

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Νοσηλευτική Έρευνα
Πρόληψη των προβλημάτων της γυναίκας πριν,
κατά και μετά τον τοκετό.

Πτυχιακή Έργασία

Σπουδαστριών :
1) Γαροφύλλου Γεωργία
2) Ευαγγέλου Ελένη

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

1)
2)
3)

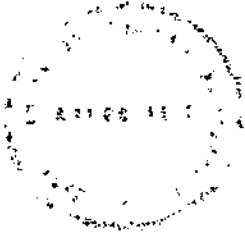
Πτυχιακή Έργασία για την λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής.

Πάτρα

1990

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1848



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι : Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναί- κας	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ : Γονιμοποίηση του ωαρίου και η διάπλαση του εμβρύου	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : Διάγνωση και παρακολούθηση της κύησης	13
Α. Αντικειμενικά σημεία και ευρήματα	14
Β. Παρακλινική και εργαστηριακή διάγνωση.	16
Γ. Η πρώτη επίσκεψη στον ιατρό και οι επόμενες	20
Δ. Εργαστηριακές εξετάσεις	22?
Ε. Υγειονομιακή αγωγή	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV : Φυσιολογία της κύησης	29
Α. Μεταβολές των γεννητικών οργάνων	29
Β. Μεταβολές του δέρματος	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : Προγεννητικός έλεγχος	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI : Παθολογία στην κύηση	44
α) Υπέρτασική νόσος στην κύηση	44
β) Ζαχαρώδης διαβήτης στην κύηση	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII : Μεσογειακή αναιμία	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII : Ισοανασοποίηση RHESUS	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙX : Λοιμώξεις και φλεγμονές της εμβρυοπλακουντικής μονάδας	60
α) Ιώσεις	61
β) Βακτηριδιακές λοιμώξεις	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ X : : Τοκετός	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI : Τα στάδια του τοκετού	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII : Λοχεία	78
α) Τηρητέα αγωγή της λοχείας	78
β) Ανωμαλίες της λοχείας	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII : Θηλασμός	86
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	
ΕΠΙΛΟΓΟΣ : Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην κύηση	91

- Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ -

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να δούμε κατά πόσο οι σημερινές Ελληνίδες είναι ενημερωμένες πάνω σ' αυτό το τόσο σπουδαίο γεγονός, την Εγκυμοσύνη, το οποίο αποτελεί οροσημο στη ζωή της κάθε γυναίκας.

Επίσης θέλουμε να βοηθήσουμε κάθε Ελληνίδα παρέχοντας χρησιμες πληροφορίες, απαραίτητες γνώσεις και ορθές συμβουλές για την εγκυμοσύνη.

Ενα μεγάλο μέρος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι Ελληνίδες, που περιμένουν παιδί, ή εκείνες που πρόκειται να γίνουν μητέρες στο μέλλον, σε παρανοήσεις, σε παλιές προληψεις, επίσης σε λαθεμένες προκαταλήψεις και σε μη σωστή ενημέρωση.

Είναι καιρός η νέα γεννιά των Ελληνίδων σωστά πληροφορημένη να αντιμετωπίζει πιο υπεύθυνα και πιο επιστημονικά το θέμα της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Αλλά επίσης της υγιεινής του σώματος και της προληπτικής αντιμετώπισης πολλών προβλημάτων.

Η σημερινή Ελληνίδα δεν έχει τίποτα να ζηλέψει από τις άλλες γυναίκες του πολιτισμένου κόσμου και γι' αυτό δικαιούται αλλά κ' υποχρεούται να ακολουθήσει το πνεύμα της εποχής όπως αυτό εκφράζεται από τη σύγχρονη εξέλιξη της επιστήμης. Σ' αυτό πιστεύουμε ότι θα συμβάλει η εργασία μας αυτή, που με τόσο κόπο και αγάπη προσπαθήσαμε να φτιάξουμε.

Ευχαριστούμε όσους μας βοήθησαν να φέρουμε σε πέρας αυτή την εργασία.

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την υφηγήτριά μας και καθηγήτριά Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών Κα Παπαδημητρίου καθώς και τους Ιατρούς Κε Μιντούλα Γυναικολόγο - Μαιευτήρα και τον Κε Ζης Διευθυντή - Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου " Μεταξά ".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων, που η συντονισμένη λειτουργία τους αποβλέπει, κατά κύριο λόγο στην εξυπηρέτηση της αναπαραγωγής.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε: εξωτερικά και σε εσωτερικά. Χωρίζονται μεταξύ τους από την παρεμβολή του παρθενικού υμένα ή από τα υπολείμματά του, τὰ μύρτα.

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από τὸ αἰδοῖο ενώ τα εσωτερικά απαρτίζονται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας αποτελεί τὸ αἰδοῖο που εμφανίζει σχῆμα τριγωνικό. Η βάση του αντιστοιχεί στην ηβική πτυχή, οι πλευρές του στις αιδουομητρικές πτυχές και η κορυφή στο περίνεο.

Το αἰδοῖο αποτελείται από τὸ εφήβατο ἢ ἕρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τὸν πρόδρομο του κόλπου, τους Bartholinείους αδένες, τους βολβούς του πρόδρομου, τὸ ἔξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθηρικούς αδένες και τὸν παρθενικό υμένα.

ΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΚΟΛΛΟΣ ἢ ΚΟΛΕΟΣ είναι ένα σωληνώμορφο ὄργανο μᾶκρους 9 ἕως 11 εκ. Η εισόδός του βρίσκεται στον πρόδρομο και σκεπάζεται από τὸν παρθενικό υμένα, ενώ προς τα πάνω προσφύεται στον τράχηλο.. της μήτρας και σχηματίζει με τὴν ενδοκολπική του μοῖρα ἕνα κύκλικό αυλάκι, που ονομάζεται θόλος.

Ο θόλος αὐτός χωρίζεται αυθαίρετα σε πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλάγιους.

Τὸ τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από επιθήλιο και μυϊκό... τοίχωμα.

Η ΜΗΤΡΑ είναι ένα σφαιρικό μυϊκό όργανο σε σχήμα αχλαδιού, 6 έως 8 εκ., πάχος 2,5 έως 3 εκ., πλάτος 4 έως 5 εκ. και βάρος 42 έως 70 γραμ. Στην κύηση έχει την ικανότητα, κάτω από ορμονικές επιδράσεις να μεγαλώνει πάρα πολύ.

Περιγραφικά η μήτρα χωρίζεται σε τρία τμήματα : το ανώτερο που ονομάζεται πυθμένας, το μεσαίο που ονομάζεται σώμα, το... κατώτερο που ονομάζεται τράχηλος.

Το τοίχωμα του πυθμένα και του σώματος της μήτρας έχει πάχος 0,8 εκ. περίπου και αποτελείται από τρεις χιτώνες : α) τον ερωγόνο από έξω, δηλαδή το περιτόναιο, β) το μυϊκό στη μέση και γ) το βλεννογόνο ή ενδομήτριο από μέσα.

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελείται από στρώμα, επιθήλιο και αδένες.

ΣΤΑΛΠΙΡΓΓΕΣ ή ΩΑΓΩΓΟΣ είναι δύο σωλήνες, που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και φτάνουν στα πλάγια τοιχώματα της μικρής πυέλου. Έχουν μήκος 12 εκ. περίπου. Στο μητρικό τους άκρο είναι πολύ στενοί και στη συνέχεια πλαταίνουν βαθμιαία μέχρι το ελεύθερο άκρο τους, που ακουμπά στις ωθήκες.

Από περιγραφικής άποψης διακρίνεται το διάμεσο, το ισθμικό, το λυκηθικό και το μητρικό.

Το τοίχωμα του ωαγωγού αποτελείται από ερωγόνο, μυϊκό χιτώνα και βλεννογόνο.

ΩΟΘΗΚΕΣ είναι δύο αμυγδαλωτοί σχηματισμοί, που κρέμονται από το πίσω πέταλο του πλατύ συνδέσμου της μήτρας, από μία πτυχή του, το μισωθήκιο. Παρομοιάζονται σαν " αποθήκες του γενετικού υλικού " δηλαδή των ωαρίων και αποτελούνται από έξω προς τα μέσα, από τον ενώδη χιτώνα με μονόστιβο κυβικό επιθήλιο στην επιφάνειά του, τη φλοιώδη και τη μυελώδη ουσία.

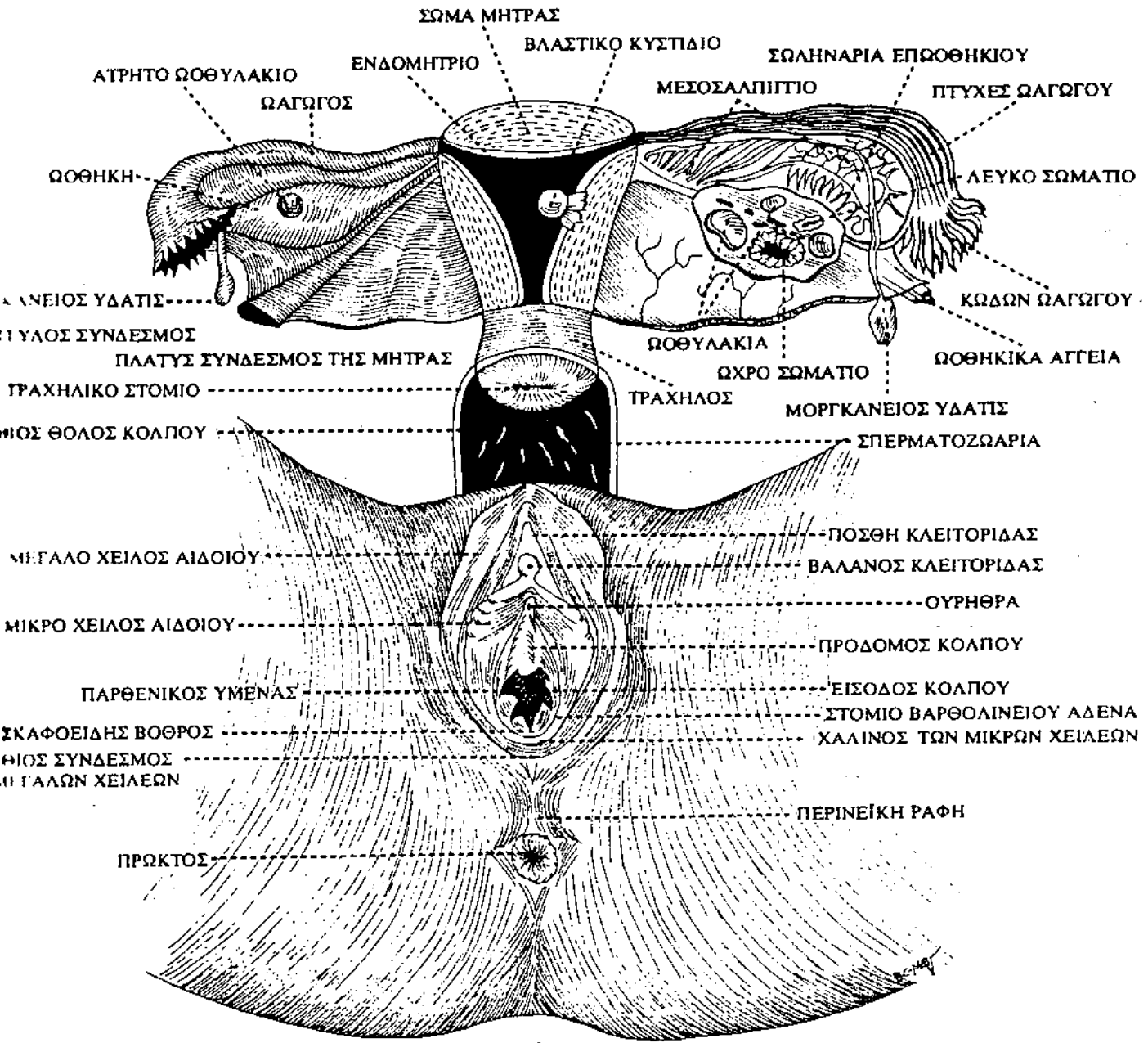
Η φλοιώδης ουσία περιέχει το ωθηκικό παρέγχυμα, που στα κορίτσια κατά τη γέννηση υπολογίζεται, ότι αποτελείται από 1.000.000 ωοκύτταρα. Από αυτά τα ωοκύτταρα 99% χρησιμοποιούνται μέχρι την εμμηνόπαυση, ύστερα από την οποία εξακολουθούν να υπάρχουν 5 έως 10 χιλιάδες. Ο αριθμός τους όμως μπορεί να κυμαίνεται και να εξαντληθεί πολύ νωρίτερα.

Τα ωοκύτταρα ή ωάρια περιβάλλονται αρχικά από ένα στοίχο συνδετικής προέλευσης κυττάρων και ο σχηματισμός αυτός ονομάζεται πρωτογενές ωοθυλάκιο. Όταν αρχίζουν να ωριμάζουν τα πρωτογενή ωοθυλάκια αποκτούν μέσα από το προηγούμενο στοίχο, μία νέα στιβάδα από κοκκώδη κύτταρα και ονομάζονται τότε δευτερογενή.

Αυτά σε πιο προχωρημένο στάδιο αποκτούν περισσότερους στοίχους κυττάρων και κοιλότητα, έτσι που να παρουσιάζουν χαρακτηριστική ανάπτυξη και λέγονται τότε τριτογενή ωοθυλάκια.

Τελικά σ'ένα επόμενο στάδιο εξέλιξης, που μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες, ή και ώρες καμμιά φορά, σχηματίζονται τα ώριμα ωοθυλάκια. Στη φλοιώδη στιβάδα βρίσκονται τα ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια ωρίμανσης, τα υπολλείματα ενός ή περισσότερων σπασμένων ή όχι ωοθυλακίων σε διάφορα στάδια εξέλιξης δηλαδή μακρόσωματιο, ώριμα άτρητα ωοθυλάκια και λευκά σωματία.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

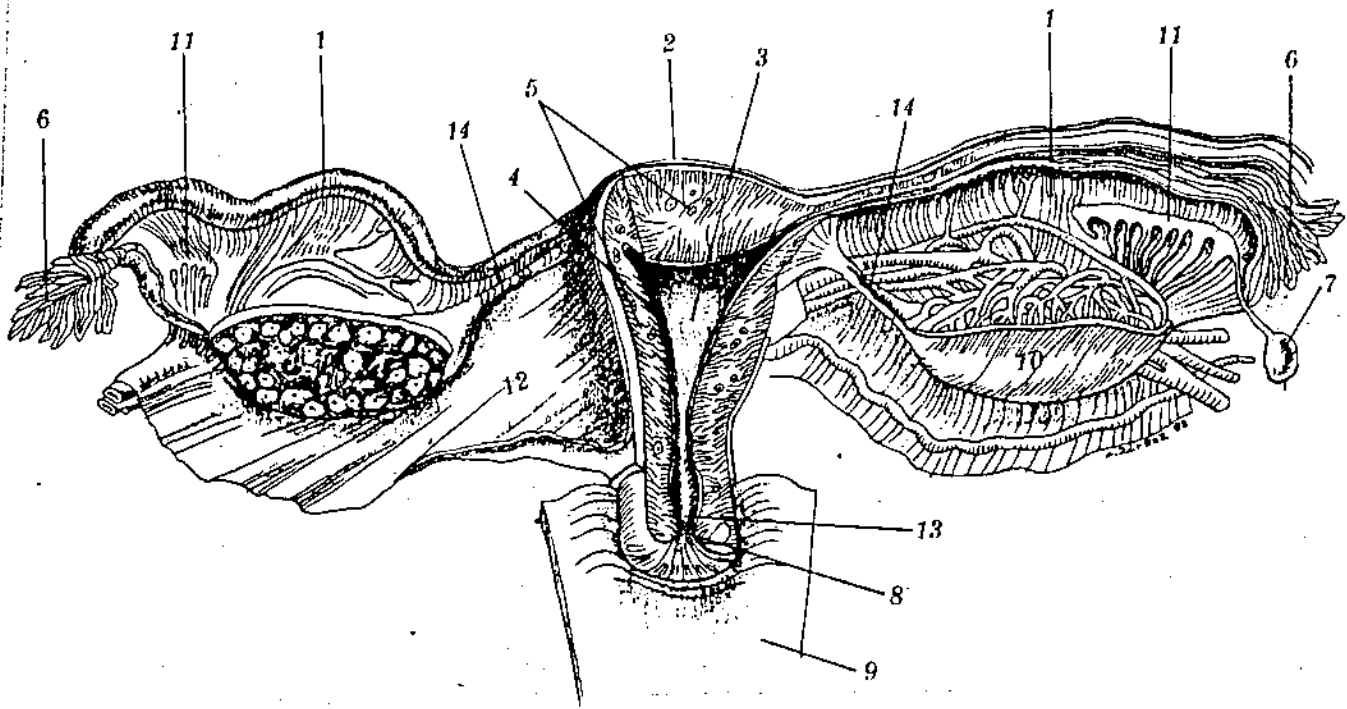


6

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ



7 ΑΠΡΟΣΩΡΤΟΣ 8 ΔΡΕΠΑΝΟΕΙΔΗΣ 9 ΜΕ ΔΙΠΛΟ ΣΤΟΜΙΟ 10 ΑΠΡΟΣΩΡΤΟΣ 11 ΔΑΚΤΥΛΙΟΕΙΔΗΣ 12 ΗΜΟΕΙΔΗΣ



Εικόνα 1-5. Η μήτρα με τα εξαρτήματά της και τμήμα του κόλπου. Η αριστερή σάλπιγγα, η μήτρα και η δεξιά ωθήκη έχουν διανοιχτεί στο μέσο κατά μέτωπο επίπεδο. Επίσης έχει αφαιρεθεί ένα τμήμα του αριστερού μεσοσαλπιγγίου. 1, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί. 2, ο πυθμένας της μήτρας - ορογόνος χιτώνας. 3, η ενδομητρική κοιλότητα. 4, το ενδομήτριο. 5, το μυομήτριο. 6, οι κροσσοί των σαλπίγγων. 7, απόφυση του επωοθηκίου. 8, το έξω τραχηλικό στόμιο. 9, ο κόλπος. 10, οι ωθήκες. 11, το επωοθήκιο. 12, ο πλατύς σύνδεσμος της μήτρας. 13, η ενδοτραχηλική κοιλότητα. 14, ίδιος σύνδεσμος της ωθήκης (Oeriel, από Κ. Λογοθετόπουλο, 1927. - Δική μας τροποποίηση).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ
ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΩΡΙΟΥ ΚΑΙ Η ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ
ΕΜΒΡΥΟΥ

Το πρωτογενές ωάριο για να είναι κατάλληλο να γονιμοποιηθεί κατά το διάστημα της ωρίμανσης του παθαίνει δύο " μειώσεις ", της χρωματίνης του πυρήνα του. Έτσι κατά τη συνέννωσή του με το σπερματοζωάριο που τότε υφίσταται και δεύτερη μείωση περιέχει το μισό αριθμό χρωματοσωμάτων $22 + X$ (και δύο πολικά σωματία κι έλε σχεδόν το κυτταρόπλασμα).

Το σπερματογόνο και στη συνέχεια το πρωτογενές σπερματοκύτταρο περιέχει $44 + XX$ χρωματοσώματα, στη συνέχεια όμως παθαίνει.. την πρώτη διαίρεση σε δύο δευτερογενή σπερματοκύτταρα με $22 + X$ και $22 + Y$ χρωματοσώματα. Τα δευτερογενή σπερματοκύτταρα παθαίνουν δεύτερη διαίρεση και έτσι παράγονται τέσσερα σπερματοζωάρια με $22 + X$, $22 + Y$ χρωματοσώματα.

Έτσι το ωάριο με τη διαφανή του ζώνη και το ακτινωτό του στέφανο και ένα πολικό σωματίο μετά την ωοθυλακιωρηξία παραλαμβάνεται από τον αγωγό. Τότε έχει υποστεί κιόλας την πρώτη ωρίμανσή του με την αποβολή του πρώτου πολικού σωματίου λίγο πριν από την ωοθυλακιωρηξία και έχει αρχίσει και τη δεύτερη μείωση γύρω στη ωοθυλακιωρηξία που συμπληρώνεται αν γίνει η γονιμοποίηση του, οπότε αποβάλλεται και δεύτερο πολικό σωματίο.

Τα σπερματοζωάρια που παράγονται από τους έρχεις και απεθνεύονται στις επιδιδουμίδες, με τη συνουσία και την εκσπερμάτωση αποτίθενται στον απίσθιο θόλο του κόλπου. Αποκει φθάνουν στις σάλπιγγες, όπου συναντούν το ώριμο ωάριο.

Το ωάριο είναι ικανό για γονιμοποίηση μέχρι 12 ώρες μετά τη ωοτοκία του, ενώ το σπερματοζωάριο διατηρεί την ικανότητα να γονιμοποιήσει το ωάριο μέχρι 48 ώρες από την εκσπερμάτωση.

Το γονιμοποιημένο ωάριο ώσπου να φθάσει στην κοιλότητα της μήτρας παθαίνει ως 16 μιτώσεις, λέγεται δε τότε MORULA ή μορίδιο.

Στην κοιλότητα της μήτρας, περιβαλλόμενο από την τροφοβλάστη κατά την εμφύτευσή του στο ενδομήτριο έχει μετατραπεί εσωτερικά

...σε μια κενή σφαίρα, με την " τροφοβλάστη " εξωτερικά και την " κυτταρική μάζα " εσωτερικά, το βλαστικό κυστίδιο.

Η τροφοβλάστη είναι υπεύθυνη για την εγκατάσταση μέσα στο ενδομήτριο του βλαστικού κυστιδίου και τη διατροφή του.

Η έσω μάζα του κυττάρου διαφοροποιείται σε έξω βλαστικό δέρμα ή χιτώνα ή εξώδερμα και σε έσω βλαστικό δέρμα ή χιτώνα ή ενδόδερμα. Μια παραπέρα διαφοροποίηση παράγει ένα τρίτο χιτώνα, το μέσο βλαστικό δέρμα ή μεσόδερμα, μεταξύ των δύο προηγουμένων χιτώνων.

Το μεσόδερμα αναπτύσσεται προς τα έξω και τελικά επιστρώνει από μέσα το βλαστικό κυστίδιο. Ο συνδιασμός του πρωτόγονου μεσοδέρματος και της τροφοβλάστης δημιουργούν το χόριο. Δηλαδή το χόριο προέρχεται από τη συνένωση του πρωτόγονου μεσοδέρματος και της τροφοβλάστης.

Από τον έξω βλαστικό χιτώνα με πολλαπλασιασμό των κυττάρων δημιουργείται ο αμνιακός σάκκος ή αμνιακή κοιλότητα. Από τον έσω βλαστικό χιτώνα δημιουργείται ο λεκιθικός ασκός. Αυτές οι δύο σφαίρες δηλαδή ο αμνιακός σάκκος και ο λεκιθικός ασκός, μετακινούνται στο κέντρο της κοιλότητας του βλαστικού κυστιδίου. Το μεσόδερμα όμως σχηματίζει ένα συνδετικό μίσχο.

Τα δύο αντιτιθέμενα στρώματα, δηλαδή το έξω βλαστικό δέρμα και το έσω βλαστικό δέρμα μαζί με το παρεμβαλλόμενο μεσαίο βλαστικό δέρμα δημιουργούν την καταβολή του εμβρύου. Ακολουθεί διαστολή του αμνιακού σάκκου μέχρις ότου το αμνίο φθάσει το τοίχωμα του βλαστικού κυστιδίου.

Το άμνιο συγχρόνως περιβάλλει και το λεκιθικό ασκό. Ένα μέρος του λεκιθικού ασκού κλείνεται και συμπεριλαμβάνεται μέσα στην καταβολή του εμβρύου. Το λοιπό του λεκιθικού ασκού σχηματίζει ένα στοιχειώδη σωλήνα που συνδέεται με τον αρχικό μίσχο του μεσοδέρματος. Ο σχηματισμός αιμοφόρων αγγείων στο χόριο με το μεσόδερμα του εμβρύου ή εμβρυϊκό μεσόδερμα και η επέκταση αυτών των αγγείων κατά μήκος του συνδετικού μίσχου θα σχηματίσουν τις ομφαλικές αρτηρίες και την ομφαλική φλέβα.

Τα αγγεία που βρίσκονται στο κεφαλικό άκρο του εμβρύου διαφοροποιούνται και σχηματίζουν την καρδιά του εμβρύου.

Τα αρχέγονα αιμοφόρα αγγεία της τροφοβλάστης και του εμβρύου παράγεται αίμα και έτσι δημιουργείται η εμβρυοτροφοβλαστική κυκλοφορία που διευκολύνει την ανταλλαγή της ύλης μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου.

Μεταξύ της 3ης και 4ης εβδομάδας της κύησης γίνεται ο σχηματισμός και η διαφοροποίηση του αιμοποιητικού και του αγγειακού συστήματος.

Από τη στιγμή αυτή είναι πια δυνατή η περαιτέρω ανάπτυξη του εμβρύου.

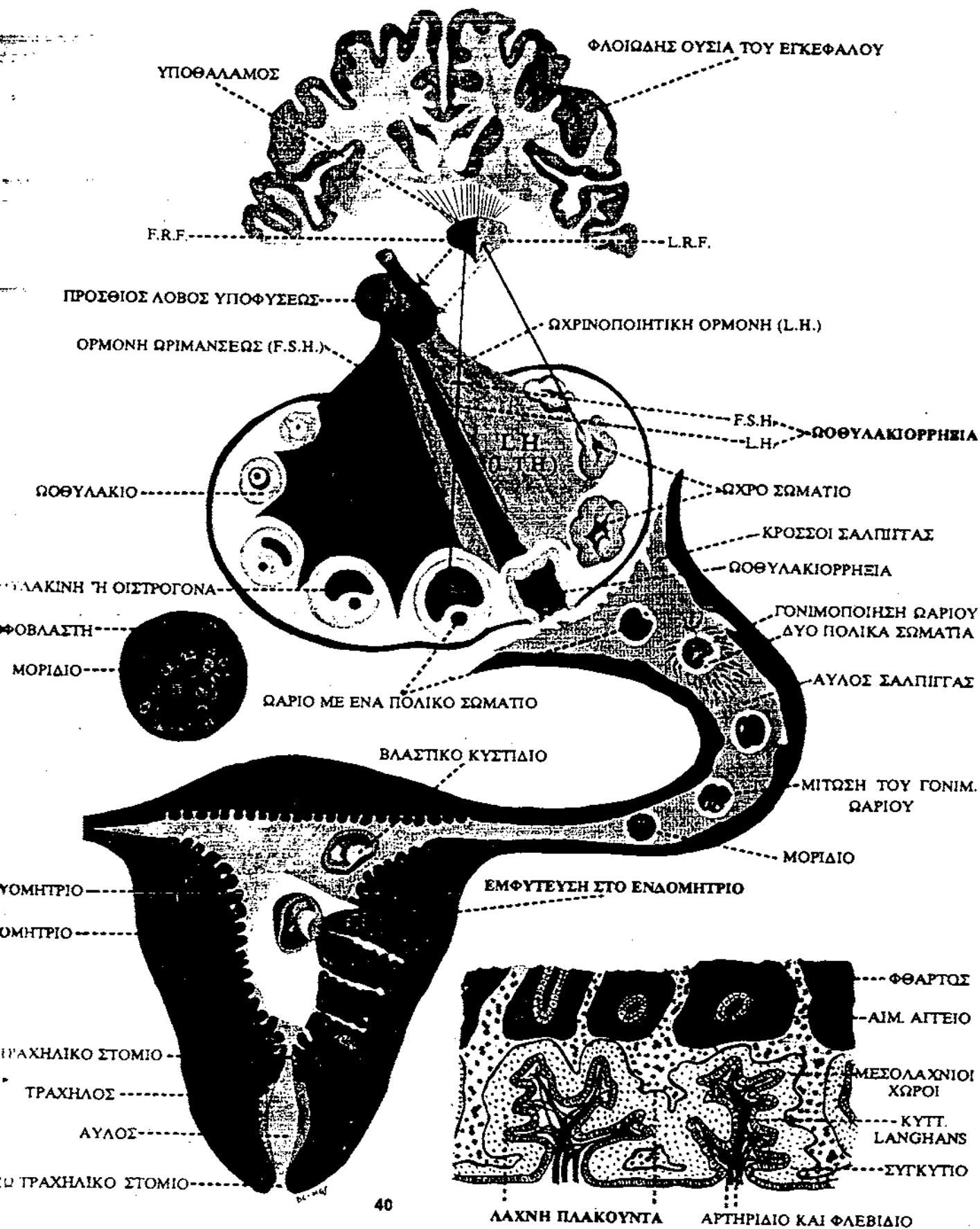
Το διάστημα των πέντε πρώτων εβδομάδων της ζωής του "νέου όντος" αποτελεί την πιο κρίσιμη περίοδο της αναπτύξεώς του. Σ' αυτή τη περίοδο διάφορες διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν πολλές συγγενείς διαμαρτίες στο έμβρυο.

Από το εξώδερμα παράγονται: το νευρικό σύστημα, ο μυελός .. των επινεφριδίων, οι ενδοκρινείς αδένες, οι εξωκρινείς αδένες και το δέρμα με τα εξαρτήματά του.

Από το μεσόδερμα παράγονται: Το καρδιαγγειακό σύστημα, οι νεφροί, οι περισσότεροι από τους γεννητικούς αδένες, οι αρογόνοι υμένες, τα οστά, οι μύες, οι χόνδροι και ο συνδετικός ιστός.

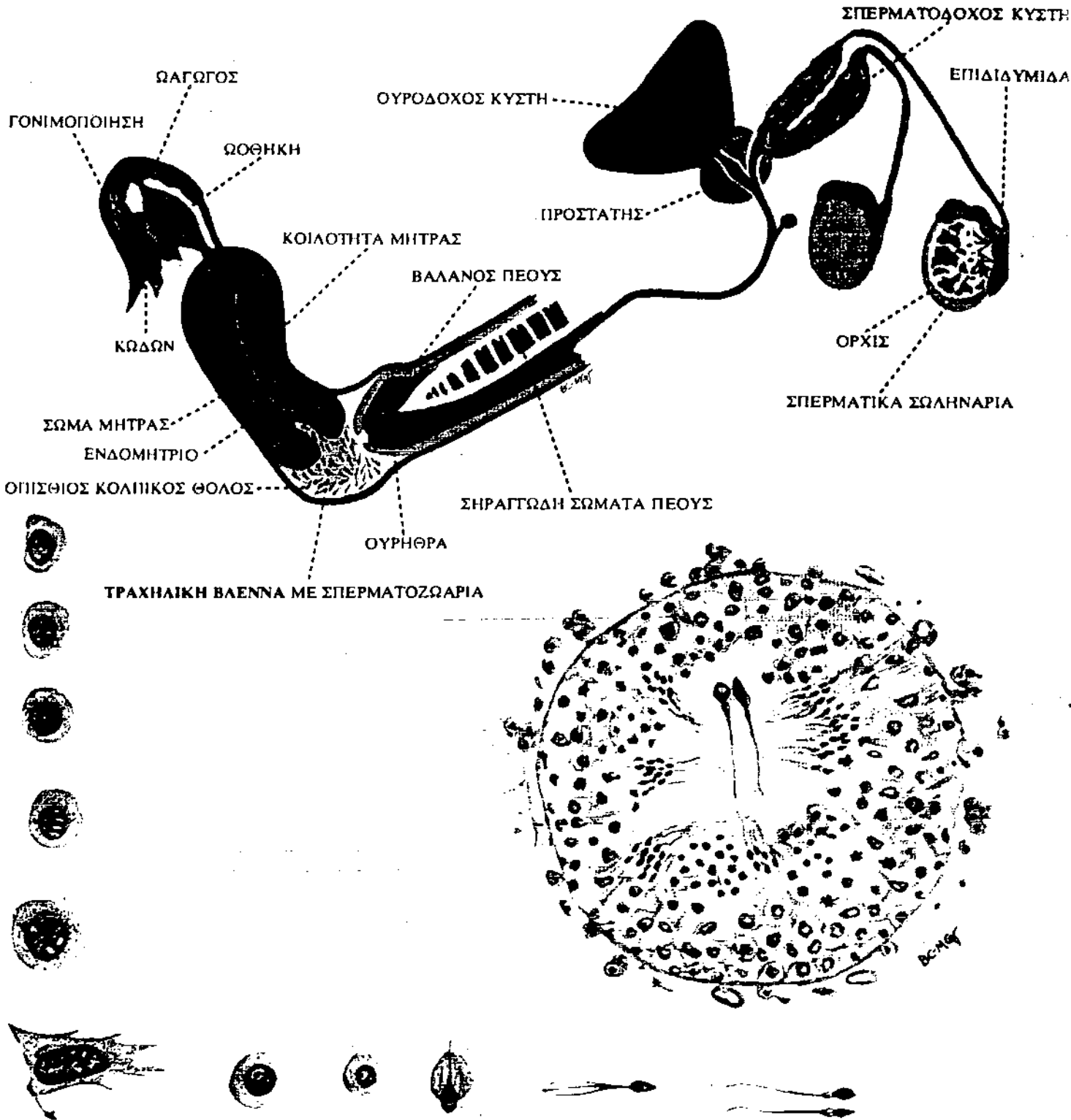
Από το ενδόδερμα παράγονται: το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη, τα χοληφόρα αγγεία, το πάγκρεας, ο γαστρεντερικός σωλήνας, το αναπνευστικό σύστημα, τα κύτταρα των γονάδων.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



**ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ - ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΩΑΡΙΟΥ - ΩΧΡΟ ΣΩΜΑΤΙΟ
 ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΩΑΡΙΟΥ - ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ
 - ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΒΛΑΣΤΙΚΟΥ ΚΥΣΤΙΔΙΟΥ**

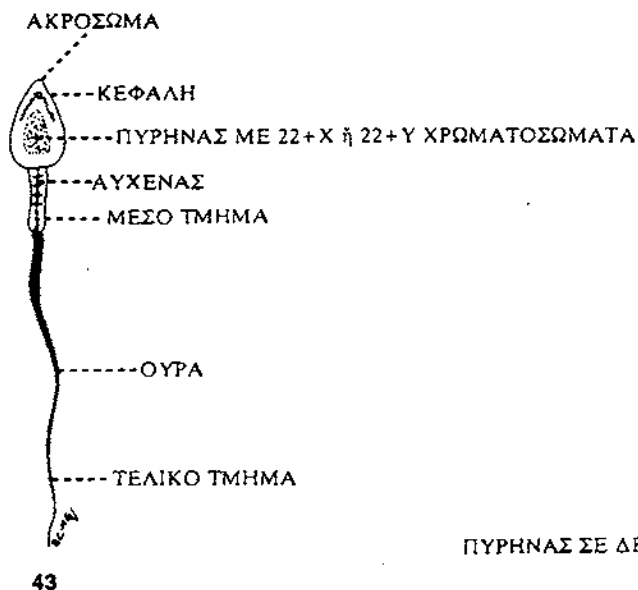
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΕΝΗΤΙΚΗ ΛΕΠΟΥΡΓΙΑ ΣΥΝΟΥΣΙΑ



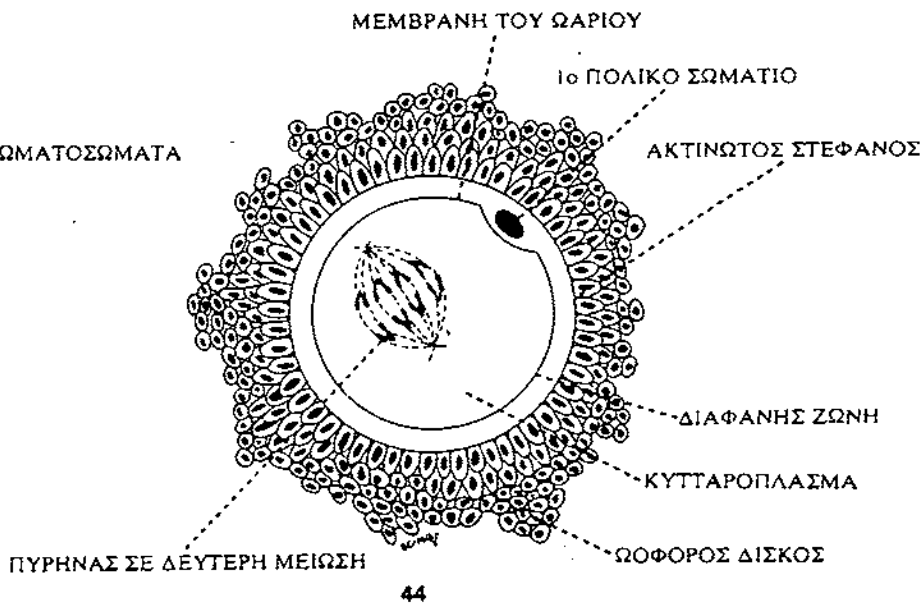
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟΥ

Τά αρχικά σπερμογόνια μετά από πολλές μιτώσεις, μετατρέπονται σε πρωτογενή σπερματοκύτταρα: αυτά υφίστανται την πρώτη ώριμοποιητική διαίρεση και σχηματίζονται διπλά δευτερογενή σπερματοκύτταρα. Αυτά υφίστανται και δεύτερη ώριμοποιητική ελάττωση στον αριθμό των χρωματισωμάτων. Οι σπερματίδες σταδιακά μετατρέπονται σε ώριμα σπερματοζώαρια.

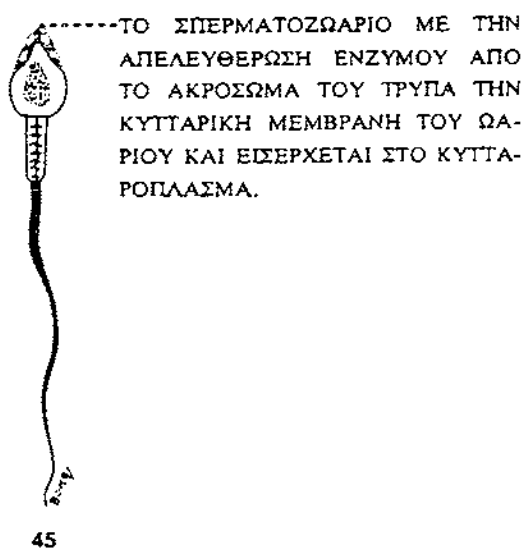
Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΩΑΡΙΟΥ ΚΑΙ Η ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ



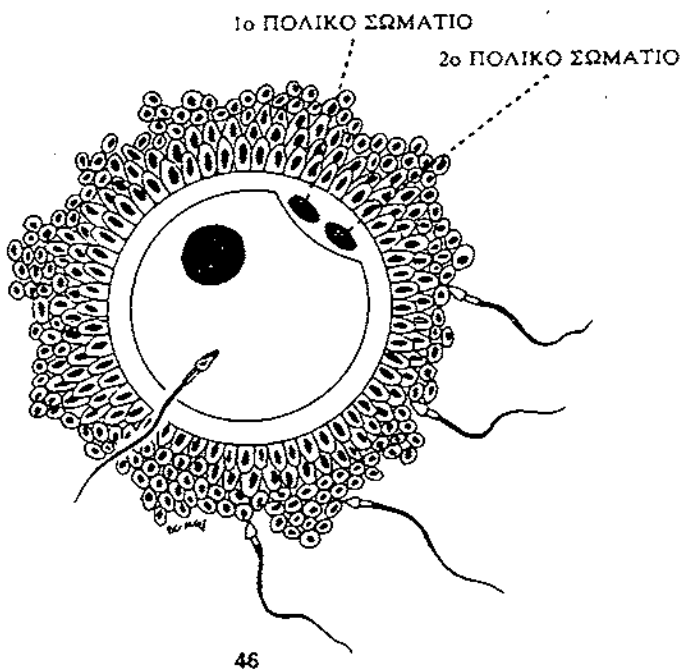
ΕΙΚ. 43. Σπερματοζώαριο.



ΕΙΚ. 44. Ώριμο ώαριο λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία. Καί ώριμο μετά την ωοθυλακιορρηξία για να γονιμοποιηθεί όποτε...



ΕΙΚ. 45. Σπερματοζώαριο ώριμο για να γονιμοποιήσει το ώριμο ώαριο.



ΕΙΚ. 46. Με τη γονιμοποίησή του γίνεται καί ή συμπλήρωση καί αποβολή του 2ου πολικού σωματίου (2α μείωση).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

A. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η διάγνωση της εγκυμοσύνης βασίζεται στις πληροφορίες από το ιστορικό της γυναίκας, στα ευρήματα από την κλινική εξέταση και στις παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Η οριστική διάγνωση κατά τις πρώτες εβδομάδες της κύησης είναι σκόπιμο να στηρίζεται σε περισσότερες από μία παραμέτρους, ώστε να περιορίζονται στο ελάχιστο δυνατό οι λαθεμένες διαγνώσεις.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Την εγκυμοσύνη υπεπευόμαστε σε κάθε γυναίκα που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία και αναφέρει ξαφνικό σταμάτημα της προηγούμενα κανονικής Ε.Ρ. Όταν όμως πρόκειται για γυναίκα που αναφέρει ακανόνιστη Ε.Ρ. η αξιολόγηση της αναστολής πρέπει να γίνεται με μεγάλη επιφύλαξη.

Η ναυτία και οι έμετοι παρουσιάζονται σε ποσοστό 50% των εγκύων γυναικών, κατά τις πρώινές ώρες και μετά τα γεύματα. Συνήθως εκδηλώνονται από τη δεύτερη εβδομάδα της εγκυμοσύνης και υποχωρούν μετά τη δωδέκατη. Για την αιτιολογία της ναυτίας και των εμέτων ενοχοποιούνται διάφορες νευροφυτικές διαταραχές και ενδοκρινολογικές μεταβολές κατά την κύηση. Εκτός από τα συμπτώματα αυτά είναι δυνατό να εμφανιστούν και αλλαγές στην διαιτητική συμπεριφορά της εγκύου, με την έννοια της ανορεξίας ή βουλημίας ή αποστροφής για ορισμένα είδη τροφών ή ακόμη και με τη μείωση της αίσθησης της γεύσης. Πολλές έγκυες παραπονιούνται επίσης για βάρος και αίσθημα πληρότητας στο υπογάστριο.

Η αλλαγή των ανατομικών σχέσεων του ουρογεννητικού συστήματος στην κύηση, οδηγεί σε μηχανικό ερεθισμό της ουροδόχου κύστεως με αποτέλεσμα την εμφάνιση συχνουρίας.

Η ορμονική διέγερση του μαζικού αδένος κατά την κύηση οδηγεί στην εγκατάσταση αισθήματος βάρους ή τάσης των μαστών. Το αίσθημα αυτό εμφανίζεται από την αρχή της αναστολής της Ε. Ρύσης.

Οι Ενεργητικές κινήσεις ή σκιρτήματα του εμβρύου πρωτοεμφανίζονται μεταξύ της Ιβης και ΙΒης εβδομάδας της κύησης. Στις πολυτοκες γίνονται αντιληπτά πιο νωρίς, από ότι στις πρωτότοκες, λόγω της αποκτημένης εμπειρίας από τις προηγούμενες εγκυμοσύνες. Η διαγνωστική αξιολόγηση των ενεργητικών κινήσεων είναι πολλές φορές προβληματική, ιδιαίτερα όταν αναφέρονται από άτομα με έντονη ψυχοσυναισθηματική φόρτιση.

Β. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΤΟ ΔΕΡΜΑ

Από τις πιο συχνές μεταβολές του δέρματος στην εγκυμοσύνη είναι το μητρικό χλόασμα που χαρακτηρίζεται από τη συμμετρική εναπόθεση μελανίνης στην περιοχή του προσώπου, γύρω από το στόμα και στις παρειές. Επίσης εκλεκτική εναπόθεση μελανίνης παρατηρείται και σε άλλες περιοχές του δέρματος και ιδιαίτερα στη λευκή γραμμή και στα έξω γεννητικά όργανα με αποτέλεσμα να παίρνουν μια πιο σκοτεινή χρώση.

Άλλες μεταβολές του δέρματος των εγκύων είναι οι ραβδώσεις, που παρατηρούνται στην περιοχή των κοιλιακών τοιχωμάτων, των γλουτών και των μαστών.

ΟΙ ΜΑΣΤΟΙ

Επισκοπικά διαπιστώνεται σκοτεινότερη όψη της θηλής και της άλω, ως και διόγκωση των φυματίων του MONTGOMERY.

Ψηλαφητικά υπάρχει διόγκωση και ευαισθησία των μαστών, ενώ με την έκθλιψη της θηλής διαπιστώνεται ή έξοδος πύατος, που είναι ένα παχύρευστο κιτρινωπό έκκριμα.

ΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Επισκοπικά διαπιστώνεται υπεραιμία των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και των βλεννογόνων του κόλπου και του τραχήλου, ενώ η χροιά των βλεννογόνων γίνεται ερυθροκύανη. Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση προσδιορίζεται το μέγεθος και η σύσταση της μήτρας, που εμφανίζει ορισμένες μεταβολές χαρακτηριστικές της ηλικίας της κύησης.

Τα πιο πρώιμα ψηλαφητικά σημεία, κατά τη γυναικολογική εξέταση, είναι τα σημεία του HEGAR και του PISCOCE, που πρωτοεμφανίζονται γύρω από την 5η με 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Το σημείο του HEGAR για να γίνει αντιληπτό στη γυναικολογική εξέταση τοποθετούνται τα δύο δάκτυλα στο πρόσθιο κοιλιακό θόλο, ενώ το άλλο χέρι τοποθετημένο υπερηβικά πιέζει τη περιοχή του ισθμού της μήτρας όπου και διαπιστώνεται μια χαρακτηριστική μαλακότητα. Το σημείο PISCACE χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μιας μαλακής ασύμμετρης διόγκωσης της μήτρας, στην περιοχή του μυομητρίου, όπου εμφυτεύεται και αναπτύσσεται το κύημα.

Γύρω από τη 12η εβδομάδα διαπιστώνεται μια σφαιρική ανάπτυξη του σώματος της μήτρας, που γίνεται αντιληπτή με την πρόσκρουση των δακτύλων πάνω από το μαλακό σώμα της μήτρας, κατά την ψηλάφηση των κοιλιακών θόλων.

Η ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΝΤΙΤΥΠΙΑ

Με ειδικούς ψηλαφητικούς χειρισμούς, που γίνονται γύρω από τη 16η εβδομάδα, προσπαθούμε να διαπιστώσουμε την παρουσία του εμβρύου στον εμβρυϊκό σάκκο και την κοιλότητα της μήτρας. Για την εξωτερική αντιτυπία τοποθετείται η μία παλάμη του εξεταστή στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, σε συνδυασμό με ελαφρά απότομη πίεση του απέναντι κοιλιακού τοιχώματος, από το άλλο χέρι. Με το χειρισμό αυτό γίνεται αντιληπτή πρόσκρουση στην παλάμη, του παθητικού μετακινούμενου εμβρύου μέσα στον εμβρυϊκό σάκκο.

Για την εσωτερική αντιτυπία ασκείται μία απότομη και ελεγχόμενη πίεση στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, με τα δύο δάκτυλα μέσα στον κόλπο. Με το χειρισμό αυτό το σώμα του εμβρύου μετακινείται και επανερχόμενα δίνει το αίσθημα της παλίνδρομης ελαστικής πρόσκρουσης του στις κορυφές των δακτύλων του εξεταστή.

ΟΙ ΚΑΡΔΙΑΚΟΙ ΠΑΛΜΟΙ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Η ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, με τη βοήθεια ειδικών ανεχνευτών της καρδιακής λειτουργίας είναι δυνατή από την 10η εβδομάδα της κύησης.

Η λειτουργία των ανιχνευτών αυτών στηρίζεται στο φαινόμενο DOPPLER.

Οι ανιχνευτές εκπέμπουν κύματα υπερήχων σταθερής συχνότητας της τάξης των 2,25 μεγακύκλων, με μία ένταση 2,26 χιλ. του WATT / εκ². Όταν οι υπέρηχοι διοχετεύονται μέσα στο σώμα, η αντανάκλαση από ακίνητα σημεία επιστρέφει με την ίδια συχνότητα και το μηχάνημα είναι έτσι φτιαγμένο, ώστε αυτή η συχνότητα να μην μετατρέπεται σε ακουστικό σήμα. Αντίθετα, όταν ο υπέρηχος που εκπέμπεται, προσκρούσει σε κινούμενο σώμα (καρδιά, ερυθρά αιμοσφαίρια κ.λ.π.) αλλάζει η συχνότητα των υπερηχητικών κυμάτων, που επιστρέφονται μετασχηματίζονται σε ακουστικό σήμα.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΤΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Η εξέταση αυτή είναι ανώδυνη, ταχύτατη στην εκτέλεση και ακίνδυνη για το έμβρυο και τη μητέρα. Η υπερηχογραφία στη Μαιευτική, έχει πολλαπλές ενδείξεις και είναι σε θέση να διαγνώσει την εγκυμοσύνη από την 5η εβδομάδα, όπως θα αναπτυχθεί παρακάτω.

Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι εργαστηριακές εξετάσεις, που χρησιμεύουν στη διάγνωση της εγκυμοσύνης, βασίζονται στην ανέχνευση της χοριακής γονοδοτροπίνης, στα ούρα και στον ορό της εγκύου. Οι μέθοδοι ανέχνευσης της Χ ΓΝΔΤ. στα ούρα διακρίνονται σε βιολογικές και σε ανοσοβιολογικές. Οι βιολογικές μέθοδοι απαιτούν εγκαταστάσεις με πειραματόζωα και εξειδικευμένο προσωπικό και η διαδικασία για την εκτέλεσή τους είναι μακροχρόνια.

Για τους λόγους αυτούς έχουν εγκαταλειφθεί και αντικαταστήθηκαν από ανοσοβιολογικές μεθόδους, για λόγους ιστορικούς και μόνο αναφέρονται οι δοκιμασίες των ASCHEIM - ZONDEK, που γίνεται σε κοντίκια (1929), τα FRIEDMANN που γίνεται σε κουνέλια (1932) και η δοκιμασία των GALLI - MANINI, που γίνεται σε βατράχια. Η μονάδα μέτρησης χοριακής γονοδοτροπίνης εκφράζεται σε όιεθνείς, μονάδες. Μία ΔΜ είναι η ποσότητα της ΧΓΔΤ. που διπλασιάζει το βάρος της ωοθήκης του ποντικού.

Οι ανοσοβιολογικές μέθοδοι βασίζονται στο ότι η ΧΓΔΤ, σαν πολυπεπτίδιο έχει αντιγονικές ιδιότητες. Πιο συγκεκριμμένα, οι δοκιμασίες αυτές βασίζονται πάνω στην αρχή της συγκόλλησης ή μη (ανάλογα με τον τύπο της δοκιμασίας) φορτισμένων με ΧΓΔΤ, ερυθρών αιμοσφαιρίων ή σωματιδίων - ανιχνευτών.

Οι διάφορες ανοσοβιολογικές δοκιμασίες γίνονται θετικές μετά την 8η ως 12η ημέρα από την αναμενόμενη Ε.Ρ. Ανάλογα με τον τύπο των αντιδραστηρίων που χρησιμοποιούνται οι δοκιμασίες διακρίνονται σε έμμεσες και άμεσες. Στην εικόνα -I- παρουσιάζονται σχηματικά, οι χρόνοι εκτέλεσης της έμμεσης δοκιμασίας, που θεωρείται θετική, όταν ο αντιρός έχει δεσμεύσει τη ΧΓΔΤ των ούρων της εγκύου και δεν γίνεται συγκόλληση.

Στην εικόνα -2+ παρουσιάζονται σχηματικά οι χρόνοι εκτέλεσης της άμεσης δοκιμασίας. Εδώ η δοκιμασία θεωρείται θετική, όταν τα σωματίδια τα φορτισμένα με αντί - ΧΓΔΤ, συγκολλούνται με τη ΧΓΔΤ των ούρων της εγκύου.

Κατά τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη των ραδιοανοσοβιολογικών μεθόδων, για τον προσδιορισμό της ΧΓΔΤ στον ορό του αίματος επιτρέπει την πρωιμότερη και ασφαλέστερη διάγνωση της εγκυμοσύνης, με τον ποιοτικό και ποσοτικό προσδιορισμό της. Η ευαισθησία της μεθόδου είναι της τάξης των 0,003 ΔM και βασίζεται στην ειδικότητά της να ανιχνεύει τη β - υπομονάδα της ΧΓΔΤ. Η μέθοδος είναι 100 φορές πιο ευαίσθητη από τις ανοσοβιολογικές και η εγκυμοσύνη μπορεί να διαγνωστεί από την 9η ημέρα μετά την ωοθυλακιορρηξία.

Γ. Η πρώτη επίσκεψη της εγκύου στο γιατρό πρέπει να γίνεται την 6η με 7η εβδομάδα από την πρώτη ημέρα της Τ.Ε.Ρ. Η έγκαιρη προσέλευση στο γιατρό δίνει την ευκαιρία να εκτιμηθεί η φυσική κατάσταση της εγκύου και να διαπιστωθούν οι διάφορες μαιευτικές επιπλοκές στα πρώιμα στάδια της κύησης. Έτσι λοιπόν θα διαπιστωθούν έγκαιρα οι τυχόν υπάρχουσες ενδείξεις για θεραπευτική διακοπή της κύησης και θα τεθεί ενδεχομένως η υποψία ύπαρξης διαφόρων μαιευτικών επιπλοκών.

ΕΓΚΥΟΣ

ΜΗ ΕΓΚΥΟΣ

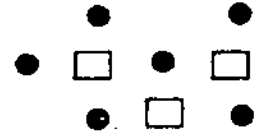
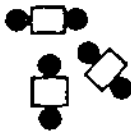
Τα ούρα περιέχουν Χ.ΓΔ.Τ (hCG)

Τα ούρα δεν περιέχουν Χ.ΓΔ.Τ. (hCG)

Προστίθεται ορός που περιέχει αντι Χ.ΓΔ. Τροπικά αντισώματα (αντιορός) ●

Τα αντι-Χ.ΓΔ.Τ/κά αντισώματα αδρανοποιούνται.

Τα αντι-Χ.ΓΔ.Τ/κά αντισώματα δεν αδρανοποιούνται.



Προστίθεται ανιχνευτής των τυχόν υπαρχόντων μη δεσμευμένων αντι - Χ.ΓΔ.Τ/κόν αντισωμάτων (σωματίδια φορτισμένα με Χ.ΓΔ.Τ.-Latex ή φορτισμένα ερυθρά αιμοσφαίρια προβάτου).

Αν δεν υπάρχουν ελεύθερα αντι - Χ.ΓΔ.Τ/κά αντισώματα που σημαίνει ότι έχουν εξουδετερωθεί από την Χ.ΓΔ.Τ. των ούρων τότε

Αν υπάρχουν ελεύθερα αντι- Χ.ΓΔ.Τ/κά αντισώματα που σημαίνει ότι δεν έχουν εξουδετερωθεί λόγω μη ύπαρξης Χ.ΓΔ.Τ. στα ούρα τότε



δεν θα υπάρξει κατακρήμνηση

θα υπάρξει κατακρήμνηση

⊙ = θετική δοκιμασία κύησης

⊙ = αρνητική δοκιμασία κύησης

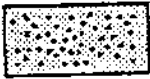
Εικόνα 1. Παρουσιάζονται οι χρόνοι εκτέλεσης της έμμεσης δοκιμασίας ανίχνευσης της χοριακής γοναδοτροπίνης (Χ.ΓΔ.Τ. - hC.G.). (Δικό μας σχεδιάγραμμα).

ΕΓΚΥΟΣ

Τα ούρα περιέχουν Χ.ΓΔ.Τ (hCG)

Προστίθενται ανιχνευτές φορτισμένοι με αντι-Χ.ΓΔ.-Τροπινικά αντισώματα.

Συγκόλληση λόγω αντίδρασης
με τη Χ.ΓΔ.Τ. (hCG)

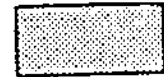


= Θετική δοκιμασία κύησης

ΜΗ ΕΓΚΥΟΣ

Τα ούρα δεν περιέχουν Χ.ΓΔ.Τ (hCG)

Μη συγκόλληση λόγω μη ύπαρξης
(Χ.ΓΔ.Τ. (hCG))



= Αρνητική δοκιμασία κύησης

Εικόνα 2. Παρουσιάζονται οι χρόνοι εκτέλεσης της άμεσης δοκιμασίας ανίχνευσης της χοριακής γοναδοτροπίνης (Χ.ΓΔ.Τ. - hC.G.). (Δικό μας σχεδιάγραμμα).

Η πρώτη αυτή επίσκεψη είναι καθοριστική για την παραπέρα πορεία της κύησης. Μετά τη λήψη του ιστορικού ακολουθεί η κλινική εξέταση κατά συστήματα. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στον έλεγχο της σωματικής διάπλασης, στην επισκόπηση των κάτω άκρων για οιδήματα και κίρσους, της κοιλίας για ουλές και κήλες, στην επισκόπηση του θώρακα και την εξέταση των μαστών. Βασική σημασία έχει η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του βάρους της εγκύου.

Στη συνέχεια ακολουθεί η γυναικολογική εξέταση, ύστερα από ούρηση. Στην αρχή επισκοπούνται τα εξωτερικά γεννητικά όργανα κι ακολουθεί η εισαγωγή κολποδιαστολέων για την επισκόπηση του κόλπου, των θόλων του κόλπου και του τραχήλου. Υστερα από την επισκόπηση παίρνονται επιχρίσματα από τον πίσω κολπικό θόλο, το έξω τραχηλικό στόμιο και τον ενδοστράχηλο για κυτταρολογική εξέταση, κατά Παπανικολάου. Ακολουθεί η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, με την οποία ελέγχονται οι κολπικοί θόλοι, το τραχηλικό στόμιο για τυχόν ανεπάρκειά του, καθορίζεται το μέγεθος και η σύσταση της μήτρας και αν ψηλαφούνται ή όχι τα εξαρτήματα της μήτρας.

Η πρώτη επίσκεψη στον ιατρό συμπληρώνεται με εργαστηριακό έλεγχο που περιλαμβάνει: Γενική εξέταση αίματος προσδιορισμός της ομάδας και RHESUS της εγκύου, ηλεκτροφόρτιση της αιμοσφαιρίνης φρολογικές αντρίοράσεις για σύφιλη, ερυθρά και τοξοπλάσμωση ως και γενικά εξέταση ούρων. Μαζί με την πρώτη αιμοληψία για τις παραπάνω εξετάσεις παίρνονται και 5 κ.εκ. ορού, που φυλάσσονται με κατάλληλες συνθήκες. Στον όρο αυτό μπορούν να γίνουν φρολογικές εξετάσεις - εφόσον υπάρξουν προβλήματα στη διάρκεια της κύησης - για να διαπιστωθεί αν πρόκειται για πρόσφατη η παλαιά προσβολή από διάφορα λοιμώδη νοσήματα ή αν υπάρχει ανοσία για συγκεκριμένο νόσημα, στο οποίο έχει εκτεθεί η εγκύος.

ΟΙ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

Μετά την πρώτη επίσκεψη και μέχρι την 32η εβδομάδα της κύησης η εγκύος επισκέπτεται τον μαιευτήρα μια φορά το μήνα, από την 32 μέχρι την 36η εβδομάδα κάθε 15 ημέρες και στην συνέχεια κάθε εβδομάδα.

Στις επισκέψεις αυτές παρακολουθείται η έγκυος για την τυχόν παρουσία διαφόρων παθολογικών συμπτωμάτων (αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα, πρόωρες συστολές της μήτρας, εκδηλώσεις προεκλαμψίας, ανωμαλίες από το ουροποιητικό σύστημα κ.τ.λ.)

Από την 10η εβδομάδα παρακολουθούνται οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου με τη συσκευή υπερήχων, που στο πρώτο 1/2 της κύησης είναι γύρω από τους 160/1'λεπτό, ενώ στο τέλος κυμαίνονται από 120 έως 140/1'λεπτό. Σε κάθε επίσκεψη ελέγχονται το βάρος και η Α.Π. της εγκύου.

Κατά την 28η ως την 32η εβδομάδα θεωρείται σκόπιμη η δοκιμασία α της μέτρησης της Α.Π. σε διάφορες θέσεις (ROLLOVER TEST) που βοηθά στο ξεχώρισμα των εγκύων εκείνων, που έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν προεκλαμψία. Η δοκιμασία αυτή συνιστάται στη μέτρηση της Α.Π. σε πλάγια θέση κάθε 5'λεπτά και για 15'λεπτά, ώστε να προσδιοριστεί η σταθερή μέση τιμή της. Στη συνέχεια τοποθετείται η ασθενής ύπτια και μετράται η ΑΠ αμέσως και ύστερα από 5'λεπτά. Η δοκιμασία θεωρείται θετική, εφόσον η διαστολική πίεση αυξηθεί κατά 20 χιλ. ΗΓ. ή και περισσότερο. Όταν η δοκιμασία είναι θετική, η έγκυος κατατάσσεται σε ομάδα αυξημένης πιθανότητας να αναπτύξει προεκλαμψία και γι'αυτό παρακολουθείται πιο σχολαστικά.

Μεγάλη σημασία έχει η ακριβής παρακολούθηση της αύξησης του μεγέθους της μήτρας, εκφρασμένου σε εκατοστά του μέτρου. Αυτό γίνεται με τη μέτρηση της απόστασης, που ορίζεται από το πάνω χείλος της ήβικης σύμφυσης και του πυθμένα της μήτρας. Η έγκυος κατά την μέτρηση πρέπει να βρίσκεται σε υπτία θέση με άδειες της ουροδόχου κύστης και τεντωμένα τα κάτω άκρα. Η μέτρηση πρέπει να γίνεται κατά τον επιμήκη άξονα του σώματος του εμβρύου, ώστε να μετράται το ψηλότερο σημείο του πυθμένα της μήτρας, έστω και αν αυτό βρίσκεται προς τα πλάγια της μέσης γραμμής. Οι τιμές που προκύπτουν από κάθε μέτρηση μεταφέρονται σε ειδικό πίνακα και με την πρόοδο της εγκυμοσύνης προκύπτει μία καμπύλη που δείχνει τις μεταβολές του μεγέθους της μήτρας. Υψηλές τιμές μπορεί να σημαίνουν πολύδυμη κύηση (σε ποσοστό 60 - 70), ή υδράμινο. Χαμηλές υποδηλώνουν υφειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου. Κάθε απόκλιση από τη φυσιολογική καμπύλη πρέπει να διευκρινίζεται με πλήρη εργαστηριακό και παρακλινικό έλεγχο (ορμονικοί προσδιορισμοί, υπερηχογράφημα κ.ά.)

Μετά την 32η εβδομάδα της κύησης γίνονται και οι ειδικοί φηλαφητικοί χειρισμοί της κοιλίας και μας πληροφορούν για το σχήμα, την προβολή, τη θέση και τον βαθμό εμπέδωσης της προβάλλουσας .. μείρας του εμβρύου.

Κατά τις πρώτες 20 εβδομάδες είναι απαραίτητη η άσηπτη, κολπική εξέταση, για την έγκαιρη ανίχνευση της ανεπάρκειας του τραχηλικού στομίου. Εφόσον διαπιστωθεί κολπική υπερέκκριση γίνεται άμεση μικροσκοπική και καλλιέργεια του κολπικού υγρού, ώστε να δοθεί αιτιολογημένη θεραπευτική αγωγή. Μετά την 20η εβδομάδα δεν θεωρείται σκόπιμη η συμπλήρωση της παρακολούθησης της κύησης με την κολπική εξέταση. Συνήθως άσηπτη κολπική εξέταση πρέπει να περιρίζεται μόνο στις περιπτώσεις όπου επιβάλλεται ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών του τραχήλου και του ύψους της προβάλλουσας μείρας του εμβρύου. Τέτοια ένδειξη αποτελεί η ανάγκη καθορισμού της προοπτικής πρόκλησης του τοκετού, σε περιπτώσεις όπου επιβάλλεται αυτή (σακχαρώδης διαβήτης, ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHESUS, προεκλαμψία κ.λ.π.)

Δ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η γενική αίματος σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 12 εβδομάδες. Σε κάθε επίσκεψη εξετάζονται τα ούρα με τις ειδικές ταινίες για σάκχαρο, οξύνη και λεύκωμα. Οπου υπάρχουν ειδικά προβλήματα η παρακολούθηση των εγκύων γίνεται βέβαια πιο σχολαστικά.

Σε κάθε περίπτωση που διαπιστώνονται παθολογικά ευρήματα από τον εργαστηριακό έλεγχο επιβάλλεται η παραπέρα διερεύνηση. Παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων είναι: α) Η λευκωματουρία στην αρχή της εγκυμοσύνης, όπου επιβάλλεται ειδικός νεφρολογικός έλεγχος. β) Η γλυκοζουρία στη διάρκεια της κύησης πιθανότατα να υποδηλώνει την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη. Η συνύπαρξή της με φυσιολογική στάθμη του σακχάρου του αίματος, επιβάλλει την εκτέλεση της δοκιμασίας ανοχής στη γλυκόζη, για τη διαπίστωση λανθάνοντος διαβήτη. γ) Η διαπίστωση της ύπαρξης RHESUS αρνητικής εγκύου καθιστά απαραίτητο και το έλεγχο του συζύγου για το παράγοντα αυτόν, ώστε να καθοριστεί η τυχόν ανάγκη παρακολούθησης της με την έμμεση ερεαντίδραση COOMBS.

δ) Η διαπίστωση ύπαρξης νόσου ή ότι πρόκειται για φορέα συγγενούς αναιμίας, καθιστά επίσης απαραίτητο και τον έλεγχο του συζύγου. Με τη συμπληρωματική αυτή εξέταση καθορίζεται η πιθανότητα νόσησης ή όχι του εμβρύου και η επιλογή των περιπτώσεων για προγεννητικό έλεγχο.

Ε. ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το βάρος που θα πάρει η έγκυος δεν πρέπει να ξεπερνά τα 12 ως 13 χιλιάδες γρ. γιατί η υπερβολική του αύξηση φαίνεται να σχετίζεται με συχνότερη εμφάνιση της προεκλαμψίας. Το διαιτολόγιο της γυναίκας, κατά την εγκυμοσύνη, πρέπει να διαμορφώνεται ελεύθερα με μόνο περιορισμό τις αλμυρές και λιπαρές τροφές. Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι τροφές με λευκώματα υψηλής βιολογικής αξίας με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Η αύξηση του σωματικού βάρους δεν επιτρέπεται να γίνεται απότομα, γιατί τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξει διάφορες παθολογικές εκδηλώσεις, που μπορεί να φτάσουν ως την εγκατάσταση προεκλαμψίας. Μία αποδεκτή κατανομή του προσλαμβανόμενου βάρους από την έγκυο είναι 2 χιλιάδες γρ. για το πρώτο 3μηνο, 4 για το δεύτερο και 6 για το τρίτο. Η αντίληψη που υπάρχει στον πολύ κόσμο, ότι η έγκυος πρέπει να υπερτρέφεται, είναι λαθεμένη.

ΦΑΡΜΑΚΑ.

Στη διάρκεια της κύησης και ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο, η χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να γίνεται με περίσκεψη και να υπάρχει σαφής λόγος, που να δικαιολογεί τη χορήγησή τους. Εξαίρεση αποτελούν τα σιδηρούχα σκευάσματα και οι βιταμίνες, που η χορήγησή τους επιβάλλεται στις περισσότερες περιπτώσεις.

ΕΡΓΑΣΙΑ

Εφ'όσον η εργασία δεν είναι βαριά και το περιβάλλον είναι υγιεινό, η έγκυος μπορεί να εργάζεται μέχρι την 32η εβδομάδα.

ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

Η ενδυμασία της εγκύου πρέπει να είναι άνετη, όπως και η υπόδηση, χωρίς να υποτιμάται η έμφυτη ροπή της γυναίκας για παρακολεύθηση του συρμού.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΆΣΚΗΣΗ, ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ, ΤΑΞΙΔΙΑ

Τα ελαφρά αθλήματα, ιδιαίτερα μάλιστα αν αποτελούν μέρος της προηγούμενης ψυχαγωγίας της εγκύου δεν αντενδείκνυται, εφ' όσον η εγκυμοσύνη εξελίσσεται ομαλά. Η κολύμβηση και ο περίπατος αποτελούν μια πολύ καλή άσκηση για την έγκυο. Η διασκέδαση επιτρέπεται εφ' όσον γίνεται σε υγιεινό περιβάλλον και δεν ξεπερνά τα λογικά περιθώρια. Ταξίδια επίσης επιτρέπονται, όταν δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι λόγοι περιορισμού τους με την προϋπόθεση να μη γίνεται κατάχρηση. Η σειρά προτίμησης των μεταφορικών μέσων, προκειμένου για πολύωρα ταξίδια είναι το αεροπλάνο, το πλοίο ή το τρένο και το επιβατικό αυτοκίνητο.

ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Οι γενετησιακές σχέσεις επιτρέπονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέχρι την 32η εβδομάδα, εφ' όσον η εξέλιξη της κύησης είναι ομαλή και δεν έγιναν εγχειρητικές επεμβάσεις στον κόλπο, κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι παρατεταμένες και ερεθιστικές γενετησιακές σχέσεις πρέπει να αποφεύγονται. Η έγκυος πρέπει να γνωρίζει ότι η συνουσία μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα για την πρόκληση αυτόματης έκτρωσης, πρόωρου τοκετού ή πρόωρης ρήξης των υμένων του εμβρύου. Η δράση αυτή της συνουσίας αποδίδεται στο μηχανικό ερεθισμό και τη δράση των προσταγλανδινών του σπέρματος

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ ενός οργανισμού ανίσχυρου και απροστάτευτου - του εμβρύου - και των περιβαντολογικών παραγόντων. Είναι το πρόσωπο εκείνο που θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι δεν πρέπει να θέσει σε κίνδυνο - την περίοδο αυτή - τόσο τη διανοητική όσο και τη σωματική ανάπτυξη του παιδιού της.

Το κάπνισμα είναι μια καθημερινή συνήθεια και ένας βασικός δυσμενής παράγοντας του μικροπεριβάλλοντος μας για το έμβryo.

Επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει, απέδειξαν πως οι γυναίκες που κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους κάπνιζαν γέννησαν παιδιά με αυξημένο ποσοστό ποικίλων μορφολογικών και λειτουργικών διαταραχών, σε σύγκριση με παιδιά που γεννήθηκαν από γυναίκες που δεν κάπνιζαν.

Το κάπνισμα της εγκύου μπορεί να θεωρηθεί σαν παθητικό για το έμβρυο, είναι υπεύθυνο για τα εξής προβλήματα:

-Μειωμένο βάρος και ύψος του νεογνού κατά τη γέννηση (επιβραδυνόμενη ανάπτυξη του εμβρύου).

-Οι γυναίκες καπνίστριες γεννούν παιδιά που έχουν μικρότερο βάρος κατά τη γέννηση τους (κατά 150-400 GR). Η μείωση του βάρους είναι ανάλογα του αριθμού των τσιγάρων που κατανάλωσε ημερησίως η έγκυος κατά τη διάρκεια της κύησης.

-Ο παράγοντας πατέρας, αν είναι καπνιστής ή όχι, δεν έχει σχέση με το μειωμένο βάρος κατά τη γέννηση. Υπάρχει φυσικά η πιθανότητα πρόκλησης γενετικών βλαβών στα σπερματοζωάρια, μειωμένη σπερματογένεση, ορμονικές διαταραχές στα δύο φύλα και μείωση της γυναικείας γονιμότητας.

-Το μειωμένο βάρος οφείλεται κυρίως: α) σε επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου και β) σε συντόμευση της διάρκειας της κύησης.

-Η επιβράδυνση στην ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες:

α) Η μειωμένη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της κύησης και το κάπνισμα σαν πιθανοί παράγοντες των οιστρογόνων της εγκυμοσύνης και του ύψους και του βάρους των νεογέννητων.

β) Το κάπνισμα μειώνει τη ροή του αίματος στο πλακούντα της γυναίκας. Η φυσιολογική ροή αποκαθίσταται μετά από 15 λεπτά από το τέλος του καπνίσματος. Η νικοτίνη συγκεντρώνεται στους ιστούς της καπνίστριας μητέρας και του εμβρύου στο αμνιακό υγρό και το γάλα. Αξιοσημείωτο είναι ότι βρέθηκε νικοτίνη στο γάλα μη καπνιστριών που εργάζονται σε χώρους με καπνιστές.

Σε πολλές χώρες το κάπνισμα σε εργασιακούς χώρους έχει γίνει θέμα ειδικής νομοθεσίας και ήδη σ'ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ και Δ.Ευρώπης έχει απαγορευθεί λόγω των υψηλών συγκεντρώσεων καρκινογόνων και τοξικών ουσιών που προκαλεί στο εργασιακό περιβάλλον.

γ) Το μονοξειδίο του άνθρακα του καπνού του τσιγάρου μπορεί να προκαλεί μειωμένη οξυγόνωση των ιστών του εμβρύου. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 1.150 ή σύμφωνα με άλλους 2.500 χημικές ουσίες. Αυξημένο ποσοστό αποβολών.

Περιγεννητική θνησιμότητα.

Μόλυνση αμνιακού υγρού : Είναι μεγαλύτερη σε καπνίστριες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες.

Μικρότερη εγκυμοσύνη : Η εγκυμοσύνη ήταν μικρότερη κατά 1 - 15 ημέρες, αν και άλλες έρευνες δεν διαπίστωσαν κάτι τέτοιο.

Ανοσολογική αντίδραση του εμβρύου : Είτε άμεσα, είτε έμμεσα.

Επίδραση στα αγγεία του εμβρύου : Μείωση γνωστού ενδογενή αντιθρομβωτικού παράγοντα (προστακυκλίνης) στα ενδοθυλιακά κύτταρα των εμβρυϊκών αρτηριών, με αποτέλεσμα την επίδραση της ροής του αίματος στην ομφαλική αρτηρία. Έχουν παρατηρηθεί ιστολογικές μεταβολές και αλλοιώσεις στο πλακούντα.

Διαπλακούντια καρκινογόνο επίδραση : Ορισμένα συστατικά του καπνού του τσιγάρου είναι γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες που μπορούν να φθάσουν στο έμβρυο και οδηγούν στην υπόθεση της διαπλακούντιας καρκινογόνου επίδρασης κατά τη διάρκεια της κύησης. Η υπόθεση ενισχύεται από έρευνες σε πειραματόζωα. Επηδημολογική έρευνα στη Χαβάη εβεβαίωσε έμμεσα αυτή την υπόθεση.

Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.

Διανοητική και σωματική καθυστέρηση.

Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα : Το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα. Έρευνες απέδειξαν ότι αν οι έγκυες καπνίστριες σταματούσαν το κάπνισμα, θα υπήρχαν 19 λιγότερες αποκολλήσεις του πλακούντα, όπως και πρόωμη ρήξη των υμένων του εμβρύου.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Κάθε γυναίκα νιώθει φόβο αν τύχει να αιμορραγήσει στην αρχή της εγκυμοσύνης. Είναι μια κατάσταση σίγουρα δύσκολη, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι θα διακοπεί και η κύηση. Αντίθετα, σ' ένα μεγάλο ποσοστό που φθάνει το 50%, μια γυναίκα που θα αιμορραγίσει στο πρώτο τρίμηνο, συνεχίζει ομαλά την κύηση της μέχρι τον τοκετό.

Από τον Ξενοφώντα Παπαχαραλάμπους
μαιευτήρα - γυναικολόγο

ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Τα αίτια της αιμορραγίας του πρώτου τριμήνου είναι διάφορα. Αν θέλαμε να αναφέρουμε επιγραμματικά τα συνηθέστερα από αυτά, θα λέγαμε κατά σειρά την απειλούμενη εκτρωση, την εξωμήτρια εγκυμοσύνη, τους ενδομητρικούς πολύποδες, τους τραυματισμούς του κόλπου και του αιδοίου, τον καρκίνο του τραχήλου και την ψευδοπερίοδο.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΟΤΑΝ ΑΡΧΙΖΕΙ ΜΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Αν εκδηλωθεί μια αιμορραγία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνετε, είναι να έρθετε σε επαφή με το γιατρό σας.

Θα θελήσει σίγουρα να σας δει σε σύντομο διάστημα θα σας ρωτήσει να του περιγράψετε την ποσότητα και την ποιότητα της αιμορραγίας, θα του περιγράψετε τον πόνο και στη συνέχεια θα σας εξετάσει και θα ζητήσει ανάλογα με την περίπτωση, ορισμένες εξετάσεις.

Αν πρόκειται για απειλούμενη εκβολή, το πιθανότερο είναι να σας ζητήσει ανάπαυση και ελάττωση όλων των δραστηριοτήτων σας, πράγμα που θα πρέπει να ακολουθήσετε με θρησκευτική ευλάβεια.

Σαν συμπέρασμα θα λέγαμε ότι σίγουρα η αιμορραγία είναι ανησυχητική και πρέπει να την πληροφορηθεί ο γιατρός σας αμέσως μόλις συμβεί. Όμως, μην ξεχνάτε ότι οι πιθανότητες να καταλήξει αυτή η κατάσταση σ' έναν ομαλό τοκετό, είναι οι περισσότερες.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΗΣ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η κύηση στη γυναίκα που έχει κανονικό Γ.Κ. φυσιολογικά διαρκεί 280 ημέρες και υπολογίζεται από την πρώτη ημέρα Τ.Ε.Ρ. Επειδή, όπως αναφέρθηκε ήδη, η διάρκεια της ζωής του ωχρού σωματίου είναι σταθερή (και κατά συνέπεια η 2η φάση του ΠΚ = ημέρα ωθουλακιορρηξίας μέχρι την πρώτη της Ε.Ρ. = 14 ημέρες), στις περιπτώσεις όπου αναφέρονται Γ.Κ. διάρκειας 28 ημερών η διάρκεια της κύησης αυξάνεται φαινομενικά για ένα αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Στην πράξη, αν από τις 280 ημέρες αφαιρεθούν οι 14 ημέρες της παραγωγικής φάσης, ενός Γ.Κ. διάρκειας 28 ημερών, η πραγματική διάρκεια της κύησης, από τη στιγμή της σύλληψης, υπολογίζεται σε 264 ημέρες περίπου.

Η πιθανή ημερομηνία τοκετού (Π.Η.Τ.) για γυναίκες με κανονικό Γ.Κ. διάρκειας 28 ημερών, καθορίζεται με τη βοήθεια του κανόνα του NAEGELE, σύμφωνα με τον οποίο προστίθενται 7 στην πρώτη της Τ.Ε.Ρ. και αφαιρούνται 3 μήνες.

Όπως γίνεται αντιληπτό, ο προσδιορισμός της Π.Η.Τ. με τον κανόνα του NAEGELE προϋποθέτει την ύπαρξη γνωστής ημερομηνίας της Τ.Ε.Ρ. Στις περιπτώσεις εκείνες, που υπάρχουν ασαφής πληροφορίες για την ακριβή ημερομηνία της Τ.Ε.Ρ., όπως συμβαίνει σε γυναίκες με ξεχασμένη την Τ.Ε.Ρ. ακανόνιστη Ε.Ρ. και αμηνόρροια (λόγω γαλουχίας ή άλλων αιτιών), ο προσδιορισμός της Π.Η.Τ. γίνεται με βάση τις πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τον προσδιορισμό διαφόρων παραμέτρων. Τέτοιες παράμετροι είναι τα σκιρτήματα του εμβρύου και το ύψος του πυθμένα της μήτρας, ως και τα ευρήματα της υπερηχογραφίας από τον προσδιορισμό του κεφαλουραίου άξονα του εμβρύου, των διαστάσεων του εμβρυϊκού σάκκου και της αμφιβρεγματικής διαμέτρου του εμβρύου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΚΑΙ Ο ΚΟΛΠΟΣ στην εγκυμοσύνη χαρακτηρίζονται από μεγάλη υπεραιμία και το χρώμα τους γίνεται ιώδες. Η υπεραιμία του κόλπου και οι μεταβολές στον υποβλεννογόνιο συνδετικό του ιστό επιτρέπουν τη μεγάλη διάταση, που γίνεται κατά τον τοκετό. Το πολύστοιβε πλακώδες επιθήλιο του κόλπου γίνεται πιο παχύ και από τα αποφελιδωμένα σκαφοειδή κύτταρα, που βρίσκονται κατά σωρούς στο κοιλικό υγρό, μπορεί να εκτιμηθεί η ορμονική κατάσταση της κύησης και κατά κύριο λόγο της έκκρισης της προγεστερόνης. Η αυξημένη παραγωγή γαλακτικού οξέος, λόγω της διάσπασης του γλυκογόνου από τον γαλακτοβάκιλλο, οδηγεί στην ελάττωση του ΡΗ του κοιλικού υγρού σε 4,5 ως 5, ασκώντας έτσι μια αντιμικροβιακή δράση.

Η μήτρα στο σύνολό της παρουσιάζει διάφορες μεταβολές στη διάρκεια της κύησης, για να μπερέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του προοδευτικού αυξανόμενου όγκου του περιεχόμενου της. Οι πιο εμφανείς μεταβολές αφορούν το σώμα της μήτρας και ιδιαίτερα του πυθμένα της, του οποίου οι διαστάσεις αυξάνονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε η είσοδος των σαλπίνγων και η θέση πρόσφυσης των στρογγύλων συνδέσμων να αντιστοιχούν σε χαμηλότερο σημείο σε σύγκριση με τη θέση τους πριν από την κύηση. Στην αρχή της κύησης, η αύξηση του όγκου του σώματος της μήτρας οφείλεται σε υπεραιμία και υπερπλασία κατά κύριο λόγο, ενώ μετά την 20η εβδομάδα αποδίδεται σε υπερτροφία των μυϊκών ινών. Πιο συγκεκριμένα το μήκος των μυϊκών ινών του μυομητρίου αυξάνεται από 0,05 χιλομ. σε 0,2 ως 0,6 χιλιομ. Το μήκος της μήτρας αυξάνεται κατά 3,75 εκ. κάθε μήνα της κύησης, ώστε στο τέλος να αυξηθεί από 7 σε 35 εκ. ενώ η εγκάρσια διάμετρος της φτάνει τα 23 εκ.

Το βάρος της μήτρας αυξάνεται από 60 ως 100 γρμ. σε 1.100 γρμ. στο τέλος της κύησης. Η θεαματικότερη μεταβολή παρατηρείται στη χωρητικότητα της μήτρας, που αυξάνεται στο 500 πλάσιο περίπου και φτάνει τα 5.000 ως 8.000 γρμ.

Το σχήμα της μήτρας από το δεύτερο ως τον τέταρτο μήνα της κύησης, είναι σφαιρικό και στη συνέχεια γίνεται ελλειπτικό ή κυλινδρικό, με το μακρο της άξονα κάθετο στο επίπεδο της εισόδου της πυέλου.

Ο φθαρτός παρουσιάζει υπερτροφία των αδένων του που χαρακτηρίζεται από την παρουσία μεγάλων φθαρτικών κυττάρων στο στρώμα του, που είναι πλούσια σε γλυκογόνο και λιπιδιόλη.

Το πάχος του μυομητρίου κατά την 18η εβδομάδα φτάνει τα 25 χιλμ για να ελαττωθεί προοδευτικά στα 5 ως 10 χιλσμ. στο τέλος της κύησης.

Σε όλη τη διάρκεια της κύησης το μυομήτριο παρουσιάζει ακανόνιστες μικρές και ανώδυνες συστολές γνωστές με την ονομασία συστολές των BRAXTON - HICKS, ενώ παράλληλα παρατηρούνται μικρότερες ινεδιακές, που αποβλέπουν στην τόνωση της κυκλοφορίας του αίματος και τη διατήρηση ενός βασικού τόνου. Ο τόνος αυτός του μυομητρίου προσδιορίζεται με τη μέτρηση της ενδοαμνιακής πίεσης, που φτάνει το μέγιστό της κατά το μέσο της κύησης, για να ελαττωθεί στα 10 χιλ. HG κατά το τέρμα της. Αποτέλεσμα του τόνου της ενδοαμνιακής κοιλότητας είναι η άσκηση υδροστατικής πίεσης προς όλες τις κατευθύνσεις, που εξουδετερώνεται από την αντίσταση των τοιχωμάτων της μήτρας. Η σημασία της ενδοαμνιακής αυτής υδροστατικής πίεσης καταφαίνεται στις περιπτώσεις, όπου υπάρχει ελαττωμένη αντίσταση του τοιχώματος της μήτρας, όπως συμβαίνει στην ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Στις περιπτώσεις αυτές, λόγω της ενδοτικότητας της περιτοχής αυτής, είναι δυνατή η προβολή του αμνιακού σάκκου και η πρόωρη ρήξη των υμένων.

Η σύσταση του τοιχώματος της μήτρας κατά το πρώτο τρίμηνο είναι πολύ μαλακή και έπειτα παρουσιάζει μια μικρή αντίσταση στην ψηλάφηση, αφού γίνεται πιο διατεταμένη, για να χωρέσει το περιεχόμενό της.

Ο τράχηλος της μήτρας στην κύηση γίνεται πιο υπεραιμικός, μαλακός και πορφυρόχρωμος. Οι ενδοτραχηλικοί αδένες υπερτρέφονται και εκκρίνουν περισσότερη βλέννη, που φράζει τον ενδοτραχηλικό αυλό και προφυλάσσει έτσι την ενδομητρική κοιλότητα από τις ανιούσες μόλυνσεις. Ο τράχηλος της μήτρας υφίσταται τις μεταβολές αυτές παρά το γεγονός ότι κατά 90% αποτελείται από συνδετικό και κολλαγόνο ιστό, ενώ το μυϊκό υπόστρωμα του αντιπροσωπεύει ποσοστό μόνο 10% περίπου.

Η ενδοτραχηλική κειλότητα διατηρείται μέχρι λίγο πριν από την έναρξη του τοκετού, εκτός αν πρόκειται για πολύτοκες ή ανεπάρκεια του τοκετού, εκτός αν πρόκειται για πολύτοκες ή ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Μία άλλη συχνή μεταβολή αφορά στην επέκταση του κυλινδρικού επιθυλίου του τραχήλου, πέρα από το έξω τραχηλικό στόμιο.

Στις ωοθήκες το ωρό σωματίο, τις πρώτες εβδομάδες της κύησης μεγαλώνει, ώστε να παρουσιάζει διάμετρο 2 ως 2,5 εκ. Τη μεγαλύτερη ανατομική και λειτουργική του ανάπτυξη το ωρό σωματίο της παρουσιάζει κατά την 6η εβδομάδα της κύησης, οπότε αρχίζει να υποστρέφεται.

Σάλλιγγες κατά τη διάρκεια της κύησης δεν φαίνεται να παρουσιάζουν αξιόλογες μεταβολές, εκτός από μία γενικευμένη υπεραιμία ή την εμφάνιση διάσπαρτων εστιών φθαρτικής αντίδρασης του ενδοσαλλιγγίου και του ορογόνου χιτώνα τους. Από τις κυριότερες μεταβολές των εξατρημάτων της μήτρας είναι η αλλαγή της τοπογραφοανατομικής τους θέσης, που οφείλεται στην παρακολούθηση της αύξησής του πυθμένα της μήτρας.

Οι μαστοί στη διάρκεια της κύησης διογκώνονται λόγω της υπερτροφίας του κατά το $I/3$ του αρχικού τους όγκου και γίνονται ευαίσθητοι. Η άλω γύρω από τη θηλή των μαστών αυξάνεται και γίνεται πιο σκουρόχρωμη.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η εναπόθεση μεγέλοχρωστικής στο δέρμα είναι συνηθισμένο φαινόμενο στην εγκυμοσύνη. Η άλω γύρω από τη θηλή όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω αυξάνεται και γίνεται πιο σκουρόχρωμη. Η περιοχή γύρω από τον ομφαλό και ιδιαίτερα της λευκής γραμμής, χρωματίζεται έντονα, από την εναπόθεση μελανίνης. Επίσης στο μέτωπο, στη μύτη και στις παρειές γίνεται εναπόθεση μελανίνης και δημιουργείται έτσι το μητρικό χλόασμα.

Τα κοιλιακά τοιχώματα με την ανάπτυξη της εγκυμοσύνης προοδευτικά διογκώνονται. Μετά τον 4ο μήνα, όταν η μήτρα αναπτυχθεί έξω από την κύελο, η διάμετρος της κοιλίας αυξάνεται.

Στον 6ο μήνα ο ομφαλός προβάλλει και το δέρμα της κοιλίας διατείνεται. Η γρήγορη και υπερβολική αύξηση της τάσης του δέρματος έχει σαν αποτέλεσμα τη διάσπαση των ελαστικών ινών, που βρίσκονται κάτω από την επιδερμίδα, και την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών ραβδώσεων της κύησης. Αυτό συμβαίνει συνήθως στο δέρμα τους κατώτερου τμήματος της κοιλίας στο ανώτερο των μηρών και εκτείνεται προς τους γλουτούς.

Αρχικά οι ραβδώσεις εμφανίζουν ρόδινο χρώμα και μετά γίνονται λευκωπές σαν ευλώδης ιστός. Μερικοί συγγραφείς υποστηρίζουν, ότι οι ραβδώσεις οφείλονται σε καθαρά ορμονικούς λόγους, ενώ άλλοι παρατήρησαν τη σπανιότερη εμφάνισή τους σε άτομα ασκούμενα σωματικά κι σε έγκυες με φυσιολογική αύξηση και του βάρους, κατά την κύηση. Οι ραβδώσεις των κοιλιακών τοιχωμάτων παρουσιάζονται σαν καμπύλες γραμμές με ομόκεντρική διάταξη γύρω από τον ομφαλό. Σπανιότερα οι δερματικές αυτές αλλοιώσεις είναι δυνατόν να παρουσιαστούν στους μαστούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Με τον προγεννητικό έλεγχο επιτυγχάνεται, με ασφάλεια και αποτελεσματικές μεθόδους, η έγκαιρη ενδομήτρια διάγνωση ορισμένων γενετικών παθήσεων του εμβρύου. Η έγκαιρη αυτή διάγνωση προσφέρει τη δυνατότητα στους γονείς να απαιτήσουν ένα υγιές παιδί, ενώ παράλληλα τους προφυλάσσει από τη γέννηση ενός γενετικά υπολειπόμενου εμβρύου, με την έγκαιρη πρόκληση διακοπής της κύησης. Κύριος σκοπός λοιπόν της προγεννητικής διαγνωστικής είναι να περιορίσει τις διάφορες γενετικές παθήσεις και σύνδρομα.

Τα προβλήματα της προγεννητικής διαγνωστικής είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζονται από ομάδα πεπειραμένων ειδικών ιατρών και βοηθητικού προσωπικού, που θα είναι σε θέση να τα αναλύσουν με τρόπο απλό, καταληπτό και πρακτικό στους ενδιαφερόμενους γονείς. Γε' αυτό οι ασχολούμενοι με τον προγεννητικό έλεγχο είναι απαραίτητο να γνωρίζουν με κάθε λεπτομέρεια της διάφορες γενετικές παθήσεις, ώστε να είναι σε θέση να προσδιορίσουν:

- α) Την ασφαλή διάγνυσή τους, όπου είναι δυνατή.
- β) Την πιθανότητα επανεμφάνισης τους σε τυχόν νέα κύηση.
- γ) Τη μέθοδο ανίχνευσης των φορέων της νόσου.
- δ) Την ποιότητα ζωής, που προσφέρει η κάθε νόσος, ως και τη δυνατότητα θεραπείας της, και
- ε) Τα οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα, που θα προέλθουν από το παιδί που πάσχει, όπως και τις πιθανότητες επιπλοκών από την πρόκληση τεχνητής διακοπής της κύησης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην πιθανότητα να επακολουθήσει δευτεροπαθής στειρώση.

Για την προγεννητική διάγνωση των γενετικών παθήσεων του εμβρύου εφαρμόζονται διάφορες διαγνωστικές μέθοδοι που στηρίζονται σε άμεσο ή έμμεσο έλεγχο της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας. Οι μέθοδοι αυτοί παρουσιάζονται παρακάτω και θα αναλυθούν ιδιαίτερα οι άμεσοι μέθοδοι εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου.

Μέθοδοι Εφαρμογής του Προγεννητικού Ελέγχου.

A. Αμειοσες (στο έμβρυο)

1. Αμνιοπαρακέντηση
2. Εμβρυοκέντηση
3. Αιμοληψία από το έμβρυο
4. Βιοψία του δέρματος του εμβρύου
5. Υπερηχογραφία
6. Ακτινολογική εξέταση : α) αμνιογραφία
β) εμβρυογραφία

B. Εμμεοσες (στη μητέρα)

1. Στο αίμα : α) εμβρυϊκά κύτταρα
β) ανίχνευση και ποσοτικός προσδιορισμός αντισωμάτων.
γ) προσδιορισμός ορμονών
δ) προσδιορισμός διαφόρων ουσιών
2. Στα ούρα : Προσδιορισμός διαφόρων ορμονών
3. Στην τροφοβλάστη

Η ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η υπερηχογραφία στην προγεννητική διάγνωση προσφέρει αξιόλογη συμβολή, που είναι δυνατό να συνοψιστεί στα παρακάτω :

1. Αποκλείει ή επιβεβαιώνει την ύπαρξη δίδουμης ή πολύδουμης κύησης, με αποτέλεσμα τον περιορισμό των λαθών, που είναι δυνατό να προέλθουν από τον έλεγχο του ενός μόνο εμβρύου, σε περίπτωση αμνιοπαρακέντησης.
2. Προσδιορίζει την ηλικία της κύησης με μεγάλη ακρίβεια. Ο προσδιορισμός αυτός είναι πολύ σπουδαίος για την επιλογή του κατάλληλου χρόνου εκτέλεσης της αμνιοπαρακέντησης.
3. Βοηθά στην αξιολόγηση των τιμών διαφόρων ουσιών όπως π.χ. συμβαίνει στην αξιολόγηση των μετρήσεων της εμβρυϊκής α - πρωτεΐνης.
4. Διαγιγνώσκει διάφορες ανατομικές ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου. Παραδείγματα τέτοιων ανωμαλιών αποτελούν : η ανεγκεφαλία, η μικροκεφαλία, ο υδροκέφαλος, η ομφαλοκήλη, τα βραχεία ανώμαλα άκρα κ.ά.

6. Προσδιορίζει την ποσότητα και τις μεταβολές του όγκου του αμνιακού υγρού, καθώς επίσης και τις περιοχές συγκέντρωσής του.

7. Κάνει ασφαλέστερη την αμνιοπαρακέντηση.

Η εφαρμογή των υπερήχων στην προγεννητική διάγνωση δεν φαίνεται να σχετίζεται με γνωστούς κινδύνους. Η χρήση των υπερήχων κατά την κύηση είναι ασφαλής, αν και ορισμένες κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν, ότι υφίσταται αύξηση της δραστηριότητας του εμβρύου, η οποία οφείλεται πιθανότατα σε ακουστική διέγερσή του.

Παράλληλα με τα παραπάνω πλεονεκτήματα της εφαρμογής της υπερηχογραφίας στην κύηση, περιορίζεται δραστικά η ανάγκη χρησιμοποίησης ακτινολογικών μεθόδων, που είναι συνδεδεμένες με πιθανές βλάβες στα έμβρυο, όπως η πρόκληση του εμβρυϊκού θανάτου.

Στην περίοδο της οργανογένεσης η ιοντίζουσα ακτινοβολία προκαλεί υπολειπομένη ανάπτυξη και ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου. Οι πιο συχνές από τις ανωμαλίες της διάπλασης είναι εκείνες που αφορούν το Κ.Ν.Σ. και από αυτές η πιο συχνή η μικροκεφαλία και η πνευματική καθυστέρηση. Στην προχωρημένη κύηση η ιοντίζουσα ακτινοβολία φαίνεται να σχετίζεται με έναν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης λευχαιμίας σε παιδιά που υποβλήθηκαν σε ακτινολογικές διαγνωστικές εκθέσεις.

Ο προσδιορισμός μιας ελάχιστης ακίνδυνης δόσης ιοντίζουσας ακτινοβολίας στο έμβρυο, είναι εξαιρετικά δύσκολος και οι γνώμες των διαφόρων ερευνητών διίστανται. Προς το παρόν, ως μέγιστη επιτρεπόμενη έκθεση του εμβρύου σε ιοντίζουσα ακτινοβολία, έχει καθορισθεί το επίπεδο των 5 REW, που πιστεύεται, ότι είναι μια αρκετά συντηρητική αντιμετώπιση του προβλήματος. Αντίθετα η έκθεση του εμβρύου στους υπερήχους, που εφαρμόζονται για διαγνωστικούς σκοπούς δεν φαίνεται να σχετίζεται με δυομενείς επιδράσεις σ' αυτό.

Η ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Η αμνιοπαρακέντηση συνίσταται στην παρακέντηση της αμνιακής κοιλότητας και την αναρρόφηση υγρού, στο οποίο γίνονται διάφορες κυτταρογενετικές και βιοχημικές αναλύσεις. Η προσπέλαση της αμνιακής κοιλότητας γίνεται υπερηβικά από το κοιλιακό τοίχωμα.

Η κοιλιακή αμνιοπαρακέντηση περιορίζεται μόνο σε περιπτώσεις που εφαρμόζεται πριν από την 12η εβδομάδα της κύησης που η μήτρα βρίσκεται ακόμα πίσω από την ηβική σύμφυση. Το αμνιακό όραμα υγρό στην ηλικία αυτή της κύησης, είναι πολύ παχύρευστο και φτωχό σε κύτταρα, ώστε η αμνιοπαρακέντηση να θεωρείται πρακτικά άσκοπη.

Ο καλύτερος χρόνος για την εφαρμογή της κοιλιακής αμνιοπαρακέντησης είναι το διάστημα μεταξύ 16ης και 18ης εβδομάδας της κύησης από την πρώτη ημέρα της T.E.P. τη 16η εβδομάδα της κύησης η ποσότητα του αμνιακού υγρού υπολογίζεται σε 200κ.εκ. περίπου και η περιεκτικότητά του σε κύτταρα ανέρχεται σε 2×10^6 / κ.εκ..

Από τα κύτταρα αυτά μόνο το 1 στα 2.000 είναι καλλιεργήσιμο, ενώ τα υπόλοιπα είναι νεκρά. Με την πρόοδο της ηλικίας της κύησης, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των κυττάρων του αμνιακού υγρού, ο αριθμός των καλλιεργησίμων κυττάρων ελαττώνεται.

Οι προϋποθέσεις για την εκτέλεση της αμνιοπαρακέντησης είναι :

1. Ο γενετικός κίνδυνος - που αποτελεί και την ένδειξη εκτέλεσης της - να υπερβαίνει το 1% ,λαμβάνοντας υπ'όψη τους κινδύνους από την αμνιοπαρακέντηση.

2. Ο προγεννητικός έλεγχος να μπορεί να δώσει απάντηση σαφή για το συγκεκριμένο νόσημα του εμβρύου, που γίνεται ο έλεγχος.

3. Να προηγηθεί η εντόπιση του πλακούντα με υπερήχους, καθώς επίσης η θέση του εμβρύου και η εντόπιση της περιοχής άθροισης του αμνιακού υγρού. Προτιμότερη είναι η εκτέλεση της αμνιοπαρακέντησης κάτω από άμεσο υπερηχογραφικό έλεγχο.

Η αμνιοπαρακέντηση στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, παρά το γεγονός, ότι είναι αναμφισβήτητα μια ακίνδυνη διαγνωστική επέμβαση, εν τούτοις δε στερείται από ορισμένες επιπλοκές. Η συνολική εμβρυϊκή απώλεια (αυτοματες εκτρώσεις, ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου κατά το δεύτερο τρίμηνο υπολογίζεται σε 0,3 ως 1,5% .

Σε ποσοστό 0,1% των περιπτώσεων ακολουθεί αυτόματη έκτρωση μέσα στις πρώτες 72 ώρες από την επέμβαση και σε 0,2 % μέσα στην πρώτη εβδομάδα. Η εμβρυϊκή αυτή απώλεια δεν φάνεται να αυξάνεται στις περιπτώσεις εκείνες που απαιτείται δεύτερη ή περισσότερες παρακεντήσεις, ενώ αντίθετα η χρησιμοποίηση βελύνας παρακέντησης, μεγαλύτερης διαμέτρου (του μεγέθους 18) σχετίζεται με μεγαλύτερη εμβρυϊκή απώλεια.

Η αμνιοτίτιδα (πιθανότατα λόγω περάσματος της βελόνας μέσα από εντερική έλικα), τα αιματώματα των κοιλιακών τοιχωμάτων, του μυομητρίου και του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, ως και άλλες σοβαρές επιπλοκές από μέρους του εμβρύου, είναι πάρα πολύ σπάνιες ή ανύπαρκτες.

Από μέρους της μητέρας παρ'όλο, ότι δεν αναφέρεται θνησιμότητα, εν τούτοις σοβαρές επιπλοκές αναφέρονται σποραδικά.

Άλλες αναφερόμενες επιπλοκές, από αμνιοπαρακέντηση στο δεύτερο τρίμηνο είναι :

α) Η εκροή αμνιακού υγρού από τον κόλπο, σε ποσοστό 1 ως 13 %

β) Η αιμόρροια από τον κόλπο, σε ποσοστό 0,9 %

γ) Η ευαισθησία στα κοιλιακά τοιχώματα και οι συστολές του μυομητρίου, σε ποσοστό 0,9 % και 1,4 % αντίστοιχα, και

δ) Η τρώση του δέρματος του εμβρύου σε ποσοστό 0,6 ως 3% .

Οι επιπλοκές αυτές φαίνεται να είναι συχνότερες, όταν η αμνιοπαρακέντηση εφαρμόζεται πριν από την 15η εβδομάδα της κύησης.

Η αναρρόφηση καφεοχρόου αμνιακού υγρού σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό εμβρυϊκής απώλειας, που γίνεται ακόμα πιο υψηλό, όταν συνυπάρχει και αύξηση της τιμής της εμβρυϊκής α-πρωτεΐνης του αμνιακού υγρού. Αντιθετα η παρουσία πράσινου αμνιακού υγρού δεν φαίνεται να έχει οποιαδήποτε όσημενή συσχέτιση, με την εξέλιξη της κύησης.

Γενικά στις περιπτώσεις που υποβλήθηκαν σε αμνιοπαρακέντηση μερικοί από τους ερευνητές αναφέρουν μικρή αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας, που πιθανολογείται ότι οφείλεται στο αυξημένο ποσοστό αιμορραγιών κατά την κύηση και στις ανεξήγητες αναπνευστικές ανωμαλίες στα νεογένητα της ομάδας αυτής.

Η ΕΜΒΡΥΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η εμβρυοσκόπηση αποβλέπει στην άμεση επισκόπηση του, σώματος του εμβρύου, η οποία επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ενός ειδικού οργάνου του εμβρυοσκοπίου.

Οι ενδείξεις εκτέλεση της εμβρυοσκόπησης περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις, όπου οι άλλες εξετάσεις δεν οδηγούν σε ακριβή διάγνωση, ενώ υπάρχει βάσιμη υποψία για συγκεκριμένες ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου.

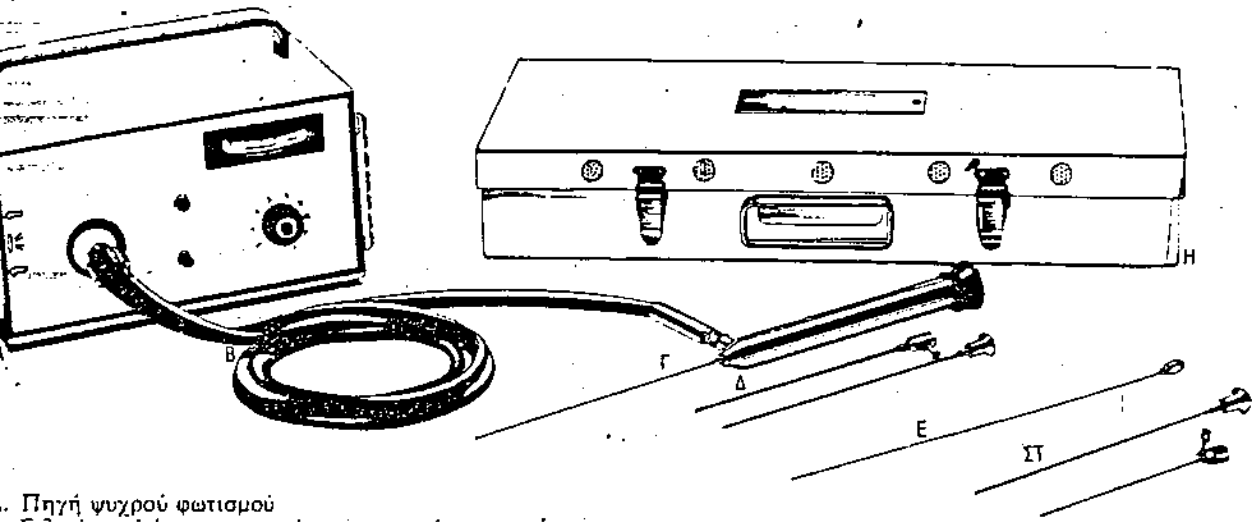
Οι κίνδυνοι από την εμβρυοσκόπηση δεν είναι ακριβώς καθορισμένοι λόγω της περιορισμένης πείρας από την επέμβαση. Πολύ σπάνιες επιπλοκές από μέρος του εμβρύου αποτελούν : α) Η γάγγραινα του εμβρυϊκού μέλους, λόγω τραυματισμού μεγάλου αγγείου, από την βελόνα παρακέντησης. β) Το αιματωμα των κοιλιακών τοιχωμάτων του εμβρύου και γ) Η τρώση και ρήξη του ομφαλίου λώρου. Μικροαιμορραγίες οι οποίες προκαλούνται από τραυματισμό του πλακούντα φαίνεται, ότι διαρκούν λίγα μόνο λεπτά και δεν ασκούν οποιαδήποτε καταστροφική επίδραση στο έμβρυο. Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, οι αυτόματες εκτρώσεις, οι πρόωροι τοκετοί (10%), η διαφυγή αμνιακού υγρού, οι φλεγμονές, η τρώση της ουροδόχου και του εμβρύου, είναι βέβαια σοβαρές επιπλοκές, που όμως δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί με ακρίβεια η πραγματική τους συχνότητα.

Η ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΕΜΒΡΥΪΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η λήψη δείγματος εμβρυϊκού αίματος είναι δυνατό να γίνει με δύο μεθόδους : με την εμβρυοσκόπηση ή με την πλακουντοκέντηση.

Με την εμβρυοσκόπηση η λήψη εμβρυϊκού αίματος είναι καλύτερα να γίνεται μεταξύ της 17ης και 20ης εβδομάδας της κύησης, όταν η ολική ποσότητα του αίματος του εμβρύου είναι τέση, ώστε μπορεί να υφίσταται χωρίς επακόλουθα μια απώλεια του μεγέθους των 1 ως 2 εκ. Η επέμβαση αποφασίζεται μετά από προηγούμενη εντόπιση της θέσης πρόσφυσης του πλακούντα. Κατόπιν γίνεται η επιλογή του κατάλληλου αγγείου, που πρόκειται να παρακεντηθεί. Η αιμοληψία μπορεί να γίνει και από τα αγγεία του ομφαλίου λώρου, κοντά στη θέση πρόσφυσης του στο έμβρυο ή στον πλακούντα. Η παρακέντηση του ομφαλίου λώρου θεωρείται πιο επικίνδυνη από την παρακέντηση αγγείων του πλακούντα.

Η αιμοληψία αυτή διαρκεί μερικά δευτερόλεπτα και υπολογίστηκε ότι προκαλεί μια απώλεια αίματος της τάξης των 1,5 ως 2,5 εκ. , ποσό που αντιπροσώπευει μόλις το 3% του ολικού όγκου, του αίματος του εμβρύου. Πολλές φορές προκαλείται συγχρόνως και αιμορραγία μητρικής προέλευσης. Τα διαγνωστικά προβλήματα που προκύπτουν τότε, εξαρτώνται από τις εξετάσεις, που πρόκειται να εφαρμοστούν στο λαμβανόμενο δείγμα του αίματος του εμβρύου.



- .. Πηγή ψυχρού φωτισμού
- .. Ειδικός σωλήνας μεταφοράς του ψυχρού φωτισμού.
- .. Εμβρυοσκόπιο (βελονοσκόπιο)
- .. Βελόνα με στύλεό
- .. Ειδική βελόνα για αιμοληψία από το έμβρυο
- .. Βελόνα με στύλεό τύπου Hobbins
- .. Ειδικός δίσκος στεγνής αποστείρωσης.

Δείχνονται τα απαραίτητα όργανα για την εκτέλεση της εμβρυοσκόπησης.

Η λήψη εμβρυϊκού αίματος με πλακουντοκέντηση, συνίσταται στην παρακέντηση του πλακούντα με βελόνα εσφουοντωτικής παρακέντησης με γέθους Ι9 ή 20, αφού προσδιορισθεί η θέση του πλακούντα με υπερήχους. Τα περισσότερα δείγματα που παίρνονται με τη μέθοδο αυτή περιέχουν και αίμα της μητέρας, σε μεγάλη αναλογία. Για ορισμένες εξετάσεις, που εφαρμόζονται στο δείγμα αυτού του αίματος, η πρόσμιξη του με μητρικό αίμα δεν έχει καμία επίδραση ενώ για άλλες είναι ακατάλληλο.

Οι κίνδυνοι από την πλακουντοκέντηση είναι ακριβώς οι ίδιοι, όπως από την εμβρυοσκόπηση και είναι : η μεγάλη απώλεια εμβρυϊκού αίματος, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα η αυτόματη έκτρωση και η αμνιοτίτιδα. Οι επιπλοκές αυτές, όπως είναι ευνόητο, είναι δυνατό να οδηγήσουν σε αιφνιδίου ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.

Η ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Η βιοψία του δέρματος του εμβρύου αποτελεί σχετικά απλή διαγνωστική εμβρυοσκοπική επέμβαση. Στο λαμβανόμενο υλικό, που είναι συνήθως Ι χιλ.στμ. είναι δυνατό να διενεργηθούν διάφορες βιοχημικές μικροσκοπικές και κυτταρογενετικές αναλύσεις. Μέχρι τώρα η βιοψία του δέρματος εφαρμόστηκε με επιτυχία σε περιορισμένες περιπτώσεις συγγενούς ιχθύωσης. Τα καταλληλότερα σημεία για βιοψία του δέρματος είναι οι πλευρές και το τριχωτό του εμβρύου, γιατί στις περιοχές αυτές είναι δυνατό να ασκηθεί πίεση με τη λαβίδα βιοψίας, χωρίς το φόβο του τραυματισμού αγγείων ή νεύρων. Η λαβίδα αυτή περνά από την κύρια υποδοχή του εμβρυοσκοπίου, που πιέζεται ακινητοποιημένη στο εκλεγμένο σημείο και παίρνει τον ιστό που προορίζεται για βιοψία.

Η ΑΜΝΙΟΓΡΑΦΙΑ

Η αμνιογραφία για να εκτελεσθεί ακολουθεί τη διαδικασία και τους κανόνες της αμνιοπαρακέντησης. Μετά την είσοδο της βελόνας στον αμνιακό σάκκο αφαιρούνται 20 εκ.κ. αμνιακού υγρού και εγχέονται 30κ. εκ. υδατοδιαλυτής σκιεράς ουσίας.

Παράδειγμα τέτοιας περίπτωσης είναι η διαπίστωση αυξημένου επιπέδου εμβρυϊκής α-πρωτεΐνης στο αμνιακό υγρό, με φυσιολογικά ευρήματα από το υπερηχογράφημα. Επίσης η εμβρυοσκόπηση συνιστάται .. στις περιπτώσεις εκείνες, όπου μια προηγούμενη κύηση κατέληξε σε τοκετό νεογεννήτου με αναγνωρίσιμη ανωμαλία της διάπλασης του εμβρύου, όπως π.χ. συγγενής ιχθύωση κ.ά.

Οι περιορισμένες αυτές ενδείξεις της εμβρυοσκόπησης είναι αποτέλεσμα των μικρών διαγνωστικών δυνατοτήτων της μεθόδου.

Οι σημερινές ενδείξεις της εμβρυοσκόπησης περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες, που απεσκοπείται ο έλεγχος συγκεκριμένων περιοχών, όπως των άκρων και ιδιαίτερα των δακτύλων των ποδιών και των χεριών, των αρθρώσεων, του τριχωτού της κεφαλής, ορισμένης περιοχής των κοιλιακών τοιχωμάτων (πρόσφυση του ομφαλίου λώρου), του προσώπου, της επιφάνειας του πλακούντα και του ομφαλίου λώρου. Με άλλες λέξεις, η εμβρυοσκόπηση προσφέρεται μόνο για περιοχές, που υπάρχουν οδηγία σημεία, κατατοπιστικά για την εξεταζόμενη περιοχή. Σήμερα είναι σχετικά διαδεδομένη η χρήση του άκαμπτου εμβρυοσκοπίου τύπου HOBBS.

Για την εκτέλεση της εμβρυοσκοπίας ο καταλληλότερος χρόνος είναι ο μεταξύ 17ης και 20ης εβδομάδας από την T.E.P. επειδή στην ηλικία αυτή της κύησης το αμνιακό υγρό είναι διαυγές και άφθονο, σε σχέση προς το σχετικά μικρότερο όγκο του εμβρύου. Πριν από την εκτέλεση της εμβρυοσκοπίας είναι απαραίτητο να γίνει υπερηχογράφημα, για να προσδιοριστούν οι παρακάτω παράγοντες :

- α) Η ηλικία της κύησης
- β) Οι διαστάσεις και η θέση του πλακούντα
- γ) Η θέση εισόδου του ομφαλίου λώρου στον πλακούντα
- δ) Η θέση και το σχήμα του εμβρύου
- ε) Η θέση άρθρωσης του αμνιακού υγρού και
- ς) Η ύπαρξη ή όχι πολύδυμης κύησης, ινομυώματα, ή άλλων καταστάσεων που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της διαγνωστικής αυτής επέμβασης.

Στη συνέχεια παραγγέλλεται στον ασθενή να μετακινηθεί δεξιά - αριστερά, για να επιτευχθεί ομοιόμορφη κατανομή του φαρμάκου στο αμνιακό υγρό, πράγμα που υποβηθείται βέβαια και από τις ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου. Ακολουθεί ύστερα ακτινογραφικός έλεγχος. Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται ο προσδιορισμός της θέσης του πλακούντα, η διάγνωση διαφόρων ανωμαλιών του Κ.Ν.Σ., του γαστρεντερικού και ουροποιητικού συστήματος του εμβρύου ως και διαφόρων ανωμαλιών του εξωτερικού περιγράμματος του εμβρυϊκού σώματος και της αμνιακής κοιλότητας, της μηνιγγομυελόκηλης, της ατρησίας του εγκεφάλου, της ομφαλοκήλης και της υδρονέφρωσης. Μερικές από τις ανωμαλίες αυτές για να διαγνωστούν είναι απαραίτητο να υπάρχουν οι κατάλληλες προβολικές συνθήκες για εξέταση. Η διαγραφή του γαστρεντερικού σωλήνα μετά την έγχυση της σκιερής ουσίας οφείλεται στην κατάποση του αμνιακού υγρού από το έμβρυο. Ένα μέρος της σκιερής ουσίας, που απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα του εμβρύου, και το αμνίο, περνά στην εμβρυϊκή κυκλοφορία και αποβάλλεται από τα νεφρά, ώστε να διαγράφονται οι ουρητήρες και η ουροδόχος κύστη μετά 15 λεπτά, από την έγχυσή της. Η κατάποση όμως του αμνιακού υγρού δεν γίνεται πάντα τόσο γρήγορα και πολλές φορές, όταν υπάρχει εμβρυϊκός ύδρωπας, παρατηρείται καθυστερημένη διαγραφή του γαστρεντερικού σωλήνα που μπορεί να απαιτήσει ένα χρονικό διάστημα, 24 ωρών.

Μια άλλη πρακτική εφαρμογή της ακτινογραφικής διαγραφής του γαστρεντερικού σωλήνα είναι ο προσδιορισμός της θέσης της περιτοναϊκής κοιλότητας του εμβρύου, στην οποία πρέπει να κατευθυνθεί η βελόνα της παρακέντησης προκειμένου να εκτελεστεί ενδόμητρία μετά γγισση στο έμβρυο. Μερικές φορές είναι δυνατή η απεικόνιση του γαστρεντερικού σωλήνα του εμβρύου, μετά τη χορήγηση της σκιερής ουσίας στη μητέρα, εφόσον δεν υπάρξει γρήγορη απέκκρισή της από το ουροποιητικό της σύστημα. Η παρατήρηση αυτή φαίνεται να βάζει τη βάση για παραπέρα φαρμακολογική τροποποίηση των σκιαγραφικών ουσιών, ώστε η διαδικασία αυτή της αμνιογραφίας να απλουστευτεί με την παράκαμψη της αμνιοπαρακέντησης.

Η ΕΜΒΡΥΟΓΡΑΦΙΑ

Η εμβρυογραφία αποβλέπει στη διαγραφή του εμβρυϊκού περιγράμματος με τη χορήγηση ενδοαμνιακά 9 κ.εκ. λιποδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας, η οποία προσλαμβάνεται από το σμήγμα του δέρματος του εμβρύου. Μετά από 48 ώρες ή λιγότερο ακολουθεί ακτινολογικός έλεγχος, που αποσκοπεί στη μελέτη της σωματικής διάπλασης του εμβρύου. Η μέθοδος αυτή φαίνεται να δίνει περισσότερες λεπτομέρειες από την αμνιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ο χαρακτηρισμός υπερτασική νόσος στην κύηση υποδηλώνει κάθε αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από τα 140 MM/HG για τη συστολική και πάνω από τα 90 MM/HG για τη διαστολή, ή αύξηση κατά 30 χιλ HG της συστολικής και κατά 15 MM/HG της διαστολικής πίεσης. Η αύξηση αυτή της αρτηριακής πίεσης, θεωρείται καθοριστική για τη διάγνωση, μόνο εφ' όσον διαπιστωθεί σε δύο ή περισσότερες μετρήσεις, με μεσοδιαστήματα τουλάχιστον 6 ώρων.

Η ταξινόμηση της υπερτασικής νόσου στη διάρκεια της κύησης, παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα και βασίζεται, κατά κύριο λόγο στην αιτιολογία της.

1. Παροδική μικρή υπέρταση της κύησης
2. Υπέρταση που οφείλεται στην κύηση
3. Υπέρταση που οφείλεται σε αιτίες εκτός της κύησης
4. Υπέρταση, που οφείλεται σε αιτίες εκτός της κύησης, αλλά επιβαρύνεται από αυτή
5. Αταξινόμητες υπερτάσεις

Γενικά η υπερτασική νόσος στην κύηση παρουσιάζεται με συχνότητα 5-10% και αφορά κατά κύριο λόγο κυήσεις του τρίτου τριμήνου, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνισή της νωρίτερα, ή αργότερα στον τοκετό και τη λοχεία. Στη μεγάλη πλειονότητά της (90%) η υπερτασική νόσος οφείλεται στην κύηση, ενώ τα υπόλοιπα αίτια της αντιπροσωπεύουν ποσοστό 10%.

Η παροδική υπέρταση της κύησης χαρακτηρίζεται από μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης χωρίς οιδήματα και λευκωματουρία. Η υπέρταση αυτή εξαφανίζεται αμέσως μετά τον τοκετό και οφείλεται πιθανότατα στην επιβάρυνση από την κύηση μιά λανθάνουσας χρόνιας υπέρτασης ή πρόκειται για πολύ ελαφριά μορφή προεκλαμψίας.

Η ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ - ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ

Η προεκκλαμψία - εκκλαμψία είναι το αποτέλεσμα μιας κακής προσαρμογής του μητρικού οργανισμού στην κύηση και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση υπέρτασης με λευκωματουρία ή οιδήματα ή και τα δύο. Ανάλογα με τη βαρύτητα που παρουσιάζονται τα κλινικά και διαγνωστικά σημεία της προεκκλαμψίας, γίνεται ο διαχωρισμός της σε ήπια και βαριά. Για το σαφέστερο διαχωρισμό των δύο αυτών μορφών της προεκκλαμψίας, ο CHESLEY πρότεινε τα κριτήρια που αναφέρονται πιο κάτω. Η ύπαρξη έστω και ενός από τα κριτήρια αυτά χαρακτηρίζει τη βαριά προεκκλαμψία.

1. Συστολική αρτηριακή πίεση 160 χιλ.Ηγ ή διαστολική 110 χιλ.Ηγ
2. 5γρμ. λευκωματουρίας σε εύρα 24 ώρου ή 3 ως 4 + με ταινίες ελέγχου της λευκωματουρίας.
3. 400 κ.εκ. ουρων το 24ωρο.
4. Οπτικές διαταραχές ή διαταραχές από το Κ.Ν.Σ.
5. Πνευμονικό οίδημα ή κυάνωση

Η προεκκλαμψία είναι μια παθολογική κατάσταση της κύησης που μπορεί να οδηγήσει κατ'ευθείαν σε μια σοβαρότερη εκδήλωση την εκκλαμψία, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα σημεία και συμπτώματῶ, που αναφέρθηκαν ανωτέρω και επί πλέον χαρακτηρίζεται από σπασμούς, κώμα και διάφορες σοβαρές επιπλοκές, από τα ζωτικά όργανα και συστήματα.

Οι όροι εκκλαμψία και προεκκλαμψία εκφράζουν την ίδια παθολογική κατάσταση της κύησης, που αναφέρονται όμως στις διαβαθμίσεις της βαρύτητάς της. Η εκκλαμψία υποδηλώνει την πιθανή κατάληξη της προεκκλαμψίας, που όμως η εγκατάστασή της δεν σχετίζεται απαραίτητα με τη βαρύτητα της προεκκλαμψίας.

Η αιτιολογία της προεκκλαμψίας και εκκλαμψίας είναι κοινή και για τις δύο και σε πολλά σημεία παραμένει άγνωστη. Αυτό γίνεται.. φανερό από την εμπειρική θεραπευτική αντιμετώπιση της επιπλοκής.. αυτής της κύησης και την πληθώρα των θεωριών που προσπαθούν να την εξηγήσουν.

Ετσι λοιπόν, ενοχοποιήθηκαν διάφοροι παράγοντες : 1) περιβαλλοντο-
λογικοί και φυλετικοί παράγοντες, οιδιαιτητικές συνήθειες και οι
κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, 2) Η διαταραχή της πήκτικότητας του
αίματος, με αποτέλεσμα την εναπόθεση ινικής στους νεφρούς και ως
εκ τούτου τη βλάβη της νεφρικής λειτουργίας 3) Η πρόκληση ισχαι-
μίας, λόγω των κυκλοφορούντων στο αίμα αγγειοσπαστικών ουσιών
με αποτέλεσμα :

- α) Την αύξηση της αρτηριακής πίεσεως
- β) Την κατακράτηση ύδατος και ηλεκτρολυτών

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση των παρακάτω συμπτωμάτων και ση-
μείων :

Συμπτώματα. Στις περιπτώσεις ελαφράς προεκλαμψίας είναι πολύ α-
βληχρή και περιορίζεται μόνο στην ελάττωση της φυσικής δραστηριό-
τητας της εγκύου και στην εμφάνιση αισθήματος εύκολης κόπωσης, που
οφείλεται στην αύξηση του σωματικού της βάρους. Όταν η προεκλαμψία
α επιβαρυνθεί και μεταπέσει στη βαριά της μορφή παρουσιάζονται δι-
αταραχές από την όραση (διπλωπία), κεφαλαλγίες λόγω οίδηματος του
εγκεφάλου, επιγαστραλγία και τάση για έμετο λόγω διάτασης της πα-
τιικής κάψας από το οίδημα, ενώ σε σπανιότερες περιπτώσεις παρα-
τηρείται αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα και τους βλεννογόνους
λόγω κατανάλωσης του ινωδογώνου του αίματος (υπινωδογοναιμία).

Εφόσον η προεκλαμψία δεν αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά λόγω κα-
κής ιατρικής παρακολούθησης ή αποτυχία της θεραπείας ή μη προσέ-
λευσης της εγκύου στον ιατρό εγκαθίσταται πλέον η συμπτωματολογία
της εκλαμψίας, που χαρακτηρίζεται από απότομη επιβάρυνση της γε-
νικής κατάστασης της άρρωστης. Κύρια κλινική εκδήλωση της εκλαμ-
ψίας είναι ο εκλαμπτικός παροξυσμός, που κατά κανόνα ακολουθεί την
παρακάτω εξέλιξη των γεγονότων :

Η προεκλαμπτική άρρωστη έχει ένα αίσθημα θερμότητας (αύρα), που διατρέχει το σώμα της προς το κεφάλι, καθλώνει το βλέμμα της απλανές σε ένα σημείο, παρεκκλίνει το κεφάλι προς το ένα πλάι, λόγω συνείδησης της και στη συνέχεια ακολουθεί τονική σύσπαση όλων των γραμμωτών μυών του σώματος, που διαρκεί γύρω στα 16'' λεπτά. Αμέσως μετά εγκαθίστανται τονικοκλονικοί σπασμοί, που η διάρκειά τους κυμαίνεται από 30'' ως 60'' λεπτά μοιάζουν με μεγάλη επιληπτική προσβολή. Μετά το τέλος των σπασμών η άρρωστη παρουσιάζει τέλεια χαλάρωση, ενώ η απώλεια της συνείδησης διαρκεί, για άλλοτε.. άλλο χρονικό διάστημα. Στη φάση των σπασμών η αναπνοή περιορίζεται σημαντικά και η άρρωστη γίνεται υποξική, μ'όλες τις συνέπειες για το έμβρυο. Επίσης στη φάση των κλονικών σπασμών η έγκυος ανοιγοκλείνει βίαια το στόμα, λόγω έντονου σπασμού των μασητήρων μυών και είναι πολύ πιθανό, αν αφηθεί απροστάτευτη, να προκαλέσει σοβαρές κακώσεις στη γλώσσα. Ακόμα η άρρωστη μπορεί να εισροφήσει.. διάφορες εκκρίσεις τις ανώτερες αεροφόρους οδούς και να παρουσιάσει σοβαρές επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα.

Σημεία : Η υπέρταση, αποτελεί το πρωταρχικό διαγνωστικό σημείο της προεκλαμψίας. Ο βαθμός της αύξησης της συστολικής και ιδιαίτερα της διαστολικής πίεσης, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη βαρύτητα της πάθησης.

Το οίδημα στο πρόσωπο, στα άνω άκρα κατά κριση λόγο και λιγότερο στα κάτω άκρα, είναι συχνό σημείο της κλινικής εκδήλωσης της προεκλαμψίας, αν και δεν αποκλείεται να λείπει σε πολλές περιπτώσεις. Σε έγκυες που περνούν ένα μεγάλο μέρος της εγκυμοσύνης τους ξάπλωμένες, το οίδημα είναι δυνατό να εντοπίζεται στην περιοχή του κόκκυγα.

Η αύξηση των τενοντίων αντανακλαστικών αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα στην προεκλαμψία ενώ ο κλώνος του αγκώνα παρατηρείται σπανιότερα.

Η ολιγουρία (< 400 κ.εκ./24ωρο), αποτελεί σοβαρό προγνωστικό σημείο της προεκλαμψίας και είναι απαραίτητο να διαφοροδιαγιγνώσκονται έγκαιρα από άλλες αίτιες που την προκαλούν, όπως είναι η αφυδάτωση, οι νεφρικές παθήσεις κ.ά.

Η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους της εγκύου, που δεν πρέπει να ξεπερνά τα 13 χιλγρ., σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι ένα από τα πιο σταθερά σημεία της προεκλαμψίας. Η απότομη αύξηση του σωματικού βάρους έχει ιδιαίτερη επιβαρυντική σημασία... για την πρόγνωση της προεκλαμψίας. Γενικά μια αύξηση του σωματικού βάρους της τάξης του 1,3 χιλγρ. την εβδομάδα επιβάλλει στον ιατρό την υποψία ύπαρξης προεκλαμψίας.

Στη βυθοσκόπηση διαπιστώνεται η ύπαρξη ποικίλου βαθμού σπασμούτων αρτηριδίων του αμφιβληστροειδούς. Σπανιότερα είναι δυνατό να διαπιστωθεί αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Τα σημεία που περιγράφηκαν για την προεκλαμψία παρατηρούνται και στην εκλαμψία, με τη διαφορά, ότι είναι δυνατό να εκδηλωθούν με μεγαλύτερη ένταση.

Η ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ

είναι απαραίτητο να γίνει από άλλες καταστάσεις που προκαλούν γενικευμένους σπασμούς των γραμμωτών μυών, όπως είναι οι διάφορες βλάβες του Κ.Ν.Σ. και η ιδιοπαθής επιληψία. Τα χαρακτηριστικά του εκλαμπτικού παροξυσμού, στα οποία θα βασιστεί η διαφορική διάγνωση, είναι η λευκωματουρία, η εμφάνισή του στο τελευταίες 16 εβδομάδες της κύησης και η υπέρταση, σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση πριν την εγκυμοσύνη.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑΣ

Βασίζεται στην τακτική και σχολαστική παρακολούθηση της κύησης, αφού δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά σημεία που να προειδοποιούν την έγκυο για την επικείμενη εγκατάσταση της. Πολλές φορές μια απότομη αύξηση του σωματικού βάρους της εγκύου, υποδηλώνει την πιθανή ανάπτυξη της προεκλαμψίας και επιβάλλεται τότε η εντατικότερη παρακολούθηση της κύησης. Οι κατηγορίες εγκύων που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης τοξιναιμίας είναι :

1. Σε μητέρες που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή υπέρτασης.
2. Σε μητέρες που έχουν ιστορικό νεφρικής παθήσεως.

3. Σε διαβητικές και παχύσαρκες

4. Σε πολλαπλής κυήσεως - διδύμου, τριδύμου.

5. Σε νεαρές μητέρες, κάτω των 20 ετών - ιδιαίτερα πρωτότοκες.

Στις περιπτώσεις που υπάρχει ήδη εγκατεστημένη προεκλαμψία, κύριο μέλημα του ιατρού πρέπει να είναι η παρεμπόδιση της εγκατάστασης εκλαμψίας, με την εντατική παρακολούθηση και τη δραστική θεραπευτική αγωγή, ενώ παράλληλα είναι απαραίτητη η εντατική παρακολούθηση της εμβρυοπλακουντακής μονάδας.

Η επίτοκος με τοξιναιμικά φαινόμενα, - υπέρταση, λευκωματουρία οιδήματα, πρέπει απαραίτητα να νοσηλεύεται :

I. Σε θάλαμο σκοτεινό και ήρεμο, διότι τα διάφορα φωτεινά, και ακουστικά ερεθίσματα αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες των σπασμών. Το δωμάτιο πρέπει να είναι ειδικά ετοιμασμένο με τα απαραίτητα αντικείμενα δηλαδή :

α) Συσκευή οξυγόνου - μάσκα οξυγόνου

β) Αναρροφητήρα, για την αναρρόφηση των εκκρίσεων από την στοματική κοιλότητα.

γ) Στοματοδιαστολέας για την πρόληψη, τραυματισμού της γλώσσας σε περίπτωση σπασμών.

δ) Πιεσόμετρο για τη συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης

ε) Χλωραιθύλιο για ελαφρή νάρκωση σε περίπτωση ανάγκης.

ζ) Δίσκος νοσηλείας, που περιέχει φάρμακα υποτασικά, ηρεμιστικά, ορούς.

Η απόλυτη ανάπαυση και το ήρεμο περιβάλλον αποτελούν βασικά .. στοιχεία για την πρόληψη και την θεραπεία της τοξιναιμίας.

Η διαίτα της ασθενούς. Μπορεί να είναι πλούσια σε βιταμίνες, σίδηρο και ασβέστιο. Σε καμιά περίπτωση, επιβάλλεται η παντελή στέρηση του χλωριούχου νατρίου. Συνίσταται κανονική λήψη ή μικρός μετριασμός αυτού. Αποτελεί μοναδική εξαίρεση αυτό σε κυοφορούσες, οι οποίες πάσχουν από βαλβιδική πάθηση της καρδιάς.

Φαρμακευτική αγωγή. Συνίσταται στη χορήγηση αντενυπερτασικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της αυξημένης Α.Π. όπως και ηρεμιστικά, για την καταστολή του Ν.Σ. Τα διουρητικά φάρμακα μπορεί να χορηγούνται μόνο σε απότομη και μεγάλη αύξηση του βάρους του σώματος της εγκύου και όχι σε απλό οίδημα, διότι ελάχιστα αυξάνουν την διούρηση.

Ποτέ αυτά δεν χρησιμοποιούνται προφυλακτικά.

Χορηγείται ορός γλυκόζης με ιατρική εντολή ο οποίος συντελεί .. στην αύξηση της οσμωτικής πίεσης του αίματος, με αποτέλεσμα την αύξηση της διούρησης και την καταστολή πιθανού οιδήματος του εγκέφαλου.

Η συχνή λήψη των ζωτικών σημείων, ιδιαίτερα της Α.Π.

Είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Η Α.Π. πρέπει να λαμβάνεται ανά 15' - 10' λεπτά της ώρας, γιατί παρουσιάζει αυξομειώσεις.

Επί χορηγήσεως ορού Πρέπει να παρακολουθείται η ροή αυτού, ιδιαίτερα όταν αυτός περιέχει αντιυπερτασικόν φάρμακο, για το φόβο της απότομης πτώσης της Α.Π.

Απαιτείται ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Συχνή εξέταση των ούρων της ασθενούς για την μέτρηση του λευκώματος, για σάκχαρο, Ρ.Η., και ειδικό βάρος.

Σε απώλεια λευκώματος λευκωματουρίας - χορηγείται η ανάλογη ποσότητα λευκώματος προς αντικατάσταση του απωλεσθέντος τοιούτου.

Συνίσταται η αποφυγή συχνών εξετάσεων από τον κόλπον προς αποφυγή ερεθισμού της μήτρας από τους χειρισμούς.

Η λήψη βάρους σώματος είναι απαραίτητη, - αν αυτό είναι δυνατό για τον έλεγχο της υποχώρησεως των οιδημάτων.

Απαραίτητη επίσης είναι και η φροντίδα για την κένωση του εντέρου, είτε με φάρμακο, είτε με υποκλεισμό. Αποφεύγεται ο φηλός υποκλεισμός, προς πρόληψη ερεθισμού της μήτρας.

Συχνή λήψη των παλμών του εμβρύου, για την έγκαιρη διαπίστωση τυχόν αλλοιώσεως αυτών.

Αποφυγή επισκέψεων συγκινήσεων και γενικώς ψυχοσωματικής κούπωσης.

Εκτός των πιο πάνω, η άμεση και στενή παρακολούθηση της ασθενούς είναι αναγκαία, διότι υπάρχει ο κίνδυνος :

- α. Της πνιγμονής, εκ των εμεσμάτων, σε περίπτωση εμέτου
- β. Της ασφυξίας, εξ αποφράξεως της αναπνευστικής οδού από πτώση της γλώσσας προς τα πίσω.
- γ. Του τραυματισμού, της γλώσσας κατά τη διάρκεια των σπασμών - σύλληψη και πίεση αυτής μεταξύ των δοντιών.

δ. Του τραυματισμού γενικώς, εκ των διεγέρσεων σε άλλα σημεία του σώματος ή από πτώση από την κλίνη.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Κλινικές μελέτες του διαβήτη στην κύηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες έδωσαν νέες γνώσεις, όσον αφορά το μη φυσιολογικό μεταβολισμό της γλυκόζης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των γνώσεων αυτών έχουμε μια αύξηση στην περιγεννητική επίβιωση, παράλληλα με την ελάττωση της νεογενικής νοσηρότητας.

Ο διαβήτης μπορεί να ταξινομηθεί σύμφωνα με τη βαρύτητά του σε 1) λανθάνοντα διαβήτη ή προδιαβήτη, που δηλώνει την ύπαρξη της ανωμαλίας σε ένα στάδιο πριν γίνει κλινικά φανερός, 2) χημικό διαβήτη που εμφανίζει μια μέτρια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων και 3) διαβήτη της κύησης που εκδηλώνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά έχει μείνει αδιάγνώστος με τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης πριν την εγκυμοσύνη.

Η ταξινόμηση της σοβαρότητας του διαβήτη στην εγκυμοσύνη είναι χρήσιμη για σύγκριση των αποτελεσμάτων θεραπείας στα διάφορα νοσοκομεία, ενώ αποτελεί οδηγό για τη αντιμετώπιση της ασθενούς και την πρόγνωση για το έμβρυο.

Διάγνωση του διαβήτη της κύησης

Η υποψία για μη φυσιολογικό μεταβολισμό των υδατανθράκων αρχίζει από την πρώτη επίσκεψη της ασθενούς με τη λήψη του ιστορικού. Έυναίκες με οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, με ανεξήγητους ενδομήτριους θανάτους εμβρύων στο τελευταίο τρίμηνο, με γέννηση προηγούμενων παιδιών πάνω από 4.000 GR. ή με γλυκοζουρία, ενώ βρίσκονται σε νηστεία, θεωρούνται ύποπτες για ανάπτυξη διαβήτη της κύησης κ' πρέπει να υποβάλλονται σε διερεύνηση.

Τρόποι ελέγχου της ανοχής γλυκόζης στην εγκυμοσύνη.

- α) Απλή μέτρηση σακχάρου του αίματος
- β) Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης από το στόμα

- γ) Ενδοφλέβια δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.
- δ) Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης με κορτιζόνη.

Η επίδραση του διαβήτη στην κύηση.

Πριν από τη θεραπευτική χρησιμοποίηση της ινσουλίνης λίγες γυναίκες με διαβήτη μπορούσαν να αποκτήσουν παιδιά. Με τα σημερινά δεδομένα σε ασθενείς με καλά ρυθμιζόμενο διαβήτη η γονιμότητα δε φαίνεται να επηρεάζεται. Υπάρχει βέβαια, αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών της εγκυμοσύνης, όπως προεκλαμψία, εκλαμψία, πολυάμνιο και λοιμώξεις του ουροποιητικού.

Το έμβρυο επίσης επηρεάζεται από το διαβήτη και υπάρχει αυξημένη συχνότητα ανεξήγητων εμβρυϊκών θανάτων, ιδιαίτερα τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Οι συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου είναι τρεις φορές περισσότερο συχνές από ό,τι οι συγγενείς ανωμαλίες στο γενικό πληθυσμό και υπάρχει αυξημένη συχνότητα συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ.), υπογλυκαιμίας, υπασβεσταιμίας, καταπληξίας και καρδιακών διαταραχών. Η μητρική υπεργλυκαιμία οδηγεί στην εμβρυϊκή υπεργλυκαιμία, και την εκσεπημασμένη διέγερση των β - κυττάρων του εμβρυϊκού παγκρέατος. Η προκαλούμενη υπερινσουλαιμία οδηγεί στην ανάπτυξη μεγάλου εμβρύου και στη δημιουργία συνθηκών δυστοκίας, που πολλές φορές απαιτεί καισαρική τομή.

Καθορισμός της εμβρυϊκής ωριμότητας στο διαβήτη της κύησης

Στο διαβήτη της κύησης αντιμετωπίζει κανείς το δίλημμα να έχει ένα ενδομήτριο εμβρυϊκό θάνατο, αν η εγκυμοσύνη προχωρήσει, ή με τον πρόωπο τερματισμό της να γεννηθεί ένα ανώριμο παιδί. Επειδή ο κίνδυνος ενδομήτριου θανάτου αυξάνεται πολύ με την 38η εβδομάδα, η απόφαση για τερματισμό της κύησης πρέπει να ληφθεί μεταξύ 35 ης και 37ης εβδομάδας. Υπάρχει λοιπόν ανάγκη καθορισμού της εμβρυϊκής ωριμότητας, ώστε να ληφθεί η σωστή απόφαση για το χρόνο που θα τερματισθεί η κύηση.

Η καλύτερη στιγμή διακοπής της εγκυμοσύνης καθορίζεται από διάφορους παράγοντες.

1. Την παρουσία προελαμφίας

2. Το βαθμό υφράμνιου

3. Τη βαρύτητα της διαβητικής νόσου

4. Την ηλικία της εγκύου.

5. Το μαιευτικό ιστορικό της εγκύου

Εκλογή του είδους του τοκετού : Συνήθως η καισαρική τομή

1. Σε βαριές μορφές

2. Σε ηλικιωμένες γυναίκες πάνω από 35 χρόνων

3. Ο διαβήτης αυξάνει τον κίνδυνο στην έγκυο γυναίκα.

Φυσιολογικός τοκετός εφαρμόζεται :

1. Σε πολύτοκες με προηγούμενους αυτόματους τοκετούς

2. Σε πρωτότοκες χωρίς μαιευτική ανωμαλία

3. Σε νεκρό έμβρυο ή με συγγενή, εμβρυϊκή ανωμαλία

Εάν ο διαβήτης ελέγχεται, το έμβρυο είναι φυσιολογικό.

Εάν η αντιμετώπιση του διαβήτη της μητέρας είναι ανεπαρκής, τότε το έμβρυο είναι συνήθως μεγάλο.

Πρόγνωση του εμβρύου : Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι υψηλή ακόμα και με καλό έλεγχο του διαβήτη.

Όσο πιο νέα είναι η έγκυος τόσο βαρύτερος είναι ο διαβήτης και τόσο πιο δύσκολος ο έλεγχος.

Θνησιμότητα και με ικανοποιητικό έλεγχο :

50 % ενδομητρίως

25 % κατά τον τοκετό

25 % πρώτες 48 ώρες μετά το τοκετό

Σε κάθε μεγάλο νεογνό πρέπει να ελέγχεται το σάκχαρο της μητέρας.

Αντιμετώπιση του διαβήτη στην κύηση

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη ρύθμιση του σακχάρου της μητέρας, την εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου και τον καθορισμό του σταδίου της εμβρυϊκής πνευμονικής ωριμότητας.

Ο ελαφρός διαβήτης αντιμετωπίζεται πολλές φορές και μονάχα με τη δίαιτα. Ο βαρύς διαβήτης όμως ελέγχεται δύσκολα.

Τα αντιδιαβητικά που χορηγούνται PEROS προκαλούν τερατογένεση. Εάν έχουμε μέτριο ή βαρύ διαβήτη ως την 30η εβδομάδα εφαρμόζουμε το συνηθισμένο χειρισμό της εγκυμοσύνης.

Μετά από την 30η εβδομάδα η έγκυος εισάγεται στο μαιευτήριο κ' γίνεται :

1. Καθημερινός υπολογισμός του σακχάρου του αίματος με νηστική την έγκυο.
2. Ρύθμιση της δίαιτας σε 30 θερμίδες για κάθε χιλιόγραμμο βάρους σώματος.
3. Χρησιμοποίηση διαλυτής ινσουλίνης για τη ρύθμιση του σακχάρου του αίματος.
4. Έλεγχος του βάρους της άρρωστης. Εάν γίνεται κατακράτηση υγρών, χορηγούνται διουρητικά.
5. Η αντιδιαβητική θεραπεία του σακχάρου πρέπει να βασίζεται στο στο σάκχαρο του αίματος και όχι των ούρων
6. Έλεγχος για μυκητίαση (CANDIDA).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Πρόκειται για αναιμία οφειλόμενη σε γενετική διαταραχή της σύνθεσης της αιμοσφαιρίνης. Χαρακτηρίζεται από ελάττωση ή πλήρη κατάργηση της σύνθεσης μίας ή περισσότερων αλυσίδων σφαιρικών της αιμοσφαιρίνης.

Η πολυκεπτιδική αλυσίδα που περισσεύει είναι κυρίως υπεύθυνη για τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου.

Η νόσος είναι συχνή στην Ελλάδα και σε άλλες μεσογειακές χώρες από όπου και πήρε το όνομα.

Το ποσοστό των φορέων στην Ελλάδα, δηλαδή των φερόντων το λεγόμενο "στίγμα" (ελαττωματικό γόνο) ανέρχεται σε 80%. Ανάλογα με το είδος της αλυσίδας που έχει μειωθεί ή καταργηθεί διακρίνουμε την α και β μεσογειακή αναιμία.

Β - Μεσογειακή αναιμία

Αυτή διακρίνεται σε :

- ομόζυγη β- μεσογειακή αναιμία
- ενδιάμεση β- μεσογειακή αναιμία
- ετερόζυγη β- μεσογειακή αναιμία

Ομόζυγη β^β μεσογειακή αναιμία.

Πρόκειται για βαρεία αναιμία, η οποία εμφανίζεται από τους πρώτους μήνες της ζωής. Το άρρωστο παιδί έχει κληρονομήσει δύο ελαττωματικού β-γόνους που συνθέτουν ελάχιστες ή καθόλου β- πολυπεπτιδικές αλυσίδες.

Οι α- αλυσίδες συντίθενται κανονικά.

Κλινικά παρατηρείται σωματική καθυστέρηση, ωχρότητα λεμονοειδής ή ηπατοσπληνομεγαλία. Αργότερα εμφανίζεται τυπικό μογγολοειδές προσώπο. Οφείλεται σε παραμόρφωση του κρανίου λόγω διεύρεσης της διπλής από υπερπλασία του μυελού των οστών.

Προεδευτική διέγκωση του σπλήνα οδηγεί σε υπερσπληνισμό (αναιμία, θρομβοπενία, λευκοπενία) με αποτέλεσμα επιδείνωση της αναιμίας και ευαισθησία στις λοιμώξεις.

Οι ασθενείς χρειάζονται πολλές μεταγγίσεις.

Ο θάνατος επέρχεται από υπερφόρτωση του οργανισμού με σίδηρο (καρδιακή ανεπάρκεια).

Κατά μία στατιστική (ΗΠΑ 1973) το 90% των πασχόντων πεθαίνουν πριν την ηλικία των 20 χρόνων και μόνο 1% επιζούν πέρα από 25 χρόνια.

Εργαστηριακά ευρήματα :

- Χαρμιά αναιμία
- MCH ελαττωμένη
- Ανισοκυττάρωση - ποικιλλοκυττάρωση, υποχρωμία, στοχοκυττάρωση, βασεόφιλη στίξη.
- Ανεύρεση κυτταρικών εγκλειστών.
- Παρουσία ερυθροβλαστών
- Υπερπλαστικός μυελός.
- Ανάλογα με το αν η ανεπάρκεια των β- γόνων είναι πλήρης ή μερική ποικίλει και η σύνθεση σε αιμοσφαιρίνες.

Θεραπεία : Μεταγγίσεις αίματος και χορήγηση DESFERAL για αποσιδήρωση.

Ενδιάμεση β - μεσογειακή αναιμία

Πρόκειται για ήπια αναιμία με τιμές αιμοσφαιρίνης 7 - 9 γραμ% 100 κ.ε. αίματος, μορφολογικές αλλοιώσεις μεσογειακής αναιμίας και μακρά επιβίωση.

Ετερόζυγη β - μεσογειακή αναιμία

Στους ετερόζυγους (φορείς) της β - μεσογειακής αναιμίας, ένας γόνος λειτουργεί κανονικά, ενώ ο άλλος υπολειτουργεί ή δεν λειτουργεί καθόλου. Ο φυσιολογικός γόνος αντισταθμίζει την ανεπάρκεια του ελαττωματικού γόνου.

Ετσι αναιμία είναι μέτρια με αιμοσφαιρίνη 9 - 11 γραμ/100 κ.ε. αίματος και αιματοκρίτη 32 - 38 %

Η διάγνωση του "στίγματος" όπως κακώς ονομάζεται η ετερόζυγος μορφή της νόσου είναι απαραίτητη από ένταστική άποψη και βασίζεται στο εξής :

α) Στις μορφολογικές αλλοιώσεις των ερυθρών (ανισοκυττάρωση, υποχρωμία, βασεόφιλη στίξη και στοχοκυττάρωση).

β). Στην άυξηση της ΗΒΑ 4 - 8% και στην παρουσία σε ωρισμένες περιπτώσεις ΗΒF σε ποσοστό 1,5 - 2,5% ή και περισσότερο.

Οι αλλοιώσεις αυτές επιβεβαιώνονται και από τους ερυθροκυτταρικούς δείκτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΙΣΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ RHESUS

Υπάρχουν τρία ζεύγη αντιγόνων RH στα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα C, D και E. Το αντιγόνο D είναι το σημαντικότερο και καθορίζει το θετικό και αρνητικό RH. Το ποσοστό των RH(+) ατόμων στη λευκή φυλή είναι 85% (89% στην χώρα μας).

Αν μία RH(+) γυναίκα φέρει κύημα που είναι RH(+) τότε η RH(+), ερυθρά αιμοσφαίρια του εμβρύου μπορεί να διαφύγουν στην κυκλοφορία της μητέρας και να την ευαισθητοποιήσουν, γεγονός που συνήθως συμβαίνει κατά τη διάρκεια του τοκετού. Παρόμοια ευαισθητοποίηση μπορεί να συμβεί και μετά από διακοπή της κύησης ή τη χορήγηση RH ασύμβατου αίματος. Η μητέρα παράγει RH αντισώματα. Σε επόμενη (RH+) κύηση, τα αντισώματα αυτά περνούν τον πλακούντα και αιμολύουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια του εμβρύου.

Η συνύπαρξη ασυμβατών ομάδων αίματος (ABO) μεταξύ μητέρας, και εμβρύου ελαττώνει την πιθανότητα ευαισθητοποίησης της μητέρας, διότι τα αντι-A ή αντι-B αντισώματα που υπάρχουν σ' αυτήν καταστρέφουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια του εμβρύου που μπαίνουν στην κυκλοφορία της πριν να την ευαισθητοποιήσουν. Αποφυγή ευαισθητοποίησης της μητέρας μπορεί να επιτευχθεί με χορήγηση αντι-D σφαιρίνης μέχρι και 48 ώρες μετά από κάθε τοκετό ή διακοπή της κύησης.

Η βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του εμβρύου εξαρτάται από το μέγεθος της ανοσολογικής απάντησης της μητέρας, η οποία αυξάνεται μετά από κάθε κύηση. Όταν η παραγωγή αντισωμάτων από τη μητέρα είναι μεγάλη, τότε παρατηρείται στο έμβρυο βαριά αναιμία-με αποτέλεσμα καρδιακή κάμψη, ηπατοσπληνομεγαλία και οίδημα ανά σάρκα (εμβρυϊκός ύδρωπας), δια το λόγο αυτό η εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου σε ασύμβατη κύηση έχει ιδιαίτερη σημασία.

Η εκτίμηση αυτή γίνεται με τη μέτρηση του τίτλου των αντι-D αντισωμάτων στο αίμα της μητέρας και με τη φασματοφωτομετρική μέτρηση του επιπέδου της χολερυθρίνης στο αμνιακό υγρό που λαμβάνεται μετά από αμνιοκέντηση.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο τοκετός γίνεται μετά από κύηση 34 και 37 εβδομάδων ενώ στις βαρύτερες περιπτώσεις γίνεται μετά από κύηση 28 και 33 εβδομάδων, ο συνδυασμός αυτός όμως της προωρότητας και της ισοανοσοποίησης επιβαρύνει την κατάσταση του νεογέννητου. Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται ενδομήτρια μετάγγιση του εμβρύου με (RH-)ερυθροκύτταρα, που απορροφώνται από την εμβρυϊκή περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η περαιτέρω αντιμετώπιση CAMBS₂ του επικέδου της αιμοσφαιρίνης και της χολερυθρίνης στο αίμα του ομφάλιου λώρου. Αφαιμαξομετάγγιση εφαρμόζεται όταν η αιμοσφαιρίνη στο αίμα του ομφάλιου λώρου είναι 12 G/D ή και η χολερυθρίνη 4 MG/DL. Η επανάληψη της αφαιμαξομετάγγισης εξαρτάται από τα επίπεδα της χολερυθρίνης. Οι ήπιες μορφές αντιμετωπίζονται με φωτοθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΟ- ΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Οι φλεγμονές της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας (Ε.Π.Μ.) και κατ' επέκταση του νεογεννήτου, φαίνεται να είναι συχνότερες, από ότι τις υποψιαζόμαστε παλαιότερα. Οι φλεγμονές αυτές προσβάλλουν πιο συχνά άτομα, που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, που συνήθως έχουν ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού και ανεπαρκή μαιευτική φροντίδα. Η συχνότητά τους φαίνεται να σχετίζεται επίσης με την ύπαρξη επιβαρυσμένου μαιευτικού ιστορικού. Οι διάφοροι μικροοργανισμοί, που μπορεί να είναι υπεύθυνοι για της λοιμώξεις της Ε.Π.Μ. είναι :

1. Ιοί
2. Βακτηρίδια
3. Παράσιτα (Τρυφονάδες, Τοξόπλασμα, Πλασμάδια της ελονοσίας)
4. Μύκητες

Ειδικότερα τα υπεύθυνα μικροβιακά στελέχη ποικίλουν όσον αφορά τη συχνότητα ενδοχρηστικής τους, από χώρα σε χώρα, από κοινωνία σε κοινωνία και νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Οι διαφορές αυτές πιθανό να αντανακλούν σε χαρακτηριστικά των υπό έλεγχο πληθυσμών, στη μαιευτική και νοσηλευτική πράξη και στα χρησιμοποιούμενα αντιβιοτικά. Μεταβολές του είδους των υπευθύνων μικροβιακών στελεχών στο ίδιο ιατρικό κέντρο, είναι δυνατό να παρατηρηθούν.

Η κύηση φαίνεται να τρεποποιεί την αντίδραση του οργανισμού απέναντι στους διάφορους λοιμογόνους παράγοντες κατά τρόπο έκδηλο. Έτσι λοιπόν ορισμένες λοιμώξεις, όπως η σύφιλη, η εντοπισμένη γονόρροια, οι μη ειδικές φλεγμονές και εκείνες που οφείλονται στα χλαμύδια, εκδηλώνονται πιο αβληχρά, σε σύγκριση με την έξω από τη κύηση εκδήλωσή τους. Αντίθετα, άλλες λοιμώξεις ενεργοποιούνται περισσότερο και παρουσιάζουν εντονότερη συμπτωματολογία, όπως η μυκητίαση, τα λογενή κονδυλώματα και η γονοκοκκική σηψαιμία με αρθρίτιδα.

Α. ΙΩΣΕΙΣ

ΕΡΥΘΡΑ

Ο χρόνος εκώσεως της νόσου κυμαίνεται από 14 ως 21 ημέρες και ο χρόνος μετάδοσής της αρχίζει 7 ημέρες πριν από την εκδήλωσή της και τελειώνει 5 ημέρες μετά την έναρξή της. Μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με τα σταγονίδια από τις αεροφόρους οδούς. Το ποσοστό των ανόσων ατόμων αυξάνεται προοδευτικά, ώστε γύρω από την ηλικία των 19 ετών 85% των ατόμων αποκτούν φυσική ανοσία, που πλησιάζει τα 100% γύρω από την ηλικία των 40 ετών.

Ο ιός της ερυθράς περνά τον πλακουντιακό φραγμό. Οι δημιουργημένες βλάβες που χαρακτηρίζουν την κλινική εκδήλωση της συγγενούς ερυθράς στο έμβρυο είναι το αποτέλεσμα της προσβολής της μητέρας κατά το πρώτο τρίμηνο ή μερικές εβδομάδες πριν από τη σύλληψη ή σε πολύ μικρό ποσοστό, μέχρι και τον 5ο μήνα της κύησης. Η συγγενής ερυθρά εκδηλώνεται κλινικά με μια ποικιλία βλαβών, από τις οποίες οι πιο σταθερές είναι, η κλασική τριάδα : κώφωση, καταράκτης και ανεικτός αρτηριακός πόρος.

Άλλες συχνές διαταραχές είναι η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου, η θρομβοκυτταροπενική πορφύρα, η ηπατοσπληνομεγαλία, ο ίκτερος κ.ά. Πολλές φορές, ενώ τα νεογέννητα παρουσιάζονται εντελώς υγιείς κατά τη γέννησή τους, είναι δυνατό να παρουσιάσουν διάφορες εκδηλώσεις της συγγενούς ερυθράς - με προεξάρχουσα την κώφωση - ακόμα και ύστερα από την πάροδο ετών. Τα προσβλημένα νεογνά από συγγενή ερυθρά αποβάλλουν τον ιό στο ρινοφαρυγγά τους, σε ποσοστό 80% κατά τη γέννησή τους και παρατηρείται προοδευτική πτώση του ποσοστού αυτού μέχρι 1%, κατά το τέλος του πρώτου χρόνου της ζωής τους.

Β. ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις Από τις στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις, ο στρεπτόκοκκος της ομάδας Α σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό εμφάνισης εμπύρετης λοχείας, ενώ της ομάδας Β προσβάλλει την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα και φαίνεται να είναι υπεύθυνος, για ένα μεγάλο ποσοστό αυξημένης περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι ασυμπτωματικές λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος της εγκύου από τα στελέχη της Β ομάδας του αιμολυτικού στρεπτόκοκκου, παρατηρούνται σε ποσοστό 15 ως 30% των εγκύων. Και στις περιπτώσεις όμως αυτές προσβάλλεται το έμβρυο, σε ποσοστό 75% περίπου. Η κλινική εκδήλωση από το νεογέννητο, ύστερα από προσβολή της Ε.Π. Μ. από τα μικροβιακά αυτά στελέχη, χαρακτηρίζεται από πρώιμη ή όψιμη συμπτωματολογία. Οι πρώιμες λοιμώξεις είναι πιο συχνές και εκδηλώνονται μέσα σε 5 ημέρες από τον τοκετό, με πνευμονία ή σηψαιμία, ενώ οι όψιμες εμφανίζονται συνήθως μετά από 10 ημέρες, με κύριες εκδηλώσεις την ωτίτιδα και τη μηνιγγίτιδα.

Για την απομόνωση των στελεχών της Β - ομάδας του αιμολυτικού στρεπτόκοκκου απαιτούνται ειδικά θρεπτικά υλικά. Η αντιβίωση εκλογής περιλαμβάνει τη χορήγηση πενικιλίνης ή αμπικιλίνης, για 14 ημέρες.

Αναερόβιες λοιμώξεις. Τα περισσότερα μικροβιακά στελέχη που ενοχοποιούνται για τις αναερόβιες λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος της γυναίκας κατά την κύηση, φαίνεται ότι προέρχονται από τη φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα του κόλπου. Η χλωρίδα αυτή αντανακλά τη φυσιολογική χλωρίδα του γαστρεντερικού συστήματος, με το οποίο βρίσκεται σε στενή τοπογραφοανατομική σχέση.

Οι φυσιολογικές ανατομικές και λειτουργικές συνθήκες στον κόλπο, έχει βεβαιωθεί, ότι διευκολύνουν την ανάπτυξη των αεροβίων μικροβίων, ενώ στους παθολογικούς - ανατομικά και λειτουργικά - στους συμβαίνει το αντίθετο. Τέτοιες παθολογικές καταστάσεις είναι η πρώιμη ρήξη των υμένων του εμβρύου, ο παρατεταμένος και τραυματικός τοκετός, οι ιατρογενείς κακώσεις στον τοκετό, οι κακώσεις στην κύηση, οι κολπικές επεμβάσεις κ.ά.

Ολες αυτές οι καταστάσεις ελαττώνουν την τοπική εξυγόνωση των ιστών και διευκολύνουν έτσι την ανάπτυξη αναεροβίων μικροβιακών λοιμώξεων. Το ποσοστό των αναεροβίων λοιμώξεων της μήτρας, κατά την κύηση και τη λοχεία, υπολογίζεται σε 54% περίπου, ενώ το ποσοστό των λοιμώξεων αυτών στις περιπτώσεις βακτηριαϊμίας των νεογεννητών υπολογίζεται σε 25%. Η προσβολή του εμβρύου από αναερόβια μικροβιακά στελέχη κατά τον τοκετό - από τον κόλπο - δεν φαίνεται να συμβαίνει, τουλάχιστο σε μεγάλο ποσοστό.

Η Σύφιλις. Η σύφιλις οφείλεται στη σπειροχαίτη, τρεπόνημα το ωχρό. Το τρεπόνημα το ωχρό περνά τον πλακουντιακό φραγμό και προσβάλλει το έμβρυο ακόμα και κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Η πρωτογενής και δευτερογενής σύφιλις, στη διάρκεια της κύησης συνοδεύεται από προσβολή του εμβρύου σε ποσοστό 50% περίπου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό, για τις έφιδες μορφές της πάθησης, ελαττώνεται βαθμιαία με την αύξηση του χρόνου από την έναρξή της, από 40 ως 10%. Αν η προσβολή του εμβρύου γίνει κατά το τέλος της κύησης, το νεογέννητο δεν είναι απαραίτητο να νοσήσει. Είναι όμως δυνατό να εκδηλώσει την πάθηση μετά από αρκετό χρόνο στην εφηβεία ή και αργότερα. Η προσβολή του εμβρύου από σύφιλη είναι δυνατό να οδηγήσει σε ενδομήτριο θάνατο ή σε συγγενή σύφιλη του νεογέννητου, που μπορεί να εκδηλωθεί με πρώιμα ή έφιδμα σημεία της πάθησης.

Η πνευμονική φυματίωση επιπλέκει σπάνια την κύηση και συνήθως πρόκειται για περιπτώσεις που έχουν διαγνωστεί πριν από αυτή. Μόνο σε ένα ποσοστό 10% περίπου πρόκειται για πρωτομόλυνση, που συνέβη στη διάρκεια της κύησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των προσβλημένων εγκύων, παραμένουν ασυμπτωματικές. Η κλασική συμπτωματολογία περιλαμβάνει την αιμόπτυση, την απώλεια σωματικού βάρους, τους νυκτερινούς ιδρώτες και παραγωγικό βήχα με καταβολή των δυνάμεων.

Η πνευμονική φυματίωση δεν φαίνεται να επιβαρύνει ή να επιβαρύνεται από την κύηση. Ο τοκετός επίσης δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα και απλά και μόνο υποβοηθείται η δεύτερη περίοδος της εξέλιξης με εμβρυουλκία, για περιορισμό της ταλαιπωρίας της επίτοκης. Η γενική αναίσθησία επιτρέπεται, με την προϋπόθεση, ότι δεν θα ξαναχρησιμοποιηθεί ο αναπνευστήρας σε άλλους ασθενείς, χωρίς προηγούμενη αποστείρωσή του.

Η διάγνωση γίνεται με την απομόνωση του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης, που όμως απαιτεί πολύ χρόνο για την καλλιέργειά του. Η τυχόν διαπίστωση του σε άμεσα επιχρίσματα, κατά κανόνα συμπίπτει με την απομόνωση του μικροβακτηριδίου, ώστε να αποτελεί ένδειξη για την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής. Η απλή ακτινογραφία θώρακος, ιδιαίτερα αν υπάρχει προηγούμενη για σύγκριση, αποτελεί αξιόλογο διαγνωστικό βοήθημα. Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή, εκτός αν αφηθεί χωρίς θεραπεία. Η συγγενής φυματίωση του νεογέννητου είναι πολύ σπάνια. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για προσβολή του εμβρύου κατά τον τοκετό, από εισροφήση, οπότε η πρόγνωση είναι βαριά λόγω της αναπτυσσόμενης πνευμονίας. Η θεραπευτική αγωγή είναι η ίδια, όπως και εκτός της κύησης, και περιλαμβάνει τη χορήγηση στρεπτομυκίνης σε συνδυασμό με ισονιαζίδιο και παρααμινοσαλυκιλικό οξύ ή εθαμπευτόλη. Το πιο δραστικό αντιφυματικό φάρμακο είναι η ριφαμικίνη, που όμως η χορήγησή του κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης πρέπει να αποφεύγεται, λόγω της πιθανής τερατογόνου δράσης του πάνω στο έμβρυο.

Το νεογέννητο της ενεργά φυματικής μητέρας είναι απαραίτητο να απομονωθεί από αυτή, για τουλάχιστον 3 εβδομάδες από τότε που άρχισε η θεραπεία της. Επίσης θεωρείται σκόπιμη η απόμονωση των νεογνών αυτών, μέχρι να αποκλειστεί η προσβολή τους από τη φυματίωση. Ο θηλασμός του νεογέννητου επιτρέπεται στις περιπτώσεις που η μητέρα δεν μεταδίδει τη νόσο και δεν πρόκειται βέβαια για φυματίωση του μαζικού αδένα. Τα αντιφυματικά φάρμακα απεκρίνονται στο γάλα σε ποσοστό 1% περίπου της χορηγούμενης δόσης και δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες από τα νεογέννητα που θηλάζουν. Παράλληλα με τα άλλα προληπτικά μέτρα η ενεργητική αναστολή του νεογεννήτου με εμβόλια BCG, θεωρείται σκόπιμη, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αθξημένου κινδύνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ

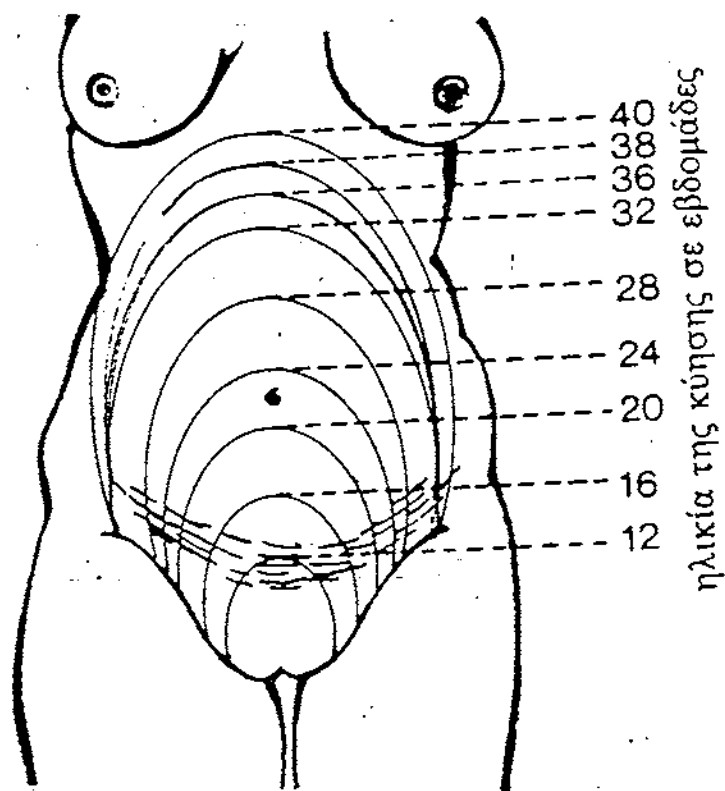
Τ Ο Κ Ε Τ Ο Σ

Τοκετός καλείται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων, δια των οποίων επιτυγχάνεται η έξοδος του τελειόμενου εμβρύου, του πλακούντα και των υμένων από τη μήτρα μέσω του πνευλογεννητικού σωλήνα.

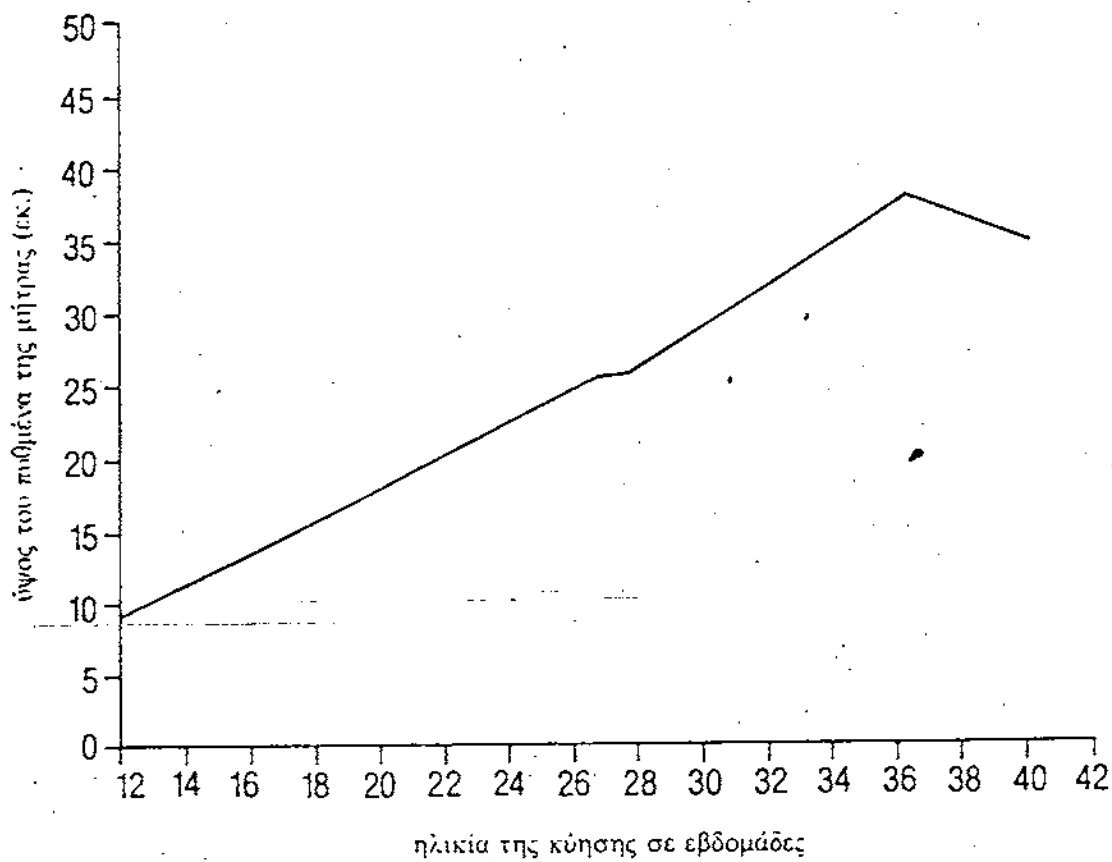
Για να διεξαχθεί ο τοκετός, απαιτείται διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας, η οποία επιτυγχάνεται δια των συστολών του σώματος του μυομητρίου, με την βοήθεια μορφολογικών, βιοχημικών και φυσικών μεταβολών. Η διαστολή αυτή δημιουργείται βαθμιαίως κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών της κύησης και αρχίζει ουσιαστικά μετά την πλήρη ωριμότητα του εμβρύου, μεσυμμετοχή μέχρι σήμερα διαφόρων άγνωστων παραγόντων.

Από πειραματικές έρευνες πιθανολογείται ότι για τη συστολή συμβάλουν μέσω του υποθάλαμου και άλλοι παράγοντες όπως ψυχογενείς με δράση στο νευρικό σύστημα ακόμη και η ειδική ουσία που ονομάζεται ωκυτοκίνη. Ιδιαίτερα τονίζεται η σημασία της ωκυτοκίνης, η οποία εκκρίνεται από τον επίθριο λοβό της υπόφυσης και δρά κατ'ευθείαν επί του μυομητρίου, και προκαλεί την συστολή. Η ορμόνη αυτή παράγεται καθ' ολη την διάρκεια της κύησης, αλλά είναι αδρανοποιημένη εξ αιτίας ενός ενζύμου που ονομάζεται ωκυτοκινάση. Όταν αρχίζει ο τοκετός αναστέλλεται η δράση του ενζύμου και η ωκυτοκίνη προκαλεί τις συστολές επί του ήδη ευαισθητοποιημένου μυομητρίου. Η συστολή αρχίζει από το αριστερό κέρασ της μήτρας επεκτείνεται στο άλλο και μεταδίδεται σε όλο το μυομήτριο, από και προχωρεί προς το κατώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας. Η συστολή διακρίνεται σε αρχή, ακμή, κορυφή, παρακμή και παύλα.

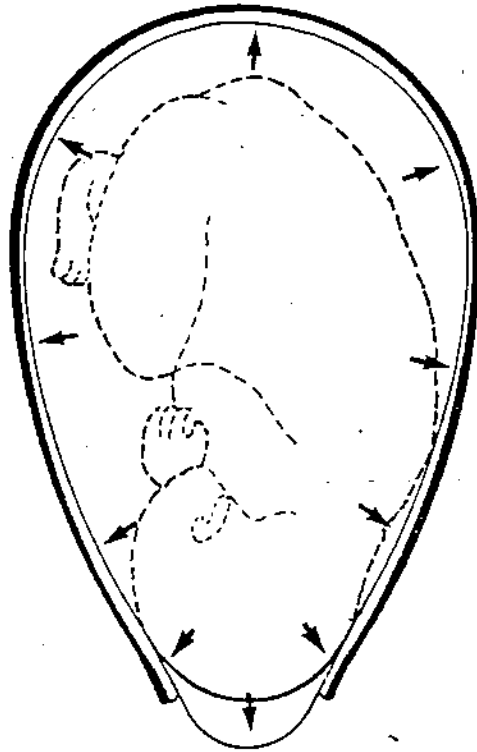
Σκοπός της συστολής είναι η ελάττωση του χώρου της κοιλότητας της μήτρας με την βράχυνση του μυϊκού ιστού του ανώτερου τμήματος του σώματος αυτής και της ώθησης του εμβρύου και του αμνιακού υγρού προς τα κάτω ή προς το τραχηλικό στόμιο. Κατά αυτό τον τρόπο σε κάθε συστολή το τραχηλικό τμήμα της μήτρας διατείνεται παθητικά και έλκεται προς τάνω και έξω (εικόνα).



Παρουσιάζεται η προοδευτική αύξηση του ύψους του πυθμένα της μήτρας από την ηβική σύμφυση. (Δικό μας σχεδιάγραμμα).



Ειδικό διάγραμμα καταγραφής των μεταβολών του ύψους του πυθμένα της μήτρας, από το πάνω χείλος της ηβικής σύμφυσης. (Δικό μας διάγραμμα βασισμένο σε 7 βιβλιογραφικές πηγές).



Η υδροστατική πίεση που ασκείται στα τοιχώματα της μήτρας, από το περιεχόμενό της, παριστάνεται με τα σημειούμενα βέλη.

Έτσι επιτυγχάνεται βαθμιαία η διαστολή του τραχηλικού στέμνου, η εξώθηση και η γέννηση του εμβρύου και στη συνέχεια η αποκόλληση, και η έξοδος του πλακούντα. Επομένως κατά τη διάρκεια του τοκετού διακρίναμε τρεις σαφείς περιόδους :

- α) την περίοδο της διαστολής
- β) την περίοδο της εξωθήσεως
- γ) την περίοδο της υστεροτοκίας

Πρώτα ενδεικτικά σημεία του τοκετού

Προπαρασκευαστικές ωδίνες

Οι ωδίνες είναι κατά κάποιον τρόπο ένα είδος σήμα κινδύνου, με το οποίο ο οργανισμός ειδοποιείται ότι έφθασε η ώρα του τοκετού. Στην παλιά εποχή, οι μαίες δεν έβρισκαν σωστό να καταπραΐνουν... τους φυσιολογικούς αυτούς πόνους. Σήμερα οι γιατροί γνωρίζουν με βεβαιότητα ότι η ελάττωση των ωδίνων έχει ευνοϊκή επίδραση πάνω στον τοκετό.

Οι ωδίνες εμφανίζονται στον 9ο μήνα και 2-4 εβδομάδες πριν από την καθορισμένη ημερομηνία του τοκετού. Ονομάζονται προπαρασκευαστικές, γιατί προπαρασκευάζουν την μήτρα για τον τοκετό και αντίθετα προς τις πραγματικές ωδίνες, αντί να γίνονται συχνότερες και εντονότερες, αραιώνουν μετά 2-3 ώρες. Σκοπό έχουν να βοηθήσουν στην κανονική θέση και τη στάση και τη προβολή του εμβρύου, και στις πρωτότοκες στην εμπέδωση του κεφαλιού όσο γίνεται πιο βαθιά στη λεκάνη μέσα.

Οι ωδίνες αυτές παρουσιάζονται ως μικροενοχλήσεις στη μέση, κάτι σαν οσφυαλγία. Όταν όμως ξαναεμφανιστούν και επαναλαμβάνονται κάθε μισή ώρα και δεν υποχωρήσουν μετά 2-3 ώρες, αλλά αντίθετως γίνονται συχνότερες, τότε υπάρχει ένδειξη ότι πλησιάζει η ώρα του τοκετού.

Τις συστολές της μήτρας μπορεί να τις αντιληφθεί η ίδια η γυναίκα αν τοποθετήσει το χέρι της πάνω στην κοιλιά της, οπότε νιώθει τη μήτρα να πετρώνει τη στιγμή της συστολής.

Σ' αυτό το στάδιο πρέπει να μείνει ήρεμη, και αν έχει παρακο-
λουθήσει μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής να εφαρμόσει ότι έχει διδαχ-
θεί. Να αποφύγει ένα κανονικό γεύμα, μήπως χρειαστεί να πάρει νά-
ρκωση στον τοκετό, γιατί τότε υπάρχει φόβος για εμέτους και για
εισορόφηση τροφών στους πνεύμονες.

Το επόμενο ενδείκτικό σημείο ότι ο τοκετός μπαίνει σε ένα ρυθ-
μό εξέλιξης και ότι αρχίζει η διαστολή του τραχήλου, είναι η εμφ-
άνιση αιματηρής βλέννας από τα γεννητικά όργανα. Στο αναμεταξύ,
με το πέρασμα της ώρας, τα διαστήματα ανάμεσα στις ωδίνες γίνε-
νται βραχύτερα και οι ωδίνες τώρα επαναλαμβάνονται ολοένα συχνό-
τερα. Όταν εμφανίζονται, κάθε 5 λεπτά στις πρωτότοκες και κάθε 8
λεπτά στις δευτερότοκες, τότε θα πρέπει να ξεκινήσει η έγκυος για
το μαιευτήριο.

Οποσδήποτε όμως πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός, οποιαδήποτε
ώρα, έστω και χωρίς ωδίνες ή και με ελαφρές αν σπάσουν τα νερά
(θυλάκιο) ή εάν εμφανιστεί αίμα αρκετό, σαν περίοδος. Σε μία πρω-
τότοκο, ο τοκετός διαρκεί από 5-20 ώρες. Μόνο σε μερικές σπάνιες
περιπτώσεις συμβαίνει να εξελιχθεί μέσα σε μία ώρα (οξύς τοκε-
τός).

Στις δευτερότοκες ή πολύτοκες, το διάστημα αυτό είναι πιο σύ-
ντομο, 3-10 ώρες γι' αυτό και η μετάβαση στο μαιευτήριο πρέπει να
γίνει λίγο νωρίτερα.

Όταν η γυναίκα μείνει ήρεμη, φέρνει το παιδί της στο κόσμο ευ-
κολώτερα και γρηγορότερα και το παιδί μένει ανεπηρέαστο από ένα
μακροχρόνιο και επίπονο τοκετό.

ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μέθοδος ψυχοπροφυλακτικής εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στη Ρω-
σία, όπου το 1949 γεννήθηκε το πρώτο μωρό από ψυχολογικά εκπαι-
δευμένη μητέρα. Ένας γάλλος μαιευτήρας, ο DR LAMARE έμαθε τη μέ-
θοδο αυτή από τους Ρώσους συναδέλφους του και τη μετέφερε στη Γα-
λλία, όπου εφαρμόστηκε από το 1952. Η μέθοδος αυτή μπορεί να
διδασχθεί σε κάθε γυναίκα, ανεξαρτήτως κοινωνικού ή πνευματικού
επιπέδου, με εξίσου καλά αποτελέσματα.

Βασίζεται στην εξής διαπίστωση : Φυσιολογικά οι ωδίνες είναι αρκετά υποφετρές, ακόμα και σε γυναίκες υπερευαίσθητες. Ο λόγος όμως που τις βρίσκουν πολύ θουνηρες είναι ο φόβος επειδή αφ' ενός δεν γνωρίζουν τι συμβαίνει κατά τον τοκετό και αφ' ετέρου έχουν ακούσει από μικρή ηλικία, από τις μητέρες ή τις γιαγιάδες πόσο οδυνηρό είναι να φέρνει κανείς παιδί στον κόσμο.

Ο φόβος αυτός θέτει σε επιφυλακή το κέντρο του πόνου, που βρίσκεται στον εγκέφαλο. Όταν η μήτρα κάνει ακόμα και την παραμικρή σύσπαση, αυτή εκλαμβάνεται ως πόνος. Αποτέλεσμα είναι να συσπάται η γυναίκα από το φόβο της, και έτσι η ωδίνες να γίνονται πιο αιοθητές. Αυτή η σκοτεινή προκατάληψη πρέπει να καταπολεμηθεί με σαφείς και απλές πληροφορίες. Αν γίνει δυνατόν να αφαιρεθεί πριν από τον τοκετό ο φόβος από τη γυναίκα, τότε θα φέρει στον κόσμο το παιδί της χωρίς πόνους. Ο καλύτερος τρόπος για να το επιτύχουμε αυτό είναι η κατάλληλη προετοιμασία, διδασκαλία, και διαφώτιση αρκετούς μήνες πριν από τον τοκετό. Στην Αγγλία τη μέθοδο αυτή διέδωσε ο GRONTHLY DICK READ, που σχημάτισε ένα πρόγραμμα γνωστό ως μέθοδος READ. Η μέθοδος αυτή διευρύνθηκε και βελτιώθηκε ακόμα περισσότερο και έχει διεθνώς αναγνωρισθεί.

Αυτό αποτελεί την ψυχοπροφυλακτική μέθοδο. Μία γυμνασμένη γυναίκα έχει διδαχθεί τον τρόπο με τον οποίο εργάζεται το σώμα της τη δεδομένη στιγμή, οπλοαδή πως να συνεργασθούν τα νεύρα, οι μυς και το γεννητικό σύστημα.

Όσο όμως είναι καταστρεπτικός, ο υπερβολικός φόβος, εξίσου είναι κακό να βασίζεται η γυναίκα σε φεύτικες εντυπώσεις και εδées και να ελπίζει ότι το παιδί θα εμφανισθεί ως δια μαγείας.

Πρέπει να ξέρει τι ακριβώς θα συμβεί και πως πρέπει να συμπεριφερθεί και ακόμα, ότι θα γίνει από το γιατρό της ό,τι καλύτερο

Η ψυχική προετοιμασία ανήκει στο γιατρό, ο οποίος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρακολουθεί τη μελλοντική μητέρα και της εξηγεί τι ακριβώς θα αντιμετωπίσει στον τοκετό της, ότι ο τοκετός χωρίς ωδίνες δεν υπάρχει και ότι θα τη βοηθήσει όσο γίνεται πιο αποτελεσματικά με τα μέσα που υπάρχουν σήμερα.

Η Σωματική προετοιμασία συνίσταται στην γυμναστική της εγκύου. Σ' αυτήν γίνονται όχι μόνο ασκήσεις του σώματος αλλά και ορισμένες αναπνευστικές κινήσεις, καθώς και οι ασκήσεις χαλαρώσεως. Γιατί αν μάθει η γυναίκα να χαλαρώνει, θα έχει ευκολότερο τοκετό εφόσον σε κάθε παύλα των ωδίνων θα μπορεί να αναπαύεται και να μη σουπά το σώμα της συνεχώς.

Μια όχι και τόσο δεδομένη μέθοδος ανώδυνου τοκετού είναι ο τοκετός με ύπνωση. Η γυναίκα υποβάλλεται σε ύπνωση, κατά τη διάρκεια της οποίας φέρνει στον κόσμο το παιδί της. Η μέθοδος αυτή χρειάζεται ειδική προετοιμασία και έχει το πλεονέκτημα ότι δεν απαιτεί αναλγητικά. Δεν έχει όμως επικρατήσει γιατί μόνο 30 - 40 % των γυναικών μπορούν να επηρεαστούν από την ύπνωση.

Στο μαιευτήριο

Είναι φρόνιμο η μελλοντική μητέρα να επισκεφθεί, μερικές μέρες πριν από τον τοκετό, την κλινική όπου θα γεννήσει. Ετσι την ημέρα της εισαγωγής της θα μπει για δεύτερη φορά από την είσοδο, θα αντικρίσει για δεύτερη φορά το περιβάλλον, που έτσι θα της φανεί γνωστό, και θα αισθάνεται πιο ήσυχη. Εκείνο που πρέπει κυρίως να γνωρίζει είναι να μάθει να περιμένει.

Η ίδια θεωρεί τον εαυτό της το σπουδαιότερο πράγμα στη γη αυτή τη στιγμή για την κλινική όμως είναι η χιλιοστή ή η δεκάκις χιλιοστή γυναίκα που πηγαίνει να γεννήσει. Αν δεν το παραδεχθεί αυτό θα απογοητευθεί και θα φοβηθεί. Ετσι λοιπόν, περιμένοντας μπορεί να διαβάσει ή να πλέξει. Η σειρά που ακολουθεί η διαδικασία της προετοιμασίας του τοκετού είναι βασικά η ίδια σε όλες τις κλινικές, με μερικές ίσως διαφορές.

Στην αίθουσα παραλαβής θα γίνει τοπικός καλωπισμός, υποκλιτισμός και αν θέλετε, ντους, θα πάρουν το βαλιτσάκι σας, θα γίνει μέτρηση της πίεσης, πνευλομέτρηση, λήψη βάρους.

Η μάσα θα σας εξετάσει δακτυλικώς από το ερθέ για να διαπιστώσει τη θέση, την προβολή και την εμπέδωση της κεφαλής του παιδιού και την ύπαρξη ή όχι της διαστολής. Θα ψηλαφήσει καλά την κοιλιά για να ελέγξει τη θέση και το σχήμα του παιδιού, και με το κειλιοσκόπιο θα ακούσει τους καρδιακούς παλμούς του. Επειτα, συμπληρώνει το ιστορικό, δηλαδή τι νοσήματα ή εγχειρήσεις περάσατε μέσα παιδιά έχετε και πως ήταν οι προηγούμενοι τοκετοί σας, τότε είχατε την τελευταία περίοδο, αν έσπυσαν τα νερά σας (θυλάκιο), και αν έχετε διαστολή και σε ποιο στάδιο βρίσκεται αυτή. Στην αίθουσα παραλαβής επίσης θα παρακολουθήσει τη συχνότητα και την ένταση των ωδίνων.

Αν οι ωδίνες είναι τακτικές και έχει γίνει έναρξη τοκετού, θα οδηγηθείτε στην αίθουσα τοκετών. Αν δεν είναι ικανοποιητικές, τότε θα σας στείλει στο δωμάτιό σας, και αυτό θα σημαίνει ότι πρέπει να περιμένετε μέχρις ότου γίνουν εντονότερες. Εν τω μεταξύ, σε κάθε συστολή θα αναπνέετε και θα χαλαρώνετε, όπως σας είπε ο γιατρός σας, ή όπως διδάχθηκατε αν κάνετε γυμναστική της εγκύου.

Στην Ελβετία και σ' άλλα κράτη, από πολλά χρόνια συνηθίζεται και θεωρείται φυσικό να βρίσκεται ο πατέρας κατά τη γέννηση του παιδιού του στην αίθουσα τοκετών, δίπλα στο κρεβάτι της συζύγου του· στους στρατιώτες μάλιστα χορηγούν και ειδική άδεια. Επίσης το παλιό καιρό, όταν τα παιδιά γεννιόταν κατά κανόνα στο σπίτι, οι άντρες παρευρίσκονταν στον τοκετό. Όμως σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως στην Ελλάδα, οι γιατροί είναι εναντίον της παρουσίας των συζύγων στην αίθουσα τοκετών, γιατί οι επίτοκες επηρεάζονται ψυχολογικά από την παρουσία τους, αλλά και οι ίδιοι οι σύζυγοι, από την όλη εικόνα, κυρίως όμως — και αυτός είναι ο σοβαρότερος λόγος — γιατί υπάρχει κίνδυνος αυξήσεως των μολύνσεων σε ένα χώρο που πρέπει να τηρείται αυστηρά καθαρός και όπου τα πάντα είναι αποστειρωμένα. Οπωσδήποτε, η βεβαιότητα της γυναίκας ότι ο άντρας της βρίσκεται στην αίθουσα αναμονής για το σημαντικό γεγονός της ζωής τους της δίνει θάρρος και αισιοδοξία και μεγαλύτερη διάθεση να συνεργασθεί με το γιατρό της και να τον υπακούσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ

ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ

Είναι το σκληρότερο και μακρότερο στάδιο. Είναι δυνατό να διαρκέσει ακόμα και 20 ώρες, ωστόσο ο τράχηλος της μήτρας ανοίξει τελείως, πράγμα που θα επιτρέψει στο παιδί να περάσει ελεύθερα μέσα από αυτόν. Το στάδιο της διαστολής εξελίσσεται ως εξής : αρχόμενη, πεντηκονταλέπτου, δραχμής, διδράχμου, ταληρού, μικράς παλάμης, (υπολογίζοντας το εσωτερικό άνοιγμα της παλάμης), μεγάλης παλάμης, σχεδόν τελεία, τελεία. Κατά τη διάρκεια του σταδίου της διαστολής, κάθε ωδίνα εμφανίζεται ανά 5-7 λεπτά και διαρκεί από 35-45 δευτερόλεπτα. Κατά τη διάρκεια της ολοκληρωτομένης συστολής της μήτρας ωθεί προς τα κάτω και έξω, ώστε να πραγματοποιηθεί το άνοιγμα του μητρικού στερνίου. Η γυναίκα μπορεί να αντιληφθεί όλη αυτή την εργασία της μήτρας, αν τοποθετήσει το χέρι της απάνω στην κοιλιά της.

Όσο προχωρεί η διαστολή οι συστολές γίνονται συχνότερες, κάθε 2-3 λεπτά. Η επίτοκος πρέπει να είναι τελείως ήρεμη και να κάνει μικρές, συχνές και επιπόλαιες αναπνοές. Ας μη σκέπτεται διαρκώς τις ωδίνες της. Μπορεί να σκεφθεί κάτι πιο ευχάριστο, π.χ. το παιδί της. Πράγματι, πολλές γυναίκες κατορθώνουν κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης να χαλαρώνουν τόσο πολύ μένες τους, ώστε να μη χρειάζονται σπασμολυτικά.

Τα σπασμολυτικά είναι φάρμακα που μαλακώνουν τον τράχηλο και διευκολύνουν τη διαστολή. Αυτά δεν βλάπτουν το παιδί ή τη μητέρα και δεν διακόπτουν το ρυθμό των ωδίνων, και επομένως δεν καθυστερούν τον τοκετό.

Σ' όλα τα μαιευτήρια γίνεται χρήση αυτών των φαρμάκων, εφόσον χρειαστεί, ώστε να συντομευθεί αισθητή η διάρκεια του τοκετού. Βέβαια, η χρήση γίνεται αναλόγως με την κάθε περίπτωση και πάντοτε κατά την κρίση του γιατρού, που γνωρίζει όλη την πορεία της εγκυμοσύνης λεπτομερώς και παρακολουθεί την εξέλιξη του τοκετού. Ένας άλλος τρόπος ανακούφισης, εκτός από τις σπασμολυτικές ενέσεις είναι η εισπνοή πρωτοξειδίου του αζώτου, ανακατωμένου με οξυγόνο, από ειδικό μηχάνημα.

Αυτό λέγεται ιλαρυντικό αέριο, είναι άοσμο, δεν προκαλεί τάση για εμετό, και δεν επηρεάζει τη νηφαλιότητα της μητέρας. Οι εισπνοές γίνονται από μιά μάσκα που την εφαρμόζει η ίδια στο πρόσωπό της κατά τη διάρκεια της ωδίνας, και αρχίζει να αναπνέει με βαθιές αναπνευστικές κινήσεις. Αφού συμπληρωθεί η διαστολή και γίνει τελεία, τότε σπάζει το θυλάκιο και το παιδί μπορεί να βγει ελεύθερα. Η ρήξη του θυλακίου μπορεί να γίνει και νωρίτερα δηλαδή κατά τη διάρκεια της διαστολής.

ΣΤΑΔΙΟ ΕΞΩΘΗΣΕΩΣ

Η γυναίκα μπορεί και η ίδια να αισθανθεί πότε φθάνει αυτή η στιγμή, γιατί της έρχεται η τάση να σφιχθεί προς τα κάτω θα το κάνει όμως μόνο αφού της το υποδείξει ο γιατρός ή η μαία που βρίσκεται δίπλα της. Η περίοδος της εξώθησεως είναι σύντομη, και κατά αυτήν διαστέλλεται όσο το δυνατόν περισσότερο το περίνεο (δηλαδή το τμήμα ανάμεσα στο αιδοίο και έντερο) για να επιτρέψει τη έξοδο της κεφαλής του μωρού για τη γέννησή του.

Μόλις ο γιατρός λειπόν ή η μαία υποδείξουν ότι η εξώθηση πρέπει να αρχίσει, η επίτοκος θα πάρει βαθιά εισπνοή και αγκαλιάζοντας με δύναμη τους μηρούς από την κάτω τους επιφάνεια, τους πλησιάζει στο στήθος, ενώ ανασηκώνοντας το κεφάλι, ακουμπά το πηγούνι στο στήθος και ωθεί με όλη της τη δύναμη προς τα κάτω (χωρίς να σφίγγει και να φουσκώνει άσκοπα το λαιμό της) σαν να θέλει να βγάλει από και έλο τον αέρα που εισέπνευσε, δηλαδή κάνει κινήσεις αφοόευσσεως. Αυτό το σφίξιμο θα σταματήσει με το σταμάτημα της ωδίνας. Στο διάστημα αυτό (μεταξύ δύο ωδίνων), δηλαδή κατά τη διάρκεια της παύλας, η γυναίκα θα χαλαρώσει τελειώς και θα αναπνεύσει βαθιά για να ξεκουραστεί. Μόλις ξαναεμφανισθεί η συστολή, θα επαναλάβει το ίδιο, όπως το περιγράψαμε, και αυτό ίσως χρειαστεί να επαναληφθεί πολλές φορές.

Τη στιγμή που διατείνεται εντελώς το περίνεο και το κεφαλάκι είναι έτοιμο να βγει, χορηγείται στην επίτοκο ενδοφλεβίως νάρκωση, ώστε να γίνει, αν χρειάζεται, μια τομή στο περίνεο και να διευκολυνθεί η έξοδος του εμβρύου χωρίς να το αντιληφθεί η ίδια.

Γι' αυτόν τον λόγο πρέπει να μην έχει φάει προηγουμένως.

Κατά την έξοδο του εμβρύου σε ομαλή ινιακή προβολή φαίνεται πρώτο το ινίο (δηλαδή η κορυφή της κεφαλής), έπειτα το κεφάλι κάνει έκταση προς τα πίσω, για να φανεί ελόκληρο το πρόσωπο με μία δεύτερη ωδίνα, το κεφάλι στρίβει λοξά, ο γιατρός το στρίβει ακόμη περισσότερο, ώστε οι ώμοι να έρθουν καθέτως. Κατόπιν το κατεβάζει προς τα κάτω για να βγει ο πρόσθιος ώμος, ύστερα το ανεβάζει προς τα επάνω για να βγει ο οπίσθιος και κατόπιν βγαίνει ελόκληρο το σώμα του παιδιού. Αν ο τοκετός είναι πρόωρος, η νάρκωση δίνεται με επιφύλαξη, για να μην επηρεασθεί το αναπνευστικό κέντρο του εμβρύου και διατρέξει κίνδυνο η ζωή του.

Μία άλλη μέθοδος αναισθησίας είναι η τοπική αναισθησία του αιδοϊκού πλέγματος (δηλαδή των νεύρων του αιδοίου), 10-15 λεπτά περίπου πριν από τη στιγμή του τοκετού. Μ' αυτή τη μέθοδο γίνεται τοπική ένεση στα νεύρα του αιδοίου, δεξιά και αριστερά από τον κόλπο, και έτσι αναισθητοποιούνται το αιδοίο και το περίνεο, τα οποία όπως είπαμε και παραπάνω, διατείνονται υπερβολικά και είναι πολύ ευαίσθητα στον πόνο. Αυτό επιτρέπει στη μητέρα να έχει όλες τις αισθήσεις της τη στιγμή που βγαίνει το μωρό της και να ακούσει το πρώτο του κλάμα.

Μία παλαιότερη μέθοδος είναι η μέθοδος του χλωραιθυλίου· ράντιζαν δηλαδή μία μάσκα με σταγόνες χλωραιθυλίου, τις οποίες ανέπνεε η γυναίκα τη στιγμή της εξωθήσεως· αλλά αυτή η μέθοδος είχε το μειονεκτήμα ότι σχεδόν πάντοτε, κατά την αφύπνιση, προκαλούσε εμέτους, και επίσης ότι είχε μικρό θεραπευτικό πλάτος. Όπως όποτε σήμερα, στα ούγχρονα μαιεύτηρια, κάθε τρόπος αναισθησίας εφαρμόζεται από ειδικευμένους αναισθησιολόγους, που χρησιμοποιούν ειδικά αναισθησιολογικά μηχανήματα, και έτσι επιτυγχάνεται άριστη νάρκωση χωρίς επιπλοκές.

Δύο ενδεχόμενες επεμβάσεις κατά τη διάρκεια της εξωθήσεως :

α) η τομή του περινέου και β) η αναρρόφηση με τη "βεντούζα"

Και οι δύο έχουν σκοπό να επιταχύνουν την έξοδο του παιδιού και χρησιμοποιούνται η καθεμιά χωριστά ή αν χρειαστεί, και οι δύο μαζί.

A. ΤΟΜΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΝΕΟΥ

Γίνεται σε όλες τις χώρες και στην Ελλάδα, σχεδόν σε κάθε σε κάθε τοκετό. Όπως είπαμε, η μητέρα δεν την αισθάνεται καθόλου, γιατί έχει πάρει ήδη νάρκωση, γενική ή τοπική. Γίνεται δηλαδή σε κάποια κατάλληλη στιγμή της εξωθήσεως, και με αποστειρωμένο φαλίδι, μια κάθετη ή πλάγια τομή στο περίνεο, όχι πολύ βαθιά, και έτσι αποφεύγεται το αυτόματο σχίσσιμο του περινέου, το οποίο πολλές φορές παίρνει μεγάλη έκταση και φτάνει ως τοδακτύλιο του εντέρου, πράγμα που αργότερα μπορεί ναδημιουργήσει προπτώσεις του κόλπου και του εντέρου και ακράτεια ούρων και κοπράνων. Η περινεοτομία ράβεται μετά τον τοκετό με ειδικό ράμμα και με μεγάλη προσοχή, ώστε να επανέλθουν όλα στην πρώτη τους κατάσταση και ο κόλπος να στενέψει όσο χρειάζεται.

B. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΗΡΟΣ

Αν οι ωδίνες της εξωθήσεως είναι αδύνατες και ο τοκετός αργεί με αποτέλεσμα να αρχίσει να κουράζεται το παιδί, τότε ο γιατρός εφαρμόζει στο τριχωτό της κεφαλής ειδικό αναρροφητήρα ή χρησιμοποιεί εμβρυοσουλκό, κατά τη κρίση του, για να το τραβήξει και να το βγάλει γρηγορότερα. Τυχόν αιμάτωμα εξαιτίας του αναρροφητήρος δεν είναι επικίνδυνο, γιατί είναι εξωτερικό (μόνο κάτω από το δέρμα της κεφαλής) και απορροφάται γρήγορα, χωρίς επακόλουθα.

Αφού βγει το παιδί, ο γιατρός, που έχει ήδη έτοιμα και αποστειρωμένα τα εργαλεία, θα κόψει τον ομφάλιο λώρο, αφού τον πιάνει πρώτα με δύο αιμοστατικές λαβίδες — για να μην αιμοραγήσει — μία προς το μέρος του παιδιού και μία προς το μέρος του πλακούς — ντα* κόβει μεταξύ τους με αποστειρωμένο φαλίδι. Εν τω μεταξύ, κρατά το μωρό από τα ποδαράκια, με το κεφάλι κρεμασμένο προς τα κάτω, και το χτυπά στην πλατίτσα του για να πάρει την πρώτη του αναπνοή μετά από ένα δυνατό και πνιχτό κλάμα.

Επειτα, αφού βεβαιωθεί ότι ανάπνευσε κανονικά, το ακουμπά, πάνω σ'ένα ειδικό γι'αυτή τη δουλειά τραπέζι στρωμένο με αποστειρωμένο πανί, και δένει γερά με κορδέλα τον ομφαλό. Επειτα βάζει ένα καθετήρα (λεπτό ελαστικό σωλήνα) από το στόμα μέσα στη τραχεία, ενώ δουλεύει το μηχάνημα που θα αναρροφήσει τις βλέννες και τα υγρά που τυχόν κατάπιε το μωρό κατά την έξοδο του. Επειτα το παραδίνει στα χέρια της μαίας, που πρώτη της δουλειά είναι να περάσει στο χέρι του το κορδελάκι με τα στοιχεία του, (όνομα και αριθμό), γαλάζιο αν είναι αγοράκι και ροζ αν είναι κορίτσι. Μετά θα το ζυγίσει, θα του στάξει στα μάτια από μία σταγόνα νιτρικού αργύρου $I\%$ και θα το τυλίξει για να το παραδώσει στο θάλαμο βρεφών. Ο γιατρός τώρα έχει ξαναγυρίσει στη μητέρα για το στάδιο της υστεροτοκίας.

ΣΤΑΔΙΟ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ

Η μητέρα, μόλις ανοίξει τα μάτια της, το πρώτο που θέλει ν'αντικρύσει είναι το παιδί της. Γι'αυτήν έτοιμο που το βλέπει πασαλειωμένο με τα αίματα και σμήγμα, είναι το πιο όμορφο και σπουδαίο πράγμα στον κόσμο. Ρωτά τι γένος είναι, αν είναι γερό και χίλια δυό άλλα πράγματα. Γεμάτη χαρά, δεν μπορεί να σκεφτεί ότι ο τοκετός δεν έχει ακόμα τελειώσει. Τώρα είναι η στιγμή που θα ξεκολλήσει από τη μήτρα ολόκληρος ο πλακούντας, με τη βοήθεια μικροσυστολών, που φαίνονται μηδαμινές μπροστά στις μεγάλες συστολές που έχουν προηγηθεί.

Μόλις βγει ο πλακούντας, ο γιατρός κοιτάζει προσεκτικά όλη την επιφανειά του, που ήταν κολλημένη πάνω στη μήτρα, για να δει αν βγήκε ολόκληρος ή αν έμεινε κανένα κομματάκι μέσα. Επειτα πιέζει τη μήτρα για να αποβληθούν όλα τα πήγματα αίματος και να συσταθεί η μήτρα. Την αισθάνεται σφιχτή, σκληρή σαν μεγάλη γροθιά.

Από αυτή τη στιγμή, η μήτρα θ' αρχίσει να μικραίνει, αποβάλλοντας αίμα, δηλαδή τα λόγια, ώσπου να φτάσει στο φυσιολογικό - στο μέγεθος που είχε πριν από την εγκυμοσύνη. Αυτό μπορεί να κρατήσει και ως 40 ημέρες. Στην καλή σύσπαση της μήτρας βοηθούν διάφορες ενέσεις ειδικές.

ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΚΥΗΣΕΩΣ

Ο τοκετός μπορεί να έρθει πιο γρήγορα από τη θεωρητική πιθανή ημέρα του ή να καθυστερήσει γύρω στις 10 ημέρες. Αυτό συμβαίνει επειδή κανείς δεν γνωρίζει ακριβώς την ημέρα ωορρηξίας της γυναίκας, οπότε έγινε η σύλληψη. Πάντως, το ανώτατο όριο αναμονής είναι το τέλος της 42ης εβδομάδας από την ημέρα που άρχισε η τελευταία περίοδος. Μετά από την 42η εβδομάδα, υπάρχει κίνδυνος να ατροφήσει ο πλακούντας, να μην τρέφεται κανονικά το έμβρυο και να πεθάνει ενδομητρίως.

Η καθυστέρηση αυτή λέγεται παράταση. Εκτός από τον υπολογισμό των εβδομάδων, μια πιθανή παράταση μπορεί να διαγνωσθεί με την εξέταση του κοιλιακού υγρού. Παίρνουμε δηλαδή κοιλιακό επίχρισμα από την τυχόν παρατασιακή γυναίκα, γίνεται κυτταρολογική εξέταση, και η απάντηση θα δείξει αν πρόκειται για πραγματική παράταση ή όχι. Ακόμα, γίνεται εξέταση του αμνιακού υγρού, δηλαδή αμνιοσκόπηση, καθώς και προσδιορισμός ορμονών στα ούρα 24ώρου.

Οποσδήποτε, αφού περάσει η πιθανή ημέρα του τοκετού, πρέπει να επικοινωνήσετε με το γιαιτρό σας που θα καθορίσει ακριβώς τι πρέπει να κάνετε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΙ

Λ Ο Χ Ε Ι Α

Α. ΤΗΡΗΤΕΑ ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Η λεχώνα πρέπει να παρακολουθείται τις πρώτες ημέρες της λοχείας, γιατί παρ'όλου που είναι φυσιολογική κατάσταση, μπορεί να παρατηρηθούν τυχόν ανωμαλίες.

Πρέπει με σχολαστικότητα να καθαρίζονται τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της λεχώνας. Ο καθαρισμός γίνεται με χλιαρό νερό και αντιουπτική ουσία.

Η θερμοκρασία και ο σφυγμός ελέγχονται δύο φορές την ημέρα. Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να οφείλεται σε εγκατάσταση της έκκρισης του γάλακτος και σε σημαντική συμφόρηση των μαστών, ή ακόμη το πιο συνηθισμένο σε κατακράτηση λοχίων μέσα στη μήτρα. Ανεπαρκείς συστολές της μήτρας, έντονη κάμψη αυτής προς τα μπρός ή ατελής κένωση της ουρουδόχου κύστης δυσχεταίνουν κάπως την εκροή των λοχείων και προκαλούν την κατακράτηση. Γι'αυτό είναι απαραίτητο τις πρώτες ημέρες της λοχείας να χορηγούνται μητροσυσταλτικά σκευάσματα όπως (NOVERGO, ERGOVIT, METHERGIN). Καθημερινά ελέγχεται η πορεία της παλινδρομήσεως της μήτρας, η παλάμη του εξεταστή αφ'ενός ευθειάζει τη μήτρα, εάν υπάρχει κάμψη και αφ'ετέρου την πιέζει στον πυθμένα για να προκαλέσει την έξοδο των τυχόν κατακρατούμενων λοχείων, αφού προηγουμένως κενωθεί τελείως η ουροδόχος κύστης. Η άνοδος της θερμοκρασίας στις 38,0 η οποία δεν διαρκεί πέρα από ένα 24ωρο δεν προκαλεί ανησυχία. Αντίθετα αν όμως η θερμοκρασία αυτή υπερβεί τα όρια, πρέπει να ελέγχεται με προσοχή, μήπως πρόκειται για λοίμωξη που προέρχεται από το ενδομήτριο ή τους μαστούς και χρειάζεται να καταπολεμηθεί. Η επιλώχιος λοίμωξη είναι σχετικά σήμερα σπάνια, χάρη στα αντιβιοτικά, τις σουλφαμίδες και στον άσηπτο τοκετό. Καθώς επίσης και στην καθημερινή παρακολούθηση της λεχώνας, η οποία επιτρέπει την άμεση εφαρμογή ενδεικνυομενης θεραπευτικής αγωγής.

Η περινεοτομία η οποία εκτελείται σχεδόν σε όλες κατά κανόνα τις πρωτότοκες, ελέγχεται καθημερινά για την ομαλή επούλωση των τραυμάτων.

Η διαιτητική αγωγή δεν παρουσιάζει τίποτα το ιδιαίτερο. Η αντίληψη ότι ο θηλασμός χρειάζεται άφθονες τροφές είναι τελείως εσφαλμένη. Ο μειωρισμός που παρατηρείται τις πρώτες ημέρες οφείλεται στην ατονία του εντέρου. Γι' αυτό χρειάζεται ελαφρός υποκλεισμός την τρίτη ημέρα. Απαγορεύονται τα υπακτικά και τα καθαρτικά γιατί επιδρούν δυσμενώς στη γαλουχία. Κυστικά ενοχλήματα και κυρίως δυσχέρεια στην ούρηση παρατηρούνται συχνά και αυτά οφείλονται στην πίεση που ασκούνταν στην κύστη από την κεφαλή του εμβρύου κατά την εξώθηση ή μπορεί και σε ψυχογενείς παράγοντες.

Η κατάκλιση επίσης συντελεί και στη δημιουργία σπασμού του σφιγκτήρος της ουρήθρας. Μία με δύο ενέσεις προσηγμίνης αρκούν για να επαναφέρουν τον τερματισμό αυτής της ανωμαλίας καθώς επίσης και με ψυχολογικά κίνητρα όπως ο θόρυβος του νερού που ρέει από μια ανοιχτή βρύση, κ.λ.π.

Εκτός από τα μητροσυσταλτικά φάρμακα δεν χορηγούνται άλλα κατά τη λοχεία, μόνο βιταμίνες της ομάδας Β, C και σιδήρου. Ο σίδηρος χορηγείται, γιατί στο μητρικό γάλα δεν περιέρχεται επαρκή ποσότητα και υπάρχει ανάγκη συμπληρωματικής ποσότητας.

Η κύηση και ο τοκετός επιφέρουν σημαντική χαλάρωση ορισμένων τμημάτων του μυϊκού συστήματος και για την αποκατάσταση της τονικότητας αυτών χρειάζεται γυμναστική. Χρειάζεται η λεχώνια να σηκώνεται και να κάνει ορισμένες ασκήσεις από τη δεύτερη ημέρα, γιατί έτσι γίνεται ομαλή η λειτουργία διαφόρων συστημάτων όπως του κυκλοφοριακού, πεπτικού, ουροποιητικού. Τα πλεονεκτήματα της εγέρσεως είναι πολλά, η κυκλοφορία γίνεται φυσιολογικά και αποφεύγεται η φλεβική στάση. Περιορίζεται συστηματικά ο κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδος. Υποβιβάζεται η λειτουργία του εντέρου και της κύστεως. Η παλινδρόμηση της μήτρας διεξάγεται καλύτερα και υποβιβάζεται η αποκατάσταση της τονικότητας των κοιλιακών τοιχωμάτων καθώς επίσης αποφεύγεται ο κίνδυνος μελλοντικών προπτώσεων της μήτρας.

Η λεχώνια δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από διάφορες λοιμώξεις, δερματίτιδες ρινοφαρυγγίτιδες κ.λ.π. και ακόμη περισσότερα απαγορεύονται οίεπιοκέψεις μικρών παιδιών. Όσον αφορά τις σεξουαλικές σχέσεις, αυτές θα πρέπει να επαναληφθούν μετά από 45 ημέρες, οπότε τα λόγια θα έχουν διακοπεί, τα γεννητικά όργανα θα έχουν επανέλθει στο φυσιολογικό και η γυναίκα θα έχει ψυχολογικά ηρεμήσει.

Β. ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Εάν δεν τηρηθεί η υγειονομιαίτητική αγωγή κατά την κύηση και η αγωγή φυσιολογικού τοκετού και λοχείας είναι δυνατό να προκληθούν σοβαρές επιπλοκές, προερχόμενες από την ατελή κένωση της μήτρας, από μόλυνση των γεννητικών οργάνων, από τα οστά της πύελου, των αγγείων και των μαστών. Είναι γνωστό ότι μετά τον τοκετό ολόκληρη η μητρική κοιλότητα και κυρίως το μέρος κοντά στη πρόσφυση του πλακούντα αποτελεί τραυματική επιφάνεια, η οποία είναι πρόφορος όχι μόνο για την τοπική ανάπτυξη μικροβίων όσο και για την είσοδο αυτών στο μητρικό οργανισμό.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Μετά την 8η ημέρα εμφανίζεται απώλεια αίματος καθώς επίσης και αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Αυτή οφείλεται κυρίως στη κατακράτηση τμήματος κοτυληδόνης, στην περίπτωση αυτή πρέπει να γίνει απόξεση για την αφαίρεση για την αφαίρεση του υπολείμματος.

Η απόξεση είναι επικίνδυνη επειδή στη κοιλότητα της μήτρας βρίσκονται μικροοργανισμοί, και κατά την επέμβαση είναι δυνατό να δημιουργηθούν εισόδους για τη διασπορά της λοίμωξης. Αντίθετα είναι δυνατό η μήτρα να είναι κενή και η αιμορραγία να οφείλεται μόνο σε λοίμωξη. Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται στη χορήγηση αντιβιοτικών, αφού προηγουμένως έχει ληφθεί έκκριμα από τη μητρική κοιλότητα για το καθορισμό αντιβιογράμματος.

Αν μετά από δύο 24ωρα συνεχίζεται η αιμορραγία με πυρετός, ενώ προηγουμένως έχει γίνει αντιβιοθεραπεία, γίνεται απόξεση. Η απόξεση όμως μπορεί να παρουσιάσει άλλους δύο κινδύνους : την διάτρηση της μήτρας, επειδή τα τοιχώματα είναι μαλακά και δημιουργία ενδομητρικών συμφύσεων.

Η ΛΟΧΕΙΟΜΗΤΡΑ

Η λοχειομήτρα είναι η πιο απλή εκδήλωση. Αυτή οφείλεται στην κατακράτηση των λοχείων μέσα στη μητρική κοιλότητα, η οποία προκαλείται από προσωρινή απόφραξη του τραχηλικού στερμίου εξαιτίας της γεμάτης ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου από θρομβο αίματος, από ανατομική ανωμαλία της μήτρας και των όγκων. Συνέπεια της κατακράτησης των λοχείων, απορροφούνται οι ουσίες που προέρχονται από νέκρωση και αποσύνθεση αυτών.

Κλινικά η πάθηση αυτή εκδηλώνεται με πυρετό, αρκετά υψηλό με ρίγος. Από την ψηλάφηση της κοιλιάς, η μήτρα είναι χαλαρή και διαωγκωμένη πέρα του φυσιολογικού ορίου. Όταν την πιέσουμε, εκκρίνουν άφθονα παχύρρευστα λόγια.

Η θεραπεία συνίσταται στην έντονη χορήγηση μητροσυσταλτικών και στη τοποθέτηση παγοκύστεως στο υπογάστριο, στην πίεση κατά διαστήματα του πυθμένου της μήτρας για την συχνή εκένωση αυτής. Επίσης για την καλινόρφωση της μήτρας συνιστάται στη λεχώνα συχνή εύρηση, ώστε η κύστη να παραμένει κενή και η καθημερινή κένωση του εντέρου.

Η άσηπτος αυτή ανωμαλία σύντομα παρέρχεται, εκτός αν εισέλθουν στη μητρική κοιλότητα μικρόβια από τον κόλπο με χειρισμούς οι οποίοι απαγορεύονται.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΣ

Οφείλεται σε διάφορους μικροβιακού παράγοντες και κυρίως στο γονόκκοκο, σταφυλόκοκο, στρεπτόκοκο, κολοβακτηρίδιο, ψευδομονάδα κ.τ.λ. Η μόλυνση από διάφορα μικρόβια προκαλείται συνήθως όταν ο τοκετός δεν εκτελεσθεί από άσηπτους όρους ή όταν υπάρχει λοχειομήτρα αναπτυχθούν μικρόβια.

Επίσης στην κατακράτηση κατυληθόνος και υμένων οι οποίοι κρέμονται προς τον κόλπο, είναι δυνατόν να εισέλθουν μικρόβια στην μητρική κοιλότητα.

Ετσι προκαλείται βαθμός νέκρωσης του μυομητρίου καθώς επίσης και του ενδομητρίου με αποτέλεσμα, την επέκταση της φλεγμονής προς τα παρακείμενα όργανα, όπως οι σάλπιγγες, οι ωθήκες, ο ουγγλάσιος και τα παραμήτρια.

Κλινικά η ενδομητρίτις εκδηλώνεται με μήτρα διογκωμένη, χαλαρή και μαλακή στη σύσταση. Όταν την πιέσουμε είναι ελαφρά επώδυνη, και εκρέουν από τον κόλπο κάκασμα, παχύρρευστα, πυώδη λόγια. Επί πλέον παρατηρείται υψηλός πυρετός συνοδευόμενος από ρίγες.

Θεραπεία συνίσταται σε άμεση χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού, επίσης χορηγούνται μητροσύσταλτικά φάρμακα, καθώς και σπασμολυτικά, ώστε να παραμένει ανοιχτό το τραχηλικό στόμιο. Επίσης τοποθετείται παγοκύστη στο υπογάστριο. Η πρόγνωση είναι καλή.

Συνήθως δεν παρατηρείται επέκταση της φλεγμονής και η κάθηση υποχωρεί σε λίγες ημέρες.

ΔΙΑΠΥΗΣΗ

Η διαπύηση των τραυμάτων του συρραφέντος κοιλιακού τοιχώματος ή της περινεοτομίας και της συρραφής της ρύξεως του περινέου είναι συνήθως απλές επιπλοκές κατά τη λοχεία. Αυτές οφείλονται σε μόλυνση των τραυμάτων από διάφορα μικρόβια.

Κλινικά χαρακτηρίζονται από άλγος και ερυθρότητα του τραύματος. Αύξηση της θερμοκρασίας δεν παρουσιάζεται. Για αποφυγή μόλυνσεως και κατά συνέπεια διασπάσεως του τραύματος, ενδείκνυνται ο συχνός καθαρισμός με χλιαρό νερό και αντισηπτικό.

Σε περίπτωση διασπάσεως, συνίσταται καθαρισμός τους νεκρωμένους ιστούς, ο οποίος γίνεται με πλύση και εναπόθεση επιθεμάτων με φυσιολογικό ορό. Μετά τον καθαρισμό του τραύματος, γίνεται η συρραφή αυτού με ράμματα απο μέταλλο που επιφέρουν την πλήρη αποκατάσταση.

ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ

Προκαλείται συνήθως από μολυσμένα κοιλικά τραύματα και θρόμβωση του μητρικού πλέγματος με αποτέλεσμα την επέκταση και το οίδημα κατ' αρχάς ολόκληρου του μηρού, πολλές φορές μάλιστα μέχρι και τα δάκτυλα. Στην εκδήλωση του νόσου προδιαθέτουν σημαντικά όσκι υπάρχοντες κυρσοί.

Κλινικά, η θρομβοφλεβίτιδα χαρακτηρίζεται από μικρή δεκατική πυρετική κίνηση και συχνό σφυγμό δυσανάλογο προς τη θερμοκρασία του σώματος η οποία ανέρχεται μετά από λίγες μέρες. Το πάσχον άκρο εμφανίζεται θερμό, με δέρμα στιλπνόν, κατά την πίεση με το χέρι κατά μήκος της φλέβας, παρατηρείται έντονο άλγος.

Η θεραπευτική αγωγή συνίσταται σε εφαρμογή πιεστικού επιδέσμου στο σκέλος ακινητοποίηση αυτού και χορήγηση σκευασμάτων φαινυλβουνταζόνης και κατάλληλου αντιβιοτικού.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Είναι συνήθως παθολογικές καταστάσεις κατά την περίοδο της λοχείας, οι οποίες εμφανίζονται ως επώδυνες θηλές, υπερφόρτωση των μαστών και τέλος ως μαστίτιδα.

Οι επώδυνες θηλές είναι συνήθως παθολογική εκδήλωση η οποία παρεμποδίζει τον άνετο θηλασμό. Κατά τη στιγμή του θηλασμού η λεχώνα πονά έντονα στη θηλή, λόγω μικρών ή εκτεταμένων ραγάδων ή μικρών αφράτων εξελκώσεων.

Η διαταραχή αυτή προκαλείται κυρίως από ατελή προετοιμασία των θηλών κατά την περίοδο της κύησης. Υπάρχουν θηλές οι οποίες είναι εισέχουσες, επίπεδοι ή προέχουσες μεν αλλά με ξηρό δέρμα. Στις θηλές αυτές έπειτα από λίγους θηλασμούς προκαλείται από το βρέφος στην προσπάθεια του να θηλάσει, λύση της συνεχείας του δέρματος, μικροτραυματισμοί και έντονο άλγος, το οποίο επιτείνεται με υπερφόρτωση του μαστού. Επί πλέον ο τραυματισμός αυξάνεται περισσότερο λόγω επικυψής της θηλής με τη γάζα που την προστατεύει ή τα σεντόνια της γυναίκας.

Η θεραπευτική αγωγή συνίσταται κυρίως στη τοποθέτηση αντισηπτικής αλοιφής εμπλουτισμένης με βιταμίνες και στην αποφυγή αποσδήποτε τριβής των θηλών με τα σεντόνια. Στην περίπτωση κατά την οποία οι ραγάδες είναι εκτεταμένες και το άλγος έντονο αναστέλλεται προσωρινά ο θηλασμός. Ο μαστός όμως κατά το διάστημα αυτό πρέπει να κενούται. Η κένωση των μαστών δεν πρέπει να γίνεται με θήλαστρο ή άλλου μηχανικού μέσου διότι μ'αυτά προκαλείται επέκταση των ραγάδων οι οποίες όχι μόνο δεν επουλώνονται αλλά επεκτείνονται. Γι'αυτό το λόγο η κένωση πρέπει να γίνεται με μάλαξη από τη βάση του μαστού προς τη θηλή και εκθλίψεως αυτής. Η δε συλλογή γάλακτος προκειμένου να δοθεί στο βρέφος γίνεται μέσα σε αποστειρωμένο δοχείο.

Η υπερφόρτωση των μαστών οφείλεται στην παραγωγή άφθονου γάλακτος και παρουσιάζεται συνήθως μετά την τέταρτη ημέρα της λοχείας. Αυτή χαρακτηρίζεται με διόγκωση μαστών, υπεραιμία και αισθήματα έντονου βάρους...

Μόλις παρουσιαστεί υπερφόρτωση, επιβάλλεται η άμεση αντιμετώπιση, διότι διαφορετικά είναι δυνατό να εξελιχθεί σε γαλακτοφορίτιδα και μαστίτιδα ή σε αναστολή της παραγωγής του γάλακτος, λόγω συμπίεσεως του επιθηλίου των γαλακτοφόρων αδένων. Η αναχαίτηση της υπερπαραγωγής γίνεται με τη χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων. Σημειώνεται ότι απαιτείται προσοχή στη χορηγούμενη ποσότητα ώστε να μη προκληθεί αναστολή της παραγωγής του γάλακτος αντί αναχαίτσεως. Στην αναχαίτηση βοηθεί επίσης η χορήγηση διουρητικού σκευάσματος και η ανύψωση και η συμπίεση των μαστών με πιεστικό στηθόδεσμο.

Η ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΙΤΙΣ

Οφείλεται σε υπεραιμία των γαλακτοφόρων πόρων, στάση του γάλακτος και μικροβιακή επίδραση ελαττωμένης λοιμογόνου δράσεως. Αυτή εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό με ρίγος και έντονο άλγος στους μαστούς. Σε περιπτώσεις στις οποίες είναι δυνατό να λείπει το ρίγος και η υψηλή πυρετική κίνηση.

Η πάθηση αυτή υποχωρεί σύντομα, εάν τοποθετηθούν ξηρά - θερμά επιθέματα και κενωθούν οι μαστοί. Σε περιπτώσεις που έχουμε υπερφόρτιση των μαστών χορηγούνται οιστρογόνα και σε πυρετό χορηγείται αντιβιοτικό ευρέως φάσματος.

ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ

Οφείλεται καθαρά στην είσοδο από τους πόρους των θηλών μικροοργανισμών αυξημένης λοιμογόνου δυνάμεως. Αυτή χαρακτηρίζεται από όλα τα συμπτώματα της φλεγμονής όπως εντεταλισμένου άλγους, ερυθρότητας, θερμότητας και υψηλού πυρετού συνοδευόμενου με ρίγος.

Θεραπευτική αγωγή συνίσταται σε συντηρητική, με την τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων και χορήγηση αντιβιοτικών.

Σε περίπτωση που η διήθηση προχωρεί σε διακύηση τότε απαιτείται διάνοιξη αποστήματος.

Σημειώνεται ότι σε όλες τις περιπτώσεις ο θηλασμός είναι δυνατό να συνεχισθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII

Θ Η Λ Α Σ Μ Ο Σ

Παρ' όλες τις επιστημονικές εξελίξεις, το μητρικό γάλα είναι πάντοτε το καλύτερο. Αρχικά, το μωρό προσλαμβάνει πολύ μικρές ποσότητες γάλα. Τις πρώτες 24 ώρες δεν θηλάζει. Από την επόμενη μέρα αρχίζει να παίρνει με το θηλασμό 10 γραμμάρια κάθε φορά, αυξανοντάς το κατά 10 γραμμάρια την ημέρα και έτσι την τέταρτη ημέρα παίρνει περίπου 40 γραμμάρια γάλα κάθε φορά που θηλάζει. Αυτό φυσικά, γίνεται αν το μωρό δεν συναντά δυσκολίες κατά το θηλασμό όπως (όταν υπάρχει εσοχή της θηλής, θηλή επίπεδη, μαστός υπερφορτωμένος).

Μην ξεχνάτε ότι το γάλα παράγεται ύστερα από τον εντατικό και τακτικό ερεθισμό του θηλασμού: όσο λοιπόν θηλάζετε, τόσο περισσότερο γάλα έχετε.

Είναι περιττό να τονισθεί ότι το μέγεθος του στήθους δεν έχει καμιά σχέση με την ικανότητα παραγωγής γάλακτος. Η ποσότητα του γάλακτος δεν εξαρτάται από το μέγεθος των μαστών, αλλά από τον αριθμό των αδένων εκκρίσεως. Γι' αυτό, μητέρες με λεπτό σώμα και μικρό στήθος μπορεί να έχουν την ίδια ποσότητα γάλακτος, και καμιά φορά περισσότερη, από τις εύσωμες μητέρες.

Το πρώτο γάλα αμέσως μετά τον τοκετό, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, έχει κίτρινο χρώμα και κάποια κολλώδη σύσταση, και λέγεται πύαρ ή πρωτόγαλα.

Αυτό ενεργεί σαν ελαφρό υπακτικό, γιατί έχει σκοπό να καθαρίσει το πεπτικό σύστημα του νεογέννητου από το μηκόνιο, δηλαδή από όλα τα άχρηστα συστατικά που έχει μαζέψει το έμβρυο κατά τη διάρκεια της ενδομητρίου ζωής.

Την 3η με 7η ημέρα μετά τον τοκετό, αρχίζει πια η κανονική έκκριση του γάλακτος, η οποία γίνεται αισθητή με ελεφρούς πόρους στους μαστούς και ελαφρά άνοδο της θερμοκρασίας.

Κατά τον θηλασμό, πρέπει η μητέρα να μάθει πως να συμπεριφέρεται στο μωρό της, γιατί μπορεί το νεογέννητο ν'αντιμετωπίσει ορισμένες δυσκολίες. Μερικά αρπάζουν τη θηλή αμέσως και με μεγάλη ευκολία και αρχίζουν να θηλάζουν με όρεξη και ικανοποίηση. Αλλα δυσκολεύονται ή νυστάζουν, και τότε η μάια ή η αδερφή, όσο ακόμα η μητέρα βρίσκεται στο μαιευτήριο, βοηθά την κατάσταση.

Αρχικά ο θηλασμός μπορεί να γίνεται στο κρεβάτι και αργότερα σε μια πολυθρόνα. Η μητέρα ακουμπά τους αγκώνες της στα μπράτσα της πολυθρόνας και τοποθετεί τα πόδια της σ'ένα σκαμνί, για να είναι οι μηροί λυγισμένοι προς την κοιλιά, ώστε να στηρίζεται το μωρό. Υστερα αγκαλιάζει το μωρό με το χέρι της αντιστοίχως προς το μαστό απ'όπου θηλάζει ενώ με τα δάκτυλα του άλλου χεριού, και για την ακρίβεια ανάμεσα στον δείκτη και το μέσο δάκτυλο, πιέζει το μαστό προς τα πίσω κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να προέχει η θηλή, αλλά και να μη σκεπάζεται η μυτούλα του μωρού και έτσι να μπορεί αυτό να αναπνέει ελεύθερα. Είναι σημαντικό να γίνεται ο θηλασμός κάθε φορά από τους δύο μαστούς, για να αδειάζουν συγχρόνως και να μη μένει μέσα γάλα. Αφήστε το μωρό 10 λεπτά από τον ένα μαστό, ύστερα σηκώστε το να ρευτεί και βάλτε το 10 λεπτά στο άλλο.

Το ρέφιμο είναι απαραίτητο, γιατί έτσι βγάζει το μωρό τον αέρα που έχει καταπιεί κατά τη διάρκεια του θηλασμού και μάλιστα όταν η μητέρα δεν έχει αρκετό γάλα και το μωρό θηλάζει στα κούφια, ή όταν αντιθέτως έχει πάρα πολύ, οπότε τρέχει άφθονο και το μωρό πνίγεται, καθώς και όταν οι θηλές δεν προεξέχουν αρκετά κ' έτσι δεν εφαρμόζουν ακριβώς στο στόμα του παιδιού. Για να ρευτεί το μωρό, το ανασηκώνετε καλά ώστε το κεφάλι του να ακουμπήσει στον ώμο σας και συγχρόνως το χτυπάτε ελαφρά στην πλατίτσα, ώσπου να βγάλει τον αέρα που πήρε την ώρα του θηλασμού.

Οι ειδικοί στηθόδεδμοι θηλασμού που ανείγουν μπροστά είναι οι καλύτεροι. Πρέπει όμως να πλένονται συχνότατα και, αν είναι δυνατόν, να βράζονται. Απάνω στη θηλή και ανάμεσα σ'αυτή και στο σουτιέν τοποθετείται μια αποστειρωμένη γάζα, ή αν το γάλα είναι άφθονο και τρέχει, μία διπλωμένη μικρή πάνα, που θα βράζεται κ' θα αποστειρώνεται με το σιδέρωμα και θα αλλάζεται τουλάχιστον μια φορά την ημέρα.

Το στηθόδεσμο καλό θα ήταν να το φορεί η λεχώνα και τη νύχτα γιατί έτσι διατηρείται καλύτερα το σχήμα του μαστού.

Μην ξεχνάτε πως όσο κοντύτερα νύχια έχετε, τόσο καλύτερα και ευκολώτερα καθαρίζονται με το σκεπύνισμα, και επιπλέον δεν τραυματίζετε και το παιδί την ώρα που το αλλάζετε.

Το πλύσιμο του μαστού πριν από τον θηλασμό πρέπει να γίνεται απαραίτητως με άφθονο χλιαρό νερό και κατόπιν στέγνωμα. Μετά τον θηλασμό, σκουπάζετε τη θηλή με μια καθαρή γάζα ή χαρτομάντηλο και έπειτα βάζετε μια ειδική κρέμα από αυτές που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Καλές είναι οι κρέμες που περιέχουν χαμομήλι. Αυτές προλαβαίνουν και θεραπεύουν τις σχισμές της θηλής, που και επώδυνες είναι και επιτρέπουν τη διέοδο μικροβίων, με κίνδυνο να προκαλέσουν φλεγμονή των μαστών, τη γνωστή μαστίτιδα.

Στη μαστίτιδα προδιαθέτουν κυρίως οι υπερφορτωμένοι και σκληροί μαστοί. Γι' αυτό, αν το γάλα σας είναι υπερβολικό, μη διστάσετε να το αδειάσετε με το φόβο ότι το μωρό σας στον επόμενο θηλασμό δεν θα βρει να φάει. Όσο βγαίνει το γάλα, τόσο δουλεύει και ο μηχανισμός για τη νέα παραγωγή του. Αφού λοιπόν κάνετε καλό μασάζ με μία μαλακτική κρέμα ή και με τη συνιθησμένη βαζελίνη, βάλτε το γάλα σ' ένα μπωλ πιέζοντας με τις θηλές των δακτύλων σας από τις δύο μεριές της θηλής ωσότου ελαφρώσετε. Αν δυσκολεύεστε πολύ, χρησιμοποιείτε θήλαστρο, αλλά με επιφύλαξη, γιατί αυτά, με την αρνητική πίεση που ασκούν πάνω στη θηλή, δημιουργούν ή επιδεινώνουν τις ήδη υπάρχουσες ραγάδες.

Αν παρ' όλα αυτά, δημιουργηθεί μαστίτιδα, δηλαδή επώδυνος μαστός, τοπικό κοκκίνισμα και φλεγμονή, ψηλός πυρετός μετά από ρίγος, επικοινωνήστε με το γιατρό σας, για να σας καθορίσει την αγωγή. Στις αρχές τουλάχιστο επιτρέπεται ο θηλασμός γιατί έτσι αδειάζουν οι μαστοί και ανακουφίζεστε. Αν θα εξακολουθήσετε να θηλάζετε, θα σας το πει ο γιατρός σας.

Όταν οι ραγάδες της θηλής είναι βαθιές και πολύ επώδυνες και δεν μπορείτε να θηλάσετε, βγάξετε το γάλα σας σ' ένα καθαρό βραμένο μπόλ και το δίνετε στο μωρό με το κουταλάκι.

Στο μεταξύ, γίνεται θεραπεία των θηλών με ειδική αλοιφή ή καυτηριάσεις και όταν θεραπευτούν, αρχίζετε και πάλι να θηλάζετε.

Καλό είναι οι θηλάζουσες μητέρες που έχουν περισσότερο γάλα απ' όση χρειάζεται το παιδί τους, για να αποφύγουν το κίνδυνο της φλεγμονής, να αδειάζουν το γάλα τους και να το προσφέρουν στα παιδικά νοσοκομεία, όπου υπάρχουν νεογέννητα έρρωστα ή πρόωρα, για τα οποία το μητρικό γάλα είναι πολύτιμο.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Και τώρα λίγα για την ποσότητα του γάλακτος που θα πει το βρέφος και για τη συχνότητα των θηλασμών. Κατ' αρχήν υπάρχει μία σειρά στις ώρες του θηλασμού.

Η βασική αυτή σειρά είναι αρχίζοντας από νωρίς το πρωί 6-10-14 (2μμ) - 18 (6μμ) - 22 (10μμ).

Μερικά βρέφη μπορούν να κρατήσουν περισσότερο από 4 ώρες και άλλα λιγότερο.

Πάντως, μην επιχειρήσετε αυστηρή τήρηση του ωραρίου αυτού, που θα αλλάξει ανάλογα με το βάρος του παιδιού και τις οδηγίες του παιδίατρου.

Μερικά βρέφη δεν χρειάζονται άλλο θηλασμό μετά τις 10 το βράδυ και ως τις 6 το πρωί, αλλά όμως ξυπνούν τη νύχτα πεινασμένα και δεν ξεγελιούνται με το λίγο χαμημίλι ή τίλιο που θα τους δώσετε, αλλά ζητούν να θηλάσουν. Όσο για τη διάρκεια του θηλασμού να μην υπερβαίνει τα 15 - 20 λεπτά το πολύ, γιατί μέσα στα πρώτα 5 λεπτά το μωρό έχει πάρει πια τη μεγαλύτερη ποσότητα από το γάλα που χρειάζεται.

Τους καλοκαιρινούς μήνες, λόγω της ζέστης αλλά και επειδή το μωρό ιδρώνει, χρειάζονται υγρά, χυμομήλι, τίλιο, νερό ανάμεσα στους θηλασμούς, αλλά και τη νύχτα, αν ξυπνήσει και κλαίει διψασμένο.

Για τη διακοπή του θηλασμού, δηλαδή για τη μετάβαση από το μητρικό γάλα στο γάλα του εμπορίου υπάρχουν διάφορες απόψεις. Άλλοι πιστεύουν ότι μπορεί να γίνει μετά το 2ο μήνα, άλλοι τον 3ο ή τον 4ο μήνα κ.τ.λ. Γεγονός είναι ότι δεν πρέπει να καθυστερήσει πέρα από τον 6ο μήνα. Μετά από αυτό το διάστημα, το παιδί χρειάζεται περισσότερες θρεπτικές ουσίες απ'όσες μπορεί να προσφέρει το μητρικό γάλα.

Συνήθως σ'αυτό το διάστημα εμφανίζεται και το πρώτο δόντι κ'έτσι τελειώνει πια η θηλαστική περίοδος. Εξάλλο υ, με την πάροδο του χρόνου ο οργανισμός ελαττώνει την παραγωγή του γάλακτος, που πρέπει ν'αντικατασταθεί με ξένο.

Την εποχή αυτή, το γάλα, έστω και αν είναι άφθονο πρέπει να παραμένει στο στήθος και να μην αφαιρείται γιατί η αφαίρεση προκαλεί ερέθισμα για νέα παραγωγή γάλακτος, την οποία δεν επιθυμεί κανείς. Αυτό θα γίνει μόνο αν το στήθος πετρώσει και παρουσιαστεί φλεγμονή, πράγμα μάλλον ασυνήθιστο αυτή την εποχή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....

" Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Λ Ο Γ Ι Ο "

- " Τόπος Γέννησης
- " Ηλικία
- " Εγκυμοσύνη
- " Αποβολές α. Καμία "---" β. Μία "---" γ. Δύο "---"
 δ. Τρεις "---" ε. Τέσσερις "---" ζ. Πολλές "---"
- " Εκπαίδευση: α. Δημοτικό
 β. Μερικές Τάξεις Δημοτικού
 γ. Γυμνάσιο
 δ. Μερικές τάξεις Γυμνασίου
 ε. Λύκειο
 ζ. Μερικές τάξεις Λυκείου
 η. Πτυχιούχος Ανωτέρας Σχολής
 θ. Πτυχιούχος Ανωτάτης Σχολής
- " Επάγγελμα
- " Σε ποιο μέρος μένате τα τελευταία δέκα "10" χρόνια της ζωής σας.
- " Οικογενειακή κατάσταση α. Άγαμη "---"
 β. Έγγαμη "---"
 γ. Διαζευγμένη "---"
 δ. Χήρα "---"
- " Υπάρχουν εξετάσεις που πρέπει να κάνει η γυναίκα πριν αποφασίσει να μείνει έγκυος;
 "α" ΝΑΙ "β" ΟΧΙ "γ" ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- 0" Πως μπορεί να επιβεβαιώσει μία γυναίκα ότι είναι έγκυος;
 "α" Με την καθυστέρηση της εμμήνου ρήσεως.
 "β" TEST εγκυμοσύνης
 "γ" Εμέτοι - Ζαλάδες
 "δ" Από προηγούμενη εμπειρία εγκυμοσύνης
 "ε" Τίποτα από τα παραπάνω
 "ζ" Όλα τα παραπάνω
- 1" Μπορεί μια γυναίκα να τρέφεται ελεύθερα όταν είναι έγκυος;
 "α" ΝΑΙ "β" ΟΧΙ "γ" ΔΕΝ ΞΕΡΩ
- 2" Μέχρι πόσα κιλά πρέπει να παίρνει μία γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη της
 "α" 2-4 "---" , "β" 4-6 "---" , "γ" 9-12 "---" , "δ" 13-15 "---" ,
 "ε" 15-20"---" .
- 3" Ποια από τα παρακάτω νομίζετε ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη;
 "α" Κάπνισμα "β" Αλκοόλ "γ" Ακτινοβολία δ. Φάρμακα
 "ε" Υπερηχογράφημα "ζ" Τίποτε από τα παραπάνω

"2"

13" "η" Όλα τα παραπάνω

14" Ποια από τα παρακάτω πρέπει να αποφεύγει μία έγκυμονούσα κατά την ενδυσή της;

"α" Χρήση καλτσοδέτας "β" χρήση χαλαρών ρούχων

"γ" Χρήση υψηλών τακουνιών "δ" Γελέως βιο τακούνι

15" Νομίζετε ότι οι σεξουαλικές σχέσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να γίνονται:

"α" Ελεύθερα "β" με προσοχή "γ" Καθόλου

16" ΠΟΙΟΙ'ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΜΗΝΕΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΗΝΗ ΤΗΣ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΞΕΙ ΤΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΦΕΣ;

"α" 1-2 "β" 2-3 "γ" 3-4 "δ" 4-5

"ε" 5-6 "ζ" 6-7 "στ" 7-8 "θ" 8-9

17" ΠΟΙΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΣΠΟΥΔΑΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ;

"α" 1-3 "β" 3-6 "γ" 6-9

18" Πότε μία έγκυος γυναίκα πρέπει να επισκεφθεί για πρώτη φορά το γιατρό της;

"α" Το πρώτο 15ήμερο "β" 1-2 μήνα "γ" 3-4 μήνα "δ" καθόλου

19" Πότε μία έγκυος γυναίκα πρέπει να ανησυχήσει και να τρέξει αμέσως στο γιατρό;

"α" Κατά την εμφάνιση αίματος από τα γεννητικά όργανα

"β" Ακατάσχετους εμμετούς και επίμονος κεφαλαλγία

"γ" Επίμονη και ισχυρή δυσκοιλιότητα

"δ" Συσπάσεις της μήτρας

"ε" Ρήξη πλακούντα "σπασμο των νερών"

"ζ" Λιποθυμικές τάσεις

20" Ποια από τις παρακάτω αρρώστιες μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μιας γυναίκας και να βλάψει το έμβρυο;

"α" Φυματίωση "β" Ψυχικό νόσημα "γ" Αφροδίσια νοσήματα

"δ" Ξυφθρά "ε" Ζαχαρώδης διαβήτης

" Γνωρίζετε τι ομάδα αίματος και RHESUS έχετε εσείς και ο συζυγός σας και ποια;

"α" ΝΑΙ "β" ΟΧΙ

" Γνωρίζετε τις συνέπειες εάν εσείς είστε διαφορετικό RHESUS από το συζυγό σας; Ποιες είναι αυτές;

" Έχετε κάνει εξετάσεις για στίγμα μεσογειακής αναιμίας εσείς και ο συζυγός σας;

"α" ΝΑΙ "β" ΟΧΙ

" Το υπερηχογράφημα είναι μέσο διάγνωσης ή θεραπείας;

"α" Διάγνωσης "β" Θεραπείας "γ" Δεν ξέρω

" Η ψυχική διάθεση της μητέρας επηρεάζει το έμβρυο;

"α" ΝΑΙ "β" ΟΧΙ

" Μπορείται να προλάβετε τυχόν σωματικές, πνευματικές ανωμαλίες του εμβρύου; Με ποιο τρόπο;

" Πότε και ποιες μέρες μπορεί μια γυναίκα να μείνει έγκυος, όταν έχει κύκλο 28 ημέρες;

"α" Από 6-10 "β" από 10-14 "γ" από 14-20

" Πιστεύετε ότι μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κάνοντας ειδικές ασκήσεις και αναπνοές " ανόδυνος τοκετός ", μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό της για έναν πιο εύκολο και σύντομο τοκετό;

"α" ΝΑΙ "β" ΟΧΙ "γ" ΔΕΝ ΞΕΡΩ

- "29" Εάν περάσει η πιθανή ημερομηνία τοκετού όπως έχει ορίσει ο γιατρός τι πρέπει να κάνει η εγκυμονούσα;
- "α" Να περιμένει μία εβδομάδα μέχρι της εμφάνσεως των φυσιολογικών ωδίνων για τον τοκετό
 "β" Να επισκεφθεί αμέσως το γιατρό για να διαπιστωθεί η παράταση
 "γ" Δεν ξέρω
- "30" Κάθε πόσα λεπτά πρέπει να έχει ωδίνες μία εγκυμονούσα όταν πρόκειται να γεννήσει;
- "α" 8-10' "β" 15-20' "γ" μέχρι 5'
- "31" Τι σημαίνει διαστολή τραχήλου;
- "α" Όταν προχωράει ο τοκετός
 "β" Όταν έχουμε τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας
 "γ" Δεν ξέρω
- "32" Τι σημαίνει εξώθηση;
- "α" Η στιγμή που βγαίνει το έμβρυο
 "β" Όταν σφίγγεται η γυναίκα
 "γ" Δεν ξέρω
- "33" Ξέρετε τι βγαίνει μετά την έξοδο του εμβρύου;
- "α" Ο πλακούντας
 "β" Τίποτα
 "γ" Δεν ξέρω
- "34" Το μητρικό γάλα είναι αντικατάστατο. Δεν αντικαθιστάται από το Εμπορικό γάλα ή το γάλα ζώων.
- "α" Συμφωνείτε "β" Διαφωνείτε
- "35" Σημειώστε τα πλεονεκτήματα του θηλασμού κατά τη γνώμη σας;
- "α" Το μητρικό γάλα είναι:
 1. Εύπεπτο
 2. Απηλαγμένο μικροβίων
 3. Βρίσκεται πάντοτε σε κατάλληλη θερμοκρασία
- "β" Το μητρικό γάλα σπανίως παρουσιάζει κωλικούς και προστατεύει το νεογνό από γαστρεντερικές λοιμώξεις

- 35" "γ" Με το θηλασμό δεν επαναφέρεται η μήτρα στη φυσιολογική της θέση γρήγορα
"δ" Με το θηλασμό μειώνονται οι πιθανότητες καρκίνου του μαστού
"ε" Με το θηλασμό δημιουργείται στενή σχέση και σύνδεσμος μεταξύ μητέρας και παιδιού
- 36" Ένας επαρκής λόγος για να μη θηλάσει μία γυναίκα είναι ότι χαλάει το στήθος.
"α" Συμφωνώ "β" Διαφωνώ "γ" Δεν ξέρω
- 37" Πότε η μητέρα διαπιστώνει ότι με το θηλασμό διατρέφεται κανονικά το νεογνό;
"α" Με την ποσότητα του προσλαμβανομένου γάλατος κατά γεύμα
"β" Με την ποσότητα του προσλαμβανομένου γάλατος κατά 24ωρο
"γ" Με την αύξηση του βάρους του νεογνού
"δ" Με την αύξηση του κλάματος του νεογνού
- 38" Πιστεύετε ότι η σημερινή γυναίκα κάτω από τις υπάρχουσες κοινωνικές και νομικές προϋποθέσεις εκπληρώνει το σκοπό της σαν μέλλουσα μητέρα και σαν μητέρα;
"α" ΝΑΙ "β" ΟΧΙ
- 39" Η πολιτεία παρέχει όλες τις απαραίτητες ανάγκες για έναν φυσιολογικό τοκετό;

Περιοχή δειγματοληψίας : Αθήνα
Χρόνος δειγματοληψίας : 1989
Μέγεθος δείγματος : 172

Σε πολλά από τα ερωτηματολόγια, υπήρχον αντιφατικές ή κενές απαντήσεις. Στις περιπτώσεις αυτές θεωρήθηκε σαν δεδομένη η αρνητική απάντηση. Σε ερωτήσεις κρίσεως έγινε κωδικοποίηση των απαντήσεων στηριγμένη σε καταφάσεις και αρνήσεις που εξηγούν το μεγαλύτερο μέρος της ερώτησης.
Γιὰ την επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε pascal turbo και IBM PS2 (Ε.Σ.Σ α = 0.5)

Τα αρχικά ποσοστά μελέτης του δείγματος, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και την ηλικία, έχουν ως εξής (Στρογγυλοποίηση χιλιοστών σε δεκαδικά) :

1. Ποσοστά οικογενειακής κατάστασης

Άγαμες.....	ποσοστό	33.35 %
Έγγαμες.....	- η -	58.25 %
Διαζευγμένες (ή χήρες).....	- η -	8.40 %

2. Ποσοστά εκπαίδευσης

Βασική εκπαίδευση.....	ποσοστό	16.60 %
Μέση εκπαίδευση.....	- η -	41.65 %
Εκπαίδευση Ανωτάτης ή Ανωτέρας Σχολής.....	- η -	41.75 %

3. Ποσοστά ηλικίας

Από 15 - 30 ετών.....	ποσοστό	58.15 %
Από 31 - 45 ετών.....	- η -	30.20 %
Μεγαλύτερη των 46 ετών.....	- η -	11.55 %

Με βάση το ερωτηματολόγιο, οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν και αφού κατανεμήθηκαν ποσοστιαία, παρουσιάζονται αναλυτικά

Ερώτηση 1.

Έγκυμοσύνη

Αρνητικά απάντησε το 58.33 % του δείγματος.
Θετικά απάντησε το 41.64 % του δείγματος.
Από το 41.64 % το ποσοστό του 35 % περίπου είχε μέχρι δύο φορές εγκυμοσύνη. Το ποσοστό δεν είναι σαφές, γιατί σε

αρκετά βιολογικά δεν είχε γραφεί αριθμός, και κατά προσέγγιση, θεωρήθηκε μονάδα.

Ερώτηση 2.

Αποβολές

Αρνητικά απάντησε το 66.4 % του δείγματος.
Θετικά και μέχρι δύο αποβολές απάντησε το 25.1 % . Από δύο μέχρι τέσσερις αποβολές απάντησε το 8.3 % του δείγματος.
Αξιολογημένο είναι το γεγονός ότι περισσότερες αποβολές σημειώθηκαν σε ηλικίες μέχρι των 30 ετών (Ποσοστό 40 %) και από γυναίκες με εκπαίδευση Μέσης και Ανώτατης βαθμίδας.

Ερώτηση 3.

Υπάρχουν εξετάσεις που πρέπει να κάνει η γυναίκα πριν να αποφασιστεί να μείνει έγκυος;

Ποσοστό 100 % απάντησε θετικά.

Ερώτηση 4.

Πως μπορεί να επιβεβαιώσει μία γυναίκα ότι είναι έγκυος;

- α/ Με την καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως.
 - β/ TEST εγκυμοσύνης
 - γ/ Εμετοί - Ζαλόδες
 - δ/ Από προηγούμενη εμπειρία εγκυμοσύνης
 - ε/ Τίποτα από τα παραπάνω
 - ζ/ Όλα τα παραπάνω
-

Ποσοστό 75 % απάντησε σωστά, σημειώνοντας το TEST εγκυμοσύνης. Από το υπόλοιπο, ένα ποσοστό 16.6 % απάντησε α/ δηλαδή με την καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως. Το ποσοστό αυτό στο μεγαλύτερο μέρος του ανήκει σε γυναίκες που είχαν προηγούμενη εμπειρία εγκυμοσύνης. Οι ηλικίες που απάντησαν σωστά, βρίσκονται κατά το μεγαλύτερο μέρος, στην πρώτη κλίμακα ηλικίας, δηλαδή μέχρι 30 ετών. Μία στις τρεις γυναίκες που σημείωσε απάντηση διαφορετική του β/ είχε εκπαίδευση Ανώτατης βαθμίδας.

Ερώτηση 5.

Μπορεί μία γυναίκα να τρέφεται ελεύθερα όταν είναι έγκυος;

- α/ Ναι
- β/ Όχι
- γ/ Δεν ξέρω

Ποσοστό 56 % απάντησε με α/ δηλαδή θετικά. Από το ποσοστό αυτό το μεγαλύτερο μέρος ανήκει σε γυναίκες που δεν έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης. Ποσοστό 2.5 % απάντησε γ/Δεν ξέρω και ανήκει αποκλειστικά σε δείγμα που δεν έχει εμπειρία εγκυμοσύνης.

Σωστά δηλαδή β/ Όχι απάντησε το 35.5 % του δείγματος. Από τις σωστές απαντήσεις το 66.5 % σημειώθηκε σε έγγαμες γυναίκες.

Ερώτηση 6.

Μέχρι πόσα κιλά πρέπει να παίρνει μία γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη της;

α/ 2 - 4 , β/ 4 - 6 , γ/ 9 - 12 , δ/ 13 - 15 , ε/ 15 - 20

Ποσοστό 17.02 % απάντησε β/ 4 - 6 κιλά.

Ποσοστό 65.60 % απάντησε γ/ 9 - 12 κιλά. Στις απαντήσεις αυτές το μεγαλύτερο μέρος (57.14 %) ανήκει σε γυναίκες με εμπειρία εγκυμοσύνης. Ποσοστό 17.38 % απάντησε δ/ 13 - 15 κιλά.

Ερώτηση 7.

Ποιά από τα παρακάτω νομίζεται ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη;

α/ Κάπνισμα β/ Αλκοόλ γ/ Ακτινοβολία δ/ Φάρμακα
ε/ Υπερηχογράφημα ζ/ Τίποτα από τα παραπάνω η/ Όλα τα παραπάνω

Ποσοστό 16.3 % σημείωσε η/ δηλαδή όλα τα παραπάνω. Ανήκει σε έγγαμες που δεν έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης. Έγγαμες είναι επίσης και ένα ποσοστό 1.16 % που απάντησε ε/ δηλαδή ότι το υπερηχογράφημα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη. Το υπόλοιπο μέρος του δείγματος, σημείωσε και τα τέσσερα πρώτα ζητήματα με το β/ δηλαδή το αλκοόλ να έχει μία διαφορά προτεραιότητας από τα υπόλοιπα, διαφορά ίση με 11.10 %. Σημαντικό είναι το ποσοστό (1.75 %) που σημείωσε το αλκοόλ ενώ δεν σημείωσε το κάπνισμα.

Ερώτηση 8.

Ποιά από τα παρακάτω πρέπει ν'αποφεύγει μία εγκυμονούσα κατά την ένδυσή της;

α/ Χρήση καλτσέτας β/ Χρήση χαλαρών ρούκων
γ/ Χρήση ψηλών τακουνιών δ/ Τελείως ίσιο τακούνι

Ποσοστό 95.90 % σημείωσε γ/ την χρήση ψηλών τακουνιών.

Το ίδιο ποσοστό σημείωσε α/ την χρήση καλτσέτας.

Το υπόλοιπο ποσοστό παράλληλα με το α/ ή το γ/ σημείωσε δ/ δηλαδή χρήση ίσιου τακουνιού.

Ερώτηση 9.

Νομίζετε ότι οι σεξουαλικές σχέσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να γίνονται :

α/ Ελεύθερα β/ Με προσοχή γ/ Καθόλου

Ποσοστό 88.5 % σημείωσε β/ δηλαδή με προσοχή.

Στο ποσοστό αυτό οι έγγαμες φτάνουν το 67 %.

Από τις άγαμες ποσοστό 10.3 % σημείωσε α/ δηλαδή ότι οι σεξουαλικές πράξεις μπορούν να γίνονται ελεύθερα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Από τις άγαμες που σημείωσαν α/ μόνο μία έκαμ την εμπειρία εγκυμοσύνης, μία είναι επίσης που σημείωσε γ/ δηλαδή ότι δεν θα πρέπει να υπάρχουν καθόλου σεξουαλικές σχέσεις (Ποσοστό 0.58 %).

Ερώτηση 10.

Ποιοί είναι οι μήνες που κατά την εγκυμοσύνη της πρέπει μία γυναίκα να προσέξει τις σεξουαλικές της επαφές;

α/ 1 - 2 β/ 2 - 3 γ/ 3 - 4 δ/ 4 - 5
ε/ 5 - 6 ζ/ 6 - 7 η/ 7 - 8 θ/ 8 - 9

Ποσοστό 23.52 % σημείωσε α/ δηλαδή τους δύο πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Το ποσοστό που σημείωσε β/ είναι σχεδόν το ίδιο με το προηγούμενο, ενώ ένα 11.76 % σημείωσε τον τρίτο και τέταρτο μήνα. Ποσοστό 5.89 % σημείωσε δ/ και το ίδιο περίπου ποσοστό σημείωσε ε/δηλαδή πέμπτο και έκτο μήνα. Μόλις 17.64 % σημείωσε η/ δηλαδή έβδομο και όγδοο μήνα (ενώ για τον έκτο και έβδομο μήνα σημειώθηκαν μόνο 2 ερωτήσεις, ποσοστό 1.16 %) και τέλος για τον όγδοο και ένατο το ποσοστό έφτασε 28.25.

Ερώτηση 11.

Ποιά τρίμηνο της εγκυμοσύνης είναι το σπουδαιότερο για τη διάπλαση του εμβρύου;

α/ 1 - 3 β/ 3 - 6 γ/ 6 - 9

Ποσοστό 72.75 % σημείωσε α/ δηλαδή ότι το πρώτο τρίμηνο είναι για το έμβρυο το σπουδαιότερο. Στο ποσοστό αυτό, το μεγαλύτερο μέρος ανήκει σε ηλικίες μέχρι 30 ετών και σε γυναίκες που έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης. Με α/ απάντησαν και όσες είχαν αποτυχημένες εγκυμοσύνες και αποβολές στο παρελθόν. Στο υπόλοιπο ποσοστό κυριαρχούν οι απαντήσεις για το δεύτερο τρίμηνο, ενώ στο επίπεδο του 9 % φτάνουν εκείνες οι απαντήσεις που αναφέρονται στο τελευταίο μέρος της εγκυμοσύνης.

Ερώτηση 12.

Πότε μια έγκυος γυναίκα πρέπει να επισκεφτεί για πρώτη φορά τον γιατρό της;

- α/ Το πρώτο δεκαπενθήμερο β/ 1 - 2 μήνα
γ/ 3 - 4 μήνα δ/ Καθόλου

Σε αυτή την ερώτηση, υπήρξε καθολική απάντηση στο β/ δηλαδή τον πρώτο με δεύτερο μήνα της εγκυμοσύνης θα πρέπει να γίνει η επίσκεψη στο γιατρό.

Ερώτηση 13.

Πότε μια έγκυος γυναίκα πρέπει να ανησυχήσει και να τρέξει σιμέως στο γιατρό;

- α/ Κατά την εμφάνιση αίματος στα γεννητικά όργανα
β/ Ακατάσχετους εμετούς και επίμονος κεφαλαλγία
γ/ Επίμονη και ισχυρή δυσκοιλιότητα
δ/ Συσπάσεις της μήτρας
ε/ Ρήξη πλακούντα " σπάζιμο των νερών "
ς/ Λιποθυμικές τάσεις

Ποσοστό 27.79 % απάντησε α/. Ποσοστό 11.10 % απάντησε με το β/. Για το γ/ το ποσοστό έφτασε το 13.40 % ενώ για το δ/ το ποσοστό ήταν 16.70 %.

Το ποσοστό που σημειώθηκε στο ε/επληρώθη στη ρήξη πλακούντα, έφτασε το 25.20 %. Τέλος 5.92 % σημείωσε τις λιποθυμικές τάσεις. Πρέπει να διευκρινιστεί, ότι τα ποσοστά δεν είναι απόλυτα με το μέγεθος του δείγματος, αλλά απόλυτα μεταξύ τους, και αυτό γιατί καμία σκεδόν γυναίκα δεν απάντησε με μία μόνο σημείωση. Το ίδιο συμβαίνει στις ερωτήσεις που έχουν περισσότερα από τρία υποερωτήματα.

Ερώτηση 14.

Ποιά από τις παρακάτω αρρώστιες μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μιάς γυναίκας και να βλάψει το έμβρυο;

- α/ Φυματίωση β/ Ψυχικό νοσήμα γ/ Αφροδίσια νοσήματα
δ/ Ερυθρά ε/ Ζακωρώδης διοβήτης

Ποσοστό 19.51 % απάντησε με α/.

Σχετικά με τα ψυχικά νοσήματα, το ποσοστό έφτασε μόνο στο 11.15 % ενώ για τα αφροδίσια το 14.81 %.

Φαίνεται ότι η ερυθρά είναι η αρρώστια που τρομοκρατεί ή τουλάχιστον κυριαρχεί στη σκέψη των γυναικών σχετικά με την περίοδο της εγκυμοσύνης τους. Το ποσοστό της φτάνει

στο 33.40 % και στο ποσοστό αυτό σχεδόν το μισό, καλύπτεται από την παρουσία γυναικών που δεν έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης. Τέλος δεύτερη πιο επικίνδυνη αρρώστια, αποδυναμώνεται ο ζαχαρώδης διαβήτης με ποσοστό 22.13 %

Ερώτηση 15.

Γνωρίζετε τι ομάδα αίματος και RHESUS έχετε εσείς και ο σύζυγός σας και παιδιά;

Στο 45.45 % φτάνει το ποσοστό των γυναικών που ξέρουν τι ομάδα αίματος και RHESUS έχουν, ενώ το υπόλοιπο ανήκει στην κατηγορία των γυναικών που δεν γνωρίζουν. Στην κατηγορία αυτή οι γυναίκες κατανομούνται κανονικά με βάση την εκπαίδευσή τους, ενώ λίγο πιο αυξημένο είναι το ποσοστό των έγγαμων σε σχέση με τις άγαμες και μάλιστα όσο πιο πολύ καταβαίνουμε στην κλίμακα της ηλικίας, τόσο πιο λίγες αρνητικές απαντήσεις υπάρχουν.

Ερώτηση 16.

Γνωρίζετε τις συνέπειες εάν εσείς είστε διαφορετικό RHESUS από το σύζυγό σας; Ποιές είναι αυτές οι συνέπειες;

Στο 81.20 % φτάνει το ποσοστό των γυναικών που δεν ξέρουν τις συνέπειες τις διαφορές RHESUS από τον σύζυγο.

Τα δύο τρίτα σχεδόν των γυναικών που δηλώνουν άγνοια, είναι σε σχετικά μικρές ηλικίες και οι περισσότερες από αυτές άγαμες (ποσοστό 54.8 %)

Το υπόλοιπο ποσοστό αναφέρεται καταφατικό, χωρίς όμως να δηλώνεται με σιγουριά στην γνώμη του. Μερικές γυναίκες θα μιλήσουν για τις πιθανότητες του να γεννηθεί το παιδί διανιητικά καθυστερημένο, αλλά οι περισσότερες αναφέρονται στην πιθανότητα " αιμόλυσης του δεύτερου παιδιού ".

Ερώτηση 17.

Έχετε κάνει εξετάσεις για στίγμα μεσογειακής αναιμίας εσείς και ο σύζυγός σας;

α/ Ναι β/ Όχι

Μόνο το 27.30 % του δείγματος έχει κάνει εξετάσεις για στίγμα μεσογειακής αναιμίας. Και σχεδόν όλο το ποσοστό ανήκει στην κατηγορία των έγγαμων. Το υπόλοιπο ποσοστό ανήκει κυρίως στις μικρές ηλικίες και την κατηγορία των άγαμων ή των γυναικών που δεν έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης. (Ποσοστό άγνοιας 72.70 % από το οποίο 75.04 % ανήκει στην κατηγορία ηλικίας μικρότερης των εικοσιπέντε ετών).

Ερώτηση 18.

Το υπερηχογράφημα είναι μέσο διάγνωσης ή θεραπείας;
α/ Διάγνωσης β/ Θεραπείας γ/ Δεν ξέρω

Σε αυτή την ερώτηση, θεωρείται σχεδόν απόλυτη η απάντηση
α/ δηλαδή ότι το υπερηχογράφημα είναι μέσο διάγνωσης, με
ποσοστό λίγο μικρότερο από 100 %.

Ερώτηση 19.

Η ψυχική διάθεση της μητέρας επηρεάζει το έμβρυο;
α/ Ναι β/ Όχι

Το ίδιο ισχύει και σε αυτή την ερώτηση. Σχεδόν 100 % του
δείγματος συμφωνεί στο ότι το έμβρυο επηρεάζεται από την
ψυχική διάθεση της μητέρας.

Ερώτηση 20.

Μπορείτε να προλάβετε τυχόν σωματικές, πνευματικές ανωμα-
λίες του εμβρύου; Με ποιο τρόπο;

Ποσοστό 26.30 % σημειώνει " Δεν ξέρω " ή δεν σημειώνει
τίποτα. Το μεγαλύτερο μέρος του ποσοστού αγνοίας, κατανέ-
μεται κυρίως ανάμεσα στις πολύ μεγάλες και τις πολύ μικρές
ηλικίες.

Το υπόλοιπο του δείγματος γράφει " Ναι " χωρίς να δίνει
μία σαφή απάντηση και είναι λίγες που περιπτώσεις που ανα-
φέρεται σε " Διάφορες εξετάσεις, υπερηχογράφημα, ή παρακέ-
ντηση αμνιακού υγρού ".

Ερώτηση 21.

Πότε και ποιές ημέρες μπορεί μία γυναίκα να μείνει έγκυος
σαν έχει κύκλο 28 ημερών;

α/ Από 6 - 10 β/ Από 10 - 14 γ/ Από 14 - 20

Ποσοστό 67.20 % αναφέρεται στο β/δηλαδή από την 10η - 14η
ημέρα.

Σχεδόν απόλυτα αναφέρεται στο β/ το σύνολο των έγγαμων.
Το όξιο προσοχής είναι ότι στο γ/ δηλαδή σε σύλληψη από
την 14η-20η ημέρα, αναφέρονται όχι μόνο οι μικρές ηλικίες

αλλά σχεδόν το 1/3 του ποσοστού ανήκει σε γυναίκες που έχουν κάνει αποβολή.

Ερώτηση 22.

Πιστεύετε ότι μία γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κάνοντας ειδικές ασκήσεις και αναπνοές "ανώδυνος τοκετός", μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό της για έναν πιο εύκολο και σύντομο τοκετό;

α/ Ναι β/ Όχι γ/ Δεν ξέρω

Καθολική συμφωνία στο α/ , δηλαδή στο ότι μπορεί ο τοκετός να γίνει πιο σύντομος και ανώδυνος με ειδικές ασκήσεις.

Ερώτηση 23.

Εάν περάσει η πιθανή ημερομηνία τοκετού όπως έχει ορίσει ο γιατρός, τι πρέπει να κάνει η εγκυμονούσα;

α/ Να περιμένει μία εβδομάδα μέχρι της εμφάνισης των φυσιολογικών ωδίνων για τον τοκετό

β/ Να επισκεφτεί σιμάως τον γιατρό για να διαπιστωθεί η παράταση

γ/ Δεν ξέρω

Οι απαντήσεις κατανέμονται ανάμεσα στο α/ και στο β/ με ποσοστά 36.70 % και 63.30 % αντίστοιχα. 75 % περίπου από το ποσοστό που σημείωσε α/ , ανήκει στις μικρές ηλικίες. Το υπόλοιπο είναι κυρίως ποσοστό που ανήκει σε έγγαμες που έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης.

Ερώτηση 24.

Κάθε πόσα λεπτά πρέπει να έχει ωδίνες μία εγκυμονούσα όταν πρόκειται να γεννήσει;

α/ 8 - 10 β/ 15 - 20 γ/ μέχρι 5

Ποσοστό 19.40 % σημείωσε α/.

Αποτελείται κυρίως από γυναίκες μικρής ηλικίας και έγγαμες που όμως δεν έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης.

Ποσοστό 8.60 % σημείωσε β/.

Το υπόλοιπο ποσοστό σημείωσε γ/.

Ερώτηση 25.

Τι σημαίνει διαστολή τραχήλου;

α/ Όταν προχωράει ο τοκετός

β/ Όταν έχουμε τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας

γ/ Δεν ξέρω

Ποσοστό 45.40 % σημείωσε α/ δηλαδή διαστολή τραχήλου σημαίνει όταν προχωράει ο τοκετός.

Ποσοστό 3.60 % σημείωσε ότι δεν ξέρει τι σημαίνει διαστολή τραχήλου. Αποκλειστικά αποτελείται από μικρές ηλικίες.

Το υπόλοιπο ποσοστό απάντησε β/δηλαδή όταν υπάρχει τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας, και το ποσοστό αυτό, κατανέμεται κανονικά με βάση άγαμες και έγγαμες γυναίκες, ανεξάρτητα από το κριτήριο εκπαίδευσης, απόλυτα θετικά σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης.

Ερώτηση 26.

Τι σημαίνει εξώθηση;

α/ Η στιγμή που βγαίνει το έμβρυο

β/ Όταν σπίγγεται η γυναίκα

γ/ Δεν ξέρω

Ίδιο περίπου ποσοστό για το α/ και το β/, ενώ 28.20 % σημειώνει άγνοια στο τι σημαίνει εξώθηση.

Και σε αυτή την ερώτηση η άγνοια είναι γνώρισμα των γυναικών που δεν έχουν παιδιά, ή που δεν έχουν ανάλογη πείρα. Χαρακτηριστικό το γεγονός, ότι καμία γυναίκα με εκπαίδευση δεύτερης βαθμίδας δεν δηλώνει άγνοια.

Ερώτηση 27.

Ξέρετε τι βγαίνει μετά την έξοδο του εμβρύου;

α/ Ο πλακούντας

β/ Τίποτα

γ/ Δεν ξέρω

Ποσοστό περίπου 8.00% δηλώνει άγνοια. (Υπάρχουν αναπάντητα ερωτηματολόγια σε αυτή την ερώτηση)

Το υπόλοιπο σημειώνει α/ γνωρίζοντας ότι ο πλακούντας βγαίνει μετά από την έξοδο του εμβρύου.

Η άγνοια κυρίως χαρακτηρίζει μεγάλες ηλικίες.

Σε ερωτηματολόγια που δεν σημειώθηκε ένδειξη, θεωρήθηκε δεκτή η γ/ απάντηση.

Ερώτηση 28.

Το μητρικό γάλα είναι ανα αντικατάστατο.

Δεν αντικαθιστάται από το εμπορικό γάλα ή το γάλα ζώων.

α/ Συμφωνείτε β/ Δισφωνείτε

Ακόμα μία καθολικά κοινή απάντηση που σφαλώς είναι η α/ , δηλαδή όλες οι γυναίκες συμφωνούν στο αναντικατάστατο του μητρικού γάλακτος.

Ερώτηση 29.

Σημειώστε τα πλεονεκτήματα του θηλασμού κατά την γνώμη σας

α/ Το μητρικό γάλα είναι:

1. Εύπεπτο
2. Απηλαγμένο μικροβίων
3. Βρίσκεται πάντοτε σε κατάλληλη θερμοκρασία

β/ Το μητρικό γάλα σπανίως παρουσιάζει κολικούς και προστατεύει το νεογνό από γαστρεντερικές λοιμώξεις

γ/ Με το θηλασμό δεν επαναφέρεται η μήτρα στη φυσιολογική της θέση γρήγορα

δ/ Με τον θηλασμό μειώνονται οι πιθανότητες καρκίνου του μαστού

ε/ Με το θηλασμό δημιουργείται στενή σχέση και σύνδεσμος ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί

Ποσοστό 34,48 % σημειώνει α/. Ποσοστό 13,90 % σημειώνει β/. Ποσοστό 6,90 % πιστεύει λανθασμένα ότι με τον θηλασμό η μήτρα δεν επαναφέρεται στη φυσιολογική της θέση. Το μεγαλύτερο μέρος αυτού του ποσοστού βρίσκεται σε μεγάλες ηλικίες.

Μόνο 20,68% λαμβάνει υπόψη του τη μείωση των πιθανοτήτων καρκίνου του μαστού με τον θηλασμό.

Και τέλος, μόνο το 41,50 % αναφέρεται στη σχέση που δημιουργεί ο θηλασμός ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Το περίεργο είναι ότι σε αυτό το ποσοστό, πρώτη θέση κρατούν οι μικρές ηλικίες, λίγο πιο μπροστά από τις έγγαμες γυναίκες.

Ερώτηση 30.

Ένας επαρκής λόγος για να μην θηλάσει μία μητέρα είναι ότι καλάει το στήθος.

α/ Συμφωνώ β/ Δισφωνώ γ/ Δεν ξέρω

Χωρισμένες σε αυτό το ζήτημα οι απαντήσεις. Εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις που σημειώνεται "Δεν ξέρω", το μέγεθος του δείγματος χωρίζεται στα δύο, στα δύο χωρίζονται και οι ηλικίες που αναφέρονται.

Όση μικρότερη η ηλικία, τόσο πιο πολλές α/ απαντήσεις, αλλά απαντήσεις που δεν πρέπει να είναι τεκμηριωμένες, κι αυτό γιατί σχεδόν οι μισές που συμφωνούν στο ότι ο θηλασμός καλάει το στήθος, δεν έχουν παιδιά (ποσοστό 39,04%). Αξιοπερίεργο είναι και το ότι τα 3/5 όσων διαφωνούν,

βρίσκονται σε τρίτη βαθμίδα εκπαίδευσης.

Ερώτηση 31.

Πότε η μητέρα διαπιστώνει ότι με το θηλασμό διατρέφεται κανονικά το νεογνό;

- α/ Με την ποσότητα του προσλαμβανόμενου γάλακτος κατά γεύμα
- β/ Με την ποσότητα του προσλαμβανόμενου γάλακτος κατά 24ωρο
- γ/ Με την αύξηση του βάρους του νεογνού
- δ/ Με την αύξηση του κλάματος του νεογνού

Το 55.40 % του δείγματος απαντάει σωστά, σημειώνοντας γ/. Περίεργη διαπίστωση κάνει ένα 3.45 % απαντώντας με το δ/, δηλαδή πιστεύοντας ότι η αύξηση του κλάματος του νεογνού είναι ένας τρόπος για να καταλάβει η μητέρα αν το μωρό τρέφεται κανονικά.

Και το υπόλοιπο ποσοστό χωρίζεται σε αυτές που πιστεύουν ότι το γάλα κατά γεύμα ή κατά 24ωρο είναι ο τρόπος διαπίστωσης ότι το μωρό τρέφεται κανονικά. Το παρατηρητικό στην περίπτωση αυτή είναι ότι από το ποσοστό αυτό, το 75% περίπου, είναι γυναίκες άγαμες. Και φυσικά στο υπόλοιπο 25 % παραμένει περίεργο το πως πιστεύει κάτι τέτοιο.

Ερώτηση 32.

Πιστεύετε ότι η σημερινή γυναίκα κάτω από τις υπάρχουσες κοινωνικές και νομικές προϋποθέσεις εκπληρώνει το σκοπό της σαν μέλλουσα μητέρα και σαν μητέρα;

- α/ Ναι
- β/ Όχι

Ποσοστό 72.80 % σημειώνει πως πιστεύει ότι η σημερινή γυναίκα εκπληρώνει το σκοπό της σαν μητέρα ή σαν μέλλουσα μητέρα. Από το υπόλοιπο ποσοστό που σαν συμφωνεί, το 67 % ανήκει σε άγαμες γυναίκες με μέση ή ανώτερη εκπαίδευση. Βέβαια είναι δύσκολο να απαντηθεί μονολεκτικά μία τέτοια ερώτηση, πάντως τα ποσοστά φανερώνουν μάλλον αίσιο εοξία παρά προβληματισμό.

Ερώτηση 33.

Η πολιτεία παρέχει όλες τις απαραίτητες ανάγκες για έναν φυσιολογικό τοκετό;

Ακριβώς τα ίδια ποσοστά με την προηγούμενη ερώτηση. Σε αυτή την ερώτηση όμως υπάρχει μεγάλο σφάλμα δείγματος-

ληφίας και αυτό γιατί στο ποσοστό που δεν πιστεύει ότι η πολιτεία παρέχει τις απαραίτητες ανάγκες για έναν φυσικό-ολογικό τοκετό, κατά το μεγαλύτερο μέρος, σημειώνουν με άρνηση, γυναίκες που δεν έχουν παιδιά (ποσοστό 57.15 %) και ακόμα κι αν δεχτούμε ότι έχουν ενημέρωση για τον τρόπο που η πολιτεία ενεργεί σε αυτή την περίπτωση, εντούτοις δεν μπορούμε να το δεχτούμε για τόσο μεγάλο ποσοστό.

Τέλος επεξεργασίας
16 Ιανουαρίου 1990

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ) ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η καθημερινή πρακτική άσκηση της δουλειάς μας, καθώς και η καθημερινή επαφή μας με τις γυναίκες, μας έμαθε να βλέπουμε, να ακούμε και να μαθαίνουμε, τα προβλήματα των γυναικών και να προβληματιζόμαστε.

Από τη σκοπιά της νοσηλεύτριας - νοσηλεύτη, κάθε φορά βλέπουμε και πιο πολύ ότι εκείνο, που προβληματίζει την έγκυο γυναίκα είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις της με το γιατρό - τη μαιά - νοσηλεύτη και το προσωπικό.

Συνήθως μπροστά στο γιατρό οι γυναίκες νιώθουν ντροπή - δειλία - αμηχανία, μερικές μπερδεύουν και τα συμπτώματα ακόμη που τις ενοχλούν.

Στα ιατρεία συνοσιτιμός, φασαρία, ουρά στην αίθουσα αναμονής. Οι γιατροί πελυάσχολοι συνήθως, δεν έχουν διαθέσιμο χρόνο, οι γυναίκες καθησυχάζονται δεν ενημερώνονται. Μένουν απληροφόρητες παραπονεμένες, απογοητευμένες.

Οι περισσότερες ανεξάρτητα από ηλικία, μόρφωση κοινωνική τάξη, δεν έχουν καμμία ενημέρωση πάνω σε θέματα που τις απασχολούν, τις προβληματίζουν. Η πληροφόρηση γύρω από τη φυσιολογία της γυναίκας, σχεδόν ανύπαρκτη, θέμα δευτερεύουσας σημασίας. Όμως είναι απαραίτητο, ΝΑΙ απαραίτητο, κάθε γυναίκα να είναι ενήμερη για τη φυσιολογική της λειτουργία για να μπορεί να κρίνει τις υποδείξεις, τις εξηγήσεις, τις παρατηρήσεις. Γι' αυτό κύριο έργο μας είναι η ενημέρωση, έτσι ώστε κάθε γυναίκα υπεύθυνα και συνειδητά να ακολουθεί αυτό που θα την ωφελήσει. Έτσι ώστε η συνειδητή γνώση, να της χαρίζει, αυτοπεποίθηση και σιγουριά και να της ολοκληρώνει την προσωπικότητά της.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ικανή για να παρέχει επίβλεψη φροντίδα και συμβουλές στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού, της λοχείας και με υπευθυνότητα να φροντίζει το νεογέννητο και το βρέφος.

Αυτή η φροντίδα συμπεριλαμβάνει προληπτικά μέτρα, διάγνωση των ανωμαλιών στη γυναίκα και το παιδί κλήση ιατρικής βοήθειας και εκτέλεση μέτρων ανάγκης σε απουσία ιατρικής βοήθειας.

Η νοσηλεύτρια σαν βασικό στέλεχος της ομάδας επαγγελματιών υγείας, έχει ιδιαίτερα σπουδαίο ρόλο στην υγειονομική διαφώτιση όχι μόνο μέσα στην οικογένεια, αλλά και στην κοινωνία που εργάζεται.

Σήμερα ο τοκετός κατευθύνεται με φαρμακευτική αγωγή ανάλογα με το πως βλεπεί. Η χρήση του αναρροφητήρα, η γενική νάρκωση, και επισεισοτομή είναι σχεδόν ρουτίνα για τον φυσιολογικό τοκετό, με όποιες συνέπειες μπορεί να έχει αυτό για την υγεία του παιδιού και της μητέρας.

Ο μητρικός θηλασμός στην πατρίδα μας βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο από όλητην Ευρώπη.

Σκοπός της νοσηλεύτριας - νοσηλεύτη είναι να βοηθήσει την κάθε Ελληνίδα να κατανοήσει, πόσο σπουδαίο είναι το μητρικό γάλα για το νεογνό καθώς επίσης και πόσο βοηθάει ο θηλασμός την ίδια τη μητέρα.

Η σωστή διάφωτιση και διδασκαλία είναι έργο της νοσηλεύτριας -νοσηλεύτη που υποδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο πρέπει μία νέα μητέρα θηλάζουσα να περιποιείται καθημερινά την περιοχή των μαστών για την πρόληψη τυχόν μολύνσεων, καθώς επίσης και τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να θηλάζει και να περιποιείται το νεογνό της.

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε στην εργασία μας ότι εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό, σπουδαίο ρόλο στην περίοδο της εγκυμοσύνης μίας γυναίκας, παίζει και η συμμετοχή της μαίας στην υγειονομική ομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΔΡΑΓΩΝΑ ΘΑΛΕΙΑ " Η Γυναίκα μπροστά σε μία καινούργια ζωή " Επίτομος, έκδοση 7η, εκδόσεις Δοδώνη, Αθήνα 1987.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Ι. "Βασική Μαιευτική - Περιγεννητική Ιατρική, Γυναικολογία " Τόμοι Α' και Β', έκδοση 2οη, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1984.
- ΚΑΣΠΑΡΕΛΗ Β. "Μαιευτική και Γυναικολογία " Επίτομος έκδοση 2η, Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1987.
- ΚΟΥΤΗΦΑΡΗ ΧΡ. "Ατλας Μαιευτικής " Επίτομος, έκδοση 16η, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1980.
- ΜΑΝΤΕΛΕΝΑΚΗΣ Σ. "Σύναψη μαιευτικής και γυναικολογίας " επίτομος, έκδοση 6η, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1982.
- ΠΕΡΝΟΥ ΛΩΡΑΝΣ " Περιμένω παιδί " επίτομος, έκδοση 2η, εκδόσεις Παλμός, Αθήνα 1980.
- ΡΙΤΣΚΕ ΓΚΙΖΕΛΑ "Γιὰ τη μητέρα και το μωρό της " επίτομος έκδοση 4η, εκδόσεις Δοδώνη, Αθήνα 1978.
- ΣΥΝΑΚΗ ΑΛΕΚΑ " Ο τοκετός είναι αγάπη " επίτομος έκδοση 5η, εκδόσεις Μακέδος, Αθήνα 1984.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- ΚΑΡΑΜΙΝΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ "Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη " "Παιδί και νέοι γονείς " τεύχος 56, σελ. 32, Μηνιαίο Ιούλιος 1989.

