

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΖΟΣ ΒΑΣΙΛΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ

ΕΠΟΥΛΑΣΤΡΙΑ:
ΓΚΙΟΚΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2886'
----------------------	-------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο πρώτο μέρος αυτής της εργασίας, διατυπώνονται βασικές επιστημονικές γνώσεις με τρόπο όσο γίνεται πιο σχηματικό και πιο διδακτικό, πάνω στο συγκεκριμένο θέμα: γυναικεία στείρωση.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στη νοσηλευτική διεργασία συγκεκριμένων ατόμων, που παρουσίασαν το πρόβλημα της στειρότητας. Η δε νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με τη συγκεκριμένη αρρώστεια επεκτείνεται πέρα από τα συμπτώματα της παθήσεως, αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο άνθρωπο ως βιοψυχο-πνευματικο-κοινωνική οντότητα.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να εισάγει με απλό και γρήγορο τρόπο το μελετητή της στη φιλοσοφία και παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας, βάση των γνώσεων που απαιτούνται για την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Τυχόν δυσνόητα σημεία, γραφικές ατέλειες και επιστημονικές ελλείψεις ας μην αποτελέσουν αφορμή για γενικεύσεις. Μια εργασία αρχίζει πάντοτε να γράφεται με συγκρατημένη αισιοδοξία για το τελικό της αποτέλεσμα. Η καλοπροαίρετη κριτική είναι αυτή που ολοκληρώνει, χωρίς υπερβολή τη συγγραφή της.

Μ Ε Ρ Ο Σ Α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Δικρίνονται στα έσω και έξω γεννητικά όργανα. Τα έσω γεννητικά όργανα είναι τα εξής: οι ωοθήκες, οι ωαγωγοί, η μήτρα και ο κόλπος. Τα όργανα αυτά βρίσκονται εντός της ελάσσονος πυέλου.

1) Ωοθήκες:

Έχουμε τη δεξιά ωοθήκη και την αριστερή ωοθήκη. Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι αδένες εξωκρινής και ενδοκρινής. Ως αδένες εξωκρινής παράγουν τα ωάρια και ως αδένες ενδοκρινής παράγουν διάφορες ορμόνες. Π.χ. οιστρογόνα, προγεστερόνη.

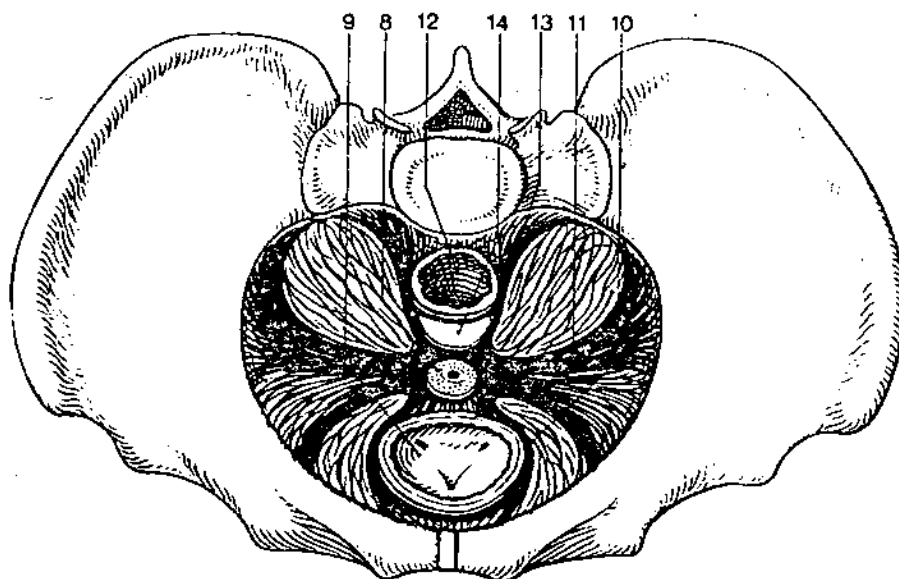
2) Σάλπιγγες:

Είναι δύο σωλήνες μυώδες οι οποίοι έχουν μήκος 10-12 CM. Είναι εγκλεισμένοι εντός του άνω χείλους του πλατεός συνδέσμου. Κάθε σάλπιγγα με το ένα άκρο της εκβάλλει στην μήτρα. Και το άλλο άκρο εφάπτεται στην ωοθήκη. Αυτό το άκρο ονομάζεται κώδων.

Ο κώδων αποτελείται από 12-15 λωρίδες του κρόσσου οι οποίοι περιβάλλουν την ωοθήκη. Ο μεγαλύτερος κρόσος ονομάζεται ωοθητικός κρόσος και φέρει αύλακα συνεχόμενη μετά του αυλού του ωαγωγού. Τμήματα ωαγωγού παρουσιάζουν αντιπερισταλτικές κινήσεις. Οι κινήσεις αυτές βοηθούν στη συνάντηση ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

3) Μήτρα:

Είναι κοίλο μυώδες όργανο, το οποίο χρησιμεύει για την ανάπτυξη



Γ Στήριξη της μήτρας με τις παχύνσεις του συνδετικού ιστού στην ελάσσονα πύελο

ξη του γονιμοποιημένου ωαρίου σ'έμβρυο ως και για την απότευξη του κυήματος.

Σε διατομή αποτελείται από τρεις (3) στιβάδες από μέσα προς τα έξω α) βλεννογόνος και ενδομήτριο, β) μιομήτριο αποτελούμενο από λείες ίνες που συσπόμενες κατά τον τοκετό προκαλούν τη διαστολή του τραχήλου, γ) τον ορογόνο που αποτελεί ανάκλιση του περιτόναιου στη μήτρα.

Τράχηλος μήτρας. Φράζεται με βλέννη (τραχηλική βλέννη) η οποία χωρίζει τη μήτρα από τον έξω κόσμο κατά την εγκυμοσύνη.

4) Κόλπος:

Εκτείνεται από τον τράχηλο μέχρι το αιδοίο. Η υψή του παρουσιάζει ενδιαφέρον για την ενδοκρινολογική γυναικολογία από πλευράς του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου και για τη μαιευτική από πλευράς ινοελαστικού χιτώνα, ο οποίος επιτρέπει τη διαστολή του κόλπου κατά την έξοδο του εμβρύου.

Ο κόλπος προς τα εμπρός έρχεται σ'επαφή με την ουροδόχο κύστη, προς τα πίσω έρχεται σε επαφή με το ορθό. Προς τα πλάγια υπάρχουν 2 κοιλικοί σύνδεσμοι που συγκρατούν τον κόλπο προς το πυελικό τοίχωμα.

Τα έξω γεννητικά όργανα είναι τα εξής: Το αιδοίο το οποίο απαρτίζεται κυρίως από τον όρο της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα και τον πρόδομο του κολεού.

α) Το αιδοίο

Βρίσκεται μεταξύ των ριζών των μηρών. Σε όρθια στάση σχεδόν είναι αθέατο. Το αιδοίο κατά το μέσο αυτού διασχίζεται από την αιδοιϊκή σχισμή. Αυτή οδηγεί στον πρόδομο του κόλπου στον πυθμένα του οποίου εκβάλουν τα στόμια της ουρήθρας και του

κόλπου. Προς τα άνω διακρίνεται το εφηβαίο. Κάτω της αιδοιϊκής σχισμής υπάρχουν τα μεγάλα χείλη.

β) Μεγάλα χείλη

Είναι πτυχές του δέρματος.

γ) Μικρά χείλη

Είναι και αυτά επίσης πτυχές του δέρματος με άφθονους σμηγματογόνους αδένες.

δ) Κλειτορίδα

Βρίσκεται στην άνω γωνία των μικρών χειλιών. Αντίστοιχη προς τα σπραγγώδη σώματα του πέους. Εμφανίζει σιέλη, σώμα και βάλανο.

ε) Πρόδομος του κολεού

Εδώ βρίσκονται οι βαρθολίνειοι αδένες. Το έκκριμα αυτών χρησιμεύει για να καθιστά ολισθηρό το πρόδομο του κολεού κατά τη συνουσία. Όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Διάρκει από την εμμηνορρυσία μέχρι την επόμενη. Η διάρκεια του στη γυναίκα ανέρχεται γύρω στις 28 ημέρες. Διαιρείται σε δύο ίσης διάρκειας φάσεις, την παραγωγική και την εκκριτική. Οι δύο αυτές φάσεις χωρίζονται από την ωοθυλακιορρηξία η οποία λαμβάνει χώρα κατά την 14η ημέρα από την έναρξη της εμμηνορρυσίας ή κατά το μέσο του γεννητικού κύκλου.

Η παραγωγική φάση

Αρχίζει από την ημέρα της εμμηνορρυσίας και διαρκεί μέχρι την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Κατά τη φάση αυτή επέρχεται ωρίμανση του ωοθυλακίου και προοδευτική έκκριση οιστρογόνων ορμονών.

Η εκκριτική φάση

Αρχίζει από την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας και διαρκεί μέχρι την ημέρα της εμμηνορυσίας. Χαρακτηρίζεται από έκκριση προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Επίσης εξακολουθεί η έκκριση των οιστρογόνων. Η διάρκεια των 28 ημερών του γεννητικού κύκλου δεν είναι απόλυτη. Αυτή είναι δυνατόν να μειωθεί σε εντελώς φυσιολογικά άτομα σε 20 ημέρες ή να αυξηθεί μέχρι 45 ημέρες.

ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑ

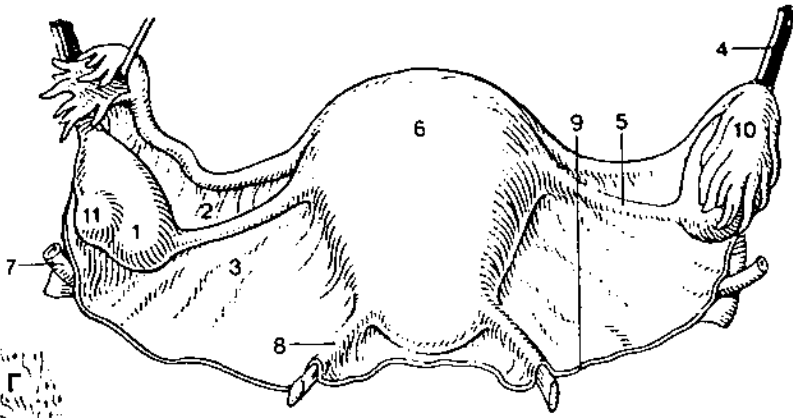
Κατά την 14η ημέρα του γεννητικού κύκλου η επιφάνεια της ωοθήκης κατά την περιοχή του στίγματος γίνεται πολύ λεπτή. Συγχρότως επέρχεται αγγειοσύσπαση ενός αγγειώδους δακτυλίου, ο οποίος υπάρχει πέρα του στίγματος.

Με αυτόν τον τρόπο προκαλείται νέκρωση του τοιχώματος της επιφάνειας στην ωοθήκη στην περιοχή του στίγματος και ρήξη του ωοθηλακίου. Αυτό λέγεται ωοθυλακιορρηξία.

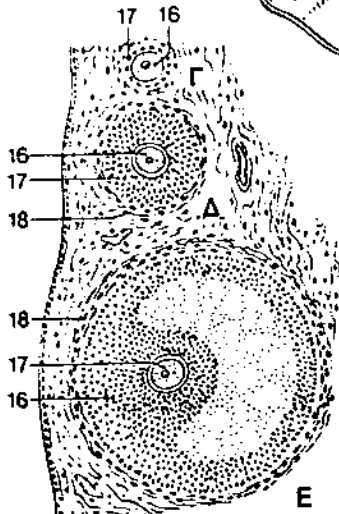
Το ωάριο διακρίνεται με γυμνό μάτι. Έχει διάμετρο 0,2mm. Εξέρχεται από την ωοθήκη και γονιμοποιείται στον αγωγό (σάλπιγγα) από το σπερματοζωάριο.

Στη γυναίκα λαμβάνει χώρα συνήθως μία μόνο ωοθυλακιορρηξία σε κάθε γεννητικό κύκλο. Μόνο κατά την περίοδο αυτή είναι δυνατή η σύλληψη.

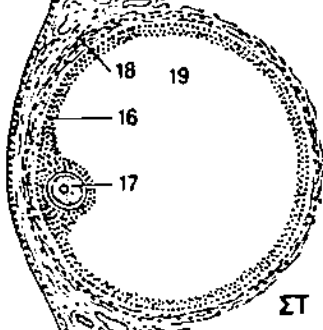
Θεωρείται ότι η ωοθυλακιορρηξία κανονικά καμιά φορά δεν γίνεται πριν την 12η και αργότερα της 18ης ημέρας από την έναρξη της εμμηνορυσίας. Λαμβάνοντας όμως υπόψη ότι τα σπερματοζωάρια είναι δυνατόν να ζήσουν μερικές ώρες ως και 3 μέρες και τα ωάρια από λίγες μέχρι 24 ώρες, λέμε ότι στη γυναίκα η περίοδος



A Οπίσθια άποψη της μήτρας, των
ωαγωγών και των ωθηκών



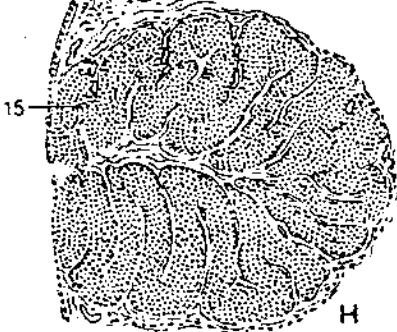
E



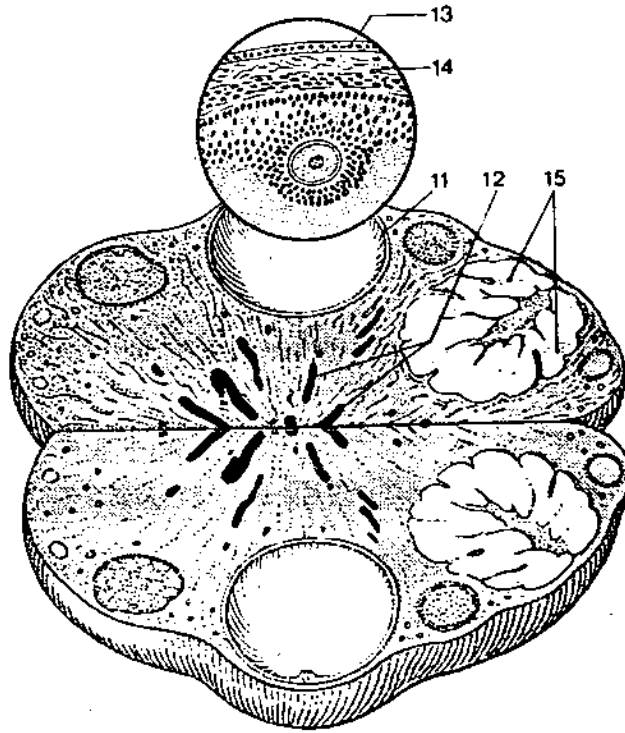
ΣΤ



Z



H



B Διανογμένη ωθήκη

Γ
Ωρίμανση του ωθυλακίου, ωθυλα-
κιόρρηξια και ωχρο σωματίο

σύλληψης επεκτείνεται από την 9η ως την 19η ημέρα από την έναρξη της εμμηνορυσίας, με μεγαλύτερες πιθανότητες κατά το μέσο του γεννητικού κύκλου που είναι η 14η ημέρα.

Πολλές γυναίκες είναι δυνατόν να συλλάβουν σε διαφορετικές περιόδους, αυτό όμως οφείλεται σε ανώμαλη και πολλαπλές ωοθυλακιορρηξίες.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

Για να μπορέσει να γίνει γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις. Οι πιο κύριες προϋποθέσεις για την επίτευξη γονιμοποίησης είναι οι εξής:

- 1) Η φυσιολογική ωοθυλακιορρηξία.
- 2) Το φυσιολογικό σπέρμα και η κανονική εναπόθεση του στο οπίσθιο κολπικό θόλο.
- 3) Η φυσιολογική οδός που θα ακολουθήσει τόσο το σπερματοζώαριο όσο και το ωάριο για να φθάσουν στο τμήμα της σάλπιγγας, όπου γίνεται η γονιμοποίηση.
- 4) Η γονιμοποίηση, η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου και η εφύτευσή του στη μήτρα.

(1) Απαιτεί τη λειτουργική και ανατομική ακεραιότητα του υποθαλάμου-υποφύσεως-ωοθηκικού άξονα. Αυτή συνεπάγεται από την ομαλή λειτουργία καθενός από τα τμήματα του άξονα χωριστά και τη φυσιολογική τους συνεργασία, τόσο σαν σύνολο με τους μηχανισμούς της παλίνδρομης αλληλορυθμίσεως όσο και μεταξύ των άλλων παραγόντων ως επί το πλείστον ενδοκρινούς φύσεως, που αν και είναι έξω από τον άξονα τον επηρεάζουν λειτουργικά. Αποτέλεσμα αυτής της συνεργασίας είναι η ανάπτυξη και ωρίμανση

φυσιολογικού ωοθυλακίου, η ρήξη του, η απελευθέρωση του ωαρίου και η δημιουργία φυσιολογικού ωχρού σώματιου.

(2) Χρειάζεται η ύπαρξη φυσιολογικού σπέρματος και η εναπόθεσή του στο οπίσθιο κολπικό θόλο αρκετού αριθμού σπερματοζωαρίων με φυσιολογική μορφολογία και λειτουργικές ιδιότητες μέσα σε φυσιολογικής συστάσεως σπερματικό πλάσμα. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η λειτουργική και ανατομική ακεραιότητα του υποθαλάμου και της υπόφυσης του άνδρα, ακεραιότητα κι λειτουργικότητα της ενδοκρινούς μοίρας του όρχεος (των κυττάρων του LEYDIG) και των κυττάρων των σπερματικών σωληναρίων (των κυττάρων του SERTOLI και κυττάρων σπερματογενέσεως μεταξύ των διαμερισμάτων αυτών. Τα παραγόμενα σπερματοζωάρια μεταφέρονται στην επιδιδυμίδα, όπου αποκτούν την ικανότητα της κινήσεως και γονιμοποιήσεως και τέλος αποθηκεύονται κυρίως στην ουρά της επιδιδυμίδας, στους σπερματικούς πόρους και στις σπερματοδόχους ληκύθους.

Στην κατάλληλη στιγμή τα αποθηκευμένα σπερματοζωάρια εξέρχονται του γεννητικού συστήματος του άνδρα με την εκσπερμάτωση και αναμιγνύονται με τις εκκρίσεις των παραγεννητικών αδένων, κυρίως του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων. Με τη συνουσία γίνεται η εναπόθεση του σπέρματος στον οπίσθιο θόλο της γυναίκας. Εκεί τα σπερματοζωάρια κάτω από την επίδραση του σπερματικού πλάσματος ενεργοποιούνται λειτουργικά, αποκτούν ίδια κίνηση και σε λίγη ώρα αποδεσμεύονται από το σπερματικό πλάσμα και εισέρχονται στον τράχηλο της μήτρας με τη βοήθεια της τραχηλικής βλέννας.

(3) Τα σπερματοζωάρια εισέρχονται στον τράχηλο δια της τρα-

χηλικής βλέννας. Η βλέννα όμως του τραχήλου επιτρέπει τη διάβαση των σπερματοζωαρίων εντός αυτής μόνο στο μεσοκύκλιο και συγκεκριμένα πριν ή κατά της ωοθυλακιορρηξίας. Κατά τη φύση αυτή του κύκλου υπό την επίδραση των οιστρογόνων, οι αδένες του τραχήλου εκκρίνουν βλέννα λεπτόρευστη, διαυγή, με γραννική διάταξη των μακρομοριακών γλυκοπρωτεϊνών της, ώστε να αφήνουν ικανή διάβαση μεταξύ τους που να επιτρέπει τη διείσδυση και διακίνηση των σπερματοζωαρίων τόσο προς τις ενδοτραχιλικές κρύπτες όσο και προς το ανώτερο γεννητικό σύστημα. Τα σπερματοζώαρια αποθηκεύονται αρχικά κυρίως μέσα στις γεμάτες από βλέννα κρύπτες απ'όπου βέβαιοι μετά απελευθερώνονται, ώστε να υπάρχει στη σάλπιγγα συνέχεια και επί αρκετό χρόνο σημαντικός αριθμός σπερματοζωαρίων.

Στη μετακίνηση αυτή κύριο λόγο παίζει η ίδια η κινητικότητα τους και δευτερεύοντα οι συστάσεις του ενδομητρίου, του μυομητρίου και της σάλπιγγας.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής τους μέσα στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας τα σπερματοζώαρια παθαίνουν μορφολογικές και βιοχημικές μεταβολές, με τις οποίες γίνονται ικανά για γονιμοποίηση.

Το ωάριο εξάλλου, μετά την ωοθυλακιορρηξία, εξέρχεται περιβαλλόμενο από στιβάδα κυττάρων του ωοθυλακίου με τα οποία στηρίζεται στην επιφάνεια της ωοθήκης. Μετά περιλαμβάνεται από τους κρόσσους του κωδωνικού στομίου και με την κίνηση των βλεφαριδωτών κυττάρων του επιθηλίου των κρόσσων και των εκκρίσεων της σάλπιγγας μεταφέρεται μέχρι του σημείου όπου γίνεται η γονιμοποίηση από το σπερματοζώαριο και μετά προωθείται στη

μήτρα με τη δραστηριότητα των βλεφαριδωτών κυττάρων του επιθηλίου (CILTA) και των περισταλτικών κινήσεων της σάλπιγγας.

(4) Γονιμοποίηση και εμφύτευση αποτελούν το τελευταίο στάδιο που ολοκληρώνεται με την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στον προετοιμασμένο ενδομητρικό δηλαδή με την εμφύτευση του ωαρίου στο βασικό φθαρτό.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1. ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές τόσο στις ωοθήκες όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο, με σημείο αφετηρίας, E.P.

Στις εναλλαγές αυτές πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα υποθάλαμος-υπόφυση. Από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως εκκρίνονται ορμόνες που έχουν σαν σκοπό:

- α) F.S.H. την ωρίμανση του ωοθυλακίου.
- β) L.H. την πρόκληση ωορρηξίας μαζί με την F.S.H. και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου μόνο η L.H.
- γ) Προλακτίνη που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και με την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η ωοθήκη δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών με την F.S.H. ωριμάζει το ωοθυλάκιο, η κακώδης στιβάδα του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα που προκαλούν:

- 1) Υπερπλασία της μήτρας
- 2) Υπερτροφία του ενδομητρίου
- 3) Υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου

4) Έκκριση τραχηλικής βλέννας

5) Δευτερογενής χαρακτήρες του φύλλου.

Με την L.H. προκαλείται η ωορρηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου σε ωχρό σωματίο που εκκρίνει την προγεστερόνη με την οποία τροποποιείται:

α) Η υφή του ενδομητρίου.

β) Μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου.

γ) Τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννας.

Η ζωή του ωχρού σωματίου είναι φυσιολογικά 14 ημέρες, στην κύηση μετά πέπτει σε ωχρό σωματίο της κύησης. Το ωάριο κατά τη στιγμή της ωορρηξίας εξέρχεται από το ωοθυλάκιο από ειδικό σημείο αυτού που λέγεται στίγμα. Ελεύθερο στην επιφάνεια της ωοθήκης ή γονιμοποιείται από σπερματοζωάρια (αν έχει προηγηθεί συνουσία) ή εκφυλίζεται.

Πριν την ωορρηξία τα χρωματοσώματά του, υφίστανται μείωση ή μειωτική διαίρεση το μισό των οποίων σχηματίζει το πολικό σωματίο.

Η μειωτική διαίρεση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη γονιμοποίηση, γιατί και το σπερματοζωάριο περιέχει το ήμισυ του φυσιολογικού αριθμού των χρωμοσωμάτων.

Η ωοθήκη αποτελείται από την μυελώδη ουσία και το φλοιό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο φλοιός που περιέχει τα άωρα ωοθυλάκια, τα οποία με τη σειρά τους ωριμάζουν πριν από την ωορρηξία, 24 ώρες πριν από αυτή μοιάζουν με κύστη μεγέθους κερασιού στην επιφάνεια της ωοθήκης.

Σε διατομή παρουσιάζουν την κοιλότητα του θυλακίου που περι-

βάλλεται από την έξω και την έσω θήκη, τη μεμβράνη του SLAW-JANSKI, την κοκκώδη στιβάδα που σ'ένα μέρος παχύνει και σχηματίζει τον ακτινωτό στέφανο και τη διάφανη ζώνη.

Κατά την ωορρηξία εξέρχεται από την κοιλότητα του θυλακίου το ώριμο ωάριο με τον ακτινωτό στέφανο και τη διάφανη ζώνη ενώ διαχέεται το θυλακινικό υγρό. Σε 24 ώρες η κοκκώδης στιβάδα διαπερνάται από αγγεία και τα κοκκώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται και υπερτρέφονται.

Τότε έχει δημιουργηθεί το ωχρο σωματίο και αρχίζει η έκκριση της προγεστερόνης.

2. ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΘΜΟΣ

Οι HITSMAHN και ADLER και ιδίως ο SCHRODER, συσχέτισαν τις μεταβολές της ωοθήκης με εκείνες του ενδομητρίου. Κατά την Ε.Ρ. αποπίπτει η λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου ενώ παραμένει η βασική με τους πυθμένες των αδένων από όπου και θα αναπλασθεί το νέο σώμα της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου. Η στιγμή της Ε.Ρ. του ενδομητρίου συμπίπτει με την εκφύλιση του ωχρού σωματίου της ωοθήκης. Με την επίδραση της F.S.H. της υπόφυσης νέο ωοθυλάκιο ωριμάζει και από την έσω θήκη αρχίζει η έκκριση των οιστρογόνων ανεβαίνει η στάθμη των οιστρογόνων στο αίμα και αρχίζει η ανάπτυξη της λειτουργικής στιβάδας στο ενδομήτριο.

Παραγωγική φάση. Όταν το επίπεδο των οιστρογόνων στο αίμα αυξάνει, η F.S.H. της υπόφυσης μειώνεται. Κατά την ωορρηξία παρατηρείται έκκριση της L.H. με την οποία το ωχρο σωματίο παράγει προγεστερόνη ενώ μειώνεται η έκκριση των οιστρογόνων χωρίς να αναστέλλεται τελείως.

Από την ωορρηξία και μετά στο αίμα κυκλοφορούν τόσα οιστρογόνα όσο και προγεστερόνη. Η ιστολογική εικόνα του ενδομητρίου, στο στάδιο αυτό ονομάζεται εκκριτική ή θυλακωχρινική φάση, λέμε θυλακωχρινική γιατί, για να παρουσιάσει τις μεταβολές αυτές πρέπει να προηγηθεί επίδραση οιστρογόνων στην οποία προστίθεται η προγεστερονική επίδραση (ωχρίνη).

Εκκριτική φάση. Κατά την εκκριτική φάση το υπόστρωμα παρουσιάζει οίδημα από κατακράτηση νερού.

Όταν μειωθεί το επίπεδο της προγεστερόνης στο αίμα στα σπειροειδή αρτηρίδια παρατηρούνται αιμορραγίες που επεκτείνονται στο συνδετικό υπόστρωμα και παρασύρουν σε απόπτωση όλη τη λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου. Το υλικό αυτό αποτελεί την Ε.Ρ.

3. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η ωορρηξία γίνεται στο μέσο περίπου, αν κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας η γυναίκα έχει συνουσία, το σπέρμα, μετά τη ρευστοποίηση που υφίσταται στο βάθος του κόλπου παρέχει αριθμό κινουμένων σπερματοζωαρίων που δια μέσου της τραχιλικής βλέννας, της μήτρας, των σαλπίγγων θα φτάσουν στην επιφάνεια της ωοθήκης και θα συναντήσουν το ωάριο μετά την ωορρηξία, ένα από αυτά θα γονιμοποιήσει το ωάριο το οποίο θα περάσει από τις σάλπιγγες και θα εγκατασταθεί σαν κοιλότητα της μήτρας.

Η εγκατάσταση αυτή μέσα στη μήτρα γίνεται μετά από 6 ημέρες από την ωορρηξία. Προϋπόθεση του ωαρίου για να γίνει ώριμο είναι η μειωτική διαίρεση αυτού, κατά την οποία το μισό των χρωμοσωμάτων είναι πάντοτε X X και παραμένει εντός του ωαρίου το άλλο μισό σχηματίζει τα πολικά σώματα.

Από την συνένωση των χρωμοσωμάτων του ωαρίου με εκείνη του σπερματοζωαρίου εξαρτάται και το φύλο του κυοφορούμενου. Επειδή το ωάριο διαθέτει πάντοτε XX είναι φανερό ότι το XΨ που είναι χαρακτηριστικό του αγοριού οφείλεται στο σπερματοζωάριο άρα υπόλογος για το φύλο είναι μόνο ο άντρας.

Η εγκατάσταση του ωαρίου εντός της μήτρας μεταβάλλει το ενδομήτριο σε φθαρτό. Από το φθαρτό και της εγκατάστασης του ωαρίου στο τοίχωμα της μήτρας σχηματίζεται η τροφοβλάστη, το χόριο, οι λάχνες του χορίου και από το λαχνωτό τμήμα του χόριου σχηματίζεται μετά το 3ο μήνα της κύησης ο πλακούντας. Το έμβρυο διέρχεται με διάφορα στάδια μέχρι της τελειοποίησής του παράλληλα με το σχηματισμό του πλακούντα και της αμνιακής κοιλότητας η οποία πληρώνεται από αμνιακό υγρό.

Όταν συμβεί κύηση το ωχρό σωματίο των ωθητικών δεν εκφυλίζεται μετά από 14 μέρες όπως συμβαίνει σε κύκλο 28 ημερών αλλά συνεχίζει την έκκριση των ορμονών σαν ωχρό σωματίο της κύησης μέχρι που να αναλάβει την εργασία ο πλακούντας.

Για το λόγο αυτό είναι δυνατό, μετά το σχηματισμό του πλακούντα να εξαιρεθούν οι ωθήκες και η εγκυμοσύνη συνεχίζει αδιατάρακτα την πορεία της. Από την εγκατάσταση του ωαρίου και το σχηματισμό του χόριου αρχίζει η έκκριση μιας ορμόνης που λέγεται χοριακή γοναδοτροπίνη.

Μετά τη λειτουργία του πλακούντα η ποσότητα της χοριακής γοναδοτροπίνης (H.C.G.) μειώνεται. Η ανίχνευση της H.C.G. έχει μεγάλη σημασία στη διάγνωση της κύησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Στείρωση γενικά ονομάζεται η αδυναμία ενός ζεύγους για γονιμοποίηση μετά την πάροδο ενός χρόνου, κατά τη διάρκεια του οποίου υπήρχαν φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις.

Γυναικεία στείρωση είναι η αδυναμία της γυναίκας που βρίσκεται στην αναπαραγωγική της ηλικία και έχει φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις με γόνιμο άντρα, να συλλάβει από βλάβες της λειτουργίας του αναπαραγωγικού της συστήματος.

Όταν η αδυναμία αυτή είναι μόνιμη, ύστερα από συγγενή ανωμαλία ή πάθηση ή εγχείρηση και δεν επιδέχεται αποκατάσταση, τότε λέγεται **αγόνια**.

Διακρίνουμε 2 είδη γυναικείας στείρωσης:

- α) την πρωτοπαθή και
- β) Τη δευτεροπαθή στείρωση.

Όταν η γυναίκα δεν έμεινε ποτέ έγκυος λέμε τη στείρωση της πρωτοπαθή. Ενώ αντίθετα όταν η γυναίκα συνέλλαβε και δεν μπόρεσε να ξανασυλλάβει τότε λέμε τη στείρωσή της δευτεροπαθή. Επίσης αν επιτευχθεί κύηση και δεν φθάνει στο τέλος-ειβολή, εξωμήτρια, μύλη, παλίνδρομη, κ.ά. τότε μιλάμε πάλι για δευτεροπαθή στείρωση.

Για να κατατάξουμε τη γυναίκα σ' αυτές που πάσχουν από στείρωση πρέπει να περάσει τουλάχιστον ένας χρόνος αναπαραγωγικής ηλικίας, κατά τον οποίον είχε φυσιολογικές και τακτικές συνουσίες με γόνιμο άντρα.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Το ποσοστό των άτεκνων ζευγαριών φτάνει στο 15%. Από αυτό σε γενικές γραμμές το 8% αφορά τη γυναίκα και το 7% τον άντρα. Ανάμεσα στα 100 ζευγάρια που θα ζητήσουν τη βοήθεια του γιατρού για την αποκατάσταση της γονιμότητάς τους το 40 θα συλλάβουν. Σε άλλα 40 ζευγάρια θα βρούμε την αιτία της στειρώσεως, αλλά δεν θα πετύχουμε σύλληψη και στα υπόλοιπα 20 ζευγάρια δεν θα βρούμε την αιτία και δεν θα πετύχουμε σύλληψη. Το 70% των ζευγαριών, που πατρεύονται σε ηλικία κάτω από 30 ετών θα πετύχουν σύλληψη σε 6 μήνες, το 78% σε 9 μήνες και το 85% σ'ένα χρόνο. Σε γενικές γραμμές σε συχνότητα 30% η στειρώση οφείλεται σε βλάβες των σαλπίνγων σε συχνότητα 20% σε διαταραχές του ενδομητρίου σε συχνότητα 15-30% στον ωθηλικό παράγοντα σε ποσοστό 10% στον τραχηλικό παράγοντα σε 5% στον ανασολογικό παράγοντα και στο υπόλοιπο ποσοστό σε άγνωστα αίτια.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Το στείρο ζευγάρι δεν ενδιαφέρει μόνο σαν παθολογική κατάσταση, που καλείται ο γυναικολόγος να τη θεραπεύσει. Εμπλέκονται σ'αυτό πολλοί παράγοντες όπως ηθικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, κληρονομικοί κλπ. Και ο γυναικολόγος που θα το αναλάβει, πρέπει εκτός από την ειδική επιστημονική κατάρτιση, να διαθέτει ευρύτατη αντίληψη, λεπτότητα χειρισμών, εμβάθυνση στην ψυχολογία του ζευγαριού, ώστε να αποκτηθεί η εμπιστοσύνη του ζεύγους.

Οφείλει ο γιατρός να ενημερώνει τους ενδιαφερομένους, ότι η στειρώση είναι πρόβλημα που αφορά το ζευγάρι σαν σύνολο, εξηγώντας τους με απλά λόγια τη φυσιολογία της αναπαραγωγής

και την ανάγκη της συμμετοχής και των δύο στην αναζήτηση των αιτιών.

Η έννοια της διαγνωστικής προσέγγισης και της θεραπείας της υπογονιμότητας μέσα στα πλαίσια του ζεύγους σαν πάσχουσες μονάδες και όχι χωριστά είναι βασικής σημασίας για την επίτευξη του επιδιωκόμενου σκοπού.

Έτσι η δυνητική γονιμότητα κάθε ενός από τους συζύγους είναι σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων σχετική και εξαρτάται από τη δυνητική γονιμότητα του άλλου. Ένας άντρας π.χ. με μικρή σχετικά δυνητική γονιμότητα από ελάτωση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων μπορεί να είναι γόνιμος, όταν η δυνητική γονιμότητα της γυναίκας είναι υψηλή, είτε υπογόνιμος, όταν αυτή είναι ελαττωμένη λόγω ανωμαλιών του κοιλιακού υγρού ή της τραχηλικής βλέννας, παραγόντων δηλαδή που εμποδίζουν την πορεία των σπερματοζωαρίων και κάνουν έτσι σοβαρότερη την ανδρική μειονεκτικότητα.

Είναι φανερό ότι η θεραπεία και η επίτευξη κυήσεως είναι ευκολότερη και ταχύτερη αν η θεραπευτική προσέγγιση δεν έχει σκοπό μόνο την αύξηση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων, αλλά και την παράλληλη άρση των προβλημάτων από την τραχηλική βλέννα και το κοιλιακό υγρό.

Η γυναίκα επίσης της οποίας η δυνητική γονιμότητα είναι μειωμένη λόγω ανεπαρκούς ή παθολογικής εκκριτικής λειτουργίας του τραχήλου, μπορεί να είναι γόνιμη, όταν το σπέρμα του συζύγου έχει σπερματοζωάρια με πολύ υψηλό αριθμό και μεγάλη κινητικότητα ή υπογόνιμη όταν η δυνητική γονιμότητα του συζύγου λόγω μείωσης των ανωτέρων παραγόντων είναι μειωμένη.

Αποτέλεσμα επίσης της αξιολόγησης της δυνητικής γονιμότητας και των δύο μελών του ζεύγους είναι η αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων από τη μονόπλευρη θεραπεία, χειρουργική ή φαρμακευτική, στο ένα μέλος του ζεύγους, ενώ το άλλο πάσχει από διάγνωση και αθεράπευτη στειρώση.

Δεν πρέπει επίσης να παραβλέπεται η ευνοϊκή ψυχολογική επίδραση που υπάρχει τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα, από την αντιμετώπιση του προβλήματος και η αποφυγή ψυχολογικών τραυμάτων από τη μονόπλευρη αιτιολόγηση της στειρώσης.

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του υπογονίμου ζεύγους, είναι ότι η υπογονιμότητα δυνατόν να οφείλεται σε περισσότερες από μία ανωμαλίες σε κάθε ένα από τα δύο μέλη του ζεύγους. Οι εξετάσεις λοιπόν θα πρέπει να αποσκοπούν στον έλεγχο όλων των λειτουργικών και οργανικών προϋποθέσεων και η θεραπεία να αποσκοπεί στην αποκατάσταση όλων των ανωμαλιών που ανακαλύπτονται.

Επίσης κρίνεται σκόπιμο κάποτε η ξεχωριστή εξέταση του ζεύγους γιατί ένας από τους δύο ίσως απόκρυψε παθήσεις ή παρεμβάσεις, που προηγήθηκαν του γάμου ή γιατί δεν θέλει ν'αναφερθεί σε πρόβλημά του, που δεν είναι σε γνώση του συντρόφου του, γιατί πιστεύει πως η έκθεσή τους θα διαταράξει την αρμονική συμβίωσή τους.

Είναι απαραίτητο από την πρώτη κιόλας εξέταση ο γιατρός να εμπνεύσει εμπιστοσύνη στο ζευγάρι. Να τον δει σαν δικό του άνθρωπο.

Τέλος, είναι απαραίτητο, από την πρώτη εξέταση να εξηγηθεί

στο ζευγάρι η σειρά των ελέγχων προς εξακρίβωση της αιτίας της στέρωσης, για να είναι προετοιμασμένο. Η εξέταση της γυναίκας, που πάσχει από στέρωση, διακρίνεται σε κλινική εξέταση και σε εργαστηριακή.

Κλινική εξέταση: Αυτή περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού, την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

(I) Ιστορικό: Από αυτό μας ενδιαφέρουν:

α) Η ηλικία της γυναίκας. Παίξει έναν από τους σπουδαιότερους ρόλους στη σύλληψη. Μέχρι τα 25 χρόνια της φτάνει το 90%. Από τα 26-30 το 89%. Από το 31-35 το 70%. Από τα 36-40 το 40%. Από τα 41-45 το 20%. Από τα 45 και μετά η σύλληψη είναι σπάνια.

β) Τα χρόνια του έγγαμου βίου της. Είτε με τον σύζυγό της ή μ'άλλον πριν από το σύντροφό της, γιατί αν δεν πέρασε τουλάχιστον ένας χρόνος φυσιολογικής εμμηνορρυσίας και τακτικών φυσιολογικών συνουσιών, όπως αναφέραμε, δεν μπορούμε να τη χαρακτηρίσουμε στείρα.

γ) Η σεξουαλική της ζωή. Δηλαδή ο τρόπος συνουσίας, η συχνότητά της, ο αυνανισμός, η δυσπαρευνία, η ψυχρότητα, οι ομοφυλοφιλικές της διαθέσεις κλπ.

δ) Το επάγγελμά της. Γιατί στην πράξη διαπιστώνεται πως αυτές, που εργάζονται πνευματικά, οι πολυάσχολες, αυτές που ταξιδεύουν συχνά, αυτές που εργάζονται σε ακτινολογικό εργαστήριο και σε εργοστάσια που χρησιμοποιούν τοξικά προϊόντα, πάσχουν συχνότερα από στέρωση.

ε) Το ατομικό της αναμνηστικό. Γιατί διάφορες παθήσεις, όπως η φυματίωση, οι δυσλειτουργίες των ενδοκρινών αδένων της,

οι λοιμώξεις, οι λοιμώδης παθήσεις, οι εγχειρήσεις, που προηγήθηκαν και μάλιστα στην περιοχή του γεννητικού τριγώνου κλπ. έχουν επίδραση πάνω στη γονιμότητα της γυναίκας. Επίσης η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών δισκίων πρέπει να διερευνηθεί, γιατί όταν αυτή άλαβε χώρα για μεγάλο χρονικό διάστημα, θα απαιτηθεί κάποτε αρνητός καιρός για την επάνοδο της γονιμότητας, που διαταράχτηκε.

στ) Το μαιευτικό της αναμνηστικό. Γιατί είναι ενδεχόμενο προηγούμενες κυήσεις ή μαιευτικές επεμβάσεις να προκαλέσουν τέτοιες επιπλοκές, που δεν επιτρέπουν νέα σύλληψη (απόξεση μήτρας, εμπύρετος λοχειές κλπ.).

ζ) Η εμμηνορρυσία. Ως προς το χρόνο επέλευσής της, τη διάρκειά της και την ποσότητά της, τα χαρακτηριστικά της εμμηνορρυσίας και η ρυθμικότητα του κύκλου έχουν ιδιαίτερη διαγνωστική σημασία. Διαταραχές του τύπου της αμηνόρροιας ή αραιομηνόρροιας υποδηλώνουν ενδοκρινικά αίτια της υπογονιμότητας και η διερεύνησή τους απαιτεί περισσότερο έλεγχο. Η παρουσία προεμμηνορρυσιακής στίξεως πιθανολογεί ανεπάρκεια ωχρού σωματίου, ενώ στις μνημομητρορραγίες συνήθως ανακαλύπτονται οργανικά αίτια από τη μήτρα. Επίσης μεγάλη δυσμηνόρροια και ιδίως δευτεροπαθείς ή επιδεινούμενη παρουσιάζεται στην ενδομητρίωση της μικρής πυέλου.

η) Βάρος σώματος. Υπερβολική απώλεια βάρους ή παχυσαρκεία από διαιτητικές αιτίες ή ενδοκρινικές ανωμαλίες πρέπει να αξιολογείται και να διερευνάται γιατί πιθανό να σχετίζεται με ανωμαλίες της ωοθυλακιορρηξίας.

2. Επισκόπηση

Με αυτή θα εκτιμήσουμε το ύψος και το βάρος της γυναίκας, τη διάπλαση του σώματός της, την ύπαρξη υπερτρίκωσης, ή αντίθετα έλλειψη τρίκωσης τους δευτερεύοντες φυλετικούς χαρακτήρες και την εμφάνιση του γεννητικού της συστήματος, που αφορά τη διάπλαση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, στην ύπαρξη όγκων ή φλεγμονών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου. Η επισκόπηση της κοιλίας θα μας βοηθήσει στην ανεύρεση ουλής λαπαροτομίας ή σκωληκοειδεκτομής, που μας επιβάλλει προσεκτικότερο έλεγχο των σαλπίνγων για τυχόν έμφραξή τους.

3. Ψηλάφηση

Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση θα διαπιστώσουμε την φυσιολογικότητα της μήτρας και των εξαρτημάτων ή την ύπαρξη διαπλαστικής ή τοπογραφικής ανωμαλίας των γεννητικών οργάνων ή την ύπαρξη φλεγμονής ή νεοπλασίας. Η ψηλάφηση των μαστών και η σύνθλιψη των θητών για τη διαπίστωση γαλακτοφορίας.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι ανάλογος της ύποπτης αιτίας, που προκάλεσε τη στειρώση. Έτσι, αν αφορά στις ωοθήκες, καταφεύγουμε στον έλεγχο τους με την υπερηχογραφία και τη λαπαροσκοπία, στον έλεγχο της εκκριτικής τους δραστηριότητας (προσδιορισμό οιστρογόνων ορμονών, προγεστερόνης) και στον έλεγχο της ωοθυλακιορρηξίας, με τις μεθόδους που αναφέραμε.

Αν αφορά τις σάλπιγγες, καταφεύγουμε στην υστεροσαπλιγγογραφία συνδιασμένη κάποτε με λαπαροσκοπία. Αν στη μήτρα, κατα-

φεύγουμε στην υστεροσαλπιγγογραφία και στον ιστολογικό έλεγχο των ξεσμάτων του ενδομητρίου. Αν στον τράχηλο, καταφεύγουμε στην υστεροσαλπιγγογραφία, στον έλεγχο της τραχηλικής βλέννας και στον έλεγχο της σχέσης της βλέννας με τα σπερματοζώαρια. Τέλος αν τα αίτια αφορούν τον κόλπο καταφεύγουμε στον έλεγχο του εκκρίματος του και στον προσδιορισμό του Ρ.Η.

Ο εργαστηριακός έλεγχος δυνατό να επεκταθεί για την ανεύρεση άλλων παραγόντων, που εμπλέκονται στα αίτια στειρώσης, όπως είναι η εκκριτική δραστηριότητα του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του θυροειδούς αδένα και των επινεφριδίων. Η εκτίμηση των ευρημάτων των παραπάνω ελέγχων αναφέρεται ξεχωριστά στη διάγνωση κάθε αιτίας στειρώσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΙΤΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗ

Όπως αναφέραμε, η γυναικεία στειρώση είναι περισσότερο συχνή στο στείρο ζευγάρι και η αντιμετώπισή της περισσότερο δύσκολη, γιατί τα αίτια της στειρώσης παραμένουν άγνωστα. Ο τελειότατος μηχανισμός του υποθαλαμο-υποφυσικο-ωοθηκικού άξονα, η εύκολη παρεμβολή της λειτουργίας άλλων ενδοκρινών αδένων ο ψυχολογικός παράγοντας, οι συνθήκες ζωής της γυναίκας, οι συνήθειες της, το επάγγελμά της και η σύντομη διάρκεια της γόνιμης εποχής της, κάνουν κάποτε τη σύλληψη δύσκολη και το έργο του γιατρού, που θα αναλάβει τη διερεύνηση των αιτιών της στειρώσης και τη θεραπεία της δυσχερέστατη.

Η σύλληψη δεν εξαρτάται μόνο από την ύπαρξη φυσιολογικού γεννητικού συστήματος, που η διαπίστωσή της είναι εύκολη από όλους τους γυναικολόγους ούτε από την επέλευση φυσιολογικής εμμηνορυσίας, ούτε από την εκτέλεση τακτικής φυσιολογικής συνουσίας. Εξαρτάται και από λεπτές λειτουργίες της αναπαραγωγής, όπως της ωοθυλακιορρηξίας, το χρόνο επέλευσής της, το σχηματισμό ωχρού σωματίου, το βαθμό εκκριτικής του δραστηριότητας, τη συνάντηση σπερματοζωαρίου-ωαρίου, την ικανότητα του ενδομητρίου να υποδεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο κλπ. που η διερεύνησή του απαιτεί ειδικότερες γνώσεις του γυναικολόγου.

Έτσι μονάχα θα κατορθώσει ν' απομονώσει τον αιτιολογικό παράγοντα της στειρώσης και να τον αντιμετωπίσει και έτσι μονάχα θα καταφθάσει να συνεργαστεί με τον ουρολόγο, ανδρολόγο και

τον ενδοκρινολόγο. Πριν αναφέρουμε παρακάτω ξεχωριστά τα αίτια που προκαλούν στείρωση στη γυναίκα θυμίζουμε πως φυσιολογική στείρωση υπάρχει στην εγκυμοσύνη, μετά την εμμηνόπαυση, συχνά στη γαλουχία, λίγες μέρες μετά και λίγες πριν από την εμμηνοπαρουσία. Τα αίτια τα κατατάσσουμε σ'αυτά που αφορούν το ίδιο γεννητικό της σύστημα και σ'αυτά που αφορούν εξωγεννητικούς παράγοντες.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1) **Κόλπος.** Τα αίτια που προέρχονται από τον κόλπο και προκαλούν στείρωση είναι:

Δυσπλασίες: Η φυσιολογική ανατομική κατασκευή του κόλπου είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση φυσιολογικής συνουσίας και εναπόθεση του σπέρματος στον οπίσθιο θόλο, κοντά στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο. Διαπλαστικές ανωμαλίες του κόλπου, που προκαλούν στείρωση είναι:

α) Η απλασία του κόλπου, που συνοδεύεται στις περισσότερες περιπτώσεις από απλασία ή ατροφία της μήτρας. Σε σπάνιες περιπτώσεις μόνο, παρά την υφισταμένη ανατομική αυτή ανωμαλία, το σώμα της μήτρας είναι δυνατόν να είναι πλήρες αναπτυγμένο.

β) Η ατρησία του παρθενικού υμένα, γιατί δεν επιτρέπει τη συνουσία. Η θεραπεία δεν παρουσιάζει καμία δυσκολία. Με τη βοήθεια ενός μαχαιριδίου γίνεται τομή του παρθενικού υμένα. Στην περίπτωση όμως αυτή πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η παραμονή του εντός της μήτρας αίματος είναι δυνατόν να προκαλέσει άσηπτο φλεγμονή των ωαγωγών και συγκόλληση του αυλού αυτών.

γ) Η σκληρός και ανένδοτος παρθενικός υμένας, γιατί δεν επιτρέπει την εκτέλεση φυσιολογικής συνουσίας και η εκσπερμάτιση

γίνεται έξω από αυτόν. Κάποτε, δυνατό να συμβεί σύλληψη, όταν τα σπερματοζωάρια διανύσουν όλο τον κόλπο και φτάσουν ως το τραχηλικό στόμιο.

δ) Τα διαφράγματα του κόλπου από κακή τοποθέτηση του σπέρματος. Τα συγγενή διαφράγματα του κόλπου είναι δυνατόν να είναι οριζόντια ή κάθετα. Τα οριζόντια διαφράγματα, σπανιότερα των εγκαρσίων διαχωρίζουν τον κόλπο σε δύο τμήματα του κόλπου, πίσω του οποίου βρίσκεται το τραχηλικό στόμιο. Τα διαφράγματα αυτά φέρουν οπή αλλά έχουν διαφορετική διάμετρο.

Τα οριζόντια διαφράγματα εφενός μεν παρεμποδίζουν την τέλεια συνουσία ή αποκλείουν αυτή λόγω πόνου προκαλούμενου στη γυναίκα, αφετέρου δεν δημιουργούν ανώμαλες συνθήκες στην κίνηση των σπερματοζωαρίων.

Τα κάθετα διαφράγματα είναι συχνότερα των οριζοντίων και διαχωρίζουν τον κόλπο σε δύο αυτοτελείς κοιλότητες. οι οποίες είναι εξίσου ανεπτυγμένες και φέρουν στον πυθμένα ανά ένα τραχηλικό στόμιο.

Σπάνια το διάφραγμα του κόλπου συνοδεύεται από ενιαία τραχηλική κοιλότητα. Σε ελάχιστες περιπτώσεις είναι δυνατόν η μία κοιλότητα να είναι μεγαλύτερη της άλλης ή να είναι χωρίς εξωτερικό στόμιο.

ε) Οι στενώσεις του κόλπου ύστερα από άτεχνες επεμβάσεις σ' αυτόν η αποδράμουσα φλεγμονή ή εγκαύματα, γιατί εμποδίζουν την φυσιολογική συνουσία.

στ) Οι μεγάλες χαλαρώσεις του κόλπου και οι μεγάλες ρήξεις του περινέου ύστερα από τοκετό, γιατί δεν βοηθάνε τη συγκράτηση του σπέρματος μέσα στον οπίσθιο θόλο.

ζ) Η δυσπαρευνία που όταν είναι επιφανειακή (από αιδοιοκολπίτιδα, ουλή περινεορραφίας, φλεγμονή του βαρθολινείου αδένου και ατροφία του κόλπου) και όταν είναι στο βάθος (από οπίσθια κόμψη της μήτρας, πρόπτωση των ωοθηκών, ενδομητρίωση και φλεγμονή των εξαρτημάτων) προκαλεί πόνο στη συνουσία και την κάνει ατελή.

Φλεγμονές. Οι κολπίτιδες από διάφορους παθογόνους παράγοντες προκαλούν στείρωση γιατί αλλάζουν το φυσιολογικό περιβάλλον του κόλπου και της τραχηλικής βλέννας, περιορίζοντας έτσι την κινητικότητα και τη γονιμοποιητική ικανότητα των σπερματοζωαρίων.

Η κολπίτιδα είναι δυνατόν να προκληθεί:

α) Από την επίδραση μικροβίων, τα οποία εισέρχονται από έξω ή βρίσκονται σε σαπροφυτική κατάσταση π.χ. κόκοι, βακτηρίδια, σαπρόφυτα, μύκητες.

β) Σε δευτεροπαθούς μόλυνσεως προκαλούμενη από ανάπτυξη παθογόνων μικροβίων συνέπεια ενδοτραχηλίτιδος ή ενδομητρίτιδος και όγκων καλοηθών ή κακιοηθών στον τράχηλο ή στο σώμα της μήτρας.

Τα συμπτώματα της κολπίτιδος είναι ανάλογα προς τα μικρόβια τα οποία την προκάλεσαν, αν και σ'όλες στις μορφές υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά με μικροδιαφορές. Αυτές χαρακτηρίζονται κυρίως από έντονο υπερέκριση, κνησμό, καύσο ή και άλγος κατά την είσοδο του κόλπου πάντα αυτά προκαλούν απώθηση της γυναίκας από την εκπλήρωση των γενετησιακών της σχέσεων.

Η έκκριση είναι ανάλογη προς το βαθμό της φλεγμονής, από της απλής λευκόρροιας μέχρι της πυώδους.

Τοπικώς, ο κολπικός βλενογόνος εμφανίζεται υπερραιμικός και εξέρυθρος, πολλές φορές δεν προβάλλουν οι θηλές και σε αυτές εμφανίζονται ερυθρωπά στίγματα. Οι οξείες και παραμελημένες κολπίτιδες δημιουργούν εξελκώσεις και στενώσεις του κολπικού αυλού.

Για τη διάγνωση τυχόν υπάρχουσας φλεγμονής επί του βλενογόνου του κόλπου (κολπίτιδες) ή του τραχήλου της μήτρας (τροχηλίτις ή ενδοτραχηλίτις), γίνεται εξέταση των κολπικών επιχρισμάτων.

Νεοπλάσματα του κόλπου

Οι κύστεις, τα ινομύματα και άλλες νεοπλασίες προκαλούν στείρωση από δημιουργία κολπίτιδας ή από ανώμαλη πορεία του σπέρματος μέχρι να φτάσει το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Τα οξυτενή κονδυλώματα

Είναι τα συχνότερα εμφανιζόμενα καλοήγη νεοπλάσματα, αναπτύσσονται κυρίως επί του αιδοίου και επεκτείνονται προς τον κόλπο.

Αυτά εμφανίζονται κατά σωρούς ή μεμονωμένα επάρματα λευκοπά, μισχωτά ή σπάνια με πλατειά βάση. Η αιτιολογία αυτών είναι συνήθως μικροβιακή από αφροδίσια νόσο ή επιδράσεως ιού. Η θεραπεία είναι απλή, δι'ηλεκτροκαυτηριάσεως.

Οι κύστεις του κόλπου

Είναι ποικίλου μεγέθους, προέρχονται από υπολείμματα των πόρων του MULLER ή του WOLF είτε είναι επίκτητοι. Είναι δυνατό να δημιουργήσουν και αυτές κολπίτιδες ή ανωμαλία στη φυσιολογική εναπόθεση του σπέρματος ή στην πορεία των σπερματοζωαρίων. Πολλές ή μεγάλες κύστεις προκαλούν ατελή συνουσία ή την κάνουν δύσκολη.

Τα λιπώματα, ινωμάματα, αδеноμώματα και θηλώματα.

Εμφανίζονται σπάνια και είναι καλοήθεις όγκοι, εδραζόμενοι συνήθως επί του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος και καταλαμβάνει μεγάλη βάση.

Οι όγκοι αυτοί είναι δυνατόν να προκαλέσουν στειρώση για τους ίδιους λόγους όπως και οι κύστες του κόλπου.

ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Ο τράχηλος σε σχέση με τη γονιμότητα επιτελεί τις εξής λειτουργίες:

α) Επιτρέπει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννα προς τη μήτρα.

β) Αποθηκεύει τα σπερματοζωάρια.

Η λειτουργικότητα του τραχήλου της μήτρας βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών και ακολουθεί την περιοδικότητα της εκκρίσεως τους. Οι εκκρίσεις δηλαδή του τραχήλου διαφέρουν κατά τις διάφορες φάσεις του κύκλου η δε παραγόμενη βλέννα επιτρέπει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων ποιοτικά και ποσοτικά μόνο κατά το μεσοκύκλιο, δηλαδή λίγο πριν ή κατά την ωοθυλακιορρηξία. Μετά την ωοθυλακιορρηξία με την επίδραση της προγεστερόνης η βλέννα λιγοστεύει γίνεται παχύρυστη και δεν επιτρέπει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων.

Από την επίδραση των οιστρογόνων κατά την περίοδο πριν από την ωοθυλακιορρηξία το τραχηλικό στόμιο και ο τραχηλικός αυλός διανοίγεται και αυξάνει η χωρητικότητα των τραχηλικών κρυπτών. Το αντίθετο συμβαίνει μετά την ωοθυλακιορρηξία κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης.

Η τραχηλική βλέννα, αποτελείται από βασικά συστατικά. Το πρώτο συστατικό συνιστάται κυρίως από νερό και ανόργανα άλατα μειωμένου ιξώδους και προσδίδει σ' αυτή τη λεπτόρευστη υφή της. Το δεύτερο συνιστάται κυρίως από μακρομοριακές γλυκοπρωτεΐνες αυξημένου ιξώδους και της προσδίδει τις λειτουργικές της ιδιότητες.

Οι γλυκοπρωτεΐνες αυτές διατιθέμενες κατά το μεσοκύκλιο σε γραμμικές αθροίσεις αφήνουν μεταξύ τους διαστήματα που επιτρέπουν τη διακίνηση των σπερματοζωαρίων τόσο προς τις ενδοτραχηλικές κρύπτες, όσο και προς το ανώτερο γεννητικό σύστημα.

Η λειτουργησιότητα του τραχήλου εξαρτάται επομένως από τα ορμονικά ερεθίσματα, από την ποιότητα και ποσότητα της παραγόμενης βλέννας και από τη χωρητικότητα των τραχηλικών κρυπτών. Όταν αυτές είναι γεμάτες από βλέννα, συντελούν στην αποθήκευση και διατήρηση των σπερματοζωαρίων σε ευνοϊκό περιβάλλον, ώστε να υπάρχει διαρκής προώθηση ικανοποιητικού αριθμού σπερματοζωαρίων προς τα πάνω. Ο τράχηλος θεωρείται υπεύθυνος σε ποσοστό 5% για τη στειρώση της γυναίκας.

Τα αίτια από τον τράχηλο μπορούν να είναι ανατομικά, ορμονικά, ψυχολογικά.

Ανατομικά

1) Δυσπλασίες. Σε αυτές ανήκει η στένωση του, που μπορεί να είναι:

α) Συγγενής και να συνοδεύεται από υποπλασία της μήτρας, β) Επίκτητη, ύστερα από άτεχνες επεμβάσεις, καυτηριάσεις ή αποδραμούσα φλεγμονή.

Η στένωση του τραχήλου προκαλεί στειρώση, γιατί συνοδεύεται

από παθολογική έκκριση τραχηλικής βλέννας ή γιατί εμποδίζει την εισρόφηση της εμποτισμένης με σπερματοζώαρια βλέννας.

2) Ρήξη-ανεπάρκεια

Η ρήξη του τραχήλου που συμβαίνει ύστερα υπό άτεχνη επέμβαση και η ανεπάρκειά του, που μπορεί να είναι συγγενής από ατελή διάπλαση των μυικών ινών ή επίκτηση από άτεχνη επέμβαση (υπερβολική διαστολή του στομίου κατά την εκτέλεση απόξεσης), από τοκετό ή από εμβρυουλκία, προκαλούν στείρωση από ουλοποίηση του τραχήλου, καταστροφή των καταδύσεων του επιθηλίου του ενδοτραχήλου και παραγωγή ελαττωμένης ή παθολογικής βλέννας.

3) Φλεγμονές

Οι τραχηλίτιδες και οι ενδοτραχηλίτιδες, που προέρχονται από την επίδραση παθολογικών παραγόντων και από το σύνδρομο της DES προκαλούν στείρωση, γιατί αλλοιώνουν την τραχηλική βλέννα και διαταράσσουν τις σχέσεις με τα σπερματοζώαρια.

Η εξωτραχηλίτιδα ή ενδοτραχηλίτιδα συνοδευόμενες από φλεγμονώδεις βλέννα είναι συνήθως οι παθήσεις του τραχήλου και ανέρχονται κατά στατιστική σε 34,4% σε άτοκες γυναίκες και σε 66,6% σε πολύτοκες. Το ποσοστό προκαλούμενης πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς στείρωσης ανέρχεται μέχρι 17%. Το μυκόπλασμα π.χ. και η λιστέρια κάνουν τη βλέννα αφιλόξενη στα σπερματοζώαρια. Η φυσιολογική τραχηλική βλέννα φαίνεται, πως κάνει επιλογή των σπερματοζωαρίων, που θα την περάσουν, για να φτάσουν στις σάλπιγγες άρτια, μορφολογικά και λειτουργικά.

4) Νεοπλάσματα

Οι πολύποδες και τα ινομύωματα προκαλούν στείρωση, γιατί αλλοιώνουν την άνοδο της εμπλουτισμένης με σπερματοζώαρια

τραχηλικής βλέννας. Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη.

Οι πολύποδες

Ποικίλουν ως προς το μέγεθος και το σχήμα. Τα συμπτώματα του πολύποδα είναι συνήθως ελάχιστη αιμμοραγία κατά τη συνουσία ή μερικές μέρες πριν ή μετά την έμμηνο ρύση. Άλλοτε πάλι εμφανίζονται μηνορραγία ή μητροραγία, οσφυαλγία ή και βάρος κατά το υπογάστριο. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που δεν υπάρχει άλλο σύμπτωμα εκτός από την στειρώση.

Τα ινομυώματα τραχήλου

Στον τράχηλο της μήτρας είναι συνήθως μονήρη και σπάνια πολλά. Αναπτύσσονται περισσότερο προς το εσωτραχηλικό στόμιο παρά προς τα έξω.

Η συμπτωματολογία είναι συνήθως η στειρώση. Επίσης τα ινομυώματα προκαλούν συνήθως διαταραχές της εμμήνου ρύσεως από μικρή αιμμοραγία μέχρι μηνορραγιών αναλόγως της θέσεως ινομυωμάτων*.

Ανοσοποίηση

Η ύπαρξη αντισωμάτων στην τραχηλική βλέννα κατά των σπερματοζωαρίων κάνουν αυτή εχθρική απέναντί τους. Τέτοια αντισώματα είναι συγκολλητικά και ακινητοποιητικά για τα σπερματοζώαρια ανασοσφαιρίνες I&G I&A.

Ψυχολογικά αίτια

Ψυχολογικά προβλήματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν, όπως και σε άλλες μοίρες του γεννητικού συστήματος, σπασμό του τραχήλου με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ανόδου της τραχηλικής βλέννας και τη μεταφορά των σπερματοζωαρίων. Τέτοιου είδους σπασμοί δύσκολα μπορεί να ενοχοποιηθούν για στειρώση.

ΣΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ

Από το ιστορικό παλαιών επεμβάσεων που έγιναν στη μήτρα, τους χαρακτήρες της εμμήνου ρύσεως, τη γυναικολογική εξέταση, την υστερογραφία και την υστεροσκόπηση, γίνεται η διερεύνηση των αιτιών στειρώσεων που μπορεί να οφείλονται στη μήτρα. Τα αίτια που προκαλούν στειρώση από το σώμα της μήτρας είναι:

1) Δυσπλασίες. Η τοξοειδής, η μονόκερη, η δίκερη και οι άλλες διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας, όπως η διαφόρου βαθμού υποπλασία της προκαλούν στειρώση σε συχνότητα 8% ίσως από διαταραχή της συστατικότητας του μυομητρίου από τη μικρή κοιλότητα της μήτρας ή την ελαττωματική αγγείωσή της.

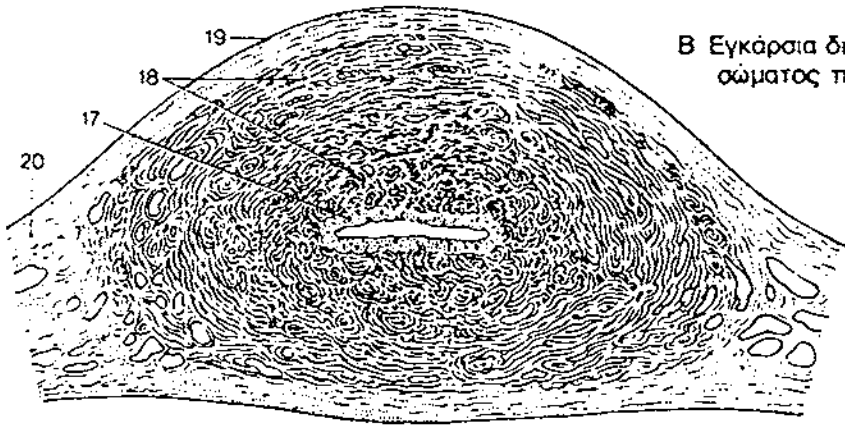
Και στις υποπλαστικές μήτρες δεν θα πρέπει να είμαστε κατηγορηματικοί στον αποκλεισμό εγκυμοσύνης και επιτυχίας φυσιολογικού τοκετού τελειόμηνης εγκυμοσύνης. Θα είναι βασικό ιατρικό σφάλμα όπως να επιτευχθεί κύηση και να καταλήξει σε έκτρωση ή πρόωρο τοκετό στην περίπτωση που υπάρχει δυσπλασία της μήτρας. (Εικόνα).

2) Ανώμαλες τοπογραφικές θέσεις

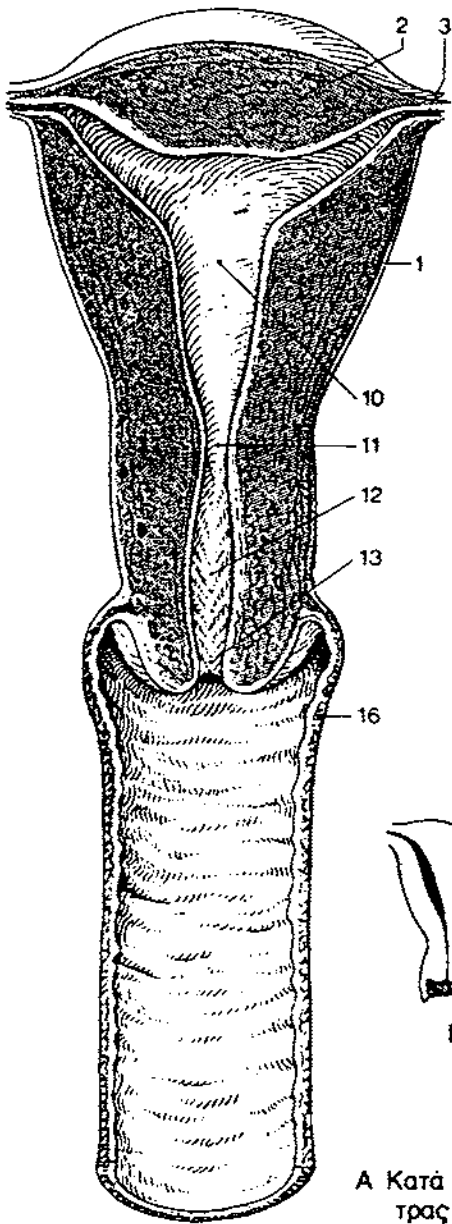
Ως γνωστό η μήτρα φυσιολογικά βρίσκεται εντός της μητρικής πυέλου σε πρόσθια κλίση και κάμψη. Οποιαδήποτε διαφορά από το φυσιολογικό αποτελεί τοπογραφική ανατομική ανωμαλία.

Οι ανωμαλίες αυτές είναι η υπέρκαμψη, η οπίσθια κλίση και κάμψη, η παρέκλιση του σώματος της μήτρας προς τα πλάγια, η πρόπτωση διαφόρου βαθμού, και τέλος η καθήλωση του σώματος προς τα άνω ή πίσω, αυτό είναι συνέπεια συμφύσεων από προηγηθείσα εγχείρηση, αποδραμούσα φλεγμονή ή ενδομητρίωση.

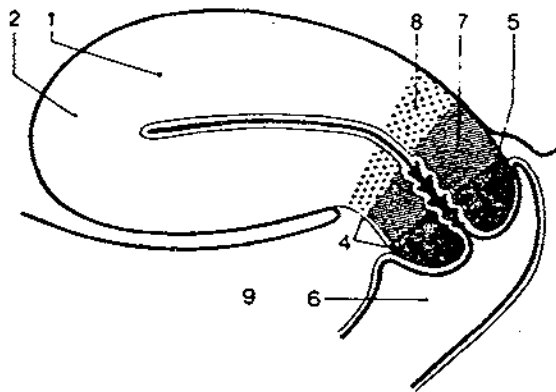
Η πρόσθια υπέρκαμψη ή οπίσθια κλίση και κάμψη παρά ό,τι συνό-



Β Εγκάρσια διατομή του σώματος της μήτρας



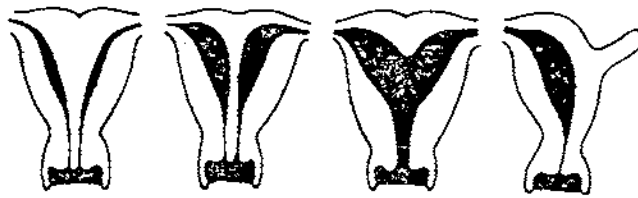
Α Κατά μέτωπο διατομή της μήτρας και του κολεού



Γ Οβελιαία διατομή της μήτρας in situ



Δ Έξω στόμιο της μήτρας



Ε Ανωμαλίες και παραλλαγές της μήτρας

δεύει την παιδική μήτρα είναι δυνατόν να υπάρχει και επί φυσιολογικής.

Η πρόσθια και οπίσθια υπέρκαμψη της μήτρας πιστεύεται από ορισμένους πως δυνατό να προκαλέσουν στείρωση, γιατί αλλάζει θέση το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, που δεν βυθίζεται μέσα στο εκσπερμάτισμα του οπισθίου θόλου του κόλπου και γιατί επηρεάζεται ο χρόνος ανόδου των σπερματοζωαρίων.

Και η πρόπτωση της μήτρας δυνατό να προκαλέσει στείρωση από τους ίδιους παράγοντες. Η παραπάνω άποψη αμφισβητείται, γιατί όπως και αλλού αναφέραμε τα σπερματοζωάρια μπορούν ν'ανταμώσουν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο και τη φιλόξενη σ'αυτά τραχηλική βλέννα σ'όποιο μέρος του κόλπου και ας γίνει εκσπερμάτωση. Ακόμα η οπίσθια κλίση και κάμψη της μήτρας δημιουργεί πολλές διαταραχές στη φυσιολογική λειτουργία των ωοθηκών, συνέπεια ηπατογεννητικού συνδρόμου και αποδείχτηκε ότι σε μεγάλο αριθμό των περιπτώσεων αυτών εμφανίζεται συχνά κύκλος άνευ ωοθυλακιορρηξίας με αυξημένη έκκριση θυλακίνης.

3) Φλεγμονές

Οι φλεγμονές του ενδομητρίου προκαλούνται από διάφορα μικρόβια τα οποία αναπτύσσονται είτε πρωτοπαθώς, προερχόμενα από έξω ή δευτεροπαθώς από φλεγμονώδη εστία στο σημείο του οργανισμού. Στην εστία αυτή η εντόπιση στο ενδομήτριο γίνεται με την αιμοφόρο ή λεμφοφόρο οδό ή με την επέκταση της φλεγμονής. Η πάθηση αυτή εκδηλώνεται με τη μορφή της οξείας ή της χρόνιας ενδομητρίτιδος αναλόγως του μικροβιακού παράγοντα ο οποίος προκάλεσε αυτή.

Οι χρόνιες ενδομητρίτιδες στις οποίες ιστολογικά βρίσκουμε την ύπαρξη πλασματοκυττάρου, ημικοπλασμίαση, στην οποία μπορούμε να βρούμε την ύπαρξη λεμφοκυττάρων και μακρογάφων κυττάρων κατά εστίες, οι συστηματικές λοιμώξεις (ίωση, έρπητας, ερυθρά, νοσος μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων, λιστερίωση, τοξοπλασμίαση, βρουκέλωση κλπ.) και η φυματίωση είναι δυνατόν να προκαλέσουν στείρωση, γιατί δεν επιτρέπουν την άνοδο του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Η φυματίωση του ενδομητρίου είναι από τις σοβαρότερες αιτίες της στείρωσης. Αυτή εξελίσσεται αθόρυβα με ήπια συμπτώματα και συνήθως συνοδεύεται από φυματίωση των ωαγωγών σε ποσοστό 83%.

Συχνότερα προσβάλλονται οι ωαγωγοί κατά 80-95% μετά το ενδομήτριο 35-50% οι ωοθήκες 30% και ο τράχηλος 2%. Η φυματίωση των γεννητικών οργάνων είναι συνηθέστερη σε νεαρές γυναίκες, παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ηλικία 20-30 ετών. **Συμπτώματα.** Η συνηθέστερη εκδήλωση της νόσου είναι η στείρωση. Άλλες εκδηλώσεις είναι οι ανωμαλίες της έμμηνου ρύσεως.

4) Νεοπλάσματα

Τα νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη. Με τα τελευταία δεν ασχολούμαστε γιατί επιβάλλεται η έγκαιρη διάγνωση και η άμεσο θεραπευτική αγωγή, την οποία ακολουθεί απόλυτα στείρωση. Τα καλοήθη νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας είναι πολλών αιτιών πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς στείρωσης. Τα συχνότερα εμφανιζόμενα από αυτά είναι ο πολύποδας και τα ινομύματα.

Οι πολύποδες και τα ινομύματα προκαλούν στείρωση, είτε από

από στένωση και έμφραξη των στομών που οδηγούν στις σάλπιγγες, είτε από αυξημένη τονικότητα του μυομητρίου, είτε γιατί συνοδεύεται από μονοφασικούς ωοθηκικούς κύκλους είτε γιατί το ενδομήτριο που το σκεπάζει δεν υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο

5) Αυξημένη τονικότητα του μυομητρίου

Η διάδος των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννα επηρεάζεται από τη συσταφικότητα του μυομητρίου με την έκκριση ωκυτοκίνης στη διάρκεια της συνουσίας. Συμβαίνει όμως κάποτε, σε ευαίσθητες γυναίκες, να προκαλεί στείρωση, γιατί ο σπασμός στα στόμια, που οδηγούν στις σάλπιγγες, δεν επιτρέπει το πέρασμα των σπερματοζωαρίων ή η τονικότητα του μυομητρίου είναι τέτοια, ώστε να μην επιτρέπει την εγκατάσταση του κυήματος. Η παραπάνω άποψη δύσκολα μπορεί να γίνει αποδεκτή.

6) Ατροφικό ενδομήτριο

Παρουσιάζεται σε υπολειτουργία των ωοθηκών ή σε αποδραμούσες φλεγμονές ή σε άτεχνες ενδομήτριες επεμβάσεις που προκαλούν ατροφικό ενδομήτριο ή σε ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου, που δεν υποστηρίζει φυσιολογικά το ενδομήτριο, είναι δυνατόν να υπάρχει στείρωση γιατί εμποδίζεται η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η πάθηση αυτή είναι δευτεροπαθής και εκδηλώνεται, συνήθως, με ολιγομηνόρροια ή πλήρη αμηνόρροια, οφείλεται δε σε αποδραμούσα οξεία φλεγμονή του ενδομητρίου, σε κακώς από τεχνική πλευρά απόξεση και κυρίως από μαλευτική απόξεση.

7) Ενδομήτριες συμφύσεις

Δημιουργούνται από τραυματισμό του ενδομητρίου ύστερα από απόξεση του μετά από έκτρωση ή παλίνδρομη κύηση ή ύστερα από

μαιευτική απόξεση, εκπυρήνιση υποβλεννογόνου ινομυώματος ή εγχείρηση, που αποβλέπει στην αποκατάσταση ενιαίας μητριάας κοιλότητας σε περίπτωση δίκερης είναι δυνατό ν'αναπτυχθούν ενδομήτριες συμφύσεις, που παρεμποδίζουν την άνοδο των σπερματοζωαρίων και την εγνατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η συχνότητα της στέρωσης μπορεί να θεωρηθεί, πως είναι ανάλογη της έκτασης των συμφύσεων.

Συμπτώματα. Οι ενδομήτριες συμφύσεις εκδηλώνονται με τη μορφή αμηνόρροιας σε ποσοστό 22% ολιγομηνόρροιας διαφόρου βαθμού 72% και σπανιότερα σε φυσιολογική έμμηνο ρύση σε 7%.

Σ'όλες σχεδόν τις περιπτώσεις εμφανίζονται κατά την εποχή της εμμήνου ρήσεως, τάση των μαστών, ελαφρά άλγη του υπογάστριου, εκνευρισμός και κάποτε εμετοί και ακόμα και κλιμακτηριακά συμπτώματα. Στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν συμφύσεις και έχει αποφραχθεί όλη η ενδοτραχηλική μοίρα ή και μέρος του ενδομητρίου, εμφανίζονται περιοδικά άλγη, συνέπεια αιματομήτρας.

ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Οι σάλπιγγες είναι λεπτότατοι σωλήνες, μέσα στους οποίους πραγματοποιείται συνάντηση των σπερματοζωαρίων με το ωάριο και γίνεται η γονιμοποίηση αυτού. Ακόμα με τις σάλπιγγες γίνεται η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μητρική κοιλότητα. Οι σάλπιγγες θεωρούνται υπεύθυνες για τη στέρωση σε συχνότητα 30%.

Αίτια: Τα αίτια που προκαλούν στέρωση από τις σάλπιγγες είναι τα εξής:

1) Δυσπλασίες: οι δυσπλασίες των σαλπίνγων είναι αρκετά σπάνιες και συνοδεύονται από ανώμαλη διάπλαση μήτρα.

Σε παιδικές μήτρες π.χ. δυνατό να υπάρχουν λεπτές και φιδωτές σάλπιγγες που εμποδίζουν τη σύλληψη ή προδιαθέτουν τη σαλπινγική κύηση την λεγόμενη εξωμήτρια κύηση.

2) Εμφράξεις: οι εμφράξεις των σαλπίνγων προέρχονται, τις περισσότερες φορές, ύστερα από αποδραμούσες φλεγμονές ή ύστερα από πίεση, έλξη ή έντονη κάμψη τους, που την προκάλεσε εγκύηση, όπως η συνδεσμοπηξία. Οι εμφράξεις εμποδίζουν τη συνάντηση σπερματοζωαρίου-ωαρίου.

3) Φλεγμονές: Οι οξείες και χρόνιες σαλπινγίτιδες οι πυοσάλπιγγες και ο οξώδης σαλπινγίτιδα, που προέρχονται από χλαμύδια, γονόκοκκο, σταφυλόκοκκο, στρεπτόκοκκο, φυματίωση και άλλους παράγοντες ύστερα από μόλυνση του τραχήλου και του ενδομητρίου, προκαλούν στένωση ή έμφραξη των αυλών των σαλπίνγων, που εμποδίζουν τη συνάντηση σπερματοζωαρίου-ωαρίου ή δημιουργούν τέτοιες τοπικές συνθήκες που ελαττώνουν τη γονιμοποιητική ικανότητα των δύο κυττάρων.

Η πάθηση εκδηλώνεται συνήθως αμφοτερόπλευρα με τη μορφή της οξείας σαλπινγίτιδας με θορυβώδη κλινικά συμπτώματα, και στη συνέχεια μεταπίπτει σε χρόνια ή εκδηλώνεται από την αρχή με τη φυματίωση.

Η ένταση της φλεγμονής και ο βαθμός της στο επιθήλιο του αυλού της προκαλούμενης βλάβης, ως και οι κλινικές εκδηλώσεις, εξαρτώνται από την λοιμογόνο δύναμη των μικροβίων, της χρονικής επίδρασης αυτών επί των ιστών και από γενική κατάσταση και αντίδραση του οργανισμού.

4) Ενδομητρίωση. Η ενδομητρίωση των σαλπίγγων εμφανίζεται είτε στην επιφάνειά τους με τη μορφή σκοτεινών κηλίδων, είτε στο τοίχωμά τους με τη μορφή οζιδίων, προκαλεί στείρωση από στένωση ή έμφραξη του αυλού των σαλπίγγων ή από τη δημιουργία περικωδωνικών συμφύσεων. Επίσης προκαλεί αιτία σαλπγγικής εγκυμοσύνης.

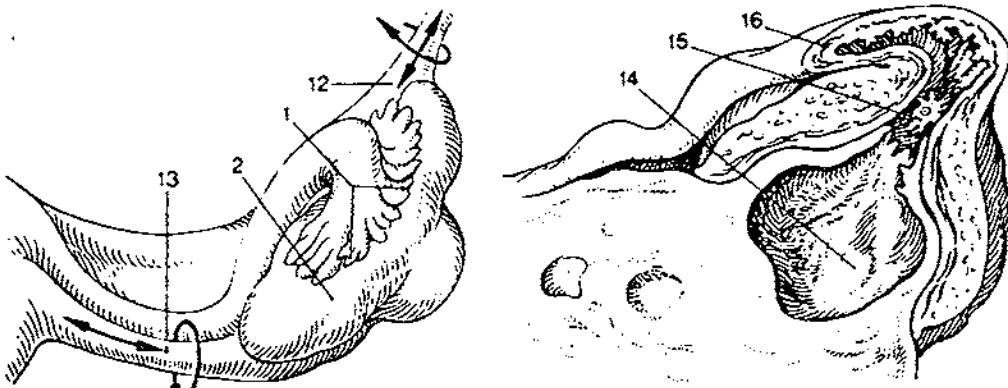
Η ενδομητρίωση αναπτύσσεται σε άτοκες ή με μικρή γονιμότητα γυναίκες, ηλικίας 30-40 ετών. Είναι όμως πιθανόν να εμφανισθεί και κάτω του 30ου έτους. Η πάθηση προσβάλλει κατά πρώτο τις ωοθήκες και μετά τις σάλπιγγες και τους συνδέσμους της μήτρας. Η διάγνωση της ενδομητρίωσης κλινικά είναι δύσκολη αν όχι αδύνατη. Λίγες είναι οι περιπτώσεις με χαρακτηριστικά συμπτώματα τα οποία εξαρτώνται από την έκταση της βλάβης. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η δυσμηνόρροια, η δυσπαρέυνια, η δυσκοιλιότητα και οι πόνοι κατά κένωση.

Σε περίπτωση ενδομητρίωσης το ποσοστό πρωτοπαθούς στείρωσης ανέρχεται σε ποσοστό 75% ενώ είναι ελάχιστος ο αριθμός των περιπτώσεων δευτεροπαθούς στείρωσης.

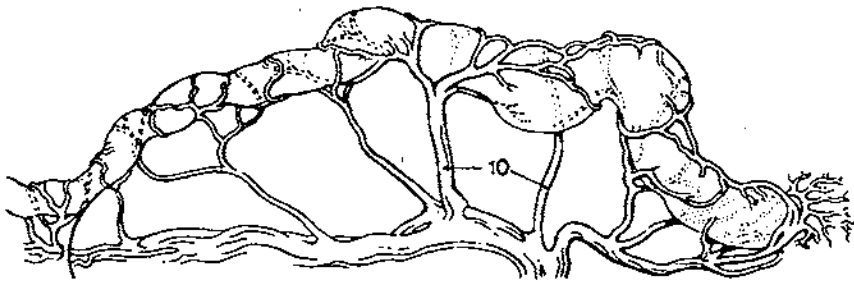
5) Δυσλειτουργίες: Στη συνάντηση σπερματοζωαρίου-ωαρίου δεν παίζει ρόλο μόνο η διαβατότητα των σαλπίγγων, αλλά και η λειτουργικότητά τους, γιατί με τις περισταλτικές κινήσεις τους και με τις κινήσεις των κρόσσων του ενδοσαλπγγίου βοηθάνε στη σύλληψη.

Εκτός από αυτό, στις ημέρες της ωοθυλακορρηξίας, το φυσιολογικό κωδωνικό άκρο των σαλπίγγων έχει την ικανότητα ν'αγκαλιάζει την ωοθήκη και να της αποσπάσει το ωάριο που ελευθερώνεται.

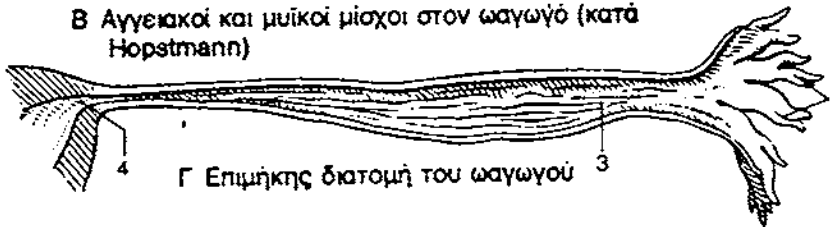
Γεννητικά Όργανα της Γυναίκας



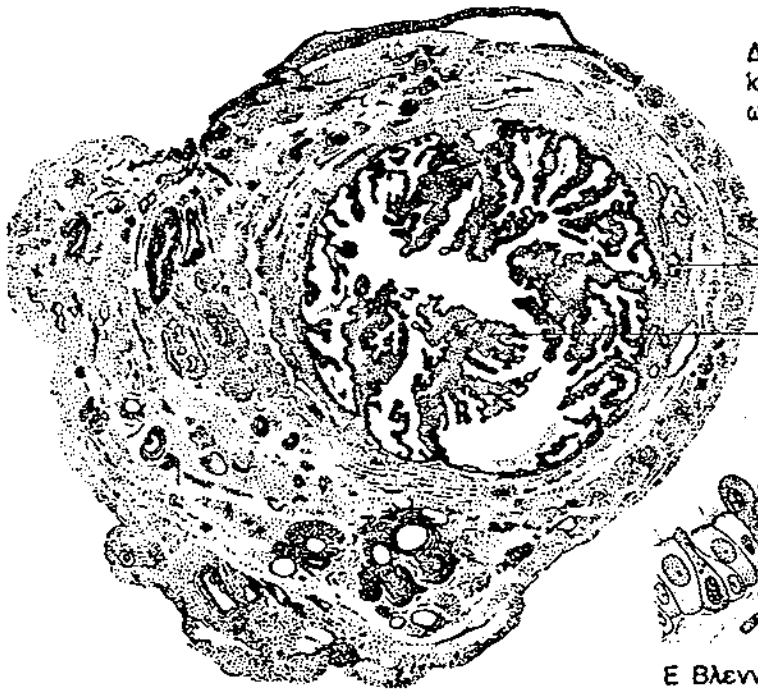
Α Σύλληψη του ωαρίου από τον ωαγωγό (κατά Martius-Droysen)



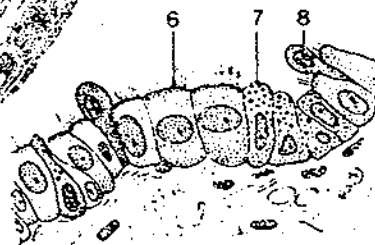
Β Αγγειακοί και μυϊκοί μίχοι στον ωαγωγό (κατά Horstmann)



Γ Επιμήκης διατομή του ωαγωγού



Δ Ιστολογική τομή του ωαγωγού



Ε Βλεννογόνος του ωαγωγού

Κατάργηση της λειτουργικότητας των σαλπίνγων ή ύστερα από αποδραμούσα φλεγμονή και εγκατάλειψη περισαλπγγικών συμφύσεων ή ύστερα από πλαστικές εγχειρήσεις σ'αυτές, δεν επιτρέπουν τη συνάντηση σπερματοζωαρίου-ωαρίου έστω και αν η διαβατότητα τους ελέγχεται φυσιολογικά με τα γνωστά διαγνωστικά μέσα.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΔΙΑΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ

Σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή στείρωση απαραίτητος είναι ο έλεγχος της λειτουργικότητας και διαβατότητας των σαλπίνγων. Ο έλεγχος αυτός επιβάλλεται σ'όλες τις περιπτώσεις, και περισσότερο σε εκείνες στις οποίες η λεπτομερής λήψη ιστορικού έδειξε ύπαρξη αποδραμούσας γονοκοκκικής λοιμώξεως ή λοιμώξεως του περιτονοίου από οποιαδήποτε μικροβιακής αιτιολογίας, προηγούμενες εκτρώσεις, εμπύρετος λοχεία εγχειρήσεις στην κοιλία και της μικρής πυέλου, αδενοπάθεια, πλευρίτις, φυματίωση κλπ παθήσεις οι οποίες εμφανίστηκαν στην παιδική ηλικία και μεταγενέστερα.

Τονίζουμε ότι ο έλεγχος των ωαγωγών επιβάλλεται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες, στις οποίες έχει διαπιστωθεί η φυσιολογική κατάσταση των σπερματοζωαρίων ή τυχόν ανωμαλία αυτών, είναι δυνατόν να ιωθεί.

Για να ελέξουμε τις σάλπιγγες χρησιμοποιούμε τις εξής μεθόδους:

- 1) την εμφύσηση των σαλπίνγων
- 2) την υστεροσαλπγγογραφία
- 3) την ενδοσκόπηση.

Με την εμφύσηση των σαλπίνγων, ελέγχουμε τη διαβατότητα και λειτουργικότητα των σαλπίνγων.

Με την υστεροσαλπγγογραφία ελέγχουμε τη διαβατότητα και

οποιαδήποτε παθολογοανατομική ανωμαλία.

Και με την ενδοσκοπηση τις δύο προηγούμενες μεθόδους.

Η εμφύσηση μπορεί να ξαναεπαναληφθεί και είναι κατάλληλη και για συντηριτική θεραπευτική αγωγή.

ΩΟΘΗΚΕΣ

Σε συχνότητα 15-20% τα αίτια της στειρώσης οφείλονται στις ωοθήκες. Αυτό μπορούμε να το διακρίνουμε σε δύο ομάδες. Σ'αυτά που εμποδίζουν την ωοθυλακιορρηξία, και σ'αυτά που εμποδίζουν τη σύλληψη, ενώ υπάρχει ωοθυλακιορρηξία.

1) Στα όσα εμποδίζουν την ωοθυλακιορρηξία ανήκουν:

- α) Οι όγκοι των ωοθηκών.
- β) Το σύνδρομο TURNER.
- γ) Οι πολυκυστικές ωοθήκες.
- δ) Οι ανθεκτικές στην επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών.
- ε) Οι ενδυματικές διαταραχές των ωοθηκών. Ωοθήκες.
- στ) Οι φλεγμονές.
- ζ) Η ενδομητρίωση, που ίσως προκαλεί ωχρινοποίηση ατρητών ωοθυλακίων ή επειδή συνοδεύεται από έκκριση προσταγλανδινών, αυτές προκαλούν ωχρινόλυση.

2) Στα όσα εμποδίζουν τη σύλληψη, ενώ υπάρχει ωοθυλακιορρηξία ανήκουν:

- α) Η ενδοωοθυλακική ωοτοκία, δηλαδή, ενώ στο ωοθυλάκιο ωριμάζει και τα κύτταρα του γίνονται ωχρινοφόρα, ωάριο δεν ελευθερώνεται.
- β) Η παραμονή του ωαρίου, που ελευθερώθηκε μετά την ωοθυλακιορρηξία μέσα στην ίδια την κοιλότητα του σπασμένου ωοθυλακίου.

γ) Η αδυναμία σχηματισμού ωχρού σωματίου, ενώ υπήρξε ωθυλακιορρυξία.

δ) Η μικρή διάρκεια ζωής του ωχρού σωματίου, που εμφανίζεται σε συχνότητα 3% σε γυναίκες με υπερπρολακτιναιμία, σε όσες έπαθαν 3 τουλάχιστον αυτόματες εκτρώσεις, σ'όσες σταμάτησαν τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων (για 1-3 μήνες).

ε) Το επίμονο ωχρό σωματίο, όταν δηλαδή αυτό βρίσκεται στην ίδια εκκριτική του δραστηριότητα σ'όλη τη διάρκεια της ζωής του.

στ) Το ανώμαλο ωάριο, δηλαδή η απελευθέρωση ωαρίου, που δεν εκπληρώνει τις φυσιολογικές του ιδιότητες.

Υπολογίστηκε, πως μόνο το 60-70% των ωαρίων είναι κατάλληλα για γονιμοποίηση. Η αναλογία αυτή γίνεται μικρότερη, όσο μεγαλώνει η γυναίκα. Υπολογίστηκε ακόμη, πως σε συχνότητα 50-70% οι ανωμαλίες αυτές του ωαρίου δυνατό να προκαλέσουν πρόωμη αυτόματη έκτρωση.

ΑΠΟ ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Υποθάλαμος

Όπως και στη φυσιολογία του υποθαλάμου, αναφέρονται διαταραχές της έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης του GURH, επηρεάζουν τη λειτουργία της υπόφυσης και των ωθηκών. Τέτοιες διαταραχές συμβαίνουν σε παθήσεις του, όπως στο σύνδρομο του KALMANN (ελαττωμένη έκκριση GURH, υπογοναδισμός ανοσμία ή υποσμία), σε χορήγηση γοναδοτρόπων ορμονών και σε σύνδρομο ARGONZ-AHUMADA-DEL που οφείλεται σε ιδιοπαθή υποθαλαμική δυσλειτουργία.

Τη λειτουργία του υποθαλάμου επηρεάζουν και συναισθηματικές διαταραχές, το φως, ο ήχος, οι έντονες οσμές κλπ.

2. Υπόφυση

Οι διαταραχές της λειτουργίας της υπόφυσης, μαζί με τις ανωμαλίες της εμμηνορυσίας, προκαλούν και έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας. Οι υποφυσιακές ανωμαλίες σπάνια διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία του άξονα και ολόκληρου του οργανισμού με αποτέλεσμα αν εγκατασταθούν πριν την ήβη να μην εμφανισθούν δευτερογενείς χαρακτήρες στη γυναίκα.

ΟΙ παθήσεις οι οποίες οφείλονται σε σοβαρές βλάβες της υπόφυσης είναι:

- α) Η νόσος του SHEEHAN
- β) Το σύνδρομο CHIANI-FROMMEL
- γ) Το σύνδρομο ARQOZ-DEL-CASTILLO
- Δ) Καθολική ή μερική υποφυσιακή ανεπάρκεια
- ε) Νεοπλάσματα της υπόφυσης
- στ) Ακρομεγαλία

ζ) Το σύνδρομο CUSHING πρέπει να παραπέμπωνται σε ειδικό ενδοκρινολόγο.

Οι περισσότερες γυναίκες που πάσχουν από τις νόσους αυτές πλην της νόσου του CHIANI-FROMMEL και του συνδρόμου ARQOZ-DEL CASTILLO οι οποίες εκδηλώνονται μετά τον τοκετό και εμφανίζουν δευτεροπαθή στείρωση δεν προσφεύγουν στο γυναικολόγο ούτε καν για θεραπεία προς επίτευξη γονιμοποίησης.

Εκτός όμως αυτών, οι απλές διαταραχές της υπόφυσης οι οποίες προκαλούν την εκδήλωση πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς στείρωσης και ανωμαλιών του γεννητικού κύκλου δεν είναι σπάνιες.

Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις και κυρίως δευτεροπαθούς αμηνόρροιας με εκδήλωση τη στείρωση, οι οποίες οφείλονται σε λεπτότατες διαταραχές της υπόφυσης, οι οποίες δεν είναι δυνατόν να ελέγχουν με τις μέχρι σήμερα μεθόδους.

Στις περιπτώσεις αυτές οι ωοθήκες παρουσιάζονται φυσιολογικές άνευ όμως ικανής παραγωγής θυλακίνης, συνέπεια ανεπαρκούς ή μη παραγωγής F.S.H. ή L.H. Γι' αυτό πρέπει να ελέγχεται η φυσιολογική λειτουργία των ωοθηκών και των υπόλοιπων γεννητικών οργάνων και να ακολουθήσει η ενδεικνυόμενη θεραπευτική αγωγή προς πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας και επίτευξη γονιμοποίησης.

3. Θυροειδής αδένας

Η δυσλειτουργία του θυροειδούς αδένος σπάνια επηρεάζει τον άξονα υποθάλαμος υπόφυση-ωοθήκες.

Έτσι στον υπερθυροειδισμό δυνατό να έχουμε διαταραχές της εμμηνορρησίας, μέχρι δευτεροπαθή αμηνόρροια και διαταραχές της σεξουαλικής δραστηριότητας της γυναίκας (αύξηση ή ελάττωση). Στον υποθυροειδισμό συχνά υπάρχει μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και εμφάνιση μηνορραγιών ή μητρορραγιών ή σπάνια αραιομηνόρροια ή δευτεροπαθής αμηνόρροια.

4. Επινεφρίδια

Η συγγενής υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων σπάνια επηρεάζει τη λειτουργία των ωοθηκών και προκαλεί στείρωση.

Η διαταραχή αυτή οφείλεται σε συγγενή, μερική ή ολική ανεπάρκεια ενός ή περισσοτέρων ενζύμων του φλοιού των επινεφριδίων με συνηθέστερη την ανεπάρκεια του ενζύμου 21-υδροξυλάση.

Έτσι παράγονται μεγάλα ποσά ανδρογόνων ορμονών, που

προκαλούν ανωμαλίες στη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες.

5. Ψυχογενής παράγοντας

Έχει διαπιστωθεί, πως σε συχνότητα 30% είναι δυνατό η στειρώση της γυναίκας να οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια. Τέτοια είναι οι συναισθηματικές αστάθειες, οι φοβίες, τα άγχη, τα συμπλέγματα ενοχής, η καταπόνηση της γυναίκας από αλληπάλληλους και άσκοπους ελέγχους και υπερθεραπείες κλπ.

Παράδειγμα τέτοιων επιδράσεων αποτελούν οι διαταραχές του γεννητικού κύκλου, δυσμηνόρροια και σπανιότερα αμηνόρροια στο τμήμα του γεννητικού συστήματος, έτσι ώστε να εμποδίζεται η ομαλή πορεία των σπερματοζωαρίων και να καθιστά ανέφικτη τη γονιμοποίηση.

Επίσης παρατηρούνται διαταραχές της λειτουργίας του αναπαραγωγικού συστήματος, που εμφανίζονται κυρίως σε έγκλειστες ψυχιατρείων ή στρατοπέδων ή φυλακών και σε γυναίκες σε κατάσταση πολέμου. Ακόμα, παρατηρείται δυσπαρευνεια, γενετήσια ψυχρότητα, αύξηση του τόνου του μυομητρίου, ψευδοκύηση. Κάτι άλλο που μπορεί να θεωρηθεί αίτια στειρώσης σε μια γυναίκα είναι και ο μη συντονισμένος οργασμός στο ζευγάρι.

Η δυσπαρευνία προκαλεί μεγάλη αδυναμία στην επιτέλεση της συνουσίας του δημιουργημένου τοπικού πόνου. Το οικογενειακό περιβάλλον είναι πολλές φορές υπεύθυνο για την παθολογική αυτή κατάσταση, με τη συνεχή πίεση προς συγκράτηση της γενετησιακής ορμής. Επίσης υπεύθυνοι μπορεί να θεωρηθούν θρησκευτικές ή κοινωνικομορφωτικές επιφράσεις.

Επιπλέον φοβία προς το αντίθετο φύλο και απώθηση συνειδητή

ασυνείδητη, αδυναμία γενετισιακής ωθήσεως, αντίθετα αισθησιακά ερεθίσματα, συμπλέγματα ενοχής κλ. γενετισιακή ασυμβατότητα ή κακή προσαρμογή, είναι δυνατό να έχουν σαν αποτέλεσμα εκδήλωση ανικανότητας στη γυναίκα η οποία μένει πάντοτε με την εντύπωση ότι ο πόνος κατά τη συνουσία θα είναι έντονος, αν και κανένα τοπικό αίτιο δεν συμβάλλει γι' αυτή την εκδήλωση. Ο φόβος για τον πόνο που δημιουργείται κατά τη συνουσία είναι δυνατόν ν' αντιμετωπιστεί εύκολα, αν εξηγηθεί με λεπτότητα στην γυναίκα ότι η κατάσταση αυτή οφείλεται σε μικρή άνευ σημασίας τοπικής ανωμαλίας και ότι αυτή με μικρή νάρκωση επέμβαση τακτοποιείται.

Κατά την επέμβαση γίνεται ρήξη του παρθενικού υμένα, και δεν τοποθετούμε ράμματα. Στη συνέχεια επιβάλλεται να δοθεί μετά λεπτομερή εξήγηση ότι η συνουσία θα είναι στο μέλλον ανώδυνη.

6. Γενετισιακή ψυχρότητα

Είναι δυνατόν να προκληθεί και από τα παραπάνω που αναφέρθηκαν, αλλά ακόμα και από αίσθημα ντροπής ή φόβου ή φαντασιώσεων.

Επίσης, ένα απλό αίτιο στειρώσεως μπορεί να θεωρηθεί και η ψυχρότητα και μάλιστα σε περιπτώσεις στις οποίες επιτελείται η συνουσία.

Επίσης από απρεπή ή βίαια συμπεριφορά του άνδρα κατά την επιτέλεση της συνουσίας.

Αυτές οι ψυχογενείς ανωμαλίες φθάνουν κάποτε μέχρι αποστροφή τόσο προς τη γενετισιακή πράξη όσο και προς το έτερο φύλο. Ακόμα η αδυναμία οργασμού της γυναίκας είναι δυνατόν να προ-

καλέσει διαταραχή στην πορεία των σπερματοζωαρίων. Σε αυτό θα πρέπει να συμβάλλει η έλλειψη συσπάσεων του μυϊκού συστήματος του κόλπου, των ιερομητρικών και των στρογγυλών συνδέσμων.

Με τον οργασμό συστέλονται οι ανώτεροι μύες και σύνδεσμοι και αυτό επιτυγχάνει βαθύτερη εισδοχή και σύσφιξη του πέους εντός του δημιουργημένου βαθύτερου κόλπου.

Η έλλειψη οργασμού ως αίτιο στειρώσεως εμφανίζεται σε οπίσθια κλίση και κάμψη της μήτρας οπότε συμμετέχουν πλέον και ανατομικές συνθήκες στην έλλειψη οργασμού.

Βάση των παραπάνω για να καταστεί δυνατός ο έλεγχος της ψυχογενούς αιτιολογίας στειρώσεως, επιβάλλεται ειδική μελέτη της εξεταζόμενης γυναίκας. Γι' αυτό ο FORD προς διευκόλυνση του θεράποντα γυναικολόγου θέτει το εξής ερωτηματολόγιο:

1. Γιατί επιθυμείτε παιδί;
2. Η ανατροφή του παιδιού επιθυμείτε να είναι η ίδια με εκείνη την οποία εφάρμοσε η μητέρα σας;
3. Αν όχι ποια θα εφαρμόσετε εσείς;
4. Τί τύπος είναι ο σύζυγός σας; Πως θα θέλατε να είναι;
5. Επιθυμείτε να εργάζεσθε ή να ασχολήσθε με τα οικιακά;
6. Επιθυμείτε αγόρι ή κορίτσι;
7. Γενετησιακή σφαίρα: Πονάτε κατά τη συνουσία; Αισθάνεστε απόλαυση κατά τη συνουσία; Νομίζετε ότι ο άνδρας βρίσκεται γενετησιακός σε πλεονεκτική θέση έναντι της γυναίκας;
8. Πόσα παιδιά επιθυμείτε;

Όπως καταλαβαίνουμε, η ανθρώπινη ψυχή είναι κάτι πολύ λεπτό και χρειάζεται επίσης λεπτή μεταχείριση για να εξακολουθεί

να αντιδρά σε φυσιολογικά επίπεδα. Κάθε υπερβολή μπορεί να βλάψει το άτομο, είτε άνδρας είναι είτε γυναίκα.

9. Διαιτητικά.

Η υποβιταμίνωση και ο υποσιτισμός, όπως αντίθετα, η παχυσαρκία, έχουν επίδραση πάνω στην ωθητική λειτουργία και προκαλούν διαταραχές σ' αυτήν.

10. Βλαβερές συνήθειες.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος, είτε είναι αυτή οξεία (μέθη), είτε είναι χρόνια (αλκοολισμός) είναι δυνατόν να προκαλέσουν στέρωση από βλάβη των ωαρίων. Η κατάχρηση καπνίσματος δυνατόν να έχει τα ίδια αποτελέσματα από βλαβερή επίδραση της νικοτίνης.

Επίσης ο εθισμός στα ναρκωτικά μειώνει την ωθητική δραστηριότητα.

11. Ακτινοβολία.

Οι ακτίνες X και ραδίου, είναι δυνατόν, σε σπάνιες περιπτώσεις, να προκαλέσουν στέρωση από βλαβερή επίδρασή τους στα ωοθυλάκια.

12. Χημικοί παράγοντες.

Η χρησιμοποίηση αντισηπτικών πλύσεων του κόλπου για θεραπευτικούς σκοπούς και η χρησιμοποίηση αλοφών κατά τη συνουσία, είναι δυνατόν να προκαλέσουν στέρωση από καταστροφή των σπερματοζωαρίων.

13. Κολλεοσπασμός

Είναι ο ακούσιος σπασμός του έξω τριτημορίου του κόλπου, που κάνει αδύνατη τη συνουσία. Τα αίτια του είναι ψυχολογικά (ανικανότητα συζύγου, αυστηρές οικογενειακές και θρησκευτικές

πεποιθήσεις, βιασμός) και οργανικά (δυσπαρευνία, ενδομητρίωση, φλεγμονές, όγκοι).

14. Γενικές παθήσεις.

Βαριά λοιμώδη νοσήματα, βαριές αναιμίες, νευρολογικά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης, ανοικτή φυματίωση, έλκη του πεπτικού συστήματος, που αιμορραγούν και καρδιοπάθειες, επιδρούν στη λειτουργία των ωοθηκών και προκαλούν διαταραχές της εμμηνορροΐας και έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ

Για να οδηγηθούμε εύκολα στη διάγνωση των αιτιών, που προκαλούν στέρωση στη γυναίκα, μπορούμε να συμβουλευτούμε την παρακάτω κατάταξη, που πρότεινε η Π.Ο.Υ.

Ύστερα, θα αναφερθούμε ξεχωριστά στις διαγνωστικές μεθόδους, που θα χρησιμοποιήσουμε για την ανεύρεση των αιτιών στέρωσης.

Σύμφωνα με την κατάταξη αυτή, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος, ξεχωρίζουν σε 7 ομάδες.

Ομάδα I

Στην ομάδα αυτή ανήκει η ανεπάρκεια του υποθαλάμου και της υπόφυσης. Διαγνωστικά ευρήματά μας θα είναι η ελαττωμένη έκκριση της εκλυτικής ορμόνης του υποθαλάμου, των γοναδοτρόπων ορμονών (F.S.H.-L.H.) και των οιστρογόνων ορμονών.

Η προλακτίνη είναι φυσιολογική και δεν υπάρχει χωροκατακτητική επεξεργασία στην περιοχή του υποθαλάμου και της υπόφυσης.

Ομάδα II

Στην ομάδα αυτή ανήκει η δυσλειτουργία του υποθαλάμου και της υπόφυσης.

Διαγνωστικά ευρήματά μας θα είναι οι φυσιολογικές τιμές των γοναδοτρόπων ορμονών, η διαταραχή της παλίνδρομης αλληλορύθμισης μεταξύ αυτών και των ωθητικών ορμονών, η φυσιολογική προλακτίνη, οι φυσιολογικές οιστρογόνες ορμόνες, οι διαταραχές της εμμηνορρησίας και η έλλειψη ωθηλακιορρηξίας.

Ομάδα III

Στην ομάδα αυτή ανήκει η πρωτοπαθής ωοθηκική ανεπάρκεια. Διαγνωστικά ευρήματά μας θα είναι οι αυξημένες τιμές της F.S.H. οι φυσιολογικές τιμές της προλακτίνης, η συγγενής βλάβη των ωοθηκών και η αμηνόρροια.

Ομάδα IV

Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι βλάβες του γεννητικού σωλήνα. Διαγνωστικά ευρήματά μας θα είναι η πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια.

Ομάδα V

Στην ομάδα αυτή υπάρχει βλάβη υποθαλάμου και της υπόφυσης. Διαγνωστικά ευρήματά μας θα είναι η υπερπρολακτιναιμία με χωροκατακτητική βλάβη του υποθαλάμου και της υπόφυσης, οι διαταραχές της εμμηνορρυσίας και η έλλειψη ωόθηλακιορρηξίας.

Ομάδα VI

Στην ομάδα αυτή υπάρχει βλάβη του υποθαλάμου και της υπόφυσης. Διαγνωστικά ευρήματά μας θα είναι οι φυσιολογικές τιμές της προλακτίνης και η αμηνόρροια.

Στην πράξη αποδεικνύεται, πως κατά σειρά συχνότητας οι διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος αφορούν τις ομάδες II, IV και I. Οι άλλες ομάδες είναι σπάνιες.

Έτσι, διαπιστώνουμε πως οι περισσότερες γυναίκες ανήκουν στην ομάδα με δυσλειτουργία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση και σε δεύτερη μοίρα έρχονται αυτές που ανήκουν στην ομάδα με συγγενή ή επίκτητη βλάβη, που εντοπίζεται στο γεννητικό σύστημα και ειδικότερα στη μήτρα.

Μετά τα παραπάνω θ'αναφερθούμε στις διαγνωστικές μεθόδους, που θα χρησιμοποιήσουμε για την ανεύρεση των αιτιών της στειρώσεως, ξεχωριστά για το καθένα από αυτά, αφού πρώτα τα διακρίνουμε σ'αυτά που αφορούν το γεννητικό σύστημα και στα εξωγεννητικά.

ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Για τις διαγνωστικές μεθόδους, που θα χρησιμοποιήσουμε για την ανεύρεση των αιτιών στειρώσεως από το γεννητικό σύστημα, θα ακολουθήσουμε την ίδια σειρά που ακολουθήσαμε περιγράφοντας τα αίτια.

Κόλπος

1. Τις δυσπλασίες του κόλπου θα τις διαγνώσουμε με επισκόπηση και ψηλάφηση.
2. Τις φλεγμονές του από τα συμπτώματά τους και από την εξέταση του κολπικού επίχρισματος.

Το κολπικό έγκριμα λαμβάνεται κατά τις ημέρες όπου δεν υπάρχει Ε.Ρ. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι για 24 ώρες το λιγότερο αποφυγή οποιασδήποτε ενέργειας στον κόλπο, όπως η κολπική εξέταση, συνουσία, πλύσεις, τοποθέτηση διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων κλπ.

Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να ελεχθεί το κολπικό έγκριμα από κάθε πλευρά χωρίς να οδηγηθούμε σε λάθος συμπεράσματα. Αυτό λαμβάνεται, κατόπιν προσεκτικής τοποθέτησης των κολποδιαστολέων, από το οπίσθιο κολπικό θόλο και των πλάγιων κολπικών θόλων. Σε αυτό θα εντάξουμε το ΡΗ του περιβάλλοντος, την τυχόν ύπαρξη φλεγμονής και επιπλέον θα μελετήσουμε το επίχρισμα.

3. Τα νεοπλάσματά του με την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Τράχηλος

1. Τις δυσπλασίες του τραχήλου θα τις διαγνώσουμε με την επισκόπηση και την υστερογραφία.

Υστερογραφικά θα διαγνώσουμε το σπασμό του, τη στένωσή του και την ανεπάρκειά του ύστερα από επέμβαση.

Την ανεπάρκειά του μπορούμε να τη διαγνώσουμε και με τη χρησιμοποίηση κηρίων του HEWAR. Ανεπαρκής είναι ο τράχηλος, που αφήνει να περάσει το κηρίο νούμερο 8.

Η υστερογραφία για τον έλεγχο της ανεπάρκειας του τραχήλου πρέπει να εκτελείται στη δεύτερη φάση του κύκλου, τότε που αυτός είναι κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης, πρέπει να είναι στενός.

2. Τις φλεγμονές του τραχήλου θα τις διαγνώσουμε εύκολα με την επισκόπηση του τραχήλου και ουσιαστικά με τη λεπτομερή μακροσκοπική και μικροσκοπική μελέτη της βλέννης όπως και των τραχηλικών και κολπικών επιχρισμάτων.

Η εξέταση της βλέννας πρέπει να γίνεται κατά τη φάση της ωοθυλακιορρηξίας, οπότε η βλέννα είναι φυσιολογικά διαυγής, άφθονη και με αυξημένη νηματοειδή εκτασιμότητα.

Κατά τη φάση αυτή σε περίπτωση φλεγμονής και ανάλογα της βαρύτητάς της η βλέννα παρουσιάζεται μακροσκοπικά θολή, παχύρρευστη, με λευκές ίνες και με ελαττωμένη νηματοειδή εκτασιμότητα.

Μεγαλύτερη όμως διαγνωστική αξία αποκτά η μικροσκοπική εξέτασή της. Σε περίπτωση φλεγμονώδους βλέννας παρατηρούνται στο επίχρισμα αφθονώτατα λευκοκύτταρα, συγκολλημένα σε ομάδες

ή κατά σωρούς ανάλογα με τη βαρύτητα της φλεγμονής και τα ενδοτραχηλικά κύτταρα, τα οποία βρίσκονται είτε μεμονωμένα είτε σε ομάδες είτε κατά σωρούς.

Κατά τη δοκιμασία SIMS-HUENER η βλέννα εμφανίζεται με λίγα σπερματοζώαρια κατά οπτικό πεδίο, τα οποία κάποτε έχουν προοδευτική κίνηση, συνήθως όμως τρομώδη επί τόπου ή είναι νεκρά. Φαίνεται ότι η φλεγμονώδης βλέννα δρα τοξικά στα σπερματοζώαρια και αυτό παρά τη φυσιολογική κατάσταση τους, τα σπέρματα ή νεκρώνονται ή η κίνησή τους επιβραδύνεται. Είναι δυνατόν όμως να ανευρεθούν κατά τόπους εντός της φλεγμονώδους βλέννας φυσιολογικά κινούμενα σπερματοζώαρια, όπου τα φλεγμονώδη στοιχεία είναι περιορισμένα.

3. Τα νεοπλάσματα, του τραχήλου θα τα διαγνώσουμε με την επισκόπηση, την ψηλάφιση και υστερογραφικά ή υπερηχογραφικά.

4. Τους αναστολογικούς παράγοντες, που επεμβαίνουν στις σχέσεις βλέννας σπερματοζωαρίου, θα τους διαγνώσουμε με ειδικές εξετάσεις.

ΣΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ

1. Τις δυσπλασίες της μήτρας δεν είναι εύκολο να τις διαγνώσουμε με τη γυναικολογική εξέταση όσο επιστάμενη και λεπτομερής και αν είναι αυτή.

Σε μερικές μόνο περιπτώσεις αν αναφέρεται στο αναμνηστικό της γυναίκας έκτρωση, πρώιμοι ή πρόωροι τοκετοί με την αμφίχειρο εξέταση διαπιστωθεί το σώμα της μήτρας σε έντονη πλάγια κλίση και στο κατώτερο τμήμα αυτής ψηλαφηθεί επιμήκης διόγκωση, είναι δυνατόν να τεθεί η υπόνοια για μονόκερη μήτρα. Επίσης, αν ψηλαφηθούν δύο μικροί επιμήκεις όγκοι οι οποίοι

εξέρχονται από το έσω τραχηλικό στόμιο, είναι δυνατόν να θέσουν την υπόνοια για διδελφους μήτρας. Γι' αυτό μετά από εκτρώσεις ή πρόωρο τοκετό ή επί υπόνοια ανωμαλίας διαπλάσεως, επιβάλλεται η υστεροσαλπινγογραφία, η οποία θα δώσει τη σωστή διάγνωση.

Η υστεροσαλπινγογραφία επιβάλλεται κατά κανόνα, έστω και αν οι ωαγωγοί βρεθούν διαβατοί μετά από την κυμογραφική εμφύσηση.

2. Τις ανώμαλες τοπογραφικές θέσεις της μήτρας με την ψηλάφηση η υστεροσαλπινγογραφία δεν μας βοηθάει στη διάγνωση τους.

Για τον έλεγχο σπερματοζωαρίων στην ενδομήτρια κοιλότητα, όταν η μήτρα δεν βρίσκεται στη φυσιολογική της θέση, καταφεύγουμε στην εισρόφηση του περιεχομένου της και στο μικροσκοπικό του έλεγχο ύστερα από συνουσία.

3. Τις οξείες φλεγμονές του ενδομητρίου θα τις διαγνώσουμε από το ιστορικό της άρρωστης, τα συμπτώματά της και την κλινική της εξέταση.

Στις χρόνιες φλεγμονές και στην φυματίωση του ενδομητρίου η διάγνωση δεν είναι τόσο εύκολη. Στη διάγνωση της φυματίωσης του ενδομητρίου θα οδηγηθούμε κυρίως από το ιστορικό της ασθενούς.

Αποδράμουσα φυματίωση των πνευμόνων, πλευρίτις ή περιτονίτις σε οποιαδήποτε ηλικία και αν εμφανίστηκε, ακόμα και η απλή αδενοπάθεια, θα μας δώσει την ένδειξη ώστε να αναζητήσουμε την αιτία της στειρώσης, στη φυματίωση του ενδομητρίου ή των εξαρτημάτων.

Η διάγνωση γίνεται ακόμα πιο εύκολη αν η ασθενής αναφέρει δευτεροπαθή αμηνόρροια ή ολιγομηνόρροια όπως και άλλες παθολογικές εκδηλώσεις συνοδευόμενες ή όχι από αυξημένη καθίζηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή αύξηση του αριθμού των λευκών.

Επίσης η φυματίωση του ενδομητρίου θα διαπιστωθεί κυρίως από τη δοκιμαστική απόξεση και της ιστολογικής εξέτασής.

4. Τα νεοπλάσματα της μήτρας θα τα διαγνώσουμε με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, αν είναι μεγάλα, και αν είναι μικρά, με την υστερογραφία, την υστεροσκοπηση και την υπερηχογραφία.

Διαφορετική διάγνωση των ενδομήτριων πολυπόδων θα γίνει από τις ενδομήτριες συμφύσεις.

5. Την τονικότητα της μήτρας θα τη διαγνώσουμε με την κυμογραφική εμφύσηση των σαλπίνγων και με την υστερογραφία. Σ' αυτή θα διαπιστώσουμε, πως ο τόνος του μυομητρίου στην εικριτική φάση δεν είναι ελαττωμένος.

6. Τις ενδομήτριες συμφύσεις θα τις διαγνώσουμε με την υστεροσκοπηση και την υστερογραφία. Διαφορετική διάγνωσή τους θα γίνει όπως αναφέραμε από τις νεοπλασίες της μήτρας (πολύποδες, υποβλεννογόνα, ινομυώματα). Τα νεοπλάσματα έχουν ομαλά όρια, ενώ οι συμφύσεις ανώμαλα. Τα νεοπλάσματα μικραίνουν και εξαφανίζονται με την εισαγωγή σκιαγραφικής ουσίας στην ενδομήτρια κοιλότητα ενώ οι συμφύσεις μένουν αμετάβλητες.

7. Την ατροφία του ενδομητρίου και τις άλλες ανωμαλίες του, που οφείλονται σε ορμονικές διαταραχές, θα τις διαγνώσουμε με διαγνωστική απόξεση την 21η-24η ημέρα του ενδομητρίου κύκλου και ιστολογικό έλεγχο των ξεσμάτων.

Αυτός μπορεί να μας δείξει ατροφικό ενδομήτριο, υπερπλαστικό ενδομήτριο μονοφασικό κύκλο, ωχρινική ανεπάρκεια, ανώμαλη ανάπτυξη ενδομητρίου.

ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

1. Τις δυσπλασίες των σαλπίγγων, που είναι σπάνιες, θα τις διαγνώσουμε υστεροσαλπιγγογραφικά και με λαπαροσκόπηση.

2. Τις εμφράξεις των σαλπίγγων θα τις διαγνώσουμε με υστεροσαλπιγγογραφία. Με την ίδια μέθοδο θα διαγνώσουμε και τις υδροσάλπιγγες.

Τόσο τις εμφράξεις των σαλπίγγων, όσο και τις υδροσάλπιγγες μπορούμε να τις διαγνώσουμε και με λαπαροσκόπηση, όταν χρησιμοποιήσουμε χρωστική ουσία, όπως το κυανούν του μεθυλενίου.

3. Τις οξείες φλεγμονές θα τις διαγνώσουμε από το ιστορικό, γιατί η άρρωστη αναφέρει αποδράμουςα φλεγμονή των σαλπίγγων, παό την ψηλάφηση των σαλπίγγων και με λαπαροσκόπηση.

Με την ίδια μέθοδο θα διαγνώσουμε την ύπαρξη ενδομητρίωσης των σαλπίγγων και φυματίωση.

4. Τη λειτουργικότητα των σαλπίγγων θα τη διαγνώσουμε υστεροσαλπιγγογραφικά ή με εμφύσησή τους, αφού αποκλείσουμε την ύπαρξη φλεγμονής ή φυματίωσης.

ΩΘΗΚΕΣ

Εφόσον αποκλειστεί πάθηση των ωθηκών (φλεγμονή, ενδομητρίωση, νεοπλασία) που θα τη διαγνώσουμε με αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ή υπερηχογραφικά ή λαπαροσκοπικά, για να διαγνώσουμε τη λειτουργική δραστηριότητα των ωθηκών και ειδικότερα την ωοθυλακιορρηξία, καταφεύγουμε στις παρακάτω εξετά-

σεις και επεμβάσεις αφού λάβουμε υπόψη μας:

α. Πως απαιτείται τουλάχιστον τρίμηνη διάρκεια ελέγχου για να πούμε, πως οι ωοθήκες ωριμάζουν ή όχι ωοθυλάκια.

β. Πως σε φυσιολογικό κύκλο η ωοθυλακιορρηξία συμβαίνει ανάμεσα στην 11η ως 16η ημέρα.

γ. Πως η γονιμοποιητική ικανότητα του ωαρίου κρατάει μέχρι 24 ώρες το αργότερο μέχρι 48 ώρες.

Η διάγνωση της ωοθυλακιορρηξίας είναι κλινική και εργαστηριακή. Επίσης γίνεται ύστερα από επεμβάσεις.

1. Κλινική εικόνα

Η διάγνωση της ωοθυλακιορρηξίας στηρίζεται στην εμφάνιση χαρακτηριστικού πόνου στο υπογάστριο, που ίσως συνοδεύεται από την παρουσία μικρής ποσότητας αίματος από το γεννητικό σύστημα. Το αίμα αυτό προέρχεται από τη ρήξη του ωοθυλακίου. Άλλες φορές η γυναίκα αναφέρει αίσθημα τάσης των μαστών ύστερα από την ωοθυλακιορρηξία, που κρατάει σ'όλη τη διάρκεια της εκκριτικής φάσης. Κλινικά η διάγνωση της ωοθυλακιορρηξίας γίνεται και με την επισκόπηση του τραχηλικού στομίου, που εμφανίζεται ανοικτό, και την ποσότητα, τη διαύγεια και τη νηματοειδή εκτασιμότητα της τραχηλικής βλέννας.

Επίσης με το θερμομετρικό διάγραμμα. Με το θερμομετρικό διάγραμμα επιτυγχάνεται η παρακολούθηση της καθημερινής θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μας βοηθάει να μελετήσουμε τη λειτουργία των ωοθηκών και να προσδιορίσουμε την ημέρα της πιθανής ωοθυλακιορρηξίας και το βαθμό ενέργειας του ωχρού σωματίου.

Επειδή η μέθοδος αυτή είναι απλούστατη δεν ταλαιπωρεί τη

γυναίκα και είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί επί σειρά γεννητικών κύκλων.

2. Εργαστηριακή διάγνωση

Εργαστηριακά η διάγνωση της ωοθυλακιορρηξίας θα γίνει:

1. Με τον κυτταρολογικό έλεγχο των κοπλικών επιχρισμάτων.
2. Με την μικροσκοπική εξέταση της τραχηλικής βλέννας για την εκτίμηση της κρυστάλλωσής της με φύλλα φτέρης.
3. Με τον προσδιορισμό της 17-β-οιστραδιόλης, που πρέπει στην ωοθυλακιορρηξία να φτάνει τα 100-200 PQ/ML.
4. Με τον προσδιορισμό της προγεστερόνης, που πρέπει στην εκκριτική φάση να φτάνει τα 20-30NQ/ML. Αν είναι κάτω από 2-8NQ/ML, τότε πρόκειται για παθολογική εκκριτική δραστηριότητα του ωχρού σωματίου, που εκδηλώνεται ή με κοντή εκκριτική φάση (λιγότερη από 10 μέρες) ή με ανεπαρή εκκριτική φάση (14 ημέρες διάρκειας, αλλά ελλειπική την έκκριση της προγεστερόνης). Αν η προγεστερόνη βρεθεί κάτω από 1NQ/ML τότε δεν έχει συμβεί ωοθυλακιορρηξία.
5. Με τον υπερηχογραφικό έλεγχο των ωοθηκών, στον οποίο εμφανίζονται ωοθυλάκια που ωριμάζουν.
6. Με τον υπερηχογραφικό έλεγχο της ενδομήτριας κοιλότητας, που για 12-20 ώρες στον πυθμένα της μήτρας διαπιστώνεται η ύπαρξη χαρακτηριστικού δακτυλίου σε περίπτωση ωοθυλακιορρηξίας. Ο σχηματισμός του οφείλεται στην απότομη απώλεια των υγρών στοιχείων του ενδομητρίου τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Πυελική εξέταση

Η πυελική εξέταση είναι μια επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων για σημεία φλεγμονής, διόγκωσης, αιμορραγίας, εκροής υγρών ή τοπικές δερματικές και επιθηλιακές αλλαγές. Για την επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας χρησιμοποιούνται οι κολποδιαστολές (βάλβες).

α. Ετοιμασία της άρρωστης

1. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η άρρωστη χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσον και των φυσικών της προβλημάτων.

2. Παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 ώρες πριν από την εξέταση σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έγκλημα για κυτταρολογική εξέταση.

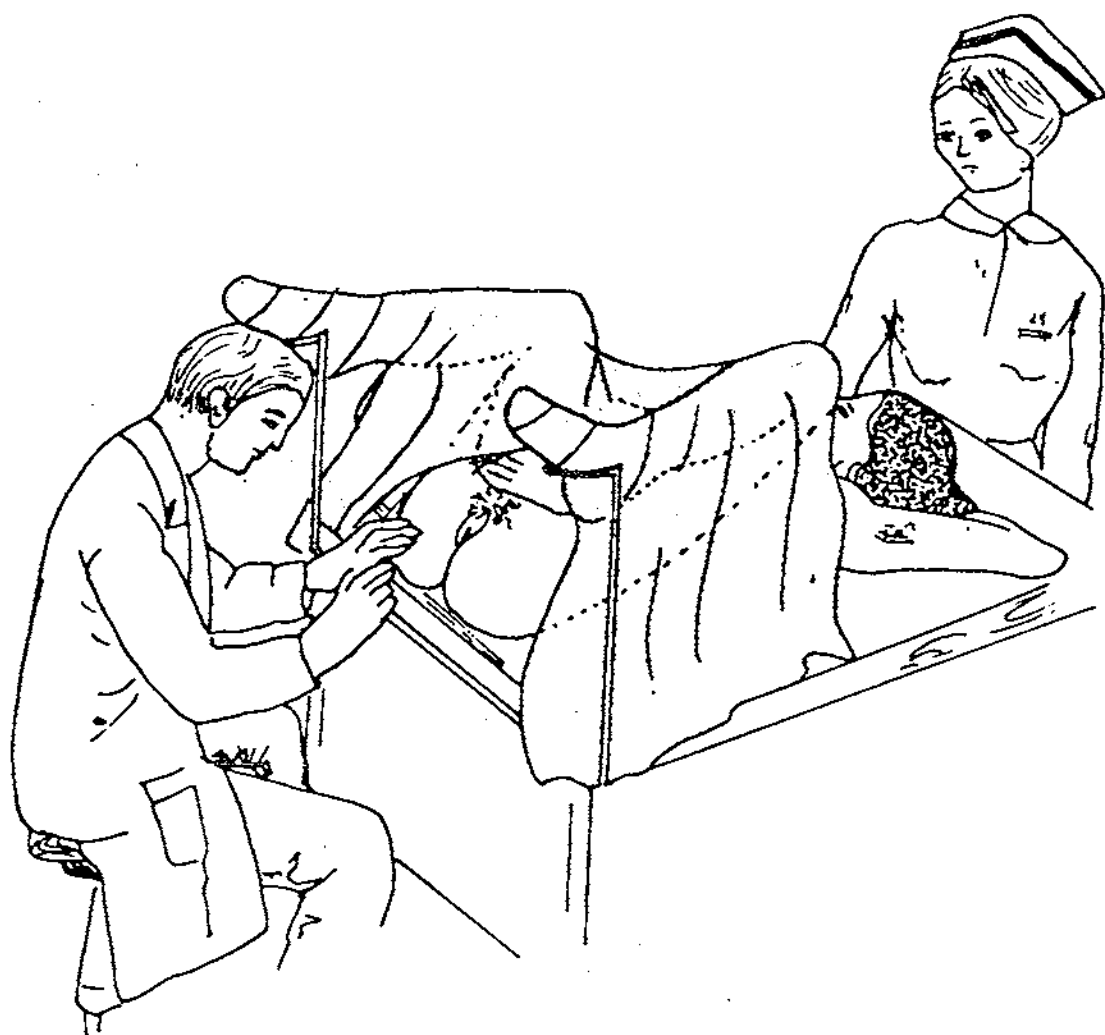
3. Παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση γιατί έτσι εξασφαλίζεται καλύτερη των περινεϊκών ιστών.

4. Αφαίρεση των περιττών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και η εξέταση της κοιλιάς.

5. Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

β. Θέσεις της άρρωστης για εξέταση

1. Θέση λιθοτομής. Η άρρωστη τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος της εξεταστικής τράπεζας. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Στη θέση αυτή τα γεννητικά όργανα είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση. Η άρρωστη καλύπτεται



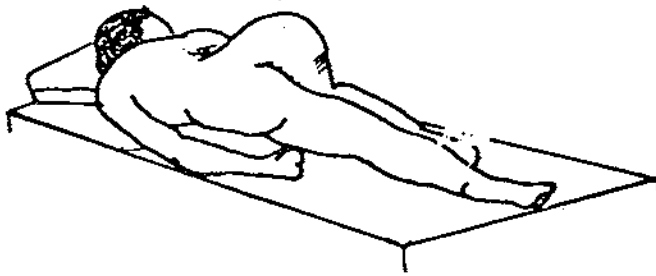
η λιθοτομής για πελδική εξέταση.

με ένα σεντόνι τοποθετημένο διαγώνια. Η μία γωνία βρίσκεται πάνω στο θώρακα και η αντίθετη της στην ηβική χώρα. Κάθε μια από τις άλλες γωνίες τυλίγεται γύρω από το κάτω άκρο. Όταν η εξέταση γίνεται στο κρεβάτι, η άρρωστη τοποθετείται εγκάρσια στο κρεβάτι με τα ισχία μόλις να εξέχουν από το χείλος του κρεβατιού. Τα πέλματα ακουμπούν στα γόνατα του εξεταστή ή σε δυο καρέκλες που τοποθετούνται κοντά στο κρεβάτι. (Εικόνα σελ. 49).

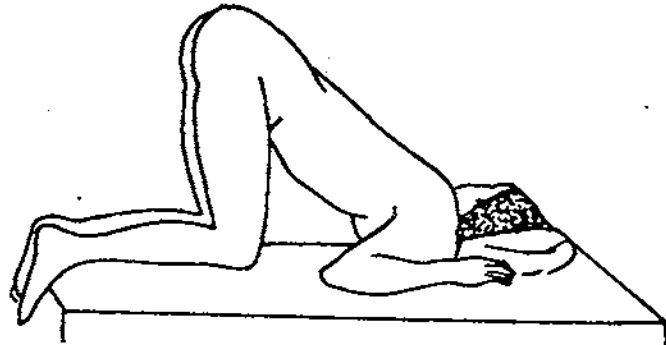
2. Θέση SIMS: Η άρρωστη τοποθετείται σε πλάγια θέση συνήθως αριστερά, με το αριστερό χέρι πίσω από την πλάτη της. Ο δεξιός μηρός και το γόνατο κάμπτονται όσο γίνεται περισσότερο, το δε αριστερό πόδι διατηρείται μερικώς κεμαμένο. Η άρρωστη καλύπτεται όπως και πιο πάνω για εύκολη έκθεση των γεννητικών οργάνων.

3. Θέση γόνατα-θώρακας. Η άρρωστη γονατίζει πάνω στο τραπέζι με τα πόδια να εξέχουν ελαφρά από το χείλος της εξεταστικής τράπεζας.

- Τα γόνατα αποχωρίζονται και οι μηροί διατηρούνται σε ορθία γωνία προς το τραπέζι.
- Η άρρωστη γυρίζει το κεφάλι της προς τη μια πλευρά, το δε πρόσωπό της και ο θώρακάς της ακουμπούν πάνω σ'ένα μαλακό μαξιλάρι.
- Με τα χέρια της πιάνει τα πλάγια της εξεταστικής τράπεζας.
- Μετά την τοποθέτησή της σε άνετη θέση, η άρρωστη καλύπτεται για εμίωση του αισθήματος της ντροπής



· Εικόνα · Θέση Sims.



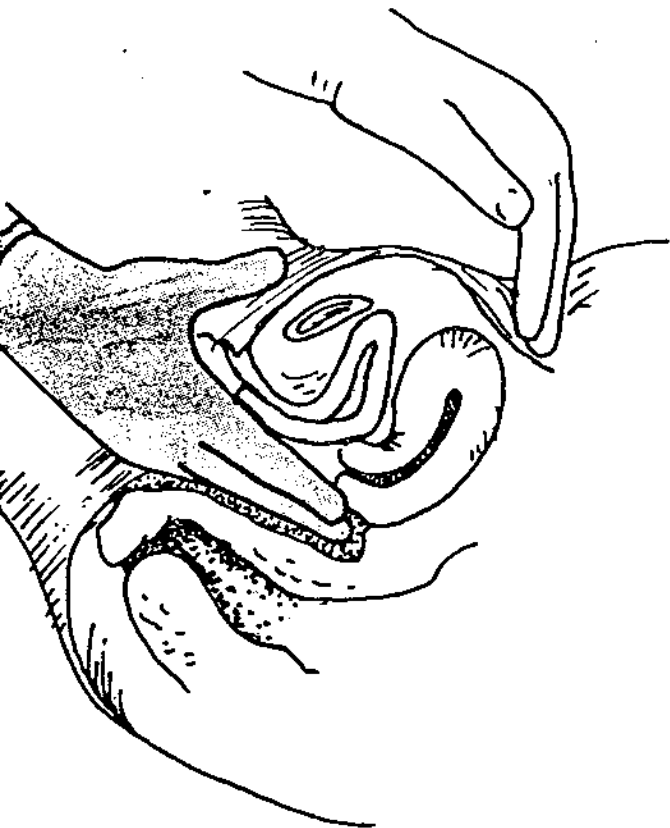
Εικόνα . , Θέση γόνατα - θώρακας.

γ. Διαδικασία πυελικής εξέτασης

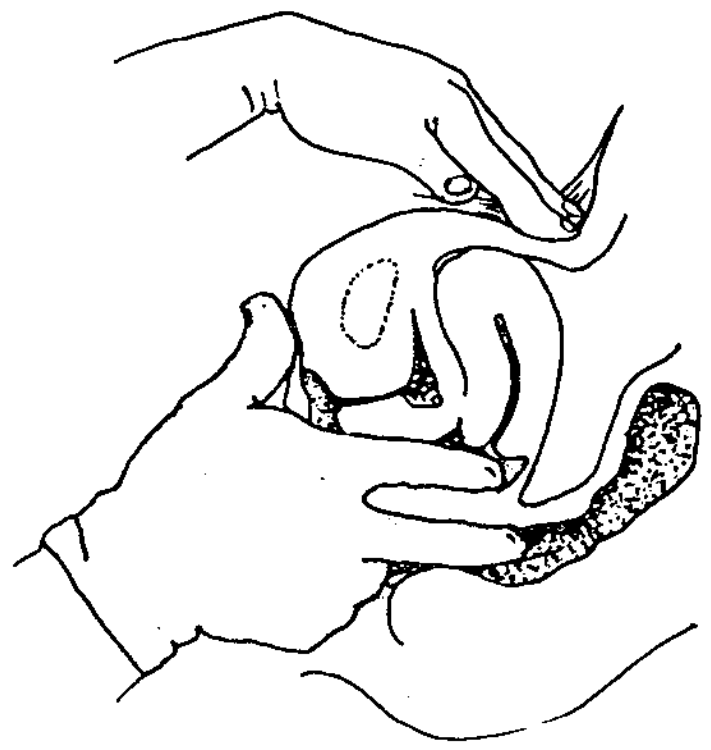
1. Αρχικά γίνεται επισκόπηση του αιδοίου για ύπαρξη ανωμαλιών, ερεθισμού, οιδήματος ή έκκρισης. Την επισκόπηση διευκολύνει ο καλός φωτισμός. Τα μεγάλα και τα μικρά χείλη ανοίγονται και εξετάζεται ο πρόδρομος του αιδοίου.

Η επισκόπηση και η ψηλάφηση των έξω γεννητικών οργάνων δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 1-2MIN, εκτός αν διαπιστωθούν παθολογικά ευρήματα, όπως εξέλκωση του αιδοίου ή των χειλέων.

2. Η επισκόπηση του κόλπου γίνεται με τη βοήθεια του κολποδιαστολέα. Της επισκόπησης του κόλπου προηγείται η δακτυλική κολπική εξέταση. Επειδή υπάρχουν διάφορα μεγέθη κολποδιαστολέων, η Νοσηλεύτρια επιλέγει που είναι κατάλληλο για την ηλικία, το μέγεθος και τις αναλογίες της άρρωστης για άρρωστες π.χ. με μικρό κόλπο χρησιμοποιούνται μικρότεροι κολποδιαστολείς. Ο κολποδιαστολέας πριν από τη χρήση του θερμαίνεται και γλισχραίνεται. Με την άρρωστη σε θέση λιθοτομής, εισάγεται ο κολποδιαστολέας στον κόλπο με ελαφρά πίεση και περιστρέφεται για να ακολουθήσει την περίμετρο του κολπικού σωλήνα. Εάν πρόκειται να ληφθεί έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση, δεν χρησιμοποιείται γλισχραιντικό, ο δε κολποδιαστολέας υγραίνεται με νερό για να διευκολυνθεί η είσοδό του. Οι γυναίκες θα πρέπει να κάνουν τουλάχιστο μια φορά το χρόνο PAP-TEST ή πιο συχνά, εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα δυνητικής κακοήθειας, όπως αιμορραγία στα μεσοδιαστήματα της έμμηνης ρύσης. Γι' αυτό το λόγο το TEST Παπανικολάου είναι εξέταση ρουτίνας κατά την πυελική εξέταση της άρρωστης αν



Εικόνα Α. Αμφίχειρη πυελική εξέταση.

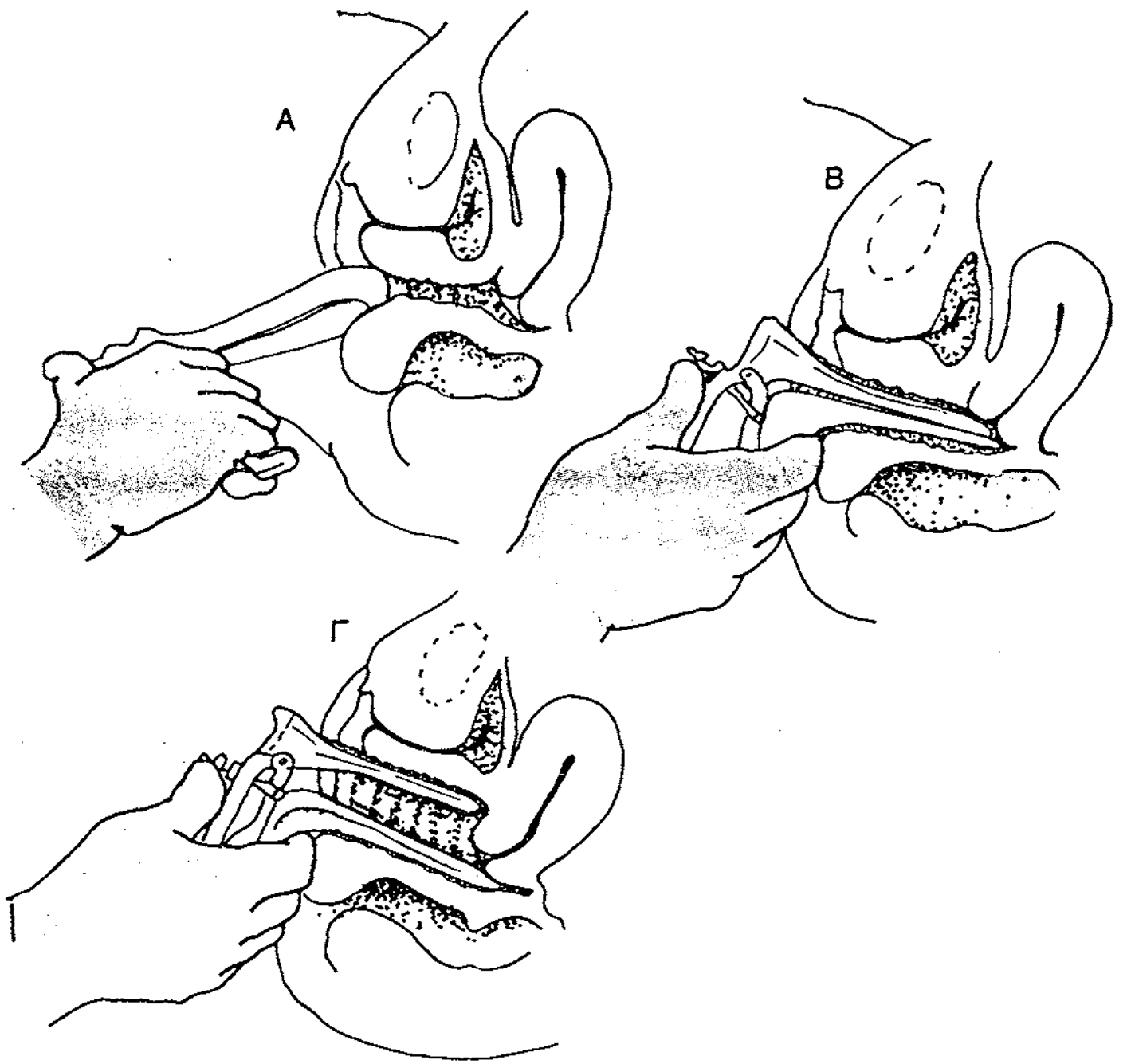


Εικόνα Β. Η τεχνική της ορθοκολπικής εξέτασης.

αυτό δεν έχει γίνει μέσα στον τελευταίο χρόνο. Μετά την εισαγωγή του κολποδιαστολέα ανοίγονται οι λεπίδες του και αποκάλυπτεται ο τράχηλος. (Εικ. σελ.61d. Για να τοποθετηθεί στον τράχηλο ο κολποδιαστολέας ίσως χρειαστεί να γίνουν ορισμένοι χειρισμοί. Ο τράχηλος εντοπίζεται από το έντονο ερυθρό χρώμα του, που διαχωρίζεται από το ελαφρό ρόδινο χρώμα του κολπικού βλεννογόνου.

Η επισκόπηση του τραχήλου περιλαμβάνει σημείωση του χρώματος όπως παθολογική ερυθρότητα και ύπαρξη αλλοίωσης, εξέλιξης πολύποδα ή αιμορραγίας. Το κολπικό τοίχωμα επίσης επισκοπείται για εξέλιξη, πολύποδες ή άλλες αλλοιώσεις. Παρατηρούνται το χρώμα και η υφή του. Κολπική έκκριση μπορεί να είναι ενδεικτική φλεγμονής ή λοίμωξης. Η λευκόρροια είναι συχνά φυσιολογική αλλά μπορεί να σημαίνει και δυσλειτουργία. Λευκωπή, κιτρινωπή ή καφεοειδής έκκριση μπορεί να σημαίνει φλεγμονή ή λοίμωξη.

3. Η αμφίχειρη πυελική εξέταση ακολουθεί μετά τη λήψη εικριματος για PAP-TEST και την αφαίρεση του κολποδιαστολέα. Γίνεται με το δείκτη και το μέσο δάκτυλο του ενός χεριού που τοποθετούνται μέσα στον κόλπο, ενώ το άλλο χέρι τοποθετείται στα κοιλιακά τοιχώματα. (Εικ. 52). Με τον τρόπο αυτό εξετάζονται τα εσωτερικά όργανα για μάζες. Τα δάκτυλα που βρίσκονται μέσα στον κόλπο ψάχνουν πρώτα να βρουν τον τράχηλο της μήτρας, ενώ με το άλλο χέρι πιέζεται το υπογάστριο από τα κοιλιακά τοιχώματα, ώστε, τα δάκτυλα που βρίσκονται μέσα στον να συναντήσουν πίσω από τον πρόσθιο κολπικό θόλο το σώμα της μήτρας. Με το χειρισμό αυτό γίνεται αντιληπτό το μέγεθος,



να Εισαγωγή κολποδιαστολέα.

η θέση και η κινητικότητα της μήτρας. Με τη βοήθεια πάντα του άλλου χεριού που πιέζει τα κοιλιακά τοιχώματα, τα ενδοκολπικά δάκτυλα αναζητούν τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Οι ωοθήκες είναι σκληρές και κινητές αλλά ευαίσθητες στην ψηλάφηση και πρώτα πρέπει να εντοπισθούν και να κρατηθούν σε θέση εξέτασης με τα δάκτυλα που βρίσκονται στον κόλπο, βοηθούμενα από το χέρι, που είναι πάνω στην κοιλιά. Οι σάλπιγγες φυσιολογικά δεν ψηλαφούνται.

4. Η εξέταση συμπληρώνεται με την ορθοκολπική εξέταση (Εικ. 61Α). Μέσα στον κόλπο εισάγεται ο δείκτης και στο ορθό ο μέσος δάκτυλος, ενώ με το άλλο χέρι ψηλαφάται η κοιλιά για την παρουσία παθολογικών μαζών, αδένων κλπ. Η δακτυλική εξέταση μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία εάν ο κολπικός ή ο τραχηλικός βλενογόνος είναι λεπτός και η λειτουργία του έχει διαταραχτεί.

6. Νοσηλευτικά καθήκοντα

1. Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία της νοσηλεύτριας κατά την ώρα της εξέτασης.
2. Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώνει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά.
3. Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για εξέταση.
4. Βοήθεια του γιατρού κατά την ώρα της εξέτασης.
5. Καθαρισμός της περινεϊκής χώρας από τις εκκρίσεις και το γλισχραντικό μετά το τέλος της εξέτασης.
6. Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση μόλις τελειώσει η εξέταση.

7. Παροχή χρόνου στην άρρωστη να μείνει για λίγα λεπτά στην καθιστή θέση πάνω στο εξεταστικό τραπέζι για να ανακτήσει την ισορροπία της προτού κατέβει.

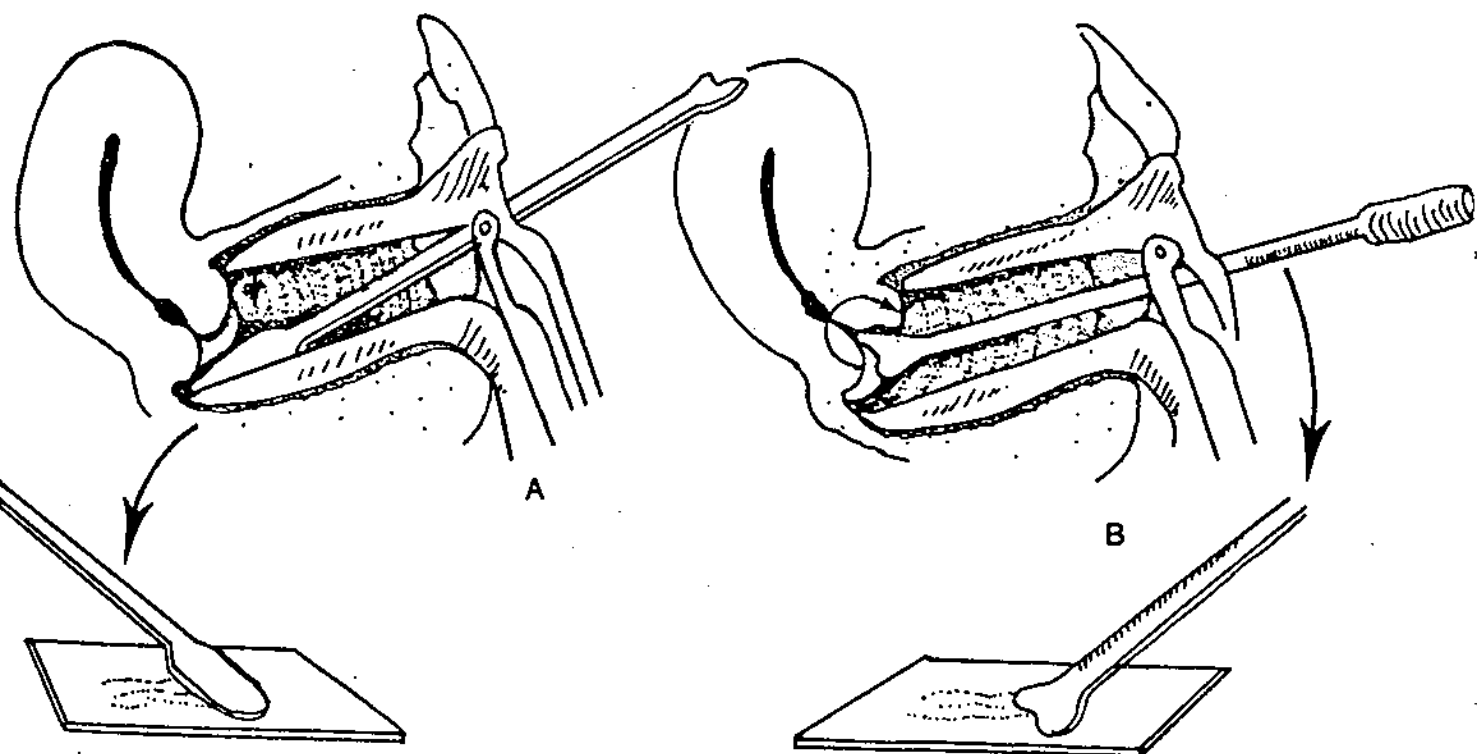
8. Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών.

9. Βοήθεια άρρωστης να ντυθεί αν τη χρειάζεται.

2. Κολπικό επίχρισμα (PAP-TEST)

Γίνεται για την ανίχνευση τραχηλικής δυσπλασίας και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η λήψη κολπικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου γίνεται με τη χρήση του στείλεου, πιπέτας ή εξύλινης σπάτουλας. Με το ένα άκρο της σπάτουλας AYRE ή άλλης παρόμοιας παίρνεται ένα παχύ δείγμα κολπικού εκκρίματος από τον οπίσθιο θόλο και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα (Εικ. Α.Β.). Στη συνέχεια το μακρύτερο τμήμα του άλλου άκρου της σπάτουλας τοποθετείται στο τραχηλικό στόμιο και η σπάτουλα περιστρέφεται κατά ένα πλήρη κύκλο. Έτσι παίρνεται ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα τραχηλικού εκκρίματος και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα με απλή κυκλική μίνηση. Σε κάθε αντικειμενοφόρο πλάκα σημειώνεται η προέλευση του εκκρίματος. Επίσης στο παραπεμπτικό σημειώνεται η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης και εάν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. Πριν ξεραθεί το έκκριμα οι αντικειμενοφόροι πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.



Εικόνα Α,Β.Η τεχνική λήψης κοιλτικού επιχρίσματος (Pap-test).
Α.Δείγμα κοιλτικού εκκρίματος από τον οπίσθιο θόλο.
Β.Τραχηλικό έκκριμα.

Προσοχή: Κάθε επαφή με τον κόλπο θα πρέπει να αποφεύγεται για 24 ώρες πριν από τη λήψη κολπικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση, γιατί τόσο η συνουσία όσο και η κολπιική εξέταση αλλοιώνουν τα κύτταρα των επιχρισμάτων.

Τα κυτταρολογικά ευρήματα βάσει της διαίρεσης κατά Παπανικόλαου διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες.

Κλάση I: Απουσία άτυπων ή παθολογικών κυττάρων.

Κλάση II: Άτυπα κύτταρα δίχως όμως χαρακτηριστικές κακοήθους εξαλλαγής (φλεγμονές).

Κλάση III: Δυσκαρύωση και κύτταρα ύποπτα για κακοήθη νεοπλασία.

Κλάση IV: Μεμονωμένα κακοήθη κύτταρα.

Κλάση V: Σωροί κακοηθών κυττάρων.

3. Βιοψία τραχήλου

Γίνεται για τη διαπίστωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Είναι προτιμότερο να γίνεται σε χρόνο που ο τράχηλος έχει τη λιγότερη αιμάτωση (συνήθως μια εβδομάδα μετά το τέλος της έμμηνης ρύσης).

α. Ετοιμασία της άρρωστης

1. Εξηγείται στην άρρωστη η φύση της διαδικασίας.
2. Τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και καλύπτεται.
3. Ενημερώνεται ότι δεν θα της γίνει καμιά αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχές του πόνου.

β. Διαδικασία

Μετά την τοποθέτηση του κολποδιαστολέα στον κόλπο και την κανονική αποκάλυψη του τραχήλου, ο χειρουργός με τη χρήση ειδικών λαβίδων βιοψίας παίρνει ένα τεμάχιο τραχηλικού ιστού.

Το τεμάχιο αυτό τοποθετείται σε φορμόλη 10% και αποστέλεται στο εργαστήριο αφού προηγουμένα επισημανθεί. Σε περίπτωση αιμορραγίας, γίνεται ραφή και πωματισμός για αιμόσταση.

γ. Μετέπειτα φροντίδα της άρρωστης

1. Προτού φύγει η άρρωστη είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά τη διαδικασία.

2. Δίνονται στην άρρωστη οδηγίες:

α. Να αποφεύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες.

β. Ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24 ώρες, ανάλογα με την εντολή του γιατρού.

γ. Ενδέχεται να παρατηρηθεί κάποια αιμορραγία. Εάν η αιμορραγία αυτή είναι περισσότερη απ'ότι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση πρέπει να αναφερθεί αμέσως στο γιατρό.

δ. Να πάρει οδηγίες από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές (αποφεύγοντας για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία).

4. Δοκιμασία SCHILLER

Γίνεται για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τόσο η δοκιμασία SCHILLER όσο και τα ευρήματα της κολποσκόπησης και των κολπικών επιχρισμάτων δεν πρέπει να αποτελούν το μοναδικό διαγνωστικό κριτήριο, αλλά πάντοτε να γίνεται και ιστολογική εξέταση.

Η δοκιμασία SCHILLER στηρίζεται στην ιδιότητα που έχει το γλυκογόνο να απορροφά το ιώδιο (τα καρκινικά κύτταρα στερούνται γλυκογόνου). Η ύποπτη περιοχή του τραχήλου αλείφεται με διάλυμα ιωδίου 2%.

Αρνητικά αποτελέσματα: Όλη η επιφάνεια παίρνει ένα βαθύ

καφέ χρώμα ενδεικτικό αντίδρασης μεταξύ ιωδίου και γλυκογόνου των φυσιολογικών κυττάρων.

Θετικά αποτελέσματα: Οι ιστοί δεν χρωματίζονται καφέ. Ύπαρξη άωρων κυττάρων πρέπει να γίνει βιοψία. Η άρρωστη ετοιμάζεται όπως για την πυελική εξέταση. Μετά τη δοκιμασία συμβουλεύεται να φορέι μια σερβιέτα για μερικές ώρες για να αποφευχθεί η χρώση των εσωρούχων της.

5. Κολποσκοπηση

Η κολποσκοπηση είναι μια στερεοσκοπική εξέταση και γίνεται με τη χρήση του κολποσκοπίου, που είναι ένα διόφθαλμο όργανο με έντονη φωτεινή πύλη. Στην κολποσκοπηση επισκοπείται κυρίως η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου και ιδιαίτερα το καλυπτικό της επιθήλιο. Γίνεται για τον καθορισμό της επέκτασης παθολογικού πλακώδους επιθηλίου και τον εντοπισμό περιοχών για λήψη ιστού για βιοψία. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία τραχηλικής αλλοίωσης μετά από ανεύρεση άτυπων κυττάρων σε κυτταρολογική εξέταση κολπικού ή τραχηλικού εκκρίματος και σε περιπτώσεις προηγούμενης θεραπείας για δυσπλασία ή καρκίνο του τραχήλου.

Η ετοιμασία της άρρωστης είναι όμοια με εκείνη της πυελικής εξέτασης. Επιπρόσθετες εξηγήσεις δίνονται στην άρρωστη σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει από την εξέταση αυτή. Μετά την εξέταση τοποθετείται ταμπόν στον κόλπο για την απορρόφηση των εκκρίσεων. Το ταμπόν αφαιρείται μετά 5-6 ώρες.

6. Εμφύσηση σαλπίνγων (RUBINES TEST)

Γίνεται για έλεγχο της βατότητας των σαλπίνγων. Διοξειδίο του άνθρακα εισάγεται με πίεση, μέσω ειδικής κάνουλας, στην

κοιλότητα της μήτρας και στη συνέχεια στις σάλπιγγες και μετράται η πίεσή του. Εάν οι σάλπιγγες είναι βατές, η παρουσία του αερίου γίνεται αντιληπτή με την ακρόαση και η άρρωστη θα βιώσει πόνο στον ώμο, όταν θα καθήσει.

α. Η άρρωστη ετοιμάζεται, όπως και για κοιλιακή εξέταση.

β. Ο κοπλοδιαστολέας GRAVES τοποθετείται στον κόλπο.

γ. Ειδική κάνουλα εισάγεται μέσω του τραχηλικού σωλήνα με μια αγγειοτροειδή λαβίδα σταθεροποιείται ο τράχηλος για την παρεμπόδιση της ολίσθησης του ελαστικού πώματος που εισάγεται σ' αυτόν, με σκοπό την αποφυγή διαφυγής του αερίου.

δ. Η κάνουλα συνδέεται με ένα μηχανήμα μέτρησης και αναγραφής πίεσης.

Ευρήματα

α. Φυσιολογικά: Η πίεση είναι κάτω από 80MMHG και το αέριο ακούγεται (με το στηθοσκόπιο) να περνά μέσα από τις σάλπιγγες.

β. Μερική απόφραξη: 180-200 MM HG.

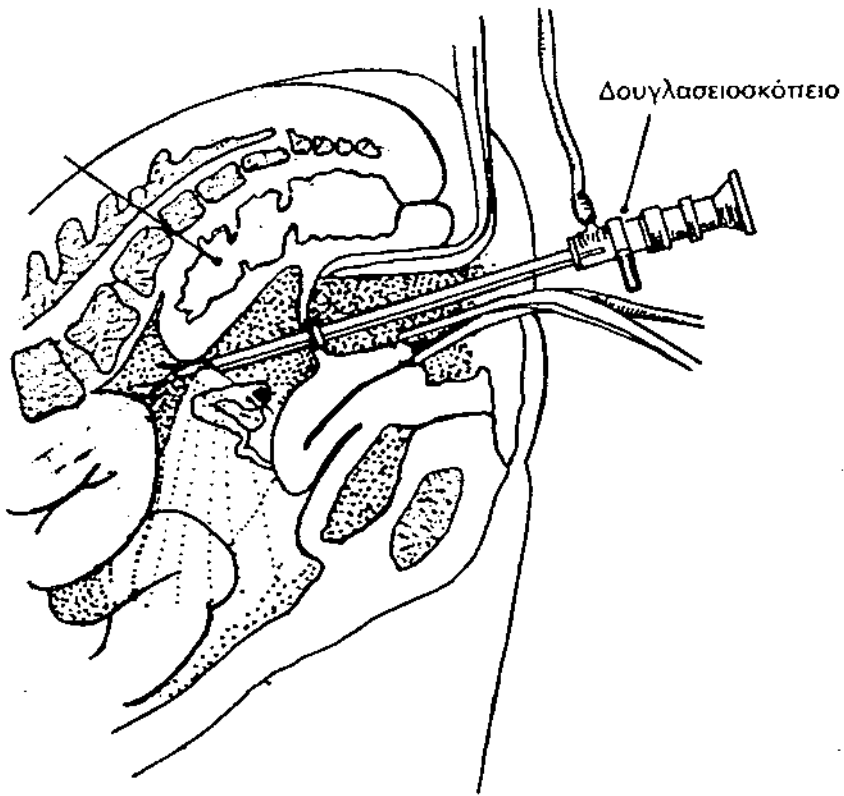
γ. Πλήρης απόφραξη: 200 MM HG και πάνω.

7. Δουγλασειοσκόπηση (CULDOSCOPY) (Εικ. 67α)

Είναι μια ασυνήθιστη χειρουργική διαγνωστική εξέταση κατά την οποία γίνεται τομή στον οπίσθιο κοιλιακό θόλο για την είσοδο του δουγλασειοσκοπίου και επισκόπηση, μέσω αυτού, της μήτρας, των σαλπίγγων, των πλατέων συνδέσμων, των ιερομητρικών συνδέσμων, του ορθικού τοιχώματος, του σιγμοειδούς και ακόμα και του λεπτού εντέρου.

α. Η άρρωστη ετοιμάζεται όπως και για κάθε επέμβαση.

β. Ενημερώνεται για το είδος της εξέτασης και για το τι πρέπει να περιμένει.



Εικόνα 67α Δουγλασειοσκόπηση.

γ. Η κύστη κενούται (αν χρειαστεί γίνεται καθετηριασμός).

δ. Γίνεται τοπική ή γενική αναισθησία (σπάνια).

ε. Η άρρωστη τοποθετείται σε θέση γονάτων-θώρακα.

στ. Μετά την εξέταση και την αφαίρεση του δουγλασειοσκοπίου γίνεται ραφή της τομής. Η άρρωστη επιστρέφει στο δωμάτιό της και τοποθετείται σε πρηνή θέση, με ένα μαξιλάρι κάτω από την κοιλιά της, ώστε ο αέρας που μπήκε στην περιτοναϊκή κοιλότητα, να αποβληθεί.

ζ. Παίρνονται τα ζωτικά σημεία και παρακολουθείται για κολπική αιμορραγία.

η. Αναλγητικά και εντριβές ράχης ανακουφίζουν προσωρινά την άρρωστη.

θ. Η γυναίκα θα πρέπει να αποφύγει τη συνουσία και την πλύση, μέχρις ότου ο γιατρός της της το επιτρέψει, δηλαδή μέχρις ότου επουλωθεί το σημείο της τομής.

8. Υστεροσκόπηση

Είναι μια ενδοσκοπική μέθοδος με την οποία επισκοπείται η εσωτερική κοιλότητα της μήτρας με ειδικό όργανο, το υστεροσκόπιο (σχετικά πρόσφατη διαγνωστική μέθοδος). Με τη μέθοδο αυτή διαγιγνώσκονται αλλοιώσεις στην κοιλότητα της μήτρας, όπως συμφύσεις, πολύποδες και υποβλεννογόνα αιματώματα.

Οι προηγούμενες προσπάθειες συνήθως ήταν ανεπιτυχείς γιατί η αιμορραγία της μήτρας παρεμποδίζει την επισκόπηση. Σήμερα, με τη χρήση ινοπτικού φωτισμού και τη διάταση της μητρικής κοιλότητας, με διάλυμα δεξεράνης, επιτρέπεται καλύτερη επισκόπηση.

α. Ενδείξεις:

1. Προβλήματα στειρότητας

2. Όταν η αιτία της αιμορραγίας της μήτρας είναι άγνωστη.

3. Για την επισκόπηση αλλοιώσεων, που μπορούν να φωτογραφηθούν και να αφαιρεθούν σε ορισμένες περιπτώσεις.

4. Για τη διάγνωση και αντιμετώπιση ενδομητρικών συμφύσεων.

5. Για διαμητρική σαλπγγική στείρωση.

β. Αντεδείξεις

1. Πυελική λοίμωξη.

2. Υποτροπιάζουσα λοίμωξη του άνω γεννητικού σωλήνα.

3. Διάτρηση μήτρας.

4. Εγκυμοσύνη εξαιτίας πιθανής διαταραχής της εγκυμοσύνης και του κινδύνου λοίμωξης.

γ. Ετοιμασία της άρρωστης για εξέταση.

1. Χορήγηση ηρεμιστικού (μετά από ιατρική εντολή), πριν από την εξέταση.

2. Επεξήγηση της φύσης της διαδικασίας στην άρρωστη.

3. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση λιθοτομής.

4. Καθαρισμός περινέου και κόλπου αμέσως πριν από την κάλυψη της περιοχής με αποστειρωμένα οθόνια.

5. Ο εξεταστής κάνει αμφίχειρη ψηλάφηση της μήτρας.

6. Γίνεται τοπική αναισθησία του τραχήλου που κρατιέται στη θέση του με μονοδοντική μητρολαβίδα.

7. Εισάγεται αέρας μέσα στην τραχηλική κοιλότητα για διάταση πριν από την εισαγωγή του ενδοσκοπίου.

8. Με το ενδοσκόπιο στη θέση του, χύνεται στην ενδομητρική κοιλότητα συμπυκνωμένο διάλυμα δεξτράνης.

9. Τα τοιχώματα της μήτρας επισκοπούνται με λοξούς φακούς 30° και όχι με σύστημα 180°.

8. Μετέπειτα παρακολούθηση

1. Μετά την αφαίρεση του ενδοσκοπίου, η άρρωστη επιστρέφει στο δωμάτιό της για ανάπαυση.
2. Μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο αργότερα την ίδια μέρα.

9. Υστεροσαλπινγογραφία

Είναι μια ακτινολογική μελέτη της μήτρας και των σαλπίνγων, μετά από έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Γίνεται για τη μελέτη προβλημάτων στειρότητας, για διερεύνηση της βατότητας των σαλπίνγων και για τη διαπίστωση ύπαρξης δυσπλασίας, πολύποδα και υποβλεννογόνιου αιματώματος της κοιλότητας της μήτρας. Η υστεροσαλπινγογραφία πρέπει να γίνεται στην πρώτη φάση του κύκλου.

Διαδικασία

1. Η άρρωστη τοποθετείται σε θέση λιθοτομής πάνω στο ακτινολογικό τραπέζι.
2. Ο κολποδιαστολέας τοποθετείται στον κόλπο για έκθεση του τραχήλου.
3. Ακτινοσκιερή ουσία χύνεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας με τη βοήθεια ειδικού οργάνου, του υστεροσαλπινγογράφου, και κάτω από έλεγχο της πυελικής χώρας.
4. Παίρνονται ακτινογραφίες για τον καθορισμό του περιγράμματος της πυελικής χώρας.
5. Μετά τη διαδικασία η άρρωστη μπορεί να αισθάνεται κουρασμένη και να θέλει να ξεκουραστεί.

10. Υπερηχογράφημα

Είναι μια πρόσφατη μέθοδος εφαρμογής υπερήχων στη γυναικολογική διαγνωστική. Με τη μέθοδο αυτή γίνεται δυνατή

η διάγνωση παθήσεων των διαφόρων ενδοκοιλιακών οργάνων.

11. Λαπαροσκοπηση

Οι διάφορες δομές μέσα στην πυελική κοιλότητα μπορούν να επισκοπηθούν με την εισαγωγή, μέσω τομής που γίνεται υποφαλικά του λαπαροσκοπίου, το ένα άκρο του οποίου είναι εφοδιασμένο με έντονη φωτεινή πηγή και κατάλληλο καθρέπτη ώστε το πεδίο της ορατότητας να είναι 90° . Για τη δημιουργία πνευμοπεριτοναίου, εισάγεται CO_2 μέσω βαλβίδας που είναι ενσωματωμένη στο λαπαροσκόπιο. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται απόλυτη επισκόπηση των εσωτερικών γεννητικών οργάνων, όπως ακριβώς και όταν ανάγονται τα κοιλιακά τοιχώματα. Έτσι μάζες, στις ωοθήκες ή τις σάλπιγγες, πυελικές φλεγμονώδεις παθήσεις, συμφύσεις ή εξομήτριος εγκυμοσύνη μπορούν να επισκοπηθούν με τη λαπαροσκοπηση. Επίσης, μπορεί να γίνει καυτηρίαση των σαλπίγγων για απόφραξή τους και πρόκληση στειρώσης. Η διαδικασία γίνεται συνήθως με γενική αναισθησία και την άρρωση σε θέση λιθοτομής ή TRENDELEBURG. Κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπησης η θέση της άρρωστης μεταβάλλεται ώστε τα πυελικά όργανα να επισκοπηθούν από διαφορετικές γωνίες. Επιπρόσθετα μια κάνουλα εισάγεται μέσα στη μήτρα και χρησιμεύει για τη μετακίνησή της, ώστε να μπορούν να επισκοπηθούν οι δομές που βρίσκονται πίσω και κάτω από τη μήτρα.

α. Ετοιμασία

1. Ενημέρωσή της σχετικά με τη φύση της εξέτασης και ότι θα αισθανθεί ένα αίσθημα πληρότητας κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του αερίου. Ενδέχεται επίσης να αισθανθεί σπασμωδικούς πόνους στον δεξιό ώμο, εξαιτίας ερεθισμού του φρενικού

νεύρου από τη μετατόπιση του αερίου.

2. Εισαγωγή μαθετήρα FOLEY, ώστε να διατηρηθεί η κύστη άδεια.

3. Χορήγηση ηρεμιστικών (προνάρκωση).

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας υποστηρίζεται ψυχολογικά.

β. Μετέπειτα παρακολούθηση.

1. Η κατάσταση της άρρωστης παρακολουθείται στενά για έγκαιρη διαπίστωση σημείων και συμπτωμάτων, που δηλώνουν εμφάνιση επιπλοκών (αιμορραγία μετά την καυτηρίαση, περιτονίτιδα εξαιτίας διάτρησης εντέρου και αναζωπύρωση λανθάνουσας πυελικής λοίμωξης).

2. Λήψη άμεσων μέτρων σε περίπτωση πτώσης της αρτηριακής πίεσης και αύξησης των σφύξων ή εμφάνισης αιμορραγίας.

3. Επιστροφή της άρρωστης στο χώρο της εξέτασης ή στο χειρουργείο για αντιμετώπιση της αιμορραγίας με καυτηρίαση ή άλλη μέθοδο, που θα καθοριστεί από το γιατρό.

4. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση TRENDELEBURG για δύο ώρες για διευκόλυνση της διαφυγής του αερίου.

5. Χορήγηση κανονικής διαίτας.

6. Η άρρωστη εξέρχεται συνήθως μετά 24 ώρες. Της τονίζεται να αναφέρει κάθε αιμορραγία από την τομή.

12. Διαστολή και απόξεση (Δ και Α)

Είναι μια μέθοδος εξέτασης και θεραπείας κατά την οποία γίνεται διαστολή του τραχηλικού σωλήνα με διαστολέα και απόξεση της κοιλότητας της μήτρας με ξέστρο. Ο τράχηλος αποξέεται πρώτα δίχως διαστολή.

Σκοποί:

- α. Για λήψη ενδομητρικού και ενδοτραχηλικού ιστού για εξέταση.
- β. Για έλεγχο παθολογικής αιμορραγίας της μήτρας.
- γ. Σαν θεραπευτικό μέτρο σε ατελή έκτρωση.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση

α. Προέγχειρητική φροντίδα

1. Ενημέρωση της άρρωστης για τη φύση της επέμβασης που πρόκειται να της γίνει (συνήθως γίνεται από τον γυναικολόγο).
2. Απάντηση σε ερωτήσεις που ενδέχεται να έχει η άρρωστη σχετικά με της Δ και Α.
3. Έλεγχος εάν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας (μερικοί γιατροί δεν το προτιμούν).
4. Υποκλυσμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν από την εξέταση.
5. Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.

β. Μετεγχειρητική φροντίδα

1. Έλεγχος εάν οι περινεϊκές γάζες κρατούνται στη θέση τους με ταφοειδή επίδεσμο.
2. Αντικατάσταση των περινεϊκών γαζών κάθε φορά που χρειάζεται με αποστειρωμένες γάζες.
3. Αναφορά υπερβολικής αιμορραγίας.
4. Σύσταση να παραμείνει η άρρωστη στο κρεβάτι το υπόλοιπο της ημέρας.
5. Χορήγηση ήπιων αναλγητικών για χαμηλό πόνο ράχης και πυελική δυσφορία.
6. Χορήγηση τροφής ανάλογα με την επιθυμία της άρρωστης.

ΑΙΤΙΑ ΑΠΟ ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Για τις διαγνωστικές μεθόδους, που θα χρησιμοποιήσουμε για την ανεύρεση των αιτιών στειρώσης στο εξωγεννητικούς παράγοντες, θ'ακολουθήσουμε την ίδια σειρά, που ακολουθήσαμε περιγράφοντας τα αίτια.

1. Υποθάλαμος

Αφού αποκλείσουμε παθήσεις του υποθαλάμου, που εμπλέκονται από αναπαραγωγικό σύστημα, για την εκτίμηση της εκκριτικής του δραστηριότητας καταφεύγουμε στον προσδιορισμό της εκλυτικής ορμόνης.

2. Υπόφυση

Για τον έλεγχο της υπόφυσης θα καταφύγουμε στον ακτινολογικό έλεγχο, του τουρκικού επιπόιου και στον προσδιορισμό των ορμονών της F.S.H. και L.H.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να παραλείπεται ο προσδιορισμός της προλακτίνης, γιατί υπεισέρχεται στο μηχανισμό της ωοθυλακιορρηξίας, ακόμα και αν οι τιμές της είναι φυσιολογικές.

Η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (F.S.H.) θυμίζουμε, πως η φυσιολογική εκκριτική δραστηριότητα της υπόφυσης πρέπει να είναι πάνω από 8 μονάδες στο λίτρο και η ωκρινοτρόπος ορμόνη (L.H.) πρέπει να είναι πάνω από 20 μονάδες στο λίτρο.

Όσο για την προλακτίνη, αν οι τιμές της είναι ψηλές, τότε θα κατατάξουμε την περίπτωση στις ομάδες V ή VI (βλάβη υποθαλάμου, υπόφυσης).

Αν είναι φυσιολογικές, τότε πρέπει να ελέγξουμε την οιστρογονική δραστηριότητα χορηγώντας 5-10MQ προγεστερόνης για 5 ημέρες. Τότε θα εμφανισθεί εμμηνορρυσία και η περίπτωση κατατάσσεται στην ομάδα II (δυσλειτουργία υποθαλάμου, υπόφυσης).

Αν η προλακτίνη είναι φυσιολογική και δεν έχουμε οιστρογονική δραστηριότητα, τότε χορηγούμε οιστρογόνα για 21 ημέρες μαζί με προγεστερόνη. Αν δεν εμφανιστεί εμμηνορρυσία τότε η περίπτωση ανήκει στην ομάδα IV.

Αν εμφανισθεί εμμηνορρυσία, τότε προσδιορίζουμε την F.S.H.

Αν οι τιμές της είναι ψηλές, τότε η περίπτωση ανήκει στην

ομάδα III δηλαδή έχουμε πρωτοπαθή ωθηκική ανεπάρκεια. Αν η F.S.H. είναι χαμηλή τότε η περίπτωση ανήκει στην ομάδα VII ή I, βλάβη ή ανεπάρκεια.

3. θυροειδής αδένας

Με τον έλεγχο της λειτουργίας του θυροειδούς αδένα διαπιστώνουμε πως:

α) Σε περίπτωση υπερθυροειδισμού έχουμε αύξηση, τόσο της F.S.H. όσο και της L.H. ιδιαίτερα στην εκκριτική φάση, και χαμηλή στην εκκριτική αιχμή της L.H. πριν από την ωθυλακιορρηξία.

Η αύξηση των επιπέδων της F.S.H. και της L.H. οφείλεται στην αύξηση της δεσμευτικής ικανότητας της σφαιρίνης, που συνδέει τις ορμόνες του φύλου, δηλαδή της SHBG.

Η αύξηση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της σύνδεσης των οιστρογόνων ορμονών στο πλάσμα και κατά συνέπεια τη μείωση του ελεύθερου και βιολογικά δραστικού της τμήματος, με αποτέλεσμα την αύξηση των γοναδοτρόπων ορμονών.

Στον υπερθυροειδισμό έχουμε επίσης ελάττωση της οιστραδιόλης και διαταραχή του μεταβολισμού της προγεστερόνης.

β) Σε περίπτωση υποθυροειδισμού έχουμε αντίθετα ελάττωση των επιπέδων της F.S.H. και της L.H. του ορού.

4. Επινεφρίδια

Με τον έλεγχο της λειτουργίας των επινεφριδίων διαπιστώνουμε πως σε περίπτωση συγγενούς υπερπλασίας του φλοιού τους από ενζυματική ανεπάρκεια, έχουμε αρσενικοποίηση της γυναίκας, υπετρίχωση, ψηλά επίπεδα 17-κετοστεροειδων και προγνουτριόλης στα ούρα και αύξηση της 17-υδροξυπρογεστερόνης στον ορό του αίματος.

Οι παραπάνω εργαστηριακοί έλεγχοι της λειτουργίας του υποθαλάμου, της υπόφυσης των ωοθηκών, του θυροειδούς αδένα και των επινεφριδίων μπορούν να μας βοηθήσουν στη διάγνωση των αιτιών αναστολής ή επιτυχίας ωοθυλακιορρηξίας, αλλά δεν μπορούν να μας βοηθήσουν, ούτε στην ανεύρεση της ημέρας της, ούτε στην απελευθέρωση ωαρίου. Μόνο η ανεύρεση ωαρίου μέσα στο σαλπγγικό αυλό ή η επιτυχία σύλληψης αποδεικνύουν με βεβαιότητα πως έγινε φυσιολογική ωοθυλακιορρηξία.

5. Άλλοι παράγοντες

Τις γενικές ή συστηματικές παθήσεις θα τις διαγνώσουμε από τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα.

Τους διατροφικούς παράγοντες θα τους διαγνώσουμε από την κλινική εξέταση και με τον έλεγχο των βιταμινών, του σιδήρου κλπ.

Την κατάχρηση οίνοπνεύματος και καπνίσματος από το ιστορικό. Την κατάχρηση ναρκωτικών από το ιστορικό και από την επισκόπηση των φλεβών των προσιτών σε ενδοφλέβια ένεση.

Τέλος τους ψυχολογικούς παράγοντες και τις διαταραχές του οργανισμού θα διαγνώσουμε από το ιστορικό της άρρωστης ή από πληροφορίες από το περιβάλλον της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ

Για να οδηγηθούμε ευκολότερα στην αντιμετώπιση των αιτιών, που προκαλούν στειρώση στη γυναίκα, θ'ακολουθήσουμε την ίδια με τα αίτια και τη διάγνωση κατάταξη.

Γενικού συστήματος

Η αντιμετώπιση της στειρώσης, που προέρχεται από το γεννητικό σύστημα, είναι κατά μοίρες του, όπως παρακάτω.

1. Κόλπος

- α. Στην απλασία του κόλπου θα προβούμε στη δημιουργία τεχνητού κόλπου.
- β. Στον άτρητο και ανένδοτο παρθενικό υμένα θα εκτελέσουμε επέμβαση, που αποβλέπει στη διάνοιξή του.
- γ. Στα διαφράγματα, κάθετα ή εγκάρσια, θα προβούμε στην εξαίρεσή τους για την αποκατάσταση ενιαίας κολπικής κοιλότητας.
- δ. Στις μεγάλες χαλαρώσεις του κόλπου, και στις μεγάλες ρήξεις του περινείου θα εκτελέσουμε πλαστικές εγχειρήσεις.
- ε. Στη διαταραχή του ΡΗ του κύκλου θα συστήσουμε αλκαλικές πλύσεις, για να καταστήσουμε το περιβάλλον του φιλόξενο στα σπερματοζωάρια και θα θεραπεύσουμε φλεγμονές του.
- στ. Στα νεοπλάσματα, που δυσχεραίνουν τη συνουσία, θα προβούμε σε εξαίρεσή τους.

2. Τράχηλος

- α. Στη στένωση του τραχήλου θα εκτελέσουμε διαστολή του στομίου του μέχρι το νούμερο 6-8 για 3-4 κύκλους πριν από την ωοθυλακιορρηξία.

Αν η στένωση είναι μεγάλη και αποτέλεσμα υλοποίησής του θα

εφαρμόσουμε ενδομήτριο καθετήρα μετά την εμμηνορρυσία και για δύο εβδομάδες.

β. Στο σπασμό του τραχήλου θα χορηγήσουμε σπασμολυτικά φάρμακα στις μεσαίες ημέρες του κύκλου.

γ. Στη μεγάλη ανεπάρκεια του θα προβούμε σε ειδική πλαστική εγχείρηση.

δ. Τις οξείες τραχηλίτιδες θα θεραπεύσουμε με τη χορήγηση αντιβιοτικών και τις χρόνιες με ηλεκτροκατηρίωση ή κρυοπηξία.

ε. Την ενδοτραχηλίτιδα θα δυσκολευτούμε να την θεραπεύσουμε. Για την εύκολη αντιμετώπισή της θα προβούμε σε καλλιέργεια του τραχηλικού εκκρίματος και θα χορηγήσουμε αντιβιοτικά, τοπικά ή από το στόμα. Θ'αποφύγουμε την εκτέλεση ηλεκτροκατηρίωσης ή κρυοπηξίας, γιατί προκαλούν καταστροφή του επιθηλίου των καταδύσεων του ενδοτραχήλου, που παράγουν τραχηλική βλέννα.

Σε περίπτωση έκκρισης παθολογικής βλέννας θα χορηγήσουμε σε μικρές δόσεις, για να μην αναστείλουμε την ωοθυλακιορρηξία, οιστρογόνες ορμόνες από την 1η-10η ημέρα, όπως αιθυνολοϊστραδιόλης 0,02Μg την ημέρα ή υδροξυοιστρονής ή οιστρόλης από την 8-12η ημέρα.

Επίσης θα τροποποιήσουμε το pH της τραχηλικής βλέννας με αλκαλικές κολπικές πλύσεις, όταν αυτό είναι παθολογικό.

Σε περίπτωση αποτυχίας αποκατάστασης φυσιολογικής τραχηλικής βλέννας θα εκτελέσουμε ομόλογες σπερματεγχύσεις ενδοτραχηλικά και όχι στην ενδομήτρια κοιλότητα, γιατί οι προσταγλονδίες του σπέρματος ερεθισμό της μήτρας, συσπάσεις της και πόνο. Το σπέρμα, που χρησιμοποιούμε, είναι νωπό, ή προέρχεται από

τράπεζα σπέρματος για την ευκολότερη χρησιμοποίησή του. Αν υποχρεωθούμε να τοποθετήσουμε το σπέρμα στην ενδομήτριο κοιλότητα, επειδή αυτό δυνατό να περιέχει παθογόνους παράγοντες (ιδίως το νωπό) που προκαλούν φλεγμονή, πρέπει πρώτα να το φυγοκεντρίσουμε και να το αραιώσουμε με ορό, που πήραμε από τον ομφάλιο λώρο νοεγνού, προσθέτοντας σ'αυτό αντιβιοτικά. Η ποσότητα που θα χρησιμοποιηθεί, δεν πρέπει να περνάει το 1/2 κ.εκ.

στ. Στους πολύποδες του τραχήλου θα εκτελέσουμε πολυποειδετομία και απόξεση του ενδομητρίου αποφεύγοντας την υπέρμετρη διαστολή του στομίου του και τον τραυματισμό του τραχηλικού επιθυλίου κατά την έξοδο του ξέστρου.

Η επέμβαση είναι προτιμότερο να εκτελείται την 24η περίπου ημέρα του ενδομητρίου κύκλου για να ελέγχεται και η εκκριτική φάση του ενδομητρίου.

Στα ινομυώματα του τραχήλου θα προβούμε σε εκπυρήνιση τους με προσοχή, ώστε να μην καταργήσουμε τη διαβατότητα του τραχηλικού αυλού ή στενέψουμε αυτόν ή καταστρέψουμε το επιθήλιο του ενδοτραχήλου.

ζ. Σε ύπαρξη αντισωμάτων στην τραχηλική βλέννα θα συστήσουμε τη χρησιμοποίηση πεοκαλύπτρας κατά τη συνουσία για έξη μήνες ως ένα χρόνο, ή θα χορηγήσουμε μικρές δόσεις δεξαμεθαζόνης, με την ελπίδα πως θα ελαττώσουμε τον τίτλο αντισωμάτων της βλέννας, ή θα προβούμε σε ενδομήτρια σπερματέγχυση.

ΣΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ

α. Τις διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας θα τις αντιμετωπίσουμε ανάλογα με το βαθμό τους. Στη μονόκερη μήτρα δεν επεμβαίνουμε.

Στη δίκερη, που προκάλεσε αυτόματες εκτρώσεις ή πρώιμους τοκετούς και τώρα στείρωση, εκτελούμε πλαστική εγχείρηση για την αποκατάσταση ενιαίας μητριάας κοιλότητας με προσοχή να μην παραβλάψουμε τη λειτουργικότητα των σαλπίνγων.

Στη μεγάλη υποπλασία της μήτρας χορηγούμε ωοθηκικές ορμόνες σε σχήμα τεχνητού κύκλου για πολλούς μήνες ή γοναδοτρόπες ορμόνες, χωρίς ικανοποιητικό και στα δύο θεραπευτικά σχήματα, αποτελέσματα.

β. Στις ανώμαλες θέσεις της μήτρας και ιδιαίτερα στην οπίσθια υπέρκαμψη τις καταφεύγουμε στην εκτέλεση συνδεσμοπηξίας, αφού πρώτα αποκλείσουμε κάθε άλλο παράγοντα, που εμποδίζει τη σύλληψη, αν και δεν πιστεύεται πως η οποιαδήποτε ανώμαλη θέση της μήτρας αποτελεί αίτια στείρωσης.

Στις περιπτώσεις των γεννητικών οργάνων θα εκτελέσουμε συνδεσμοπηξία και κολποπερινεορραφία.

γ. Στις φλεγμονές του ενδομητρίου θα χορηγήσουμε αντιβιοτικά, αντιφλεγμονώδη και παυσίπονα φάρμακα. Σε επίμονες καταστάσεις θα συστήσουμε καλλιέργεια του ενδομητρίου εκκρίματος και σε περίπτωση φυματίωσης θα συστήσουμε αντιφυματική θεραπεία τουλάχιστον ένα χρόνο.

δ. Στα νεοπλάσματα της μήτρας θα εκτελέσουμε τις ανάλογες εγχειρήσεις (πολυποειδεκτομία, εκπυρήνιση) και στις ενδομήτριες συμφύσεις θα προβούμε στη διάσπασή τους υστεροσκοπικά ή με την εφαρμογή ενδομήτριου καθετήρα.

Αν η διάσπασή τους είναι ανέφικτη, κολπικά, εκτελούμε υστεροτομία, αποκαθιστάμε τη μητριάα κοιλότητα και κλείνουμε τη μήτρα, αφού πρώτα εφαρμόσουμε ενδομήτρια καθετήρα.

ε. Στην αυξημένη τονικότητα του μυομητρίου, που δεν θεωρείται τόσο υπεύθυνη για την αποτυχία σύλληψης χορηγούμε σπασμολυτικά και ηρεμιστικά φάρμακα από το στόμα ή σε υπόθετα από το ορθό τις ημέρας της ωοθυλακιορρηξίας και στη δεύτερη φάση του κύκλου. Στην ίδια φάση μπορούμε να χορηγήσουμε και προγεστερόνη.

στ. Στις ανωμαλίες του ενδομητρίου, που οφείλονται σε ενδοκρινικά αίτια, ύστερα από ιστολογικό του έλεγχου τις παραμονές της εμμηνορρυσίας, χορηγούμε ορμονικά σκευάσματα, ανάλογα με την ιστολογική εικόνα του.

ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Θεραπευτικά, τα αίτια, που προκαλούν στέρωση από τις σάλπιγγες, θα τα αντιμετωπίσουμε ως εξής:

1. Στις εμφραγμένες σάλπιγγες, ύστερα από υστεροσαλπιγγογραφικό και λαπαροσκοπικό έλεγχο καταφεύγουμε στην εκτέλεση πλαστικών εγχειρήσεων.

Το ποσοστό αποκατάστασης της διαβατότητας και της λειτουργικότητας της σάλπιγγας εξαρτάται από το είδος της επέμβασης.

Οι εγχειρήσεις, που εκτελούνται είναι:

α. Κωδωνόλυση, δηλαδή λύση των συμφύσεων που αναπτύχθηκαν γύρω από τα κοιλιακά στόμια των σαλπίγγων και εμποδίζουν την είσοδο των ωαρίων.

β. Σαλπιγγογραφία ή κωδωνοπλαστική ή νεοστομία, δηλαδή η δημιουργία νέου κοιλιακού στομίου των σαλπίγγων, όταν αυτές είναι εμφραγμένες.

γ. Πλαστική ισθμού ή λυκύθου, δηλαδή τελικοτελική αναστόμωση των σαλπίγγων, όταν αυτές είναι εμφραγμένες στον ισθμό ή

στη λύκυθο, με την προϋπόθεση πως η έκταση του εμφράγματος δεν περνάει το 1 εκ.

δ. Σαλπιγγομητριάδα εμφύτευση, δηλαδή εμφύτευση των ωοθήκης στο κέρασ της μήτρας όταν κάθε εγχειρητική απόπειρα αποκατάστασης διαβατότητας των σαλπίγγων κρίνεται μάταιη. Η επέμβαση δε βρήκε υποστηρικτές, ούτε δοκιμάζεται στις ημέρας μας. Για την εκτέλεση εγχείρησης στις σάλπιγγες ο γυναικολόγος πρέπει να έχει υπόψη του τα παρακάτω:

α. Τον αποκλεισμό άλλων αιτιών, στα οποία οφείλεται η στειρώση.

β. Η εγχείρηση να μην εκτελείται σε γυναίκα μεγαλύτερη των 38 ετών γιατί οι πιθανότητες σύλληψης, όποια και αν είναι τα εγχειρητικά αποτελέσματα είναι περιορισμένες.

γ. Ν'αποφεύγεται η επέμβαση σε πολύ νέες γυναίκες, γιατί ο χρόνος, κάποτε αποδεικνύεται πολύτιμος στην αυτόματη άρση του κωλύματος.

δ. Στις υδροσάλπιγγες το ποσοστό της επιτυχίας της επέμβασης είναι μικρό, γιατί η έλλειψη κώδωνα και το καταστραμμένο επιθήλιο του ενδοσαλπγγίου, που δεν αποκαθιστάται εύκολα, όσο και να πιστεύεται από ορισμένους, ελαττώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητά τους.

ε. Στην ολοκληρωτική έμφραξη των σαλπίγγων κάθε προσπάθεια αποκατάστασης της διαβατότητάς τους είναι μάταιη, όπως πενιχρά είναι τα εγχειρητικά αποτελέσματα, όταν η έκταση του εμφράγματος, όπως αναφέραμε, περνάει το 1 εκ.

στ. Στην ενδομητρίωση των σαλπίγγων πρέπει να εξαντλείται κάθε συντηρητική αγωγή, γιατί η πλαστική εγχείρηση σ'αυτό

συνοδεύεται από μεγάλο ποσοστό αποτυχίας.

ζ. Σε ποσοστό 12% περίπου είναι δυνατό μετά από πλαστική εγχείρηση των σαλπίνγων και επιτυχία της διαβατότητάς τους να αναπτυχθεί σαλπινγική εγκυμοσύνη.

η. Το ποσοστό λειτουργικής αποκατάστασης των σαλπίνγων, κατά μέσο όρο, δεν περνάει το 20% γι' αυτό και η μικροχειρουργική των σαλπίνγων όλο και παραχωρεί τη θέση της στην εξωσωματική γονιμοποίηση.

2. Στις οξείες σαλπινγίτιδες η διάγνωσή μας πρέπει να είναι έγκαιρη και η θεραπευτική μας αντιμετώπιση άμεση, για να προλάβουμε την έμφραξη του αυλού των σαλπίνγων. Για το σκοπό αυτό χορηγούμε αντιβιοτικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα, χυμοθρυψίνη, παυσίπονα και κάποτε κορτιζόνη.

3. Στις χρόνιες σαλπινγίτιδες συνιστάμε 3-4 διαθερμίες την εβδομάδα και ηλιοθεραπεία ή εκτελούμε υδροεμφυσήσεις των σαλπίνγων, για πολλούς κύκλους με τη χρησιμοποίηση διαλύματος αμπικιλλίνης, στρεπτομυκίνης, χυμοθρυψίνης και υδροκορτιζόνης χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στη φυματίωση των σαλπίνγων χορηγούμε αντιφυματικά φάρμακα για μεγάλο χρονικό διάστημα με φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα και στην ενδομητρίωση τους την ειδική στην περίπτωση τους θεραπεία.

4. Στα νεοπλάσματα που προκαλούν μηχανικό κώλημα στις σάλπιγγες, εκτελούμε εγχειρήσεις με προσοχή, για να μην παραβλάψουμε κατά την εξαίρεση τους τη διαβατότητα των σαλπίνγων.

5. Στις αθεράπευτες συντηρητικό ή εγχειρητικό σάλπιγγες ή ύστερα από αμφοτερόπλευρη σαλπινγεκτομία και όταν η γυναίκα δεν είναι μεγαλύτερη από 38 ετών, καταφεύγουμε στην ειτέλεση εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Με την εξωσωματική γονιμοποίηση προσπαθούμε να πετύχουμε σύλληψη ύστερα από παρακέντηση ώριμου ωθυλακίου και λήψη ωαρίου και τη συνάντησή του με σπερματοζώαριο, ύστερα από αυνανισμό.

Τόσο τα ωάρια, όσο και τα σπερματοζώαρια, στην εποχή μας μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε όχι μονάχα αμέσως μετά τη λήψη τους, αλλά και ύστερα από συντήρησή τους σε κατάψυξη. Σε κατάψυξη πετύχαμε και τη συντήρηση γονιμοποιημένου ωαρίου. Η λήψη ωαρίων γίνεται ύστερα από υπερηχογραφικό έλεγχο, την εποχή που τα ωθυλάκια είναι έτοιμα να ραγούν (έχουν τότε διάμετρο 20 χιλ.). Την επικείμενη ωθυλακιορρηξία μας την προσδιορίζει και ο καθημερινός έλεγχος της ωχρινοτρόπου ορμόνης (L.H.) και της 17-β-οιστραδιόλης.

Όταν η καμπύλη της L.H. φτάσει στην εκκριτική της αιχμή, τότε προβαίνουμε στη λήψη ωαρίων.

Σε έλλειψη ωθυλακιορρηξίας ή όταν θέλουμε να προκαλέσουμε πολλαπλή ωθυλακιορρηξία, χορηγούμε γοναδοτροπίνες ορμόνες και παίρνουμε τα ωάρια μέσα σε 30-36 ώρες μετά τη θεραπεία. Τις ίδιες ορμόνες χορηγούμε και όταν θέλουμε να έχουμε σταθερό το χρόνο λήψης των ωαρίων. Η λήψη, των ή του ωαρίου γίνεται με λαπαροσκόπηση, με παρακέντηση του γουλδασέου ή διακυστικά, όταν κάτω από υπερηχογραφικό έλεγχο επισημαίνουμε το ώριμο ωθυλάκιο και με βελόνα αναρρόφησης το παρακεντούμε στο σημείο του στίγματος, εκεί που έχει τη μικρότερη αγγείωση.

Η αναρροφητική πίεση ανέρχεται σε 120-140 χιλ. στήλης Η₂O.

Τη συσκευή της αναρρόφησης, πλένουμε με καλλιεργητικό υγρό

που περιέχει φωσφορικές ενώσεις. Στο ίδιο διάλυμα αναρροφάται και το ωθυλακικό υγρό. Μετά τη λήψη του ή των ωαρίων, αν αυτή έγινε με λαπαροσκόπηση επισκοπούμε την ωοθήκη για να διαπιστώσουμε την πιθανή ύπαρξη αιμορραγίας από το σημείο της λήψης και μεταφέρουμε το περιεχόμενο της αναρροφητικής βελόνας στο εργαστήριο. Με τη βοήθεια στερεομικροσκοπίου βρίσκονται τα ωάρια και εκτιμάται ο βαθμός ωρίμανσής τους. Αν βρεθούν ώριμα, τα φέρνουμε σ'επαφή με τα σπερματοζωάρια μέσα σε 8 ώρες. Αν βρεθούν ανώριμα, τα κρατάμε για 24 ή περισσότερες ώρες μέσα στο δίσκο καλλιέργειας. Το ωάριο, που θα διαλέξουμε, για να το φέρουμε σ'επαφή με τα σπερματοζωάρια πρέπει να φτάσει σε τέτοιο στάδιο εξέλιξής του, ώστε να σχηματιστεί το πρώτο πολικό σωματίο.

Για να φτάσει στο σημείο αυτό, πρέπει να ωριμάσει. Η ωρίμανση του επέρχεται ύστερα από μεταβολές του πυρήνα του, που ενεργοποιούνται με την απελευθέρωση ανασταλτικού παράγοντα των κυττάρων του ωθυλακίου.

Ο παράγοντας αυτός απελευθερώνεται τότε, όταν κάτω από την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών, εξαφανίζονται τα κύτταρα που βρίσκονται γύρω από το ωάριο. Η απελευθέρωση του ανασταλτικού παράγοντα μπορεί να συμβεί και με τη μεταφορά του ωαρίου στο καλλιεργητικό υγρό. Άλλο κριτήριο, που θα μας δείξει, πως το ωάριο ωρίμασε, είναι η εμφάνιση των αρσενικών προπυρηνικών παραγόντων ανάπτυξης, που συμβαίνουν μέσα στο κυτταρόπλασμά του, μόνο όταν αυτό ωριμάζει IN VIVO.

Τα ανώριμα ωάρια, όταν μεταφερθούν στο δίσκο με το καλλιεργητικό υγρό, παθαίνουν μείωση και πέφτουν στο στάδιο II της

μετάφασης. Σ' αυτό το στάδιο τα IV VITRO ωάρια είναι κατάλληλα να γονιμοποιηθούν, γιατί τότε μπορούν να δεχτούν τα σπερματοζώαρια.

Άλλο επίσης κριτήριο, που θα μας δείξει, πως το ωάριο είναι έτοιμο για γονιμοποίηση, είναι η αυξημένη διεγερσιμότητα των κυττάρων του ωοφόρου δίσκου και του ακτινωτού στεφάνου κάτω από την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών. Η διεγερσιμότητα αυτή ενισχύει τη γινομοποιητική ικανότητα των σπερματοζωαρίων και λέγεται ενεργοποίηση.

Το ωάριο, που βρίσκεται μέσα στο υγρό της καλλιέργειας, εμποτίζεται από γόνιμα σπερματοζώαρια και αφήνεται για 46 ώρες. Το σπερματοζώαριο, που θα γονιμοποιήσει το ωάριο, όπως αναφέραμε στη γονιμοποίηση, πρέπει πρώτα να περάσει τα κύτταρα του ωοφόρου δίσκου και της διάφανου ζώνης.

Αυτό το πετυχαίνει με την κινητικότητά του και με τη βοήθεια λυτικών ενζύμων (λυσοσωμάτων), που περιέχονται στο ακροσώμιο του τα ένζυμα του ακροσωμίου εξαφανίζουν τον ακτινωτό στέφανο. Τη διάφανη ζώνη εξαφανίζει την πρωτεΐνη του, που προκαλεί υδρόλυση των γλυκοπρωτεϊνών της. Όταν, μετά τη γονιμοποίηση σχηματιστεί βλαστοκύστη, τότε το ωάριο είναι έτοιμο να εμφυτευτεί.

Αλλά και πριν γίνει βλαστοκύστη, δηλαδή όταν ακόμα είναι 8 κύτταρα, είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί η εμφύτευσή του. Αυτό αποτελεί περίεργη ασυμφωνία με τις γνώσεις μας πάνω στη φυσιολογία της εμφύτευσης.

Η εμφύτευση γίνεται με λεπτό καθετήρα, σαν αυτά, που χρησιμοποιούμε για την εκτέλεση σπερματέγχυσης, ύστερα από αναρρόφη-

ση του ωαρίου μέσα σ' αυτόν.

Όταν ο καθετήρας εισαχθεί στην ενδομήτρια κοιλότητα, πιέζεται ο αέρας της σύριγγας που είναι προσαρμοσμένη σ' αυτόν, και το ωάριο προωθείται στην κοιλότητα.

Η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην εξωσωματική γονιμοποίηση δεν συμβαδίζει πάντα με ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, όπως στη φυσιολογική με συνουσία σύλληψη ύστερα από σπερμάγχυση. Το ποσοστό της επιτυχίας εμφύτευσης φτάνει το 30% αλλά το ποσοστό της συγκράτησης του κυήματος δεν ξεπερνάει το 15%.

Τα περισσότερα κυήματα απορρίπτονται μέσα στις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης από άγνωστα, τις περισσότερες φορές, αίτια.

Οι χρωματοσωμικές ανωμαλίες ή η είσοδος περισσότερων σπερματοζωαρίων μέσα στο ωάριο, που προκαλούν τριπλοειδικό ή τετραπλοειδικό αριθμό χρωματοσωμάτων, θεωρείται ένας από τους βασικότερους παράγοντες της απόρριψης.

Η τοποθέτηση περισσότερων γονιμοποιημένων ωαρίων μέσα στην ενδομήτριο κοιλότητα ανεβάζει το ποσοστό της επιτυχίας της εμφύτευσης και ο υστεροσκοπικός έλεγχος του ενδομητρίου, για την εκτίμηση της καταλληλότητας του για εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου, μας εξασφαλίζει μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας συγκράτησης του κυήματος.

Τελευταία, επιχειρείται η τοποθέτηση ωαρίου και σπερματοζωαρίου στον αυλό των σαλπίγγων, με τη βοήθεια λαπαροσκοπίου. Επίσης, δοκιμάστηκε η εξωσωματική γονιμοποίηση σε περίπτωση αγενεσίας ωθηκών (σύνδρομο TURNER), ύστερα από ορμονική

προετοιμασία του ενδομητρίου και υποστήριξη της εγκυμοσύνης στην αρχή της, φυσικά με τη χρησιμοποίηση ξένου ωαρίου.

Επειδή τα συντηρημένα γόνιμα σπερματοζωάρια σε τράπεζες σπέρματος αποδείχτηκαν ανθεκτικότερα και γερότερα, γιατί η κατάψυξη τα επιλέγει, προτάθηκε η κατάψυξη των ωαρίων στο στάδιο της ωρίμανσής τους, τότε δηλαδή που τα κύτταρά τους φτάνουν τα 8-16. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατή η λήψη και η συντήρηση περισσότερων ωαρίων.

Όσο για τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ύστερα από εξωσωματική γονιμοποίηση, για να υποστηρίξουν τη φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης, είναι τα ίδια, που χρησιμοποιούμε και στην χωρίς εξωσωματική γονιμοποίηση για να υποστηρίξουμε τη φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Ίσως η χορήγηση χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης βοηθάει στην εμφύτευση και στην εξέλιξη του κυήματος.

Η διάγνωση της επιτυχίας της εγκυμοσύνης γίνεται με την ανεύρεση του εμβρυικού σάκου στην ενδομήτρια κοιλότητα την 6η εβδομάδα από την τελευταία εμμηνορρυσία.

Οι ορμονικοί προσδιορισμοί, όταν μάλιστα η ωοθυλακιορρυσία και η υποστήριξη της εμφύτευσης επιδιώχτηκε με τη χορήγηση ορμονών, δεν θεωρούνται αξιόπιστοι για τη διάγνωση της εγκυμοσύνης.

Ένδειξη εκτέλεσης εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελεί η αμφοτερόπλευρη αθεράπευτη ολιγοσπερρία, οι ανωμαλίες του τραχήλου, που εμποδίζουν τη σύλληψη, η ενδομητρίωση των σαλπίνγων και η φυματίωσή τους.

Αντενδείξεις εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελούν η ύπαρξη ενδομητρίωσης των ωοθηκών και η ύπαρξη συμφύσεων γύρω από τις ωοθήκες, που δεν επιτρέπουν τη λήψη ωαρίων.

Προϋποθέσεις εκτέλεσης εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελούν η φυσιολογική μήτρα, η φυσιολογική ωοθηκική λειτουργία ή η ανταπόκριση της ωοθήκης στη χορήγηση ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων και το γόνιμο σπέρμα, το απαλλαγμένο από στοιχεία φλεγμονής.

Τέλος για την επιτυχία εξωσωματικής γονιμοποίησης δυνατό να χρησιμοποιηθεί σπέρμα άλλου δύτη, όπως στην ετερόλογη σπερματέγχυση ή αντίθρα, ξένο ωάριο ή η χρησιμοποίηση μήτρας άλλης γυναίκας για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου, όταν της συζύγου είναι ακατάλληλη.

ΩΟΘΗΚΕΣ

Θεραπευτικά, τα αίτια προκαλούν στείρωση από τις ωοθήκες, θα τα αντιμετωπίσουμε ως εξής:

1. Τις φλεγμονές των ωοθηκών, που συνοδεύουν σαλπγγίτιδες, θα τις αντιμετωπίσουμε όπως και στη θεραπεία της σαλπγγίτιδας (αντιβιοτικά, χυμοθρυψίνη, κλπ.). Σε περίπτωση περιωθηκικών συμφύσεων μετά από αποδράμουςα φλεγμονή, καταφεύγουμε στη λήψη τους λαπαροσκοπικά είναι απρόσιτες και πολλές, για να ελευθερώσουμε τις επιφάνειες των ωοθηκών.
2. Στους όγκους των ωοθηκών, καταφεύγουμε στην εξαίρεση τους και στην όσο το δυνατό διατήρηση μεγαλύτερου τμήματος γερού ωοθηκικού ιστού, που όσο μικρός και αν είναι, μπορεί να ανταποκριθεί λειτουργικά.

3. Σε έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας, που οφείλεται σε πολυκυστικές ωοθήκες, χορηγούμε τα φάρμακα που αναφέραμε, και αν αποτυχουμε, καταφεύγουμε σε σφηνοειδή εκτομή των ωοθηκών.

4. Σε ενδομητρίωση, που θα θεραπεύεται φαρμακευτικά καταφεύγουμε στην εκτέλεση λαπαροτομίας για την καταστροφή της με ηλεκτροκαυτηρίαση ή με ακτίνες LASER, αν είναι με τη μορφή μικρών εστιών και για την εξαίρεση της, αν είναι μεγαλύτερες οι εστίες ή υπάρχουν ενδομητριωτικές κύστεις.

5. Σε καθυστερημένη ωοθυλακιορρηξία ή σε μικρή διάρκεια της ζωής, του ωχρού σωματίου, χορηγούμε από την 15-25 ημέρα του κύκλου 10ΜQ την ημέρα ωχρινομιμητικών φαρμάκων ή 25ΜQ προγεστερόνης κάθε τρεις ημέρες και για 4 φορές.

6. Σε ωχρινική ανεπάρκεια ενισχύουμε το ωχρό σωματίο με τη χορήγηση HCG σε δόση 1500-5000 μονάδες την 14η, 17η και 20η ημέρα του κύκλου ή συνδυασμό οιστρογόνων-προγεστερόνης από την 5η ημέρα από την ημέρα της ανόδου της θερμοκρασίας και για 6 ημέρες.

7. Σε επίμονο ωχρό σωματίο η φαρμακευτική θεραπεία δεν αποδίδει, γιατί δεν αποκαθιστάται η φυσιολογική λειτουργία της ωοθήκης.

Κάποτε, αναγκαστόμαστε να καταφύγουμε σε εξαίρεση του επίμονου ωχρού σωματίου, αφού πρώτα επιβεβαιώσουμε τη διάγνωση μου με λαπαροσκόπηση.

8. Σε ανθεκτικές ωοθήκες που τα ωοθυλάκια ωριμάζουν ως το στάδιο του άντρου η θεραπεία είναι δύσκολη, γιατί οι ωοθήκες δεν απαντάνε στη χορήγηση υποφυσικών ορμονών.

ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της στειρώσης της γυναίκας, από αίτια που βρίσκονται έξω από το γεννητικό της σύστημα είναι η εξής:

Υποθάλαμος

1. Σε οργανικές βλάβες του, που οφείλονται σε φλεγμονές, νεοπλάσματα και αιμορραγίες του μεσεγκέφαλου ή σε ώσεις, που δέχεται από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα, πρέπει να τις διαγνώσουμε και να τις αντιμετωπίσουμε νευρολογικά, νευροχειρουργικά και ψυχιατρικά.

Τόσο η παρομόνωση του βλαπτικού παράγοντα, όσο και η θεραπευτική του αντιμετώπιση δεν είναι πάντα εύκολες.

2. Σε έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας από υποθαλαμικά αίτια, αν αυτά οφείλονται σε οργανικές παθήσεις του ή ψυχονευρωτικές καταστάσεις, θα τις θεραπεύσουμε φαρμακευτικά ή με εγχείρηση ή με ψυχοθεραπεία, στέλνοντας την άρρωστή στους ειδικούς.

Αν όμως οφείλεται σε έλλειψη της εκλυτικής ορμόνης το GURH, όπως συμβαίνει σε περίπτωση υπερπρολακτιναιμίας ή υπογοναδοτροπικού υπογοναδισμού, θα χορηγήσουμε την εκλυτική ορμόνη GURH με την προϋπόθεση, πως η υπόφυση είναι φυσιολογική. Όταν η GURH χορηγηθεί σε μικρές δόσεις (κάτω από SOMQ) ενδοφλέβια σε γυναίκες που έχουν φυσιολογική εμμηνορρηξία, τότε προκαλεί αύξηση της LH. Όταν χορηγηθεί σε μεγαλύτερες δόσεις (πάνω από SOMQ), τότε προκαλεί αύξηση της F.S.H.

Γενικά, η απάντηση των γοναδοτρόπων ορμονών ύστερα από χορήγηση εκλυτικής ορμόνης του υποθαλάμου, εξαρτάται από τη φάση του κύκλου, που χορηγείται.

Έτσι όσο χαμηλότερα είναι τα βασικά επίπεδα των γοναδοτρόπων

ορμονών, τόσο μεγαλύτερες είναι οι απαντήσεις στην GURH, εκτός από το χρόνο, που μεσολαβεί λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία.

Στην παραγωγική φάση, που τα επίπεδα της LH είναι ψηλότερα απ'ότι στην εκκριτική φάση, η απάντηση της L.H. είναι μικρότερη, ενώ στην εκκριτική φάση, που τα επίπεδα της L.H. είναι χαμηλότερα, η απάντηση της F.S.H. είναι μεγαλύτερη. Αντίθετα, στην παραγωγική φάση η απάντηση της F.S.H. είναι μεγαλύτερη και στην εκκριτική φάση μικρότερη.

Αν η GURH χορηγηθεί λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία, τότε εμφανίζεται πολύ μικρή απάντηση, τόσο της L.H. και της F.S.H. που διαρκεί πάνω από 2 ώρες. Η διαφορετική αυτή απάντηση οφείλεται στη θετική παλίνδρομη αλληλορρύθμιση μεταξύ GURH, γοναδοτρόπων ορμονών και οιστρογόνων ορμονών.

Έτσι, η σημαντική αύξηση των οιστρογόνων ορμονών του ώριμου ωοθυλακίου λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία έχει σαν αποτέλεσμα διπλή τη δράση της ορμόνης. Δηλαδή, από το ένα μέρος διεγείρει τον πυρήνα της GURH στην προοπτική περιοχή με αποτέλεσμα μεγάλη απελευθέρωση GURH και από το άλλο αυξάνει την αναισθησία των γοναδοτρόπων κυττάρων της υπόφυσης στην GURH, ώστε η έκκριση της L.H. στην διέγερση της GURH να είναι 50 φορές περίπου μεγαλύτερη. Αυτό προκαλεί μεγάλη αύξηση της L.H., που επιδρά στο ώριμο ωοθυλάκιο και προκαλεί ωοθυλακιορρηξία.

Τέλος, σε όποια φάση και αν χορηγηθεί ποσότητα SOMQ της GURH παρατηρείται αύξηση της L.H. που το μέγιστο της φτάνει σε 15-45 λεπτά και το μέγιστο της F.S.H. σε 10-30 λεπτά. Επάνο-

δος των τιμών των γοναδοτρόπων ορμονών στα βασικά τους επίπεδα γίνεται σε 3 ώρες περίπου.

Η χορήγηση GURH δεν προκαλεί πολλαπλή ωοθυλακιορρηξία, όπως συμβαίνει με τη χορήγηση γοναδοτροπίνων ή κλομιφαίνης.

Την εκλυτική ορμόνη του υποθαλάμου GURH χορηγούμε: α) Με ενδοφλέβια ένεση κάθε 60-120 λεπτά και σε δόσεις 2,5-20ΜQ για 6-8 ώρες.

β) Με ενδομυϊκή ένεση και σε δόση 100ΜQ την ημέρα και για 6-8 ημέρες. Στη συνέχεια χορηγούμε 10.000 μον. HCG και προσδιορίζουμε τις οιστρογόνες ορμόνες κάθε τρεις ημέρες.

γ) Με υποδόρια ένεση, αλλά χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η απάντηση της υπόφυσης εκδηλώνεται μετά μία περίπου εβδομάδα.

Για να ελέγξουμε την επιτυχία της ωοθυλακιορρηξίας, καταφεύγουμε στον υπερηχογραφικό έλεγχο ή προσδιορισμό της προγενέστερόνης στο αίμα.

Υπόφυση

1. Σε υποφυσικό νανισμό, υπογοναδοτροπικό υπογοναδισμό, αδένωμα της υπόφυσης, σύνδρομο SHEEHAN, ανεύρισμα της εσωτερικής καρωτίδας, μεταστατικά νεοπλάσματα, φλεγμονές, μεγαλακρία, νόσο CUSHMQ, σύνδρομο που προκαλεί γαλακτόροια κλπ., δηλαδή σε παθήσεις που δεν ανήκουν στην αρμοδιότητα του γυναικολόγου θα κατευθύνουμε την άρρωση στους ειδικούς συναδέλφους ενδοκρινολόγους, ακτινοθεραπευτές, νευροχειρουργούς κλπ.

2. Σε έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας που οφείλεται σε εκκριτική ανεπάρκεια της υπόφυσης, θα χορηγήσουμε τα παρακάτω φάρμακα:

α. Κριτική κλομιφαίνη, που είναι σύνθετο παράγωγο, όχι στερεοειδές και έχει αντιοιστρογονική δράση. Την κλομιφαίνη χορηγούμε, όταν υπάρχει λειτουργικό ωοθυλάκιο και παραγωγή οιστρογόνων ορμονών, αλλά λείπει η κυκλική διέγερση από τις γοναδοτροπίνες ορμόνες.

Με τη χορήγησή της ενεργοποιείται η έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και μπλοκάρουν τη φυσιολογική αρνητική παλίνδρομη αλληλορρύθμιση των ενδογενών οιστρογόνων και επιτρέπει την απελευθέρωση της GURH, που αυξάνει την έκκριση της F.S.H. και της L.H.

Αυτές δρουν στις ωοθήκες και προάγουν την ωρίμανση των ωοθυλακίων. Η ωρίμανση τους παράγει οιστρογόνες ορμόνες, που προκαλούν θετική καλλίνδρομη αλληλορρύθμιση για την έκκριση της L.H. και καταλήγει σε ωοθυλακιορρηξία. Όλα αυτά συμβαίνουν όταν δεν υπάρχει βλάβη του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των ωοθηκών.

Την κλομιφαίνη χορηγούμε σε δόση 50-100ΜQ την ημέρα, από την 5η-9η ημέρα, από το στόμα. Σε επτά περίπου ημέρες από το τελευταίο δισκίο έχουμε ωοθυλακιορρηξία.

Αν η θεραπεία δεν αποδώσει, αυξάνουμε τη δόση προοδευτικά μέχρι τα 200ΜQ την ημέρα και αν και πάλι δεν έχουμε αποτέλεσμα, τότε μετά από 7 ημέρες από το τελευταίο χορηγούμε 5000.10.000 μον. HCG. Αν ύστερα από προσπάθειες 6-8 μηνών δεν πετύχουμε σύλληψη καταφεύγουμε στη χορήγηση HMG. Επειδή η κλομιφαίνη έχει αντιοιστρογονική δράση, χορηγούμε από την 8η-12η ημέρα οιστριόλη για τη βελτίωση της τραχηλικής βλέννας.

Ποτέ δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε την κλομιφαίνη εμπειρικά, αλλά μόνο όταν έχει ένδειξη. Η χορήγησή της δυνατό να προκαλέσει πονοκεφάλους, ναυτία, έμετο, εξάψεις, υποτονία και υπερδιέγερση των ωοθηκών γι' αυτό η γυναίκα πρέπει να βρίσκεται κάτω από παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας μ' αυτή.

β. Ορμόνη που παίρνουμε από τα ούρα εμμηνοπαυσιακών γυναικών (HMG) που φέρνεται στο εμπόριο σαν HΥMEQON 500 και περιέχει 70 μον. F.S.H. και 75 μον. L.H. και ορμόνη, που παίρνουμε από τα ούρα έγκυων γυναικών και που φέρονται στο εμπόριο σαν PRIMOQONUL.

Προτάθηκε και η χορήγηση παρασκευασμάτων υπόφυσης πεθαμένων ανθρώπων (HPG) αλλά δεν χρησιμοποιείται. Δεν θα χορηγήσουμε τις παρακάτω ορμόνες, αν πρώτα δεν διαπιστώσουμε, πως η F.S.H. και L.H. δεν είναι αυξημένες, όταν υπάρχει όγκος της υπόφυσης και όταν υπάρχει διαταραχή της λειτουργίας του θυροειδούς αδένος και των επινεφριδίων.

Η χορήγησή τους θα γίνει όπως παρακάτω:

1. Αν ο προσδιορισμός των γοναδοτρόπων ορμονών δείξει πως δεν εκκρίνονται σε επαρκή ποσότητα, τότε θα χορηγήσουμε HMG σε δόση 75-100 μον. την ημέρα και για τόσες ημέρες, όσες θα χρειαστούν για να φτάσουν τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών στα 100MQ/24ωρο ή η οιστραδιόλη στα 800-1000PQ/ML ή να πετύχουμε ικανοποιητική κρυστάλωση τραχηλικής βλέννας. Τις περισσότερες φορές απαιτείται χρονικό διάστημα θεραπείας 10 ημερών.

2. Αν τόσο οι τιμές των οιστρογόνων ορμονών, όσο και η κρυ-

στάλωση της τραχηλικής βλέννας μας ικανοποιούν και οι ωοθήκες είναι φυσιολογικές, τότε συνεχίζουμε τη θεραπεία με τη χορήγηση HCG, που έχει δράση L.H. σε δόση 3000-15000 μον. Ένα περισσότερο απλό θεραπευτικό σχήμα από το παραπάνω είναι να χορηγήσουμε HMG την 1η, 3η και 5η ημέρα σε δόση 75 μονάδες την ημέρα και την 8η ημέρα HCG σε δόση 5000 μονάδες.

Με τα παραπάνω θεραπευτικά σχήματα, όταν ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυση είναι αέριος, πετυχαίνουμε ωοθυλακιορρηξία σε συχνότητα 30%.

3. Αν ο προσδιορισμός της F.S.H. και της L.H. δείξει πως η έκκριση της πρώτης είναι φυσιολογική και η βασική έκκριση της δεύτερης επίσης φυσιολογική αλλά λείπουν οι εκκριτικές τους αιχμές, τότε χορηγούμε μόνο HCG σε δόση 3000-15000 μον. στις ημέρες που θα έπρεπε να συμβεί ωοθυλακιορρηξία.

4. Αν θέλουμε να έχουμε σταθερό το χρόνο της ωοθυλακιορρηξίας, για να προβούμε σε λήψη ωαρίων για εξωσωματική γονιμοποίηση ή για να εκτελέσουμε σπέρματέγχυση, τότε μπορούμε να χορηγήσουμε από τη 2η ή 3η ημέρα του κύκλου και κάθε δύο ημέρες HMG, μέχρι να φτάσουμε την οιστραδιόλη στο 500-1000PQ/ML τότε χορηγούμε 500 μον. HCG την 11η και 12η ημέρα και περιμένουμε την ωοθυλακιορρηξία μέσα σε 30-40 ώρες. Αν για τον ίδιο λόγο θέλουμε να πετύχουμε πολλαπλή ωοθυλακιορρηξία, για να πάρουμε περισσότερα ωάρια, έστω και αν δεν είναι ώριμα, και να τα χρησιμοποιήσουμε σε εξωσωματική γονιμοποίηση, τότε χορηγούμε HMG από την 3η ημέρα του κύκλου σε δόση 150 μον. την ημέρα μέχρι τότε που η οιστραδιόλη θα φτάσει τα 300PQ/ML και ο υπερηχογραφικός έλεγχος μας υποδείξει, πως

τα ωοθυλάκια έχουν διάμετρο από 1.2-1,5 χιλ. Ύστερα από 50 ώρες μετά την τελευταία ένεση HMG χορηγούμε 10.000 μον. HCG και παίρνουμε τα ωάρια σε 36-38 ώρες. Η χορήγηση των HMG και HCG για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας δυνατό να προκαλέσει σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, που διακρίνεται σε τρία στάδια:

Στο πρώτο στάδιο, διαπιστώνεται απλή διόγκωση των ωοθηκών και τα οιστρογόνα των ούρων είναι αυξημένα.

Στο δεύτερο στάδιο, μαζί με τη διόγκωση των ωοθηκών, έχουμε και διόγκωση της κοιλίας, ναυτία, έμετο ή διάρροια.

Στο τρίτο στάδιο, έχουμε ανάπτυξη μεγάλων ωοθηκικών κύστεων και ασκίτη με υδροθώρακα.

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες των παραπάνω φαρμάκων είναι η πολλαπλή εγκυμοσύνη και σπάνια οι σοβαρές διαταραχές άλλων συστημάτων του οργανισμού της γυναίκας. Η σχολαστική επιλογή των περιπτώσεων της υποφυσικής ανεπάρκειας και ο καθημερινός έλεγχος με την ψηλάφηση των ωοθηκών, την εκτίμηση της τραχηλικής βλέννας και τον προσδιορισμό των οιστρογόνων ορμονών, μας προστατεύουν από τέτοιου είδους επιπλοκές.

γ. Κυκλοφενίλη. Αυτή χορηγείται σε δόση 400MQ την ημέρα και για 10 ημέρες ή σε δόση 200MQ την ημέρα και για 20 ημέρες. Κύηση συμβαίνει ύστερα από θεραπεία 2,5 ή 9 μηνών.

δ. Ταμοξιφαίνη. Αυτή χορηγείται σε δόση 40MQ την ημέρα και για 5 ημέρες, όπως και η κλομιφαίνη. Δρα μέσω του υποθαλάμου, που τον διεγείρει και αυξάνει την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης του και την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών. Η χορήγησή της προτιμάται μόνο στον καρκίνο του μαστού, γιατί είναι ισχυρό αντιοιστρογόνο.

ε. **Οιστρογόνες ορμόνες.** Η στιβοιστρόλη σε δόση 3ΜQ την ημέρα από το στόμα την 11η, 12η και 13η ημέρα, πιστεύεται πως είναι δυνατό να προκαλέσει την απελευθέρωση γοναδοτρόπων ορμονών και να πετύχει ωοθυλακιορρηξία.

Επίσης η χορήγηση επιμετρόλης, που συγγενεύει χημικά με την οιστριόλη, όταν χορηγηθεί σε δόση 5-10ΜQ την ημέρα και για 5-10 ημέρες μετά την εμμηνορυσία είναι δυνατό να προκαλέσει ωοθυλακιορρηξία.

στ. **Προγεστερόνη.** Πιστεύεται, πως όταν χορηγήσουμε προγεστερόνη στη δεύτερη φάση του κύκλου, αυτή κάνει τον κύκλο διφανικό και βοηθάει στη εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Επίσης, ένα προγεστερονοειδές, που έχει δομή ανάλογη με τη δενδρογεστερόνη το RO-4-8347 πιστεύεται, πως όταν χορηγηθεί από την 9η ημέρα του κύκλου και για 5 ημέρες, δυνατό να προκαλέσει ωοθυλακιορρηξία. Σε μεγαλύτερες όμως δόσεις την αναστέλει από αναστολή της έκκρισης της L.H.

ζ. **Οιστρογόνες ορμόνες-προγεστερόνη.** Διαπιστώθηκε, πως ο συνδιασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης, όταν χορηγηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα σε διαταραχές του υποφυσικού-ωοθηκικού άξονα και ύστερα διακοπεί η χορήγησή του, είναι δυνατό να ακολουθήσει σύντομη περίοδος υπεργονιμότητας από ωοθυλακιορρηξία.

η. **Αντισυλληπτικά δισκία.** Η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων για ορισμένο χρονικό διάστημα και η επιτυχία ωοθυλακιορρηξίας μετά τη διακοπή τους, που κάποτε προτάθηκε, δεν ευσταθεί.

θ. **Βρωμοκρυπτίνη.** Όπως και αλλού αναφέραμε, βρέθηκε πως η ντοπαμίνη αναχαιτίζει την έκκριση της προλακτίνης, γιατί

κινητοποιεί τον RIF, δηλαδή την υποθαλαμική ορμόνη για την αναστολή της έκκρισης της προλακτίνης. Την ίδια ρυθμιστική δράση έχει και η L-DOPA που όταν χορηγηθεί σε διαταραχές της εμμηνορυσίας τις αποκαθιστά.

Το αλκαλοειδές της ερυσιβώδους ολύρας βρωμοκρυπτίνη, που είναι ημισυνθετικό πεπτίδιο, βρέθηκε πως έχει την ίδια δράση όταν χορηγηθεί για 1-2 μήνες και αποκαθιστά την εμμηνορρυσία και την ωθυλακιορρηξία.

Τη βρωμοκριπτίνη χορηγούμε όταν υπάρχει αυξημένη έκκριση προλακτίνης, αλλά και όταν αυτή είναι φυσιολογική, αλλά υπάρχει υποθάλαμο-υποφυσική δυσλειτουργία. Η δόση της ανέρχεται σε 2-3 δισκία την ημέρα για 6 μήνες.

Το κάθε δισκίο περιέχει 2,5ΜΩ μεθανοσουλφονικό άλας της βρωμοκρυπτίνης. Αρχίζουμε τη θεραπεία με μισό δισκίο το βράδυ της πρώτης ημέρας και συνεχίζουμε το χορήγησή του κάθε 12 ώρες για τρεις ημέρες. Ύστερα προσθέτουμε μισό δισκίο μέσα σε 3-7 ημέρες, μέχρι να φτάσουμε την προλακτίνη στα φυσιολογικά της επίπεδα.

Η χορήγηση της βρωμοκρυπτίνης δυνατό να προκαλέσει ναυτία, ζάλη, ρινική συμφόρηση, μυϊκές συσπάσεις, δυσκοιλιότητα κλπ. Στο εμπόριο η βρωμοκρυπτίνη φέρεται με το όνομα DARLODEL. Δοκιμάστηκε η χορήγηση συνδιασμού βρωμοκρυπτίνη-κλομιφαίνης για την πρόκληση ωθυλακιορρηξίας, όπως και το αντιντοπαμινικό LISURIDE στη θέση της βρωμοκρυπτίνης.

3. Μετά την αναφορά μας στα φάρμακα, που προκαλούν ωθυλακιορρηξία, κρίνεται σκόπιμη η υπενθύμιση της κατάταξης των γυναικών που πάσχουν από στέρωση στις ομάδες που αναφέραμε

στη διάγνωση για να συνδέσουμε αυτές με την θεραπεία. Έτσι:
Στην ομάδα I: που υπάρχει ανεπάρκεια του υποθαλάμου και της υπόφυσης, θα χορηγήσουμε HMG, HCG, δηλαδή θεραπεία υποκατάστασης.

Στην ομάδα II: που υπάρχει δυσλειτουργία υποθαλάμου-υπόφυσης θα χορηγήσουμε φάρμακα, που προκαλούν ωοθυλακιορρηξία, αρχίζοντας με κλομιφαίνη και συνεχίζοντας με HMG και HCG. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι γυναίκες που πάσχουν από πολυκυστικές ωοθήκες. Σ' αυτές θα χορηγήσουμε κλομιφαίνη και αν αποτύχουμε τότε θα χορηγήσουμε HMG και HCG με μεγάλη προσοχή για τον κίνδυνο υπερδιέγερσης των ωοθηκών. Σε περίπτωση αποτυχίας θα καταφύγουμε στη σφηνοειδή εκτομή των ωοθηκών.

Στην ομάδα III, που υπάρχει πρωτοπαθής ωοθηκική ανεπάρκεια, θα συστήσουμε θεραπεία υποκατάστασης με τη χορήγηση οιστρογόνων ορμονών, χωρίς να περιμένουμε την επιτυχία ωοθυλακιορρηξίας.

Στην ομάδα IV, που υπάρχει βλάβη του γεννητικού σωλήνα, θα αποκαταστήσουμε τη βλάβη.

Στην ομάδα V, που υπάρχει υπερπρολακτιναιμία με όγκο, θα εξαιρέσουμε τον όγκο ή θα τον ακτινοβολήσουμε και αν η υπερπρολακτιναιμία επιμένει θα χορηγήσουμε βρωμοκρυπτίνη.

Στην ομάδα VI, που υπάρχει υπερπρολακτιναιμία χωρίς όγκο, θα χορηγήσουμε βρωμοκρυπτίνη.

Στην ομάδα VII, που δεν εμφανίζεται εμμηνορρυσία και ωοθυλακιορρηξία και υπάρχει αδένωμα στην υπόφυση, θα συστήσουμε εγχείρηση ή ακτινοβολία και μετά θα χορηγήσουμε HMG, HCG.

ΘΥΡΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ

1. Στην υπολειτουργία του θυροειδούς αδένου θα χορηγήσουμε φυσικές ορμόνες, όπως θυροξίνη και τριιωδοθυρονίνη ή εκχυλίσματα του αδένου. Στην αρχή χορηγούμε μικρές δόσεις που τις αυξάνουμε μέχρι να πετύχουμε ενθυμοειδισμό. Στον υποφυσιολογική υποθυρεοειδισμό πριν από τη θεραπεία θα λάβουμε υπόψη μας τη νόσο, που την προκάλεσε (π.χ. αδένωμα της απόφυσης) και την κατάσταση των άλλων αδένων, ιδιαίτερα των επινεφριδίων. Εφόσον υπάρχει και επινεφριδική ανεπάρκεια, πρώτα διορθώνεται αυτή με τη χορήγηση κορτιζόνης και ύστερα η ανεπάρκεια του θυροειδούς.

2. Στην υπερλειτουργία του θυροειδούς αδένου θα χορηγήσουμε παράγωγα της θειουρίας ή ραδιενεργό ιώδιο ή εξαιρούμε μεγάλο τμήμα του αδένου. Το τοξικό αδένωμα αντιμετωπίζεται με εγχείρηση ή με χορήγηση ιωδίου.

3. Στη βρογχοκήλη θα συστήσουμε εγχείρηση ή θα χορηγήσουμε θυροειδικές ορμόνες, δηλαδή εκχυλίσματα του θυροειδούς αδένου, θυροξίνη ή τριιωδοθυρονίνη.

4. Στα νεοπλάσματα του θυροειδούς αδένου συνίσταται εγχείρηση ή ακτινοβολία.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ

1. Στη χρόνια ανεπάρκεια των επινεφριδίων θα συστήσουμε θεραπεία υποκατάσταση για όλη τη ζωή της άρρωστης. Την ίδια θεραπεία θ' ακολουθήσουμε σε δευτεροπαθή ανεπάρκεια υποφυσικής προέλευσης.

2. Στην υπερλειτουργία του φλοιού των επινεφριδίων που οφείλεται σε σύνδρομο CUSHING θα συστήσουμε εγχείρηση για την

εξαίρεση του αδενώματος των επινεφριδίων ή της υπόφυσης ή εξωτερική ακτινοβολία ή εμφύτευση ραδιοισοτόπων στο βόθρο του τούρκικου επιπέδου.

3. Τους αρσενικούς και θηλυκοποιούς όγκους των επινεφριδίων θα συστήσουμε εγχείρηση και στη συγγενή τους υπερπλασία τη χορήγηση 20-30Μg κορτιζόνης την ημέρα για ολόκληρη τη ζωή της άρρωστης.

ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τις γενικές παθήσεις θα τις θεραπεύσουμε ανάλογα με τα αίτια, που τις προκάλεσαν και θα συμβουλευτούμε ειδικούς συναδέλφους όπως παθολόγο, καρδιολόγο, ουρολόγο κλπ. Τις διατροφικές διαταραχές θα τις θεραπεύσουμε με τη χορήγηση λευκομάτων, βιταμινών, σιδήρου κλπ. και θα συστήσουμε τη συμβουλή ενδοκρινολόγου.

Τις βλαβερές συνήθειες της γυναίκας (κατάχρηση οινοπνεύματος, καπνίσματος, ναρκωτικά) θα τις αντιμετωπίσουμε με συμβουλές και με τη βοήθεια ψυχιάτρου. Τις τοπικές χημικές επιδράσεις που προκαλούν διαταραχή του ΡΗ του κόλπου θα τις αντιμετωπίσουμε με τη σύσταση αποφυγής καταστροφικών για τα σπερματοζωάρια αλαφών ή διαλύσεων.

Τις γενικές χημικές επιδράσεις από το επάγγελμα της γυναίκας θα τις αντιμετωπίσουμε με τη σύσταση απομάκρυνσης της από τον τόπο εργασίας.

Τις ψυχολογικές επιδράσεις, που επηρεάζουν τη γονιμότητα της γυναίκας, θα τις αντιμετωπίσουμε με τη χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων και με τη σύσταση να συμβουλευτεί ένα ψυχίατρο. Όταν οι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στη σεξουαλικότητα,

δοκιμάζουμε τη χορήγηση 5 ΜQ την ημέρα μεθυλτεστοστερόνης ή 25ΜQ την ημέρα μαστερόλης για 2 μήνες ή συνιστούμε ομόλογες σπερματεγχύσεις με τη χρησιμοποίηση συντηρημένου σε τράπεζα σπέρματος.

Απόδειξη της επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων στην αναπαραγωγική λειτουργία της γυναίκας αποτελεί η σύλληψη μετά από υιοθεσία.

Τις διαταραχές του οργανισμού, που φτάνουν στο σημείο να επηρεάζουν τη γονιμότητα της γυναίκας βοηθάμε με αποκατάσταση των σχέσεων των δύο συζύγων, όταν αυτές διαταράχτηκαν και με τον αισθησιακό εστιασμό δηλαδή την ανεύρεση του σημείου που φέρει τη γυναίκα σε οργασμό. Με την ανεύρεση του στην αρχή ο σύζυγος προκαλεί ευχαρίστηση στη σύζυγο, χωρίς αυτή να φτάνει στον οργασμό, που θάρθει αργότερα.

Η ψυχολογική προετοιμασία του ζευγαριού, πριν αυτό επιδοθεί στον αισθησιακό εστιασμό είναι απαραίτητη. Στις πρώτες συνουσίες που θα ακολουθήσουν η γυναίκα πρέπει να παίρνει θέση πάνω στον άνδρα και η είσοδος του πέους να γίνεται από τη γυναίκα. Και μόνο αυτό μπορεί να της προκαλεί ευχάριστο αίσθημα. Δεν είναι απαραίτητο από τις πρώτες συνουσίες να πετύχουν οργασμό οι κινήσεις.

Αυτές τις αρχίζει αργότερα η σύζυγος, που τις σταματάει, όταν ο σύζυγος είναι έτοιμος να εκσπερματίσει, για να τις επαναλάβει και κρατήσει τη συνουσία περισσότερο. Αργότερα αλλάζουν στάση. Αν η έλλειψη του οργασμού οφείλεται σε καλάρωση των μυών του περινέου, η γυναίκα κάνει ασκήσεις για να πετύχει την ενίσχυσή του.

Αυτές μοιάζουν με την προσπάθεια, που καταβάλλει όταν θέλει να διακόψει την ούρηση. Στη θεραπεία των διαταραχών του οργασμού ανήκει και ο αυνανισμός με τον ερεθισμό ααιίσθητων σεξουαλικά περιοχών, με την ανάγνωση ερωτικών βιβλίων ή με την παρατήρηση φωτογραφιών, που εξάπτουν τη φαντασία της.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική σειρά νοσηλευτικών ενεργειών που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων που προσαρμόζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Νοσηλευτική εκτίμηση της καταστάσεως και των προβλημάτων υγείας τους ασθενούς
 - α. Συλλογή πληροφοριών
 - β. Καθορισμός νοσηλευτικών προβλημάτων)
2. Οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας
 - α. Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
 - β. Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας).

Με βάση αυτά τα στάδια νοσηλευτικής διεργασίας θα προσπαθήσουμε να δώσουμε στον ασθενή μια προγανωμένη, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Νοσηλευτική διεργασία - Προβλήματα στειρώσεως

Στείρωση είναι η αδυναμία γονιμοποιήσεως ή εγκαταστάσεως του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα. Το πρόβλημα της στηρώσεως είναι πολύ σημαντικό και για την οικογένεια και για την κοινωνία. Η αναλογία των στειρών γάμων ανέρχεται σε 10% περίπου. Τα αίτια της στειρότητας μπορεί να εντοπίζονται και στους δύο συζύγους, σχεδόν εξίσου. Έτσι η προσπάθεια για την εξα-

κρίβωση της αιτίας στρέφεται και στους δύο συζύγους συγχρόνως. Η εκτίμηση της κατάστασης ασθενών με στειρώση γίνεται με τη λήψη ιστορικού, τη φυσική εκτίμηση και τις διαγνωστικές εξετάσεις.

Τα κυριότερα προβλήματα ασθενών με στειρώση αναγράφονται παρακάτω.

Προβλήματα από τον άνδρα: Η στειρώση στον άνδρα μπορεί να οφείλεται είτε σε βλάβη παραγωγής των σπερματοζωαρίων στους όρχεις (σπερματογένεση) είτε σε διαταραχή της μεταφοράς του σπέρματος μέχρι τον κόλπο.

α) Βλάβες σπερματογένεσης: Η σπερματογένεση μπορεί να παραβλάπτεται από συγγενείς ανωμαλίες (κρυφορχία), ορμονικές διαταραχές (ανωμαλίες υποφύσεως, υπερθυρεοειδισμός, διαβήτης), λοιμώδους νόσους (παρωτίτιδα) τοξικές επιδράσεις κ.ά.

β) Διαταραχές μεταφοράς του σπέρματος: Στις περιπτώσεις αυτές τα σπερματοζωάρια παράγονται φυσιολογικά στον όρχι, παρεμποδίζεται όμως η μεταφορά τους από αυτόν μέχρι τον κόλπο (Εικ.). Έτσι το κώλυμα μπορεί να εδράζεται στους εκφορητικούς πόρους του όρχεως (επιδιδυμίδα σπερματικός πόρος, προστάτης) και να προέρχεται από φλεγμονές, τραυματισμούς κλπ. που προκαλούν στενώσεις ή αποφράξεις του αυλού των. Μπορεί επίσης να εντοπίζεται, όπως συμβαίνει σε συγγενείς διαμαρτίες (υποσπαδίας, φίμωση) έλλειψη στήσεως (ψυχολογικά προβλήματα), τραυματισμοί των γεννητικών οργάνων κλπ.

Προβλήματα από τη γυναίκα:

α) Διαταραχές παραγωγής ωαρίου: Μπορεί να οφείλονται σε απλασία ή υποπλασία των ωοθηκών, ή σε έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας (μονο-

φασικός κύκλος) που προκαλείται από ορμονικές ή τυπικές αιτίες (σκληρύωση, ενδομητρίωση ωοθήκης).

β) Διαταραχές μεταφοράς ωαρίου: Οφείλονται σε στένωση ή απόφραξη του αυλού των σαλπίνγων που μπορεί να προέρχεται από συγγενείς ανωμαλίας (υποπλασία), γλεγμονές, όγκους των γεννητικών οργάνων κλπ.

γ) Διαταραχές εγκαταστάσεως του κυήματος: Η εγκατάσταση του κυήματος στο ενδομήτριο μπορεί να παραβλάπτεται από ακαταλληλότητα του ενδομητρίου που προκαλείται από ορμονικούς λόγους, ενδομητρίτιδες, ινομυώματα, πολυτοκία, άτεκνες αποξέσεις, ενδομητρικές συμφύσεις (Εικ.), συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας κλπ.

δ) Διαταραχές μεταφοράς των σπερματοζωαρίων: Για να γίνει γονιμοποίηση χρειάζεται και η εξασφάλιση ευνοϊκών συνθηκών ανόδου των σπερματοζωαρίων μέχρι τις σάλπιγγες όπου γονιμοποιούν το ωάριο. Επομένως αλλοιώσεις από περιβάλλον του κόλπου, του τραχήλου (τραχηλική βλέννα) ή της μήτρας μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες στειρότητας.

ε) Ανοσολογικά αίτια: Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις που δεν βρίσκεται σαφής αιτία στηρώσεως υπεισέρχονται παράγοντες ανοσοβιολογικοί. Θεωρείται, δηλαδή ότι αναπτύσσονται στη γυναίκα αντισώματα έναντι αντιγόνων του σπέρματος, τα οποία δυσχεραίνουν τη βιολογική λειτουργία των σπερματοζωαρίων (κινητικότητα, συγκολήσεις κλπ).
Έλεγχος στειρώσεως: Όπως αναφέρεται παραπάνω η εκτίμηση της καταστάσεως ασθενούς με στέρωση και η ανεύρεση του αιτίου στειρότητας γίνεται και με τη λήψη ιστορικού και ακοσκοπεί

στην αποκάλυψη παραγόντων ή νόσων, που πιθανόν έχουν επηρεάσει τη γονιμότητά τους. Έτσι εκτός από το επάγγελμα και την ηλικία αναζητούνται ενδοκρινικές διαταραχές (διαβήτης, ανωμαλίες υποφύσεως), λοιμώδεις νόσοι (T.B.C. παρωτίτιδα), φλεγμονές του γεννητικού συστήματος εγχειρήσεις στα γεννητικά ή γειτονικά τους όργανα, συγγενείς διαμαρτίες κ.ά. Η λήψη πληροφοριών επεκτείνεται και σε απόρρητες λεπτομέρειες των σεξουαλικών τους σχέσεων, οι οποίες μπορεί να έχουν σημασία για την ελεγχόμενη περίπτωση.

Κλινική εξέταση: Άνδρας: Εξετάζονται τα γεννητικά όργανα για τυχόν διαμαρτία διαπλάσεως (υποσπαδίες, κρυφορχία, φίμωση) φλεγμονές όγκους κλπ.

Γυναίκα: Γίνεται πλήρης γυναικολογική εξέταση για την ανεύρεση διαμαρτιών διαπλάσεως, όγκων φλεγμονών, τραυματικών βλαβών, διαταραχών της θέσεως των γεννητικών της οργάνων.

Σπερμοδιάγραμμα: Είναι το αποτέλεσμα της εξετάσεως του σπέρματος. Σ' αυτό περιλαμβάνεται η ποσότητα του σπέρματος, ο αριθμός των σπερματοζωαρίων, η κινητικότητά τους, η μορφολογία τους. Οι φυσιολογικές τιμές έχουν ως εξής:

Ποσότητα: 2,5-5ML, αλκαλικής αντιδράσεως, κολλώδες

Ρευστοποίηση: εντός 20-30 λεπτών

Αριθμός: 140-150 εκατομμύρια ανά ML

Κινητικότητα: τουλάχιστον 50% μετά 4 ώρες

Παθολογικές μορφές: μέχρι 20%.

Έλεγχος κύκλου: Εξετάζεται η διάρκεια και η μορφή του κύκλου και ελέγχεται η ωοθυλακιορρηξία με τις μεθόδους που αναφέρθηκαν στο αντίστοιχο κεφάλαιο δηλαδή:

- α. Το θερμοδιάγραμμα
- β. Τα κοιλικά επιχρίσματα
- γ. Η βιοψία ενδομητρίου
- δ. Ο ορμονικός προσδιορισμός επιπλέον εξετάζεται.
- ε. Η τραχηλική βλέννη κατά τη διάρκεια του κύκλου και υπό την επίδραση των ορμονών της ωοθήκης η τραχηλική βλέννη υφίσταται μεταβολές, ως προς την ποσότητα και την υφή της. Έτσι προ της ωορρηξίας και υπό την επίδραση της θυλακίνης παρουσιάζεται άφθονη διαυγής με μεγάλη εκτασιμότητα (SPIUNBARLCEIT) και με ικανότητα κρυσταλλώσεως ειδικής μορφής (Εικ.). Τις ιδιοότητες αυτές χάνει μετά την ωοθυλακιορρηξία.

Έλεγχος σαλπίνγων. Ελέγχεται η διαβατότητα των σαλπίνγων με τις εξής μεθόδους, όπως αναφέρεται και σε προηγούμενο κεφάλαιο.

- α. Υστεροσαλπισσογραφία
- β. Εμφύσηση σαλπίνγων
- γ. Λαπαροσκόπηση ή Δουγλασειοσκόπηση.

Έλεγχος συσχετίσεως παραγόντων. Εξετάζεται κυρίως η σχέση τραχηλικής βλέννης προς τα σπερματοζωάρια, δηλαδή ελέγχεται η δυνατότητα διελεύσεώς τους από τον τράχηλο.

Δοκιμασία δίνης-HUHNER. Κατ'αυτήν εξετάζεται μικροσκοπικώς η παρουσία ζωντανών σπερματοζωαρίων στην τραχηλική βλέννη αμέσως μετά τη συνουσία για την άνοδο των σπερματοζωαρίων στη μήτρα που μπορεί να οφείλεται σε διάφορες αιτίες (μικροβιακές ορμονικές ανοσοβιολογικές).

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι ανάλογη με την ανεύρεση και αντιμετώπιση του αιτίου. Αποσκοπεί στη σωστή διεκπεραίωση

των εξετάσεων και την αντιμετώπιση του αιτίου στειρότητας καθώς επίσης στην αντιμετώπιση και επίλυση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Θεραπεία. Η θεραπεία της στειρότητας συνίσταται στην άρση του αιτίου που εντοπίστηκε με τον έλεγχο. Έτσι η στέρωση αντιμετωπίζεται κυρίως με χειρουργικά και συντηρητικά μέσα.

Χειρουργική αντιμετώπιση. Περιλαμβάνει επεμβάσεις για διόρθωση ανωμαλιών στον άνδρα (περιτομή, πλαστικές εγχειρήσεις, εγχειρήσεις κοίλης κλπ.) και στη γυναίκα (αφαίρεση όγκων, διαστολή τραχήλου, πλαστικές μήτρας και σαλπίγγων, εκτομές ωοθήκης κλπ. Σήμερα σε περιπτώσεις σαλπγγικής στειρώσεως γίνεται προσπάθεια παρακάμψεως των σαλπίγγων με την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Συντηρητική αντιμετώπιση. Εκτός από την εφαρμογή αντιβιοτικής αγωγής για τη θεωρεία φλεγμονών του κόλπου, του τραχήλου, των εξαρτημάτων ή του προστάτου ή συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως τη χρήση ορμονών.

Ανδρική στέρωση: Χορηγούνται ανδρικές ορμόνες (τεστοστερόνη) σε ενέσεις ή κάπια και γοναδοτροφίνες σε ενέσεις για τη βελτίωση των στοιχείων του σπέρματος.

Γυναικεία στέρωση: Χορηγούνται ορμόνες της ωοθήκης (οιστρογόνα, προγεστερόνη) για τη βελτίωση του κύκλου και της τραχηλικής βλέννης. Σε μονοφασικό κύκλο επιδιώκεται η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με τη χορήγηση γονατροφινών εμμηνοπαυσιακών ή κιτριικής κλομιφένης (CLOMIPHEN CITRATE).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΗΝΗ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ:

Όνομα: Φ.Ο.

Ηλικία: 25 ετών

Επάγγελμα: Οικιακά

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος από πενταετίας-πρόβλημα στειρότητας.

Ιστορικό εμμήνου ρήσεως: Πρώτη έμμηνος ρήση 12 ετών. κύκλος περιόδου 28-32 ημερών, διάρκεια εμμήνου ρήσεως 3-4 ημέρες.

Παθολογικό-Μαιευτικό-Γυναικολογικό αναμνηστικό: γονόρροια προ τετραετίας που θεραπεύτηκε.

Σεξουαλικό ιστορικό: Τακτικές φυσιολογικές συνουσίες.

Οικογενειακό ιστορικό: Ο σύζυγος είναι 32 ετών. Έχει ορχεκτομή δεξιά η οποία έγινε σε ηλικία 24 ετών. Επίσης στο παθολογικό του αναμνηστικό αναφέρεται γονόρροια προ τετραετίας, η οποία έχει αποθεραπευτεί. Έχει γίνει εργαστηριακός έλεγχος ανδρικής στειρότητας-γονιμότητας και το αποτέλεσμα έδειξε σπέρμα γόνιμο χωρίς προβλήματα.

Κοινωνικό ιστορικό: Το ζευγάρι δέχεται πιέσεις από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, όσον αφορά την τεκνοποίηση. Το ζευγάρι αντιδρά απέναντι σ'αυτές τις πιέσεις λέγοντας ότι δεν θέλει να κάνει ακόμα παιδιά. Δεν θέλει να γίνει γνωστό ότι υπάρχει πρόβλημα τεκνοποίησης.

Ψυχολογικές αντιδράσεις: Το ζευγάρι διακατέχεται από άγχος, όσον αφορά την έκβαση του προβλήματός τους.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ-ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Στειρότητα	Διερεύνηση του αιτίου της στειρότητας και θεραπεία του, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα	<p>- Προγραμματίζεται η κλινική γυναικολογική εξέταση. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η ασθενής χρειάζεται ενθάρρυνση κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό, τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων-</p> <p>- Παροχή συμβουλών για αποφυγή κοιλιακής πλύσης 24 ώρες πριν από την εξέταση, γιατί θα γίνει λήψη κοιλιακού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση.</p> <p>- Παροτρύνεται η ασθενής για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.</p> <p>- Ενθάρρυνση της ασθενούς και ενημέρωση για το πόσο σημαντική είναι η συνεργασία της μαζί μας.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση, με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος της εξεταστικής τράπεζας, τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά τηρίγματα- Στη θέση αυτή τα γεννητικά όργανα, είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση. Η άρρωστη καλύπτεται με σεντόνι τοποθετημένο διαγώνια. Η μια γωνία βρίσκεται πάνω στο θώρακα και η αντίθετη της στην ηβική χώρα.</p> <p>Φροντίζουμε για την ύπαρξη καλού φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση.</p> <p>(Ο κοιλιοδιαστολέας υγραίνεται με νερό για να διευκολυνθεί η είσοδό του στο κόλπο).</p> <p>Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία μας κατά την ώρα της εξέτασης. Ψυχολογική υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης.</p>	<p>Κατά τη διάρκεια της πυελικής εξέτασης διαπιστώνεται αρχικά με την επισκόπηση η σωστή διάπλαση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, χωρίς κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Κατά την ψηλάφηση παρατηρείται μήτρα εμεγαλύτερη του φυσιολογικού. Επίσης διαπιστώνεται ύπαρξη ερεθισμού στον κόλπο και αυξημένη κοιλιακή έκκριση, ενδεικτική φλεγμονής ή λοίμωξης.</p> <p>Ιδιαίτερη ευαισθησία στις σάλπιγγες και τράχηλος κατά φύση.</p>
Μείωση άνεσης της ασθενούς	Εξασφάλιση άνεσης, ασφαλούς και υποστηρικτού περιβάλλοντος			
	Μείωση των σφαλμάτων κατά τη συλλογή δειγμάτων για τις διαγνωστικές εξετάσεις			

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Άγχος της ασθενούς όσον αφορά τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσουν κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων</p>	<p>Αποβολή του άγχους</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς για τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η κάθε διαγνωστική εξέταση και γιατί γίνεται. Διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών.</p>	<p>Ενθαρρύνεται η ασθενής να χαλαρώσει να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά. Επίσης έχουν ετοιμαστεί αντικειμενοφόρες πλάκες και ειδικές σπάτουλες AYRE για τη λήψη κολπικού και τραχηλικού εκκρίματος που τοποθετείται πάνω στις πλάκες οι οποίες στέλνονται για εξέταση.</p>	<p>Κατά την εξέταση του κολπικού επιχρίσματος ανεβρέθησαν μύκητες</p>
<p>Μείωση άνεσης λόγω κνησμού, ερεθισμού και υπερέκρισης στον κόλπο</p>	<p>Ελλάτωση και υποχώρηση του κνησμού και επαναφορά της οξύτητας του κόλπου στο φυσιολογικό</p>	<p>Διδασκαλία της ασθενούς και παροχή συμβουλών σχετικά με την απόκτηση ατομικών συνηθειών υγιεινής και ενημέρωσης για τους προδιαθεσικούς παράγοντες προκλήσης της κολπίτιδας.</p>	<p>Χορηγούνται στην ασθενή FUNGORAL τεμπλέτες 1X2 και DACTARIN OVULES 1X1 για έξι ημέρες.</p>	<p>Υποχώρηση όλων των συμπτωμάτων της φλεγμονής.</p>
<p>Κολπίτιδα</p>	<p>Θεραπεία κολπίτιδας</p>	<p>Παροχή επεξηγήσεων στην ασθενή για το μηχανισμό δράσης και τον τρόπο χρήσης των ειδικών φαρμάκων για την καταπολέμηση της κολπίτιδας.</p>	<p>Συμβουλεύουμε την ασθενή να μην χρησιμοποιεί ταμπόν κατά τη διάρκεια της θεραπείας για πρόληψη απορρόφησης από αυτά, του ενδοκολπικού φαρμάκου. Τονίζουμε πως είναι απαραίτητη η καλή καθαριότητα της περιναϊκής χώρας της συνιστούμε τη χρήση βαμβακερών εσφουράκων για καλό αερισμό.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΕΚΟΦΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Ευαισθησίες στις σάλπιγγες</p> <p>Φλεγμονή των σαλπίγγων</p>	<p>Ανεύρεση του αιτίου</p> <p>Θεραπεία της φλεγμονής</p>	<p>Προγραμματίζεται η ασθενής για υπερηχογράφημα. Προετοιμασία και ενημέρωση της ασθενούς για το είδος της εξέτασης που πρόκειται να κάνει. Η λήψη πολλών υγρών είναι απαραίτητη από την ασθενή για να γίνει σωστά το υπερηχογράφημα.</p> <p>Προσπάθεια ανακούφισης της ασθενούς.</p> <p>Παροχή ευκαιριών να εκφράσει τα συναισθήματά της.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για σωστή λήψη των φαρμάκων, για το αποτέλεσμα το οποίο επιδιώκεται και τη δράση των φαρμάκων.</p>	<p>Η χρήση σαμπουάν και νερού είναι το καλύτερο μέσο για τη διατήρηση καθαρής της περινεϊκής χώρας. Χορηγούνται στην ασθενή 6-7 ποτήρια νερό πριν από την εξέταση χωρίς να ουρήσει η ασθενής.</p> <p>Ενημερώνεται, πως για να γίνει σωστά η εξέταση, πρέπει η διάσταση της ουροδόχου κύστης να είναι μεγάλη.</p> <p>Μετά το τέλος της εξέτασης δείχνουμε την τουαλέτα στην ασθενή να ουρήσει.</p> <p>Μετά από εντολή ιατρού χορηγούνται στην ασθενή:</p> <p>VIBRAMYCIN 1X2 ERYTROMYCIN των 500GR CAPS 1X3 για την υποχώρηση της φλεγμονής.</p>	<p>Το υπερηχογράφημα μας δείχνει μήτρα λίγο μεγαλύτερη του φυσιολογικού και μας επιβεβαιώνει για φλεγμονή των σαλπίγγων.</p> <p>Μετά από θεραπευτική αγωγή 7 ημερών διαπιστώνεται η υποχώρηση της φλεγμονής.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Στειρότητα- Έλεγχος ενδομητρικού και ενδοτραχηλικού ιστού	Ανεύρεση του αιτίου της στειρότητας και αντιμετώπισή του.	<p>Εωστή προετοιμασία της ασθενούς για τη βιοψία που γίνεται την 25η ημέρα μετά την τελευταία ένυηνο ρήση. Ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της επέμβασης που πρόκειται να γίνει. Απαραίτητη είναι η καθαριότητα της περινεϊκής χώρας. Προγραμματίζεται υποκλισμός. Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης της ασθενούς για την έκβαση της εξέτασης.</p>	<p>Μετά από συζήτηση με την ασθενή την ενημερώσαμε για το είδος της εξέτασης που πρόκειται να κάνει. Έγινε υποκλισμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει. Πριν από την εξέταση έγινε λήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς που είναι φυσιολογικά.</p>	<p>Η όλη κατάσταση της ασθενούς είναι ικανοποιητική, και είναι έτοιμη για την επέμβαση. Η ιστολογική εξέταση του ενδομητρικού ιστού της ασθενούς δείχνει ότι: τα αποσταλέντα ξέσματα ενδομητρίου σώματος ιστολογικώς παρουσιάζουν εικόνα τελευταίου σταδίου φάσεως κύκλου (Αντιστοιχεί στην 18η ημέρα κύκλου 28 ημερών). Στοιχεία κακοήθους νεοπλασματικής επεξεργασίας κατά το αποστέλον υλικό δεν αναβρέθησαν.</p>
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Χαμηλός πόνος στη ράχη και πνευλική δυσφορία	Ανακούφιση από τον πόνο	<p>Εξασφάλιση άνεσης στην ασθενή. Έλεγχος της φυσικής της κατάστασης. Ενημέρωση της ασθενούς για την παραμονή της στο κρεβάτι για την υπόλοιπη ημέρα</p>	<p>Έλεγχος αν οι περινεϊκές γάζες κρατούνται με ταφσειδή επίδεσμο. Αντικατάσταση των περινεϊκών γαζών, κάθε φορά που χρειάζεται. Επίσης έλεγχος υπερβολική αιμορραγία στην ασθενή, αλλά εδώ είναι φυσιολογική.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΕΚΟΦΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Στηρότητα-Ορμονικός έλεγχος		Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος της εξέτασης και το πως γίνεται. Προγραμματισμός λήψης φαρμάκων.	Χορηγήθηκε POSTAN στην άρρωστη για τον χαμηλό της ράχης και την πνευλική δυσφορία. Λήψη ζωτικών σημείων (φυσιολογικά). Έγινε λήψη αίματος και ούρων για ορμονολογικό έλεγχο αφού πρώτα πάρθηκαν τα απαραίτητα νοσηλευτικά μέτρα (Απολύμανση με μερκουροχρώμ και οινόπνευμα). Μετά από ιατρική εντολή χορηγούνται στην ασθενή τα παρακάτω φάρμακα:	Υποχώρηση του πόνου. Η ασθενής νοιώθει άνετα, είναι ευδιάθεση και ξεκουράζεται. Οι ορμονικές εξετάσεις δείχνουν ότι η F.S.H. και η L.H. είναι χαμηλότερες του φυσιολογικού και ότι η προγεστερόνη είναι φυσιολογική.
Διαταραχή υποθαλάμου-υποφυσιακού άξονα	Πρόκληση ωθηλακιορρηξίας, ώστε να γίνει δυνατό να συλλάβει η γυναίκα.	Ενημέρωση της ασθενούς για τον τρόπο λήψης των φαρμάκων που της χορηγήθηκαν από τον ιατρό και τη συγκεκριμένη δόση που πρέπει να παίρνει.	CHOMIPHEN GTRATERUM 50MG 1X1 από την 3η ως την 7η ημέρα του κύκλου σε δισκία. PREGHYE 2 αμπούλες την 13η ημέρα και 1 αμπούλα την 23η ημέρα του κύκλου.	Από τα αποτελέσματα αυτά βρέθηκε ότι υπάρχει λειτουργική διαταραχή του υποθαλάμου-υποφυσιακού άξονα με συνέπεια η στειρότητα να οφείλεται είτε σε ανωορρηξία ή σε ατελή ωρύμανση των ωθηλακίων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα</p>	<p>Με συζήτηση ένδειξη ενδιαφέροντος και κατανόησης, επιδιώκεται η σωστή αντιμετώπιση του ζεύγους και η αποβολή του άγχους.</p> <p>Επισήμανση στο ζεύγος πως σίγουρα υπάρχει λύση στο πρόβλημά τους.</p> <p>Η έννοια της διαγνωστικής προσέγγισης και θεραπείας της υπογονιμότητας μέσα στα πλαίσια του ζεύγους σαν πάσχουσες μονάδες και όχι χωριστά, θεωρήθηκε βασικής σημασίας για την επίτευξη του επιδιωκόμενου σκοπού.</p>	<p>Προγραμματίζεται συζήτηση με το ζεύγος.</p> <p>Ο χειρισμός για την ψυχολογική υποστήριξη του ζεύγους πρέπει να γίνει με λεπτότητα, εμβάθυνση στην ψυχολογία του ζεύγους ώστε να αποκτηθεί η εμπιστοσύνη του.</p> <p>Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή ψυχολογικών τραυμάτων, από μονόπλευρη αιτιολόγηση της στειρότητας.</p>	<p>Έγινε συζήτηση με το ζεύγος και του δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους για το μέλλον.</p> <p>Ο ρόλος μας εδώ είναι καθοδηγητικός προς το σωστό τρόπο σκέψης και λύσης του προβλήματος.</p> <p>Επίσης ενημερώνεται η ασθενής για τα αποτελέσματα των εξετάσεων που έχουν γίνει, ποια είναι αυτά και τι σημαίνουν.</p> <p>Ενημερώνεται η ασθενής για τον τρόπο λήψης των φαρμάκων που τις χορηγήθηκαν από τον ιατρό και για τη συγκεκριμένη και ακριβή δόση του φαρμάκου, που πρέπει να παίρνει.</p> <p>Τι συμβουλεύουμε να επισκέπτεται το γιατρό της σε τακτά χρονικά διαστήματα, κατά τη διάρκεια της θεραπείας της για να έχει καλύτερη παρακολούθηση.</p>	<p>Κατά τη διάρκεια της συζήτησης διαπιστώνεται ότι η ασθενής έχει πλήρως κατανοήσει τις οδηγίες που τις έχουμε δώσει, είναι ικανοποιημένη από όλη τη διαδικασία που ακολουθήθηκε κατά τη διάρκεια των εξετάσεών της, για τη διαπίστωση του προβλήματός της.</p> <p>Αυτό μας επιτρέπει να κάνουμε τη διαπίστωση πως η αντιμετώπιση του προβλήματος της ασθενούς ήταν σωστή.</p> <p>ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Επιτεύχθη κύηση μετά από αγωγή τον 4ο μήνα.</p>

**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ:

ΟΝΟΜΑ: Ζ.Μ.

ΗΛΙΚΙΑ: 32 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Οικιακά

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Παντρεμένη σε ηλικία 18 ετών, έχει αποκτήσει ένα παιδί προ 13 ετών. Ο σύζυγός της δεν παρουσιάζει κανένα παθολογικό πρόβλημα.

Ιστορικό εμμήνου ρήσεως: Πρώτη έμμηνος ρύση σε ηλικία 14 ετών. Από δεκαετίας, μείωση περιόδου σε ποσότητα και διάρκεια ημερών. Κύκλος περιόδου 25-40 ημερών.

Διάρκεια περιόδου 2-3 μέρες. Κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρήσεως αναφέρει η ασθενής ότι εμφανίζονται ελαφρά άλγη στο υπογάστριο, τάση των μαστών, εκνευρισμός και καμιά φορά έμμετος.

Σεξουαλικό ιστορικό: Τακτικές φυσιολογικές συνουσίες.

Ψυχολογικές αντιδράσεις: Το ζευγάρι διακατέχεται από άγχος όσον αφορά τη λύση του προβλήματός τους.

Παθολογικό-Μαιευτικό-Γυναικολογικό αναμνηστικό: η ασθενής αναφέρει πρόβλημα στειρότητας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Στείρωση</p> <p>Μείωση άνεσης της ασθενούς</p> <p>Άγχος της ασθενούς όσον αφορά τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσουν κατά τη διάρκεια των εξετάσεων</p>	<p>Διερεύνηση του αιτίου στεριότητας και θεραπεία του</p> <p>Μείωση των σφαλμάτων κατά τη συλλογή δειγμάτων για τις διαγνωστικές εξετάσεις</p> <p>Εξασφάλιση ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την ασθενή</p> <p>Αποβολή του άγχους και η καλή ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς</p>	<p>Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης καθώς και εξέτασης μαστών. Η ασθενής χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό, τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων.</p> <p>Παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 ώρες πριν την εξέταση, λόγω λήψης κολπικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση.</p> <p>Παροτρύνεται η ασθενής για κένωση του εντέρου και της κύστης, πριν από την εξέταση γιατί έτσι εξασφαλίζεται καλάρωση των περινεϊκών ιστών.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς και ενημέρωσή της, για το πόσο σημαντική είναι η συνεργασία της μαζί μας.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο κείλος της εξεταστικής τράπεζας. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Στη θέση αυτή τα γεννητικά όργανα είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση. Η άρρωστη καλύπτεται με σεντόνι τοποθετημένο διαγώνια.</p> <p>Φροντίζουμε για την ύπαρξη καλού φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση. (Ο κολποδιαστολέας υγραίνεται με νερό για να διευκολυνθεί η είσοδος του στον κόλπο).</p> <p>Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη κατά την ώρα της εξέτασης. Ψυχολογική υποστήριξη καθ'όλη</p>	<p>Κατά τη διάρκεια της πυελικής εξέτασης διαπιστώνεται, αρχικά με την επισκόπηση η σωστή διάπλαση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων χωρίς να υπάρχουν σημεία φλεγμονής, διόγκωσης αιμοραγίας, εκροή υγρών ή τοπικές δερματικές και επιθηλιακές αλλαγές.</p> <p>Και με την ψηλάφηση διαπιστώνεται τράχηλος και μήτρα πιθανόν κατά φύση. Κατά την ψηλάφηση των μαστών και σύνθλιψη των θηλών για τη διαπίστωση γαλακτόρροιας, που εδώ δεν υπάρχει.</p> <p>Το PAP TEST δεν δείχνει να υπάρχουν στοιχεία καοήθους νεοπλασματικής επεξεργασίας.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ορμονολογικός έλεγχος	Διερεύνηση του αιτίου στεριρότητας	<p>Ξεκάθαρση της ασθενούς και συζήτηση μαζί της ώστε να νιώσει πιο άνετα στο καινούργιο, γι' αυτήν περιβάλλον.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος της εξέτασης και πως γίνεται.</p> <p>Λήψη αίματος και ούρων για εργαστηριακό έλεγχο</p>	<p>τη διάρκεια της εξέτασης.</p> <p>Την ευχαρύνουμε να είναι ήρεμη, να χαλαρώσει και να αναπνέει βαθειά.</p> <p>Έχουν επίσης ετοιμαστεί αντικειμενοφόρες πλάκες και ειδικές σπάτουλες ΑΥΝΕ για τη λήψη κοιλιακού και τραχηλικού εκκρίματος που τοποθετείται πάνω στις πλάκες, οι οποίες στέλνονται για εξέταση. Γίνεται ψηλάφηση μαστών.</p> <p>Δείχνουμε στην ασθενή το χώρο που γίνονται οι εξετάσεις, καθώς και το γυναικολογικό τμήμα του Νοσοκομείου.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος και ούρων για ορμονολογικό έλεγχο, αφού πρώτα πάρθηκαν τα απαραίτητα νοσηλευτικά μέτρα. (Απολύμανση με μερκουροχρώμ και οινόπνευμα).</p> <p>Έλεγχος ομάδας αίματος Ht και Hb.</p>	<p>Η ασθενής δείχνει ικανοποιημένη από την παρέμβασή μας και πιο ήρεμη.</p> <p>Τα αποτελέσματα από τον ορμονολογικό έλεγχο δείχνουν: L.H. και F.S.H. και προγεστερόνη σε φυσιολογικές τιμές. Η γενική αίματος δείχνει H+:44% και Hb:14,2% Ομάδα αίματος -Rh: B⁽⁺⁾ θετικό.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Στείρωση	Ανεύρεση του αιτίου	<p>Προγραμματίζεται εξέταση της μήτρας με τη μέθοδο της υστεροσκόπησης.</p> <p>Ενημερώνουμε την άρρωστη για τη διαδικασία που ακολουθείται κατά την εξέταση και για πιο λόγο γίνεται.</p> <p>Προετοιμασία της ασθενούς για την εξέταση.</p>	<p>Ενημερώνουμε την ασθενή πως η υστεροσκόπηση είναι μια μέθοδος, με την οποία επισκοπείται η εσωτερική κοιλότητα της μήτρας με ειδικό όργανο το υστεροσκόπιο.</p>	
Υστεροσκόπηση	Συνεχής ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και παροχή συμβουλών για την επιτυχία της εξέτασης.		<p>Γίνεται καθαρτικός υποκλιτισμός στην άρρωστη για κένωση του εντέρου και της λέμε να ουρήσει πριν την εξέταση, για να μην πιέζονται τα τοιχώματα της μήτρας και παρεμποδίζεται η επιτυχία της εξέτασης.</p> <p>Γίνεται καθαρισμός περινέου και κόλπου, τοποθετείται η ασθενής σε θέση λιθοτομής.</p> <p>Γίνεται κάλυψη με αποστηρομένα οδόντια.</p> <p>Προτρέπουμε την ασθενή να χαλαρώσει και να</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
			<p>ηρεμήσει και την ενθαρ- ρύνουμε λέγοντας πως η εξέταση είναι ανώδυνη. Γίνεται τοπική αναι- σθησία του τραχήλου, που κρατιέται στη θέση του με μονοδατική μη- τρολαβίδα.</p> <p>Εισάγεται αέρας μέσα στην τραχηλική κοιλό- τητα για διάταση πριν από την εισαγωγή του ενδοσκοπίου.</p> <p>Με το ενδοσκόπιο στη θέση του κύνεται στην ενδομητρική κοιλότητα συμπυκνωμένο διάλυμα δεξτράνης, το οποίο επιτρέπει την καλύτερη επισκόπηση της μήτρας. Τα τοιχώματα της μή- τρας επισκοπούνται με λοξούς φακούς 30°.</p> <p>Μετά το τέλος της εξέ- τασης η ασθενής μετα- φέρεται στο θάλαμό της για ανάπαυση.</p>	<p>Η ασθενής δείχνει πρόθυμη, συνεργάζεται μαζί μας και ακούει τις συμβουλές μας.</p> <p>Κατά τη διάρκεια της εξέτασης παρατηρούνται εκτεταμένες ενδομη- τρικές συμφύσεις στην κοιλότητα της μήτρας.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Εκτεταμένες ενδομη- τρικές συμφύσεις στην κοιλότητα της μήτρας</p>	<p>Λύση των ενδομητρικών συμφύσεων και επαναφορά της σωστής λειτουργικό- τητας της μήτρας</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Ευπρεπισμός των γεννητικών οργάνων. Υποκλισμός στην ασθενή για να μην πιέζονται τα τοιχώματα της μήτρας και παρεμποδίζεται η επιτυχία της επέμβασης. Λήψη ζωτικών σημείων, ενημέρωση στην αιμοδοσία για ετοιμασία αίματος ομάδας Β⁽⁺⁾ για τυχόν υπερβολική αιμορραγία από τη μήτρα μετά την επέμβαση</p>	<p>Εξηγούμε στην ασθενή πως η επέμβαση είναι απαραίτητη για την αποκόλληση των συμφύσεων και την καθυσχάζουμε, πως θα είναι ανώδυνη η επέμβαση. Γίνεται υποκλισμός και λέμε στην ασθενή να ουρήσει πριν από την επέμβαση. Με καινούργιο ξυράφι γίνεται καθαρισμός των τριχών των μεγάλων χει- λέων του περινέου και του εφηβαίου. Μετά τα γεννητικά όργανα πλένο- νται με αντισηπτική διάλυση. Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων και είναι φυσιολογικά.</p>	<p>Η επέμβαση συνίσταται στη διαστολή του τραχηλικού στομίου και την αποκόλληση των συμφύσεων με το κηρίο ή το ξέστρο. Με τον υποκλισμό κενώνεται ο ορθός και το κατώτερο παχύ έντερο.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Χειρουργική επέμβαση στην ασθενή για τη λύση των ενδομητρι- κών συμφύσεων</p>	<p>Πρόληψη των επιπλοκών της ασθενούς μετά την επέμβαση.</p>	<p>Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς όταν επιστρέφει από το χειρουργείο. Λήψη ζωτικών σημείων προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος. Προαγωγή ανάπαυσης και καλάρωσης. Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών (όπως: υπερβολική αιμορραγία). Έλεγχος αν οι περινεϊκές γάζες κρατούνται στη θέση τους. Αντικατάσταση των περινεϊκών γαζών κάθε φορά που χρειάζεται με αποστειρωμένες γάζες.</p>	<p>Όταν επιστρέφει η ασθενής από το χειρουργείο λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία που είναι φυσιολογικά. Η ασθενής βρίσκεται σε καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση. Της συνιστούμε να καλωρώσει και να αναπαυτεί. Δεν υπάρχουν μετεγχειρητικές επιπλοκές και η αιμορραγία μετά την επέμβαση είναι σε φυσιολογικά πλαίσια. Αλλάζονται οι περινεϊκές γάζες όταν χρειάζεται. Συνιστάται στην ασθενή να παραμείνει στο κρεβάτι για το υπόλοιπο της μέρας.</p>	<p>Κατά την επέμβαση και μετά τη λύση των συμφύσεων τοποθετείται στη μήτρα SPIRAL για τρεις μήνες, για να αποφευχθεί η επανασυγκόλληση των τραυματικών επιφανειών της μητρικής κοιλότητας.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ενδομητρικές συμφύσεις - θεραπεία	Θεραπεία της μητρικής κοιλότητας φυσιολογική μετάπλαση του ενδομητρίου	Φαρμακευτική κάλυψη της ασθενούς για την πρόληψη φλεγμονής ή λοίμωξης. Ενημέρωση της ασθενούς για τον τρόπο λήψης των φαρμάκων που της χορη- γούνται από το γιατρό. Ενημερώνεται επίσης, για το σωστό τρόπο λήψης των φαρμάκων ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Συζήτηση με την ασθενή, που πρέπει να γίνει με λεπτότητα εμβάθυνσης στην ψυχολογία της γυναίκας ώστε να αποκτηθεί εμπι- στοσύνη.	Χορηγείται στην ασθενή Αμπισιλλίνη 1GR CAPS 1X3 για 5 μέρες. Χορηγείται με εντολή γιατρού PROLUTON DEPOT μία αμπούλα ανά πέντε μέρες. Επιβεβαιώνεται η ασθενής για την καλή διαίκτη- ραίωση της επέμβασης και της υπενθυμίζουμε ότι το SPIRAL θα παραμείνει για τρεις μήνες, για την αποφυγή επανασυγκολήσεως των τοιχωμάτων της μη- τρικής κοιλότητας. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης, δίνεται η ευκαιρία στη γυναίκα να εκφράσει τις απορίες της και απαντάμε στις ερωτήσεις που έχει.	Η αμπισιλλίνη χορηγείται για πρόληψη φλεγμονής. Το PROLUTON DEPOT ενδύ- κνεται στην υποπλασία της μήτρας και δευτερο- παθή αμηνόρροια. Έτσι επιτυγχάνεται η φυσιολογική μετάπλαση του ενδομητρίου. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης διαπιστώνεται ότι η ασθενής έχει αποβάλλει τους φόβους της και έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό της.
Ψυχολογικά προβλήματα	Με ένδειξη ενδιαφέροντος και κατανόησης, επιδιώ- κεται η λύση του προβλή- ματος και η καλύτερη ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς.			

Μαρτυρία της Μ.Ε. ετών 34 με παροδικό πρόβλημα στειρώσης

Επιθυμούσα με την καρδιά μου ένα παιδί. Για πολύ καιρό οι προσπάθειές μου αποτύχαιναν. Και όλες μου οι φίλες είχαν αποκτήσει παιδιά.

Πίστευα ότι ποτέ μου δεν θα μπορούσα να αποκτήσω παιδιά, αφού μετά από συνεχείς και πολλαπλές μου επισκέψεις σε διάφορους γυναικολόγους κανένας δεν μου έλεγε το αντίθετο.

Έπαιρνα συνεχώς και διάφορα σκευάσματα φαρμάκων περιμένοντας κάποιο καλύτερο αποτέλεσμα.

Φοβόμουν ότι ο γάμος μας θα αποτύχαινε αν δεν μας έδενε ένα παιδί. Φοβόμουν μήπως γεράσω χωρίς να έχω κάνει τίποτα στη ζωή μου. Ο άνδρας μου με ρωτούσε σιωπηλά (έτσι νόμιζα) πότε τελικά θα του χάριζα ένα παιδί για να γίνει και αυτός πατέρας. Ήθελα τόσο να μ'αγαπούν και να είμαι απαραίτητη. Δεν είχα συνειδητοποιήσει (που το κατάλαβα αργότερα) πως ένα παιδί δεν μπορεί να αναπληρώσει κάθε μορφή αγάπης που μας είναι αναγκαία π.χ. τη φιλία και την τρυφερότητα που υπάρχει σ'ένα ζευγάρι.

Έμενα μόνη μου στο σπίτι και αυτό μεγάλωνε ακόμα περισσότερο τη λύπη μου, ενώ ο άνδρας μου έλειπε όλη την ημέρα στην δουλειά.

Χρόνο με το χρόνο οι ώρες που έμενε μαζί μου ήτνα λίγες, και η μοναξιά μου μεγάλωνε συνεχώς. Άρχισε να μου γίνεται έμμονη ιδέα, ένα παιδικό χαμόγελο.

Άρχισα να παραμελώ το σπίτι μου, τον εαυτό μου και ακόμα περισσότερο τον άνδρα μου.

Άρχισα να έχω μια επιθετικότητα και εκθρότητα προς αυτόν που σιγά-σιγά μεγάλωνε όλο και πιο πολύ.

Άρχισα να σκέπτομαι τον θάνατο και το παιδί που δεν μπορούσα να αποκτήσω άρχισε να γίνεται για μένα σύμβολο αθανασίας. Μετά από κάποια συζήτηση που έκανα με μια φίλη μου πίστηκα να επισκευτώ μαζί με τον άνδρα μου και ένα ψυχαναλυτή.

Αρχίσαμε τις επισκέψεις οι οποίες κράτησαν περίπου 16 μήνες. Μέσα από τις συζητήσεις που κάναμε εγώ, ο άνδρας μου και ο γιατρός άρχισα σιγά-σιγά να σκέπτομαι ότι αν δεν κάνω παιδί δεν σημαίνει ότι και ο γάμος μου θα διαλυθεί ή ότι ο άνδρας μου δεν θα με παραδεχόταν πλέον για γυναίκα.

Ακόμα μέσα από τις συζητήσεις μας κατάλαβα ότι ο άνδρας μου εξακολουθούσε να μ'αγαπάει και ότι δεν έμενε στο σπίτι λόγω του ότι εγώ ήμουν τόσο κακόκεφη και επιθετική απέναντί του, νομίζοντας ότι έφταιγε ο άνδρας μου για όλη την κατάσταση (σημ, ο άνδρας μου είχε κάνει όλες τις εξετάσεις και είχε διατυστωθεί ότι ήταν γόνιμος).

Αρχίσαμε έτσι να ερχόμαστε πάλι ο ένας κοντά στον άλλον με αποτέλεσμα να ξεπεράσουμε το πρόβλημα μας θεωρώντας το σαν κάτι το οποίο δεν ήταν δικό μας.

Και ξαφνικά και ανέλπιστα πριν 4 μήνες και ενώ πλέον το είχα πάρει απόφαση και μάλιστα κάναμε και κάποιες προσπάθειες για να υιοθετήσουμε ένα παιδάκι, έμαθα ότι επιτέλους θα μπορούσα να αποκτήσω ένα δικό μου παιδί, να γίνω και εγώ μητέρα, και να χαρίσω στον άνδρα μου το καλύτερο δώρο που θα μπορούσα αν του κάνω.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Γεωργακόπουλος Π.Α.: Στοιχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Έκδοση Ε΄, Επιστημονικές Εκδόσεις, Παρισσιανός Γ., Ναυαρίνου 20, Αθήνα 1982.
2. Παγγουρας Π.: Μαιευτική, Γυναικολογία, Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1987.
3. Σακινη-Καρδαση Α. - Π'ανου Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2ος, Μέρος Β΄, Αθήνα 1985.
4. Kahle, Leonhardt, Platzner: Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, εσωτερικά όργανα, Τόμος 2ος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
5. Sorensen C.K. and Luckmann J.: Basic Nursing: ο Psychophysiologic Approach 1979, p. 251, W.B. Saunders Company, Philadelphia, Lonton, Toronto.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛΙΔΑ
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
ΜΕΡΟΣ: Α	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	1
ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ	3
ΩΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑ	4
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ	5
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	8
ΩΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ	8
ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ	10
ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	
ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ	14
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	15
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	15
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	18
ΙΣΤΟΡΙΚΟ	18
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	20
ΨΗΛΑΦΙΣΗ	20
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΙΤΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	22
ΑΙΤΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	23
ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ	25
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	26
ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	26
ΚΥΣΤΕΙΣ ΚΟΛΠΟΥ	26
ΛΙΠΩΜΑΤΑ, ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ, ΑΔΕΝΟΜΥΩΜΑΤΑ & ΘΗΛΩΜΑΤΑ	27
ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	27
ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΒΛΕΝΝΗ	28
ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	28
ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	30
ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	30
ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ	30
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	30
ΣΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	31
ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ	31
ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	31
ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	32
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ	33
ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΥΟΜΗΤΡΙΟΥ	34
ΑΤΡΟΦΙΚΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ	34
ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΕΣ ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ	34
ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ	35
ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	36
ΕΜΦΡΑΣΕΙΣ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	36
ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	36

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	37
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	37
ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΔΙΑΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	38
ΩΟΗΚΕΣ	39
ΑΙΤΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	40
ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ	40
ΥΠΟΦΥΣΗ	41
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ	42
ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ	42
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	43
ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΚΗ ΨΥΧΡΟΤΗΤΑ	44
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	45
ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ	46
ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	46
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	46
ΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	46
ΚΟΛΕΟΣΠΑΣΜΟΣ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	48
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	50
ΚΟΛΠΟΣ	50
ΤΡΑΧΗΛΟΣ	51
ΣΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	52
ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ	55
ΩΟΗΚΕΣ	55
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	56

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	57
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	58
ΠΥΕΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	58
ΚΟΛΠΙΚΟ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ (ΡΑΡ-TEST)	63
ΒΙΟΨΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	64
ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ SCHILLER	65
ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ	66
ΕΜΦΥΣΗΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	66
ΔΟΥΓΛΑΣΕΙΟΣΚΟΠΗΣΗ	67
ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ	68
ΥΣΤΕΡΟΣΑΛΠΙΓΓΟΓΡΑΦΙΑ	70
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ	70
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ	71
ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΣΕΣΗ	72
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	77
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΙΤΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	77
ΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	79
ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ	81
ΩΘΗΚΕΣ	89
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΙΤΙΩΝ ΑΠΟ ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	91
ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ	91
ΥΠΟΦΥΣΗ	93
ΘΥΡΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ	101
ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ	101
ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	102

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	105
ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	105
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΕΙΡΩΣΕΩΣ	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΔΥΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	111
ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΤΗΣ Μ.Ε. ΜΕ ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΕΙΡΩΣΕΩΣ	118
ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΤΗΣ Μ.Ε. ΜΕ ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΕΙΡΩΣΕΩΣ	126
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	128

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

