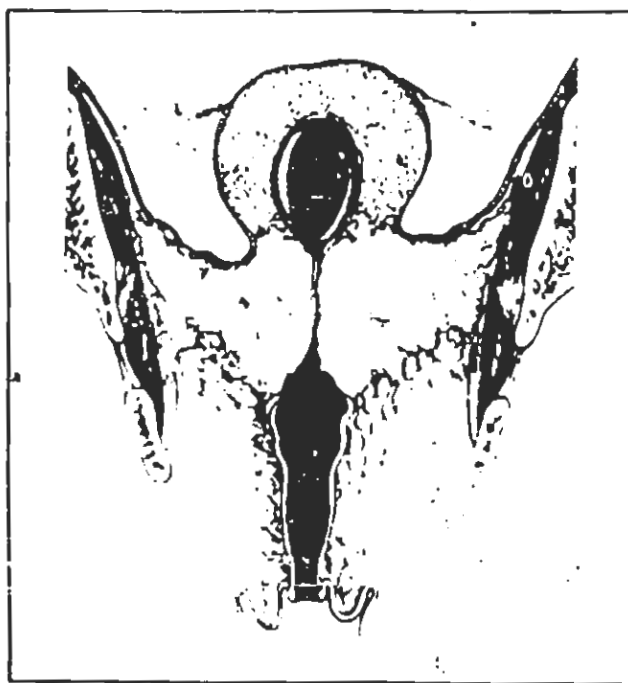


**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : “ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ”**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ
Κα ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2000

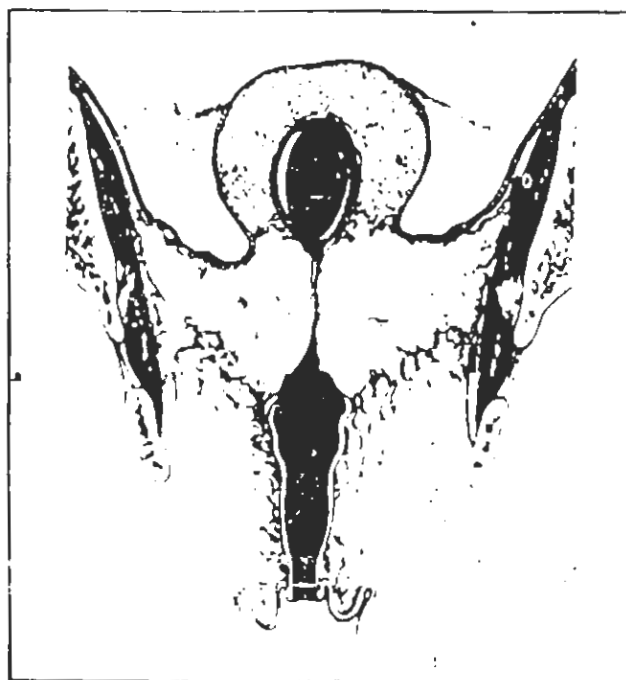
ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3010

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : “ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ”



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ
Κα ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2000

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : “ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ”**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ
Κα ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2000

Αφιέρωση - Ευχαριστίες

Αφιερώνω την εργασία μου, στον αρραβωνιαστικό μου Σταύρο Τομαρίδη, στους γονείς μου, στην αδελφή μου και σε όλους όσους με βοήθησαν να την διεκπερεώσω.

Ευχαριστώ τα Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ και ιδιαίτερα την σχολή ΣΕΥΠ που με βοήθησαν να γίνω μιά νοσηλεύτρια με γνώσεις και έτοιμη για εργασία, τώρα που θα βγω στην κοινωνία.

Κανελλοπούλου Σπυριδούλα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1α Ανατομία του γεννητικού συστήματος.....	5
--	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2α Καλοήθη νεοπλάσματα αιδοίου.....	9
2β Κακοήθη νεοπλάσματα αιδοίου.....	11
2γ Κακοήθη νεοπλάσματα κόλπου.....	13
2δ Κακοήθη νεοπλάσματα ωθηκών.....	14
2ε Κακοήθη νεοπλάσματα σαλπίνγγων.....	15

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3α Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.....	17
3β Μορφές του καρκίνου τραχήλου της μήτρας.....	22
3γ Διαγνωστικές εξετάσεις.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4α Η ασθενής στο Νοσηλευτικό τμήμα.....	39
4β Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με Ca του τραχήλου της μήτρας.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5α Προβλήματα της ασθενούς με Ca τραχήλου της μήτρας & αντιμετώπισή τους.....	44
5β Περιστατικά- Νοσηλευτική διεργασία.....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γνωστό σε όλους πως ο καρκίνος της μήτρας είναι ένα από τα πιο σοβαρά νοσήματα, γιατί πλέον προσβάλλονται πολλές γυναίκες από αυτό.

Ομως η ζωή δεν απειλείται σημαντικά γιατί είναι νόσημα που σήμερα μπορεί να προληφθεί. Και όλοι γνωρίζουμε πως μέσω της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής - που είναι δύο συνεχώς εξελισσόμενες επιστήμες - σήμερα γίνονται θαύματα.

Αυτό που λείπει σήμερα, είναι η ενημέρωση του κόσμου και κυρίως στις γυναίκες, για το πώς μπορούν να προλάβουν το κακό !!!

Γί αυτό ακριβώς θα μιλήσω και εγώ και θα προσπαθήσω μέσα από την εργασία μου να σας δώσω να κατανοήσετε το τι σημαίνει καρκίνος (Ca) της μήτρας, τις επιπτώσεις που έχει για την γυναίκα και πώς μπορούμε να τον προλάβουμε.

Ιδιαίτερα θα αναφερθώ στο δύσκολο νοσηλευτικό έργο, αναφερόμενη στην παρέμβαση του νοσηλευτή για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου της μήτρας και ποιές διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται για την πρόληψη αυτού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πιστεύω, πως όλοι γνωρίζετε το πολύ σοφό αρχαίο ρητό “νούς υγιής εν σώματι υγιές”. Οι αρχαίοι ημών πρόγονοι γνώριζαν πως όπως ο νούς θέλει άσκηση για να λειτουργεί σωστά, έτσι και το σώμα μας θέλει φροντίδα.

Η υγεία είναι πολύτιμη και το σώμα μας είναι σαν μια μηχανή αυτοκινήτου. Όταν το αυτοκίνητο δεν έχει βενζίνη και λάδι δεν λειτουργεί. Κάπως έτσι συμβαίνει και με το σώμα μας: δηλαδή για να είναι υγιές πρέπει να το φροντίζουμε. Πρέπει να τρεφόμαστε σωστά, να γυμναζόμαστε κ.λ.π.

Από τα παραπάνω, έπεται πως η υγεία είναι ένα ανεκτίμητο αγαθό γιατί υγεία σημαίνει ψυχική, σωματική, πνευματική και κοινωνική ισορροπία.

Γι' αυτό και εμείς πρέπει να πηγαίνουμε στο γιατρό μας για να κάνουμε τα διάφορα διαγνωστικά τεστ (test) και γενικά ένα check-up μια ή δυό φορές το χρόνο· έτσι προλαβαίνουμε τα πάντα.

Αν εμείς οι γυναίκες φροντίζουμε τον εαυτό μας και κάναμε την κυτταρολογική εξέταση ετησίως, τότε το ποσοστό προσβολής από καρκίνο της μήτρας θα ήταν πολύ μικρότερο. Όμως η άγνοια, σε μεγάλο ποσοστό, η ντροπή και οι συνθήκες ζωής (εργασία, σπίτι) είναι οι αιτίες που δεν αφήνουν ελεύθερο χρόνο για εξετάσεις και φροντίδα του ίδιου μας του εαυτού.

Παρ' όλα αυτά όμως, θα σας μιλήσω για την σπουδαιότητα του τεστ Παπανικολάου, όπως είναι κοινώς αποδεκτό και ευελπιστώ να κατανοήσετε τη σπουδαιότητα αυτού και τα στατιστικά στοιχεία του 2000 να είναι θεαματικά - ως προς το καλύτερο πάντα-.

Ας αρχίσουμε με την έννοια του τεστ Παπανικολάου (TEST PAP), που είναι η λήψη αποφολιδωμένων από τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας κυττάρων προς μελέτη με ειδική χρώση, για την μελέτη υπάρξεως ή μη παθολογικών καταστάσεων του τραχήλου και κυρίως

του κόλπου. Είναι μια πολύ σημαντική μέθοδος, αφού με αυτήν είναι δυνατή η πρόγνωση κακοηθειών του τραχήλου και του κόλπου.

Βέβαια υπάρχουν και άλλες γυναικολογικές εξετάσεις εξ ίσου σημαντικές, που πρέπει να γίνονται ετησίως. Τέτοιες εξετάσεις είναι ορμονικές, που σε αυτές υπάγονται, ο προσδιορισμός της Γοναδοτροπίνης, ο προσδιορισμός των Γοναδοτροπινών της Υπόφυσης, των Στεροειδών ορμονών και της φυλετικής χρωματίνης.

Υπάρχουν ακόμα , η ακτινογραφία πυέλου, η λεμφαγγειογραφία και γενικά πάρα πολλές ακόμα, στις οποίες θα αναφερθώ αναλυτικά παρακάτω.

Αυτό που είναι απαραίτητο να επισημάνω είναι πως ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος είναι πολύ σημαντικός. Ίσως να είναι δαπανηρός, υπάρχουν όμως ειδικοί που επισκέπτονται κάθε χρόνο διάφορες πόλεις και προσφέρουν αυτό τον έλεγχο δωρεάν.

Αυτό το αναφέρω γιατί πολλές γυναίκες δεν υποβάλλονται σε εξετάσεις εξ αιτίας του οικονομικού παράγοντα, που σήμερα είναι πράγματι ένα μεγάλο μειονέκτημα.

Ομως σήμερα επιβάλλεται ο γυναικολογικός έλεγχος γιατί εξ αιτίας πολλών παραγόντων, οι οποίοι θα αναφερθούν αναλυτικά στη συνέχεια της εργασίας αυτής, ο καρκίνος του ταχήλου της μήτρας και άλλα γυναικολογικά προβλήματα βρίσκονται υπό έξαρση.

Αλλωστε η κλινική κυτταρολογία, με την βελτίωση που έχει στον τρόπο συλλογής και επεξεργασίας του υλικού και την δυνατότητα ερμηνείας και της μικρότερης παρέκλισης από το φυσιολογικό, των μορφολογικών χαρακτήρων του πυρήνα και του πρωτοπλάσματος, είναι ικανή όχι μόνο για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου αλλά και για την διάγνωση φλεγμονών, υπερπλασιών, εκφυλιστικών αλλοιώσεων, την ορμονική κατάσταση των ωοθηκών καθώς και για την εκτίμηση της ανταποκρίσεως των νεοπλασματικών κυττάρων στην ακτινοβολία ή τα κυτταροστατικά.

Εύχομαι να σας έπεισα για την σπουδαιότητα του ετησίου
γυναικολογικού ελέγχου, να σας προβλημάτισα και να οδηγηθείτε
σταδιακά προς τον δρόμο αυτό που καθοδηγεί τα βήματά σας στο
ιατρείο, για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Νοσηλευτική παρέμβαση στις διαγνωστικές
εξετάσεις του καρκίνου (Ca) της μήτρας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά.

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι :

α) το εφήβαιο : το οποίο σχηματίζεται από μια διόγκωση του δέρματος που βρίσκεται μπροστά και πάνω από την ηβική σύμφυση και περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους και χαλαρού συνθετικού ιστού. Το δέρμα στην περιοχή αυτή σκεπάζεται από άφθονη τριχοφυΐα που συνήθως καλύπτει μια τριγωνική επιφάνεια, με βάση μια οριζόντια γραμμή που σχηματίζει την ηβική πτυχή.

β) τα μεγάλα χείλη : εδώ πρόκειται για δυο μακρόστενες και προεξέχουσες πτυχές του δέρματος, που εκτείνονται από το εφήβαιο μέχρι το περίνεο σχηματίζοντας πλάγια τις ουρογεννητικές σχισμές μέσα στην οποία καταλήγουν, η ουρήθρα και ο κόλπος. Όταν η γυναίκα βρίσκεται σε όρθια θέση και τα σκέλη είναι κλειστά, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου πλησιάζουν μεταξύ τους και καλύπτουν τέλεια τα υπόλοιπα εξωτερικά όργανα.

γ) τα μικτά χείλη : είναι δυο μικρές πτυχές του δέρματος, που βρίσκονται μεταξύ των δυο μεγάλων χειλέων και συνήθως σκεπάζονται από αυτά. Εκτείνονται από την πόσθη της κλειτορίδας λοξά προς τα κάτω και πλάγια για τέσσερα περίπου εκατοστά και καταλήγουν στην είσοδο του κόλπου προς τα πίσω, ανάμεσα σε αυτή και τα μεγάλα χείλη.

δ) ο πρόδρομος του κόλπου : έτσι καλείται ο χώρος που βρίσκεται μεταξύ των δύο μικρών χειλέων και φθάνει μέχρι την είσοδο του κόλπου, δηλαδή μέχρι τον παρθενικό υμένα και την ουρήθρα. Στον χώρο αυτό καταλήγουν τα στόμια πολλών οροβλεννογονίων αδένων.

ε) η κλειτορίδα : η κλειτορίδα αποτελείται από σηραγγώδη σώματα και είναι ομόλογο με το ανδρικό πέος. Βρίσκεται πίσω και κάτω από τον

πρόσθιο σύνδεσμο και περικλείεται μερικά, μέσα στο πρόσθιο άκρο των μικρών χειλέων.

στ) η είσοδος κόλπου : βρίσκεται κάτω από την ουρήθρα και η διάμετρός του ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση. Δηλαδή μπορεί να διαταθεί κατά πολύ την ώρα του τοκετού και σε μικρότερο βαθμό κατά την συνουσία.

ζ) ο παρθενικός υμένας : είναι μια λεπτή μεμβρανώδης πτυχή του βλεννογόνου, που βρίσκεται ακριβώς γύρω από την είσοδο του κόλπου, περιβάλλοντας το στόμιο του.

η) οι βολβοί του προδρόμου : είναι σπογγώδη σωμάτια, αποτελούμενα από στυτικό ιστό και είναι τοποθετημένοι δεξιά και αριστερά από το άνοιγμα του κόλπου. Βρίσκονται πάνω από την περιτονία του πυελικού διαφράγματος και κάτω από τους βολβοσηραγγώδεις μύες του περινέου.

θ) οι βαρθολίνειοι αδένες : οι αδένες αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί ή ωοδείς αδένες με ερυθροκίτρινη απόχρωση. Βρίσκονται δεξιά και αριστερά από την είσοδο του κόλπου και προς τα κάτω, είναι σκεπασμένοι από το πίσω μέρος της πλάγιας πλευράς των βολβών του προδρόμου.

ι) οι περιουρηθρικοί αδένες (Skene) : οι αδένες αυτοί είναι γνωστοί με το όνομα **Skene** και βρίσκονται δεξιά και αριστερά της ουρήθρας. Αποτελούν το ομόλογο του ανδρικού προστάτη στη γυναίκα. Το έκκριμά τους καταλήγει στην ουρήθρα, όπως ακριβώς και εκείνα των βλεννοδών αδενίων της.

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα είναι :

α) ο κόλπος : ο οποίος είναι ένας ινοελαστικός σωλήνας και εκτείνεται από τον πρόδρομο μέχρι την μήτρα. Βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού. Το μήκος του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος είναι 6-8 εκατοστά και το οπίσθιο τοίχωμα είναι συνήθως 1-2 εκατοστά μικρότερο και φθάνει τα 9 εκατοστά.

β) οι ωοθήκες : αυτές είναι δύο και αποτελούν τους γυναικείους γεννητικούς αδένες. Βρίσκονται κοντά στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου και στο οπίσθιο άνω άκρο του πλατέος συνδέσμου. Η θέση αυτή είναι συνήθως κάτω και πίσω από το κωδωνικό στόμιο της

σύστριχης σάλπιγγας. Το σχήμα της κάθε ωθήκης είναι αμυγδαλοειδές με μήκος 3 εκατοστά, πλάτος 1,5 εκατοστά και πάχος 1 εκατοστό.

γ) οι σάλπιγγες : οι οποίες καλούνται και ωαγωγοί, είναι δύο μυικοί σωλήνες, που εκτείνονται από τη μήτρα μέχρι τις ωθήκες. Κάθε μία σάλπιγγα έχει μήκος 10-12 εκατοστά και βρίσκεται στο άνω χείλος του σύστοιχου πλατέος συνδέσμου.

δ) η μήτρα : είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο με παχιά τοιχώματα. Βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Προς τα κάτω η κοιλότητα του οργάνου αυτού επικοινωνεί με την κοιλότητα του κόλπου, ενώ προς τα επάνω υπάρχουν στο ύψος του πυθμένα της δύο στόμια. μέσω των οποίων η μητρική κοιλότητα, έρχεται σε επικοινωνία με τους αυλούς των δύο σαλπίγγων. Η φυσιολογική θέση της μήτρας είναι η πρόσθια κλίση και κάμψη. Το μήκος της μήτρας είναι 7-7,5 εκατοστά, το πλάτος 4,5-5 εκατοστά και το πάχος του τοιχώματός της είναι 2,5-3 εκατοστά. Το σχήμα της είναι σαν αποπλατυσμένο αχλάδι. Είναι αρκετά κινητό όργανο λόγω των χαλαρών της συνδέσμων και των αλλαγών που παθαίνει η θέση της, εξ αιτίας της γεμάτης ουροδόχου κύστεως ή του εντέρου. Η μήτρα διαιρείται στον τράχηλο και το σώμα. Ο τράχηλος της μήτρας έχει μήκος 2,5-3 εκατοστά και παρουσιάζει κυλινδρικό σχήμα. Διακρίνεται στην ενδοκολπική μοίρα, η οποία βρίσκεται μέσα στον κόλπο. Στο ύψος της μεταπτώσεως του σώματος της μήτρας στον τράχηλο παρουσιάζεται μια λίγο μεγαλύτερη στένωση, η οποία καλείται ισθμός. Αντίθετα, το έξω τραχηλικό στόμιο αποτελεί την προς τον κόλπο διέξοδο της τραχηλικής κοιλότητας.

Η μήτρα αποτελείται από τρεις χιτώνες οι οποίοι είναι :

α) ο ορογόνος χιτώνας δηλαδή το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου, το οποίο καλείται και περιμήτριο.

β) το μυομήτριο δηλαδή παχύ στρώμα από μυικές ίνες και

γ) το ενδομήτριο δηλαδή το βλεννογόνο, ο οποίος επενδύει την μητρική κοιλότητα.

Η αγγείωση της μήτρας είναι διπλή γιατί αγγειώνεται από τις μητριαίες και από τις ωθηκικές αρτηρίες. Επίσης η νεύρωσή της εξασφαλίζεται από τρεις διαφορετικές πηγές. Δηλαδή νευρώνεται από τις κινητικές ίνες των ανωτέρων συμπαθητικών θωρακικών γαγγλίων, από τα λεμφαγγεία της μήτρας και από αισθητικές και κινητικές ίνες για τον τράχηλο και το κατώτερο τμήμα της μήτρας που βρίσκονται στα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά πλέγματα που συνδέονται με το 2ο, 3ο και 4ο Ιερό νεύρο και τέλος αισθητικές ίνες ειδικές σπλαχνικές απαγωγές ίνες. Τα αισθητικά αγγεία του τραχήλου πορεύονται δια μέσου της ιεράς παρασυμπαθητικής αλύσεως και επικοινωνούν με το 2ο, 3ο και 4ο Ιερό νεύρο.

Αυτή η ανάλυση περί μήτρας αποσκοπεί να κατανοήσετε τι γίνεται όταν προσβληθεί η ίδια και ο τράχηλος της μήτρας. Γιατί όλοι γνωρίζουμε ότι στις μέρες μας ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μεγάλο ποσοστό στη χώρα μας. Άλλωστε εν συνεχεία θα αναφερθώ αναλυτικά στο πρόβλημα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2α. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

Σ' αυτό το κεφάλαιο, όπως ήδη καταλαβαίνετε από την ονομασία του, θα ασχοληθούμε με τις παθήσεις που προσβάλλουν το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα. Είναι πάρα πολλές και είναι αδύνατον να αναφερθούμε σε όλες αυτές. Όμως θα αναφερθούμε αναλυτικά στις σπουδαιότερες. Μία από αυτές θα είναι και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Θα ξεκινήσουμε με τα καλοήθη νεοπλάσματα του αιδοίου, τα οποία είναι αρκετά σπάνια, όμως συμβαίνουν και είναι ενδιαφέροντα. Τα καλοήθη νεοπλάσματα μπορούν να διακριθούν σ' αυτά που προέρχονται από το συνδετικό υπόστρωμα του αιδοίου και σ' αυτά που είναι επιθηλιακής προέλευσης. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν τα αιμαγγειώματα και άλλοι αγγειακής προέλευσης όγκοι, όπως είναι το αγγειοκεράτωμα και το αιμαγγειοπερικήτωμα, το οποίο μπορεί να εμφανίσει κακοήθη εξαλλαγή και θα πρέπει να διακρίνεται από άλλους κακοήθεις όγκους αγγειακής προέλευσης.

Στην ομάδα των καλοηθών νεοπλασμάτων ανήκουν και τα ινώματα που είναι όγκοι πλήρους σύστασης. Εντοπίζονται σ' ένα από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου και με αποτέλεσμα το χείλος να διογκωθεί.

Καμιά φορά εξ' αιτίας της μεγάλης διάτασης του δέρματος, παρατηρούνται εξελκώσεις, λόγω της νέκρωσης που δημιουργείται.

Δύο επίσης αξιοαναφερόμενα καλοήθη νεοπλάσματα του αιδοίου είναι η ενδομητρίωση ή ενδομητρίωμα και οι κύστες που σχηματίζονται στο αιδοίο. Οι πρώτες μπορεί να είναι επιδερμικές ή σμηγματογόνοι. Συχνά δημιουργούνται στο σημείο που, μετά από τοκετό ή διάφορες επεμβάσεις, υπάρχουν ράμματα. Συνήθως είναι μικρές και ασυμπτωματικές.

Οι δεύτερες δημιουργούνται από απόφραξη των πόρων των σμηγματογόνων αδένων της περιοχής και συνήθως είναι πολλαπλές και εντοπίζονται στα μεγάλα χείλη. Και αυτές είναι ασυμπτωματικές και σπάνια δημιουργούν προβλήματα.

Σπανιότατα εμφανίζονται οι κύστεις των αδένων **Skene και Bartholini**.

2.β. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

Σ' αυτήν την ομάδα ανήκουν το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα και το διηθητικό καρκίνωμα.

Το πρώτο αποτελεί καρκινωματώδη εξαλλαγή του καλυπτικού επιθηλίου.

Παρουσιάζεται με διάφορες ποικιλίες. Δηλαδή μπορεί να παρουσιαστεί ως νόσος του **Bowen**, ερυθλοπακία του **Queyrat** και ως νόσος του **Paget**.

Η πιο σημαντική από τις παρακάτω ποικιλίες είναι η νόσος του **Paget**, η οποία χαρακτηρίζεται από ανώμαλη διαφοροποίηση των κυττάρων της βασικής στοιβάδας του επιθηλίου.

Μακροσκοπικά η αρχική εντόπιση της νόσου μοιάζει με αρκετές καλοήθειες παθήσεις του αιδοίου, που προκαλούν χρόνια κνησμό.

Παρουσιάζεται σαν βραδέως εξελισσόμενη κνησμώνος βλάβη που αρχικά μεταβάλλεται το χρώμα του δέρματος που βαθμιαία παίρνει την μορφή εκζέματος με εξελκώδεις και λευκές πλάκες.

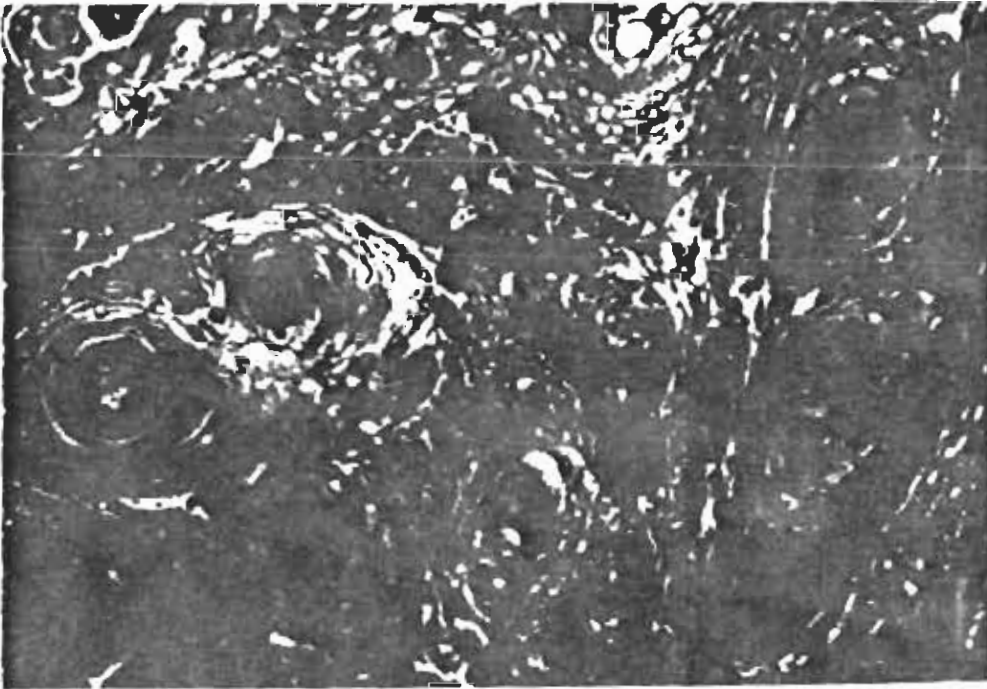
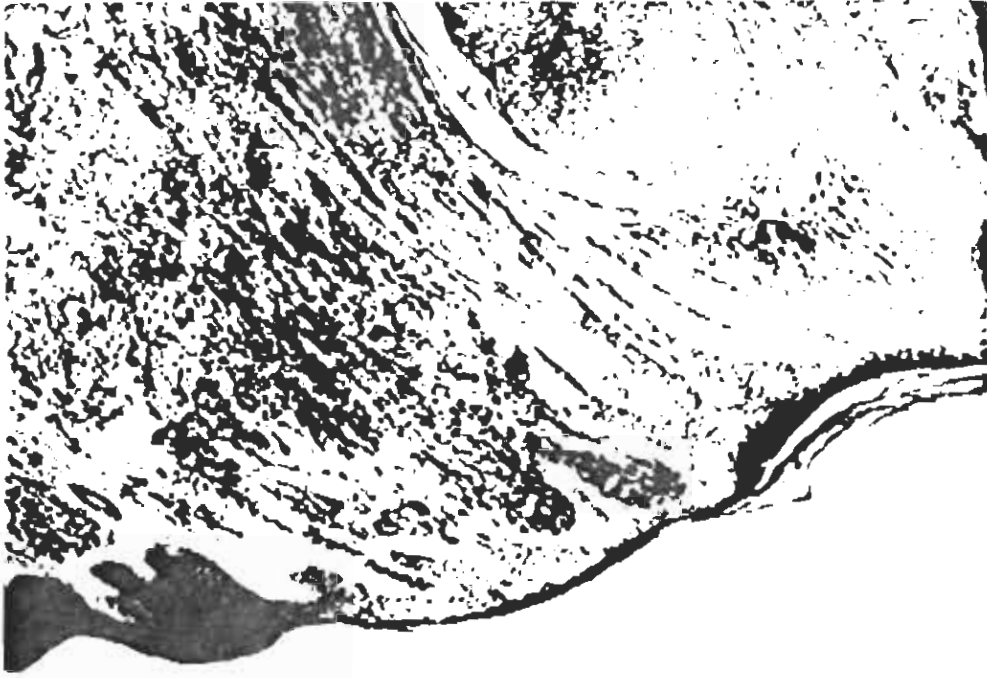
Η βλάβη είναι δυνατόν να επεκταθεί στο δέρμα του περινέου και την περιπρωκτική περιοχή.

Το δεύτερο, δηλαδή το διηθητικό καρκίνωμα είναι καρκίνος του αιδοίου και παρουσιάζεται κυρίως σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Αρχικά οι ανωμαλίες του αιδοίου δεν προκαλούν θεαματική συμπτωματολογία. Έτσι οι γυναίκες φθάνουν καθυστερημένα στον γιατρό τους. Όμως ακόμα κι αν αισθανθούν συμπτώματα τα αναφέρουν αργά στο γιατρό και το αποτέλεσμα είναι το ίδιο, καθυστερημένη διάγνωση.

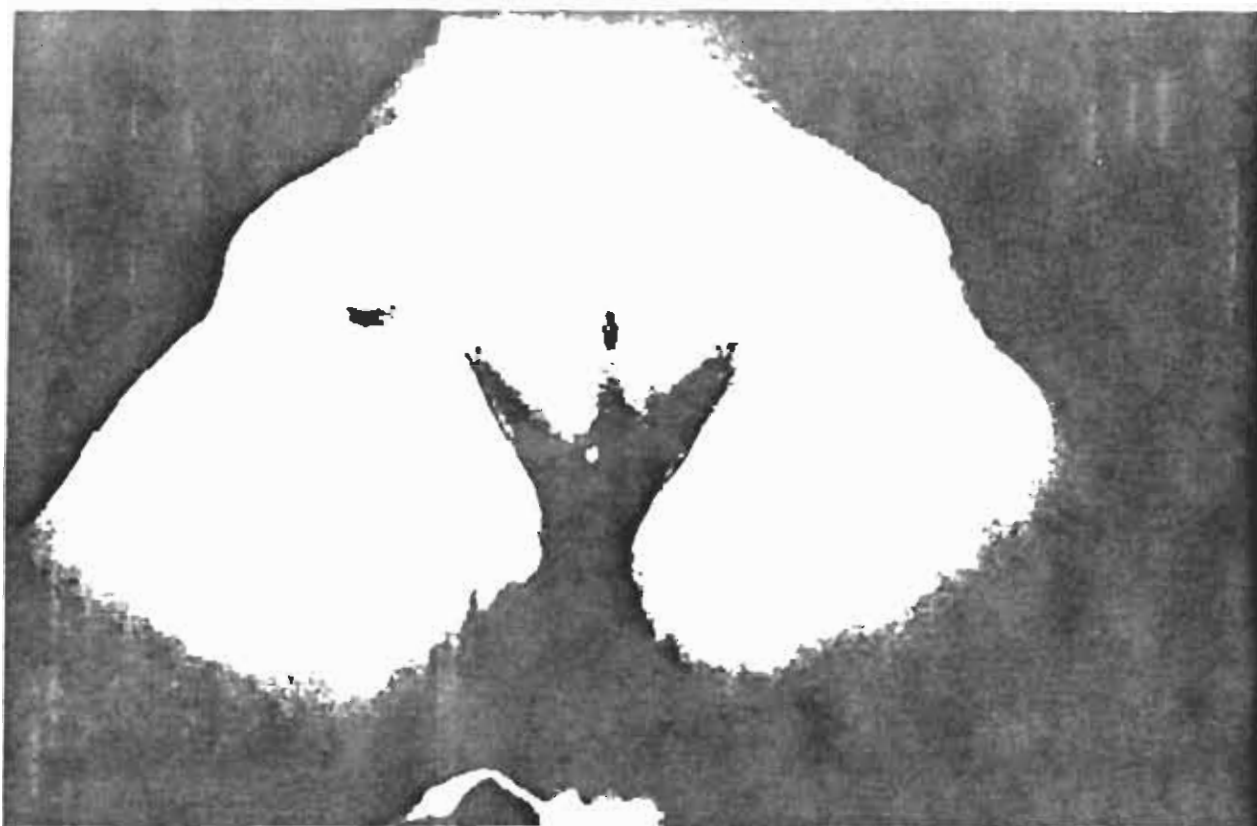
Ενας ακόμη λόγος που οδηγεί σε καθυστερημένη διάγνωση είναι η επιπόλαια έναρξη θεραπευτικής εφαρμογής αλοιφών, χωρίς να προηγηθεί η ορθή διάγνωση.

Μπορεί να συνυπάρχουν λευκοπλακία και ενδοεπιθηλιακός καρκίνος μαζί με τον διηθητικό.

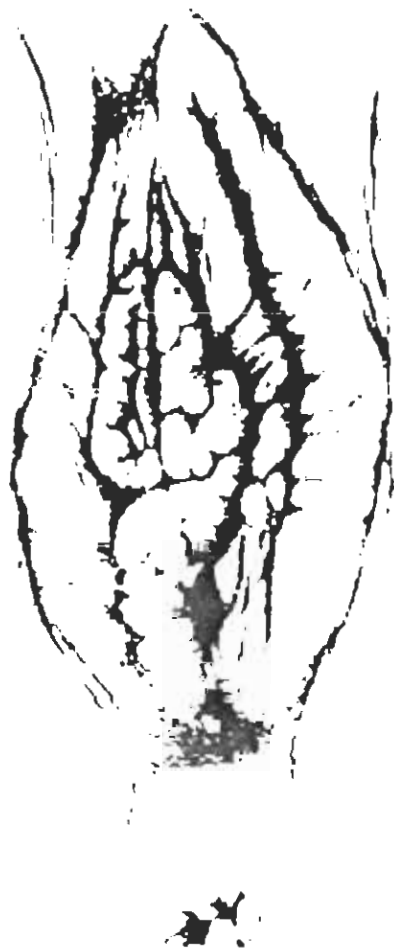


Αυτό όμως που είναι σίγουρο είναι πως η έγκαιρη και σωστή θεραπεία της λευκοπλακίας έχει μειώσει σημαντικά την εμφάνιση του καρκίνου.

Άλλοι προδιαθεσιακοί παράγοντες για την εμφάνιση του καρκίνου, αποτελούν τα κοκκιώματα, το κονδυλώματα και η εμφάνιση παλαιότερου πρωτοπαθή καρκίνου, όπως στον μαστό, στην ουρήθρα και τον τράχηλο της μήτρας.



Καρκίνος του αιδείου με προσβολή των δεξιών βουβωνικών λεμφαδων.



Εκτεταμένο εσωφυσικό καρκίνωμα του αιδείου



Καρκίνος τού αιδούλου.



Καρκίνος τού αιδούλου.

2γ. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Εδώ έχουμε ενδοεπιθηλιακό καρκίνο ή καρκίνος **in situ**.

Είναι αρκετά σπάνιος καρκίνος και βρίσκεται σαν προέκταση του ενδοεπιθηλιακού καρκίνου του τραχήλου.

Ενδοεπιθηλιακές βλάβες που αφορούν μόνο το κολπικό τοίχωμα, χωρίς καμία σχέση με τον τράχηλο, είναι σπάνιες μα όχι και ανύπαρκτες.

Από μακροσκοπική άποψη, περιγράφονται σαν λευκωπές ή τηλαγγειε-κτασιακές περιοχές, σε αντίθεση με την εικόνα του καρκίνου **in situ** στον τράχηλο, που παίρνει πιο σκούρα ή ερυθρόφαιη απόχρωση.

Επίσης συναντάμε και τον καρκίνο του κόλπου, ο οποίος υποδιο-αίρειται σε πρωτοπαθή καρκίνο του κόλπου και στο πρωτοπαθές αδενο-καρκίνωμα αυτού και σε δευτεροπαθές καρκίνωμα του κόλπου.

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του κόλπου προέρχεται σχεδόν πάντα από το πλακώδες επιθήλιο.

Η μέση ηλικία εμφάνισης της πάθησης βρίσκεται μεταξύ του 48ου και 55ου έτους, αν και μπορεί να εμφανισθεί και σε ηλικία 20 ετών.

Οι προδιαθεσιακοί παράγοντες δεν είναι γνωστοί και παρά το ότι λέγονται πολλά για το οικογενειακό, τον αριθμό των τοκετών, την συζυγική ζωή, τις προηγηθείσες αρρώστιες και την έκθεση σε ερεθιστικές ουσίες, δεν είναι δυνατό τίποτε να σταθεί σαν αιτιολογικός παράγοντας.

Το κυριότερο σύμπτωμα είναι η ανώμαλη αιμορραγία ή η έκκριση οροαιματηρών υγρών από τον κόλπο, συνήθως μετά την συνουσία,

Το καρκίνωμα του κόλπου εμφανίζεται μακροσκοπικά με διάφορες μορφές. Μπορεί να είναι μια μεγάλη μάζα με μυκητοειδείς εκβλαστήσεις που γεμίζουν όλοι την κολπική κοιλότητα, μπορεί να είναι μόνο μια επίπεδη εξέλκωση τελείως επιφανειακή, με κολπική μόνο διήθηση ή να είναι μορφή πιο διεισδυτική και παρουσιάζει μεγάλη διήθηση τόσο σε βάθος, όσο και σε πλάτος.

Πιο συχνά εμφανίζεται στο οπίσθιο κολπικό τοίχωμα, στο άνω τριτημόριο του κόλπου.

Όταν βρίσκεται στο κάτω τριτημόριο, η πρόγνωση είναι κακή γιατί η λεμφική και αγγειακή επικοινωνία σε αυτήν την περιοχή, προκαλεί ταχύτατη επέκτασή του.

Η νόσος συνήθως, επεκτείνεται προς τα πάνω και αρκετά συχνά καταλαμβάνει δευτεροπαθώς και τον τράχηλο της μήτρας.

Σε πιο προχωρημένα στάδια προσβάλλονται η κύστη και το έντερο και δημιουργούνται κυστεοκολπικά ή ορθοκολπικά συρίγγια.

Το πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα δεν είναι τόσο σημαντικό. Εμφανίζεται πάντα στην διάρκεια της 4ης ή 5ης δεκαετίας της ζωής και είναι πλακώδη τύπου.

Το δευτεροπαθές καρκίνωμα προέρχεται από διήθηση του καρκίνου του τραχήλου, είτε κατά συνέχεια ιστού, είτε λεμφογενώς.

2δ. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

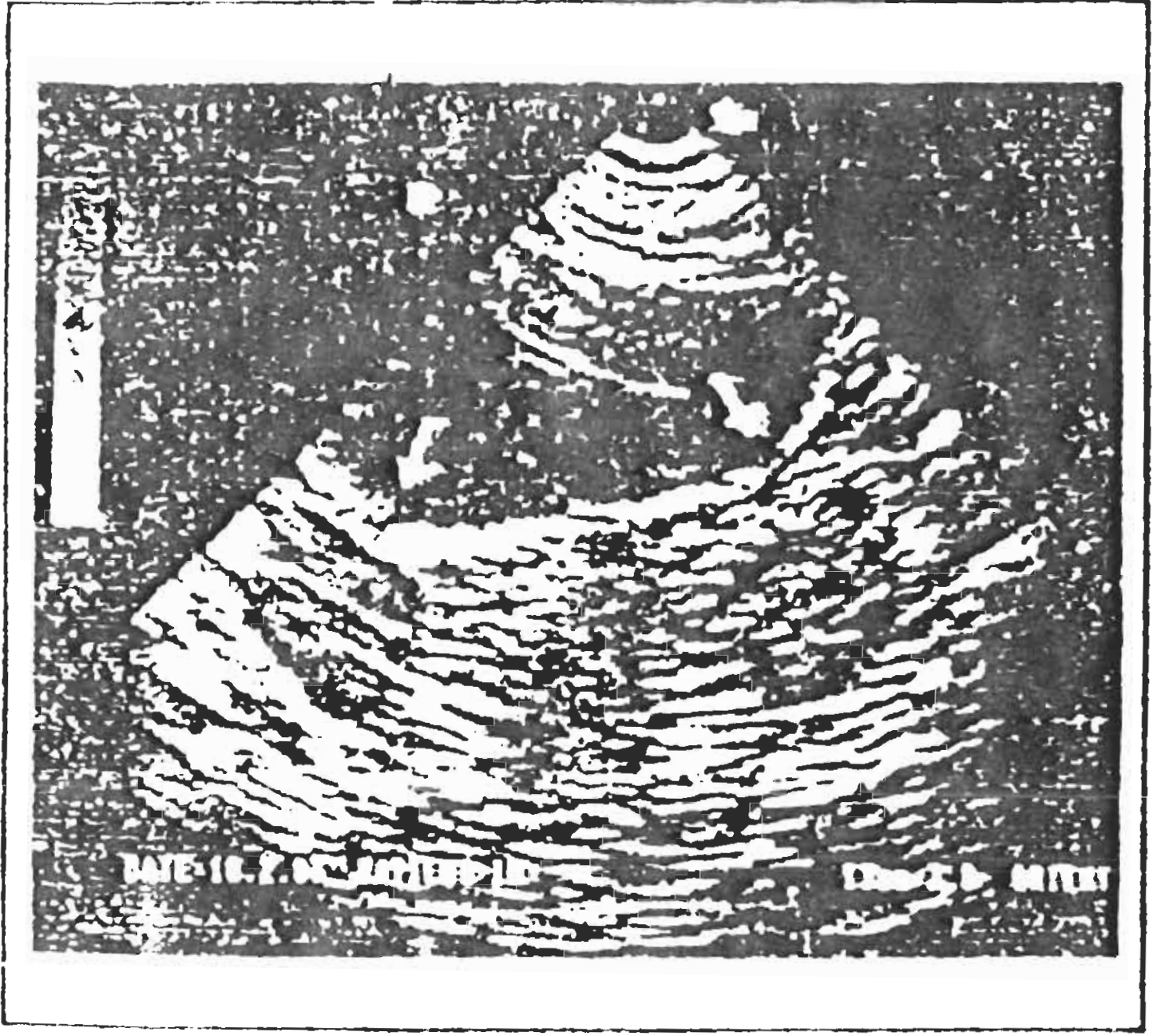
Κακοηθές νεόπλασμα των ωοθηκών θεωρείται ο καρκίνος της ωοθήκης που εμφανίζεται συνήθως με την μορφή συμπαγούς όγκου που μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής, από το επιθήλιο της ωοθήκης, είτε δευτεροπαθής, μεταστατικός από καρκίνο του στομάχου, του εντέρου, της μήτρας κ.λ.π.

Η πρώιμη διάγνωσή του δεν είναι εύκολη και γι' αυτό και η πρόγνωσή του είναι κακή.

Μερικές μορφές του καρκίνου της ωοθήκης εμφανίζουν ορμονική δραστηριότητα, είτε ανδρική είτε γυναικεία.

Τα συνήθη συμπτώματα των όγκων της ωοθήκης είναι :

- α) διόγκωση κοιλίας,**
- β) πιεστικά φαινόμενα από γειτονικά όργανα λόγω του μεγέθους των,**
- γ) διαταραχές της εμμηνορυσίας.**



Υπεριχογραφική εικόνα πολυκυστικών ωοθηκών



Γυθική μακροσκοπική εικόνα καρκινώματος τής σάλπιγγας.

Αυτό συμβαίνει μόνο στα αρχικά στάδια και προτού η διόγκωση να ξεπεράσει την διάμετρο των 10 εκ.

Σε προχωρημένα στάδια η ξεχωριστή ψηλάφηση της σάλπιγγας που πάσχει από την ωοθήκη και την μήτρα, στις οποίες επεκτείνεται ο καρκίνος, είναι αδύνατη.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο αυτό θα έπρεπε να αναφερθώ στα κακοήθη νεοπλασμάτα της μήτρας.

Το πιο αξιοσημείωτο είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και γι' αυτό θα ασχοληθώ ιδιαίτερα και πιο αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στις διαγνωστικές
εξετάσεις του καρκίνου (Ca) της μήτρας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3α. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου.

Αρχίζει από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του εξωτραχήλου, σε συχνότητα 95%.

Αντίστοιχα, σε συχνότητα 4-5%, προσβάλλει το πλακώδες του ενδοτραχήλου.

Ενα πολύ μικρό ποσοστό, μικρότερο του 1%, αφορά μεικτές ή αδιαφοροποίητες μορφές του.

Σήμερα, η εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει ελαττωθεί σημαντικά και αυτό οφείλεται στην ευρεία εφαρμογή των μεθόδων προληπτικού ελέγχου των γυναικών, δηλαδή στην κολποσκόπηση και στο **test-Pap** (τεστ Παπανικολάου).

Θα αναφερθούμε λίγο στα αίτια-παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ενας τέτοιος παράγοντας είναι ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων.

Εχει διαπιστωθεί πως όσο αυξάνεται ο αριθμός αυτός, τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης νεοπλασίας στον τράχηλο.

Επίσης ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, είναι τέσσερις φορές συχνότερος σε γυναίκες ελευθέρων ηθών σε σύγκριση με τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού, ενώ είναι σπανιότατος στις καλόγριες.

Άλλος ενοχοποιητικός παράγοντας είναι η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε νεαρή ηλικία καθώς και η τεκνοποίηση σε μικρή ηλικία.

Ενα άλλο σημαντικό στοιχείο στην επιδημιολογική μελέτη των νεοπλασιών του τραχήλου της μήτρας είναι ο ανδρικός παράγων.

Δηλαδή από μελέτες έχει αποδειχθεί πως οι σύζυγοι γυναικών με ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και Ca του τραχήλου της μήτρας θέτουν σε υψηλότερο κίνδυνο τις επόμενες συντρόφους τους για ανάπτυξη αυτού.

Ακόμα διαπιστώθηκε πως οι άνδρες με περισσότερες σεξουαλικές συντρόφους (>16) και με μικρότερη ηλικία ενάρξεως σεξουαλικής ζωής, αποτελούν “παρτεναίρ υψηλού κινδύνου”.

Επικίνδυνο παράγοντα για ανάπτυξη Ca του τραχήλου της μήτρας αποτελεί και το επάγγελμα του ανδρός.

Αν είναι επάγγελμα που τον αναγκάζει να απουσιάζει από το σπίτι για μεγάλα χρονικά διαστήματα, είναι σύζυγος υψηλού κινδύνου, αφού είναι πιθανό να έχουν πολλές εξώγαμες σχέσεις.

Η φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα. Δηλαδή η εμφάνιση Ca του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερη στη μαύρη φυλή από την λευκή και ανάμεσα στις λευκές έχει διαφορά.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι το σμήγμα που αναπτύσσεται στην βαλανοπροσθική αύλακα και το σπέρμα, πιστεύεται πως περιέχει καρκινογόνους παράγοντες που προκαλούν κακοήθη εξαλλαγή στο επιθήλιο του τραχήλου.

Παίζει σημαντικό ρόλο η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, αν πίνει ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, αν έχει υποστεί τραυματισμούς στον τράχηλο, αν έχει προσβληθεί από χρόνια τραχηλίτιδα, αν παίρνει αντισυλληπτικά δισκία, αν καπνίζει, αν τα επίπεδα βιταμίνης **A** και **C** είναι πεσμένα.

Υπαίτιος παράγων είναι και ο ιός έρπητα τύπου **2 (HVS-2)**, ο οποίος προσβάλλει τα γεννητικά όργανα και μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή.

Συνήθως τα συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, παρουσιάζονται πρώιμα και αυτό είναι θετικό σημείο για την θεραπεία του, αφού και η διάγνωση γίνεται έγκαιρα.

Αυτά τα συμπτώματα είναι :

1. Μητρορραγίες που δεν παρουσιάζουν περιοδικότητα. Κάθε μητρορραγία και μάλιστα όταν επέρχεται γύρω στην κλιμακτήριο, πρέπει να θεωρείται πάντα ύποπτη ως αποδειχθεί και το αντίθετο. Επίσης η αιμορραγία μπορεί να επέλθει μετά από συνουσία γιατί ο τράχηλος με την ψαύση του πέους αιματώνει εύκολα.
2. Καφεοειδή ή ροδόχροα υγρά που αποβάλλονται από τον κόλπο και συνήθως είναι κάκοσμα.
3. Μπορεί να έχουμε συμπτώματα από τα γειτονικά όργανα, όπως συμπτώματα από την κύστη (πόννοι-συχνοουρία). Ακόμα να έχουμε συμπτώματα από τους ουρητήρες και συνήθως παρουσιάζεται απόφραξη αυτών. Τέλος μπορεί να παρουσιασθούν συμπτώματα από το ορθό και τα νεύρα. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως εμφανίζονται στα όψιμα στάδια της νόσου λόγω διηθήσεως των οργάνων αυτών. Τα συμπτώματα αυτά είναι ακράτεια κοπράνων και συρίγγια, από προσβολή του ορθού και πόνοι από προσβολή των νεύρων.

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θα επιβεβαιωθεί με το **test-PAP**, την δοκιμασία της μήλης, την δοκιμασία **Schiller**, την κολποσκόπηση, με λήψη των κολπικών επιχρισμάτων και την βιοψία τραχήλου.

Δεν τις αναλύω τώρα, γιατί θα αναφερθώ στη συνέχεια σε κάθε μία χωριστά.

Απλώς ενδεικτικά με την δοκιμασία της μήλης, επιβεβαιώνεται ο καρκίνος γιατί η μήλη καρφώνεται εύκολα στον εύθρυπτο και σαθρό καρκινοματώδη ιστό του τραχήλου.

Με την κολποσκόπηση επισημαίνονται οι πρώιμες ύποπτες αλλοιώσεις του τραχήλου, με την εξέταση των κολπικών επιχρισμάτων, ανευρίσκονται καρκινικά κύτταρα που αποπίπτουν από το καρκινικό επιθήλιο του τραχήλου.

Αυτή που επιβεβαιώνει την διάγνωση του καρκίνου, είναι η ιστολογική εξέταση τμημάτων από τον αλλοιωθέντα τράχηλο και την δοκιμασία **Schiller** όπως θα αναφέρω και πιο κάτω, γίνεται χρώση με διάλυμα ιωδίου (**Lugol**) και παρατηρούμε πως τα κανονικά κύτταρα παραμένουν αχρωμάτιστα γιατί είναι φτωχά σε γλυκογόνο, ενώ ο υγιής ιστός παίρνει χροιά καφεοειδή λόγω του γλυκογόνου των κυττάρων.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται σε εγχειριστική και σε συντηρητική ανάλογα με την γνώμη του γιατρού και το στάδιο εξέλιξης της νόσου.

Κατά την εγχειριστική θεραπεία, αφαιρείται η μήτρα με τους ωαγωγούς και τις ωθήκες ή και ο παραμητρικός ιστός με τα λεμφογάγγλια και μέρος του κόλπου.

Μετά την εγχείριση μπορεί να υποβληθεί σε ακτινοβολία **Rongten**.

Η ολική υστερεκτομή αφορά το στάδιο **0** της νόσου δηλαδή του καρκίνου **in situ** ενώ η εγχείριση **Wertheim** σε συνδιασμό με ακτινοβολία, εφαρμόζεται στα στάδια 1 & 2 της νόσου.

Στην συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνεται η ραδιοθεραπεία, η ακτινοβολία, και τα κυτταροστατικά φάρμακα.

Εφαρμόζεται σε συνδιασμό με την εγχειριστική θεραπεία ή αμιγώς στα στάδια 3 και 4 της νόσου.

α) Η Ραδιοθεραπεία : Το ράδιο αποτελεί ένα απο τα ισχυρότερα όπλα κατά του καρκίνου.

Η δράση του συνίσταται στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, τα οποία σαν νεαρά και ασταθή είναι πιο ευαίσθητα. Ενώ οι παρακείμενοι ιστοί παραμένουν ως προς το πλείστον ανεπηρέαστοι.

Η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων γίνεται με την εκπεμπόμενη ακτινοβολία.

Το ράδιο δηλαδή, αποσυντίθεται βραδύτατα και εκπέμπει τις ακτίνες α, β, και γ.

Οι ακτίνες α και β προκαλούν νεκρώσεις στους παρακείμενους ιστούς και η ακτινοβολία γ έχει διεισδυτική ικανότητα και καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα.

Η ακτινοβολία συνήθως, επαναλαμβάνεται σε τρεις συνεδρίες συνολικά, με διαλείμματα 15 ημερών.

β) Η ακτινοβολία Rontgen : έχει την ίδια επίδραση στα καρκινικά κύτταρα με τις ακτίνες α , β και γ , με την διαφορά ότι δεν δρουν συγκεντρωμένες στην καρκινική εστία αλλά περισσότερο διάχυτα.

Ετσι έχουν μεγαλύτερη επίδραση στις μεταστάσεις του καρκίνου που είναι απομακρυσμένες από το ράδιο.

Η ακτινοβολία **Rontgen** προηγείται ή ακολουθεί την εγχειριστική θεραπεία ή γίνεται σε συνδιασμό με την ραδιοθεραπεία.

Μπορεί να εφαρμοστεί και στις μητρορραγίες, ινωμύματα κ.λ.π. για να προκληθεί ατροφία των ωοθηκών.

γ) Τα κυτταροστατικά φάρμακα : τα κυτταροστατικά φάρμακα είναι διάφορες χημικές ουσίες που καταστρέφουν τα νεαρά καρκινικά κύτταρα (Χημειοθεραπεία).

Χορηγούνται από το στόμα (**peros**) ή ενδοφλεβίως (**iv**) και συνήθως σε συνδιασμό με τις άλλες θεραπευτικές μεθόδους.

Τελειώνοντας, την αναφορά στον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, θα μπορούσαμε να αναφερθούμε και στα στάδια εξέλιξης αυτού.

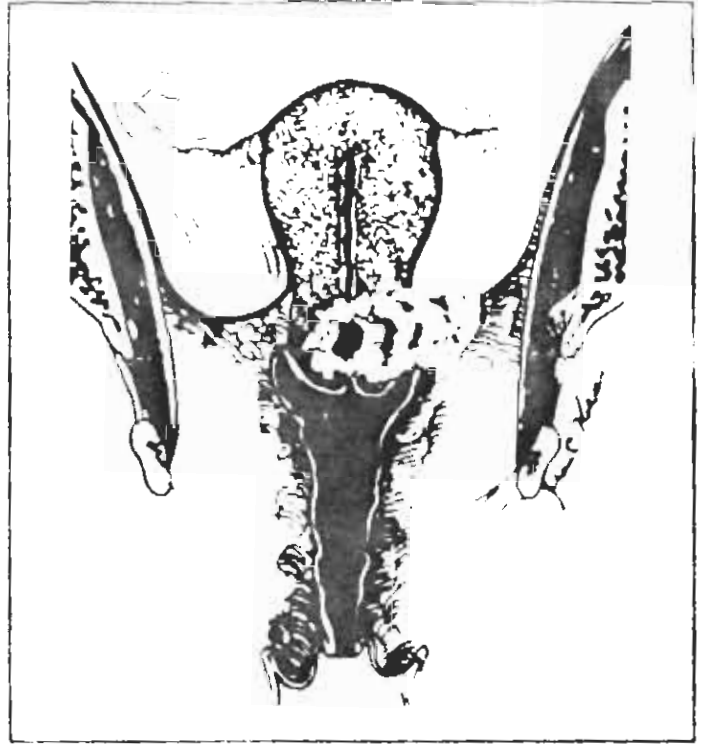
Η σημασία της διακρίσεως του καρκίνου τραχήλου της μήτρας σε στάδια, έγκειται στην πρόγνωση της νόσου καθώς και στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.

Ετσι τα στάδια αυτά είναι :

1. Στάδιο 0. (ενδοεπιθηλιακός καρκίνος ή in situ) : Στο στάδιο αυτό η νεοπλασματική αλλοίωση αφορά αποκλειστικά τα κύτταρα του επιθηλίου. Το υπόστρωμα είναι υγιές και αφορίζεται από τον άτυπο ιστό με την άθικτη βασική μεμβράνη.



Καρκίνος τραχήλου σταδίου Ιβ
(Disaia)



Καρκίνος τραχήλου σταδίου ΙΙβ
(Disaia)



Καρκίνος τραχήλου σταδίου ΙΙα
(Disaia)



Καρκίνος τραχήλου σταδίου ΙΙβ
(Disaia)



Καρκίνος τραχήλου σταδίου III
(Disaia)



Καρκίνος τραχήλου σταδίου IV
Διήθηση όρθου
(Disaia)



Καρκίνος τραχήλου σταδίου IV
Διήθηση θυροειδούς αδένα
(Disaia)



Καρκίνωμα τραχήλου in situ
(Disaia)

2. Στάδιο I. (αρχόμενος καρκίνος) : Εδώ ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθηλίου, όμως περιορίζεται μόνο στον τράχηλο της μήτρας.

3. Στάδιο II. (προχωρημένος καρκίνος) : Η διήθηση του καρκίνου έχει προχωρήσει και έχει καταλάβει εν μέρει τα παραμήτρια και τους κολπικούς θόλους. Η μήτρα είναι ακόμα κινητή.

4. Στάδιο III. (κατάσταση βαρειά) : Τα παραμήτρια είναι τελείως κατειλημμένα από τον καρκίνο έτσι ώστε μεταξύ τραχηλικού όγκου και πυελικού τοιχώματος, δεν ψηλαφάται ελεύθερο διάστημα. Αποτέλεσμα αυτού η μήτρα είναι ακίνητη. Η καρκινική διήθηση είναι δυνατόν να έχει προχωρήσει προς τα τοιχώματα του κόλπου, την κύστη και το ορθό.

5. Στάδιο IV. (κατάσταση απελπιστική) : Στο στάδιο αυτό, ο καρκίνος έχει πλέον καταλάβει όλα τα γεννητικά όργανα μέχρι και αυτά της πυέλου.

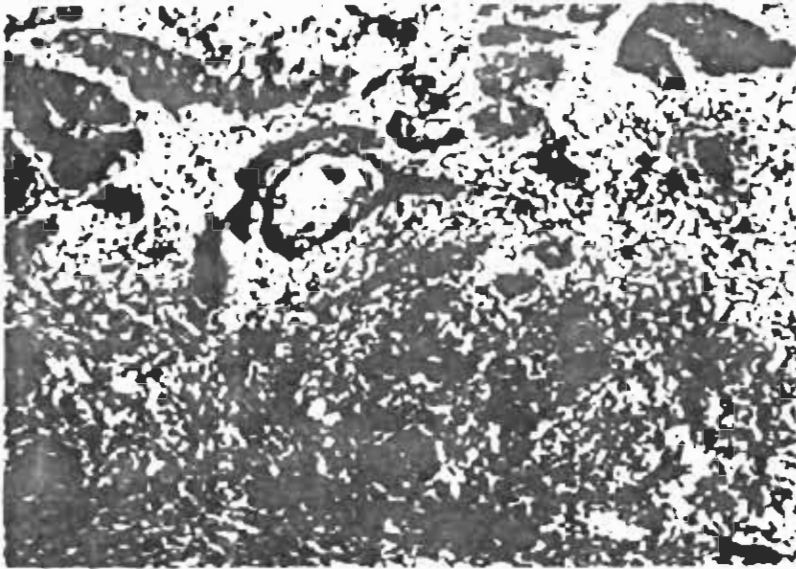
3β. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ιστολογικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται στις παρακάτω μορφές :

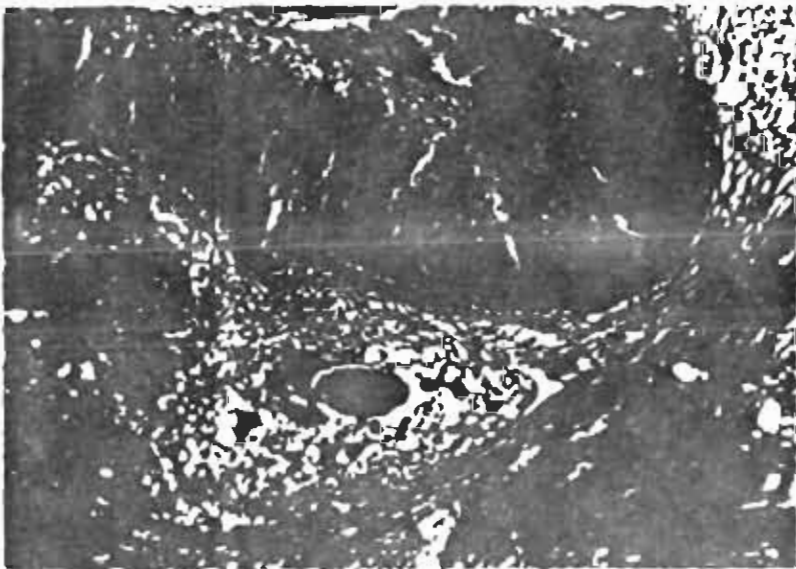
1. Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια και βαρειά μορφή, ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου που περιέχει τα άτυπα κύτταρα.

2. Προδιηθητικό καρκίνωμα ή *in situ* καρκίνωμα. Σ' αυτό υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου.

3. Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σ' αυτό εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν και σε μικρή έκταση ατυπίες στην ακύτταρη βασική μεμβράνη καθώς και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελονών ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο.



Μικροκυστικό καρκίνωμα



Μικροκυστικό καρκίνωμα.



Διηθητικό καρκίνωμα με
παλύ ανώμαλα αγγεία.

4. Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα. Εδώ ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυικό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή με λεμφογενή ή με αιματογενή μετάσταση.

5. Αδενοκαρκίνωμα. Το αδενοκαρκίνωμα αποτελεί το 5% των καρκίνων του τραχήλου και αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου. Διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης και όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια.

3γ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η λήψη ενός καλού ιστορικού, που αρχίζει από την κληρονομικότητα και τελειώνει στο συγκεκριμένο πρόβλημα, θα αποτελέσει τη βάση πάνω στην οποία θα στηριχθεί μια επιτυχημένη διάγνωση.

Η τοπογραφική θέση του τραχήλου της μήτρας κάνει αυτόν εύκολο στον έλεγχό του.

Ετσι θα προβούμε στις παρακάτω εξετάσεις :

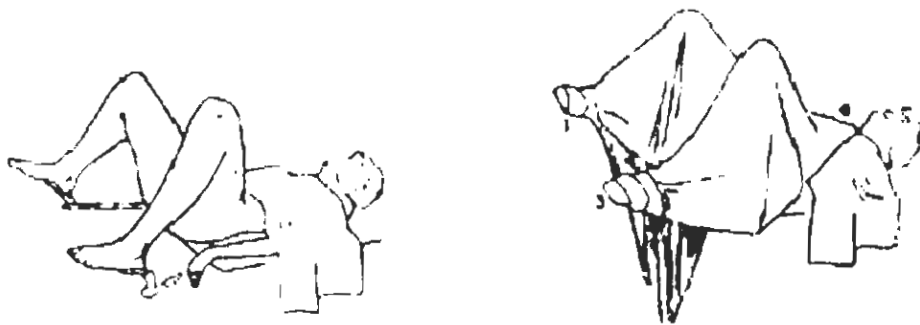
1. Επισκόπηση.

Αν πρόκειται για δυσπλασία του τραχήλου δεν θα βρούμε τίποτα γιατί η βλάβη αυτή δεν γίνεται φανερή.

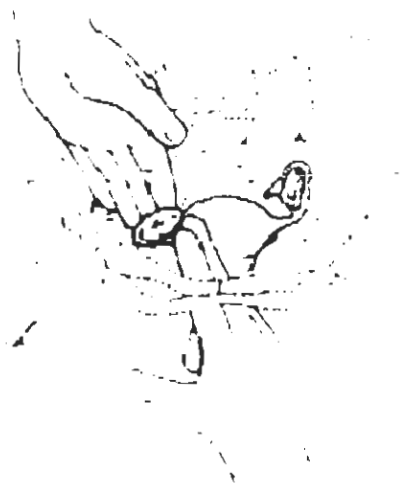
Αν όμως πρόκειται για καρκίνωμα **in situ**, ο τράχηλος είτε θα φαίνεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα, είτε ελαφρά διάβρωση, είτε λευκοπλαστική εστία.

Γενικά σε πρώιμα στάδια ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα.

Σε προχωρημένα στάδια, η βλάβη φαίνεται ως ψευδοδιάβρωση, ανώμαλη εξέγκωση που μοιάζει με κρατήρα ή μάζας που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή.



Κάλυψη της ασθενούς πριν απο την αμφίχειρο
γυναικολογική εξέταση



Αμφίχειρη ψηλάφηση των εξαρτημάτων



Η γυναικολογική εξέταση όπως γίνεται με τὰ δύο χέρια, γὰ τὴν ψηλάφηση τῆς μήτρας. Ὁ δείκτης τοῦ δεξιοῦ χεροῦ φθάνει μέχρι τὸν ὀπίσθιο κοιλιακὸ θόλο καὶ πιέζει τὴν μήτρα πρὸς τὰ πάνω, ἐνῶ τὰ τέσσερα δάκτυλα τοῦ ἀριστεροῦ ἐξωτερικοῦ χεροῦ ψηλαφοῦν τὸν πυθμένα τῆς μήτρας.



Ἡ γυναικολογική εξέταση γὰ τὴν ψηλάφηση τῶν ἐξαρτημάτων τῆς μήτρας γίνεται με μετατόπιση τοῦ δείκτη τοῦ δεξιοῦ χεροῦ στοὺς πλάγιους θόλους καὶ με ἀντίστοιχη μετατόπιση τοῦ ἐξωτερικοῦ ἀριστεροῦ χεροῦ.

Αν πρόκειται αντίστοιχα για ενδοφυτική μορφή, ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι.

Η ψευτοδιάβρωση, η εξέγκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

2. Ψηλάφηση

Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή από το ορθό, θα ψηλαφήσουμε την καρκινοματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική και της περιορισμένης κινητικότητας της μήτρας, γιατί καθηλώθηκε από τη διήθηση.

Κατά την αμφίχειρη κολπική εξέταση τώρα, που γίνεται για την ψηλάφηση του τραχήλου, ο δείκτης του δεξιού χεριού φτάνει μέχρι τον οπισθίο κολπικό θόλο και πιέζει την μήτρα προς τα πάνω, ενώ τα τέσσερα δάκτυλα του αριστερού χεριού ψηλαφούν των πυθμένα της μήτρας.

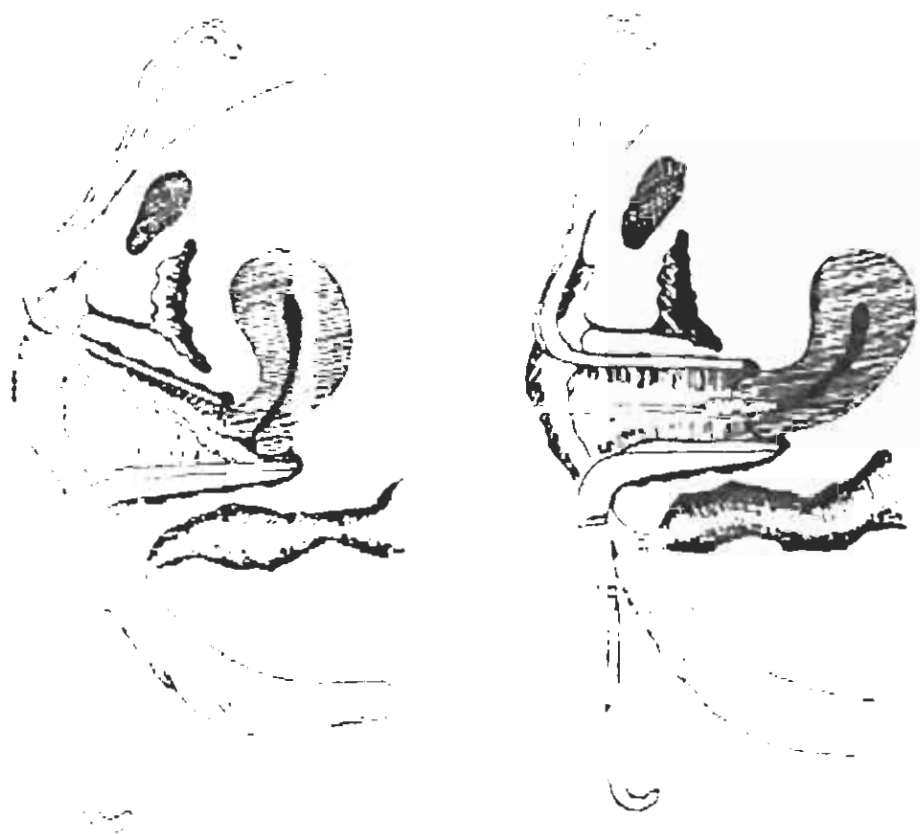
Η κολπική εξέταση συμπληρώνεται με την δακτυλική ψηλάφηση από το ορθό και καμιά φορά την αντικαθιστά όταν, λόγω υπάρξεως ακέραιου του παρθενικού υμένα, γίνεται αδύνατη η εξέταση από τον κόλπο.

Εκτός αυτού, η εξέταση από το ορθό επιτρέπει μερικές φορές, καλύτερη προσπέλαση στη ψηλάφηση των πλατέων και των ιερομητρικών συνδέσμων.

3. Κυτταρολογική εξέταση ή test PAP (τεστ Παπανικολάου).

Το **test PAP** που ονομάστηκε έτσι από τον ιδρυτή της Κυτταρολογίας **Γεώργιο Παπανικολάου**, έχει αποδειχθεί η καλύτερη μέθοδος μαζικού ελέγχου του πληθυσμού για την ανακάλυψη υποκλινικών καρκίνων, προκαρκινικών σταδίων και **HPV** φλεγμονών.

Τα τελευταία 40 χρόνια η θνησιμότητα από καρκίνο τραχήλου της μήτρας έχει ελαττωθεί σημαντικά.



Τεχνική λήψεως κολπικού ή τραχηλικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση. Αριστερά από τον οπίσθιο κολπικό θόλο και δεξιά από τον ενδοτράχηλο.

Η ελάττωση αυτή αποδόθηκε στην ευρεία χρήση του **test PAP**.

Η εξέταση είναι εύκολη, χαμηλού κόστους, χωρίς επιπλοκές, ανώδυνη και επομένως ανεκτή από τα προς εξέταση άτομα.

Η ακρίβεια και η ευαισθησία της μεθόδου αυτής είναι συνήθως υψηλή και εξαρτάται από την καλή λήψη του υλικού, την μονιμοποίηση, την χρώση και την σωστή ερμηνεία των ευρημάτων.

Για την σωστή αξιολόγηση ενός επιχρίσματος είναι απαραίτητες οι κλινικές πληροφορίες.

Το 1924, ο Γεώργιος Παπανοκόλου, μελετώντας τις ορμονικές μεταβολές σε κολπικά επιχρίσματα, παρατήρησε εξαιρετικά **“ανώμαλα”** κύτταρα σε μια ασθενή, η οποία όπως αποδείχθηκε αργότερα, είχε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος δεν ήταν εμφανής κλινικώς.

Πέρασαν από τότε πολλά χρόνια μέχρι να καθιερωθεί η αποφολιδωτική κυτταρολογία το 1943.

Σε μια πρώτη φάση, εθεωρείτο ότι η κυτταρολογική μελέτη του τραχήλου ήταν μια πολύ χρήσιμη μέθοδος για την ανίχνευση υποκλινικών καρκίνων.

Αργότερα βρέθηκε ότι η μέθοδος αυτή μπορούσε να ανιχνεύσει και νεοπλασματικές αλλοιώσεις, οι οποίες περιορίζονταν μόνο στο επιθήλιο του τραχήλου.

Η ανακάλυψη αυτή ήταν σημαντική, γιατί θεωρήθηκε ότι ανακαλύπτοντας τον καρκίνο σε πρώιμα στάδια, θα ήταν και πιο αποτελεσματική η θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Το 1949 ο μαζικός έλεγχος του πληθυσμού με το τεστ Παπανοκόλου, στην Βρετανική Κολομβία και μετά το 1950 επεκτάθηκε και στις Πολιτείες της Αμερικής.

Το 1957 ανακηρύχθηκε “έτος για τον καρκίνο της μήτρας” από την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία και δόθηκε μεγάλη δημοσιότητα στο γεγονός αυτό, με απώτερο σκοπό τον μαζικότερο έλεγχο του πληθυσμού με το τεστ.

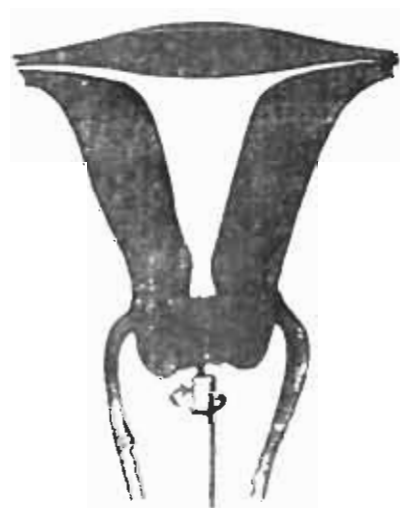
Ληψη εξωτερικού επιχρίσματος με 21 σφάλματα Lyre



Ληψη εξωτερικού επιχρίσματος με 21 σφάλματα Aylesbury.



Ληψη ενδοσχευητικού επιχρίσματος με βουρζακι.



Το βασικό επιχείρημα που επροβάλλετο, για να προσελκύσει τον γυναικείο πληθυσμό, ήταν ότι “εάν κάθε γυναίκα ελεγχόταν ετησίως με το **test PAP**, καμιά γυναίκα δεν θα πέθαινε από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας”.

Όσον αφορά τον τρόπο λήψεως του επιχρίσματος, γίνεται με την βοήθεια μικροσκοπίου ή κολποδιαστολέων, εκτός των περιπτώσεων όπου, λόγω ανατομικών συνθηκών, αυτό δεν είναι εφικτό.

Η λήψη επιχρίσματος από τον έξω τράχηλο πρέπει να γίνεται με σπάτουλα και από τον ενδοτράχηλο με ειδικό βουρτσάκι.

Η πρώτη σπάτουλα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η σπάτουλα του **Ayre**.

Αποδείχθηκε όμως πως σε μερικές περιπτώσεις όπως π.χ. σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, επειδή το ανώτερο άκρο της σπάτουλας αυτής ήταν πολύ κοντό και αμβλύ, δεν μπορούσε να εισχωρήσει στο έξω τραχηλικό στόμιο.

Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να μην γίνεται λήψη κυττάρων από το μέρος της ζώνης μεταπτώσεως, που ενδεχομένως βρισκόταν στον ενδοτραχηλιακό σωλήνα.

Με την πάροδο των χρόνων επινοήθηκαν διάφοροι τύποι σπάτουλας.

Η σπάτουλα του **Aylesbury** είναι μια πολύ καλή επιλογή. Στη χώρα μας κυκλοφορεί ένας τύπος σπάτουλας της οποίας το ένα άκρο είναι τύπου **Ayre** και το άλλο άκρο είναι τύπου **Aylesbury**.

Ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση στη λήψη του επιχρίσματος για το τεστ, επιτυγχάνεται με την χρησιμοποίηση ειδικής βούρτσας για την λήψη κυττάρων από τον ενδοτράχηλο.

Η λήψη με βουρτσάκι μιας χρήσεως έχει αποδειχθεί με στατιστικές η καλύτερη, γιατί μπορεί να πάρει υλικό από εσοχές του τραχηλικού βλεννογόνου που δεν φθάνει ούτε η σπάτουλα ούτε ο βαμβakoφόρος στυλεός, ο οποίος απορροφά βλέννη και συγκρατεί κύτταρα, έτσι ώστε το επίχρισμα να δίνει πολύ λίγα κυτταρικά στοιχεία.

Η λήψη του τεστ με τον συνδιασμό σπάτουλας-βούρτσας έχει αποδειχθεί ότι δίνει ικανοποιητικά επιχρίσματα σε ποσοστό 97 με 98%.

Προσφάτως έχει ανακαλυφθεί μια νέα συσκευή, που ονομάζεται **cervex**. Αυτή έχει τα πλεονεκτήματα του συνδυασμού σπάτουλας-βούρτσας και γι' αυτό με την χρήση της, επιτυγχάνεται υψηλό ποσοστό ανευρέσεως κυλινδρικών κυττάρων στα λαμβανόμενα τεστ, το οποίο φθάνει στο 95%. Δυστυχώς όμως δεν υπάρχουν αρκετά βιβλιογραφικά δεδομένα από την χρήση της συσκευής **cervex**.

Αυτό που έχει σημασία είναι το να δίνεται μεγάλη προσοχή, κατά την λήψη του εξωτραχηλικού επιχρίσματος με την σπάτουλα, σε τρόπο ώστε να διατηρεί την επαφή της με τον τράχηλο, καθώς την επιστρέφουμε και έτσι να παίρνουμε κύτταρα από όλα τα τεταρτημόρια του τραχήλου. Έχει αποδειχθεί ότι μικρής εκτάσεως αλλοιώσεις κατά την λήψη του επιχρίσματος μας δίνουν τα ψευδώς αρνητικά τεστ. Δηλαδή μας δίνουν ψευδή αποτελέσματα.

Για πιο ακριβές διαγνωστικό αποτέλεσμα λαμβάνουμε επιχρίσματα όπως :

α) εξωτραχηλικό από το μέρος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, που αντιστοιχεί στο εξωτερικό στόμιο, με την βοήθεια ξύλινης σπάτουλας.

β) ενδοτραχηλικό από την ενδοτραχηλική κοιλότητα με τη βοήθεια βαμβακοφόρου στυλεού και

γ) κολπικό από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου, με την βοήθεια πιπέτας. Έχει αποδειχθεί όμως, από διάφορες επίσημες έρευνες, πως το κολπικό επίχρισμα αποτελεί μικρή διαγνωστική αξία, όσον αφορά την ανεύρεση ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών στον τράχηλο. Η μέθοδος αυτή βελτιώνει ελαφρώς τα ποσοστά ανιχνεύσεων καρκίνου του ενδομητρίου.

Η άμεση μονιμοποίηση του επιχρίσματος είναι υψίστης σημασίας. Αμέσως μετά την λήψη πρέπει να γίνεται επίστρωση στην αντικειμενοφόρο πλάκα.

Οποιαδήποτε καθυστέρηση έχει ως αποτέλεσμα την αποξήρανση των κυττάρων, η οποία δυσκολεύει την αξιολόγηση του τεστ. Η επίστρωση πρέπει να είναι λεπτή και πριν στεγνώσει το υλικό από τον αέρα εμβαπτί-

ζουμε την αντικειμενοφόρο πλάκα σε δοχείο με οινόπνευμα **95 β.**, για 15 λεπτά περίπου.

Η μονιμοποίηση μπορεί να γίνει και με μονιμοποιητικό **spray**. Σ' αυτή την περίπτωση πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο να ραντίζεται όλο το πλακίδιο από απόσταση 20 εκ. περίπου. Μετά την μονιμοποίηση το κυτταρολογικό επίχρισμα βάφεται με την χρώση Παπανικολάου.

Πολλά εργαστήρια στο εξωτερικό, χρησιμοποιούν την χρώση **May-Guywald Giesma (MEG)**. Εδώ όμως στην Ελλάδα χρησιμοποιείται η χρώση Παπανικολάου.

Όλοι οι τρόποι λήψεως του υλικού, γίνονται στο εξωτερικό ιατρείο, χωρίς αναισθησία.

Είναι απαραίτητο η λήψη να γίνεται από το σημείο της αλλοίωσης ή όσο πιο κοντά μπορούμε να πλησιάσουμε για να έχουμε κυτταρικό υλικό χωρίς εκφύλιση και προσμίξεις που θα δυσχεράνουν την διάγνωση.

Γί αυτό είναι απαραίτητη η κλινική εικόνα και το ιστορικό. Η καλή λήψη είναι το 50% της ακριβούς διαγνώσεως από τον κυτταρολόγο.

Η λήψη του επιχρίσματος θα πρέπει να γίνεται εφόσον η γυναίκα δεν έχει έρθει πρόσφατα σε σεξουαλική επαφή γιατί αλλοιώνεται ο βλεννογόνος ή δεν έχει βάλει κολπικές αλοιφές ή δισκία ή δεν έχει κάνει κολπικές πλύσεις τουλάχιστον για 24 ώρες.

Επίσης μεγάλης σημασίας, είναι η επικοινωνία μεταξύ ατόμου που παίρνει το επίχρισμα και αυτού που το βλέπει. Ο γιατρός που θα εξετάσει το επίχρισμα χρειάζεται οπωσδήποτε πληροφορίες όπως πόσων χρονών είναι η ασθενής, την ημερομηνία της τελευταίας έμμηνου ρήσεως, εάν είναι έγκυος ή λεχώνα, μεταμνηνοπαυσιακή, αν έχει πάρει ορμονικά σκευάσματα, για ποιό λόγο κάνει το τεστ, εάν υπάρχει ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια και τι θεραπείες έχουν γίνει.

Η ύπαρξη ενός ενδομήτριου σπειρόματος πρέπει να αναφέρεται πάντοτε, γιατί αν δεν γνωρίζει ο κυτταρολόγος κάτι τέτοιο, μπορεί να αποδώσει τα άτυπα αδενικά κύτταρα που θα βρεί, σε νεοπλασία του αδενικού επιθηλίου.

Επίσης αυτό που πρέπει να γνωρίζουμε είναι ότι τα επιχρίσματα που λαμβάνονται εντός 6 βδομάδων από τη λήψη βιοψιών από τον τράχηλο, δεν είναι δυνατόν να αξιολογηθούν σωστά, διότι υπάρχουν φλεγμονώδεις και αντιδραστικές μεταβολές στα κύτταρα.

Εαν η λήψη του επιχρίσματος γίνει κατά την διάρκεια της έμμηνου ρύσης ή ενώ υπάρχει μια φλεγμονή στον τράχηλο, ίσως η αξιολόγησή του να είναι αδύνατη, λόγω υπάρξεως ερυθροκυττάρων ή φλεγμονωδών κυττάρων αντίστοιχα.

Στην περίπτωση αυτή το εργαστήριο θα κρίνει την καταλληλότητα του επιχρίσματος και θα ζητήσει επανάληψη ή όχι.

Η κυτταρολογική διάγνωση τώρα, στηρίζεται στην μορφολογία των κυττάρων.

Οι διαγνωστικές δυνατότητες του κολποτραχηλικού επιχρίσματος είναι οι ακόλουθες :

1. Ορμονικός έλεγχος.

Αυτός μας δίνει πληροφορίες σε καταστάσεις όπως μετά από υστερεκτομή, σε γυναίκες με προβλήματα στειρότητας, σε διαταραχές περιόδου, σε εγκυμοσύνη και λοχεία.

2. Φλεγμονές (κολπίτις, τραχηλίτις, ενδοτραχηλίτις κ.λ.π.).

Οι φλεγμονώδεις κυτταρικές αλλοιώσεις, μπορεί να είναι :

α) Πυρηνική πύκνωση, καρυορηξία, κυτταρόληση (θάνατος του κυττάρου).

β) Περιπυρηνική, άλλως κυτταροπλασματικά κενοτόπια, κοιλοκύττωση (εκφύλιση κυττάρου).

γ) Μεγαλύτερος του φυσιολογικού πυρήνας με πυρήνια και αδρό δίκτυο χρωματίνης (αντίδραση κυττάρου).

δ) Κυτταρική υπερπλασία, εμφάνιση των “reserve cells”, πλακώδης μετάπλαση (αναγέννηση του κυττάρου).

ε) Κερατινοποίηση, παρακεράτωση (καλοήθεις διαταραχές).

στ) Δυσκαρύωση, όρος συνώνυμος με τον ιστολογικό δυσπλασία. Η δυσκαρύωση μπορεί να εμφανισθεί σε έντονη φλεγμονή ή να εκφράζει μια προκαρκινική κατάσταση.

ζ) Ιογενείς αλλοιώσεις. Αυτές μπορεί να εξελιχθούν σε κακοήθη εξαλλαγή του κυττάρου, ή σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υποχωρήσουν.

3. Προκαρκινικές αλλοιώσεις - δυσπλασίες.

Στο κεφάλαιο αυτό στηρίζεται και η μεγάλη επιτυχία της κυτταρολογίας για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τη σημαντική μείωση αυτού.

Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις είναι οι δυσκαρυώσεις, πάντα κατά την κυτταρολογική περιγραφή.

Διακρίνονται δε σε :

α) ελαφρά δυσκαρύωση, που αφορά το επιπολής επιθήλιο

β) μέτρια δυσκαρύωση, που αφορά το διάμεσο επιθήλιο και

γ) έντονη δυσκαρύωση, που αφορά τα βασικά κύτταρα.

4. Κακοήθεια.

Στην κακοήθη εξαλλαγή του κυττάρου η ατυπία είναι έντονη και σαφής.

Η κακοήθης εξαλλαγή μπορεί να αφορά το πλακώδες ή το αδενικό επιθήλιο του τραχήλου, ανάλογα με την εντόπισή της στο έξω ή στο έσω τραχηλικό στόμιο.

Πιο συχνά όμως αναφέρεται στο σημείο μεταπτώσεως του πλακώδους προς αδενικό από το έξω προς το έσω στόμιο.

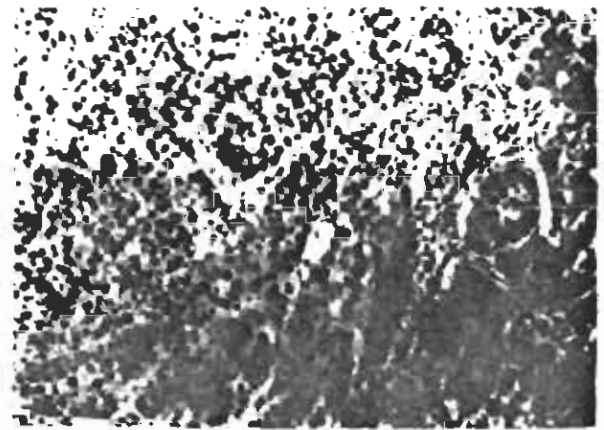
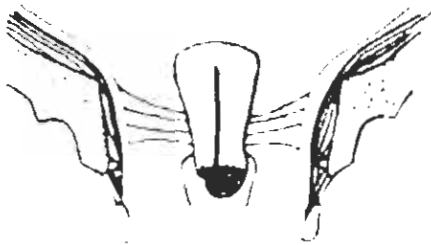
Αρα το κολποτραχηλικό επίχρισμα είναι απαραίτητο να λαμβάνεται από το ως άνω σημείο.

Κυτταρολογικά αναγνωρίζεται το καρκίνωμα εκπλακώδους επιθηλίου, το αδενοκαρκίνωμα και το αδιαφοροποίητο.

Όταν ο Παπανικολάου περιέγραψε την γυναικολογική κυτταρολογία των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων χρησιμοποίησε πέντε κατηγορίες :



Καρκίνος του τραχήλου. Στάδιο 0 (in situ). Αριστερά: ιστολογική εικόνα. Δεξιά: τραχηλικό επίχρισμα (Κλάση III-IV).



Καρκίνος του τραχήλου. Στάδιο 1. Δεξιά: ιστολογική εικόνα.

Κατηγορία I : Αρνητικό για κακοήθεια, χωρίς φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Κατηγορία II : Αρνητικό για κακοήθεια, με φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Κατηγορία III : Υποπτο για κακοήθεια.

Κατηγορία IV : Θετικό για κακοήθεια, με λίγα άτυπα κύτταρα.

Κατηγορία V : Θετικό για κακοήθεια, με πολλά άτυπα κύτταρα.

Η κυτταρολογική εξέταση είναι ακριβής στη διάγνωση, με ποσοστό λάθους όχι μεγαλύτερο του 5%.

Το επιτρεπόμενο ποσοστό λάθους οφείλεται στο ότι η κυτταρολογία εξετάζει μεμονωμένα κύτταρα χωρίς να έχει τη δομή του ιστού στον οποίο ανήκουν.

Ομως για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τους εξής παράγοντες :

- α) Η λήψη να γίνεται κατά το δυνατό από το σημείο της αλλοιώσεως και να είναι ποιοτικώς και ποσοτικώς επαρκής.
- β) Η μονιμοποίηση και η χρώση του υλικού πρέπει να γίνονται **lege artis**.
- γ) Η εκτίμηση του κυτταρολογικού υλικού πρέπει να γίνεται από έμπειρο κυτταρολόγο και να είναι τεκμηριωμένη.
- δ) Απαραίτητα πρέπει το κυτταρολογικό υλικό να συνοδεύεται από κλινικά στοιχεία.
- ε) Σε περιπτώσεις αμφιβολίας πρέπει να χρησιμοποιούνται από το κυτταρολογικό εργαστήριο, ειδικές χρώσεις και τεχνικές για μια πιο ακριβή απάντηση.

Αλλωστε η κυτταρολογική εξέταση εκτός των γεννητικών οργάνων, εφαρμόζεται και σε περιπτώσεις όπως :

- α) Στην ανίχνευση του καρκίνου του πνεύμονος με την εξέταση πτυέλων ή βρογχικών εκκρίσεων που λαμβάνονται με βρογχοσκόπηση.
- β) Στην ανίχνευση νεοπλασμάτων της ουροδόχου κύστεως, θηλωμάτων, αρχόμενου ή διηθητικού καρκίνου, με εξέταση ούρων και
- γ) Στην διάγνωση καρκίνων και συναφών νόσων από υγρά κοιλότητων όπως πλευριτικού, ασκητικού υγρού, υγρού κοιλίας, αρθρώσεων,

εγκεφαλονωτιαίου υγρού και υγρό από θηλή μαστού γυνής, για την διαπίστωση, απλής γαλακτόρροιας, φλεγμονών, κύστεων ή καρκίνου.

Οι γυναίκες που πρέπει να υποβάλλονται πιο συχνά στο τεστ Παπανικολάου, είναι οι γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές ή έχουν φθάσει στην ηλικία των 18 ετών.

Μετά από τα τρία διαδοχικά αρνητικά τεστ, τα οποία έχουν γίνει σε ετήσια βάση και έχουν κριθεί ικανοποιητικά, είναι δυνατόν να συστήνεται λήψη και εξέταση με το τεστ κάθε τρία χρόνια, εκτός και αν η γυναίκα κριθεί ως υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η ηλικία που συνίσταται να μην γίνεται πλέον το τεστ είναι η ηλικία των 65 χρόνων.

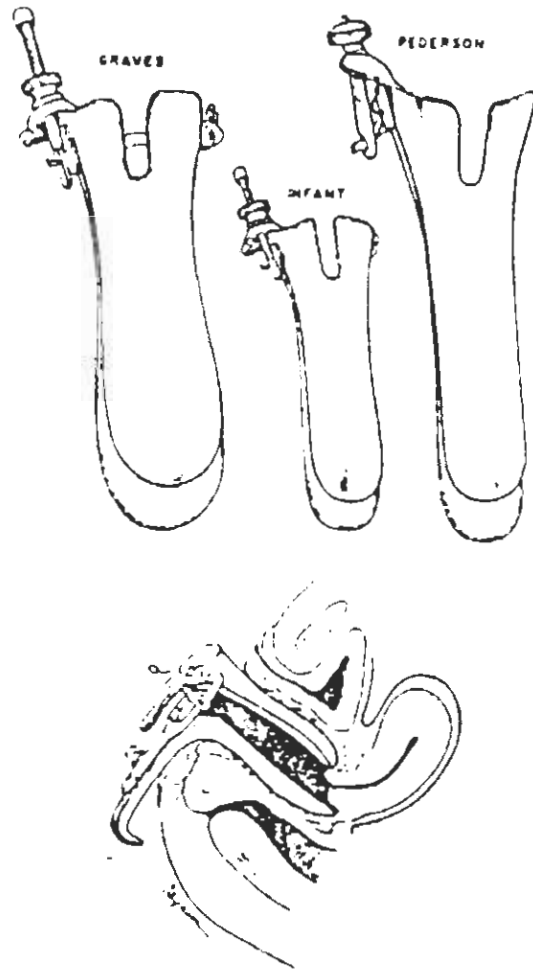
Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως αν προσέλθει στο ιατρείο μια γυναίκα 65 χρονών ή μεγαλύτερη για μια εξέταση ρουτίνας, ότι ο γιατρός δεν πρέπει να πάρει ή ότι δεν θα πάρει κολπικό επίχρισμα για το τεστ.

Γιατί σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία στις Η.Π.Α., το 25% του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανευρίσκονται σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 65 χρόνων και το 40% αυτών των γυναικών δεν έχει υποβληθεί ποτέ πριν σε τεστ Παπανικολάου.

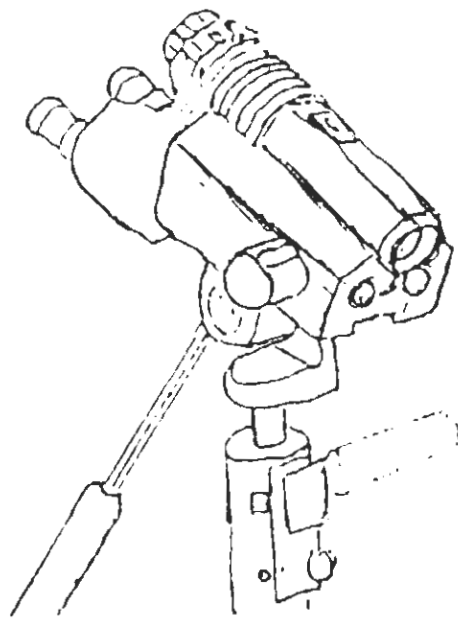
4. Κολποσκόπηση.

Είναι ένα διαγνωστικό μέσο με το οποίο μπορούμε να διαγνώσουμε έγκαιρα τις δυσπλασίες ή τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Εκείνο που εξετάζουμε κυρίως στην κολποσκόπηση είναι η ζώνη μετάπτωσης.

Η κολποσκόπηση και η ιστολογική μελέτη δείχνουν ότι η μεταπλασία είναι δραστηριότητα που ξεκινά από το κυλινδρικό επιθήλιο και οδηγεί στην ανάπτυξη ενός νέου πλακώδους επιθηλίου, που παρουσιάζεται αρχικά άωρο και με την πάροδο του χρόνου γίνεται ώριμο. Αυτή η ομαλή μεταπλαστική πρόοδος φτιάχνει τελικά την τυπική ζώνη μετάπτωσης, που δεν αποτελεί κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη καρκινώματος.



Διάφορα μεγέθη κολποδιαστολέων (Speculum)
Στη εικόνα φαίνεται επίσης πως είναι το-
ποθετημένος στον κόλπο.



Ενα απο τα διάφορα είδη κολποσκοπείων

Οι αρχικές όμως φάσεις αυτής της μεταπλασίας είναι ευπρόσβλητες σ' ένα ισοδύναμο μιας γεννητικής αλλαγής, που οδηγεί τελικά σ' ένα κάπως διαφορετικό πλακώδες επιθήλιο, του οποίου ο κυτταρικός πληθυσμός έχει αποκτήσει νεοπλασματική ισχύ.

Αυτό το επιθήλιο είναι που συναντάμε στην άτυπη ζώνη μετάπτωσης και αυτό αποτελεί τον πρόδρομο για το καρκίνωμα **in situ**.

Η κολποσκόπηση εκτελείται με την βοήθεια του κολποσκοπίου.

Το κολποσκόπιο αποτελείται από στερεοσκοπικό διοφθάλμιο μικροσκόπιο μεγένθυσης χ10 ως χ40. Η εστιακή του απόσταση είναι 20 - 25 εκ. και διαθέτει φωτιστική πηγή που συγκεντρώνει το φως εκεί που θέλουμε.

Τα σύγχρονα κολποσκόπια διαθέτουν σωλήνα για δεύτερο παρατηρητή και υποδοχή για φωτογραφική ή κινηματογραφική μηχανή ή συσκευή τηλεόρασης και video.

Για την εκτέλεσή της εφαρμόζουμε τους κολποδιαστολείς και εξετάζεται η περιοχή που μας ενδιαφέρει, αφού πρώτα έχει καθαριστεί με φυσιολογικό ορό.

Κατόπιν, ακολουθεί εξέταση, ύστερα από έκπλυση της περιοχής με οξικό οξύ 3% ή με διάλυμα **Iugol**.

Σε περίπτωση που θέλουμε να ελέγξουμε την ενδοτραχηλική κοιλότητα, εφαρμόζουμε ειδικό ενδοτραχηλικό διαστολέα.

Η κολποσκόπηση γίνεται σε γυναίκες με υποψία νεοπλασίας στο τεστ Παπανικολάου, σε γυναίκες με αρνητική εξέταση Παπανικολάου αλλά με μακροσκοπικώς ορατή και ύποπτη βλάβη στον τράχηλο, για οποιαδήποτε βλάβη ύποπτη για κακοήθεια στο αιδοίο ή στον κόλπο, σε γυναίκες που εκτέθηκαν κατά την διάρκεια της ενδομητρίου ζωής στην διαιθυλστυλβεντρόλη (**Desdaughters**) και τέλος για παρακολούθηση ασθενών με δυστροφίες αιδοίου, επιθηλιακώς ή ενδοεπιθηλιακώς νεοπλασίες κατώτερου γεννητικού συστήματος, με κονδυλώματα, έρπητα καθώς και έλκη γεννητικών οργάνων.

Υποπτα ευρήματα θεωρούνται :

1. Λευκωπές περιοχές, χωρίς εμφανή αγγεία, που προβάλλουν σε σχέση με την υπόλοιπη επιφάνεια του τραχήλου.
2. Λευκωπές περιοχές με λεπτά και πυκνά ερυθρά στίγματα.
3. Μικρές λευκωπές περιοχές σαν πλακόστρωτο με εξέρυθρα τα μεταξύ τους διαστήματα.
4. Αγγεία με ακανόνιστες διακλαδώσεις, αυχομείωση του εύρους τους και ανώμαλη διαδρομή.

Η έκταση και η ένταση και ο συνδυασμός των παραπάνω ευρημάτων προσδιορίζουν τον βαθμό της βλάβης.

Ο κολποσκοπικός έλεγχος αξιολογείται μόνο εφόσον αποκαλύπτεται και ελέγχεται ολόκληρη η ζώνη μεταπτώσεως του επιθηλίου, γεγονός το οποίο δεν είναι πάντοτε εφικτό.

5. Μικροκολπο-υστεροσκόπηση.

Είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχουμε τις επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα, της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά την διάρκεια της ζωής της γυναίκας κάτω από μικροσκοπική μεγέθυνση.

Η κολπο-τραχηλομικροσκόπηση γίνεται με τη βοήθεια του μικρο-τραχηλομικροσκοπίου το οποίο έχει μεγάλη μεγένθυση και ο έλεγχος γίνεται με άμεση επαφή του οργάνου στην ελεγχόμενη περιοχή. Πριν την εξέταση χρωματίζουμε τον τράχηλό ή το ύποπτο σημείο του κόλπου με αιματοξυλίνη για 3 λεπτά και ύστερα με κυανό της τουλοιδίνης ή του **Evans** για 1 λεπτό.

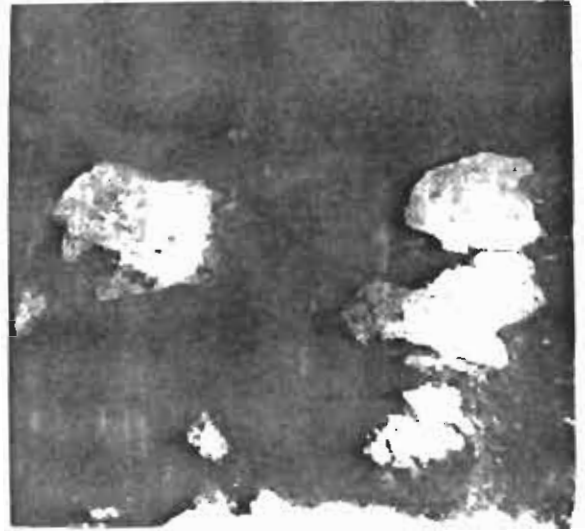
Η μικρο-υστεροσκόπηση επιτρέπει την διεύρυνση της **C/N** και την ακριβή εντόπιση της βλάβης, με υψηλή ακρίβεια.

Παράλληλα, πάντα προσδιορίζει τη ζώνη μετάπτωσης ακόμα και αν βρίσκεται στον ενδοτράχηλο.

Η μέθοδος αυτή μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη σε μερικές περιπτώσεις



Σαθρός τεμνηλικός ιστός. Δοκιμασία
βήλης θετική.



Δοκιμασία Schiller.



Εικ. 22. Κορηνοσκοπική εικόνα αρχόμε-
νων καρκίνων του τραχήλου της μήτρας.



Εικ. 23. Ιστολογικό-καρκικό επίχρισμα. Κλάση
IV

διηθητικών νεοπλασιών του τραχήλου (μικρού όγκου καρκινώματα, ή καρκίνου που επεκτείνεται στον ενδοτράχηλο με σκοπό να βελτιώσουμε τα χειρουργικά ή ακτινοθεραπευτικά αποτελέσματα).

6. Δοκιμασία Schiller.

Με τη μέθοδο αυτή εντοπίζεται σημείο παθολογικής βλάβης του τραχήλου. Στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο.

Για την εκτέλεση της δοκιμασίας χρησιμοποιούμε διάλυμα **Lugol** που έχει την ιδιότητα να βάφει καφεκίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και να αφήνει ανέπαφα τα παθολογικά γιατί δεν έχουν γλυκογόνο.

Η επάλειψη του τραχήλου γίνεται μετά από διάνοιξη του κόλπου με μητροσκόπιο ή κολποδιαστολείς και μετά από καθαρισμό της ενδοκολπικής μοίρας.

Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου, λευκοπλασίας, παρουσίας ωαρίων του **Naboth**.

Σε κάθε θετική περίπτωση απαιτείται ιστοληψία της περιοχής που δεν βάφτηκε με το **Lugol** (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο).

7. Ιστοληψία τραχήλου.

Η επέμβαση αυτή μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεων του τραχήλου.

Μετά από προετοιμασία της ασθενούς, η οποία γίνεται όπως σε κάθε κολπική επέμβαση, τοποθετείται το μητροσκόπιο ή κολποδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3η και 9η μοίρα και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή.

Αν η ασθενής αιμορραγήσει κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας, προβαίνουμε σε ηλεκτροκαυτηρίαση της αιμορραγούσας επιφάνειας ή την ράβουμε με ζωικά ράμματα.

Τα τεμάχια του τραχήλου τοποθετούνται σε διάλυση φορμόλης και αποστέλλονται για ιστολογικό έλεγχο.

8. Αξονική τομογραφία.

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στη λήψη πολλών εγκάρσιων και διαφόρου πάχους τομών του εξεταζόμενου τμήματος του σώματος και στην επεξεργασία των εικόνων με ηλεκτρονικό υπολογιστή. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην τεχνολογία των ηλεκτρονικών εγκεφάλων γιατί προγραμματίζει τον έλεγχο, επεξεργάζεται, συνθέτει και απομνημονεύει τις πληροφορίες.

Σήμερα και η μαγνητική τομογραφία η οποία πιστεύεται πως θα προσφέρει πολυτιμότερες πληροφορίες από ότι η αξονική τομογραφία, όμως δεν είναι ακόμα ευρέως γνωστή.

9. Υπέρηχοι στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Οι υπέρηχοι είναι ηχητικά κύματα των οποίων η συχνότητα κυμαίνεται μεταξύ 20.000 και 10 HZ ή 10 MHZ και δεν είναι αντιληπτά από το ανθρώπινο αυτί.

Η ηχοτομογραφία με το σύστημα **Gray-Scale** χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στη γυναικολογία διότι επιτρέπει την διερεύνηση των εσωτερικών κυρίως γεννητικών οργάνων και την ανακάλυψη αρκετών παθολογικών τους καταστάσεων.

Οι υπέρηχοι επιτρέπουν σε αναλογία 80 με 92% των περιπτώσεων να επιλυθούν βασικά διαγνωστικά προβλήματα και πιο συγκεκριμένα, επιβεβαιώνουν την ύπαρξη όγκου και προσφέρουν χρησιμότερες πληροφορίες για την υφή, την σύσταση, την εντόπιση του όγκου και την ακριβή μέτρηση των διαστάσεών του.

Είναι μια αξιόλογη παρακλινική εξέταση και σπουδαίο συμπλήρωμα της γυναικολογικής κλινικής εξέτασης, ιδίως όταν υπάρχει αρχόμενη εγκυμοσύνη ή μεγάλος πόνος στην κοιλιακή χώρα και την λεκάνη.

Η χρησιμοποίηση ειδικών ενδοκολπικών μετατροπέων επιτρέπει την καλύτερη υπερηχητική διερεύνηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

10. Βιοψία τραχήλου.

Βιοψία πρέπει να γίνεται σε κάθε θετική περιοχή κατά **Schiller**, σε κάθε εξέλκωση, κοκκίωση, θηλώδη ή οξώδη αλλοίωση για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διηθητικού καρκίνου.

Δεν χρειάζεται τοπική νάρκωση για λήψη βιοψιών από τον τράχηλο και από το ανώτερο τριτημόριο του κόλπου.

Στις υπόλοιπες περιοχές του κατώτερου γεννητικού συστήματος γίνεται τελική νάρκωση με διάλυμα ξυλοκαΐνης χρησιμοποιώντας την οδοντιατρική σύριγγα **Carppe** ή μια σύριγγα ινσουλίνης.

Προκειμένου να πάρουμε βιοψία από τον τράχηλο, κρατάμε στο αριστερό χέρι ένα βαμβακοφόρο στυλεό και στο δεξί την λαβίδα βιοψίας. Κοιτάμε μέσω του κολποσκοπίου. Μόλις πάρουμε την βιοψία και χωρίς να αφήσουμε το οπτικό μας πεδίο, τοποθετούμε τον βαμβακοφόρο στυλεό στη θέση από την οποία πήραμε την βιοψία και τον κρατάμε στη θέση αυτή με το αριστερό χέρι.

Δίνουμε στην νοσηλεύτρια που μας βοηθά την λαβίδα βιοψίας που περιέχει το κομμάτι του ιστού που πήραμε ενώ την ίδια στιγμή αυτή μας δίνει στο δεξί μας χέρι, ένα βαμβακοφόρο στυλεό που έχει εμποτισθεί με διάλυμα υποθεικού σιδήρου.

Τοποθετούμε τον στυλεό με το διάλυμα στη θέση του άλλου στυλεού και κρατάμε πιεστικά για μισό λεπτό.

Το δείγμα που πήραμε τοποθετείται σε φορμόλη.

11. Τραχηλογραφία.

Η τραχηλογραφία είναι μια μέθοδος **screening** για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Βασίζεται στη φωτογράφιση του τραχήλου, μετά από εμβροχή του με διάλυμα οξεικού οξέος.

Το τραχηλοσκόπιο είναι μια αυτόματη φωτογραφική μηχανή 35mm, με ενσωματωμένο μακρο-φακό 100mm, δυνατό **flash** και ηλεκτρονική μνήμη, για την καταγραφή δεδομένων.

Η διαδικασία είναι σχετικά απλή και συνήθως γίνεται σε συνδυασμό με τη λήψη τεστ Παπανικολάου.

Ο τράχηλος εμβρέχεται με διάλυμα οξεικού οξέος 5% για 2 έως 3 λεπτά.

Το τραχηλοσκόπιο εστιάζεται από ειδικά εκπαιδευμένο άτομο, με τρόπο ώστε να είναι ορατή ολόκληρη η επιφάνεια του τραχήλου και κατόπιν γίνεται η λήψη φωτογραφίας μετά από χρώση του τραχήλου με διάλυμα **Lugol**.

Ακολουθεί η μελέτη των φωτογραφιών αυτών, που προβάλλονται σε οθόνη, με τρόπο ώστε η εικόνα να αντιστοιχεί σε κολποσκοπικό είδωλο 1X16.

Το μεγάλο πλεονέκτημα της τραχηλογραφίας είναι ότι δεν απαιτεί ιδιαίτερο χρόνο κατά την εκτέλεσή της.

Μέχρι στιγμής φαίνεται πως η μέθοδος αυτή προσφέρει πολλά στη σωστή αξιολόγηση ασθενών με ελαφρά ατυπία στο τεστ Παπανικολάου καθώς και στην παρακολούθηση ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για **CIN**.

Βέβαια η μέθοδος αυτή αν και είναι γνωστή στην Ελλάδα δεν έχει ευρέως εφαρμοσθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4α. Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ.

Μετά από την εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία και εφόσον κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή της ασθενούς στο αντίστοιχο νοσηλευτικό τμήμα για νοσοκομειακή περίθαλψη, η ασθενής εισέρχεται σ' αυτό.

Η νοσηλεύτρια είναι έτοιμη να την υποδεχθεί με χαμόγελο και αισιοδοξία, στο καθαρό και τακτοποιημένο κρεβάτι της.

Αν η ασθενής έχει επικοινωνία με το περιβάλλον, την καλοσορίζει, τις συστήνεται και της δίνει να καταλάβει από την πρώτη στιγμή πως είναι πάντα διαθέσιμη για να καλύψει τις ανάγκες της.

Παίρνουμε το εισητήριο και το βιβλιάριο καθώς και τις γραπτές φαρμακευτικές οδηγίες του γιατρού και ετοιμάζουμε τον φάκελλό της και ενημερώνουμε το γιατρό της κλινικής για τη νέα εισαγωγή.

Λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία της ασθενούς και ενημερώνουμε το φύλλο νοσηλείας.

Κατόπιν φροντίζουμε να την κατατοπίσουμε για την λειτουργία του νοσηλευτικού τμήματος.

Δηλαδή της εξηγούμε πως υπάρχει το ειδικό κουδούνι για να μας καλέσει όποτε μας χρειασθεί, ποιές είναι οι ώρες επισκεπτηρίου, ποιός είναι ο αριθμός τηλεφώνου του νοσοκομείου μας για να μπορεί να επικοινωνούν μαζί της οι οικείοι της, πως παίρνει εξωτερική γραμμή αν θέλησει η ίδια κ.λ.π.

Αν είναι περιπατητική, τότε την ξεναγούμε στους χώρους της μονάδας.

Της δείχνουμε τα γραφεία της προϊσταμένης, του νοσηλευτικού προσωπικού και των γιατρών.

Την ξεναγούμε και στους βοηθητικούς χώρους όπως το λουτρό, οι τουαλέτες, η αίθουσα αναμονής κ.λ.π.

Με αυτό το τρόπο κάνουμε την ασθενή να νοιώθει οικεία και να μην

φοβάται τον χώρο στον οποίο βρίσκεται.

Η νοσηλεύτρια οφείλει κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του γιατρού να είναι παρούσα, διευκολύνοντας έτσι τον γιατρό στην εξέταση, υποστηρίζοντας ψυχολογικά την ασθενή και παρακολουθώντας τις αντιδράσεις της. Ταυτόχρονα μεταφέρει τις οδηγίες του γιατρού στην κάρτα νοσηλείας της ασθενούς.

Αφού ολοκληρωθεί η τακτοποίηση, η ενημέρωση και η εξέταση της ασθενούς, επιτρέπεται στους συνοδούς να επισκεφθούν την ασθενή στο δωμάτιό της. Τους ενημερώνει για τις ώρες επισκεπτηρίου ή τηλεφώνων, για την κατάσταση της ασθενούς και το τι περιμένει από αυτούς και παράλληλα η νοσηλεύτρια παίρνει χρήσιμες πληροφορίες από τους συνοδούς για την ασθενή.

Σ' όλο το χρονικό διάστημα που θα παραμείνει η ασθενής στο νοσηλευτικό τμήμα, η νοσηλεύτρια την παρακολουθεί όχι μόνο ως προς την υγεία της αλλά και στο αν προσαρμόστηκε στον χώρο, τις αντιδράσεις της, αν είναι νευρική, μελαγχολική ή απογοητευμένη.

Το μάτι της νοσηλεύτριας ξαγρυπνά και είναι πάντα έτοιμη να επέμβει στην κάθε κατάσταση που θα προκύψει και να την αντιμετωπίσει.

Αλλωστε σύμφωνα με όλα αυτά που προαναφέρθηκαν καταστρώνει τελικά, το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας της άρρωστης, την προγραμματίζει και την εφαρμόζει ανάλογα με τις τρέχουσες και πιό επείγον ανάγκες, της ασθενούς για να επιτύχει τον σκοπό της, ο οποίος είναι η άνεση και η γρηγορότερη δυνατή αποκατάσταση της ασθενούς.

4β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ (Ca) ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και τα σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργούν ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Στόχος των νοσηλευτών είναι να βοηθήσουν τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται και βρίσκεται στο πλευρό του καρκινοπαθή αρρώστου, πρέπει να του προσφέρει τον εαυτό της, με τις γνώσεις, δεξιότητες, ικανότητες και την ανθρωπιά της.

Πρέπει να γνωρίζει ότι η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάστασή του επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, το βιοτικό του επίπεδο, η βοήθεια και η υποστήριξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν

Ακόμα ότι τα προβλήματα του είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Κάθε ασθενής έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης, ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του.

Η ευθύνη της νοσηλεύτριας αρχίζει από τα πρώτα στάδια ανίχνευσης της νόσου και συνεχίζει ως το τελευταίο στάδιο αποκατάστασης ή και ως το θάνατο.

Η ασθενής πάντα μετρά συναισθηματικά τη στάση της νοσηλεύτριας.

Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστια της είναι το πρώτο βήμα για την καλή συνεργασία ανάμεσά τους.

Επομένως για να υπάρχει ομαλή και σωστή συνεργασία μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενούς πρέπει να τηρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις :

1. Χρειάζεται κατανόηση στην ασθενή και προβολή της ευχάριστης όψης της ζωής. Αυτό τη γεμίζει ελπίδα.
2. Διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης της ασθενούς. Πολλοί ασθενείς οι οποίοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δεν φοβούνται τόσο τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική όψη της ασθένειας, όσο φοβούνται την πιθανή απώλεια του αυτοελέγχου και της

- αξιοπρέπειάς τους κατά τα τελευταία στάδια της νόσου.
3. Να προσφέρει βοήθεια στην ασθενή για να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό και την αξιοπρέπειά της.
 4. Φροντίδα και επιμέλεια στο να μην εκτίθεται η ασθενής κατά την νοσηλεία.
 5. Μεγάλη προσοχή στην καθαριότητα, την συμμετοχή της ίδιας της ασθενούς στον προγραμματισμό της φροντίδας της, εφόσον βέβαια είναι ικανή γι' αυτό.
 6. Να φερόμαστε πάντα ευγενικά και να περιβάλλουμε την ασθενή με θαλπωρή γιατί αυτό της δίνει το αίσθημα της ασφάλειας.
 7. Ενθάρρυνση της ασθενούς ώστε να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό της.
 8. Την βοηθάμε να αναπτύξει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης, για να αισθάνεται καλά και να μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό της.
 9. Την ενθαρρύνουμε, όταν επιτρέπεται, να σηκώνεται από το κρεβάτι του πόνου και αν αυτό είναι αδύνατο τότε φροντίζουμε να της αλλάζουμε συνεχώς θέση στο κρεβάτι προς αποφυγή κατακλίσεων.
 10. Η καλή διατροφή της ασθενούς αποτελεί επίσης βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας. Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τις δυνατότητες διατροφής της ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από την νοσηλεύτρια, η οποία πρέπει να τους εξαλείφει, ώστε η ασθενής να τρέφεται σωστά και υγιεινά.
 11. Να λαμβάνουμε υπόψη μας όλα τα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για να προλαβαίνουμε τις τυχόν επιπλοκές.
 12. Η εργασιοθεραπεία βοηθά, εφόσον αυτή επιτρέπεται, στην πρόληψη ψυχολογικών προβλημάτων. Η ασθενής απασχολείται και δεν μεταπίπτει στο στάδιο της κατάθλιψης.
 13. Ενίσχυση της ταχύτερης αποκατάστασης της ασθενούς για έγκαιρη διέγερση από το κρεβάτι του πόνου, αφού και η αναπηρία αποτελεί προιόν της νόσου.

14. Πριν την αναχώρησή της από το νοσοκομείο της διδάσκεται ο τρόπος αυτοφροντίδας, πως δηλαδή θα φροντίζει τον εαυτό της μόνη της πια. Για να μιλήσουμε για τέλεια αποκατάσταση της πρέπει αυτή να αισθάνεται πως τίποτα δεν ανέκοψε τα σχέδια της ζωής της και ότι ακόμα μπορεί να συμμετέχει ενεργά σ' αυτή.
15. Επειδή οι επιδιώξεις μας, κατά την φροντίδα της, είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια να επανέλθει το γρηγορότερο δυνατό στη φυσιολογική της ζωή, πρέπει να καλύπτουμε τις ανάγκες της κατά την περίοδο αναζήτησης, διάγνωσης της νόσου και θεραπείας αυτής. Αυτό επιτυγχάνεται με το να δοθεί προτεραιότητα :
1. Στις ανάγκες της ασθενούς ως προσωπικότητα,
 2. Στις ανάγκες της νόσου,
 3. Στις ανάγκες που προκύπτουν από τη μέθοδο θεραπείας που εφαρμόζεται,
 4. Στις ανάγκες από την επίδραση που ασκεί η εφαρμοζόμενη θεραπεία στην ψυχική και φυσική κατάσταση της ασθενούς.
16. Βοήθεια της ασθενούς ώστε να αποδεχθεί ομαλά τυχόν υστερεκτομή. Ο καθένας μας αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα μέσα στο κοινωνικό σύνολο, γι' αυτό και οι απόψεις περί ζωής ή θανάτου ή οτιδήποτε πληροφορία δεχθούμε την αποδεχόμαστε ο καθένας με τον τρόπο του και ανάλογα με την ψυχοσύνθεσή του. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια, σε ένα τόσο σημαντικό θέμα όπως είναι ο καρκίνος πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμη να απαντά σε όλες τις ερωτήσεις και απορίες. Οι απαντήσεις της να συμφωνούν πάντα με τις αποφάσεις και τη γνώμη του γιατρού. Πρέπει να προσφέρει, να συμπαραστέκεται, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά στη ζωή και στο θάνατο. Αυτή άλλωστε η συμπεριφορά της εξασφαλίζει στην ασθενή ασφάλεια, ηρεμία, αισιοδοξία για να συνεχίσει να παλεύει για την αποκατάστασή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5α. Προβλήματα της ασθενούς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας και αντιμετώπισή τους

α) Πόνος

Ο πόνος στην ασθενή αυτή έχει εκτός από ψυχολογική και οργανική βάση. Η έντασή του ποικίλλει και μεγαλώνει μετά το χειρουργείο.

Η φυσική τους καταπόνηση, είναι μεγαλύτερη λόγω ανορεξίας, ναυτίας, εμμέτων και διαταραχών ύπνου.

Παρουσιάζουν ευκολότερα συναισθηματικές διαταραχές όπως άγχος, κατάθλιψη, σωματική επικέντρωση και νευρωτισμό.

Ο πόνος δημιουργείται από μια ηλεκτρική ώθηση που μεταδίδεται από το σημείο που είναι αισθητός κατά μήκος μιας σειράς νεύρων της σπονδυλικής στήλης, σε περιοχές του εγκεφάλου όπου γίνεται, η αντίληψή του.

Η ενσυνείδητη προσέγγιση και αξιολόγηση αποτελεί το πρώτο βήμα και το σημαντικότερο.

Η νοσηλεύτρια αξιολογεί τον άρρωστο ως προς τον πόνο αντικειμενικά, ενώ ο ίδιος υποκειμενικά.

Η αντικειμενική αξιολόγηση της νοσηλεύτριας περιλαμβάνει παρακολούθηση αναπνοών, σφύξεως, Α.Π., εκδηλώσεις συμπεριφοράς (κλάμα, γκριμάτσες, κραυγές, κινήσεις), εφόσον επιτρέπει στους άλλους να δουν ότι πονά.

Ρωτά την άρρωστη ποιοί παράγοντες ανακουφίζουν τον πόνο της και ποιοί τον επιδεινώνουν.

Αφου συλλέγει τα στοιχεία, τα διερευνά και καταστρώνει το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία έγκειται :

1. Ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι.
2. Παρακολούθηση χορηγουμένων φαρμάκων και παρενέργειες αυτών.
3. Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων υπό ιατρική εντολή.

4. Βοήθεια για έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι, αν επιτρέπεται.
5. Εξασφάλιση ζεστού, ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.
6. Εφαρμογή μασάζ, θερμότητας ή ψύχους, αλοιφές με μεθόλη, αναπνευστικές τεχνικές κ.λ.π.

β) Διαταραχές ουροδόχου κύστεως.

Εμφανίζονται εξ αιτίας της γειτονίας της κύστης με χειρουργηθείσα περιοχή.

Στην περίπτωση αυτή προβαίνουμε στις παρακάτω ενέργειες :

1. Παρακολούθηση και αναγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.
2. Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Μπορεί να τοποθετηθεί και υπερηβικός καθετήρας.
3. Μπορεί να αφαιρεθεί μετά από 5 μέρες, εφόσον κριθεί απαραίτητο από τον γιατρό.
4. Προβαίνουμε σε καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως εάν η ασθενής δεν έχει ουρήσει για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.
5. Διαπίστωση υπολείμματος όταν η άρρωση καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.
6. Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περινεϊκής χώρας.

γ) Διάταση - διαταραχές παχέως εντέρου.

Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και στο έντερο και προκαλούν διάταση.

Η πρόληψη γίνεται με ρινογαστρικό καθετήρα.

Η βοήθειά μας έγκειται στη χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου, υπόθετα γλυκερίνης ή άλλα υπακτικά χορηγούμενα υπό ιατρική εντολή.

Οι υποκλυσμοί αποφεύγονται.

Τέλος, αν κριθεί απαραίτητο από τον γιατρό, εφαρμόζουμε σωλήνα αερίων.

δ) Μετεωρισμός κοιλίας.

Προκαλείται από την συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Εδώ ενεργούμε ως εξής :

1. Ελαφρά στροφή της ασθενούς προς τα πλάγια.
2. Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο με τον οποίο βοηθιέται η ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα.
3. Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο. Η θερμοφόρα αυξάνει τον όγκο των αερίων, την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα και έτσι έχουμε αποβολή αερίων.
4. Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων υπό ιατρική εντολή και εφόσον οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες.

ε) Κοιλιακή διάταση

Εδώ προσπαθούμε να ανακουφίσουμε την ασθενή από την δυσφορία που αισθάνεται.

Αυτό το πετυχαίνουμε με τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, με περιορισμό υγρών και τροφών μέχρι να επανέλθει η περισταλτικότητα του εντέρου, με ακρόαση της κοιλίας για να δούμε αν άρχισε η περισταλτικότητα του εντέρου και τέλος, με χορήγηση υγρών και ελαφράς διαίτας μόλις αποκατασταθεί η περισταλτικότητα του εντέρου.

στ) Αιμορραγία.

Η αιμορραγία οφείλεται στη διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα.

Οι ενέργειές μας είναι :

1. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
2. Εξάσκηση πίεσης στο σημείο που αιμορραγεί, ειδοποίηση γιατρού.
3. Ενθάρυνση της ασθενούς, τόνωση του ηθικού και εξάλειψη κάθε αιτίας ανησυχίας και εκνευρισμού.
4. Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς.
5. Ειδοποίηση της τράπεζας αίματος για να ετοιμαστεί αίμα προς χορήγηση, εφόσον κριθεί απαραίτητο. Επίσης αν χρειαστεί εκτός από αίμα της χορηγούμε και αιμοπετάλια.

ζ) Αιμάτωμα

Συνήθως η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρεια και γι' αυτό είναι καλυμμένη και σταματά μόνη της. Όμως μπορεί να προκαλέσει θρόμβο μέσα στο τραύμα.

Αν ο θρόμβος είναι μικρός τότε απορροφάται με την θεραπεία. Αν είναι μεγάλος τότε αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα από το τραύμα. Αυτό γίνεται γιατί καθυστερεί η επούλωση του τραύματος όταν ο θρόμβος είναι μεγάλος και πρέπει οπωσδήποτε να αφαιρεθεί.

η) Πρόληψη κατακλίσεων - φροντίδα δέρματος.

Εδώ γίνεται :

1. Συχνή αλλαγή θέσεως.
2. Συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που ασκείται πίεση για τυχόν εμφάνιση κοκκινίλας.
3. Χρησιμοποίηση αεροθαλάμου ή ειδικού στρώματος για ελάττωση της πίεσης των μελών που δέχονται το βάρος του σώματος.
4. Προσοχή κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση της σκωραμίδος.
5. Χορήγηση τροφής πλούσιας σε λεύκωμα.
6. Διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος που δέχονται πίεση.
7. Διατήρηση των κλινοσκεπασμάτων καθαρών και τεντωμένων.
8. Ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος με συχνές εντριβές με οινόπνευμα και πλύσεις με ζεστό νερό. Μ' αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουμε και την θρέψη των ιστών.

θ) Δυσσομία

Αυτή οφείλεται στη νέκρωση νεόπλαστων ιστών και την καταπολεμάμε με :

1. Συχνή πλύση του τραύματος με φυσιολογικό διάλυμα **NaCl**, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και γρήγορη απομάκρυνση αυτών από το δωμάτιο.
2. Αλλαγή των λευχειμάτων και ενδυμάτων της ασθενούς όταν βρέχονται ή λερώνονται.
3. Φροντίδα και επιμέλεια για καλό αερισμό του δωματίου και
4. Χρησιμοποίηση αποσμητικών εφόσον κριθεί αναγκαίο.

ι) Πυρετός

Αν η ασθενής παρουσιάσει πυρετό τότε προβαίνουμε σε συχνή λήψη των ζωτικών σημείων, σε συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό, σε ψυχρά επιθέματα (κομπρέσες) και ύστερα από ιατρική εντολή χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα όπως **Apotel**, **Depon** δισκία κ.λ.π.

5β. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Θα αναφερθώ σε δυο περιστατικά. Το πρώτο περιστατικό αφορά την κ. Κωστούλα Παρρά και το δεύτερο την κ. Κατερίνα η οποία δεν ήθελε να ειπωθεί το επωνυμό της και βέβαια το σεβάστηκα.

Και οι δύο περιπτώσεις νοσηλεύονταν στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου Πύργου.

Η ασθενής κ. Κωστούλα Παρρά, 45 ετών, εισήχθει στο νοσοκομείο στις 12-12-96. Προσήλθε με καρέκλα και συνοδευόταν από τον σύντροφό της. Η γενική της κατάσταση δεν ήταν καλή.

Η αρτηριακή της πίεση ήταν 100/50mmHg, η θερμοκρασία της 36,2 C και σφύξεις 65/λεπτό.

Συμπληρώνοντας το ιστορικό της ασθενούς, το οποίο συλλέχθηκε από την ίδια, τον σύντροφό της και τον γιατρό, έμαθα πως είναι έγγαμη, μητέρα 3 παιδιών, ηλικίας 18, 12 και 5 ετών (2 αγόρια και 1 κορίτσι αντίστοιχα) και εργάζονταν παλαιότερα στο νοσοκομείο του Πύργου σαν νοσηλεύτρια.

Όπως η ίδια ανέφερε η έμμηνος ρύση άρχισε σε ηλικία 12 ετών και διαρκούσε 5 μέρες.

Η σεξουαλική της ζωή ήταν έντονη και άρχισε στα 14 χρόνια της. Προσβάλλονταν συχνά από κολπίτιδες.

Το ιστορικό της, επιβαρυνόταν από κρουοπληξία λόγω τραχηλίτιδων και 4 τεχνητές διακοπές κυήσεως που υπήρξαν στο παρελθόν.

Ακόμα ήταν καπνίστρια από τα 15 χρόνια της, καπνίζοντας στην αρχή 1 - 10 τσιγάρα την ημέρα που σταδιακά αυξήθηκαν σε 1 πακέτο την ημέρα.

Στο παρελθόν σε ηλικία 20 χρονών, είχε υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή και σε σκωληκοειδεκτομή.

Στο οικογενειακό της ιστορικό βρέθηκε πως η μητέρα της έχει καρκίνο ωοθηκών και η αδελφή της δυσπλασία τραχήλου.

Επισκέφθηκε ξανά τα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής στις 25-9-97, με έντονη μητρορραγία, σύμπτωμα θετικό για κακοήθεια.

Της γίνεται αξονική τομογραφία κοιλίας με ευρήματα, όπως ήπαρ, σπλήνας, πάγκρεας, νεφροί και επινεφρίδια χωρίς εστιακές αλλοιώσεις.

Η μήτρα και τα παραμήτρια παρουσιάζουν αυξημένες διαστάσεις, ανομοιογενή υφή, ασαφή όρια και ερχόταν σε άμεση επαφή με το οπίσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως, χωρίς να ήταν δυνατόν να αποκλεισθεί η διήθηση αυτής. Υπήρχαν διογκωμένοι λεμφαδένες γύρω των έσω λαγονίων αγγείων.

Στις 30-9-97, την στέλνουν για βιοψία τραχήλου η οποία είχε την παρακάτω διάγνωση "καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου τραχήλου. Το νεόπλασμα διηθεί όλο το τοίχωμα του τραχήλου μέχρι τον ορογόνο και επεκτείνεται στον κόλπο και στο μυομήτριο".

Η τελική διάγνωση ήταν **Ca** του τραχήλου της μήτρας στάδιο **2a' (st. IIa)**.

Αποφασίζεται να μπει χειρουργείο και να γίνει ριζική υστερεκτομή, στις 5-10-97. Φυσικά πάντα υπό την έγκριση της και του συντρόφου της.

Για την προεγχειρητική ετοιμασία προβήκαμε στις πιο κάτω ενέργειες :

1. Το προηγούμενο βράδυ της εγχείρισης εκτελούμε υποκλεισμό της άρρωστης και της χορηγούμε ηρεμιστικά. Αν απαιτηθεί, ο υποκλεισμός γίνεται το πρωί της ημέρας της εγχείρισης.
2. Γίνονται στην ασθενή εξετάσεις λειτουργίας όλων των συστημάτων της που είναι :
 - α) Ακρόαση (αναπνευστικό)
 - β) Ακτινοσκόπηση και ακτινογραφίες
 - γ) Λήψη Α.Π. και ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ)
 - δ) Εξέταση ούρων (ουροποιητικό)
 - ε) Κυστεοσκόπηση - πυελογραφία
 - στ) Διάβαση του εντέρου (Πεπτικό)
 - ζ) Γενική εξέταση αίματος-βιοχημική (έλεγχος ερυθρών & λευκών αιμοσφαιρίων, αιμοσφαιρίνης, ουρίας, σακχάρου κ.λ.π.)
 - η) Προσδιορισμός ομάδος αίματος και **Rhesus**
 - θ) Τ.Κ.Ε.(ταχύτητα καθίζησης ερυθρών)
 - ι) Προσδιορισμός λευκοκυτταρικού τύπου.
3. Μεταφορά της ασθενούς στην αίθουσα προετοιμασίας του χειρουργείου για αποφυγή μόλυνσης. Αν το ξύρισμα δεν είναι εφικτό τότε προτιμούμε να το αποφύγουμε παρά να τραυματίσουμε και να μολύνουμε την περιοχή.
4. Δίνονται βιταμίνες, όπως του συμπλέγματος Β1 που συνδέονται με τον μεταβολισμό των υδατανθράκων και των πρωτεϊνών και παίζουν ρόλο στην αιμοποίηση. Επίσης βιταμίνη C που βοηθά στην επούλωση, βιταμίνη Κ, που συνδέεται με την παραγωγή της προθρομβίνης και ειδική τροφή πλούσια σε πρωτεΐνες.
5. Καταπολέμηση τυχόν υπάρχουσας πτωχειναιμίας και αναμίας ιδίως στα ηλικιωμένα άτομα και τα καρκινοπαθή, γιατί επιβραδύνουν την ανάρρωση, την επούλωση, προκαλούν τάση για αιμορραγία, μειώνουν την αντίσταση σε μόλυνση και προδιαθέτουν σε εκσπλάχνωση. Τέτοιες καταστάσεις διορθώνονται με την χορήγηση αίματος.
6. Συνεργάστηκε στενά ο γυναικολόγος με τον αναισθησιολόγο πριν την επέμβαση για να πάρει σωστά η ασθενής την νάρκωση. Είναι πολύ βασικό να γνωρίζει ο γυναικολόγος τον χρόνο λήψεως του τελευταίου γεύματος καθώς και ο αναισθησιολόγος για να μπορέσει να κάνει σωστά τη δουλειά του.
7. Τέλος προσφέρθηκε στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη. Της λύσαμε όλες τις απορίες σχετικά με την επέμβαση και της χορηγήσαμε ένα ηρεμιστικό-υπνωτικό φάρμακιο για να της εξασφαλίσουμε ηρεμία και καλό ύπνο.

Μετεγχειρτικά τώρα, φροντίσαμε να παίρνει τα απαραίτητα υγρά. Επί πόνου της χορηγήσαμε πεθιδίνη, επίσης όταν διψούσε της δίναμε μικρές ποσότητες νερού και παγωμένο τσάι.

Την παρακινήσαμε να σηκωθεί γρήγορα από το κρεβάτι για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και της χορηγήσαμε και αντιβίωση για την πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων.

Επίσης της χορηγήσαμε 2 μονάδες αίμα και 2 μονάδες κατεψυγμένο πλάσμα γιατί λόγω του υποσιτισμού, παρουσίασε αναιμία και ολιγοαιμία.

Η κ. Κωστούλα Παρρά είχε σχετικά καλή μετεγχειρητική πορεία, μετά από τις πίο πάνω ενέργειες.

Ακολούθησε ακτινοθεραπεία για 2 μήνες και μετά από αυτό η κατάστασή της ήταν καλύτερη.

Επανήλθε στα εξωτερικά τακτικά ιατρεία της γυναικολογικής, αυτή τη φορά, κλινικής στις 5-10-99, με έντονα προβλήματα στο ουροποιητικό σύστημα και οξύ πόνο στην κοιλιακή χώρα.

Απο τον εργαστηριακό έλεγχο που έγινε, προέκυψε πως είχαν γίνει μεταστάσεις στην ουροδόχο κύστη και σε ένα τμήμα των ουρητήρων και αποφασίσθηκε να υποβληθεί ξανά σε χειρουργείο στις 10-11-99.

Αφού τις παρεσχέθηκαν όλες οι προεγχειρητικές φροντίδες, στο χειρουργείο υποβλήθηκε σε ειλεοκύστη, αφαίρεση της ουροδόχου κύστης και τμήματος των ουρητήρων, τους οποίους συνένωσαν στο ύψος των στομιών τους και εκβολή στο ένα άκρο της αποκοπείσης εντερικής έλικος, έξοδο του ελεύθερου άκρου της ειλεοκύστης και καθήλωσή του στο δέρμα.

Αυτή τη φορά παρουσιάσθηκαν πολλά μετεγχειρητικά προβλήματα, όπως η συνεχιζόμενη απώλεια ούρων από την αναστόμωση των ουρητήρων εξωτερικά.

Η ψυχολογική της κατάσταση επιδεινώθηκε και παρουσίαζε έντονα συμπτώματα μελαγχολίας και κατάθλιψης.

Το επόμενο χρονικό διάστημα η ασθενής, μπαινόβγαινε στο νοσοκομείο γιατί δεν ήθελε να μείνει μόνιμα αλλά να περνάει και λίγες μέρες στο σπίτι της με την οικογένειά της.

Δυστυχώς, τώρα βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της νόσου και οι προγνώσεις των γιατρών είναι δυσμενείς.

Αδυνατεί να πηγαίνει στο σπίτι της και μένει μόνιμα στον θάλαμο 304 της Παθολογικής κλινικής.

Είναι διαρκώς κλινήρης, λόγω αδυναμίας και ορθοστατικής υπότασης και παρουσιάζει απίσχνανση, δηλ. σωματικό βάρος 25 κιλά και βρίσκεται σε κατάσταση υποσιτισμού.

Γί αυτό θα της χορηγήσουμε διατροφή με παρεντερικά διαλύματα τα οποία πρέπει να περιέχουν αμινοξέα, σάκχαρα, λίπη, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Τα διάφορα αυτά συστατικά πρέπει να χορηγούνται στις κατάλληλες ποσότητες και αναλογίες για την βελτιστοποίηση της χρησιμοποίησής τους και την αποφυγή παρενεργειών.

Τα αμινοξέα χορηγούνται για την σύνθεση των πρωτεϊνών και οι υδατάνθρακες και τα λίπη παρέχουν την απαραίτητη ενέργεια για την σύνθεση αυτή, καθώς και για την επιτέλεση των υπολοίπων λειτουργιών του οργανισμού.

Οι βιταμίνες, τα ιχνοστοιχεία καθώς και το νερό με τους ηλεκτρολύτες που ταυτόχρονα παρέχονται, ανάλογα με τις απαιτήσεις, συμπληρώνουν την παρεντερική διατροφή.

Ταυτόχρονα γίνεται παρακολούθηση διαφόρων παραμέτρων που αφορούν στον έλεγχο των ηλεκτρολυτικών ανωμαλιών, του ισοζυγίου αζώτου, σακχάρου, λιπών κ.λ.π.

Παράλληλα απαιτείται συχνός και πολύπλοκος εργαστηριακός έλεγχος.

Χωρίς τη λήψη κυτταροστατικών κυττάρων αναφέρει τριχόπτωση τριχωτού κεφαλής (αλωπεκία), που οφείλεται στη βαρύτητα της υποκείμενης νόσου της.

Πονά έντονα στο περίνεο, στα έξω γεννητικά όργανα, με αντανάκλαστικά στην οσφυϊκή χώρα, γι' αυτό της χορηγείται **Apotel** και ισχυρά παυσίπονα, όμως ταλαιπωρείται από αυπνία και κατάθλιψη. Δεν ανταλλάσσει κουβέντα μαζί της. Η μόνη της επικοινωνία με το περιβάλλον είναι με τα μάτια.

Παρουσιάζει έντονο μετεωρισμό με ήχο μεταλλικό κατά την επίκρουση.

Οι εμμέτοι της υποχώρησαν, μετά τη λήψη **Zofran** σε δόση 1Χ2.

Η φαρμακευτική αγωγή της είναι :

1. Apotel Amp. 1 χ 2
2. Stendon Amp. 1 χ 1
3. Zantac Amp. 1 χ 2.
4. Xanax tabl. 1 x 2.

Δυστυχώς δεν υπάρχει ελπίδα για βελτίωση της κατάστασής της. Ακόμα και η ίδια έχει καταθέσει τα όπλα και καθημερινά χειροτερεύει και πολύ φοβάμαι ότι σύντομα θα καταλήξει, άλλωστε αυτή είναι και η γνώμη των γιατρών μας.

Πρόβλημα	Αντικείμεν κοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Πόνος	Σκοπός μας είναι η μείωση του πόνου στο ελάχιστο δυνατό.	Ανακούφιση του πόνου με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Αν κριθεί απαραίτητο από το γιατρό θα χορηγηθούν και κατασταλτικά φάρμακα για το βράδυ. Εξασφάλιση ήρεμου & άνετου περιβάλλοντος Συχνή αλλαγή θέσεως για ανακούφιση των μελών της ασθενούς.	Εγινε χορήγηση αναλγητικών από ιατρική εντολή (Aprotel - 1x2). Εγινε χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων το βράδυ (Stedon 1x1). Απομάκρυνση συγγερμών από το θάλαμο.Ελαφρύνουμε τα κλινοσκεπάσματα. Εγινε ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.	Ο πόνος μετά τη χορήγηση φαρμάκων υποχώρησε σταδιακά και τελικά μειώθηκε στο ελάχιστο δυνατό

Πρόβλημα	Αντικείμεν κοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Πυρετός	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό. Σε μικρό χρονι- κό διάστημα η ασθενής πρέπει να έχει απαλλα- γεί από τον υψηλό πυρετό.	Να χορηγηθούν άφθονα υγρά αν επιτρέπεται. Να εφαρμοσθούν ψυχρές περιτυλίξεις, μειώνοντας έτσι τη θερμοκρασία ή αν επιτρέπεται να γίνει όρο- σερό λουτρό. Προφυλάσ- σουμε την άρρωστη από κρυολόγημα με την αλ- λαγή των ιδρωμένων ρούχων. Μετράμε και καταγράφουμε τη θερμο- κρασία σε τακτά χρονικά διαστήματα.	Εγινε ενθάρρυνση της άρρωστης για χορήγηση υγρών από το στόμα. Τοποθετήθηκαν ψυχρές κομπρέσες. Εγινε προφύλαξη της άρρωστης από τυχόν κρυολο- Εγινε τρίωρη λήψη θερμοκρασίας μέχρι τη σταθεροποίησή της. Η ασθενής βρίσκεται σε συχνή παρακολουθήση. Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά φάρμακα σε συνε- νόηση με το γιατρό, όπως Apotel .	Με την έγκαιρη παρέμβαση της νοσηλεύτριας και τη συνεργασία της ασθενούς καταφέραμε να σταθεροποιή- σουμε σε φυσιολογικές τιμές τη θερμοκρασία

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ναυτία έμετος	Να απαλλάξουμε την ασθενή από τα συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα της γενικής αναισθησίας που δέχθηκε κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.	Να δράσουμε έτσι ώστε να αποφυγουμε εισρόφηση εμεσμάτων από την άρρωστη. Να αποφυγουμε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών. Φροντίζουμε για την καθαριότητα της ασθενούς.	Τοποθετούμε την κεφαλή της ασθενούς σε πλάγια θέση. Την προμηθεύουμε με ένα νεφροειδές. Σε συνεχιζόμενους εμέτους ενημερώνουμε το γιατρό. Χορηγούμε, μετά από εντολή ιατρού, ηλεκτρολύτες ενδοφλεβίως (Dextroze5%) και αντιεμετικά φάρμακα (Prim- Peran 1χ2). Περιποίηση της σωματικής κοιλότητας. Αλλάζουμε τα λευκίματα της άρρωστης. Αναγράφουμε στη λογοδοσία, ποσότητα, συχνότητα και χαρακτήρα των εμεσμάτων .	Στην διάρκεια του πρώτου 24ώρου παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση των εμετών και αποκατάσταση της ναυτίας.

Πρόβλημα	Αντικείμενι κοί σκολοί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Μετεω- ορισμός κοιλίας	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο και την αίσθηση του βά- ρους.	Να ενημερωθεί ο γιατρός για το πρόβλημα να τοποθετηθεί ρινο- γαστρικός καθετήρας Levin να ε- νημερωθεί η ασθενής για το τι πρόκειται να γίνει. Να προετοι- μαστεί ο δίσκος τοποθέτησης Le- vin να απομακρυνθούν οι συγγε- νείς για να εκτελεστεί η νοσηλευ- τική πράξη. Να παίρνονται συχνά τα ΖΣ και να παρακολουθηθεί ο Levin κάθε 10 λεπτά.	Αφού ενημερώθηκε ο γιατρός και η ασθενής με την απόλυτη συνεργασία της εφαρμόστηκε ο Levin . Παρακολούθηση αυτού κάθε 10 λεπτά και συχνή λήψη ΖΣ.	Ο Levin λειτουργούσε καλά. Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Ενοιωθε σταδιακά ανα- κούφιση από το πόνο και πιο ανάλαφρη.

Πρόβλημα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Αναμία Ολιγαμία	Να καταπολεμήσουμε την αναιμία και την ολιγαμία που παρουσίασε λόγω υποσιτισμού.	Να ενημερωθεί η αιμοδοσία για να ετοιμάσει 2 φιάλες αίμα & 2 φιάλες κατεψυγμένου πλάσματος. Να σταλεί δείγμα αίματος για διαστάυρωση και καθορισμό Ομάδας & Rhesus . Να θερμομετρηθεί σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη χορήγηση αίματος και πλάσματος.	Θερμομετρήθηκε η ασθενής και είχε 36,8 β. C. Χορηγήθηκε το πρώι αίμα και κατά τη χορήγηση δεν παρουσιάσθηκε πρόβλημα. Το βράδυ χορηγήθηκε και το πλάσμα. Και στις 2 περιπτώσεις γινόνταν συχνή λήψη Ζ.Σ.	Αφού πήρε 2 φιάλες αίμα και 2 πλάσμα σε διάστημα 2 ημερών 18-19/11/99, η αναιμία & η ολιγαμία καταπολεμήθηκαν με αποτελεσμα να βελτιωθεί η γενική της κατάσταση.

Πρόβλημα	Αντικείμενι κοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Υποσιτι- σμός	Να χορηγήσουμε παρεντερικά δια- λύματα για να αυξήσουμε το βάρος της και να επιτύχουμε βελτί- ωση της γενικής της κατάστασης.	Προτροπή της ασθενούς να δεχ- θεί ην τροφή. Αν συνεχίσει με άρ- νηση ενημερώνουμε το γιατρό και κατόπιν δικής του εντολής της χορηγούμε παρεντερικά διαλύματα.	Επειδή συνέχισε με αρνητισμό χορηγήθηκαν παρεντερικά δια- λύματα Lipofudin + Dextrose 1x2 Intrazipid vitrum 1x1 Aminoplasma L10 1x3 Perifusin 1x1 Συχνή παρακολούθηση και συχ- νός εργαστηριακός έλεγχος για τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών από τη χορήγησή τους.	Μετά από τη λήψη παρεντερικής διατροφής είχαμε καλύτερα απο- τελέσματα. Δηλαδή αύξηση του βάρους της από 25 σε 28 κιλά. Κατά τη διάρκεια της χορήγη- σης δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα και η γενική της κατάσταση βελτιώθηκε αρκετά. Επίσης ανέβηκε και η ψυχολογία της.

Πρόβλημα	Αντικείμεν κοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Μελαγχολία, Κατάθλιψη.	Προσπαθούμε να επικοινωνήσουμε με την ασθενή & Να τονώσουμε το πεσμένο ηθικό της.	Πλησίασμα του ασθενή χωρίς να γινόμαστε ενοχλητικοί. Συζήτηση μαζί της, αφιέρωση από το χρόνο μας και να είμαστε καλοί ακροατές. Αν κρίνει απαραίτητο από το γιατρό να χορηγηθεί Xanax 1x2.	Εγινε επικοινωνία με την ασθενή Μου εξήγησε όλες τις ανησυχίες και τους φόβους της κρατώντας της το χέρι.Επειδή το βράδυ ήταν ανήσυχη χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά το βράδυ.	Υστερα από συζήτηση μαζί της το ηθικό της ανέβηκε λίγο. Είχα διώξει τις περισσότερες ανησυχίες & φόβους της ασθενούς, όμως παρέμεινε ανήσυχη. Τέλος με τη λήψη του Xanax ησύχασε.

Περιστατικό 2ο

Αντίθετα η κατάσταση της κ. Κατερίνας είναι πολύ πιό καλή, από της κ. Κωστούλας, γιατί πρόλαβε το κακό προτού εξελιχθεί.

Ερχόταν τακτικά στα εξωτερικά ιατρεία της γυναικολογικής κλινικής για τον προληπτικό έλεγχο, τελευταία φορά προσήλθε στις 3-11-1999 με καρτσάκι.

Η γενική της κατάσταση ήταν αρκετά καλή, είχε πίεση 130mm Hg με 60mm Hg, θερμοκρασία 36,5 β. C και σφύξεις 70/λεπτό.

Προσήλθε στο ιατρείο με την κόρη της. Ήταν, όπως η ίδια μας είπε, παντρεμένη-χωρισμένη με μόνο μια κόρη 25 ετών και ασχολείτο με τα οικιακά. Είχε έμμηνο ρύση στα 12 χρόνια της και οι σεξουαλικές της επαφές ξεκίνησαν στα 18 χρόνια της. Όμως όσο ήταν παντρεμένη είχε χάσει 2 παιδιά λόγω ακατάσχετης μητρορραγίας. Καπνίζει 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα και στο παρελθόν είχε υποβληθεί σε σκωλικοειδεκτομή και στο οικογενειακό της περιβάλλον αναφέρθηκε καρκίνος ωοθηκών.

Εκανε αξονική τομογραφία η οποία έδειξε καθαρά ότι υπήρχε πρόβλημα στις ωοθήκες χωρίς να έχει επεκταθεί σημαντικά.

Την παρέπεμψαν σε ακτινοθεραπεία, η οποία δεν ωφέλησε και αποφασίστηκε χειρουργείο στις 3-12-1999.

Αφού πρώτα της έγινε η προεγχειριστική ετοιμασία, όπως και στην κ. Κωστούλα, της έγινε ολική αφαίρεση των ωοθηκών.

Η μετεγχειριστική της εικόνα ήταν αρκετά ικανοποιητική, παρόλο που είχε ένα σωρό προσωπικά προβλήματα, ήταν πολύ δυνατή, το αντιμετώπιζε λες και δεν συνέβαινε τίποτα.

Της προσφέρθηκαν βέβαια, οι ίδιες μετεγχειριστικές φροντίδες, όπως και στην κ. Κωστούλα.

Συζητούσαμε, γελούσαμε και γενικά είχαμε μια πολύ ευχάριστη επικοινωνία.

Τώρα είναι στο σπίτι της, με την κόρη της και απ' ότι μαθαίνω τα πάει μια χαρά, έχουμε ανταλλάξει και τηλέφωνα.

Η φαρμακευτική αγωγή της είναι :

1. Apotel Amp. 1 x 2
2. Stedon Amp. 1 x 1
3. Primperan Amp. 1 x 2

Ξανάρθε στις 5-1-2000 για γυναικολογικό έλεγχο και οι γιατροί είναι αισιόδοξοι ότι δεν θα γίνουν μεταστάσεις και πως πάντα θα είναι υγιής, αφού βεβαίως ακολουθήσει τις εντολές τους να κόψει το τσιγάρο, ώστε να μην επιβαρύνει την κατάστασή της.

Πιστεύω να τηρήσει τις εντολές των γιατρών ώστε να ζήσει τα υπόλοιπα χρόνια της υγιέστατη, γιατί είναι μια πολύ αξιόλογη και δυνατή γυναίκα και πράγματι το αξίζει.

Της εύχομαι ό,τι καλύτερο μέσα από την καρδιά μου και την υπερ-ευχαριστώ που μου ανοίχτηκε και που μπόρεσα να συλλέξω αυτό το ιστορικό!

Πρόβλημα	Αντικείμεν κοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Πόνος	Σκοπός μας είναι η μείωση του πόνου στο ελά- χιστο δυνατό.	Ανακούφιση του πόνου με τη χορήγηση αναλγη- τικών φαρμάκων. Αν κριθεί απαραίτητο από το γιατρό θα χορηγη- θούν και κατασταλα- τικά και κατασταλα- τικά φάρμακα για το βράδυ. Εξασφάλιση ήρεμου & άνετου περιβάλλοντος Συχνή αλλαγή θέσεως για ανακούφιση των με- λών της ασθενούς.	Έγινε χορήγηση αναλγητικών με- τά από ιατρική εντολή (Aprotel - Iχ2). Έγινε χορήγηση κατασταλα- τικών φαρμάκων το βράδυ (Ste- don 1x1). Απομάκρυνση συγγε- νών από το θάλαμο. Ελαφρύνουμε τα κλινοσκεπάσματα. Έγινε ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.	Ο πόνος μετά τη χορήγηση φαρμάκων υποχώρησε σταδιακά και τελικά μειώθηκε στο ελά- χιστο δυνατό

Πρόβλημα	Αντικείμενι κοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λεύτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Πυρετός	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό. Σε μικρό χρονι- κό διάστημα η ασθενής πρέπει να έχει απαλα- γεί από τον υψηλό πυρετό.	Να χορηγηθούν άφθονα υγρά αν επιτρέπεται. Να εφαρμοσθούν ψυχρές περιτυλίξεις, μειώνοντας έτσι τη θερμοκρασία ή αν επιτρέπεται να γίνει δρο- σερό λουτρό. Προφύλασ- σουμε την άρρωστη από κρυολόγημα με την αλ- λαγή των ιδρωμένων ρούχων. Μετράμε και καταγράφουμε τη θερμο- κρασία σε τακτά χρονικά διαστήματα.	Εγινε ενθάρρυνση της άρρωστης για χορήγηση υγρών από το στόμα. Τοποθετήθηκαν ψυχρές κομπρέσες. Εγινε προφύλαξη της άρρωστης από τυχόν κρυολο- Εγινε τρίωρη λήψη θερμοκρασίας μέχρι τη σταθεροποίησή της. Η ασθενής βρίσκεται σε συχνή παρακολούθηση. Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά φάρμακα σε συνεν- νόηση με το γιατρό, όπως Aprotel .	Με την έγκαιρη παρέμβαση της νοσηλεύτριας και τη συνεργασία της ασθενούς καταφέραμε να σταθεροποιή- σουμε σε φυσιολογικές τιμές τη θερμοκρασία

Πρόβλημα	Αντικαμειν - κοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ναυτία έμετος	Να απαλλάξουμε την ασθενή από τα συμπτώματα που είναι αποτέ- λεσμα της γενι- κής αναισθησίας που δέχθηκε κα- τά τη διάρκεια της χειρουργείας.	Να δράσουμε έτσι ώστε να αποφύγουμε εισρό- φηση εμεσμάτων από την άρρωστη. Να αποφύγουμε διατα- ραχή του ισοζυγίου υγρών. Φροντίζουμε για την καθαριότητα της ασθενούς.	Ποιοθετούμε την κεφαλή της ασθενούς- σε πλάγια θέση. Την προμηθεύουμε με ένα νεφροειδές. Σε συνεχιζόμενους εμέτους ενημερώνουμε το γιατρό. Χορη- γούμε, μετά από εντολή ιατρού, ηλεκτρο- λύτες ενδοφλεβίως (Dextroze 5%) και αντιεμετικά φάρμακα (Prim- Peran 1χ2). Περιποίηση της σιματικής κοιλότητας. Αλλάζουμε τα λευκείματα της άρρωστης. Αναγράφουμε στη λογοδοσία, ποσότητα, συχνότητα και χαρακτήρα των εμεσμάτων .	Στην διάρκεια του πρώτου 24ώρου παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση των ε- μέτων και αποκατάσταση της ναυτίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κλείνοντας το θέμα του καρκίνου της μήτρας, πρέπει να διατυπωθούν ορισμένες συμπερασματικές παρατηρήσεις. Εγινε κατανοητό ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, είναι θεραπεύσιμος, αν προληφθεί και διαγνωσθεί στα πρώτα στάδια.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι σαν προτάσεις-λύσεις, έτσι ώστε η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας να γίνει μια απτή πραγματικότητα, είναι οι ακόλουθες :

1. Εξασφάλιση διαγνωστικών κέντρων για τον καρκίνο. Το τεστ Παπα-νικολάου και οι υπόλοιπες διαγνωστικές μέθοδοι, πρέπει να γίνονται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα υγείας της χώρας.
2. Εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των άλλων μελών της υγειονομικής μονάδας και συνεχής ενημέρωσή τους στις νέες μεθόδους αντιμετώπισης και πρόληψης της νόσου, με σεμινάρια που πρέπει να προγραμματίζουν οι ανάλογοι φορείς υγείας.
3. Προληπτική ενημέρωση των γυναικών, μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και μέσα από τα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η διαφώτιση του κοινού από τις νοσηλεύτριες πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα εκείνα τα στοιχεία που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε νικηφόρο τέλος.

Αλλωστε στη νοσηλεύτρια ανήκει και η φροντίδα της ασθενούς. Οχι μόνο στα τυπικά προσόντα της εργασίας της, αλλά και η ψυχολογική φροντίδα και αποκατάσταση της ασθενούς. Και όλοι γνωρίζουμε, το πόσο ο ψυχολογικός παράγοντας επηρεάζει την φυσική κατάσταση και καμιά φορά η έκβαση μιας ασθένειας κρίνεται από την καλή ή όχι ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται στον ασθενή.

Ελπίζουμε ότι τα τελευταία επιτεύγματα της επιστήμης θα είναι σε θέση να επηρεάσουν τη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, με αποτέλεσμα να υπόσχονται ένα καλύτερο αύριο στις καρκινοπαθείς όλου του κόσμου.

Όπως αναφέρει ο κος **Fegerl** : "Κάθε καρκίνος που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει την άρρωστη, πρέπει να θεωρηθεί σαν αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού".

Γι' αυτό πρέπει να κάνουμε ότι περνά από το "χέρι" της επιστήμης και της νοσηλεύτριας καθώς και των ίδιων των γυναικών για να εξαλειφθεί η μορφή αυτή του καρκίνου και γενικώς, όλα τα είδη καρκίνου.

Ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος σώζει ζωές γιατί διαγνώσκεται έγκαιρα το πρόβλημα και έτσι θεραπεύεται έγκαιρα.

Αυτό άλλωστε, το αποδεικνύουν και τα ποσοστά

Δηλαδή ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και κάθε μορφή καρκίνου, είναι θεραπεύσιμος σε ποσοστό 100%, αν διαγνωσθούν και θεραπευθούν έγκαιρα.

Και αυτό είναι στο χέρι σας γυναίκες !!!

Παρακολουθείται ιατρικώς κάθε χρόνο, έστω κι αν γίνεται μόνο για
προληπτικούς λόγους !!!



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ Γ. “ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ”
ΤΟΜΟΣ ΙΙ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ Χ. ΣΥΝΟΔΙΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1918, ΣΕΛ.8-18
2. ΚΑΣΚΑΡΕΛΗΣ Δ.Β. “ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ”
ΑΘΗΝΑ 1983, ΣΕΛ. 242-271
3. ΛΟΥΡΟΣ Κ.Ν. “ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ”
ΕΛΛ. ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Α.Ε. ΑΘΗΝΑ 1948, ΣΕΛ. 10-30
4. ΜΠΑΤΡΙΝΟΣ Μ. “ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ”
ΕΚΔΟΣΕΙΣ Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1974, ΣΕΛ. 75-95
5. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Γ. “ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ”
ΕΚΔΟΣΕΙΣ Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ - ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ
ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 20 - ΑΘΗΝΑ 1994, ΣΕΛ. 352-353,420-421
6. ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΣ ΣΚΟΥΦΗ ΜΑΡΙΑ
ΤΟΜΟΣ Ι, ΑΘΗΝΑ 1999, ΣΕΛ. 12-20, 29-55, 74-82, 96-98.
7. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α.Π. “ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ”
ΕΚΔΟΣΕΙΣ Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε΄ .
8. ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ “ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ”
ΤΟΜΟΣ ΙΙ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ Χ. ΣΥΝΟΔΙΝΟΣ,
ΑΘΗΝΑ 1983, ΚΕΦ.4-9, ΣΕΛ.211-316
9. ΣΥΓΓΡΑΜΜΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ “ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ”
ΤΟΜΟΣ Ι, ΕΚΔΟΣΕΙΣ Χ. ΣΥΝΟΔΙΝΟΣ,
ΑΘΗΝΑ 1948, ΣΕΛ. 251-305
10. ΧΗΝΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ “ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ “ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΟ Γ.Ν.Ν. ΠΥΡΓΟΥ