

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

''ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΠΟΥ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ  
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ  
ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ''

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ  
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
ΒΟΥΛΓΑΡΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2001

*Αφιερώνω την εργασία μου στους ανθρώπους εκείνους που ποτέ δεν  
θα έχουμε την ευκαιρία να τους γνωρίσουμε.*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α! ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

- 1.1 Ανατομία
- 1.2 Φυσιολογία
- 1.3 Ορισμός
- 1.4 Ενδείξεις
- 1.5 Επιδημιολογικά Στοιχεία
- 1.6 Πρόγνωση
- 1.7 Στατιστικά Στοιχεία σχετικά με τις αμβλώσεις

Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

- 2.1 Ιστορική Αναδρομή – Νομικά και ηθικά προβλήματα στην αμβλωση – Ιστορική ανασκόπηση
- 2.2 Απόψεις – Αντιλήψεις σχετικά με την αμβλωση
  - 2.2.1 Χριστιανική άποψη
  - 2.2.2 Η αμβλωση στην Ελληνική Νομοθεσία
  - 2.2.3 Αμβλώσεις και Ιατρικό Λειτουργήμα
  - 2.2.4 Απόψεις φεμινιστικών Οργανώσεων
  - 2.2.5 Απόψεις πολυτέκνων

Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

- 3.1 Προεγχειρητική Προετοιμασία
  - 3.1.1 Νοσηλευτική Φροντίδα πριν την αμβλωση
  - 3.1.2 Συμβουλευτική παρέμβαση
  - 3.1.3 Προετοιμασία
  - 3.1.4 Αναισθησία
  - 3.1.5 Διαστολή Τραχηλικού Σωλήνα

**3.1.6 Εναλλακτικοί τρόποι Διαστολής****3.1.7 Προσταγλανίδες****3.1.8 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα****Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ****4.1 Διακοπή της κύησης μικρής ηλικίας****4.1.1 Φαρμακευτική****4.1.2 Χειρουργική μέθοδοι – επεμβατικές****4.2 Διακοπή κύησης 1<sup>ου</sup> τριμήνου****4.3 Διακοπή κύησης 2<sup>ου</sup> τριμήνου****4.3.1 Διαστολή και κένωση****4.3.2 Παρεκεντική χορήγηση προσταγλανδινών****4.3.3 Ενδομνιακές εγχύσεις****4.3.4 Εξωαμνιακή Έγχυση****4.3.5 Μηχανικά Μέσα****4.3.6 Υστεροτομή****4.3.7 Υστερεκτομία****4.4 Επιπλοκές της διακοπής της κύησης****4.4.1 Συχνά προβλήματα****4.4.2 Άμεσες επιπλοκές****4.4.3 Απώτερες επιπλοκές****4.5 Επικίνδυνοι μέθοδοι**

**4.6 Μετά την έξοδο του εμβρύου με οποιαδήποτε από τις παραπάνω μεθόδους.**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>****5.1 Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των αμβλώσεων****5.2 Ψυχολογία πριν την άμβλωση****5.3 Ψυχολογία μετά την άμβλωση****5.4 Αντιμετώπιση ψυχοπαθολογίας των αμβλώσεων****5.5 Στάση των ανδρών**

**5.6 Ιστορική αναδρομή οικογενειακού προγραμματισμού – κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού**

**5.7 Μέθοδοι ελέγχου γονιμότητας**

## **5.8 Σεξουαλική αγωγή**

### **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

##### **6.1 Ηθικοί προβληματισμοί**

##### **6.2 Ηθικά διλήμματα**

##### **6.3 Παράγοντες που δυσχεραίνουν το ρόλο του νοσηλευτή – Η θέση του Νοσηλευτή**

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **Γ΄ ΜΕΡΟΣ**

#### **Νοσηλευτική Διεργασία**

#### **Κλινική περίπτωση**

#### **ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

#### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ...

'' Μου ζητήθηκε από τη σπουδάστρια Βούλγαρη Μαρία να προλογίσω την εργασία της. Δεν θα αναφερθώ σε τετριμμένες νομοθεσίες κατά των αμβλώσεων, καθώς και στα ηθικά διλήμματα και κοινωνικούς προβληματισμούς. Θα σας πω απλά και μόνο την ιστορία μου. Μετά από αυτή θα δείτε και θα νοιώσετε τις αγωνίες και τις σκέψεις που περνούν από το μυαλό μιας γυναίκας μέχρι να φθάσει – ή όχι – σ' αυτή τη φοβερή και εγκληματική πράξη που λέγεται '' ΑΜΒΛΩΣΗ ''.

As αρχίσω λοιπόν...

'' Είχα γεννήσει δύο υγιέστατα παιδάκια. Μετά από επτά χρόνια έμεινα και πάλι έγκυος. Πείτε για καλή μου τύχη, ή για κακή μου τύχη, ο γιατρός που με παρακολουθούσε πέθανε ξαφνικά. Έτσι πήγα σ' έναν άλλο, νεότερο γιατρό, ο οποίος βλέποντας το ιστορικό μου – αναιμία, προβλήματα στις προηγούμενες εγκυμοσύνες – μου συνέστησε νέες εξετάσεις.

Ο σύζυγός μου, έφερε σε μια μέρα χαράς και γιορτής – γιόρταζε το δεύτερο παιδί μας – τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Κριτώντας τον στα μάτια, κατάλαβα ότι κάτι συμβαίνει. Ζήτησα να δω το χαρτί. Οι αριθμοί χόρευαν στα μάτια μου, δεν έβλεπα τίποτα. Στο τέλος σαν συμπέρασμα είχαν γράψει '' Φορέας μεσογειακής αναιμίας ''. Η πρόταση αυτή χώθηκε στην καρδιά μου σαν μαχαίρι. Η χαρά χάθηκε και έδωσε την θέση της στην απελπισία και στην απόγνωση.

Ο γιατρός την επόμενη ημέρα, μου εξήγησε πως εάν υπήρχε πρόβλημα και εκ μέρους του συζύγου μου, έπρεπε να κάνουμε επέμβαση και να μου πάρουν το παιδί. Πως μπορούσα να κάνω ένα τέτοιο φοβερό έγκλημα; Πως μπορούσα να ξεριζώσω την καρδιά μου, την ίδια μου τη ζωή, το σώμα μου, την ανάσα μου;

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων του συζύγου μου έκαναν αρκετές ημέρες να βγουν. Οι ημέρες αυτές ήταν οι πιο οδυνηρές και οι πιο δύσκολες της ζωής μου. Πέριμενα να φύγουν όλοι από το σπίτι, τα παιδιά στο σχολείο και ο σύζυγος στη

δουλειά · μένοντας μόνη έκλαιγα κρυφά, κοιτάζοντας και χαϊδεύοντας τα ρουχαλάκια του. Δεν πίστευα ότι η ψυχή που είχα μέσα μου, μπορούσε να χαθεί και να με αφήσει έτσι μόνη μου και άδεια.

Θέλησα πολλές φορές να βάλω τέρμα στη ζωή μου. Ήθελα να χαθώ και εγώ μαζί του. Δε θα το άφηνα να φύγει μόνο του.

Ο γιατρός και το περιβάλλον μου, μου ζητούσαν να κάνω την επέμβαση, γιατί δυστυχώς και τα αποτελέσματα του συζύγου μου, έδειξαν κάποιια προβλήματα. Ο γιατρός είπε ότι δεν μπορούσε να βάλει σε κίνδυνο την ζωή μου. Άραγε μπορούσε να βάλει σε κίνδυνο τη ζωή του δικού μου μωρού; Έχει αξία η μητέρα ή το παιδί; Αξιζει να γεννηθεί ένα παιδί με προβλήματα υγείας; Μπορεί μια μητέρα να αποδεχτεί ένα άρρωστο παιδί, μόνιμο πρόβλημα γι' αυτή και την οικογένειά της, όλα τα χρόνια της ζωής του;

Η απόφαση δύσκολη και η απάντηση απαιτεί από την μητέρα ηρωισμό και μεγάλη αγάπη.

Έπρεπε βλέπετε να φροντίσω και τα άλλα μου παιδιά. Μου έλεγαν ότι το μαρτύριο θα κρατήσει παρά μόνο λίγα λεπτά και ότι ο χρόνος τα σβήνει όλα έτσι εύκολα, έτσι απλά. Όμως για τη μάνα που αισθάνεται το σώμα του μέσα στο σώμα της, που ακούει την καρδιά του, που αισθάνεται τα σκιρτήματά του, δεν είναι και τόσο εύκολα τόσο απλά.

Ο καιρός μέχρι εκείνη τη δύσκολη ημέρα πέρασε αργά και βασανιστικά. Έπρεπε να το κρατήσω με τις γνωστές συνέπειες ή να το αφήσω να 'φύγει', χωρίς να το κρατήσω στην αγκαλιά μου, να δω το χαμόγελό του, να ζήσω την κάθε στιγμή της ζωής του;

Με τις σκέψεις αυτές μπήκα στο χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια με βοήθησε να ξαπλώσω στο χειρουργικό κρεβάτι. Τη στιγμή εκείνη το μωρό μου σκίρτησε μέσα μου. Έκλεισα τα μάτια για μια στιγμή μόνο, που για μένα ήταν αρκετή να δω μέσα σ' ένα λευκό συννεφάκι το μωρό μου να λέει: 'Μανούλα γιατί το κάνεις αυτό; Άνοιξα αμέσως τα μάτια και είδα το γιατρό να ετοιμάζεται για την νάρκωση. Σηκώθηκα επάνω. 'Γιατρέ δεν θα προχωρήσω στην άμβλωση. Θέλω το μωρό μου. Πως μπορώ να αφαιρέσω τη ζωή που μου χάρισε ο Θεός;' Όλοι

τρόμαξαν με αυτή μου την απόφαση. Εγώ όμως έκλαιγα από χαρά και ανακούφιση με την απόφαση που πήρα.

Τόλμησα να κρατήσω το μωρό μου και ο Θεός με ανταμείψε γι' αυτή μου την πράξη. Μου χάρισε ένα υγιέστατο κοριτσάκι. Τώρα πάει στην Τρίτη Λυκείου. Όταν την κοιτάζω, όταν με φωνάζει 'Μανούλα', θυμάμαι τι πήγα να κάνω. Θυμάμαι το θάρρος που ένοιωσα και την τόλμη να σηκωθώ από εκείνο το κρεβάτι. Πράγματι εγώ τόλμησα. Πόσες γυναίκες οδηγούνται σαν εμένα στην άμβλωση;

Μέσα από αυτή μου την εμπειρία θέλω να δώσω μία συμβουλή: Σωστός οικογενειακός προγραμματισμός, συνεπής εργαστηριακός έλεγχος και φυσικά όχι **ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ**.

Η άμβλωση είναι πάντα μια ανθρώπινη αποτυχία. Δεν μπορεί κανείς να την θεωρήσει νίκη. Νίκη είναι μόνο το να μπορεί κανείς να την αποφύγει.

Κι εγώ νίκησα!

*Ανώδυμη...*





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τεχνική εκβολή ή έκτρωση δεν αποτελεί στην ουσία αντισυλληπτική μέθοδο, αφού δεν αποτρέπει από την γονιμοποίηση, αλλά διακόπτει μια ήδη εγκατεστημένη και αναπτυσσόμενη εγκυμοσύνη. Η έκτρωση όμως αποτέλεσε και αποτελεί ακόμη μια σημαντική μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού · γι' αυτό και περιλαμβάνεται στις αντισυλληπτικές μεθόδους. Δεν χρησιμοποιείται ο όρος άμβλωση σαν αδόκιμος.

Η έκτρωση είναι διαδεδομένη από την αρχαιότητα · εργαλεία που χρησιμοποιούσαν για εκτρώσεις βρέθηκαν μεταξύ άλλων αρχαιολογικών ευρημάτων στην Ελλάδα και στη Ρώμη. Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης συνιστούσαν την έκτρωση για λόγους ευγονικής σε γυναίκες πάνω των 40 ετών και σ' αυτές που είχαν ολοκληρώσει την οικογένειά τους. Στους πρωτοχριστιανικούς χρόνους η έκτρωση θεωρήθηκε συνώνυμη με φόνο και η θεώρηση αυτή διατηρήθηκε μέχρι πρόσφατα, ακόμη και στα πιο «απελευθερωμένα» δόγματα. Παρά την αποδοκιμασία όμως της έκτρωσης δεν έχασε την θέση της στην κοινωνία · αντίθετα νομιμοποιήθηκε και μπήκε στη διάθεση του οικογενειακού προγραμματισμού επίσημα.

Το νομικό καθεστώς κάτω από το οποίο βρίσκεται η έκτρωση ανά τον κόσμο, ποικίλει · κυμαίνεται από την αυστηρή απαγόρευση, με μόνη εξαίρεση καταστάσεις στις οποίες απειλείται η ζωή της γυναίκας. Πάνω από το 1/4 των γυναικών ζουν σε χώρες, στις οποίες απαγορεύεται η έκτρωση, όπως είναι οι περισσότερες Ισλαμικές χώρες, τα 2/3 των χωρών της Λ. Αμερικής, η πλειονότητα των χωρών της Αφρικής και 5 χώρες της Ευρώπης – Βέλγιο, Μάλτα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Ισπανία. Λιγότερο από το 1/3 των γυναικών ζουν σε χώρες, όπου επιτρέπεται η έκτρωση μόνο για ιατρικούς λόγους, οι οποίοι όμως ερμηνεύονται διαφορετικά σε κάθε χώρα · γενικά θεωρούνται ενδείξεις επιβαλλόμενης ή επιτρεπόμενης έκτρωσης οι καταστάσεις εκείνες που απειλούν την υγεία – όχι μόνο τη ζωή – της γυναίκας, κίνδυνοι γενετικής βλάβης του εμβρύου ή νομικοί λόγοι ( βιασμός, αιμομιξία κ. λ. π ). Το 1/4 των γυναικών ζουν σε χώρες, όπου λαμβάνονται υπόψη και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ( Γερμανία, Ινδίες, Ιαπωνία, Μ. Βρετανία, Αν. Ευρώπη ). Τα 2/5 των γυναικών ζουν σε χώρες όπου δεν υπάρχει κανένας περιορισμός, εκτός ίσως από την ηλικία της γυναίκας ( συγκατάθεση κηδεμόνα επί ανηλίκων )

όπως η Αυστρία, η Κίνα, η Κούβα, η Δανία, η Γαλλία, η Αν. Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Νορβηγία, η Σιγκαπούρη, η Σοβ. Ένωση, η Σουηδία, η Τυνησία, οι ΗΠΑ, το Βιετνάμ και η Γιουγκοσλαβία. Είναι σημαντικό το παγκόσμιο φαινόμενο ότι ο ιδιωτικός φορέας ήταν ανοικτός στην εκτέλεση της έκτρωσης, όσο αυστηρός και να ήταν ο νόμος της χώρας · έτσι υπήρχε πάντα πρόσβαση στην έκτρωση, είτε με την ανοχή είτε με την κατά καιρούς αντίδραση του κράτους. Οι περισσότερες χώρες προχώρησαν στην νομιμοποίηση της έκτρωσης · άλλες ακολουθούν τον ίδιο δρόμο σταδιακά. Οι κύριοι λόγοι της τάσης προς την νομιμοποίηση είναι η ελάττωση των εγκληματικών εκτρώσεων και η βελτίωση των συνθηκών, κάτω από τις οποίες γίνονται οι εκτρώσεις, η απόδοση κοινωνικής δικαιοσύνης με την παροχή της δυνατότητας της επιλογής της έκτρωσης και τις ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, που δεν θα είχαν την δυνατότητα να αντεπεξέλθουν στα έξοδα σε ιδιωτική βάση · τέλος προέκυψε η νομιμοποίηση της έκτρωσης παράλληλα με τον αγώνα για τα δικαιώματα της γυναίκας, στην οποία έτσι αναγνωρίζεται το δικαίωμα να ελέγχει το σώμα της, όπως αυτή θέλει και κατ' επέκταση και την αναπαραγωγική της λειτουργία. Οι αντιδράσεις στην νομιμοποίηση προέρχονται από τις συντηρητικές ομάδες της κοινωνίας · θρησκευτικές και ηθικές απόψεις στηρίζουν την αντίθεσή τους, αλλά στηρίζονται και σε δημογραφικά προβλήματα, που δημιουργούνται σε χώρες με χαμηλή γεννητικότητα.

**ΓΕΝΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ  
Α' ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1 ANATOMIA

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που την εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωνιση του είδους. Η φύση, άγνωστο για πιο λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο ημέρες, εκείνες που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου. Τα όργανα που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας τα διακρίνουμε σε εξωτερικά και εσωτερικά. Όριο ανάμεσά τους είναι ο παρθενικός υμένας. Μαζί με την περιγραφή των οργάνων του γεννητικού συστήματος της γυναίκας θα περιγράψουμε όργανα και ανατομικά στοιχεία, που δεν ανήκουν στο ίδιο σύστημα, αλλά έχουν στενή σχέση μ' αυτό. Αυτά είναι η ουρήθρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες, το ορθό και το πυελικό έδαφος.

**ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ:** Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις ενδοιομηρικές πτυχές και στη κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή τη αδοική. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, το πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους Bartholinείους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουθηρικούς αδένες.

**ΕΦΗΒΑΙΟ – ΟΡΟΣ ΤΗΣ ΑΦΡΟΔΙΤΗΣ:** Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας, που καλύπτει τους αλάδους των ηβικών οστών. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα, που διακόπτεται οριζόντια προς το μέρος του υπογαστρίου. Έτσι ξεχωρίζει από το αντίστοιχο τρίχωμα του άντρα που πορεύεται ως τον ομφαλό. Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηματογόνους αδένες. **ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ:** Αυτά

παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Προς τα εμπρός ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Η κατάληξή τους είναι το περίνεο. Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειες του είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο. Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μαλαχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες. Μέσα στο λιπώδη ιστό τους καταλήγουν ίνες των στρογγυλών συνδέσμων της μήτρας. Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα. **ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ:** Αυτά παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό και σκεπάζονται από αυτά. Προς τα έξω συνεχονται με τα μεγάλα χείλη και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του προδρόμου του κόλπου. Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σηγματογόνους και σπάνια ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη εξαιρετικά ευαίσθητα. Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο άλλες, μικρότερες δερμάτινες πτυχές, που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα άνω την πρόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους. Μπροστά στο χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση και λέγεται σκαφοειδής βόθρος. **ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ:** Αυτή θεωρείται αρσενικής προέλευσης αφού διαπλάστηκε από τους πόρους του Wolf και αφού αποτελεί ανδρογονικό υποδοχέα. Έχει μήκος 3 – 4 εκατοστά και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Σκέλη: Αυτά είναι δύο, πορεύονται πάνω στους ηβιοσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου και ενώνονται στο ύψος της ηβικής σύσφυσης. Σώμα: Αυτό σχηματίζεται από την ένωση των σκελών και αποτελείται από δύο σηραγγώδη σώματα, δηλαδή αγγειοβριθή στυτικό ιστό. Βάλανος: Αυτή παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας, βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, αποτελούνται από στυτικό ιστό, έχει από το πάνω μέρος της την πρόσθη και από το κάτω το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος, που την

καλύπτει, περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για την σεξουαλική διέγερση. Η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτόνια, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύσφυσης και σχηματίζουν τον κρεμαστήρα σύνδεσμο. Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο αντρικό πέος, χωρίς όμως το σπογγώδες σώμα της ουρήθρας και η στύση της πραγματοποιείται με σύσπαση των ισχιοσπρωγγώδων μυών της εξωτερικής στιβάδας του περινέου, που περιβάλλουν τα σκέλη της. **ΠΡΟΔΟΜΟΣ:** Αυτός είναι η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν στα στόμια παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα από το χαλινό των μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου, υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος, που περιγράψαμε. **ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΟΜΟΥ:** Αυτοί είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσπρωγγώδους μυς, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και αντιστοιχούν στο σπρωγγώδες σώμα της ουρήθρας του άντρα. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνεται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο. **ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ:** Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Οι βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους αδένες του Cowper του άντρα και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2 εκ., τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνουν τον κόλπο. **ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ:** Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δύο επιφάνειες της και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω το σκαφοειδή βόθρο. Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλλει σε μέγεθος και μορφή (κυκλικός, δίθυρος, ηθμοειδής, κροσσωτός). Το άνοιγμα αυτό δυνατό να επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δακτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Σπάνια δεν υπάρχει (άτρητος υμένας). Ο παρθενικός υμένας, αν δεν επιτρέπει το άνοιγμά του συνουσία, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς. **ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΣΤΟΜΙΟ ΤΗΣ**

**ΟΥΡΗΘΡΑΣ:** Αυτό βρίσκεται στην πάνω γωνία του προδόμου του αιδοίου, κάτω από την κλειτορίδα και μέσα από αυτό περνάει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης στην έξοδό του. **ΠΑΡΑΟΥΡΗΘΡΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ:** Αυτοί αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμά τους στην ουρήθρα. Δύο από αυτούς είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άντρα. **ΔΙΑΠΛΑΣΗ:** Το εξωτερικό γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι όμοιο με του άντρα ως τον τρίτο εμβρυϊκό μήνα. Ύστερα αρχίζει η διαφοροποίησή του. Από το γεννητικό φύμα διαπλάσσεται η κλειτορίδα. Από τις ουρογεννητικές πτυχές τα μικρά χείλη. Από τα γεννητικά ογκώματα τα μεγάλα χείλη. **ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ:** Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα. **ΚΟΛΠΟΣ: περιγραφή:** Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, μήκους 8 – 10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Η φορά του είναι τέτοια, ώστε να σχηματίζει με τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και κάτω οδηγεί στην έξοδό του, στον πρόδομο του κόλπου. Έχει, επίσης τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια, το αριστερό και το δεξιό. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι μακρύτερο από το πρόσθιο κατά 1 –2 εκ., γιατί συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα συμπιέπουν μεταξύ τους. Έτσι το άνοιγμα του κόλπου παίρνει την μορφή του Η. Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, η κάτω μοίρα του τράχηλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο. Γύρω από την κολπική αυτή μοίρα του τράχηλου και τα κολπικά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι που, για λόγους περιγραφικούς διακρίνονται σε: πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό. Ο οπίσθιος θόλος του κόλπου είναι βαθύτερος, γιατί όπως αναφέραμε το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου είναι μακρύτερο και συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο της οπίσθιας επιφάνειάς του. Οι κολπικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο από ότι το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και είναι πάντα υγροί από εκκρίσεις των αδένων της μήτρας και των κρυπών του ενδοτραχήλου και



από διίδρωση μέσα από το πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτει τα τοιχώματα του κόλπου. Σε απόσταση 1,5 εκ. από τους πλάγιους θόλους βρίσκονται τα τελικά τμήματα των ουρητήρων, πριν αυτοί εισέλθουν στην ουροδόχο κύστη. Κατά μήκος του προσθίου και οπισθίου τοιχώματος του κόλπου υπάρχουν, τις περισσότερες φορές, δύο ακρολοφίες, που παριστάνουν τα όρια που έσμιξαν οι δύο πόροι του Muller. Δίπλα σ' αυτές τις ακρολοφίες διακρίνονται πτυχές του κόλπου, που λέγονται στύλοι, και που εξαφανίζονται μετά τον τοκετό.

**ΣΤΗΡΙΞΗ:** Το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου συνδέεται χαλαρά με την ουροδόχο κύστη προς τα πάνω και στερεότερα με την ουρήθρα προς τα κάτω. Ανάμεσα περνάει η ειδοπυελική περιγόνια. Από τα πλάγια ο κόλπος στηρίζεται με τους εγκάρσιους συνδέσμους που θα τους βρούμε παρακάτω, και που, σαν σφεντόνες, εκτείνονται από τα πλάγια τοιχώματα της πυέλου προς τους κοιλιακούς θόλους και τη μοίρα του τράχηλου που βρίσκεται πάνω από τον κόλπο. Το μέσο τριτημόριο του κόλπου στηρίζεται με ίνες του ανελκτήρα με του πρωκτού. Στο μέρος αυτό ο κόλπος χωρίζεται από το όρθρο με λεπτό διάφραγμα της πυελικής περιτονίας, το ορθοκολπικό. Η κάτω μοίρα του κόλπου στηρίζεται με τον ανελκτήρα με του πρωκτού και με τους εξωτερικούς μυς του περινέου και η πάνω μοίρα του με τους ιερομητρικούς συνδέσμους. **ΥΦΗ:** Τα κοιλικά τοιχώματα αποτελούνται από τρεις στιβάδες την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική. **1. Εξωτερική στιβάδα.** Αυτή είναι η στιβάδα που βλέπουμε, όταν ανοίξουμε τον κόλπο. Η εξωτερική στιβάδα αποτελείται από τρεις στιβάδες: τη βασική, την ενδιάμεση και την επιφανειακή. Η γνώση των στιβάδων αυτών είναι απαραίτητη, γιατί οι μορφολογικές αλλαγές των κυττάρων της μας βοηθάνε στην εκτίμηση της ωοθηκικής λειτουργίας με τον έλεγχο των κοιλικών επιχρισμάτων. **Α) βασική:** Αυτή βρίσκεται πάνω στην υποκείμενη μέση στιβάδα και αποτελείται από 2 στιβάδες την εσωτερική βασική και την εξωτερική βασική ή παραβασική. **Εσωτερική βασική:** Αυτή βρίσκεται ακριβώς πάνω στη μέση στιβάδα και αποτελείται από μία σειρά κυλινδρικών κυττάρων με μεγάλους βαθυχρωματικούς πυρήνες, που πιάνουν σχεδόν ολόκληρο το κύτταρο, δεν αποφολιδώνονται και αποτελούν τα μητρικά στοιχεία των πάνω από αυτή στιβάδων. **Εξωτερική βασική ή παραβασική:** Αυτή αποτελείται από δύο ως τρεις στίχους κυττάρων, που έχουν σχήμα αυγού ή είναι πολυενδρικά και εμφανίζουν βαθυχρωματικό πυρήνα και πρωτοπλασματικές γέφυρες. Τα

κύτταρα της αποφωλιδώνονται, όταν λείπουν οι οιστρογόνες ορμόνες. **B) ενδιάμεση:** Αυτή βρίσκεται πάνω από τη βασική και αποτελείται από πολλά στρώματα κυττάρων με μεγάλους πυρήνες, που είναι ανώμαλοι και κάπως συρρικνωμένοι. Η περιφέρεια των κυττάρων αυτών είναι περισσότερο βαθυχρωματική από το υπόλοιπο πρωτόπλασμα, το οποίο περιέχει κενοτύπια. Τα κύτταρα της ενδιάμεσης στιβάδας λέγονται και σκαφοειδή, γιατί μοιάζουν με σκάφη και περιέχουν γλυκαγόνο. **Γ) επιφανειακή:** Αυτή βρίσκεται πάνω από την ενδιάμεση και αποτελείται από 2 στιβάδες: την ενδοεπιθηλιακή και την ιδίως επιφανειακή. **Ενδοεπιθηλιακή:** Αυτή βρίσκεται πάνω από την προηγούμενη και αποτελείται από σειρές κυττάρων, που εφάπτονται μεταξύ τους και περιέχουν μεγάλα πρωτοπλασματικά κοκκία και γλυκογόνο. **Κυρίως επιφανειακή:** Αυτή αποτελείται από μεγαλύτερα κύτταρα με πυκνωτικό πυρήνα και ελάχιστο ή ανύπαρκτο γλυκογόνο. **2. Μέση στιβάδα:** Αυτή παριστάνει το στρώμα των τοιχωμάτων του κόλπου, αποτελείται από πυκνό συνδετικό ιστό και εμφανίζει αυξημένη αιμάτωση.

**3. Εσωτερική στιβάδα:** Αυτή αποτελεί λεπτό μυϊκό χιτώνα που εξωτερικά έχει επιμήκεις και εσωτερικά κυκλικές ίνες. Οι εξωτερικές ίνες συνδέονται με τις ίνες της εξωτερικής στιβάδας του μυομητρίου. Τα κοιλικά τοιχώματα είναι πτυχωτά και το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που περιγράψαμε, καλύπτει θηλές από συνδετικό ιστό. Στην αναπαραγωγική ηλικία το επιθήλιο του κόλπου είναι πολύ και πλούσιο σε γλυκογόνο, λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων ορμονών. Πριν όμως από την ήβη και μετά την εμμηνόπαυση είναι λεπτό και δεν περιέχει γλυκογόνο. Αυτό έχει ενδιαφέρον γιατί με την ήβη εμφανίζονται στο κόλπο οι βάκιλοι του Doderlein, που παράγουν γαλακτικό οξύ ύστερα από επίδρασή τους στο γλυκογόνο των επιθηλιακών κυττάρων. Έτσι, η αντίδραση του κόλπου γίνεται όξινη και τέτοια παραμένει ως την εμμηνόπαυση. Το όξινο περιβάλλον του κόλπου τον προστατεύει από πολλά παθογόνα βακτηρίδια. **Μήτρα:** Περιγραφή: Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος του στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμ. και στη γυναίκα που γέννησε, 70 γραμ.. Τα τοιχώματα της έχουν πάχος 3 εκ. και το μήκος της είναι 7.5 εκ. περίπου. Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: το πάνω, που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα και το κάτω, που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα από τον τράχηλο και

το σώμα υπάρχει ο ισθμός. Η σχέση σώματος – τραχήλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Έτσι, στις ενήλικες από τα 7,5 εκ. του μήκους της μήτρας τα 5 εκ. αντιστοιχούν στο σώμα της και τα 2,5 εκ. στον τράχηλό της ενώ στις κορασίδες συμβαίνει το αντίθετο. Στις ηλικιωμένες γυναίκες, που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τράχηλου σχεδόν εξαφανίζεται.

**Σώμα μήτρας:** Αυτό αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα. Το τμήμα του σώματος της μήτρας, που βρίσκεται πάνω από γραμμή, που ενώνει τα δύο σημεία εισόδου των σαλπίνγων, λέγεται πυθμένας. Αυτό το τμήμα συμβάλλει πολύ στην μεγέθυνση της ενδομήτριας κοιλότητας στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο. Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια, που οδηγούν στις σάλπιγγες. Το τμήμα της κοιλότητας, που αντιστοιχεί στις γωνίες αυτές, λέγεται κέραε της μήτρας. Φυσιολογικά, το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας συμπίπτουν. **Τράχηλος:** Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δύο μοίρες: την υπερκολπική, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας και την ενδοκολπική, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τους θόλους που αναφέραμε. Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο. Το εξωτερικό στόμιο του τράχηλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σ' αυτές που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή.

**Θέση:** Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό, και γέρνει προς τα εμπρός, έτσι, ώστε η οπίσθια επιφάνεια της να έρχεται εμπρός τα πάνω και η πρόσθια προς τα κάτω. Όταν η μήτρα βρίσκεται στην φυσιολογική της θέση, το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί σε γραμμή, που ενώνει τις ισχιακές άκανθες της οστέινης πυέλου και ο πυθμένας της σε γραμμή που ενώνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης με το τέταρτο ιερό σπόνδυλο. Η φορά του τράχηλου είναι ανάλογη με της μήτρας. Έτσι, ο τράχηλος φέρεται προς τα κάτω και πίσω,

σχηματίζοντας σχεδόν ορθή γωνία με τον άξονα του κόλπου, και το εξωτερικό του στόμιο βλέπει προς τον οπίσθιο κοιλιακό θόλο. Στήριξη: Στην παραπάνω φυσιολογική θέση κρατάνε τη μήτρα τα παρακάτω στοιχεία: α) Στρογγυλοί σύνδεσμοι: Αυτοί είναι δύο και εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας, μπροστά από τα σημεία έκφυσης των σαλπίνγων, φέρονται στα πλάγια πυελικά τοιχώματα, περνάνε μέσα από τους βουβωνικούς πόρους και καταφύονται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. β) πλατείς σύνδεσμοι: Αυτά βρίσκονται στα δύο πλάγια της μήτρας και παριστάνουν αναδιπλώσεις του πυελικού περιτοναίου. Μέσα στο ελεύθερο χείλος τους βρίσκονται οι σάλπιγγες και ανάμεσα στα πέταλά τους, που ξεχωρίζουν όσο κατεβαίνουμε από τις σάλπιγγες, σχηματίζουν τριγωνικοί χώροι, μέσα από τους οποίους υπάρχουν παραμήτρια. Τα παραμήτρια αποτελούνται από συνδετικό και λιπώδη ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, λεμφαδένες και νεύρα. Μέσα στα παραμήτρια βρίσκονται ουρητήρες μετά την είσοδό τους στη μικρή πύελο. Από την ανάκαμψη του πυελικού περιτοναίου και το σχηματισμό των πρόσθιων και οπίσθιων πετάλων των πλατεών συνδέσμων σχηματίζονται δύο χώροι. Ο ένας βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και λέγεται κυστεομητρικό κόλπωμα ή πρόσθιος δουλγάσιος χώρος (από τον Douglas, που πρώτος τον περιέγραψε) και ο άλλος ανάμεσα από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και το ορθό και λέγεται ευθυομητρικό κόλπωμα ή οπίσθιος δουλγάσιος χώρος. Κάτω από τον οπίσθιο δουλγάσιο χώρο υπάρχει το ευθυκολπικό κόλπωμα ή πυθμένας του δουλγάσιου, γιατί περιτόναιο της οπίσθιας επιφάνειας του τράχηλου συνεχίζει την πορεία του καλύπτοντας και το ανώτερο μέρος οπίσθιο κοιλιακού τοιχώματος. γ) Πλάγιοι σύνδεσμοι: (λέγονται και κύριοι ή εγκάρσιοι σύνδεσμοι ή σύνδεσμοι το Mackenrodf ). Αυτοί είναι δύο και εκτείνονται από τα πλάγια πυελικά τοιχώματα προς τον κόλπο και την υπερκοιλιακή μοίρα του τράχηλου. δ) Ιερομητρικοί σύνδεσμοι: Αυτοί είναι δύο και εκφύονται από τη περιοχή της πυελικής επιφάνειας του ιερού οστού στο ύψος του 3<sup>ου</sup> – 4<sup>ου</sup> ιερού σπονδύλου, περιβάλλουν το ορθό και καταφύονται στο κατώτερο τμήμα της οπίσθιας επιφάνειας της μήτρας, στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι περιέχουν αποχετευτικά λεμφαγγεία του τραχήλου και του κόλπου. ε) Μητροκυστικοί σύνδεσμοι: Αυτοί είναι δύο, αντιστοιχούν στους ιερομητρικούς συνδέσμους και εκτείνονται από το κάτω

μέρος της προσθίας επιφάνειας της μήτρας, ως τη βάση της ουροδόχου κύστης. στ) Αναλκτήρας μυς: Αυτός ανήκει στους εσωτερικούς μυς του περινέου και μαζί με ολόκληρο το πυελικό έδαφος, συμβάλει στην στήριξη της μήτρας. **ΥΦΗ**: Αφού ξεχωρίσαμε την περιγραφή της μήτρας το σώμα της από τον τράχηλό της, θα περιγράψουμε και την υφή τους ξεχωριστά. 1) Σώμα μήτρας: Το σώμα της μήτρας αποτελείται από τρία τοιχώματα: το εξωτερικό ή περιμήτριο, το μεσαίο ή μυομήτριο και το εσωτερικό ή ενδομήτριο. α) Περιμήτριο: Αυτό αποτελεί τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας και είναι περιτοναϊκό πέταλο, που καλύπτει τη μήτρα, αφήνοντας ακάλυπτα τα πλάγια χείλη της και την πρόσθια επιφάνεια της υπερκολπικής μοίρας του τράχηλου. β) Μυομήτριο: Αυτό βρίσκεται κάτω από το ενδομήτριο και αποτελείται από τρεις στιβάδες: την εξωτερική, την μέση και την εσωτερική. **ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ**: Αποτελείται από κάθετες και εγκάρσιες λείες μυϊκές ίνες, που αρχίζουν από τον πυθμένα και φτάνουν ως τον τράχηλο. Οι εγκάρσιες ίνες καταλήγουν στους στρογγυλούς και στους πλατείς συνδέσμους και λίγο από αυτές, στο μυϊκό τοίχωμα των σαλπίνγων. **ΜΕΣΗ ΣΤΙΒΑΔΑ**: Είναι παχύτερη από τις άλλες και αποτελείται από αγκυλωτές ίνες. Οι ίνες αυτές βρίσκονται μόνο στο σώμα της μήτρας και περιβάλλουν τα αγγεία του μυομητρίου. Επίσης, εκτείνονται στους στρογγυλούς συνδέσμους και μερικές από αυτές στις σάλπιγγες. Τα μεγάλα φλεβικά κανάλια της την κάνουν να μοιάζει με σπόγγο. Η μέση στιβάδα σταματάει στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. εκεί συμπλέκεται με ίνες των άλλων στιβάδων και σχηματίζει σφιγκτήρα, που μόνο λειτουργική υπόσταση έχει και όχι ανατομική. **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ**: Αποτελείται από κάθετες και αγκυλωτές ίνες, περιβάλλει το ανώτερο τμήμα της μήτρας και γύρω από τα στόμια των σαλπίνγων σχηματίζει σφιγκτήρα. Η στιβάδα αυτή περιέχει βηματοδότες, που ρυθμίζουν τη συσταλτικότητα της μήτρας. Πάνω στην εσωτερική στιβάδα ακουμπάνε οι πυθμένες των αδένων του ενδομητρίου. γ) Ενδομήτριο: Κάτω από το μυομήτριο υπάρχει το σημαντικότερο τοίχωμα της μήτρας το ενδομήτριο. Αυτό είναι βλεννογόνος που καλύπτει την ενδομήτρια κοιλότητα χωρίς την παρεμβολή υπεβλεννογόνου χιτώνα. Η σημαντικότητα του συνίσταται στο γεγονός, πως περιοδικά ανανεώνεται, ύστερα από απόπτωση του. Το επιθήλιο του βλεννογόνου του ενδομητρίου είναι κυλινδρικό. Μερικά κύτταρα έχουν κροσσούς. Το ίδιο επιθήλιο επενδύει και τους αδένες του

ενδομήτριου, που παριστάνουν κολπώματα σε σχήμα σωλήνα. Κάτω από το επιθήλιο του ενδομητρίου υπάρχει το χόριο ή στρώμα, που περιέχει αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία και αδένες. Το ενδομήτριο κάτω από την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, διαφοροποιείται, έτσι ώστε να αποτελείται από δύο στιβάδες, τη βασική και τη λειτουργική. Βασική στιβάδα: Αυτή βρίσκεται πάνω στο μυομήτριο και ελάχιστα επηρεάζεται από την ωοθηκική ορμονική δραστηριότητα. Λειτουργική στιβάδα: Αυτή βρίσκεται πάνω στη βασική και αντανακλά τις μεταβολές της ωοθηκικής ορμονικής δραστηριότητας από την ήβη ως την εμμηνόπαυση. Μεταβολές που έχουν σκοπό να προετοιμάσουν το ενδομήτριο να υποδεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αν δεν συμβεί γονιμοποίηση η λειτουργική στιβάδα πέφτει. Την απόπτωσή της συνοδεύει αιμορραγία, που αποτελεί την εμμηνουρυσία. Μετά την απόπτωση της λειτουργικής στιβάδας, η ενδομήτρια κοιλότητα μοιάζει με ανοιχτό τραύμα που η επούλωσή του πραγματοποιείται σε διάστημα 2 – 3 ημερών.

**2) ΤΡΑΧΗΛΟΣ:** Η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με την υφή του σώματος της μήτρας, γιατί το μεγαλύτερο τμήμα του δεν καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, γιατί έχει περισσότερο συνδετικό ιστό και λιγότερο λείες μυϊκές ίνες και γιατί διαθέτει συσταλτικότητα. Ο αυλός του τραχήλου, ο ενδοτράχηλος καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που εμφανίζει καταδύσεις μέσα στο μυϊκό τοίχωμα. Το επιθήλιο αυτών των καταδύσεων, που δεν αποτελούν ουσιαστικούς αδένες, παρακολουθεί τις μεταβολές του ωοθηκικού κύκλου. Τα κύτταρα του επιθηλίου του ενδοτράχηλου είναι 2 ειδών: Αυτά που έχουν βλεφαρίδες και αυτά που δεν έχουν. Οι βλεφαρίδες των βλεφαριδοφόρων κυττάρων βρίσκονται στην επιφάνειά τους και κινούνται προς το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου υποβοηθώντας τη ροή της βλέννας προς τον κόλπο. Τα κύτταρα που δεν έχουν βλεφαρίδες παράγουν βλέννα και με ρήξη της μεμβράνης τους τη στέλνουν στον ενδοτράχηλο. Στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του ενδοτράχηλου υπάρχουν πτυχές ευδιάκριτες, όταν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο είναι ανοικτό, οι φοινικοειδής πτυχές, γιατί μοιάζουν με φύλλα φοίνικα. Η κολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το ίδιο πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτεται και ο κόλπος, ως το όριο του εξωτερικού τραχηλικού στομίου. Το επιθήλιο αυτό επηρεάζεται από την ορμονική ωοθηκική δραστηριότητα, όχι όμως όπως τον κολπικό. Κάτω από το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου υπάρχει η βασική

μεμβράνη που φέρνει το επιθήλιο σε επαφή με τη μυϊκή στιβάδα του τράχηλου. Στο εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δυνατό να ανεβρεθούν τραχηλικές καταδύσεις, που σχηματίζουν τα ωάρια του Naboth.

**ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ Ή ΩΑΓΩΓΟΙ:** Περιγραφή: Οι σάλπιγγες αποτελούν δύο λεπτούς σωλήνες μήκους 10 –12 εκ. που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη. Οι σάλπιγγες πορεύονται κάτω από τα ελεύθερα χείλη δύο πλατεών συνδέσμων και καλύπτονται από αυτούς, εκτός από λεπτή μοίρα της κάτω επιφάνειάς τους. Η ανάκαμψη του περιτοναίου για τα σχηματισμό των πλατεών συνδέσμων και τη κάλυψη των σαλπίνγων σχηματίζει το οπίσθιο πέταλο τους και ανάμεσα από τις σάλπιγγες και τους μητρωθηκούς συνδέσμους τα μεσοσαλπίγγια. Δηλαδή, οι σάλπιγγες καλύπτονται από περιτόναιο, όπως ακριβώς και οι εντερικές έλικες. Το μεσοσαλπίγγιο αντιστοιχεί εδώ στο μεσεντέριο. Ανάμεσα από τα δύο πέταλα των μεσοσαλπιγγίων υπάρχουν 6 – 12 λεπτά σωληνάκια, που φέρονται κάθετα και καταλήγουν σε οριζόντιο πόρο, τον πόρο του Carther. Ο σχηματισμός αυτός των σωληναρίων λέγεται επωοδήκιο. Στο ίδιο μέρος και πλησιέστερα προς τη μήτρα, καμιά φορά υπάρχει το παρωοθήκιο. Αυτό αποτελείται από λίγα τυφλά σωληνάκια που παριστάνουν υπολείμματα του μεσονεφρού. Κάποτε, από το εξωτερικό άκρο του πόρου του Carther κρέμεται κυστικός σχηματισμός η υδατίδα του Morgagni. Τα στόμια των σαλπίνγων προς τα κέρατα της μήτρας είναι λεπτά και λέγονται μητριάια. Τα στόμια που εκβάλουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι μεγαλύτερα και λέγονται περιτοναϊκά. Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα: το διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα.

**ΔΙΑΜΕΣΟ Ή ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ:** Το τμήμα αυτό αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίνγων που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριάιας κοιλότητας και περνάει μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Το μήκος του είναι 1 – 1,5 εκ.

**ΙΣΘΜΟΣ:** Το τμήμα αυτό αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπίγγων, έχει μήκος 3 – 4 εκ., διάμετρος 3 – 4 χιλ. και εμφανίζει περιορισμένη κινητικότητα.

**ΛΗΚΥΘΟΣ:** Το τμήμα αυτό αποτελεί το ευρύτερο μέρος των σαλπίγγων έχει μήκος 5 – 6 εκ. και διάμετρο 8 – 9 χιλ. και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

**ΚΩΔΩΝΑΣ:** Το τμήμα αυτό έχει σχήμα χοάνης, βρίσκεται κοντά στις ωθήκες και καταλήγει σε 10 – 15 κροσσούς. Ένας από αυτούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωθήκη και λέγεται ωθηκικός κροσσός ή σύνδεσμος των σαλπίγγων. Ο κώδωνας εισβάλλει στην περοταιναϊκή κοιλότητα και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα, ιδιαίτερα τις ημέρες της ωοδουλακιορρηξίας με σκοπό να εισροφήσει το απελευθερωμένο από την ωθήκη ωάριο.

**ΥΦΗ:** Το τοίχωμα των σαλπίγγων αποτελείται από τρεις στιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

**ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ:** Αυτή είναι ορογόνος που προέρχεται από την ανάκαμψη του πυελικού περιτοναίου στο σχηματισμό των πλατεών συνδέσμων. Η στιβάδα αυτή δεν καλύπτει το διάμεσο τμήμα των σαλπίγγων, αφού αυτό βρίσκεται μέσα στο μυϊκό χιτώνα της μήτρας και λεπτή μοίρα κατά μήκος των κάτω επιφανειών των σαλπίγγων.

**ΜΕΣΗ ΣΤΙΒΑΔΑ:** Αυτή αποτελείται από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες εξωτερικά και κυκλοτερείς εσωτερικά. Οι μυϊκές ίνες δεν επεκτείνονται στους κροσσούς.

**ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ:** Αυτή αποτελεί το ενδοσαλπίγγιο, δηλαδή το βλεννογόνο των αυλών των σαλπίγγων. Το ενδοσαλπίγγιο χωρίζεται από τη μυϊκή στιβάδα με χόριο και το επιθήλιό του είναι μονόστιβο κυλινδρικό που αποτελείται από τρία είδη κυττάρων: τα κροσσωτά (περισσότερα στη λήκυθο και στον κώδωνα), τα εμβόλιμα ή πασσαλοειδή και τα εκκριτικά, που δεν έχουν κροσσούς. Το επιθήλιο των σαλπίγγων εμφανίζει πτυχές που



μεγαλώνουν την επιφάνεια του ενδοσαλπίγιου κατά 15 – 30 φορές και βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ωθητικών ορμονών όπως και το κάτω από αυτό χόριο.

**ΩΟΘΗΚΕΣ:** Περιγραφή: Οι ωθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας όπως οι όρχεις του άντρα. Είναι δύο συμπαγείς στη σύσταση και έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου. Το βάρος τους ανέρχεται σε 7 – 12 γραμ. και βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου που λέγονται ωθητικοί βόθροι. Η επιφάνεια των ωθηκών στη γυναίκα, που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία είναι ανώμαλη, επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθυλακίων, ωστόσο αυτά σπάζουν, σχηματίζουν ωχρο σωματίο και ύστερα μικροσκοπική ουλή. Έτσι η επιφάνεια των ωθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωθητικού κύκλου. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωθήκες μικραίνουν γιατί ατροφούν και η επιφάνειά τους είναι γεμάτη από συμπτώματα.

**ΣΤΗΡΙΞΗ:** Οι ωθήκες βρίσκονται στη θέση που περιγράψαμε, στηριζόμενες από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητροθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσοωθήκια.

**ΚΡΕΜΑΣΤΗΡΕΣ:** Αυτοί εκφύονται από τη λαγόνια περιτονία και καταφύονται στους άνω πόλους των ωθηκών, έτσι που να μοιάζουν πως τις κρεμάνε. Μέσα από αυτούς περνάνε τα ωθηκικά αγγεία.

**ΜΗΤΡΟΩΟΘΗΚΙΚΟΙ Ή ΙΔΙΟΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ :** Αυτοί συνδέουν τους κάτω πόλους των ωθηκών με τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας πίσω από τις εκφύσεις των σαλπίγγων.

**ΜΕΣΩΩΟΘΗΚΙΑ:** Αυτά συνδέονται τα οπίσθια πέταλα των πλατεών συνδέσμων με τα πρόσθια χείλη των ωθηκών σχηματίζοντας στο σημείο των ενώσεων τους λεπτές ακρολοφίες τις γραμμές του Farr. Τα οπίσθια χείλη των ωθηκών είναι ελεύθερα και στρέφονται προς τους ουρητήρες.

**ΥΦΗ:** \_Οι ωθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο τη φλοιώδη ουσία, την μυελώδη ουσία και τις πύλες.

**ΒΛΑΣΤΙΚΟ ΕΠΙΘΗΛΙΟ:** \_Αυτό καλύπτει τις επιφάνειες των ωθηκών και αποτελείται από ένα στίχο πλατιών κυττάρων. Στο μέρος που καλύπτει τα ωθυλάκια, που ωριμάζουν περιέχει σωματία όμοια με τα λυσοσώματα. Αυτά κάνουν το τοίχωμα του ώριμου ωθυλακίου εύθραυστο τη στιγμή της ωθυλοκιορρηξίας.

**ΦΛΟΙΩΔΗΣ ΟΥΣΙΑ:** \_Αυτή βρίσκεται κάτω από το βλαστικό επιθήλιο ύστερα από παρεμβολή του ινώδη χιτώνα και αποτελεί λεπτή ζώνη, το πάχος της οποίας αυξάνεται σε παθολογικές καταστάσεις των ωθηκών και ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Η φλοιώδης ουσία έχει ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί μέσα σ' αυτή και ανάμεσα από συνδετικό ιστό που λέγεται στρώμα υπάρχουν σε διάφορα στάδια της ανάπτυξης τους τα ωθυλάκια, που στη γενετήσια ηλικία της γυναίκας φτάνουν τις 300.000. Επίσης υπάρχουν ωχρά σωματία σε διάφορα στάδια ωρίμανσής τους. Από τα ωθυλάκια όπως παρακάτω θα αναφερθούμε, παράγονται ορμόνες που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης. Αλλά και το στρώμα της φλοιώδης ουσίας βρίσκεται κάτω από την ίδια επίδραση και μεταβάλλεται στη διάρκεια του ωθηκικού κύκλου.

**ΜΥΕΛΩΔΗΣ ΟΥΣΙΑ:** \_Αυτή βρίσκεται στο κέντρο των ωθηκών και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία νεύρα και εμβυϊκά υπολείμματα.

**ΠΥΛΕΣ:** \_Είναι το μέρος των ωθηκών από το οποίο εισέρχονται τα αγγεία και τα νεύρα τους. Στις πύλες των ωθηκών υπάρχουν κύτταρα που μοιάζουν με τα κύτταρα του Leydig των όρχεων. Πιστεύεται πως αυτά παράγουν ανδρογόνες ορμόνες.

**ΔΙΑΠΛΑΣΗ:** Το εσωτερικό γενετικό σύστημα της γυναίκας διαπλάσσεται μαζί με το ουροποιητικό της από το οπίσθιο τοίχωμα του αρχέγονου σπλαχνικού κοιλώματος του εμβρύου. Η καταβολή του αρχίζει

όταν αυτό έχει ηλικία 3 – 4 εβδομάδων και τελειώνει τη διαφοροποίησή του την 7<sup>η</sup> εβδομάδα. Η καταβολή του εσωτερικού γεννητικού συστήματος αντιπροσωπεύεται από δύο μάζες κυττάρων που λέγονται αμετάπλαστοι γεννητικοί αδένες και αποτελούν το πρωταρχικό στάδιο. Όταν το θηλυκό έμβryo βρίσκεται στην 7<sup>η</sup> – 8<sup>η</sup> εβδομάδα της ζωής του οι αμετάπλαστοι γεννητικοί αδένες διαφοροποιούνται σε ωθήκες. Αυτό γίνεται με την προοδευτική ανάπτυξη της φλοιώδους ουσίας των ωθηκών μέσα στην οποία βρίσκονται διάσπαρτα τα γεννητικά κύτταρα και με τον περιορισμό της ανάπτυξης της μυελώδους ουσίας τους κοντά στις πύλες των ωθηκών. Παράλληλα με τη διάπλαση των γεννητικών αδένων και η διάπλαση των πόρων του Wolff (αποχετευτικοί αγωγοί των μεσонеφρών) και από το έξω μέρος αυτών σχηματίζονται κατά μήκος τους δύο άλλοι πόροι. Αυτοί προς το πάνω μέρος τους εκβάλλουν ελεύθεροι μέσα στο σπλαχνικό κοίλωμα και προς το κάτω μέρος τους εκβάλλουν κοντά στις εκβολές των πόρων του Wolff δηλαδή στην αμάρα ή κλοάκη. Οι παραπάνω νέοι πόροι, είναι οι πόροι του Muller. Από αυτούς διαπλάσσονται τα υπόλοιπα γεννητικά όργανα της γυναίκας ειδικότερα από το ανώτερο μέρος τους διαπλάσσονται οι σάλπιγγες. Από το κατώτερο μέρος τους που σμίγει με το αντίστοιχό του, στις αρχές του τρίτου εμβρυϊκού μήνα, διαπλάσσεται η μήτρα και κατά ένα μέρος ο κόλπος. Στη διάπλαση του κόλπου συμμετέχει και ο ουρογεννητικός κόλπος από τον οποίο σχηματίζονται και οι αδένες του προδόμου του κόλπου. στον τέταρτο εμβρυϊκό μήνα με υπερπλασία, του επιθηλίου του ουρογεννητικού κόλπου διαπλάσσεται στην θέση του φύματος του Muller, ο παρθενικός υμένας. Στον έκτο εμβρυϊκό μήνα το επιθήλιο, που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας αποκτάει από τα οποία σχηματίζονται οι αδένες του ενδομήτριου. Με την κυκλοφορία των οιστρογόνων ορμονών εκφυλίζονται οι πόροι του Wolff και συμπληρώνεται η ανάπτυξη του εσωτερικού γεννητικού συστήματος.

## **ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Στα όργανα αυτά θα αναφερθούμε περιληπτικά στα σημεία εκείνα της ανατομικής τους, που έχουν σχέση με τη γυναικολογία.

**ΟΥΡΗΘΡΑ:** Η γυναικεία ουρήθρα αποτελεί λεπτό σωλήνα μήκους 3,5 εκ. περίπου που εκτείνεται ανάμεσα στο ουρηθρικό στόμιο της ουροδόχου κύστης και τον πρόδομο του κολεού, όπου εισβάλλει με το εξωτερικό στόμιό της. Περνάει μέσα από το ουρογεννητικό τρίγωνο και διακρίνεται σε πάνω τμήμα και κάτω το περινεϊκό. Στο άνω και μέσο τριτημόριο της εμφανίζει μικρή γωνία που εξαφανίζεται στην ούρηση. Το πάνω μέρος της ουρήθρας συνδέεται χαλαρά με την οπίσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και το κάτω στερεότερα με ισχυρούς συνδέσμους, τους ηβοουρηθρικούς. Ίνες των ηβονοκκυγικών μυών εισέρχονται στο τοίχωμα της ουρήθρας και μένει στο πρόσθιο κολπικό τοίχωμα. Έτσι όταν αυτοί συσπαστούν, έλκουν την ουρήθρα και το κολπικό τοίχωμα, ώστε να σχηματίζουν γωνία ανάμεσα από αυτή και τη βάση της ουροδόχου κύστης. Το τοίχωμά της αποτελείται από δύο χιτώνες: α) τον μυϊκό που εξωτερικά έχει κυκλωτερείς λείες μυϊκές ίνες και εσωτερικά κυκλωτερείς γραμμωτές μυϊκές ίνες στη μέση της ουρήθρας σχηματίζουν γραμμωτό σφιγκτήρα μυ, που η λειτουργία του είναι εκούσια, β) βλεννογόνο με πολύστιβο κλακώδες επιθήλιο και πολυάριθμους βοτρυοειδής αδένες κοντά στο εξωτερικό στόμιο εκβάλλουν αδένες του Skene.

**ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ:** Η ουροδόχος κύστη είναι κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται ανάμεσα από την ηβική σύμφυση και την μήτρα και δέχεται τα ούρα των νεφρών με τους δύο ουρητήρες. Η χωρητικότητά τους ανέρχεται σε 400 κ. εκ. αλλά μετά την εμμηνόπαυση, επειδή αυτή συρρικνώνεται, ελαττώνεται. Στην ουροδόχο κύστη διακρίνουμε την κορυφή, το σώμα και τον πυθμένα. Στον πυθμένα υπάρχει το τρίγωνο της κύστης που βρίσκεται ανάμεσα από το εσωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τα δύο στόμια των ουρητήρων. Ανάμεσα από τα στόμια υπάρχει το ουρηθρικό όγκωμα. Η πρόσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης έρχεται σε σχέση με τα πυελικά τοιχώματα μέσω κυτταρολιπώδους ιστού. Η άνω επιφάνεια της καλύπτεται από το περιτόναιο του κυστεομητρικού χώρου. Η οπίσθια επιφάνεια έρχεται

σε επαφή με το κατώτερο τμήμα του πρόσθιου τοιχώματος της μήτρας με την υπερκολπική μοίρα του τραχήλου και με μοίρα του ανώτερου τριτημορίου του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος. Ο πυθμένας της κύστης έρχεται σε επαφή με τον τράχηλο της μήτρας μέσω μικρής ποσότητας χαλαρού συνδετικού ιστού. Το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης αποτελείται από τέσσερις χιτώνες. Τον ορογόνο (περιτόναιο), τον μυϊκό (κάθετες και κυκλοτερείς λείες μυϊκές ίνες) τον υποβλεννογόνο και τον βλεννογόνο με το μεταβατικό επιθήλιο.

**ΟΥΡΗΤΗΡΕΣ:** Οι ουρητήρες είναι δύο ινομυώδεις σωλήνες μήκους 30 εκ. περίπου που αποτελούνται από ορογόνο χιτώνα (μόνο από την πρόσθια επιφάνειά τους) μυϊκό, ινώδη και βλεννογόνο. Αρχίζουν από τις νεφρικές πυέλους και πορεύονται πάνω στους μυς και πίσω από τα ωοθηκικά αγγεία ως το χείλος της μικρής πυέλου. Ύστερα περνάνε πάνω από τους διχασμούς των κοινών λαγόνιων αρτηριών και έρχονται στα πλάγια τοιχώματα της πυέλου και στο πυελικό έδαφος. Εκεί και ιδιαίτερα στο επίπεδο των ισχιακών ακάνθων της οστέινης πυέλου, καθηλωμένη στις εσωτερικές επιφάνειες των οπίσθιων πετάλων, των πλατεών συνδέσμων, περνάνε κάτω από τις μητριάιες αρτηρίες, χωρίζοντας αυτές από τις μητριάιες φλέβες. Κατόπιν, διέρχονται σε απόσταση 2 εκ. περίπου από τα χείλη του τραχήλου της μήτρας περνάνε στο πάνω μέρος των πλάγιων συνδέσμων πορεύονται κοντά στους πλάγιους κολπικούς θόλους και τελικά εκβάλλουν στην ουροδόχο κύστη. Ο αριστερός ουρητήρας βρίσκεται περισσότερο κοντά στο τραχηλικό χείλος και στον αριστερό κολπικό θόλο. Την ακριβή πορεία των ουρητήρων και ιδιαίτερα στις σχέσεις τους με τον τράχηλο και τους κολπικούς θόλους, πρέπει να τη γνωρίζει ο χειρουργός γυναικολόγος προκειμένου να εκτελέσει επεμβάσεις στην μικρή πυέλο. Είναι δυνατό να τους κόψει, να τους απολινώσει, να τους συρράψει, να τους τραυματίσει ή να τους αποκολλήσει από τους περιβάλλοντες ιστούς με τέτοιο τρόπο, ώστε να καταργήσει την αιμάτωση τους με αποτέλεσμα τη νέκρωσή τους. Τα περισσότερα επικίνδυνα σημεία κακοποίησης των ουρητήρων είναι τρία. Το πρώτο βρίσκεται εκεί, που διασταυρώνονται με τα ωοθηκικά αγγεία, στους κρεμαστήρες συνδέσμους των ωοθηκών. Το δεύτερο βρίσκεται εκεί που οι ουρητήρες βρίσκονται ακριβώς κάτω από το περιτόναιο της μικρής πυέλου. Το τρίτο βρίσκεται εκεί, που οι ουρητήρες περνάνε κάτω από τις μητριάιες αρτηρίες. Πρέπει ακόμα να

θυμάται ο χειρουργός – γυναικολόγος, πως είναι δυνατό οι ουρητήρες να μην ακολουθούν πάντοτε την πορεία που περιγράψαμε είτε γιατί υπάρχει διαπλαστική ανωμαλία τους και είναι έκτοποι, είτε γιατί μετατοπίστηκαν από την ύπαρξη όγκων ή ενδομητρίωσης ή φλεγμονής που αναπτύχθηκαν μέσα στους πλατείς συνδέσμους.

**ΟΡΘΟ:** Το ορθό ή απευθυσμένο έντερο παριστάνει τη συνέχεια του σιγμοειδούς έχει μήκος 12 – 15 εκ. περίπου και βρίσκεται μπροστά από την πυελική επιφάνεια του ιερού οστού ως τον κόκκυγα. Διακρίνεται σε δύο μοίρες την ιερή και την περινεϊκή. Το κάτω στόμιό του λέγεται πρωκτός. Αποτελείται από ορογόνο χιτώννα, που το καλύπτει στα μέρη που αναφέρουμε παρακάτω, μυϊκό, υποβλεννογόνιο και βλεννογόνο. Το ανώτερο τρίτο του ορθού καλύπτεται από εμπρός και πλάγια με περιτόναιο που αποτελεί τον ορογόνο του. Το μέσο τρίτο μόνο από εμπρός και το κατώτερο μένει ακάλυπτο. Στο πυελικό έδαφος τα δύο ανώτερα τριτημόρια του έρχονται σε σχέση με το ευθυκολπικό κόλλωμα ή δουγλάσειο πυθμένα. Το ορθό χωρίζεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με το ορθοκοιλιακό διάφραγμα. Στα πλάγια του υπάρχουν ιερομητρικοί σύνδεσμοι και προς τα πίσω τα σώματα των τριών τελευταίων ιερών σπονδύλων, ο κόκκυγας και οι οπίσθιες μοίρες των μυών του πυελικού εδάφους. Το δάκτυλο του γυναικολόγου εύκολα μπορεί να ψηλαφίσει τον τράχηλο και το σήμα της μήτρας με εξέταση από το ορθό. Παθολογικές καταστάσεις, που αφορούν στα παραμήτρια είναι περισσότερο προσιτές από το ορθό εξέταση.

**ΠΥΕΛΙΚΟ ΕΔΑΦΟΣ:** Το πυελικό έδαφος αντιστοιχεί στην περιοχή του κάτω στομίου της μικρής πυέλου, προς τα εμπρός και έχει την ηβική σύμφυση και τους ηβοϊσχιακούς κλάδους, στα πλάγια τα ισχιακά κυρτώματα και πίσω τον κόκκυγα. Το σχήμα του πυελικού εδάφους μοιάζει με ρόμβο. Με γραμμή που ενώνει τα δύο ισχιακά κυρτώματα χωρίζεται σε δύο μοίρες την πρόσθια, που διαπερνά η ουρήθρα και ο κόλπος και λέγεται ουρογεννητική και την οπίσθια που διαπερνά ο πρωκτός και λέγεται πρωκτική. Η κάτω επιφάνεια του είναι κυρτή και λέγεται περινεϊκή και η πάνω επιφάνεια που καλύπτεται από περιτόναιο, είναι κοίλη και λέγεται πυελική. Επειδή στο πυελικό έδαφος στηρίζονται όργανα που βρίσκονται μέσα στην πύελο, αυτό διαθέτει ισχυρό

τοίχωμα από δέρμα, μυς και περιτονίες. Επίσης βοηθάει στη συγκράτηση κλειστού του κόλπου και του ορθού, στην ωθήκη του εμβρύου κατά τον τοκετό και στη στροφή της κεφαλής του. Οι μύες του πυελικού εδάφους βρίσκονται σε τρεις στιβάδες την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

**ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ:** Αυτή αποτελείται από ισχιοσηραγγώδες τους βολβοσηραγγώδεις, τον επιφανειακό εγκάρσιο και τον έξω σφικτήρα του πρωκτού.

**ΜΕΣΗ ΣΤΙΒΑΔΑ:** Αυτή παριστάνει το ουρογεννητικό τρίγωνο ή ουρογεννητικό διάφραγμα και αποτελείται από τον στο βάθος εγκάρσιο και τον ουρηθροκολεϊκό. Η μέση στιβάδα δεν επεκτείνεται ως την πρωκτική μοίρα.

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ:** Αυτή αποτελείται από τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού. Ο μυς αυτός αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του πυελικού εδάφους και έχει τέσσερις μοίρες: την ισχιοκοκκυγική, που περιγράφεται και σαν ξεχωριστός μυς, τη λαγονοκοκκυγική, τη ηβοκοκκυγική και την ηβοευθυϊκή. Τα πρόσθια τμήματα του ανελκτήρα μύος λέγονται σκέλη και περιβάλλουν τον κόλπο. Με σύσπασή του ασκεί ορισμένη σφικτηριακή ενέργεια.

**ΠΕΡΙΤΟΝΙΕΣ:** Οι περιτονίες του πυελικού εδάφους είναι ή κάτω ή επιφανειακή ή μέση ή του ουρογεννητικού τριγώνου και η άνω ή του πυελικού διαφράγματος. Και οι τρεις περιτονίες ενώνονται στο κέντρο του πυελικού εδάφους.

**ΙΔΙΩΣ ΠΕΡΙΝΕΟΣ :** Αυτό είναι η περιοχή των ιστών του πυελικού εδάφους που βρίσκονται ανάμεσα από τον πρωκτό και το κάτω τριτημόριο του κόλπου. Η κορυφή του βρίσκεται στο κατώτερο άκρο του ορθοκολπικού διαφράγματος, στο σημείο όπου το ορθό ενώνεται με το οπίσθιο κολπικό τοίχωμα. Η βάση του ιδίως περινέου βρίσκεται κάτω από το δέρμα, ανάμεσα στον κόλπο και στον πρωκτό.

**ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ:** ΑΡΤΗΡΙΕΣ: Η αιμάτωση των πυελικών οργάνων πραγματοποιείται από τις ωθητικές, τις εσωτερικές λαγόνιες και τις άνω αιμορροϊδικές αρτηρίες.

**ΩΟΘΗΚΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ:** Αυτές είναι δύο και εκφύονται από την κοιλιακή αορτή, ακριβώς κάτω από τις νεφρικές. Διατρέχουν προς τα κάτω, πάνω στην πρόσθια επιφάνεια του ψοίτη μυς στο χείλος της πυέλου διασταυρώνονται με τον ουρητήρα εισέρχονται στη μικρή πύελο μέσω του κρεμαστήρα συνδέσμου της ωθήκης και μπροστά από τα λαγόνια αγγεία και κοντά στον ουρητήρα χωρίζονται σε δύο κλάδους. Ο μεγαλύτερος κλάδος εισέρχεται στο μεσοωθήκιο και φτάνει ως τις πύλες της ωθήκης, όπου δίνει κλάδεις σ' αυτή και ύστερα συνεχίζει την πορεία της προς τη μήτρα, ο μικρότερος κλάδος περνάει παράλληλα και κάτω από τον αγωγό στον οποίο χορηγεί και κλάδους του. Ύστερα όπως και ο προηγούμενος μεγαλύτερος κλάδος συνεχίζει την πορεία του προς τη μήτρα, εκεί οι δύο κλάδοι αναστομώνονται με τους τελικούς κλάδους των μητριάων αρτηριών.

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΛΑΓΟΝΙΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ:** Αυτές είναι δύο, λέγονται και υπογάστριες και εκφύονται από το διχασμό των λαγόνιων αρτηριών, εμπρός από την ιερολαγόνιο διάρθρωση και έχουν μήκος 3 εκ. Οι εσωτερικές λαγόνιες αρτηρίες πορεύονται προς τα κάτω και στο ύψος της μεγάλης ισχιακής εντομής της πυέλου δίνουν δύο κλάδους: τον πρόσθιο και τον οπίσθιο. Ο πρόσθιος κλάδος χωρίζεται σε μικρότερους που χορηγούν αίμα στα πυελικά όργανα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μητριάιες αρτηρίες που περισσότερο μας ενδιαφέρουν.

**ΜΗΤΡΙΑΙΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ:** Αυτές αποτελούν τους μεγαλύτερους κλάδους των πρόσθιων κλάδων της εσωτερικής λαγόνιας αρτηρίας. Είναι δυνατό να εκφύονται όχι από τον πρόσθιο κλάδο αλλά από την ίδια την εσωτερική λαγόνια με κοινό στέλεχος και να διχάζονται μετά την έκφυσή τους. Ακόμα είναι δυνατό η μητριάια αρτηρία να αποτελεί κλάδο της κάτω κυστικής (κλάδου της εσωτερικής λαγόνιας). Οι μητριάιες αρτηρίες πορεύονται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα, έχοντας προς τα μέσα τους ουρητήρες. Φτάνουν στη βάση των πλατεών συνδέσμων και διασταυρώνονται με τους ουρητήρες σε



απόσταση 1,5 – 2 εκ. από τα πλάγια χείλη του τραχήλου στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Στο σημείο αυτό χορηγούν τραχηλικούς και κοιλιακούς κλάδους. Στη συνέχεια διατρέχουν με ελικοειδή πορεία προς το ανώτερο τμήμα της μήτρας, όπου αναστομώνονται με τους κλάδους των ωθηθικών αρτηριών. Κατά τη πορεία τους χορηγούν 9 – 14 κλάδους για την αγγείωση της πρόσθιας και οπίσθιας επιφάνειας της μήτρας και κλάδους για τους στρογγυλούς συνδέσμους. Στο ύψος της έκφυσης των μητροθηθικών συνδέσμων, οι μητριάιες αρτηρίες χορηγούν αγωγικούς και ωθηθικούς κλάδους. Οι κλάδοι των μητριάιων αρτηριών που εισέρχονται στο μιομήτριο, όταν φτάσουν στη μέση του, χορηγούν τριχοειδή αρτηρίδια. Άλλα από αυτά είναι ίσια και φτάνουν μέχρι τη βασική στιβάδα του ενδομήτριου και άλλα σπειροειδή και φτάνουν κάτω από το επιθήλιο του ενδομήτριου. Εκεί σχηματίζουν πλέγματα που περιβάλλουν και τους αδένες του ενδομήτριου. Στο σημείο που οι μητριάιες αρτηρίες διασταυρώνονται με τους ουρητήρες χορηγούν έναν κλάδο σ' αυτούς.

**ΑΝΩ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ:** Αυτές αποτελούν τη συνέχεια των κάτω μεσεντέριων αρτηριών, φτάνουν ως το τρίτο ιερό σπόνδυλο, χορηγούν δύο κλάδους για τα δύο πλάγια του ορθού και αναστομώνονται με κλάδους της μέσης και της κάτω αιμορροϊδικής αρτηρίας.

**ΦΛΕΒΕΣ:** Οι φλέβες της πυέλου αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το κυστικό, το αιμορροϊδικό και μητροκολπικό πλέγμα.

**ΚΥΣΤΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ:** Αυτό περιβάλλει την ουροδόχο κύστη.

**ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ:** Αυτό περιβάλλει το κατώτερο άκρο του ορθού και μεταφέρει το αίμα με τις άνω αιμορροϊδικές στην πυλαία φλέβα και με τις μέσες και τις κάτω αιμορροϊδικές στην κάτω κοίλη φλέβα.

**ΜΗΤΡΟΚΟΛΠΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ:** Αυτό βρίσκεται ανάμεσα στα πέταλα του πλατέος συνδέσμου, αναστομώνονται με τις ωθηθικές φλέβες και φέρνει τις μητριάιες φλέβες το αίμα στις εσωτερικές λαγόνιες. Οι ωθηθικές φλέβες σχηματίζονται από πλέγμα, που εξέρχεται από τις πύλες των ωθηθικών και

βρίσκεται ανάμεσα στα πέταλα του πλατέος συνδέσμου. Συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν από τη δεξιά πλευρά στην κάτω κοίλη φλέβα και από την αριστερή στη νεφρική φλέβα.

**ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ:** Η γνώση της λεμφαγγείωσης της πυέλου έχει μεγάλη σημασία για τον γυναικολόγο, γιατί έτσι μπορεί να ερμηνεύσει την επέκταση των φλεγμονών ή κακοηθών επεξεργασιών των γεννητικών οργάνων.

**ΑΙΔΟΙΟ:** Από το αιδοίο, το περίνεο, τον πρωκτό και το δέρμα της περιοχής, τα λεμφαγγεία αποχετεύουν τη λέμφο στην επιφανειακή ομάδα των βουβωνικών λεμφαδένων που βρίσκονται κατά μήκος των βουβωνικών συνδέσμων και στην επιφανειακή ομάδα των μητριάων λεμφαδένων, που περιβάλλουν τις σαφήνεις φλέβες στο ύψος που αυτές περνάνε το ωοειδή τμήματα. Και οι δύο παραπάνω ομάδες αποχετεύουν τη λέμφο τους στους μητριάους λεμφαδένες που βρίσκονται βαθιά. Ανάμεσα σ' αυτούς βρίσκεται και το γάγγλιο των Cloquet που δέχεται λεμφαγγεία από την κλειτορίδα και αποχετεύει λέμφο στους εξωτερικούς και κοινούς λαγόνιους λεμφαδένες και ύστερα στους λεμφαδένες της αορτής.

**ΚΟΛΠΟΣ:** Από τον κόλπο τα λεμφαγγεία φέρνουν τη λέμφο τους στη βουβωνική ομάδα από το κατώτερο τριτημόριο και στα λεμφαγγεία του τραχήλου από τα δύο ανώτερα τριτημόρια του.

**ΤΡΑΧΗΛΟΣ:** Από τον τράχηλο τα λεμφαγγεία ακολουθούν τρεις κατευθύνσεις. Με την πρώτη περνάνε μέσα από το κυτταρολιπώδη ιστό που βρίσκεται στη βάση των πλατέων συνδέσμων δίπλα στα μητριάα αγγεία και φτάνουν στους εξωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες. Έτσι, τα λεμφαγγεία αυτά περνάνε πάνω και κάτω από τον ουρητήριο. Μάλιστα μερικά από αυτά μετά εκβάλλουν σε ασταθή λεμφαδένα, που βρίσκεται κοντά στον ουρητήρα και που επινεμεσή του, σε περίπτωση καρκίνου, έχει σημασία για την πρόγνωση της πάθησης. Από τους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες η λέμφο μεταφέρεται στους λεμφαδένες των κοινών λαγόνιων αρτηριών, και στη συνέχεια στους λεμφαδένες της αορτής. Με τη δεύτερη κατεύθυνση τα λεμφαγγεία από τον τράχηλο της μήτρας περνάνε μέσα στις πτυχές που

σχηματίζουν οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι και αποχετεύουν τη λέμφο στους προϊερούς και παραορθικούς λεμφαδένες και από αυτούς στους κάτω αορτικούς λεμφαδένες. Με την τρίτη κατεύθυνση η λέμφος από τον τράχηλο της μήτρας φέρνεται οπισθοπεριτοναϊκά στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες. Μερικά λεμφαγγεία του τραχήλου μεταφέρουν τη λέμφο τους σε ομάδα λεμφαδένων που βρίσκεται στην επιφάνεια των εσωτερικών θυρεοειδών μυών.

**ΣΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ:** Από το σώμα της μήτρας λίγα μόνο λεμφαγγεία μεταφέρουν τη λέμφο της. Ειδικότερα από τον πυθμένα της και το ανώτερο τμήμα της τα λεμφαγγεία πορεύονται μέσα στο πλατύ σύνδεσμο, ανταμώνουν εκεί τα λεμφαγγεία των ωθηκών και μεταφέρουν τη λέμφο τους, στους λαγόνιους οσφυϊκούς και άνω αορτικούς λεμφαδένες. Λίγα λεμφαγγεία περνάνε τους στρογγυλούς συνδέσμους στους επιφανειακούς βουβωνικούς λεμφαδένες. Από το κατώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας τα λεμφαγγεία πορεύονται προς τα κάτω και συναντούν τα λεμφαγγεία του τραχήλου. Αυτή η ξεχωριστή πορεία των λεμφαγγείων του πυθμένα της μήτρας και του ανώτερου τμήματός της, από την πορεία των λεμφαγγείων του κατώτερου τμήματος της, και έχει σημασία για τη θεραπεία του καρκίνου. Έτσι εξεργασία που εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας απαιτεί ριζικότερη επέμβαση από εξεργασία του ανώτερου τμήματος της και του πυθμένα της.

**ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ – ΩΟΘΗΚΕΣ:** Τα λεμφαγγεία αυτών ανταμώνουν τα λεμφαγγεία του πυθμένα της μήτρας, πορεύονται μαζί με τα ωθηκικά αγγεία και εισβάλλουν στις ομάδες των εσωτερικών λαγόνιων λεμφαδένων και των αορτικών.

**ΟΥΡΗΘΡΑ – ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ:** Από αυτές τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στην ομάδα των εξωτερικών λαγόνιων λεμφαδένων για το πρόσθιο και το ανώτερο τμήμα του τοιχώματος της κύστης. Τα λεμφαγγεία της βάσης του οπίσθιου και του κατώτερου τμήματος του τοιχώματος της κύστης και τα λεμφαγγεία της ουρήθρας ανταμώνουν τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματος της μήτρας, του τραχήλου και του ανωτέρου τμήματος του κόλπου.

**ΟΡΘΟ:** Τα λεμφαγγεία του εκβάλλουν στους επιφανειακούς βουβωνικούς λεμφαδένες για το κατώτερο τμήμα και τους παραορτικούς για το υπόλοιπο τμήμα του.

### **ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.**

Το αιδοίο αγγειώνεται από την εσωτερική αιδοϊκή αρτηρία, που είναι κλάδος της εσωτερικής λαγόνιας και χωρίζεται στη περινεϊκή και στην αρτηρία της κλειτορίδας και από κλάδους της εξωτερικής αιδοϊκής που είναι κλάδος της μητριάας αρτηρίας. Οι φλέβες του αιδοίου αντιστοιχούν στις αρτηρίες του, σχηματίζουν πλέγματα και εκβάλλουν στις εσωτερικές λαγόνιες φλέβες. Στην πορεία τους αναστομώνονται με τις μεγάλες σαφηνείς και τις θυροειδείς φλέβες. Τα λεμφαγγεία του αιδοίου εκβάλλουν στους επιφανειακούς βουβωνικούς λεμφαδένες και το γάγγλιο του Cloquet, που βρίσκεται κάτω από τον βουβωνικό σύνδεσμο, στους βουβωνικούς αδένες, που βρίσκονται βαθύτερα στους μηριαίους λεμφαδένες και στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες.

**ΚΟΛΠΟΣ:** Ο κόλπος αγγειώνεται από τις κοιλιακές αρτηρίες και από τη μέση αιμορροϊδική. Ειδικότερα του ανώτερου τμήματός του από τη μέση κοιλιακή, κλάδου της κάτω κυστικής και του κατώτερου τμήματος από την κάτω κοιλιακή, κλάδου της μέσης αιμορροϊδικής. Οι φλέβες του κόλπου αναστομώνονται με τις φλέβες της μήτρας και τις φλέβες άλλων οργάνων της πυέλου, σχηματίζουν πλέγματα και εκβάλλουν στις εσωτερικές λαγόνιες φλέβες. Τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του κόλπου συνοδεύουν τα μητριάια αγγεία και εκβάλλουν στους εξωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες. Μερικά λεμφαγγεία περνάνε στους ιερομητρικούς συνδέσμους και εκβάλλουν στους προϊερούς λεμφαδένες και στη συνέχεια στους αορτικούς του μεσαίου τμήματος του κόλπου, τα λεμφαγγεία συνοδεύουν την κοιλιακή αρτηρία και εκβάλλουν στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες. Του κατώτερου τμήματος του κόλπου συνοδεύουν τα αγγεία της περιοχής του περινέου και εκβάλλουν στους επιφανειακούς βουβωνικούς λεμφαδένες.

**ΜΗΤΡΑ:** Η μήτρα αγγειώνεται από τις μητριάιες αρτηρίες, κλάδους των εσωτερικών λαγόνιων ή των κάτω κυστικών αρτηριών και σε μικρό βαθμό από τις ωθηκές, κλάδους της κοιλιακής αορτής. Οι φλέβες της μήτρας αντιστοιχούν στις αρτηρίες της και εκβάλλουν κυρίως στις εσωτερικές λαγόνιες φλέβες. Τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος της μήτρας συνοδεύουν τα ωθηκικά και εκβάλλουν στους παραορτικούς λεμφαδένες και μερικά, με τους στρογγυλούς συνδέσμους, στους βουβωνικούς λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματος της μήτρας παρακολουθούν την πορεία των λεμφαγγείων του τραχήλου και εκβάλλουν στους εξωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία του τραχήλου, μέσω των παραμητρίων, εκβάλλουν στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες, μέσω των ιερομητρικών συνδέσμων στους ιερούς και μέσω του οπίσθιου περιτοναίου στους λαγόνιους λεμφαδένες.

**ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ:** Οι σάλπιγγες αγγειώνονται από τους αγωγικούς κλάδους των μητριάιων αρτηριών για τα 2/3 του τμήματος που βρίσκονται κατά σ' αυτές και από αγωγικούς κλάδους των ωθηκικών αρτηριών για το υπόλοιπο τμήμα που βρίσκεται στον κώδωνα. Οι φλέβες των σαλπίγγων παρακολουθούν τις αρτηρίες και εκβάλλουν στις μητριάιες και ωθηκικές φλέβες. Τα λεμφαγγεία των σαλπίγγων εκβάλλουν στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες και στους παραορτικούς λεμφαδένες.

**ΩΟΘΗΚΕΣ:** Οι ωθηκές αγγειώνονται από τις ωθηκικές αρτηρίες, κλάδους της κοιλιακής αορτής και από κλάδους των μητριάιων αρτηριών. Οι φλέβες τους βγαίνοντας από τις πύλες σχηματίζουν πλέγματα εκβάλλουν στις ωθηκικές φλέβες και από αυτές, της δεξιάς ωθήκης στην κάτω κοίλη φλέβα και της αριστερής στη νεφρική φλέβα. Τα λεμφαγγεία των ωθηκών εκβάλλουν στους αορτικούς λεμφαδένες.

**ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ:** Τα σπλάχνα της πυέλου νευρώνονται από το ζωικό και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. (Α. Ν. Σ.). Το πρώτο νευρώνει τους γραμμωτούς μυς της πυέλου και το δεύτερο ρυθμίζει τη λειτουργία της πυέλου, που αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες.

**ΖΩΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Τα νεύρα του συστήματος αυτού που νευρώνουν την πύελο είναι: ΑΙΔΟΙΙΚΟ ΝΕΥΡΟ: Αυτό εκφύεται από το αιδοϊκό πλέγμα και χορηγεί το κάτω αιμορροϊδικό, το περινεϊκό και το ροχιαίο νεύρο της κλειτορίδας, για τις αντίστοιχες περιοχές. ΛΑΓΟΝΟΒΟΥΒΩΝΙΚΟ ΝΕΥΡΟ: Αυτό εκφύεται από το οσφυϊκό πλέγμα και χορηγεί ίνες στο εφηβαίο και στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. ΑΙΔΟΙΟΜΗΡΙΚΟ ΝΕΥΡΟ: Αυτό εκφύεται από το οσφυϊκό πλέγμα ακολουθεί την πορεία του στρογγυλού συνδέσμου και χορηγεί ίνες στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. ΚΟΚΚΥΓΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ: Αυτό προέρχεται από το 4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> ιερό νεύρο και από το κοκκυγικό και οι κλάδοι του νευρώνουν τον ανελκτήρα μυ και τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού.

**ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Α. Ν. Σ.):** Το σύστημα αυτό νευρώνει τα γεννητικά όργανα της γυναίκας με το πυελικό ή μητροκολπικό πλέγμα. ΠΥΕΛΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ: Αυτό βρίσκεται στη πυελική κοιλότητα, δίπλα από το ορθό, πάνω στα ιερά τμήματα και μέσα στο παρασθητικό κυτταρολοπώδη ιστό, ύστερα πορεύεται προς τα εμπρός, μέσα στον ιστό των ιερομητρικών πτυχών και με τους κύριους ή εγκάρσιους συνδέσμους φτάνει στα πλάγια του τραχήλου και τους κολπικούς θόλους. Οι συμπαθητικές, ίνες του πυελικού πλέγματος και γάγγλια που βρίσκονται κατά μήκος των αιμοφόρων αγγείων του ανωτέρου τμήματος του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και που χορηγούν κλάδους στα τμήματα αυτά.

**ΝΕΥΡΩΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ:** Συνοπτικά η νεύρωση των γεννητικών οργάνων της γυναίκας, ξεχωριστά για κάθε όργανο, γίνεται όπως παρακάτω: ΕΦΗΒΑΙΟ: Από το λαγονοβουβωνικό νεύρο. ΠΕΡΙΝΕΟ: Από αιμορροϊδικούς κλάδους των αιδοϊκών νεύρων και περινεϊκούς των μπροδερματικών. ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ: Από τα αιμορροϊδικά νεύρα. ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ: Από τα υπογάστρια αιδοϊκά και πυελικά συμπαθητικά νεύρα. ΚΟΛΠΟΣ: Από το μητροκολπικό πλέγμα. ΜΗΤΡΑ: Από το μητροκολπικό πλέγμα που βρίσκεται ανάμεσα από τον τράχηλο και τους κολπικούς θόλους. Το μεγαλύτερο γάγγλιο του πλέγματος αυτού περιγράφεται σαν τραχηλικό γάγγλιο του Frankenhauser. ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ: Από το ωθηκικό και μητροκολπικό πλέγμα. ΩΟΘΗΚΕΣ: Από κλάδους του αορτικού και νεφρικού συμπαθητικού πλέγματος.

## 1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

**ΦΥΛΕΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ:** Υπάρχουν πολλές γενετικές διαφορές και καταβολές που ξεχωρίζουν έναν άντρα από μια γυναίκα, η σπουδαιότερη όμως από αυτές που την ξεχωρίζουν από τον άντρα, αφορούν τις λεγόμενες γονάδες. Γονάδες για τον άντρα είναι οι όρχεις και για την γυναίκα οι ωοθήκες. Οι γονάδες που αποτελούν τους γεννητικούς αδένες, στα πρώτα χρόνια της ζωής παραμένουν σε ηρεμία. Αργότερα αρχίζουν να ενεργοποιούνται αυτά από την επίδραση ορμονών του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης, που επειδή δρουν στις γονάδες, λέγονται γοναδοτρόπες. Η ενεργοποίηση των γονάδων συνίσταται στην έκκριση δικών τους ορμονών που με την επίδραση τους προκαλούν την εμφάνιση των τυπικών χαρακτηριστικών διαφορών ανάμεσα στη γυναίκα και στον άντρα. Πριν όμως από αυτές έχουν επιδράσει οι ορμόνες των επινεφριδίων. Η εμφάνιση αυτών των διαφορών, που είναι η ανάπτυξη των μαστών, η ανάπτυξη των τριχών στο εφηβείο και στις μασχάλες, η ανάπτυξη των μεγάλων χειλέων του αιδοίου, ο καταμερισμός του λίπους που κάνει τη γυναίκα να έχει περισσότερες καμπύλες από τον άντρα, το λείο και άτριχο δέρμα, η πλατύτερη λεκάνη, ο λεπτότερος σκελετός, το λεπτότερο μυϊκό σύστημα, η λεπτότερη φωνή κ. λ. π. αναγγέλλουν την ωρίμανση της γυναίκας, τη φυλετική της διαφοροποίηση. Ουσιαστική επίδραση στη διαφοροποίηση αυτή έχουν για τη γυναίκα οι οιστρογόνες ορμόνες των ωοθηκών. Και στα δύο φύλα οι γεννητικοί αδένες έχουν διπλή αποστολή. Παράγουν γαμέτες (ωάρια στη γυναίκα, σπερματοζωάρια στον άντρα). Συμβαίνει και στα δύο φύλα να παράγονται οι ίδιες γεννητικές ορμόνες. Υπάρχει όμως διαφορά στην ποσότητά τους. Έτσι, οι ωοθήκες εκκρίνουν μεγάλα ποσά οιστρογόνων και μικρά ποσά ανδρογόνων ορμονών. Και η παραγωγή σπερματοζωαρίων και ωαρίων και η έκκριση ορμονών από τους όρχεις και τις ωοθήκες, κατευθύνονται, όπως είπαμε, από την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης. Η έκκριση αυτή του άντρα είναι συνεχιζόμενη, ενώ στη γυναίκα περιοδική. Αλλά δεν είναι μόνο η υπόφυση, που με τις γοναδοτρόπες ορμόνες ρυθμίζει την εκκριτική δραστηριότητα των γονάδων είναι που και οι γονάδες ρυθμίζουν την έκκριση της υπόφυσης. Αυτή την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην υπόφυση και στις γονάδες την λέμε παλίνδρομη

αλληλορύθμιση (Feedback). Συμβαίνει όμως και ο υποθάλαμος να παίρνει μέρος σ' αυτή. Δηλαδή ο υποθάλαμος με νευροδιαβιβαστές του και με τη βοήθεια νευροηλεκτρικών ερεθισμάτων μπορεί να προκαλέσει την έκκριση ορμονών. Αυτό το λέμε νευρο – εκκριτική λειτουργία. Έτσι διαπιστώνουμε, πως ανάμεσα στους ενδοκρινικούς παράγοντες, που παίζουν ρόλο στη φυλετική διαφοροποίηση της γυναίκας και στη φυσιολογική λειτουργία του γεννητικού της συστήματος, έχει θέση και το νευρικό σύστημα, αφού μέρος του είναι ο υποθάλαμος. Η ρυθμική αλληλεπίδραση αυτών των νευρο – ορμονικών παραγόντων δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την εμφάνισή της εμμηνορρυσίας αυτής που τη σφραγίζει σαν γυναίκα και που τις εξασφαλίζει τις προϋποθέσεις για αναπαραγωγή. ΗΛΙΚΙΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ: Μετά τη γέννηση της η γυναίκα λέγεται νεογνό ή νεογέννητο και οι ημέρες της ζωής που περνάει, μέχρι τότε, που οι λειτουργίες του οργανισμού της προσαρμόστούν στις έξω από τη μήτρα συνθήκες, αποτελούν τη νεογνική ηλικία της. Η νεογνική ηλικία της εμφανίζει ποικιλία ως προς την διάρκεια της, γιατί όλος ο οργανισμός δεν προσαρμόζεται μέσα στον ίδιο χρόνο. Κατά τεκμήριο ο χρόνος αυτός υπολογίζεται σε τέσσερις εβδομάδες και περιλαμβάνει την βρεφική ηλικία της γυναίκας. Ύστερα από τη βρεφική της ηλικία, και αφού πρώτα περάσει από ένα στάδιο της ηλικίας της που το χαρακτηρίζουμε σαν νηπιακή ηλικία, περνάει στην παιδική ηλικία. Η παιδική ηλικία φτάνει ως τον έβδομο χρόνο της ζωής της. Στη διάρκειά της υπάρχει υποτυπώδης λειτουργία της υπόφυσης. Στη διάρκεια της νηπιακής και παιδικής ηλικίας η γυναίκα διαμορφώνεται ανάλογα με τις κληρονομικές καταβολές και την επίδραση του περιβάλλοντος. Μετά την παιδική ηλικία ανάμεσα στα επτά ως τα εννέα έτη της περνάει την προεφηβική ηλικία, που στη διάρκειά της ενεργοποιείται ο υποθαλαμο – υποφυσικός άξονας. Μετά το δέκατο χρόνο της ηλικίας της η γυναίκα περνάει την εφηβική ηλικία, που στη διάρκειά της διαμορφώνεται σε τέλεια γυναίκα, ύστερα από λειτουργική διαφοροποίηση του άξονα υποθάλαμο – υπόφυση – ωοθήκες – γεννητικό σύστημα και ύστερα από την εμφάνιση της πρώτης εμμηνορρυσίας. Μετά την εφηβική ηλικία η γυναίκα ολοκληρώνεται με το πέρασμα στη γενετησιακή ηλικία, που τη χαρακτηρίζει η περιοδική εμφάνιση της εμμηνορρυσίας και η ικανότητά της για αναπαραγωγή.



## ΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Γεννητική ηλικία της γυναίκας ονομάζεται η εποχή εκείνη κατά τη διάρκεια της οποίας υπάρχει η ικανότητα για αναπαραγωγή. Χαρακτηρίζεται από μορφολογική, λειτουργική και ψυχολογική ωριμότητα, αρχίζει δε από τη στιγμή της τέλει αναπτύξεως των πρωτογενών και δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου και τελειώνει με το κλιμακτήριο. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα της αποχής αυτής στη γυναίκα, είναι η περιοδική εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, φαινόμενο που οφείλεται στη ρυθμική επανάληψη του πειράματος της φύσεως για τη διαιώνιση του είδους, δηλαδή για την επιτυχία της γονιμοποίησης. Οι κυκλικά επαναλαμβανόμενες διεγέρσεις, στη διάρκεια της γεννητικής ηλικίας, έχουν απήχηση σε όλα σχεδόν τα όργανα του γυναικείου οργανισμού. Αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στην περιοδική παραγωγή των γεννητικών ορμονών, οι οποίες με την κυκλοφορία τους στο γυναικείο οργανισμό, συμβάλλουν στην ολοκλήρωση της ψυχοσωματικής κατασκευής και στην προετοιμασία μιας ενδοχόμενης μητρότητας. Ύστερα περνάει στην προεμμηνοπαυσιακή ηλικία, που χαρακτηρίζεται από σειρά συμπτωμάτων και μεταβολών του οργανισμού της, που συνθέτουν την κλιμακτηριακή ηλικία (από το ρήμα «κλίνω», παράγωγα κλίμας – κλίμακος). Αυτή κρατάει μέχρι την τελική παύση της εμμηνορρυσίας. Τότε λέμε πως η γυναίκα πέρασε στην εμμηνοπαυσιακή ηλικία. Την ηλικία αυτή ακολουθεί μια μεταβατική ηλικία, η μετεμμηνοπαυσιακή και αυτή η γεροντική ηλικία που κρατάει ως το θάνατό της.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ (ΥΠΟΘΑΛΑΜΟ – ΥΠΟΦΥΣΗ – ΩΟΘΗΚΕΣ).

ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ: Περιγραφή: Ο υποθάλαμος βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του εγκεφάλου, στο διάμεσο εγκέφαλο και πάνω από το οπτικό χίασμα. Η άνω επιφάνειά του αποτελεί το έδαφος και τμήμα των πλάγιων τοιχωμάτων της τρίτης κοιλίας. Έχει βάρος 4 –5 γραμ. και διαστάσεις 1,3 – 1,5 εκ. και αποτελείται από άθροισμα πυρήνων. Στο πρόσθιο μέρος του υπάρχει υπερροπτικός και παρακοιλιακός πυρήνας, που οι νευρικές τους ίνες φτάνουν στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης, όπου αποθηκεύονται οι ορμόνες

του. Στο μεσαίο μέρος του υποθάλαμου υπάρχει ο μεσοκοιλιακός, ο ραχιακός και ο τοξοειδής πυρήνας, η δεσμίδα του ρομβοειδούς βόθρου και ο πυρήνας του φαιού φύματος. Αυτός βρίσκεται πολύ κοντά στην υπόφυση και οι ίνες του τελειώνουν μέσα στο μίσχο της. Μέσω αυτών των ινών ελέγχεται η σύνδεση του μίσχου της υπόφυσης με το πυλαίο σύστημα που θα βρούμε παρακάτω. Στο οπίσθιο μέρος του υποθάλαμου υπάρχουν τα μαστία. Ο υποθάλαμος αγγειώνεται από το δακτύλιο του Willis. ΣΧΕΣΕΙΣ: Ο υποθάλαμος επειδή συνδέεται με το δραπανοειδές σύστημα και το δικτυωτό σχηματισμό, δηλαδή τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα ελέγχει πολλές λειτουργίες του οργανισμού. Ενδιαφέρον για τη γυναικολογία έχει η σχέση του με την υπόφυση, γιατί ανάμεσα στον υποθάλαμο και στον οπισθιολοβό της υπόφυσης υπάρχουν νευρικές συνδέσεις που προέρχονται από τους υπεροπτικούς και παρακοιλιακούς πυρήνες και αποτελούν το υποθάλαμο – νευροϋποφυσικό σύστημα. ΕΚΚΡΙΣΗ: Ο υποθάλαμος ρυθμίζει την έκκριση ορμονών του προσθίου λοβού της υπόφυσης με παράγοντες (Releasers), που διακρίνονται σε ελκυστικούς (releasing) και ανασταλτικούς (inhibiting). Οι παράγοντες αυτοί που θεωρούνται νευροορμονικοί βρέθηκαν 9. Από αυτούς οι έξι ρυθμίζουν ορμόνες που διεγείρουν και οι 3 που αναστέλλουν την έκκριση των υποφυσικών ορμονών. Οι ορμόνες του υποθαλάμου, που απομονώθηκαν αναγνωρίστηκαν χημικά και μπορέσαμε να τις συνδέσουμε. Είναι τρεις: η εκλιτική ορμόνη της θυροειδοτρόπου, η ανασταλτική ορμόνη της σωματοτρόπου και η ελκυστική ορμόνη των γοναδοτρόπων ορμονών. Αυτή η Gn R H (Gonadotropine Releasing Hormone). Ίσως υπάρχουν 2 ξεχωριστές για την κάθε γοναδοτρόπο ορμόνη ελκυστικές ορμόνες, γιατί η απάντηση της κάθε μιας από τις γοναδοτρόπες ορμόνες διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τη φάση του ωθητικού κύκλου που ελέγχεται κ. λ. π.

### 1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ

Άμβλωση είναι η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, δηλαδή η αφαίρεση του κυήματος από την μήτρα στους πρώτους μήνες. Σύμφωνα με το Ν. 1606 / 86, μια γυναίκα πάνω από 16 χρονών, η οποία είναι έγκυος, έχει το δικαίωμα να κάνει άμβλωση μέχρι και τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης της, υπολογίζοντας από την πρώτη ημέρα της τελευταίας περιόδου. Εάν η γυναίκα είναι κάτω των 16 χρονών, τότε χρειάζεται η συγκατάθεση των γονιών της ή του κηδεμόνα της. Μετά τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, η άμβλωση επιτρέπεται μόνο όταν:

- 1) Με προγεννητικό έλεγχο βρέθηκε ότι το έμβρυο έχει σοβαρές ανωμαλίες (μέχρι την 24<sup>η</sup> εβδομάδα).
- 2) Η εγκυμοσύνη αφορά ανήλικη ανίκανη ή είναι αποτέλεσμα βιασμού, αιμομιξίας (μέχρι και την 19<sup>η</sup> εβδομάδα).

Η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορους τρόπους όπως με φάρμακα, μηχανικά μέσα καθώς και με εγχείρηση.

Διαφορά της Άμβλωσης από την Έκτρωση.

Στις μέρες μας έχει κατά κανόνα επικρατήσει να ονομάζουμε την Άμβλωση, έκτρωση. Υπάρχουν, όμως και κάποια σημεία που φανερώνουν ακριβώς τη διαφορά ανάμεσα σ' αυτές τις δυο έννοιες. Η άμβλωση είναι η βίαιη διακοπή μιας εγκυμοσύνης με τεχνητά μέσα. Η προκλητή έκτρωση πραγματοποιείται για θεραπευτικούς λόγους ή ακόμα λόγω μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Αντίθετα η αποβολή ή η φυσική έκτρωση είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. 1 στις 10 εγκυμοσύνες διακόπτεται με αυτό τον τρόπο. Ένα ποσοστό γύρω στο 70 – 75% των κυήσεων συμβαίνει στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Τα πιο συνήθη αίτια είναι: διαμαρτυρίες της μήτρας, ανωμαλίες του πλακούντα, ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου, ασθένεια της μήτρας κ. α.

Η έκτρωση που πραγματοποιείται ή που συμβαίνει πριν τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, καλείται πρώιμη, ενώ αυτή που συμβαίνει ή πραγματοποιείται ανάμεσα από τη 12<sup>η</sup> – 20η εβδομάδα καλείται όψιμη. Το αποβαλλόμενο περιεχόμενο, καλείται έκτρωμα. Το έμβρυο ζυγίζει λιγότερο από 500 γρ., έχει μήκος γύρω στα 18 εκ. και δεν καταχωρείται, ούτε στα νεκρά, ούτε στα ζωντανά νεογνά.

## 1.4 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η πιο συχνή ένδειξη για την έκτρωση είναι η επιθυμία της ίδιας της γυναίκας να μην συνεχίσει την εγκυμοσύνη της. Πιο κάτω αναφέρονται επιγραμματικά οι κυριότερες ιατρικές ενδείξεις για διακοπή μιας κύησης:

### I. Από το έμβρυο

1. Γνωστή δυσπλασία στο έμβρυο.
2. Χρωμοσωματική διαταραχή.
3. Έκθεση του εμβρύου σε γνωστά τερατογόνα.
4. Ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου.

### II. Από τη μητέρα

1. Καρδιαγγειακή νόσος: πνευμονική υπέρταση, σύνδρομο Eisenmenger, ιστορικό μυοκαρδιοπάθειας της κύησης, βαρεία υπέρταση.
2. Συγγενείς παθήσεις
3. Αιματολογικά νοσήματα
4. Μεταβολικά νοσήματα
5. Νευρολογικά νοσήματα
6. Νεφροπάθεια
7. Νεοπλάσματα
8. Πάθηση σχετική με την παρούσα κύηση: ενδομήτρια λοίμωξη, τοξιναιμία.

Η **τεχνητή έκτρωση (Τ. Ε)** με εξωίτρακικές ενδείξεις, παρά την αυστηρή απαγόρευση της από την ελληνική Νομοθεσία, εφαρμόζεται στην Ελλάδα σε πολύ μεγάλη κλίμακα και αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα με πολλαπλές επεκτάσεις. Το γεγονός ότι οι Τ. Ε αποτελούν ένα ανεξέλεγκτο δραστικό μέσο περιορισμού των γεννήσεων, υποδηλώνει τη δυνατότητα της ύπαρξης καταστροφικών επιδράσεων στη Δημογραφική Ισορροπία του Πληθυσμού (Δ. Ι. Π). Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται στη χώρα μας γύρω από τις 300.000 ως 500.000 Τ. Ε και αυτό εκφράζει το μέτρο της ανευθυνότητας των κοινωνικών υπηρεσιών, όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος.

Η απαγόρευση της διενέργειας Τ. Ε έχει σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή ή ανύπαρκτη ενημέρωση των υπεύθυνων υπηρεσιών πάνω στις βασικές παραμέτρους του προβλήματος “έκτρωση”. Τέτοιες παράμετροι είναι:

- 1) Η καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση των αιτιών που οδηγούν στην έκτρωση, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για τον περιορισμό της.
- 2) Η καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση των διάφορων επιπλοκών της έκτρωσης, ώστε να προσδιοριστεί το μέγεθος του μετεκρωτικού αναπαραγωγικού προβλήματος και της επίδρασης στην ψυχική υγεία των ατόμων και των ζευγαριών.
- 3) Ο προσδιορισμός των οικονομικών επιπτώσεων στο άτομο ή το ζευγάρι.
- 4) Ο προσδιορισμός του πραγματικού μεγέθους του προβλήματος, ώστε να προκύψει ο σωστός προβληματισμός του υπεύθυνου φορέα. Η καταγραφή των παραπάνω παραμέτρων, όπως γίνεται άμεσα αντιληπτό, έχει σαν προϋπόθεση τη νομιμοποίηση της “έκτρωσης”, που εκτός των άλλων περιορίζει τη δραστηριότητα παραιτιατρικών κυκλωμάτων, που καλύπτονται κάτω από τη δικαιολογία του απαγορευμένου. Όμως η κυριότερη επίπτωση της νομιμοποίησης είναι ο περιορισμός του αριθμού των Τ. Ε που έρχεται σαν αποτέλεσμα λήψης των απαραίτητων αιτιολογημένων μέτρων. Η αρνητική αυτή επίδραση της νομιμοποίησης της έκτρωσης, πάνω στη συχνότητα εφαρμογής της, έχει επιβεβαιωθεί σε κοινωνίες που νομιμοποίησαν την επέμβαση. Όμως η έκτρωση από κάθε άποψη – Ιατρική και Ηθικοκοινωνική – αποτελεί την πιο απαράδεκτη μέθοδο ρύθμισης της αναπαραγωγής. Η Τ. Ε ιδανικά θα έπρεπε να γίνονταν μόνο στις περιπτώσεις αποτυχίας μιας μεθόδου αντισύλληψης. Η εφαρμογή της, σαν μια προγραμματισμένη μέθοδος υποδηλώνει την ανυπαρξία ή αποτυχία ενός προγράμματος. Οικογενειακού προγραμματισμού, που αποτελεί θλιβερό προνόμιο χωρών του λεγόμενου Τρίτου Κόσμου.

## 1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι εκτιμήσεις της συχνότητας και της επίπτωσης των εκτρώσεων δεν είναι δυνατόν να υπολογισθούν, γιατί οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται από ιδιώτες γιατρούς και δεν καταγράφονται. Πρόσφατες εκτιμήσεις ανεβάζουν τον αριθμό των εκτρώσεων ανά τον κόσμο σε 55 εκατομμύρια τον χρόνο, με 130 εκατομμύρια γεννήσεων ζώντων τέκνων. Σε προσπάθειες υπολογισμού του αριθμού των εκτρώσεων σε διάφορες χώρες από το 1977 ως το 1980 βρέθηκαν μερικές τιμές με αρκετό βαθμό αξιοπιστίας. Οι αριθμοί αυτοί παρατίθενται στον ΠΙΝ. 1. Μελετήθηκαν ακόμη τα χαρακτηριστικά των γυναικών, που καταφεύγουν στην έκτρωση τα οποία παρατίθενται στον ΠΙΝ. 2. Παλαιότερα, το 1978, έγινε στις ΗΠΑ μελέτη της συχνότητας των εκτρώσεων ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας, όπως φαίνεται στον ΠΙΝ. 3.

Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα στις ηλικίες 18 – 19 ως γνωστόν, τότε η γυναίκα είναι πολύ γόνιμη, έχει επαφές, αλλά είναι ανύπαντρη, άπειρη και απρόσεκτη όσον αφορά την αντισύλληψη. Είναι όμως αυτή η μικρή ηλικία, στην οποία παρατηρούνται και αυξημένες εκτρώσεις με κύηση προχωρημένης ηλικίας, γιατί δεν υπάρχει εμπειρία και τα συμπτώματα της κύησης αργούν να αναγνωρισθούν από τη γυναίκα, δεν θέλει να παραδεχτεί ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει σ' αυτήν, δεν ξέρει που να αποτανθεί για βοήθεια και δεν έχει εμπιστοσύνη στους άλλους. Παράλληλα συντρέχουν και οικονομικοί λόγοι, ενώ πολλές φορές διστάζουν να το αποκαλύψουν στους γονείς, για να δώσουν τη συγκατάθεσή τους. Ο ΠΙΝ. 4 εμφανίζει την κατανομή συχνότητων των εκτρώσεων ανά ηλικία της γυναίκας και ηλικία κυήσεως.

**Πίνακας 1.** Αριθμός εκτρώσεων ανά 1.000 γυναίκες ανά έτος στις ηλικίες 15 – 44 ετών.

ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ	ΕΚΤΡ / 1000 ΓΥΝ / ΕΤΟΣ
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1979	5,3
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	1980	10,5
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	1979	14,7
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	1980	16,3
ΣΟΥΗΔΙΑ	1980	20,7
ΔΑΝΙΑ	1979	21,6
ΑΝ. ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1977	22,5
ΗΠΑ	1980	31,0
ΤΣΕΧΟΣΛΟΒΑΚΙΑ	1980	30,0
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	1980	36,1
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	1978	68,3

**Πίνακας 2.** Χαρακτηριστικά των γυναικών που καταφεύγουν στην έκτρωση.

<b>I. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΩΝ</b>			
≤ 19	30,8 %	25 – 29	18,9 %
20 – 24	34,7 %	≥ 30	15,6
<b>II. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>			
Έγγαμες: 23,5 %		Άγαμες: 76,5 %	
<b>III. ΤΟΚΟΣ</b>			
0: 56,6 %	I: 19,2 %	II: 14,1 %	III. 5,9 % IV + : 4,2 %
<b>V. ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ</b>			
≤ 8 : 50,2 %		13 – 14 : 4,5 %	
9 – 10 : 27,6 %		16 – 20 : 3,6 %	
11 – 12 : 13,3 %		21 + : 0,8 %	
<b>VI. ΤΟΠΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ</b>			
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : 24,9 %		ΙΔ. ΚΛΙΝΙΚΗ: 70, 8 %	ΙΑΤΡΕΙΟ: 4,3%

**Πίνακας 3.** Συχνότητα εκτρώσεων ανά ηλικία ( ΗΠΑ 1978)

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΕΚΤΡ / 1000 ΓΥΝ.</b>	<b>ΕΚΤΡ / 100 ΚΥΗΣΕΙΣ</b>
<b>- 14</b>	14	16,2
<b>15 – 17</b>	12	14,6
<b>18 – 19</b>	23	14,6
<b>20 – 24</b>	18	11,4
<b>25 – 29</b>	11	8,2
<b>30 – 34</b>	6,2	9
<b>34 – 39</b>	3,6	14
<b>40+</b>	1,2	19,4

**Πίνακας 4.** Κατανομή των εκτρώσεων ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και την ηλικία κυήσεως.**ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΕΩΣ**

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>- 8</b>	<b>9 – 10</b>	<b>11 – 12</b>	<b>13 – 15</b>	<b>16 – 20</b>	<b>21 +</b>
<b>≤ 14</b>	25	26	16	12	14	7
<b>15 – 17</b>	32	29	17	18	10	4
<b>18 – 19</b>	41	29	15	6	6	3
<b>20 – 24</b>	49	28	12	5	3	3
<b>25 – 29</b>	56	26	10	4	3	1
<b>30 – 34</b>	61	24	8	3	2	1
<b>35 – 39</b>	61	24	8	3	2	1
<b>40+</b>	58	25	10	3	2	1

Η συχνότητα των επιπλοκών από τη διακοπή κύησης, όπως αναφέρθηκε και αλλού, εξαρτάται από την ηλικία της προς διακοπή κύησης, όπως φαίνεται στον ΠΙΝ. 5. Η συχνότητα επιπλοκών ανάλογα με την χρησιμοποιούμενη μέθοδο διακοπής φαίνεται στον ΠΙΝ. 6.



## ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η θνησιμότητα από τις διακοπές κυήσεων παρουσιάζει σημαντική ελάττωση με την πάροδο των ετών. Οι πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η θνησιμότητα από διακοπή κυήσεως είναι 0,8 / 100.000 γυναίκες ανά έτος, ενώ το ποσοστό σύμφωνα με άλλους είναι μικρότερο, της τάξεως του 0,5 / 100.000. Το αντίστοιχο μέγεθος το 1972 ήταν 4,1 / 100.000. Η θνησιμότητα ανάλογα με την ηλικία κύησης φαίνεται στον ΠΙΝ. 7, 8. Είναι χαρακτηριστικό ότι η θνησιμότητα αυξάνεται κατά 30% με κάθε εβδομάδα κύησης, εντονότερα από όσο αυξάνονται οι επιπλοκές. Θα πρέπει όμως να αναφερθεί ότι τα ποσοστά αυτά δεν είναι τρομακτικά, αν τα συγκρίνει κανείς με τη θνησιμότητα από την κύηση και τον τοκετό, όπως φαίνεται στον ΠΙΝ. 9.

Όσον αφορά στα αίτια θανάτου, και αυτά έχουν υποστεί αλλαγές τα τελευταία χρόνια · ενώ πριν από το 1977 κύριες αιτίες ήταν η λοίμωξη, η αιμορραγία και οι επιπλοκές από την αναισθησία, τώρα πλέον η αιμορραγία βρίσκεται στην πρώτη θέση και η λοίμωξη στην τελευταία.

Αυξημένου κινδύνου θεωρούνται οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και οι πολύτοκες με προχωρημένη εγκυμοσύνη, αν και η μεγαλύτερη ελάττωση της θνησιμότητας παρατηρείται στις διακοπές του 2<sup>ου</sup> τριμήνου. Πιθανές ερμηνείες για την ελάττωση της θνησιμότητας μπορεί να θεωρηθούν:

- (1) η αυξανόμενη εμπειρία των γιατρών
- (2) η αύξηση των εκτρώσεων που γίνονται σε μικρότερη ηλικία
- (3) το αυξημένο ποσοστό χρήσης ασφαλέστερων μεθόδων
- (4) η μη αναφορά θανάτων από έκτρωση · αυτή η ερμηνεία θεωρείται λιγότερο πιθανή, μια και πάντα υπήρξε το πρόβλημα της απόκρυψης της επέμβασης πολύ δε περισσότερο των επιπλοκών από αυτήν.

**Πίνακας 5.** Συχνότητα επιπλοκών από τη διακοπή κύησης, ανάλογα με την ηλικία κύησης.

ΗΛ. ΚΥΗΣΗΣ (ΕΒΔ)	ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΠΛ.	ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΕΠΙΠΛ.
- 6	7,2 – 10,3	0,4 – 0,6
7 – 8	4,7 – 6,6	0,3 – 0,4
9 – 10	5,6 – 7,7	0,4 – 0,6
11 – 12	8,2 – 9,9	0,8 – 1,0
13 – 14	17,0 – 18,1	1,4 – 1,6
15 – 16	33,1 – 36,2	1,9 – 2,1
17 – 20	39,9 – 47,5	2,2 – 2,5
21 +	36,1 – 47,5	2,3 – 2,9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	12,3 – 14,9	0,8 – 1,0

**Πίνακας 6.** Συχνότητα επιπλοκών από διακοπή κύησης, ανάλογα με τη μέθοδο.

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΗΛ. ΚΥΗΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΠΛ.	ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΕΠΙΠΛ.
ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ	- 6	6,0 – 9,2	0,2 – 0,3
ΕΚΤΡΩΣΗ	7 – 8	4,0 – 5,7	0,2 – 0,3
	9 – 10	4,7 – 6,6	0,3 – 0,4
	11 – 12	5,2 – 6,5	0,4 – 0,6
ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ	13 – 16	5,6 – 6,8	0,6 – 0,7
ΕΚΚΕΝΩΣΗ	17 +	4,8 – 5,3	0,5
ΥΠΕΡΤΟΝΟ NaCl	13 – 16	42,1 – 50,4	1,7
PG	17 +	36,3 – 45,4	1,7 – 2,2

**Πίνακας 7.** Θνησιμότητα από διακοπή κύησης, ανάλογα με την ηλικία αυτής (αριθμός θανάτων ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος).

ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
-8	0,4
9 – 10	1,2
11 – 12	1,9
13 – 15	5,9
16 – 20	12,8
21 +	16,4

**Πίνακας 8.** Θνησιμότητα από διακοπή κύησης, ανάλογα με τη μέθοδο.

ΑΠΟΞΕΣΗ	≤12 εβδ.	0,8	≥13 εβδ.	5,8
ΥΠΕΡΤΟΝΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ		9,2		
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ		39,1		
ΑΛΛΕΣ(PG κ. λ. π.)		16,7		

**Πίνακας 9.** Θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος από έκτρωση και ΤΟΚΕΤΟ.

ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Τοκετός	5,3	5,8	7,2	12,7	20,8	21,5
Έκτρωση	1,0	1,9				

## 1.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση ποικίλλει ανάλογα με την εποχή της εγκυμοσύνης, της αιτίας καθώς και του τρόπου θεραπείας που χρησιμοποιείται.

Κατά τον 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης η άμβλωση δεν είναι και τόσο επικίνδυνη, ενώ αντίθετα κατά τον 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης ο κίνδυνος (ιδίως της αιμορραγίας) είναι συνήθως μεγαλύτερος.

Τέλος, κατά τον 5<sup>ο</sup> και τον 6<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης η άμβλωση είναι ένας τοκετός σε μικρογραφία.

## 1.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΠΟΣΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Υπολογίζεται ότι 1 στις 4 περίπου κυήσεις στη γη, διακόπτεται με άμβλωση. Στις Ευρωπαϊκές χώρες η υπολογιζόμενη σχέση μεταξύ αμβλώσεων και παιδιών που γεννιούνται ζωντανά κυμαίνεται μεταξύ 0,8 / 1 και 13 / 1, αν και ο αριθμός των αμβλώσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερος από αυτόν που υπολογίζεται.

Στην Ιαπωνία η διακοπή της εγκυμοσύνης αποτελεί την κυριότερη μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Στις Η Π Α οι αμβλώσεις έφτασαν το 1975 το ένα εκατομμύριο το χρόνο. Τον ίδιο χρόνο έγιναν 273 αμβλώσεις για κάθε 1.000 ζωντανά παιδιά που γεννήθηκαν. Το 1 / 3 από τις αμβλώσεις αυτές αφορούσαν γυναίκες κάτω από τα 19 χρόνια.

Στην Ελλάδα γίνονται κάθε χρόνο πάνω από 150.000 έως 400.000 αμβλώσεις.

ΧΩΡΑ	Αναλογία καθ. Αμβλώσεων	Αναλ. στις 1000 γυναίκες
Τσεχία	6,5	1,7
Δανία	2,5	4,6
Αγγλία-Ουαλία	13,9	12,8
Γαλλία	1,3	1,9
Ουγγαρία	1,2	4,5
Ισλανδία	2,9	3,7
Ιταλία	0,9	1,7
Ολλανδία	4,4	2,3
Νορβηγία	2,9	4,6
Σκωτία	17,8	14,6
Σουηδία	4,5	8,0
Γερμανία	19,4	12,4
Φιλανδία	4,1	5,0

**Πίνακας 10.** Αναλογία των εκτρώσεων που εκτελέστηκαν μετά τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης και αριθμός καθυστερημένων εκτρώσεων σε 100.00 γυναίκες 15 – 44 στις ευρωπαϊκές χώρες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Είναι γνωστό ότι η πρώτη προσπάθεια να ελεγχθεί ή να περιοριστεί το μέγεθος της οικογένειας, σύμφωνα με μελέτες ανθρωπολόγων, επιτεύχθηκε με την ανθρωποκτονία. Η άμβλωση αποτελούσε τρέχουσα προοπτική στην αρχαιότητα ως τον 6<sup>ο</sup> αιώνα μ. χ. και κανένας νόμος γραπτός ή άγραφος δεν την απαγόρευε. Αντίθετα χρησιμοποιήθηκε σαν μέτρο αντισύλληψης. Η καταδίκη της μεθόδου παρουσιάστηκε με την εμφάνιση του Χριστιανικού Δόγματος και όταν οι Πατέρες της Εκκλησίας διατύπωσαν την ανθρωπολογική αλήθεια. Δηλαδή, ότι το ανθρώπινο έμβρυο από τη σύλληψη του κιάλας έχει ψυχή, λογική και σώμα.

Οι αγγλικοί νόμοι το 13<sup>ο</sup> αιώνα αποδέχονταν τη διακοπή της εγκυμοσύνης, εφόσον γινόταν τον 5<sup>ο</sup> μήνα, την περίοδο δηλαδή που η γυναίκα αντιλαμβανόταν το έμβρυο.

Το 19<sup>ο</sup> αιώνα όλα αλλάζουν. Η Αγγλία απαγορεύει τις αμβλώσεις το 1803. Το 1810 ο Ναπολέοντειος κώδικας βάζει τις γυναίκες κάτω από την προστασία των συζύγων τους και θεωρεί την άμβλωση ως πράξη παιδοκτονίας. Ο Πάπας Θ΄ το 1869 δηλώνει ότι η άμβλωση αποτελεί έγκλημα. Η αλλαγή αυτή οφείλεται σε μια σειρά λόγων, όπως το ανθρωπιστικό κλίμα που επέβαλε την προστασία των γυναικών από επικίνδυνες επεμβάσεις και στην αντίληψη των βιολόγων που ανακοίνωσαν ότι το έμβρυο είναι ζωντανό, προτού ακόμα γίνει αντιληπτό από τη μητέρα. Στην βάση της απαγόρευσης είναι η ανάγκη των κρατών να διαθέτουν τη μεγαλύτερη δυνατή εργατική δύναμη για τη βιομηχανία και τις ανάγκες αποικιακής εξάπλωσης.

Η καμπάνια κατά των αμβλώσεων στηρίχθηκε στην άρνηση ερωτικής ευχαρίστησης. Οι πραγματικοί λόγοι καλύφθηκαν κάτω από νέα "διαδικασία". Ο έρωτας εκτός γάμου είναι αδιανόητος. Η ευχαρίστηση, ακόμα και μέσα στον γάμο ανήθικη. Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν μπορεί παρά να αποτελέσει τη φυσική τιμωρία, κάθαρση της ευχαρίστησης.

## **Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ.**

Η άσκηση ελέγχου γεννήσεων στην αρχαία Ελλάδα πλην της επικρατούσας μέχρι τότε μαγείας – δεισιδαιμονίας συμπεριλάμβανε, την παιδοκτονία, άμβλωση, παράταση χρόνου γαλουχίας των γυναικών. Η παραδοχή των αμβλώσεων, όμως δεν ήταν καθολική από όλους τους αρχαίους φιλοσόφους.

Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης, αποδέχονταν την άμβλωση, για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους και εφ' όσον πραγματοποιείται τους πρώτους μήνες κύησης πριν η μητέρα αντιληφθεί τα πρώτα σκιρήματα οπότε το έμβρυο δεν είναι ακόμα ζων οργανισμός.

Ακόμα ο Πλάτωνας θεωρούσε υποχρεωτική την άμβλωση σε όλες τις γυναίκες άνω των 40 ετών. Η αρνητική θέση του Ιπποκράτη για τις αμβλώσεις εμφανίζεται από τον Ιπποκράτειο όρκο “... ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσης”.

Γενικότερα στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχε διάσταση απόψεων σχετικά με την αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης με άμβλωση.

## **ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ.**



## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Οι δίκες της Νυρεμβέργης, που έγιναν μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, κατέδειξαν ότι ορισμένοι γιατροί είχαν διαμορφώσει την εποχή εκείνη μια ανεπίτρεπτη φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία ορισμένοι άνθρωποι είχαν μικρότερη αξία από άλλους, λόγω φυλής θρησκείας, αναπηρίας, ηλικίας και ασθένειας και για το λόγο αυτό η διεξαγωγή πειραμάτων πάνω στα άτομα αυτά αλλά και η θανάτωση ακόμη αυτών των ατόμων, δεν αντιμετωπίζονταν ως ανήθικη πράξη. Για να διασφαλιστεί μετά την τραγική αυτή διαπίστωση ότι οι γιατροί ουδέποτε στο μέλλον θα αποκρινόταν από την ορθή επιτέλεση του ιατρικού λειτουργήματος ο Ιπποκράτειος Ιατρικός Κώδικας Ηθικής επαναδιατυπώθηκε στη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμια Ιατρικής ένωσης στη Γενεύη το 1948 ως η "διακήρυξη περί ηθικών αρχών της Γενεύης" που ενισχύθηκε τον ίδιο χρόνο από τα Ηνωμένα Έθνη με τη "διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου". Στη διακήρυξη της Γενεύης, ο γιατρός υπόσχεται ελεύθερα και επί τω λόγω της τιμής του, ότι "θα διαφυλάσσω το μέγιστο δυνατό σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή, από την ώρα της σύλληψης", ότι "η υγεία και η ζωή των ασθενών μου θα είναι ο πρώτος μου στόχος", ότι "δεν θα επιτρέπω να παρεμβάλλεται μεταξύ του καθήκοντος μου και των ασθενών η θεώρηση της θρησκείας, εθνικότητας, φυλής, πολιτικής, τοποθέτησης και κοινωνικής κατάστασης και ότι ακόμη και υπό την απειλήν δεν θα χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου εναντίον των νόμων της ανθρωπότητας".

Το 1974 ιδρύθηκε "η Παγκόσμια Ομοσπονδία των Ιατρών που σέβονται την ανθρώπινη ζωή", που επαναλαμβάνει τη διακήρυξη της Γενεύης και η ίδια διακηρύσσει ότι "το αγέννητο παιδί είναι βιολογικά από την αρχή ακόμη της σύλληψης μια εντελώς ξεχωριστή από τη μητέρα ανθρώπινη ύπαρξη που αναπτύσσει την δική του προσωπικότητα, από την πνευματική και φυσική άποψη". Η ομοσπονδία υποστηρίζει, ότι "το δικαίωμα της ζωής είναι θεμελιώδης και κατηγορηματικό για κάθε άτομο, δεν εξαρτάται από το στάδιο της ανάπτυξης, την πνευματική ή τη φυσική κατάσταση, τις περιστάσεις ή την εξέλιξη της κοινωνίας. Αποδέχεται επίσης τη διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα, που αναφέρει ειδικότερα ως προς τα δικαιώματα του παιδιού ότι "το παιδί για λόγους φυσικής και διανοητικής ανωριμότητας, έχει ανάγκη ειδικής προστασίας και φροντίδας περιλαμβανομένης και της αρμόζουσας νομικής προστασίας μετά τη γέννηση.

## **2.2 ΑΠΟΨΕΙΣ – ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ**

### **2.2.1 ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Οι θέσεις της Εκκλησίας είναι πολύ σεβαστές και πρέπει πάντα να ακούγονται. Όπως παίρνει θέση για κάθε ηθικό ζήτημα έτσι παίρνει θέση και για τις αμβλώσεις.

Όλοι γνωρίζουν ότι ο Χριστιανισμός είναι η θρησκεία της αγάπης, η θρησκεία της συγνώμης. Έτσι βρίσκει απήχηση κατά κύριο λόγο και έχει αποστολή μέσα στην ψυχή των ανθρώπων εκείνων, οι οποίοι κάνουν σφάλματα στη ζωή τους.

Τις αμβλώσεις η Εκκλησία τις χαρακτηρίζει σαν μεγάλα σφάλματα. Ως προς το θέμα αυτό είναι κατηγορηματικώς απαγορευτική χωρίς να κάνει καμία διάκριση σε κάθε είδους περιστατικά της σύλληψης μιας νέας ζωής. Κινείται για τη θεώρηση του θέματος αυτού από την αγάπη της προς τον άνθρωπο. Δεν είναι απλά ένα πρόβλημα, αλλά ένα θέμα πολύ σοβαρό, γιατί είναι μια κατάσταση του κακομαθημένου ανθρώπου, ο οποίος δεν έχει ξεκαθαρίσει μέσα στη σκέψη του τα πράγματα της προσωπικής του ευθύνης σε ένα τόσο σοβαρό θέμα, της συμμετοχής του στη δημιουργία νέας ζωής.

Η Θεία Πρόνοια εμπιστεύεται στον άνθρωπο τη διαφύλαξη της καινούργιας ζωής, ο οποίος είναι ελεύθερος να αποφασίσει, αν θα κάνει χρήση του προνομίου ή όχι. Από την ώρα όμως που γίνεται συνδημιουργός και υπαναχωρεί με την άμβλωση, είναι παιδοκτόνος.

Τα κίνητρα της Εκκλησίας είναι η προστασία του ανθρώπου και η αγάπη της στο τελειότερο ον της Θείας Δημιουργίας, τον άνθρωπο. Γιατί από χριστιανικής απόψεως η αξία του ανθρώπου είναι ανεκτίμητη, αφού τον θεωρεί ως μικρό θεό επί της γης, ως δυνάμει πολίτης της Βασιλείας των Ουρανών “ως κατ’ εικόνα και ομοίωση του Θεού”.

Η εκκλησία στέκεται στοργικά κοντά στη μητέρα (έγγαμη ή άγαμη) γιατί αυτή είναι η εντολή του Θεού: καταδικάζει την πράξη, αλλά συγχωρεί τον άνθρωπο.

## **2.2.2 Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Την παραπάνω διπλή, πριν και μετά τη γέννηση, νομική προστασία παρέχει και το Ελληνικό δίκαιο. Κατά το Ελληνικό δίκαιο, το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από τη γέννησή του, αλλά η προστασία του δικαίου εκτείνεται και στο στάδιο κατά το οποίο ο άνθρωπος κυοφορείται. Στον τελευταίο στόχο αποβλέπουν οι κανόνες του

Ποινικού Δικαίου, ενώ στη διασφάλιση των δικαιωμάτων του φυσικού προσώπου μετά τη γέννησή του αποβλέπει το Αστικό Δίκαιο.

Ως προς το πρώτο σκέλος, του Ποινικού Δικαίου, ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας με το άρθρο 304 απαγόρευε μέχρι το 1978 την άμβλωση, με ελάχιστες εξαιρέσεις, και η θέση αυτή εναρμονιζόταν σε σημαντικό βαθμό με το πνεύμα της διακήρυξης της Γενεύης. Η πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρεπόταν ή έμενε ατιμώρητη, με την προϋπόθεση ότι γινόταν από γιατρό όταν: (1) μοναδικός σκοπός ήταν η αποτροπή κινδύνου ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της μητέρας και (2) η σύλληψη ήταν αποτέλεσμα βιασμού, κατάχρησης ανίκανου σε αντίσταση, αποπλάνησης κόρης μικρότερης των 15 ετών ή αιμομιξίας. Η ανάγκη της άμβλωσης, όταν ο κίνδυνος της υγείας δεν μπορούσε να αποτραπεί με άλλο τρόπο, έπρεπε να βεβαιωθεί με γνωμάτευση και δεύτερου γιατρού.

Στις παραπάνω εξαιρέσεις προστέθηκαν με το νόμο 821 / 1978 και άλλες δύο, σύμφωνα με τις οποίες η άμβλωση επιτρέπεται: (1) μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο της ψυχικής υγείας της μητέρας και (2) μέχρι και την 20<sup>η</sup> εβδομάδα εφόσον με προγεννητικό έλεγχο έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου επαγόμενες τη γέννηση παθολογικού νεογνού.

Η σημερινή ποινική νομοθεσία, που είναι αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων που επήλθαν με το νόμο 1609 / 1986 στο άρθρο 304 του ποινικού κώδικα και τις προσθήκες του νόμου 821 / 1978, είναι πιο ελαστική. Ο νόμος 1609 δέχεται κατ' αρχήν (άρθρο 1, παράγραφος 1), ότι η «η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την περίθαλψη σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας».

Με το άρθρο 2 του νέου νόμου η άμβλωση δε θεωρείται άδικη πράξη, όταν διενεργείται μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, «με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα». Μέχρι τις 19 εβδομάδες, η διακοπή επιτρέπεται όταν «η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί», ενώ επιτρέπεται μέχρι και στις 24 εβδομάδες, εάν «έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού». Η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται επίσης, εάν «υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της», που βεβαιώνεται εγγράφως από τον κατά περίπτωση αρμόδιο γιατρό.

«Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης».

Είναι εμφανές ότι με το άρθρο 2 του νόμου 1609 / 1986 η έκτρωση επιτρέπεται, χωρίς να προσδιορίζεται η διάρκεια της εγκυμοσύνης, όταν υπάρχει ένδειξη κινδύνου ζωής ή βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της εγκύου, αλλά εφιστάται την προσοχή των γυναικολόγων στη ρύθμιση του ίδιου άρθρου, που προβλέπει ότι η άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη μόνο όταν διενεργείται «με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα».

Με το άρθρο 3 του νόμου 1609 / 1986 η διακοπή της εγκυμοσύνης θεωρείται άδικη πράξη μόνο όταν γίνεται ανεπίτρεπτα από την ίδια την έγκυο ή με τη συναίνεσή της από άλλο πρόσωπο. Στο άρθρο 3 χρησιμοποιείται ο όρος «ανεπίτρεπτη διακοπή εγκυμοσύνης» σε αντιδιαστολή με το άρθρο 2, στις περιπτώσεις του οποίου είναι επιτρεπτή η έκτρωση. Στην ανεπίτρεπτη διακοπή της εγκυμοσύνης (εδώ χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή) οι ποινές που προβλέπονται είναι βαρύτερες, εάν «προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου» ή «αν προκληθήκε ο θάνατός της», καθώς και σε όποιον «χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της». Με την προσθήκη του άρθρου 304 Α στον Ποινικό Κώδικα τιμωρείται επίσης «όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας του».

Συμπερασματικά, μπορεί να λεχθεί ότι η έκτρωση στην Ελλάδα εξακολουθεί να αποτελεί εγκληματική πράξη και, ως τέτοια, υπόκειται τις συνέπειες του ποινικού νόμου, εκτός εάν τηρηθούν οι ρυθμίσεις και προϋποθέσεις του νόμου. Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας στοχεύει στην προστασία του αγέννητου προσώπου (του εμβρύου), χωρίς κατά τον ίδιο χρόνο να παραβιάζει το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει.

### **2.2.3 ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ**

Η θέσπιση των νέων κανόνων ήταν αναγκαία, αλλά η μεταρρύθμιση του νόμου έπρεπε να γίνει κατά τρόπο που να επιλύει και να μην επαυξάνει το αναπόφευκτο ηθικό δίλημμα, με βασικό στόχο του νομοθέτη να καθιστά δυνατή τη διακοπή μιας εγκυμοσύνης, πάντοτε μετά από αίτηση της εγκύου, όταν είναι αναγκαίο να διαφυλαχθεί η φυσική και πνευματική υγεία της γυναίκας, όταν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να γεννηθεί ένα ελαττωματικό παιδί και όταν η εγκυμοσύνη είναι το αποτέλεσμα σεξουαλικής προσβολής, όπως είναι ο βιασμός. Αυτές οι θέσεις, που εναρμονίζονται μερικώς έστω με τον Κώδικα Ιατρικών Ηθικών αρχών της διακήρυξης της Γενεύης, είναι διάχυτα εμφανείς στις νέες τροποποιήσεις του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα.

Ως προς την τροποποίηση του νόμου, που προβλέπει τη δυνατότητα διακοπής της εγκυμοσύνης όταν υπάρχει κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της εγκύου (άρθρο 2 του νόμου 1609), εναπόκειται στον ψυχίατρο να διαγνώσει τις περιπτώσεις στις οποίες η έκτρωση θα μπορούσε να θεωρηθεί αναγκαία, επειδή η συνέχιση της

εγκυμοσύνης και η διατροφή ενός μη επιθυμητού παιδιού ή η πιθανή εγκατάλειψή του θα επιφέρουν μια παρατεινόμενη και καταστροφική επίδραση στην υγεία. Το πρόβλημα βέβαια είναι ιδιαίτερα δύσκολο, επειδή οι περισσότερες από τις γυναίκες που αναπτύσσουν ψυχιατρικά προβλήματα στην εγκυμοσύνη δεν είναι ψυχωτικές, ουδέποτε ήσαν και πιθανώς ουδέποτε θα είναι. Υποφέρουν από διαταραχές του χαρακτήρα, νευρώσεις και αντιδραστικές καταστάσεις. Σε γενικότερη όμως θεώρηση του προβλήματος, μερικοί από τους ψυχιάτρους πιστεύουν ότι η ένδειξη για έκτρωση υπάρχει σε κάθε γυναίκα που η ζωή της κινδυνεύει να διαταραχθεί από την εγκυμοσύνη της. Μπορεί να είναι μία παντρεμένη γυναίκα, που έχει ήδη περισσότερα παιδιά από όσα μπορεί να αναθρέψει, ή μπορεί να είναι μια φοιτήτρια που η σταδιοδρομία της θα καταστραφεί. Στις περιπτώσεις αυτές η έγκυος γυναίκα, εάν τη δει κανείς ως ανθρώπινη ύπαρξη που βρίσκεται σε μια προβληματική κατάσταση, έχει ανάγκη βοήθειας για να διασωθεί η ζωή της, χρησιμοποιώντας τον όρο «ζωή» με την ευρύτερη έννοια της λέξης. Αυτή ακριβώς η θέση ανταποκρίνεται σε μια διαφορετική θεώρηση της ιατρικής επιστήμης, μια θεώρηση που ενδιαφέρεται περισσότερο από κάθε τι άλλο για τις κοινωνικές αξίες.

#### **2.2.4 ΑΠΟΨΕΙΣ ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ**

Ιατρική άποψη των γυναικείων σωματείων ΕΓΕ (Ένωση Γυναικών Ελλάδος), ΟΓΕ, ΣΔΓ:

“Πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις για την προστασία της υγείας της γυναίκας, επειδή οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται σήμερα με συνθήκες ανθυγιεινές, με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι κίνδυνοι για την υγεία και τη γονιμότητα της γυναίκας”.

Οι επανειλημμένες εκτρώσεις, κάνουν τις γυναίκες ράκη και ο έρωτας καταντά μια αγγαρεία, όπου πλανιέται ο συνεχής φόβος της εγκυμοσύνης, το άγχος, η υποκρισία, το αίσθημα ενοχής, καταστάσεις που δημιουργούν νευρώσεις και στον άντρα και στη γυναίκα.

Καλλιεργούν την παθητικότητα της γυναίκας, αφού εξαρτάται από τη μία από τον άντρα, που έχει ευθύνη να “προσέχει” και από την άλλη από το γιατρό που κάνει τις εκτρώσεις. Καταργούν δηλαδή ουσιαστικά το δικαίωμα στον έρωτα και στην ηδονή για τη γυναίκα, το δικαίωμα στην ανεξαρτησία.

Έτσι με την πολιτική της στρουθοκαμήλου, το Κράτος αφήνει ανεξέλεγκτο έναν τεράστιο τομέα της δημόσιας υγείας και τον παραδίδει στην κερδοσκοπία των γιατρών.

Έτσι βολεύονται και οι πουριτανοί ιδεολόγοι και κερδοσκόποι. Το Κράτος δεν δίνει φράγκο, το θύμα είναι η γυναίκα.

Για τις γυναίκες, το θέμα των γεννήσεων πρέπει να είναι ένα προσωπικό ζήτημα, που να λύνεται από την ίδια την γυναίκα, με τη συμβουλή άλλων αν το επιθυμήσει. Αλλά, η κοινωνία έχει το χρέος να προσφέρει στη γυναίκα την αντικειμενική δυνατότητα για μια λύση, για μια πραγματικά ελεύθερη εκλογή, που σήμερα δεν υπάρχει.

Σήμερα δεν υπάρχει κοινωνική προστασία και ηθική υποστήριξη, για τη γυναίκα που θέλει να κρατήσει το παιδί. Δεν υπάρχει ενημέρωση και οικονομική βοήθεια, ώστε η γυναίκα να μπορέσει να προφυλαχθεί από την εγκυμοσύνη και να μην αναγκασθεί να καταφύγει στην έκτρωση.

Τέλος, δεν υπάρχει κοινωνική πρόνοια στην περίπτωση που κάνει έκτρωση, αντίθετα, η γυναίκα είναι μόνη και απροστάτευτη. Αυτές οι τρεις καταστάσεις μέσα από τις οποίες η γυναίκα ζει με την καταπίεσή της, που είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους, πρέπει να πολεμηθούν και να καταργηθούν. Θα τις πολεμήσουν απαιτώντας:

- α) Προστασία της μητρότητας
- β) Σεξουαλική ενημέρωση
- γ) Αντισυλληπτικά μέσα και έκτρωση νόμιμα και δωρεάν.



### **2.2.5 Η ΑΠΟΨΗ ΤΗ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΈΝΩΣΗΣ ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ**

Η Π.Ε.ΦΙ.Κ είναι φιλανθρωπικός – κοινωφελής σύλλογος και λειτουργεί ως “σταθμός πρώτων βοηθειών απόρων υπερπολυτέκνων Ελλάδος” απ’ όλη τη χώρα με έξι παιδιά και άνω, ανήλικα ή σπουδάζοντα. Επίσης η Π.Ε.ΦΙ.Κ ασχολείται με ειδικές περιπτώσεις πολυτέκνων και παιδιών πολυτέκνων και περιπτώσεις χηρείας, αναπηρίας, ασθένειας, φυλακίσεως, εγκαταλείψεως, διαζεύξεως – διαστάσεως, προλήψεως έκτρωσης άγαμων μητέρων.

Η Π.Ε.ΦΙ.Κ είναι υπέρ του σεβασμού της ανθρώπινης ζωής. Στην Ελλάδα, εκτός από τους άλλους συλλόγους – σωματεία (Ιατρών, Επιστημόνων, Γυναικών κλπ) που έχουν αναπτύξει και αναπτύσσουν μια δραστηριότητα κατά των φονικών εκτρώσεων, στους κόλπους των “Φίλων των Πολυτέκνων” λειτουργεί από το 1980 η ομάδα “Ευαγγελισμού – Προλήψεως Εκτρώσεων” που ήδη οργανώνεται με την επωνυμία “ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΑ.ΣΥ.Π.Α.Π.)

Η Π.Ε.ΦΙ.Κ. έχει σαν στόχο την πρόληψη και θεραπεία των εκτρώσεων με την ηθική και υλική τόνωση και συμπαράσταση των πολυτέκνων γονέων. Η Π.Ε.ΦΙ.Κ ρίχνει περισσότερο το βάρος των δυνάμεων της τόσο στον ηθικό όσο και στον υλικό τομέα ωστόσο οι δοκιμασμένοι να στηριχθούν και να στερεωθούν ψυχοσωματικά.

Η Π.Ε.ΦΙ.Κ αναφέρει ότι 500.000 υπολογίζονται σε παγκόσμια κλίμακα οι καθημερινές εκτρώσεις, που ο ετήσιος αριθμός τους υπολογίζεται στα 150 – 200.000.000. Για την Ορθόδοξη Εκκλησία οι ανάλογοι αριθμοί είναι: 1.000 – 1.200 εκτρώσεις την ημέρα και 400.000 περίπου τον χρόνο. Ωστόσο οι αριθμοί αυτοί είναι μεγαλύτεροι αν υπολογισθούν και οι εκτρώσεις που γίνονται με θεωρούμενα αντισυλληπτικά μέσα, ενώ είναι εκτρωτικά (σπειράματα και κάποια φάρμακα). Γιατί ενώ αυτά δεν εμποδίζουν και ματαιώνουν την γονιμοποίηση αλλά εμποδίζουν και ματαιώνουν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα της μητέρας του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

#### 3.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σ' ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ' αυτή την ενέργεια.

Επειδή όμως η φύση αλλά και ο δημιουργός, του στερεί την δυνατότητα σ' αυτήν την εμβρυϊκή φάση της ζωής του, την υπεράσπιση της ζωής του καλείται να αναλάβει η μέλλουσα μητέρα του αλλά και την ηθική ακεραιότητα που διαθέτουν θα "αποφασίσουν" για τη συνέχιση της ζωής του ή όχι.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και τα επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση την δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί:

«Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της Νοσηλευτικής από ένα Νοσηλεύτη – τρια που διαθέτει μόνο "εγκέφαλο" και όχι "καρδιά" και φωτισμένη ηθική συνείδηση, μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και τη ανθρωπότητα».

Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φτάνει μόνο η σοφία.

Η νοσηλευτική φροντίδα λοιπόν που είναι σε θέση να προσφέρει ο νοσηλεύτης – τρια πριν από μια άμβλωση έγκειται στην ψυχολογική υποστήριξη της μητέρας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή – τρια είναι πολύ δύσκολος γιατί ανεξάρτητα από την ηθική του ακεραιότητα βρίσκεται και σε ηθικό δίλημμα.

Οφείλει να στηρίξει την μητέρα ψυχολογικά παρά τις αντίθετες ίσως δικές του απόψεις.

Όταν μια γυναίκα προσέρχεται στο Μαιευτικό τμήμα κάποιου Νοσοκομείου ή κλινικής προκειμένου να υποστεί την διαδικασία της άμβλωσης, είναι τις περισσότερες φορές σίγουρο ότι έχει πάρει μια απόφαση που παραμένει αμετάκλητη, παρά τις τυχόν παραινήσεις που θα ακούσει από κάποιο άτομο της νοσηλευτικής ομάδας για το αντίθετο.

Για το λόγο αυτό ακριβώς και δεν πρέπει σε καμία περίπτωση ο Νοσηλευτής – τρια να προσπαθήσει να ασκήσει κριτική πάνω στη γυναίκα. Η άσκηση κριτικής είναι πολύ πιθανόν να δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα, που πρόκειται να υποστεί τη διαδικασία της άμβλωσης, πολύ περισσότερο μάλλον όταν η ενέργεια της δεν είναι αποτέλεσμα “ώριμης” σκέψης ή της επιβάλλουν κάποιοι άλλοι π. χ ο σύζυγος, ο εραστής κ. λ. π.

Ακόμη και στην περίπτωση που σύμφωνα με την κρίση μας η άμβλωση είναι για μας φόνος και η γυναίκα που υποβάλλεται σε αυτήν φόνισσα και τραγική μητροκτόνος ενός παιδιού που δεν πρόλαβε να ζήσει, ακόμη και τότε αξίζει την αγάπη των νοσηλευτών και την ψυχολογική υποστήριξή τους. Καθήκον τους είναι να προετοιμάσουν ψυχολογικά τη γυναίκα για την διαδικασία που την περιμένει και να την περιβάλλουν με την ζεστασιά και την αγάπη τους.

### 3.1.2. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η γυναίκα που προσέρχεται με ανεπιθύμητη κύηση αποτελεί ειδική περίπτωση, που τις περισσότερες φορές δεν αντιμετωπίζεται με την απαραίτητη προσοχή. Η γυναίκα αυτή περνά μια ψυχοσωματική κρίση και η αντιμετώπισή της πρέπει να είναι χωρίς προκαταλήψεις, με πλήρη ενημέρωση και χωρίς να παρεμβαίνει ο γιατρός ενεργά στη λήψη της απόφασης. Σκοπός της πρώτης επαφής είναι:

1. Να αποφασίσει η γυναίκα την καλύτερη λύση του προβλήματος της
2. Να ξεκαθαρίσει ποιες είναι οι πραγματικές της επιθυμίες
3. Να βοηθηθεί να αναλάβει μόνη της την ευθύνη, για την όποια απόφασή της
4. Να βοηθηθεί να αποφύγει μια απόφαση για την οποία θα μετανιώσει αργότερα
5. Να αντιληφθεί τις συνθήκες, υπό τις οποίες βρέθηκε σε αυτή την κατάσταση και να αποφύγει το ίδιο πρόβλημα αργότερα.

Για την επιτυχία αυτών των στόχων πρέπει ο γιατρός να αναπτύξει σωστή σχέση με τη γυναίκα, η οποία στην κατάσταση που βρίσκεται μπορεί να μην έχει την άνεση να μιλήσει ελεύθερα, να είναι επιθετική και απαιτητική ή να βρίσκεται σε σύγχυση. Για να κατανοηθεί καλύτερα η κατάσταση της γυναίκας, που καταφεύγει στην έκτρωση, πρέπει να αντιληφθεί κανείς τη διαδικασία που επιτελείται μέχρις ότου η γυναίκα λύσει το πρόβλημά της. Η διαδικασία αυτή περιγράφηκε από τους Janis και Mann και τροποποιήθηκε από τους Bracken και Kasl.

ΦΑΣΗ 1: Επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης, η οποία γίνεται με την εμφάνιση αμηνόρροιας ` για μερικές γυναίκες μπορεί να προκαλεί περισσότερη ένταση από οποιαδήποτε απόφαση που θα ακολουθήσει. Αν η γυναίκα μπει στην ψυχολογική διαδικασία της άρνησης για να αποφύγει το stress, μπορεί να καθυστερεί στην αναζήτηση λύσης.

ΦΑΣΗ 2: Δημιουργεί στο μυαλό της εικόνες των εναλλακτικών λύσεων στο πρόβλημα της.

ΦΑΣΗ 3: Η γυναίκα αναλογίζεται πλέον σε βάθος τις πιθανές λύσεις που γνωρίζει και τις επεξεργάζεται, είτε μόνη είτε με τη βοήθεια άλλων ` μπορεί όμως να διατηρεί για αρκετό χρόνο αναποφασιστικότητα ή να ταλαντεύεται.

ΦΑΣΗ 4: Έχει πλέον αρχίσει να κλίνει υπέρ της μιας λύσεως ή της άλλης και υιοθετεί μια στάση, που βοηθά την κατεύθυνση που επέλεξε, οργανώνοντας την απόφασή της και απορρίπτοντας τις εναλλακτικές λύσεις, καθώς και κάθε πληροφορία γι' αυτές. Μερικές γυναίκες μπορεί ακόμη να είναι αναποφάσιστες και να αναβάλουν την εξεύρεση λύσης, ακόμη και σε αυτό το στάδιο.

ΦΑΣΗ 5: Η γυναίκα έρχεται για την έκτρωση τηρώντας το ραντεβού της, αλλά αυτό δεν αποκλείει το να έρχεται αναποφάσιστη ακόμη ή υπό πίεση.

ΦΑΣΗ 6: Καθυστέρηση πέρα από τις 12 εβδομάδες. Συχνότερα συμβαίνει σε ανύπαντρες νεαρές μητέρες στην πρώτη τους εγκυμοσύνη και σε γυναίκες χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Άλλοι λόγοι καθυστέρησης περιλαμβάνουν έλλειψη πληροφόρησης, οικονομικές δυσκολίες, γραφειοκρατικές καθυστερήσεις, ύπαρξη ανάγκης ενημέρωσης των γονέων, μη διάγνωση. Ακόμα η καθυστέρηση προσέλευσης μπορεί να οφείλεται σε αναποφασιστικότητα, φόβο και δισταγμό.

ΦΑΣΗ 7: Η γυναίκα τελικά υφίσταται στην έκτρωση. Μετά την διακοπή της κυήσεως κυριαρχεί η ενοχή, η απομόνωση και η πικρία της απώλειας.

Μερικές φορές οι εναλλακτικές λύσεις προκαλούν μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση στη γυναίκα, όπως ένας γάμος κάτω από την πίεση εγκυμοσύνης, η υιοθέτηση του παιδιού που θα γεννήσει ή η πρόσθετη επιβάρυνση ενός γάμου που ήδη δυσλειτουργεί με ένα ανεπιθύμητο παιδί. Έχει βρεθεί πως η έκτρωση δεν αυξάνει τον κίνδυνο για την εκδήλωση κάποιας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά η έκτρωση, όπως και ο τοκετός, συνδυάζονται με αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας μέσα στους επόμενους τρεις μήνες μετά το γεγονός, με συχνότητα περίπου 12 / 10.000 τοκετούς ή εκτρώσεις ` η συχνότητα αυτή αυξάνεται σε χωρισμένες ή χήρες. Οι περισσότερες γυναίκες μετά την έκτρωση εμφανίζουν μια παροδική ελαφρά κατάθλιψη ή αίσθημα ενοχής, που ακολουθείται από αίσθημα ανακούφισης.

Κατά την αρχική εκτίμηση της γυναίκας πρέπει να δοθούν απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποια είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας: που ζει, οικονομική κατάσταση, σχέσεις, σχέδια για το μέλλον, θρησκευτική και ηθική εκτίμηση της έκτρωσης;
- Γιατί η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη;

- Είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας ένα ακόμα σύμπτωμα μιας ανεπαρκούς προσωπικότητας;
- Ποιοι είναι οι λόγοι που η γυναίκα θέλει να διακόψει αυτή την εγκυμοσύνη; Ξέρει τις εναλλακτικές λύσεις; Ποια θα είναι η επίπτωση της έκτρωσης στην παρούσα κατάσταση και στις μελλοντικές αποφάσεις της;
- Ποιος είναι ο πατέρας του παιδιού; της συμπαραστέκεται ή την πιέζει να κάνει την έκτρωση; υπάρχουν πιέσεις από άλλους και αν ναι ποιες;
- Έχει η γυναίκα κάποιο πρόβλημα με τις αντισυλληπτικές μεθόδους;

Απαντώντας σ' αυτά τα ερωτήματα θα γίνει δυνατόν να καθορισθεί εκείνη η ομάδα γυναικών, που βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο και χρειάζεται ιδιαίτερη υποστήριξη και που είναι:

1. Οι έφηβες. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να μείνουν και πάλι έγκυες; γι' αυτό πρέπει να τους προσφερθούν αντισυλληπτικές μέθοδοι. Ίσως να χρειάζεται να ενημερωθούν οι γονείς για να της συμπαρασταθούν. Πρέπει να ελέγχεται και η πιθανότητα σεξουαλικής κακοποίησης και η παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
2. Οι γυναίκες που προσέρχονται σε προχωρημένη ηλικία κύησης. Η αναποφασιστικότητα είναι ένα ανησυχητικό σημείο, μια και πολλές γυναίκες από αυτές μετανιώνουν εύκολα και χρειάζεται ιδιαίτερη υποστήριξη έπειτα από αυτό.
3. Οι γυναίκες με ψυχολογική ή ψυχιατρική διαταραχή ή διαταραχή της προσωπικότητας, που πιθανόν να απαιτήσει αντιμετώπιση από ειδικό.
4. Γυναίκες με επανειλημμένες εκτρώσεις, που χρειάζονται ιδιαίτερες συμβουλές και πολλές φορές είναι γυναίκες με ανεπαρκή προσωπικότητα.
5. Γυναίκες που υφίστανται την έκτρωση για ιατρικές ενδείξεις συχνά διακατέχονται από ενοχές και χρειάζονται ειδική υποστήριξη.
6. Θύματα βιασμού ή σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν δύσκολες περιπτώσεις τόσο στην προσέγγιση όσο και στην αντιμετώπιση.

Θα πρέπει ακόμη να αναγνωρισθούν οι γυναίκες που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για επανάληψη εκτρώσεως; εδώ αξίζει να σημειωθεί πως μια νέα ανεπιθύμητη κύηση είναι στον ίδιο βαθμό ανεπιθύμητη με την προηγούμενη. Αυτές οι γυναίκες είναι:

1. Γυναίκες ηλικίας 20 – 29 ετών, περίοδος στην οποία οι περισσότερες γυναίκες είναι σεξουαλικά ενεργές.
2. Γυναίκες με αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα.

3. Γυναίκες που έχουν την δυνατότητα να συλλάβουν, όπως αποδεικνύεται από την παρούσα ανεπιθύμητη κύηση. Το 40% των γυναικών χωρίς ιστορικό έκτρωσεως, που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, δεν έχουν την δυνατότητα να συλλάβουν, χρησιμοποιούν αντισύλληψη ή είναι σεξουαλικά αδρανείς.
4. Αν έχει προηγηθεί έκτρωση, η απόφαση για την επόμενη λαμβάνεται εύκολα.
5. Ένα μικρό ποσοστό γυναικών που συνειδητά προτιμούν την έκτρωση από οποιαδήποτε αντισυλληπτική μέθοδο και ένας μεγαλύτερος αριθμός γυναικών, που δεν τα καταφέρνει με τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

Σε περίπτωση που κάποιος αρνηθεί σε μια γυναίκα την έκτρωση ή την πείσει να την αποφύγει, θα πρέπει να έχει υπόψη του και τα ευρήματα από μια μακροχρόνια παρακολούθηση των παιδιών, που προέκυψαν από ανεπιθύμητες κυήσεις. Η μελέτη αυτών των παιδιών έγινε με μάρτυρες παιδιά από επιθυμητές εγκυμοσύνες. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, αν και υπήρξαν διαφορές μόνο στα αγόρια που προήλθαν από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, όχι στα κορίτσια. Οι διαφορές έγιναν εμφανείς στα 9 χρόνια που πραγματοποιήθηκε ο πρώτος έλεγχος και περιλάμβαναν:

- Υψηλότερη νοσηρότητα και νοσηλείες μεταξύ των ανεπιθύμητων παιδιών
- Χειρότερους βαθμούς και πρόοδο στο σχολείο παρά τους ίδιους δείκτες νοημοσύνης
- Χειρότερη κοινωνικότητα, παρά την ομοιότητα κοινωνικού περιβάλλοντος
- Περισσότερες περιπτώσεις δυσπροσαρμοστικότητας
- Αυξημένη ευερεθιστότητα
- Θυμώνουν πιο εύκολα.

Στα 14 χρόνια μεγάλο ποσοστό των παιδιών αυτών είχαν επισκεφθεί παιδοψυχίατρο, ενώ στα 16 τους η κακή επίδοση στο σχολείο συνέχιζε να επιδεινώνεται · σ' αυτά προστέθηκε ελάττωση της συνέπειας, αύξηση της ευερεθιστότητας με αντικοινωνική ή υπερβολικά κοινωνική συμπεριφορά πιο συχνά. Στα 18 θεωρούσαν τους εαυτούς τους παραμελημένους και απορημένους από τις μητέρες τους.

Μετά τη λεπτομερή εκτίμηση της γυναίκας, που είναι υποψήφια για έκτρωση, ακολουθεί λεπτομερής ενημέρωσή της, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Τις εναλλακτικές λύσεις στη διακοπή της κύησης, σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία, αν είναι διαθέσιμη

2. Πλήρη ενημέρωση για τη διαδικασία της έκτρωσης, της αναισθησίας, καθώς και τους πιθανούς κινδύνους:

α) αιμορραγία

β) λοίμωξη

γ) διάτρηση της μήτρας

δ) συνέχιση της εγκυμοσύνης ή από αποτυχία διακοπής της ή από εξωμήτρια κύηση.

ε) θνησιμότητα 2 – 3 / 100.000 σε σύγκριση πάντα με το 15 / 100.000 από εγκυμοσύνη.

3. Τη διάρκεια της νοσηλείας και την ανάγκη παρουσίας συνοδού σε περίπτωση που χρειαστεί να αποχωρήσει αυθημερόν

4. Την ανάγκη να αποφασίσει σύντομα, όχι όμως βιαστικά

5. Το κόστος της επέμβασης

6. Πότε θα ξαναέχει περίοδο και πότε επανέρχεται η γονιμότητα

7. Ποιες οι επιπτώσεις στη γονιμότητά της

8. Την αντισύλληψη για αποφυγή μιας νέας “περιπέτειας”

9. Καθορισμό της επόμενης εξέτασης (follow – up)

Μερικοί συνιστούν να περιγράφεται στη γυναίκα και το έμβρυο στην ηλικία κύησης που βρίσκεται η δική μας γνώμη είναι ότι αυτό δεν βοηθά τη γυναίκα ιδιαίτερα, αντίθετα μπορεί να της προκαλέσει μεγαλύτερα συναισθήματα ενοχής.

Πριν η γυναίκα προγραμματιστεί για την επέμβαση, πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι:

- Η γυναίκα βρίσκεται σε κατάσταση που να καλύπτονται οι προϋποθέσεις του νόμου
- Η γυναίκα δεν είναι ακόμη αναποφάσιστη ή αβέβαιη για την απόφασή της
- Η γυναίκα ή ο κηδεμόνας επί ανήλικης έχει υπογράψει συγκατάθεση.



### **3.1.3 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Μετά την παραπάνω εκτίμηση της γυναίκας πρέπει να αποφασίζεται η μέθοδος αναισθησίας και η μέθοδος διακοπής της κύησης.

Λαμβάνεται γενικό και γυναικολογικό ιστορικό και εκτελείται πλήρης φυσική και γυναικολογική εξέταση. Ανάλογα με τα ευρήματα παραγγέλλονται και οι απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις, ενώ αν χρειάζεται ζητάται και η συμβουλή ειδικών. Συνήθως αρκεί ένας αδρός προεγχειρητικός έλεγχος, ενώ πάντα πρέπει να ελέγχεται ο παράγων Rhesus της γυναίκας. Από το ιστορικό ιδιαίτερη σημασία έχει η παρουσία βαλβιδοπάθειας, αλλεργίας σε φάρμακα – κυρίως στα αναισθητικά, τοπικά και γενικά.

Μερικοί συγγραφείς απαιτούν την επιβεβαίωση της κύησης, ενώ άλλοι στον έλεγχο συμπεριλαμβάνουν λήψη τεστ Παπανικολάου, καλλιέργειας κολπικού υγρού, ορολογικές εξετάσεις και υπερηχογράφημα σε περιπτώσεις ευρημάτων ή αμφιβολιών από τη γυναικολογική εξέταση.

Μεγάλη σημασία στη γυναικολογική εξέταση έχει ο προσδιορισμός της ηλικίας κύησης, ο καθορισμός της κάμψης και κλίσης της μήτρας, καθώς και ο έλεγχος για την ύπαρξη μάζας στα εξαρτήματα.

Αν διαπιστωθεί διαφορά μεταξύ μεγέθους της μήτρας και ηλικίας κύησης με βάση την τελευταία έμμηνη ρύση, υπάρχει πιθανότητα ύπαρξης μεγαλύτερης κύησης, πολύδυμης κύησης, συγγενούς ανωμαλίας της μήτρας, ινομυωμάτων, μύλης κύησης ή ωοθηκικού όγκου. Σε αυτή την περίπτωση συνίσταται η υπερηχογραφική διερεύνηση των πιθανοτήτων που αναφέρθηκαν. Η μεγαλύτερη κύηση απαιτεί επανεκτίμηση της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί. Η παρουσία όγκου με μικρή κύηση αυξάνει την πιθανότητα διάτρησης της μήτρας. Υπερηχογράφημα συνίσταται και σε περίπτωση που βρίσκεται ασύμμετρη αύξηση του μεγέθους της μήτρας.

Σε περίπτωση που η μήτρα είναι μικρότερη από το αναμενόμενο, τότε υποψιαζόμαστε απουσία κύησης, εξωμήτριο κύηση ή ατελή εκβολή. Είναι αυξημένη η πιθανότητα διάτρησης της μήτρας. Συνίσταται η επανεξέταση με μεγαλύτερη προσοχή, ιδιαίτερα των εξαρτημάτων, η επανάληψη του τεστ κύησης, η εκτέλεση υπερηχογραφήματος · μερικοί συνιστούν την εκτέλεση της έκτρωσης με προσεκτική εξέταση κατόπιν των ξεσμάτων.

#### **3.1.4. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ**

Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για τη μέθοδο αναισθησίας, ιδιαίτερα στις μικρές σε ηλικία κυήσεις · άλλοι είναι υποστηρικτές της τοπικής και άλλοι της γενικής αναισθησίας. Η μέθοδος αναισθησίας υπαγορεύεται κυρίως από την τεχνική της έκτρωσης.

Η γενική αναισθησία είναι πιο αποδεκτή από τη γυναίκα και συναισθηματικά πιο ανώδυνη, αλλά οι κίνδυνοι από αυτοί είναι υπαρκτοί, αυξάνεται η διάρκεια νοσηλείας, ενώ τα περισσότερα γενικά αναισθητικά προκαλούν χαλάρωση της μήτρας με αποτέλεσμα σχετικά αυξημένη απώλεια αίματος. Λόγω της χάλασης που προκαλεί το μυομήτριο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται η αλοθάνη · αντίθετα η κεταμίνη προκαλεί μητροσυσπαση. Με γενική αναισθησία παρατηρείται αύξηση στις επιπλοκές της

εκτρώσεως κυρίως της διατρήσεως της μήτρας, τραυματισμού του τράχηλου, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και της ανάγκης μεταγγίσεως. Αναφέρεται ακόμη αυξημένη θνησιμότητα κατά 2 – 4 φορές από όση παρατηρείται με τοπική αναισθησία. Το σύνολο των επιπλοκών από τη γενική αναισθησία είναι 5,6%, ενώ η συχνότητα σοβαρών μόνο επιπλοκών είναι 0,3%. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η συχνότητα σοβαρών επιπλοκών είναι η ίδια στην γενική και τοπική αναισθησία. Η γενική αναισθησία καθίσταται απαραίτητη με διακοπές κυήσεων δεύτερου τριμήνου, αν και ο Beekhuizen χρησιμοποίησε τοπική αναισθησία για διακοπές μέχρι και 18 – 20 εβδομάδων.

Η τοπική αναισθησία έχει αρκετούς φανατικούς υποστηρικτές, αφού προκαλεί λιγότερες επιπλοκές από όσες η γενική. Οι κίνδυνοι της τοπικής αναισθησίας προέρχονται κυρίως από λανθασμένη ενδοαγγειακή έγχυση, από συστηματική τοξικότητα λόγω ταχείας απορρόφησης, ευαισθησίας της γυναίκας στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ή υπέρβαση της δόσεως. Φυσικά είναι σπάνιο να χρησιμοποιηθούν πάνω από 20 ml Lidocaine για την εφαρμογή τραχηλικού μπλοκ, ενώ η ταχύτητα απορρόφησης μπορεί να ελαττωθεί με την προσθήκη διαλύματος 1:200.000 αδρεναλίνης, η οποία προλαμβάνει και την εμφάνιση υπερδιεγέρσεως του πνευμονογαστρικού (Vasovagal Reaction). Η χρησιμοποίηση παραγόντων που προετοιμάζουν τον τράχηλο ελαττώνει την απαιτούμενη δόση τοπικού αναισθητικού. Τα αμύδια που χρησιμοποιούνται στην εφαρμογή τοπικής αναισθησίας, όπως η Lidocaine, μεταβολίζονται αργά στο ήπαρ, ενώ οι εστέρες, όπως η Chlorocaine, μεταβολίζονται ταχύτατα στην περιφέρεια από την ψευδοχολινεστεράση του πλάσματος, ελατώνοντας έτσι τη συστηματική τοξικότητα του φαρμάκου. Η Licocaine εξάλλου προκαλεί παραισθησίες γύρω από το στόμα και οι ήχοι του περιβάλλοντος ακούγονται απόμακροι, προκαλώντας φόβο στη γυναίκα. Συνολικά οι επιπλοκές από την τοπική αναισθησία ανέρχονται σε 4,2%, ενώ οι σοβαρές επιπλοκές περιορίζονται και εδώ στο 0,3%. Έχουν δοκιμαστεί πολλές τεχνικές εφαρμογής τοπικής αναισθησίας στον τράχηλο ` όλες οι μέθοδοι περιλαμβάνουν μια επιφανειακή έγχυση στην 12<sup>η</sup> ώρα στο σημείο που εφαρμόζεται η μονοοδοντωτή λαβίδα για την έλξη του τραχήλου. Κατά τα άλλα οι τεχνικές συνίσταται σε:

1. Διήθηση των ιερομητρικών συνδέσμων ` αυτή όμως παραλείπεται από τους περισσότερους, γιατί η ίδια η έγχυση προκαλεί πόνο.

2. Διήθηση σε τρεις (12<sup>η</sup>, 4<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> ώρα) θέσεις ή σε περισσότερες. Οι πολλαπλές εγχύσεις, όπως αναμένεται, προκαλούν περισσότερη αιμορραγία από τα σημεία των εγχύσεων.

3. Βαθιά έγχυση μέσα στο σώμα του τραχήλου της μήτρας παράλληλα με τον ενδοτραχηλικό σωλήνα.

Έχει ακόμα προταθεί και η έγχυση 5 – 8 ml Lidocaine μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα, αλλά η μέθοδος αυτή δεν φαίνεται να προσφέρει κάποια πλεονεκτήματα και δεν χρησιμοποιήθηκε ευρέως.

Τελευταία κερδίζει έδαφος στην τοπική αναισθησία η χρήση των “πιστολιών” (Jet Injector – Syrijet, Med – e – Jet) που χρησιμοποιούνται για μαζικούς εμβολιασμούς. Αυτά καταφέρνουν να επιφέρουν τον ίδιο βαθμό αναισθησίας με την κλασική έγχυση, με μικρότερη όμως δόση αναισθητικού και πιο ανώδυνη εφαρμογή.

Οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται κάποια ενόχληση παρά την τοπική αναισθησία, ιδίως οι νεαρές και φοβισμένες γυναίκες. Σ’ αυτές τις περιπτώσεις βοηθά η χρήση ηρεμιστικών και αναλγητικών που αυξάνουν την αναλγησία, αλλά παράλληλα και τους κινδύνους. Ένα σχήμα που έχει χρησιμοποιηθεί με σχετική ασφάλεια συνίσταται σε χορήγηση βραδέως ενδοφλεβίως 5 mg Diazepam και 0,5 mg Fentanyl. Η πιθανότητα καρδιοαναπνευστικού Collapsus υπάρχει και είναι αυξημένος με ταχεία έγχυση, με αυξημένες δόσεις ή σε ευαίσθητες γυναίκες στα φάρμακα. Πάντα πρέπει να είναι διαθέσιμη και προσιτή Naloxone ως αντίδοτο.

### **3.1.5. ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

Η διαστολή του τραχήλου αποτελεί το πιο επικίνδυνο βήμα στη διαδικασία της έκτρωσης και δημιουργεί κινδύνους διατρήσεως της μήτρας, κυρίως στην περιοχή του ισθμού με επακόλουθη αιμορραγία. Πολλοί υποστηρίζουν ότι βίαια διαστολή οδηγεί σε ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου.

#### **ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΟΛΗ**

Η διαστολή πρέπει να πραγματοποιείται πάντα αργά και με ήπιες κινήσεις. Ο χειρισμός των διαστολέων πρέπει να γίνεται έτσι ώστε να αποφεύγεται η άσκηση υπερβολικής πίεσης, ενώ παράλληλα θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να μην προωθηθούν απότομα βαθιά μέσα στη μήτρα μόλις ξεπεραστεί η αντίσταση του έσω τραχηλικού στομίου. Αν υπάρχει αυξημένη αντίσταση, καλό είναι να επανέρχεται κανείς στο αμέσως προηγούμενο μέγεθος διαστολέα, να αφήνεται αυτός στον τράχηλο για ένα λεπτό περίπου και κατόπιν να συνεχίζεται η διαδικασία. Η διαστολή κερδίζει σε

ασφάλεια, αν έχει από πριν καθορισθεί η φορά του τραχηλικού σωλήνα και εφαρμόζεται έντονη και σταθερή έλξη του τραχήλου στη διάρκεια της διαστολής, ώστε να ευθειάζεται η γωνία μεταξύ τραχηλικού σωλήνα και κοιλότητας της μήτρας.

### **Μέγεθος διαστολής**

Το πόσο θα πρέπει να διασταλεί ο τράχηλος υπαγορεύεται από την ηλικία της κύησης · υπάρχουν όμως και μερικά όρια, πέρα από τα οποία αυξάνονται τα προβλήματα από την διαστολή. Αντίθετα αν η διαστολή είναι μικρότερη από την απαιτούμενη, τότε αυξάνεται η αιμορραγία, υπάρχει κίνδυνος μη πλήρους εκκενώσεως της μήτρας και παρατείνεται ο χρόνος επεμβάσεως.

Η διαστολή πρέπει να είναι 1 mm μεγαλύτερη από το ξέστρο που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί, μέγεθος που αδρά αντιστοιχεί στην ηλικία κύησης σε εβδομάδες, μείον ένα. Έτσι για κύηση 8 εβδομάδων συνίσταται ξέστρο 7 mm, μέγιστη διαστολή 8 mm κ. ο. κ., άρα το μέγεθος της διαστολής αντιστοιχεί σε mm με την ηλικία της κύησης σε εβδομάδες.

Ο Johnston βρήκε ότι σε διαστολή πάνω από 11 mm ο τράχηλος έχει παθολογική διάμετρο μετά από 6 εβδομάδες · αυτό συμφωνεί με την άποψη των Hulka και Liu ότι διαστολή πέρα από τα 9 mm θεωρείται πλήρως ανατρέψιμη, ενώ κύησεις μέχρι και 15 εβδομάδων είναι δυνατόν να διακοπούν με διαστολή όχι μεγαλύτερη των 11 mm, η οποία είναι ασφαλής, αλλά αυξάνει τον χρόνο επέμβασης.

Τη μεγαλύτερη αντίσταση στη διαστολή εμφανίζει το έσω τραχηλικό στόμιο και μάλιστα στα 8 mm. Η πίεση που ασκείται στον διαστολέα δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 3 kg · μετά από αυτό το όριο αυξάνεται ο κίνδυνος επιπλοκών. Γενικά η επίπτωση τραχηλικής βλάβης από τη διαστολή υπολογίζεται σε 0,4 – 4,8 %.

### **Επιλογή διαστολέα**

Αναφέρεται ότι υπήρχαν διαστολείς από τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π. Χ. Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας πολλά είδη διαστολέων:

1. Hegar: Είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι διαστολείς, έχουν σχήμα κυλινδρικό και αυξάνουν σε διάμετρο ανά 0,5 mm και έχουν αμβλύ άκρο. Αρχικά όταν χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα αυξανόμενα ανά 1 mm κηρία, παρατηρήθηκαν πολλές ρήξεις τραχήλου και διατρήσεις μήτρας · όταν όμως μπήκαν σε εφαρμογή τα “μισά”,

ο Bozorgi στην πολύ μεγάλη σειρά βρήκε το μικρότερο ποσοστό διατρήσεων της τάξης του 1:5.000. Τα κηρία Hegar απαιτούν την μεγαλύτερη πίεση για την εισαγωγή τους στον τράχηλο.

2. Pratt, Hawkins – Ambler: πρόκειται για κωνοειδή κηρία, που απαιτούν μικρότερη πίεση κατά την εισαγωγή τους, αλλά προκαλούν διατρήσεις με μικρότερη δύναμη από τα κηρία Hegar λόγω του σχήματός τους.
3. Hank – Bradley: πρόκειται για κηρία του τύπου Pratt, με μόνη τη διαφορά ότι είναι κοίλα στο εσωτερικό τους ` έτσι επιτρέποντας την διέλευση αέρα αποφεύγεται η δράση εμβόλου που χαρακτηρίζει τα άλλα κηρία. Το φαινόμενο του εμβόλου ενέχει τον θεωρητικό κίνδυνο της εμβολής με αέρα κατά τη διάρκεια της διαστολής και τον υπαρκτό κίνδυνο προωθήσεως ενδομητρικού ιστού μέσω των σαλπίνγων στην περιτοναϊκή κοιλότητα με επακόλουθη ανάπτυξη εστιών ενδομητρίωσης.
4. Deniston: πρόκειται για κηρία τύπου Pratt, πλαστικά, με εξαιρετικά αποτελέσματα και πολύ χαμηλό κόστος.

## ΤΕΧΝΙΚΗ

Η γυναίκα βρίσκεται σε γυναικολογική θέση, εκτελείται προσεκτική γυναικολογική εξέταση, ``αδειάζεται`` η ουροδόχος κύστη αν δεν έχει προηγουμένως ουρήσει, τοποθετούνται κολποδιαστολείς και καθορίζεται ο κόλπος και ο τράχηλος με ένα αντισηπτικό. Αν δεν έχει προηγηθεί γενική αναισθησία, ακολουθεί η τοπική αναισθησία. Συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτή λαβίδα (Musseau) και έλκεται προς τα έξω. Υπάρχει διχογνωμία ως προς τη χρήση μητρομύλης για τον καθορισμό της κατεύθυνσης του τραχηλικού σωλήνα και του βάθους της κοιλότητας της μήτρας, γιατί οι πληροφορίες που θα αποκομίσουμε με τη μύλωση είναι οι ίδιες, που μας παρέχει η γυναικολογική εξέταση σε συνδυασμό με τη χρήση ενός μικρού κηρίου, φυσικά με μεγαλύτερη του συνήθους προσοχή. Χρησιμοποιείται συνήθως σαν πρώτο ένα κηρίο διαμέτρου 3 – 4 mm και προχωρά η διαστολή μέχρι την επιθυμητή διάμετρο.

### 3.1.6. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ

#### 1. ΛΑΜΙΝΑΡΙΕΣ

Η ύπαρξη κινδύνων από τη χρήση κηρίων έδωσε τη δυνατότητα να πάρουν θέση στη διαδικασία της διαστολής του τραχήλου οι λαμινάριες, που πρωτοχρησιμοποιήθηκαν στην Άπω Ανατολή και εισήχθηκαν στη Δύση γύρω στα 1860. Στο παρελθόν είχαν χρησιμοποιηθεί υφάσματα, σφουγγάρια, ξύλα και διάφορα φυτά. Η εξάπλωση των λαμιναριών έφερε στη διάθεση των χρηστών τους και ειδικές λαβίδες τοποθέτησης και αφαίρεσής τους ἔμφανίστηκε ακόμη μια ποικιλία μεγεθών και σχημάτων, όπως κοίλες λαμινάριες – με αυλό – για να παροχετεύουν αίμα ή τραχηλικές εκκρίσεις, κυρτές για εύκολη εισαγωγή σε μήτρες με αυξημένη κάμψη, καθώς και λαμινάριες με κερί στην επιφάνεια τους εμποτισμένο με αντισηπτικό, μια και ο μεγαλύτερος κίνδυνος από τη χρήση τους είναι η ανιούσα λοίμωξη. Ο κίνδυνος λοίμωξης έκανε να εγκαταλειφθούν οι λαμινάριες στις ΗΠΑ μετά την ανακοίνωση από τον Boer θανάτου από σηψαιμία σε γυναίκα, που της είχε τοποθετηθεί λαμινάρια. Καινούργιο ενδιαφέρον κέρδισαν οι λαμινάριες στις ΗΠΑ το 1960.

Λαμινάρια είναι το στέλεχος από φύκια του είδους *Laminaria Digitata* και *Laminaria Japonicum*, που είναι υδρόφιλα και με την απορρόφηση υγρών αυξάνουν τη διάμετρο τους 3-4 φορές. Ο κίνδυνος λοίμωξης ήταν μεγάλος, όταν χρησιμοποιούνταν άλλοι τύποι λαμινάριας, που αναπτύσσονταν στο χώμα και είχαν πάνω τους κλωστηρίδια ἔοι δύο τύποι που αναφέρθηκαν παραπάνω αναπτύσσονται σε ψυχρές θάλασσες και τα θαλάσσια βακτηρίδια δεν έχουν βρεθεί να είναι παθογόνα για τον άνθρωπο. Ο κίνδυνος λοίμωξης ήταν μεγάλος, όταν χρησιμοποιούνταν άλλοι τύποι λαμινάριας, που αναπτύσσουν στο χώμα και είχαν πάνω τους κλωστηρίδια ἔοι δύο



τύποι που αναπτύχθηκαν παραπάνω αναπτύσσονται σε ψυχρές θάλασσες και τα θαλάσσια βακτηρίδια δεν έχουν βρεθεί να είναι παθογόνα για τον άνθρωπο. Ο κίνδυνος διατήσεως της μήτρας και ρήξεως του τραχήλου, αν και παρών, είναι πρακτικά ανύπαρκτος. Το μειονέκτημα της λαμινάριας είναι ότι τοποθετείται τοποθέτησή της τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση ἔτσι επιβαρύνεται η γυναίκα με παραπάνω επίσκεψη.

Η τοποθέτηση γίνεται, αφού η γυναίκα πάρει γυναικολογική θέση, προετοιμαστεί κατάλληλα ο τράχηλος μετά την τοποθέτηση κολποδιαστολέων και συλληφθεί με μονοδοντωτή λαβίδα. Η λαμινάρια συλλαμβάνεται από το έξω άκρο με το νήμα της έλξης ἔμερικοί εμβαπτίζουν το πρόσθιο άκρο της σε αντισηπτικό, και εισάγεται στον τράχηλο, μέχρις ότου η μέσα άκρη της περάσει το έσω τραχηλικό στόμιο, ώστε στον εξωτράχηλο να προβάλουν τα τελευταία 3 mm της λαμινάριας. Η επόμενη λαμινάρια εισάγεται κατά μήκος της πρώτης και αφού τοποθετηθεί ο απαραίτητος αριθμός λαμιναρίων – μέχρι και 9 – επικαλύπτονται με γάζα, αφού πρώτα αφαιρεθεί η λαβίδα από τον τράχηλο, για να εξασφαλισθεί με τη γάζα η μη παρεκτόπιση των λαμιναρίων. Η διάμετρος των λαμιναρίων στη μη διογκωμένη τους μορφή είναι περίπου 2 mm. Συνίσταται η τοποθέτηση πάντα μονού αριθμού λαμιναρίων, γιατί σε τοποθέτηση ζυγού αριθμού η προκαλούμενη διαστολή δεν είναι κυκλική, διότι οι λαμινάριες διαστέλλουν αντιδιαμετρικά προσδίδοντας στον τράχηλο ένα επιμηκυσμένο σχήμα ἔκατά την γνώμη μας αυτό δεν ισχύει με τη χρήση πάνω των τριών λαμιναρίων.

Η αφαίρεση των λαμιναρίων γίνεται με σταθερή και ήπια έλξη από τα ειδικά γι᾽ αυτό τον σκοπό νήματα. Αν παρατηρηθεί κάποια δυσκολία στην αφαίρεση της λαμινάριας – συνήθως της πρώτης – πρέπει να υποψιαζόμαστε τη δημιουργία ἔκλεψύδρας᾽ από τη λαμινάρια, δηλαδή τη μεγάλη διόγκωση του τμήματος που βρίσκεται πάνω από το έσω τραχηλικό στόμιο, όπου και η αντίσταση από τον τράχηλο είναι ανύπαρκτη. Την υποψία αυτή ενισχύει και η εμφάνιση στη γυναίκα πόνων παρόμοιων με αυτούς της δυσμηνόρροιας. Για την αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης απαιτείται αρχικά αναμονή για λίγες ώρες, μήπως και ο τράχηλος διασταλεί περισσότερο σε όλο το μήκος, ώστε η αφαίρεση της λαμινάριας να καταστεί πιο εύκολη ἔσε αντίθετη περίπτωση επιχειρείται η αφαίρεση της λαμινάριας ασκώντας μεγαλύτερη έλξη. Η αφαίρεση της λαμινάριας σε αυτή την περίπτωση προκαλεί διαστολή του τραχήλου από μέσα προς τα έξω και δεν υφίσταται λόγος αναβολής της

επέμβασης. Φυσικά σ' αυτές τις καταστάσεις είναι απαραίτητη η αναισθησία, τοπική ή γενική, λαμβάνοντας υπόψη ότι η διαδικασία αυτή θα έχει διάρκεια 10 – 15 λεπτά.

Ο Olsen et al στη Δανία συνέκρινε 2.159 γυναίκες, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν λαμινάριες, με 8.684 γυναίκες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν κηρία Hegar και βρήκε λιγότερες επιπλοκές από τη χρήση των λαμιναριών. Ειδικότερα βρήκε 3 διατρήσεις σε σύγκριση με 73 και καμία ρήξη τραχήλου σε σύγκριση με 15.

Ο Newton εξετάζοντας 500 περίπου περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκαν λαμινάριες, δεν παρατήρησε διάτρηση, τραυματισμός του τραχήλου παρατηρήθηκε σε ποσοστό 0,6% και λοίμωξη στο 2,2%, όταν η έκτρωση γινόταν με αναρρόφηση το ποσοστό των λοιμώξεων ανέβαινε στο 5%, σε 264 γυναίκες από τις 500. Επαρκής διαστολή προκλήθηκε στο 99% των γυναικών. Στις προτάσεις του περιλαμβανόταν και η ανάπτυξη της τεχνολογίας για παρασκευή λαμιναριών μιας χρήσης, που είναι πλέον πραγματικότητα, για την ελάττωση των λοιμώξεων, μια και οι φυσικές λαμινάριες δεν είναι εύκολο να αποστειρωθούν.

Οι Hale και Pion σε 887 περιπτώσεις βρήκαν παρόμοια ποσοστά επιπλοκών, ενώ η δυσκολία στην τοποθέτηση παρατηρήθηκε στις 8 από τις 887 γυναίκες και σε άλλες 8 δυσκολίες στην αφαίρεση. Αυτόματη αποβολή των λαμιναριών παρατηρήθηκε σε 12 περιπτώσεις 20 –30% των γυναικών παρουσίασε ασθενή άλγη, χωρίς να χρειαστεί αντιμετώπισή τους, ενώ 10% παρουσίασαν βλενώδη ή πυώδη έκκριση από τον τράχηλο.

## **2. LAMICEL**

Το Lamicel είναι συνθετική λαμινάρια από σπόγγο πολυβινυλικής αλκοόλης, εμποτισμένης με θειικό μαγνήσιο (450 mg). Πρόκειται για υδροσκοπικό, ωσμωτικώς δρώντα διαστολέα, διαστάσεων 75x3 – 5 mm, ο οποίος διαστέλεται 3 – 4 φορές, ενώ παράλληλα γίνεται και πιο μαλακός. Η τεχνική τοποθέτησης είναι η ίδια με αυτή για τη λαμινάρια. Ο Νικολαΐδης και συν. το χρησιμοποίησε σε πρωτόκες και βρήκε ότι η μέγιστη ελάττωση της αντίστασης του τραχήλου παρατηρείται μετά από 2 ώρες με μία μόνο βραδεία ελάττωση μέχρι και 6 ώρες μετά την τοποθέτησή του. Η διαστολή συνοδεύεται με την επιτυχία πιο μαλακής σύστασης του τραχήλου. Κύριες παρενέργειες ήσαν η εμφάνιση κάποιας ενόχλησης στην κοιλιά σε ποσοστό 33%, που περνούσε όμως χωρίς καμία παρέμβαση μέσα σε 5 λεπτά. Στο 90% ήταν δυνατή η τοποθέτηση του μεγαλύτερου μεγέθους και στις υπόλοιπες τοποθετήθηκε το

μικρότερο μέγεθος, εκτός από 2 μόνο γυναίκες, στις οποίες δεν έγινε δυνατή η τοποθέτηση του Lamicel, αλλά και σ' αυτές που το Lamicel δεν έγινε δυνατό να διαπεράσει το έσω τραχηλικό στόμιο ο τράχηλος είχε επηρεαστεί αρκετά, ώστε να διευκολύνει την παραπέρα επέμβαση. Δεν παρατηρήθηκε διάτρηση ή ρήξη του τραχήλου ούτε λοίμωξη. Οι Crimes et al σε διπλή τυφλή μελέτη με τυχαία κατανομή συγκρίνοντας το Lamicel με τις λαμινάριες βρήκαν πως το Lamicel έχει μικρότερη αρχική διαστολή, αλλά η αφαίρεση του προκαλεί μικρότερη απώλεια αίματος (RR 0,3) ενώ είναι πιο αξιόπιστο, πιο φθινό και με συγκρίσιμα αποτελέσματα. Βρήκαν ακόμη ότι το Lamicel προκαλεί αυξημένη κολλαγονόλυση στον τράχηλο και τον καθιστά πιο ευαίσθητο στις προσταγλανιδες (PGE).

### **3. DILIPAN, HYPAN**

Πρόκειται για μια γέλλη πολυακρυλικής βάσης σχηματισμένη σε ένα κηρίο διαμέτρου 4 mm, που αυξάνει σε 30 λεπτά στα 8 mm, στην μια ώρα στα 12 mm και σε 4 ώρες φθάνει τα 20 mm. Το συνθετικό αυτό κηρίο υπόσχεται πολλά ως αποτελεσματικός ατραυματικός διαστολέας με ταχεία εμφάνιση των αποτελεσμάτων.

#### **Μηχανισμός δράσης των υγροσκοπικών διαστολέων**

Ο μηχανισμός δράσης των υγροσκοπικών διαστολέων δεν περιορίζεται μόνο στη μηχανική διαστολή του τραχηλικού σωλήνα, αλλά συμμετέχουν και άλλοι μηχανισμοί, που έχουν σχέση με τη δομή του συνδετικού ιστού του τραχήλου. Ο Robinson et al εξετάζοντας μήτρες που αφαιρέθηκαν με υστερεκτομή, αφού πριν την επέμβαση είχαν τοποθετηθεί υγροσκοπικοί διαστολείς, βρήκε

- Αρχικά παρουσία οιδήματος του στρώματος, αγγειοδιαστολή και αραίωση των ινών στις δεσμίδες του κολλαγόνου
- Αργότερα παρατηρούνται πιο εκτεταμένα και πιο έντονα τα παραπάνω ευρήματα
- Προοδευτική αποδιοργάνωση, κατάτμηση και διάλυση των ινών του κολλαγόνου.

Παράλληλα βρήκαν αύξηση της θεμέλιας ουσίας του συνδετικού ιστού και ελάττωση της ποσότητας του πολυμερισμένου κολλαγόνου.

Ο Νικολαΐδης βρήκε αλλαγές στον τράχηλο, που δεν συνδυαζόταν με αλλαγές στις κυκλοφορούμενες προσταγλανδίνες και στα στεροειδή. Η διαστολή δεν οφείλεται σε δραστηριότητα της μήτρας, όπως αποδείχθηκε με μέτρηση της ενδομήτριας πίεσης.

Με τη χρήση του Lamicel, που περιέχει θειικό μαγνήσιο, δεν βρέθηκε αυξημένη συγκέντρωση μαγνησίου στο πλάσμα, ενδεικτικό του ότι η τοκολυτική του δράση δεν επηρεάζει την διαστολή. Ο Elwood όμως αναφέρει ότι ο μηχανισμός δράσης περιλαμβάνει και τις προσταγλανδίνες, όπως και τα στεροειδή, που δρουν στον σκελετό του κολλαγόνου. Ιστολογικά βρέθηκε αύξηση της θεμέλιας ουσίας, αλλαγή στους πληθυσμούς των μαστοκυττάρων, οίδημα και εμφάνιση θειικών πολυσαχαριτών, ευρήματα που συνηγορούν υπέρ αλλεργικής αντίδρασης έναντι της λαμινάριας και του Lamicel.

### **3.1.7. ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΕΣ**

Οι προσταγλανδίνες είναι παράγωγα του αραχιδονικού οξέος. Έχουν αναγνωρισθεί τρεις τάξεις προσταγλανδινών (PG), που ταξινομούνται ανάλογα με τον αριθμό διπλών δεσμών στον προστανοϊκό τους δακτύλιο (π. χ 1, 2, 3). Κάθε τάξη χωρίζεται σε ομάδες ανάλογα με τα ενεργά υποκαταστήματα, που περιέχονται στον

πυρήνα της κυκλοπεντανόνης (π. χ PGF σημαίνει προσταγλανδίνη με δύο υδροξυλιομάδες στον δακτύλιο και δύο διπλούς δεσμούς στον άνθρακα 9). Οι PGF και PGE είναι οι μόνοι χημικά σταθεροί μεταβολίτες.

Όταν οι PG χρησιμοποιούνται για διακοπή κύησης και αποτυγχάνουν, βρίσκεται συχνά ο τραχήλος να έχει διασταλεί αρκετά, έτσι που να είναι δυνατή η εκκένωση της μήτρας με ελάχιστη ή καθόλου διαστολή με κηρία. Αυτή η παρατήρηση οδήγησε τον Beguin και τους Haspels και Nerth να προτείνουν την προετοιμασία του τραχήλου πριν από την έκτρωση στις 11 – 12 εβδομάδες με PG είτε ενδοκολπικά είτε στον περιαιμιακό χώρο. Ο Wiqvist et al δοκίμασε έκχυση 250 – 750 mg PGF ή 25 – 75 mg PGF με μεσοδιαστήματα 1 – 4 ωρών στον εξωαιμιακό χώρο για 8 ώρες το πολύ, σε 10 γυναίκες με κύηση 12 εβδομάδων. Η διαστολή που προκλήθηκε ήταν αρκετή, για να εκκενωθεί η μήτρα. Οι παρενέργειες που παρατηρήθηκαν ήταν έμετοι σε 3 γυναίκες. Οι Haspels και Nerth χορήγησαν μια μόνο δόση 0,5 mg PGF εξωαιμιακά σε 11 γυναίκες με κύηση 7 – 13 εβδομάδων και τόκο 0 – 5, 4, i – 20 ώρες πριν την εκκένωση της μήτρας. Ποικίλοι βαθμοί διαστολής του τραχήλου παρατηρήθηκαν στις γυναίκες, αλλά παρενέργειες παρατηρήθηκαν μόνο στις μισές (2 με ναυτία, 3 με εμετούς και 1 με υπόταση).

Έχει διεξαχθεί εκτεταμένη έρευνα πάνω στις προσταγλανδίνες και έχουν δοκιμαστεί πολλά σχήματα χορήγησης, πολλές οδοί χορήγησης, αρκετά παράγωγα τους και αρκετές μορφές αυτών. Αναφέρονται παρακάτω μερικές από τις κλασικές ή πιο χαρακτηριστικές μελέτες.

Ο Craft χρησιμοποίησε δύο κολπικά υπόθετα με 100 mg PGF το καθένα σε δύο χρόνους μέσα στο 24ωρο πριν από την έκτρωση σε 10 γυναίκες με κύηση 9 – 12 εβδομάδων και τόκο 0 – 9. Επαρκής διαστολή βρέθηκε σε 2 μόνο γυναίκες, ενώ σε όλες παρατηρήθηκαν πόνοι στη μήτρα, σε 5 κεφαλαλγία και εξάψεις, σε 5 διάρροια και σε μια γυναίκα δύσπνοια και οπισθοστερνικά ενοχλήματα.

Οι Bremer et al χρησιμοποίησε σε 40 άτοκες γυναίκες 50 mg PGF σε κολπικά υπόθετα 3 ώρες πριν από την έκτρωση και τις σύγκρινε με 20 γυναίκες που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (αναφοράς). Βρήκε επαρκή διαστολή σε ποσοστό 55%, αλλά και αυτές που δεν είχαν επαρκή διαστολή χρειάστηκαν λιγότερη διαστολή από αυτές της ομάδας ελέγχου και για την ίδια ηλικία κύησης. Εμετοί και διάρροια παρατηρήθηκαν στο 43%, έντονοι πόνοι στη μήτρα που απαιτούν αναλγητικά σε 13%, αλλά τραυματισμός του τραχήλου σε μια μόνο γυναίκα σε σύγκριση με τρεις ομάδες ελέγχου.

Ο Ostergaard προσπάθησε να επεκτείνει τον πειραματισμό του και σε μη εγκυμονούσες γυναίκες ` χρησιμοποίησε λοιπόν κολπικά υπόθετα των 20 mg PGE, Το φάρμακο δεν προκάλεσε διαστολή, όλες όμως οι γυναίκες εμφάνισαν κάποια παρενέργεια: ρίγος 5, ναυτία 4, κοιλιακό άλγος 4, εμετός 3, διάρροια 2, υπόταση 1.

Το κύριο πρόβλημα στα πρώτα πειράματα με PG ήταν οι εγγενείς αστάθεια των φυσικών PG. Η πρόσθεση μεθυλικών ομάδων στις θέσεις 15 και 16 προστατεύει από την ταχεία αποδόμηση των PG από ένζυμα των πνευμόνων παρατείνοντας έτσι την διάρκεια δράσης. Παρασκευάστηκαν ανάλογα με εύκολη τοπική χρήση που εξασφαλίζουν ομοιόμορφη δράση σε μικρό χρόνο και με λιγότερες παρενέργειες. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν πέντε ανάλογα:

1. 15 – Methyl PGF Methylester
2. 16 – Phenoxy – ω Tertanor PGE Methylsulphonylamide (ενδομυϊκά)
3. 16 – 16 Dimethyl – trans – Δ PGE Methylester (κολπικά)
4. 9 – Deoxo – 16 – 16 – Dimethyl – 9 – Methylene PGE
5. 16 – 16 – Dimethyl – PGF – ρ – Benzaldehyde Semicarbazone Ester (ενδομυϊκά και κολπικά).

Ο Christensen πειραματίστηκε με τα τέσσερα πρώτα από αυτά και βρήκε ότι η μέση διαστολή ύστερα από αγωγή για τρεις ώρες ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από αυτή μετά τη χρήση μιας μετρίου λαμινάριας για το ίδιο χρονικό διάστημα. Όσο μεγαλύτερος ήταν ο χρόνος εφαρμογής, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η διαστολή, ιδίως στην E σειρά. Με την παρατεταμένη χρήση όμως αυξανόταν και η συχνότητα των παρενεργειών, η εκβολή του κυήματος πριν από τον αναμενόμενο χρόνο, καθώς και η ανάγκη χορήγησης αναλγητικών και η εμφάνιση παρενεργειών από το πεπτικό. Ανάλογα ευρήματα δημοσιεύθηκαν και σε προηγούμενη πολυκεντρική μελέτη του Π.Ο.Υ. Η χρήση των PG για τρεις ώρες το πολύ μπορεί να μην επιφέρει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, αλλά προκαλεί τέτοιου βαθμού αλλαγή, που ελαττώνει την απαιτούμενη μηχανική πίεση στον τράχηλο για την εκτέλεση αναρροφήσεως . Αυτό επέτρεψε τη χρήση τους και σε εξωτερικούς ασθενείς.

Οι Welch και Elder σε μια μελέτη 25 άτοκων γυναικών σύγκριναν την 16-16 – Dimethyltrans-Δ<sub>2</sub> PGE<sub>1</sub> Methylester σε κολπικά υπόθετα 3 ώρες πριν από την επέμβαση με 18 γυναίκες χωρίς αγωγή και στην πραγματικότητα μέτρησαν τη δύναμη που απαιτείται, για να διασταλεί ο τράχηλος. Βρήκαν στις γυναίκες, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν PG, ελαττωμένη αντίσταση του τραχήλου και στο 54% ελαφρό ή μέτριο πόνο και αιμόρροια που ξεκίνησαν 20 λεπτά έως και τρεις ώρες μετά την

εισαγωγή των PG. Τρεις γυναίκες ανέφεραν ναυτία, αλλά μία μόνο εμέτους. Προεγχειρητικά 64% παρουσίασαν πόνο, ενώ 20% είχαν εμετούς, σε αντίθεση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου που καμία δεν είχε εμετούς και το 55% εμφάνισε πόνο.

Οι Fisher και Taylor σε διπλή τυφλή μελέτη σε πρωτοτόκες με τοπική αναισθησία, εξωτερικές ασθενείς και μεσοδιάστημα μεταξύ εισαγωγής PG και εκτρώσεις μόνο 2 ώρες, βρήκαν:

- μέση διαστολή 5,8 mm (SD 1,4) και 4,9 (SD 1,3) P 10, 001
- μηχανική διαστολή απαιτήθηκε σε 49 από τις 110 γυναίκες της ομάδας με PG και σε 54 από τις 110 γυναίκες της ομάδας με placebo. Υπήρξε στατιστική διαφορά (P 10, 05) στην ευκολία διαστολής με κηρία
- η απώλεια αίματος ήταν σημαντικά μικρότερη
- παρατηρήθηκε προεγχειρητικά κοιλιακό άλγος σε 25 γυναίκες P (10 , 01), αλλά σημαντικός πόνος παρατηρήθηκε μόνο σε 6 γυναίκες και δεν απαιτήθηκε η χορήγηση αναλγητικών
- δεν παρατήρησαν διαφορά στη συχνότητα ναυτίας και εμετού, πιθανώς λόγω του βραχέος χρόνου εφαρμογής των PG.

Επιγραμματικά αναφέρονται και άλλα σχήματα που έχουν χρησιμοποιηθεί:

- PGE 1 mg σε κοιλικά υπόθετα τοποθετούμενα ανά 3 ώρες μέχρι και 5 υπόθετα συνολικά. Προκάλεσαν ναυτία στο 23%, διάρροια στο 33% και στο 53% χρειάστηκαν αναλγητικά για την καταπολέμηση του πόνου που προκλήθηκε ` δεν παρατηρήθηκε αυξημένη αιμόρροια.
- PGE (ONO – 802) σε κοιλικά υπόθετα.

Συμπερασματικά αναφέρεται ότι οι προσταγανδίνες κερδίζουν συνεχώς έδαφος ως αγωγή προετοιμασίας του τραχήλου πριν από την έκτρωση. Φυσικά ακόμα τα σκευάσματά τους προκαλούν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες κυρίως από το γαστρεντερικό σύστημα, αλλά το μέλλον φαίνεται ευοίωνο.

### **3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ**

Η νοσηλευτική φροντίδα μετά από μια άμβλωση, επειδή η γυναίκα εξέρχεται αμέσως μετά την επέμβαση από το Νοσοκομείο, σε σπάνιες περιπτώσεις παραμένει, μόνο όταν παρουσιαστούν προβλήματα κατά την επέμβαση, συνίσταται στην καθοδήγηση της γυναίκας για να αποφευχθούν δυσμενείς επιπλοκές.

Μετά την άμβλωση παρουσιάζεται αιμόρροια και κράμπες που διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα, ενώ μερικές δεν εμφανίζουν κανένα από τα παραπάνω συμπτώματα. Οφείλονται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει στο φυσιολογικό της μέγεθος.

Αν η αιμόρροια είναι περισσότερη από όσο τις δύσκολες ημέρες της περιόδου της, πρέπει να επισκεφθεί τον ιατρό της. Είναι όμως συνηθισμένη η εμφάνιση ελαφράς αιμορραγίας, που μπορεί να συνεχιστεί για 4 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Η επόμενη εμμηνόρροια θα πρέπει να αρχίσει μετά από 4 –6 εβδομάδες (αν η γυναίκα παίρνει αντισυλληπτικά χάπια, η περίοδος πιθανόν ν' αρχίσει όταν τελειώσει το κουτί).



Είναι δυνατόν όμως η γυναίκα να μείνει ξανά έγκυος πριν αρχίσει η πρώτη περίοδος, γιατί δεν ξέρει την ακριβή ημερομηνία ωορρηξίας. Γι' αυτό αν θέλει να αποφύγει κάτι τέτοιο πρέπει να χρησιμοποιήσει μια από τις γνωστές μεθόδους αντισύλληψης πριν ακόμα αρχίσει η πρώτη εμμηνόρροια. Από την άλλη η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτατα τη φυσιολογική του σύσταση.

Είναι ανάγκη να σημειώνεται η θερμοκρασία καθημερινά, προσέχοντας ιδιαίτερα το μεσημέρι και το βράδυ πριν τον ύπνο, για μια εβδομάδα. Αν ο πυρετός κάποια στιγμή ξεπεράσει τους 37,8° C χωρίς δισταγμό πρέπει να επικοινωνήσει με τον ιατρό. Αξίζει να σημειωθεί ότι μπορεί να δίνεται ασπιρίνη ως παυσίπονο, η θερμοκρασία όμως πρέπει να μετριέται πριν από τη λήψη του χαπιού.

Μετά την επέμβαση, η γυναίκα, μπορεί να φάει και να πιει ότι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μια σχετική σωματική και ψυχική ξεκούραση. Πρέπει να αποφεύγεται το μπάνιο στη μπανιέρα. Είναι προτιμότερο το ντους.

Πρέπει να χρησιμοποιούνται υγιεινές σερβιέτες και όχι ταμπόν για την αποφυγή μολύνσεων. Για τον ίδιο λόγο πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη τουλάχιστον για δέκα ημέρες. Αν τυχόν παρουσιαστεί αίμα κόκκινο, αν μυρίζει δύσοσμα, αν υπάρχουν πόνοι στην κοιλιά χαμηλά, πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό της.

Επίσης είναι καλό να γίνεται μια επέμβαση ελέγχου τρεις εβδομάδες περίπου μετά την άμβλωση. Επιτρέπεται η επαλήθευση της καλής κατάστασης της μήτρας και την εξασφάλιση ότι δεν υπάρχει καμία διαταραχή.

### **Μετά την επέμβαση της άμβλωσης – Οδηγίες**

Μετά την άμβλωση μπορεί να υπάρχει αιμόρροια και πόνος, που οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει στο φυσιολογικό της μέγεθος.

Μετά την επέμβαση, η γυναίκα, μπορεί να φάει και να πιει ότι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφεύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μια σωματική και ψυχική ξεκούραση.

Μερικοί γιατροί δίνουν αντιβιοτικά και μητροσυσπαστικά. Άλλοι όχι. Καλό θα είναι να ελέγχεται η θερμοκρασία της, γιατί πάντα υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης.

Πρέπει να αποφεύγεται το μπάνιο στην μπανιέρα. Είναι προτιμότερο το ντους. Αν η γυναίκα χρησιμοποιεί ταμπόν είναι καλύτερα να μην το χρησιμοποιεί για ένα χρονικό διάστημα ή αλλιώς να το αλλάζει πολύ συχνά. Οι γενετήσιες σχέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται τουλάχιστον για δέκα ημέρες. Αν τυχόν παρουσιαστεί αίμα κόκκινο, αν μυρίζει δύσοσμα, αν υπάρχουν πόνοι στην κοιλιά χαμηλά ή πυρετός, πρέπει να απευθυνθεί στον γιατρό της.

Την ημέρα που έγινε η άμβλωση – το βράδυ αυτής – συνίσταται από μερικούς γιατρούς η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Αυτό το χάπι έχει δύο αποτελέσματα:

- Από το ένα μέρος βέβαια, αντισυλληπτικό μέσο που επιτρέπει ερωτικές σχέσεις χωρίς κίνδυνο εγκυμοσύνης.
- Από το άλλο, βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτατα τη φυσιολογική του σύσταση.

Γενικά δεν πρέπει να παίρνεται παρά για ένα μήνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αντιμετωπιστεί η άμεση τοποθέτηση ενός σπειράματος.

Επίσης είναι καλό να γίνεται μια επίσκεψη ελέγχου τρεις εβδομάδες περίπου μετά την άμβλωση. Επιτρέπει την επαλήθευση της καλής κατάστασης της μήτρας και την εξασφάλιση ότι δεν υπάρχει καμία διαταραχή.

Από την άλλη μεριά, εάν η γυναίκα το επιθυμεί, με την ευκαιρία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντισύλληψη για τον επόμενο κύκλο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

# ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

### 4.1 ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ ΜΙΚΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

#### 4.1.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ

##### 1. ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΕΣ

Οι προσταγλανδίνες ως εκτρωτικά χρησιμοποιήθηκαν αρχικά από τον KARIM το 1971, χορηγώντας PGE και PGF κολπικά σε 12 γυναίκες με καθυστέρηση της έμμηνης ρύσης διάρκειας 2-7 ημέρες. Στις 11 από αυτές επιτεύχθηκε διακοπή της κύησης. Οι παρενέργειες που παρατηρήθηκαν περιλάμβαναν ναυτία, εμετούς, κωλικοειδή άλγη στη μήτρα και αυξημένη αιμόρροια. Χρησιμοποιήθηκαν και άλλοι τρόποι χορήγησης, αλλά η υποδόρια και ενδομυϊκή χορήγηση παρουσίασαν, παρά την αυξημένη αποτελεσματικότητα, σοβαρούς πόνους και μη αποδεκτό βαθμό παρενεργειών. Η ενδομήτρια χορήγηση συνοδεύτηκε από δυνατό κωλικοειδές άλγος της μήτρας. Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη και τα ανάλογα των προσταγλανδινών, τα αποτελέσματα τους ανασκοπούνται από τον Bygdeman. Στον παρακάτω ΠΙΝ 1. παρατίθενται κάποια αποτελέσματα.

##### 2. ΑΝΤΙΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΙΚΑ

Ο Csapo ήταν ο εμπνευστής της θεωρίας ότι η ελάττωση της προγεστερόνης σε μια κύηση θα οδηγούσε σε διακοπή της με εκβολή των περιεχομένων της μήτρας -αυτή η θεωρία κέρδισε έδαφος με την παρασκευή αντιπρογεστερονικών ουσιών.

Οι ανταγωνιστές της προγεστερόνης φαίνεται να ασκούν την δράση τους σε επίπεδο υποδοχέων, τόσο στο ωχρό σωματίο όσο και στον πλακούντα. Ιστολογικές μελέτες δείχνουν να εξακολουθεί να υπάρχει εμβρυϊκός ιστός στην εκφυλισμένη θέση εμφύτευσης. Αυτό το εύρημα της ατελούς εκβολής είναι ενδεικτικό του ότι δεν λαμβάνει χώρα ενεργοποίηση του μυομητρίου και μηχανική εκκένωση της μήτρας. Ακόμη φαίνεται ότι τα αντιπρογεστερονικά δεν δρουν μέσω έκκλισης προοταγλανδινών, που θα μπορούσαν να ασκήσουν ωχρινολυτική δράση, όπως αποδεικνύεται από τη μέτρηση των επιπέδων PG.

Ένα από τα πρωτοχρησιμοποιηθέντα αντιπρογεστερονικά φάρμακα είναι το Trolostane, που είναι ένας αναστολέας της σύνθεσης της προγεστερόνης. Το Epostane είναι αναστολέας της 3β-δεϋδρογενάσης των υδροξυστεροειδών και σε πρόσφατη εργασία των Webster και Gilmer χρησιμοποιήθηκε σε 54 γυναίκες, που βρίσκονταν λιγότερο από 49 ημέρες από την τελευταία τους περίοδο. Στις 30 χορηγήθηκε σε δόση 200 mg ανά 8ώρο και στις υπόλοιπες ανά 6ωρο. Παρατηρήθηκε ελάττωση της κυκλοφορούσης προγεστερόνης και λιγότερο της 17-β οιστραδιόλης, χωρίς να επηρεάζεται η κορτιζόλη. Η αποτελεσματικότητα ήταν 70 και 87% αντίστοιχα, αλλά μαζί με την αυξημένη αποτελεσματικότητα της δεύτερης ομάδας ήσαν αυξημένες και οι παρενέργειες (84% έναντι 66%), κυρίως ναυτία και εμετοί. Η επόμενη περίοδος στις γυναίκες ήλθε κανονικά. Από τις γυναίκες που έδρασε το φάρμακο 6 είχαν ατελή εκβολή του κυήματος.

**Πίνακας 1.** Αποτελέσματα από τη χρήση των προσταγλανδινών σαν εκτρωτικά.

ΑΝΑΛΟΓΟ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	N	ΕΒΔ. ΚΥΗΣΗ Σ	ΟΔΟΣ	0% ΠΛΗΡΟΥΣ ΕΚΒΟΛΗΣ
<b>15 – Phenoxy – PGE</b>	Karin	240	5 – 6	Εξωαμνιακ ή	95
<b>Methylsulfona mide</b>	Csapo &Pulkkinen	10	- 6	IM	100
	Csapo et al	90	7	IM	96
	Fleiscer et al	19	- 7	Κολπική	95
	Bygdeman	34	- 7	IM	94
<b>16-16- Dimethyl PGE</b>	McKenzie	34	4	Κολπική	100
<b>16-16- Dimethyl PGE</b>	Karim	50	- 6	»	92
	Bygdeman	63	- 7	»	92
<b>9-Methyleme- PGE</b>	Bygdeman	101	- 7	»	92-98

## Mefiprostone (RU 486)

Τον τελευταίο καιρό έχει γίνει διάσημο το RU 486, που είναι ένας ανταγωνιστής της προγεστερόνης σε επίπεδο υποδοχέων. Βέβαια δεν είναι το μόνο, έχουν ακόμη παρασκευαστεί τα ZK – 98 και ZK – 98. 299. Όλα αυτά τα σκευάσματα ασκούν και κάποιο βαθμό αντιγλυκοκορτικοειδή δράση, τη λιγότερη το ZK – 98. 734, αλλά και το RU 38. 486 που ασκεί την μεγαλύτερη αντιγλυκοκορτικοειδή δράση από τα αντιπρογεστερονικά, την ασκεί σε τέτοιο βαθμό, που πρακτικά είναι αμελητέα. Είναι σημαντικό ότι τα φάρμακα αυτά χορηγούμενα από του στόματος εμφανίζουν μεγαλύτερη αντιγλυκοκορτικοειδή δράση χωρίς να αυξάνεται η αντιπρογεστερονική.

Η αποτελεσματικότητα του RU 486, με ελάχιστες παρενέργειες, είναι γύρω στο 70%. Τα επίπεδα του φαρμάκου αυξάνονται σταδιακά σε μέγιστα επίπεδα μέσα σε 1 – 4 ώρες από τη χορήγηση και έχει χρόνο υποδιπλασιασμού 24 ώρες.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γύρω από το RU 486 βρέθηκαν τα παρακάτω:

- Σχήματα χορήγησης: έχουν χορηγηθεί δόσεις 600 mg εφάπαξ από το στόμα, 150 mg ημερησίως για 4 – 7 ημέρες.
- Χρόνος χορήγησης: έχουν χορηγηθεί σε καθυστερήσεις της έμμηνης ρύσης από 0 έως 21 ημέρες.
- Αποτελεσματικότητα: Πλήρης εκβολή του κυήματος βρέθηκε σε 60-80%. βρέθηκε άτιλη αποτελεσματικότητα είναι αντιστρόφως ανάλογη των επιπέδων της β χοριακής γοναδοτροπίνης· έτσι σε τιμές της βHCG μέχρι 5.000 U/ML φθάνει στο 100% και με επίπεδα πάνω από τις 20.000 U/ML κατέρχεται στο 70-80%.
- Κατακράτηση του πλακούντα παρατηρείται σε ποσοστό 16%· οπότε απαιτείται συμπληρωματική απόξεση.
- Συνέχιση της κύησης παρατηρείται στο 10%.
- Παρατηρείται ελάττωση της αιμοσφαιρίνης από 0,0 ως 0,4 g / dL.

### 3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ

Έχει κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί συνδυασμός RU 486 και PG σε δόσεις 400-600 mg και 1 mg κολπικώς αντίστοιχα ή RU 486 150 mg την ημέρα για 4 ημέρες με κολπική χορήγηση της PG την τρίτη μέρα του δασολογικού σχήματος. Οι συνδυασμοί αυτοί έχουν αποτελεσματικότητα πάνω από 95%.

## **ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

Πιστεύεται ότι τα εκτροπικά φάρμακα θα κερδίσουν τον χώρο της διακοπής της κύησης με πιο ελπιδοφόρα την μεφιπροστόνη (RU 486). Η εφαρμογή τους θα απελευθερώσει τη γυναίκα από την άσχημη εμπειρία της έκτρωσης. Μένει ακόμη να μελετηθούν περισσότερο, να προσαρμοστούν για χρήση εκτός νοσοκομείου και να καθοριστούν οι νομικές διαστάσεις της μεθόδου. Ο μόνος περιορισμός που φαίνεται να υπάρχει είναι ότι η κύηση δεν πρέπει να ξεπερνά σε ηλικία τις 7 εβδομάδες.

## **4.1.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ – ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ**

### **1. «ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ»**

Οι κυήσεις μικρής ηλικίας μπορούν να διακοπούν με την καλούμενη «ρύθμιση της περιόδου» (Menstrual Regulation) ή κατά άλλους «απόσπαση της περιόδου» (Mentrual Extraction), που πρωτοεμφανίστηκε από τον Ρώσο Bykow το 1927 σε κυήσεις μέχρι και πέντε εβδομάδων.

Ο Kerman εισήγαγε στη μέθοδο ειδικό πλαστικό ξέστρο που φέρει το όνομα του και συνέστησε την εφαρμογή της μεθόδου μέχρι και τις 12 εβδομάδες, αλλά για κυήσεις μέχρι 7 εβδομάδων η επέμβαση γίνεται με σύριγγα, ενώ μετά τις 7 εβδομάδες κύησης συνιστούσε τη χρήση κάποιας συσκευής αναρρόφησης ή αντλίας κενού.

Σήμερα η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε κυήσεις μέχρι 6-7 εβδομάδων, δηλαδή μετά από 14-21 μέρες καθυστέρησης. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι μπορεί να γίνει στη βάση εξωτερικών ιατρείων χωρίς αναισθησία.

### **ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ**

Για τη ρύθμιση της περιόδου απαιτείται αρχικά να υπάρχει η συσκευή του KARMAN· μια πλαστική εύκαμπτη συσκευή διαμέτρου 4-6 mm, με αμβλύ άκρο και τυφλό, που στο άκρο του αυτό φέρει δύο αντίδια μετρικές οπές σε σχήμα οπής φλάουτου, όπως αυτές των αναρροφητικών ξέστρων. Όταν η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται με σύριγγα, είναι απαραίτητη μια σύριγγα των 50 cc με ειδική βαλβίδα στο στόμιο της, Όταν το έμβολο της σύριγγας φτάσει στο απώτερο σημείο της σύριγγας, τότε η δημιουργηθείσα αρνητική πίεση στο εσωτερικό της ανέρχεται σε 500-700 mm Hg. Συνήθως στη σύριγγα εισάγεται κάποια λιπαντική ουσία, συνήθως από σιλικόνη, για να γίνεται πιο αεροστεγής και να εξασφαλίζει την παραγωγή μεγαλύτερης αρνητικής πίεσης. Έχουν επινοηθεί αρκετές τροποποιήσεις της σύριγγας, όπως ασφάλεια για το έμβολο, για να μην επανέρχεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, και ειδικός δακτύλιος για τη βάση του εμβόλου για καλύτερη εφαρμογή στο τοίχωμα της σύριγγας.

### **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**



Η ρύθμιση της περιόδου ξεκινάει με ένα καλό ιστορικό της γυναίκας και μια προσεκτική γυναικολογική εξέταση. Πολλοί συνιστούν την ανεύρεση θετικού τεστ κύησης πριν γίνει η επέμβαση, αρκετά ευαίσθητου και η επέμβαση να μην εκτελείται απουσία εγκυμοσύνης.

Η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική θέση και μετά την τοποθέτηση κολποδιαστολέα γίνεται προσεκτική αντισηψία του κόλπου και του τραχήλου. Είναι στη διάθεση και την εμπειρία του γιατρού αν θα κάνει τοπική αναισθησία ή θα χορηγήσει αναλγητικά ή θα κάνει την επέμβαση χωρίς καμιά βοήθεια αναλγητικών ή αναισθητικών. Στη συνέχεια συλλαμβάνεται ο τράχηλος με ατραυματική λαβίδα και έλκεται προς τα έξω. Εισάγεται στη μήτρα το ξέστρο του KARMAN αν μπαίνει στη μήτρα πέρα από τη διαβάθμιση των 8 CM, τότε θα πρέπει να υποψιάζεται κανείς μεγαλύτερης ηλικίας κύηση ή κάποια ανωμαλία της μήτρας. Σχεδόν αμέσως με την εφαρμογή της σύριγγας, στην οποία έχει ήδη δημιουργηθεί η αρνητική πίεση, θα παρατηρηθεί δίοδος αίματος και υγρού καθώς και ιστών. Μόλις ελαττωθεί η παθητική ροή μέσα στη σύριγγα, τότε πρέπει να εκτελούνται κινήσεις αποξέσεως με το ξέστρο του Karman, δηλαδή κινήσεις μέσα-έξω με παράλληλες περιστροφές για την απόξεση όλων των επιφανειών της κοιλότητας της μήτρας, ενώ ακόμη ασκείται με τη σύριγγα αρνητική πίεση δια έλξεως του εμβόλου. Η πλήρης εκκένωση της μήτρας σημαίνεται από την αίσθηση της τριβής σε σκληρή επιφάνεια του ξέστρου· οι πιο έμπειροι αντιλαμβάνονται σύσπαση της μήτρας, που γίνεται αισθητή από το σφίξιμο του τραχήλου γύρω από το ξέστρο και από την εμφάνιση στη σύριγγα αφρώδους υλικού. Ακόμη η έναρξη της σύσπασης της μήτρας γίνεται εμφανής από την μεγαλύτερη ενόχληση που νοιώθει η γυναίκα στην περιοχή του υπογαστρίου. Αν στη διάρκεια της επέμβασης χαθεί για οποιοδήποτε λόγο το κενό από τη σύριγγα, κλείνεται η βαλβίδα στη βάση της και ξαναδημιουργείται ή αντικαθίσταται η σύριγγα με άλλη καθαρή. Ποτέ δεν πρέπει να γίνονται κινήσεις του εμβόλου με τη σύριγγα εφαρμοσμένη στο ξέστρο και το ξέστρο μέσα στη μήτρα για τον φόβο της εμβολής με αέρα. Σε περίπτωση που το ξέστρο δεν χωράει να περάσει στη μήτρα, όταν χρησιμοποιούμε τα μεγαλύτερη μεγέθη, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ένα μικρότερο μέγεθος σαν διαστολέα" αν όμως συναντάται αντίσταση με το μικρότερο μέγεθος, πιθανόν να χρειαστεί μηχανική διαστολή του τραχήλου υπό τοπική αναισθησία. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ένα κλασικό ξέστρο 5-6 MM, για να ολοκληρωθεί η εκκένωση της μήτρας. Όταν ακολουθείται αυτή η τεχνική είναι απαραίτητο περισσότερο από κάθε άλλη φορά να γίνεται εξέταση των ξεσμάτων για την επιβεβαίωση της επιτυχούς εκκένωσης της μήτρας. Ο χρόνος που απαιτείται για την επέμβαση είναι 2-3 λεπτά. Συνήθως δεν απαιτείται χορήγηση μητροσυσπαστικών μετά την επέμβαση, ενώ αντίθετα σε Rhesus αρνητικές γυναίκες απαιτείται πάντα η χορήγηση ορού για την πρόληψη ευαισθητοποίησης έναντι του παράγοντα ρέζους.

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Η μέθοδος θεωρείται πολύ ασφαλής και τα παρατηρούμενα προβλήματα και επιπλοκές είναι ιδιαίτερα ελαφρά. Σε σύγκριση με την απόξεση με αναρρόφηση παρατηρούνται πιο συχνά η εκτέλεση της επέμβασης απουσία κύησης και η αποτυχία διακοπής της εγκυμοσύνης. Πιο σοβαρά προβλήματα θεωρούνται η αυξημένη απώλεια αίματος και η κατακράτηση προϊόντων της κύησης, που παρατηρείται στις μεγαλύτερης ηλικίας κύσεις.

Τα άμεσα προβλήματα είναι:

- 1) Πόνος· που είναι ελαφρός στο 13% και ισχυρός στο 34%, ενώ μετά την επέμβαση πόνος παρατηρείται στο 59%, αλλά πρόκειται για ελαφρά κωλικοειδή και παροδικά άλγη, που δεν απαιτούν αναλγητικά για την ανακούφιση τους.
- 2) Διάτρηση της μήτρας αναφέρεται σε ποσοστό 0,02%, ενώ υποψία διάτρησης σε ποσοστό 0,01%.
- 3) Ρήξη τραχήλου που να απαιτεί συρραφή συμβαίνει στο 0,02% και σε ποσοστό 0,04% δεν απαιτείται συρραφή. Κάποιου βαθμού διαστολή απαιτείται στο 3% των επεμβάσεων.
- 4) Αιμορραγία μέχρι και 100 ML! παρατηρείται στο 0,4%, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν παρέστη ανάγκη μεταγγίσεως.
- 5) Αντίδραση από υπερευαισθησία του πνευμονογαστρικού παρατηρείται σε ποσοστό 0,19% (Vasovagal Reflex).
- 6) Πυρετός στο 0,15%.
- 7) Φλεγμονή (PID) σε 0,01%.
- 8) Κρίση άπνοιας παρατηρήθηκε στο 0,01%.

Συνολικά οι άμεσες επιπλοκές και τα προβλήματα παρατηρούνται σε ποσοστό 0,85% σε ανασκόπηση 12.888 επεμβάσεων. Απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνουν:

- 1) Αποτυχία διακοπής της κύησης σε ποσοστά που κυμαίνονται από 0,98 έως 2,0% με μεγαλύτερα ποσοστά στις μικρότερες εγκυμοσύνες και με μεγάλη διακύμανση ανάλογα με την εμπειρία του χειρουργού.
- 2) Κατακράτηση προϊόντων της κύησης, που εκδηλώνεται με συνεχή αιμόρροια και απαιτεί απόξεση, παρατηρείται στο 0,89-2,8%.
- 3) Εξωμήτριος κύηση που δεν διαπιστώθηκε κατά τον χρόνο της επέμβασης, βρέθηκε στο 0,02%.
- 4) PID αρκετό χρόνο μετά την επέμβαση σε 0,8-1,69%.

Συνολικά οι απώτερες επιπλοκές στη σειρά των 12.888 επεμβάσεων ανέρχονται σε 3,53%.

Η διάρκεια της επέμβασης χωρίς αναισθησία είναι 3-4 λεπτά και με τοπική αναισθησία 7-8 λεπτά, Η διάρκεια της αναρρόφησης μόνο είναι δύο λεπτά σε έγκυες και 2

λεπτά και 20 δεύτερα σε μη έγκυες. Ακόμη ο όγκος του αναρροφούμενου υλικού είναι κατά μέσο όρο 16,34 ml και αναρρόφηση πάνω από 60 ml υποδηλώνει κύηση μεγαλύτερη των 6 εβδομάδων.

Η μέθοδος γενικά φαίνεται ότι είναι αρκετά αποτελεσματική και ασφαλής για τη διακοπή της κύησης, η οποία όμως στη χώρα μας είναι σχεδόν άγνωστη ή ελάχιστα χρησιμοποιούμενη.

## **Πίνακας 12. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μικρής αναρρόφησης με τη συσκευή του Karman.**

### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.**

- Δεν χρειάζεται διαστολή του τραχηλικού στομίου σε ποσοστό 92% των περιπτώσεων.
- Δεν προκαλεί κάκωση στο ενδομήτριο.
- Ελαχιστοποίηση κινδύνου διάτρησης της μήτρας, λόγω της χρήσης εύκαμπτου ρύγχους.
- Δεν χρειάζεται εφαρμογή τοπικής αναλγησίας, ούτε και γενικής αναισθησίας.
- Ελάχιστη απώλεια αίματος.
- Μικρή διάρκεια της επέμβασης (2' - 3' λεπτά).
- Μπορεί να γίνει σε εξωτερικό ιατρείο.

### **ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ**

- Γίνονται πολλές φορές χωρίς να υπάρχει εγκυμοσύνη.
- Μπορεί να μη διακοπεί η κύηση σε 3% και αυτό να γίνει αντιληπτό σε δεύτερο χρόνο.
- Να καθυστερήσει η διάγνωση μιας έκτοπης κύησης.
- Να προκληθεί μια ατελής τεχνητή έκτρωση.
- Επιβάλλεται επανεξέταση μετά από 3 έως 5 εβδομάδες.

## 4.2 ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ 1ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Για τη διακοπή κύησης 1ου τριμήνου εκτός από τα ήδη αναφερθέντα για τις μικρές εγκυμοσύνες, που ισχύουν και σ' αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχει και η απόξεση με αναρροφητικό ξέστρο.

Τα πρώτα αναρροφητικά ξέστρα επινόησε ο Bykow στη Σοβ. Ένωση και ακολούθησαν οι T'sai και Wu και Wu στην Κίνα. Αργότερα η μέθοδος πέρασε στη Δύση. Αρχικά τα ξέστρα ήταν γυάλινα ή μεταλλικά (Beier και Kerslake), ενώ τώρα έχουν μπει στην αγορά πλαστικά αναρροφητικά ξέστρα εύκαμπτα (Karman) ή άκαμπτα (Berkeley) σε μεγέθη μέχρι 14 mm. Σημαντική εξέλιξη γνώρισαν και οι αντλίες κενού, οι οποίες είναι πλέον πλήρως αυτοματοποιημένες και με μηχανισμούς ασφαλείας.

Η χρήση της αναρροφητικής απόξεσης κέρδισε τους γυναικολόγους, γιατί είναι πιο γρήγορη, προκαλεί μικρότερη απώλεια αίματος και συνδέεται με μικρότερη συχνότητα διατρήσεων και λοιμώξεων σε σύγκριση με την απόξεση με τα κλασσικά οξέα ξέστρα. Η χρήση των οξέων ξέστρων για διακοπή κύησης έχει πλέον σημαντικά ελαττωθεί ή εγκαταληφθεί.

Ως όριο για την αναρροφητική απόξεση τίθενται οι 12 εβδομάδες κύησης. Η τεχνική της δεν διαφέρει ουσιαστικά από τη «ρύθμιση της περιόδου» που περιγράφηκε πιο πριν, εκτός από τη χρησιμοποίηση των ειδικών αναρροφητικών ξέστρων και της αντλίας κενού. Η τεχνική περιγράφεται παρακάτω:

- Η γυναίκα πρέπει να έχει ουρήσει πριν τοποθετηθεί σε γυναικολογική θέση. Δεν συνιστάται ο καθετηριασμός λόγω του κινδύνου εισαγωγής μικροοργανισμών.
- Αφού η γυναίκα έχει τοποθετηθεί σε γυναικολογική θέση, εκτελείται προσεκτική γυναικολογική εξέταση- αν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί γενική αναισθησία είναι προτιμότερο η εξέταση να γίνεται μετά την αναισθητοποίηση της γυναίκας, οπότε και τα ευρήματα είναι πιο αξιόπιστα λόγω της εξαφανίσεως της μυϊκής αντιστάσεως.
- Τοποθετείται ο οπίσθιος κολποδιαστολέας και πλένεται ο κόλπος με αντισηπτικό. Δεν χρειάζεται να ξυριστεί η περιοχή των γεννητικών οργάνων ούτε η χρήση αντισηψίας στο περίνεο, η χρήση αποστειρωμένων καλυμμάτων, σκούφων, μασκών και των αποστειρωμένων ρούχων, που χρησιμοποιούνται στο χειρουργείο. Οι περισσότεροι ακολουθούν τη μέθοδο «No-Touch», που συνιστάται απλώς στην αποφυγή επαφής του άκρου των εργαλείων που προορίζεται να εισαχθεί στη μήτρα με μη αποστειρωμένες επιφάνειες ή επιφάνειες που δεν έχουν καθαριστεί με αντισηπτικό.
- Τοποθετείται και ο πρόσθιος κολποδιαστολέας και αποκαλύπτεται ο τράχηλος της μήτρας, ο οποίος, συλλαμβάνεται με μια ή δύο λαβίδες (συνήθως μονοδοντωτές – Mousse –

υx) και έλκεται προς τα έξω, ενώ αφαιρείται ο πρόσθιος κολποδιαστολέας. Αν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί τοπική αναισθησία, είναι καλό να γίνεται η πρώτη έγχυση πριν από την έλξη του τραχήλου στο σημείο ή τα σημεία που θα εφαρμοσθούν οι λαβίδες, και έπειτα να γίνουν οι εγχύσεις στα υπόλοιπα σημεία.

- Η χρήση μητρομύλης δεν συνιστάται από πολλούς συγγραφείς, γιατί οι πληροφορίες που θα μας δώσει δεν είναι και τόσο πολύτιμες, ενώ παρουσιάζει κίνδυνο διάτρησης της μήτρας.

- Ακολούθως πρέπει να γίνει διαστολή του τραχήλου με κηρία, αν δεν έχει προηγουμένως γίνει προετοιμασία του τραχήλου, όπως αναφέρεται στο σχετικό κεφάλαιο. Το μέγεθος της διαστολής πρέπει να είναι σε ΠΠΠ ίσο με την ηλικία κύησης σε εβδομάδες. Οι πιο έμπειροι χρησιμοποιούν μικρότερες διαστολές από τον παραπάνω κανόνα ζυγίζοντας το μικρότερο κίνδυνο διάτρησης και ρήξης του τραχήλου από τη μια και τον μεγαλύτερο χρόνο επέμβασης από την άλλη μαζί με τον κίνδυνο μη πλήρους εκκένωσης της μήτρας.

- Στη συνέχεια τοποθετείται στη μήτρα το επιλεγμένο μέγεθος αναρροφητικού ξέστρου και εφαρμόζεται αμέσως η μέγιστη δυνατή αναρρόφηση. Πολλοί ξεκινούν με εισαγωγή οξέος ξέστρου πριν από την αναρρόφηση, για να προκαλέσουν έτσι ρήξη του εμβρυϊκού σάκκου. Είναι σημαντικό, όπως έχει αναφερθεί, στη διάρκεια της επέμβασης να ασκείται συνεχής έλξη στον τράχηλο. Το αναρροφητικό ξέστρο δεν είναι απαραίτητο να εισάγεται μέχρι τον πυθμένα της μήτρας, γιατί υποστηρίζεται πως αυτό δεν προσφέρει τίποτα παραπάνω, ενώ αντίθετα αυξάνει τον κίνδυνο της διάτρησης. Αφού αναρροφηθεί το μεγαλύτερο μέρος του περιεχομένου της μήτρας παθητικά, συνιστάται η εκτέλεση παλινδρομικών και ταυτόχρονα περιστροφικών κινήσεων του ξέστρου. Η προς τα έξω κίνηση πρέπει να γίνεται μόνο μέχρι το ύψος του έσω τραχηλικού στομίου, για να μη τραυματίζεται ο ενδοτράχηλος. Το κατώτερο τμήμα της κοιλότητας της μήτρας χρησιμεύει ως χωνί για την καθοδήγηση των ξεσμάτων μέσα στο σωλήνα του ξέστρου. Η επιλογή του ξέστρου, όσον αφορά στο μέγεθος, πρέπει να είναι ένα ΜΜ μικρότερης διαμέτρου από τον αριθμό της ηλικίας κύησης σε εβδομάδες. Σήμερα στις Η Π Α προτιμώνται τα πλαστικά αναρροφητικά ξέστρα και μάλιστα τα άκαμπτα, τα οποία πλέον διατίθενται και ως μιας χρήσεως.

- Η ολοκλήρωση της εκκένωσης της μήτρας υποδηλώνεται από την αίσθηση που δίνει το ξέστρο ότι τρίβεται πάνω σε σκληρή επιφάνεια, από την εμφάνιση στον σωλήνα αφρώδους υγρού και από τη σύσπαση του τραχήλου. Η επιβεβαίωση της πλήρους εκκενώσεως της μήτρας γίνεται με την εισαγωγή ενός οξέος ξέστρου και τον έλεγχο με αυτό της κοιλότητας της μήτρας για την πιθανή ύπαρξη υπολειμμάτων ιστού. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στον έλεγχο με το οξύ ξέστρο των κεράτων της μήτρας. Δεν είναι απαραίτητη η

εκτέλεση πλήρους αποξέσεως με το οξύ ξέστρο, πράξη η οποία αυξάνει τον κίνδυνο διατήσεως, καθώς και την απώλεια αίματος.

- Συνιστάται η επανεισαγωγή του αναρροφητικού ξέστρου μετά τον έλεγχο με το οξύ, αλλά απαιτείται αυξημένη προσοχή, γιατί το έσω τραχηλικό στόμιο έχει ήδη συσταλεί και η μήτρα έχει αλλάξει θέση λόγω συσπάσεώς της.
- Η επέμβαση θεωρείται ότι έχει συμπληρωθεί, αν και ένα σημαντικό σημείο, που συχνά παραλείπεται, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διακοπής της κύησης και αυτό είναι η εξέταση των ξεσμάτων.
- Τέλος, αφαιρούνται τα εργαλεία, ελέγχεται το σημείο εφαρμογής της μονοδοντωτής λαβίδας μήπως αιμορραγεί, επαναλαμβάνεται αντισηψία του κόλπου και του τραχήλου και αφαιρούνται οι κολποδιαστολείς.

### **ΕΞΕΤΑΣΗ ΞΕΣΜΑΤΩΝ**

Η εξέταση των εξαγομένων ιστών αποτελεί πολύ σημαντική πράξη στη διαδικασία της διακοπής μιας κύησης και δεν πρέπει να λησμονείται. Αρχικά πρέπει να αναρροφάται νερό με το σωλήνα της αναρρόφησης, ώστε όλοι οι ιστοί να περάσουν στην φιάλη συλλογής της αναρροφητικής συσκευής. Ακολουθεί διήθηση του υλικού της αναρρόφησης και η τοποθέτηση του σε μικρό τρυβλίο με νερό, απομακρύνοντας έτσι όλους τους θρόμβους αίματος που συνυπάρχουν. Μετά την απομάκρυνση και έκπλυση των θρόμβων είναι δυνατόν να αναγνωρισθούν οι χοριακές λάχνες και τα τμήματα του εμβρύου. Ο εκπλυμένος τροφοβλαστικός ιστός έχει χαρακτηριστική λευκωπή εμφάνιση και μοιάζει με τολύπιο βάμβακος. Η αναγνώριση του τροφοβλαστικού ιστού είναι πιο εύκολη αν χρησιμοποιηθεί φωτισμός με την πηγή κάτω από υλικό. Μέλη του εμβρύου είναι δυνατόν να αναγνωρισθούν μετά την 8η εβδομάδα της κύησης. Σε περίπτωση αμφιβολιών θα πρέπει το υλικό να εξετάζεται ιστολογικά.

Αν δεν αναγνωρισθούν χοριακές λάχνες στα ξέσματα, τότε βοηθά το ζύγισμα του υλικού, που σε περίπτωση που ζυγίζει λιγότερο από 15 γραμμάρια, γεννάται σοβαρά η υποψία της μη διακοπής της κύησης.

Αν και η ιστολογική εξέταση αποτύχει να αναδείξει την παρουσία χοριακών λαχνών, τότε θα πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση μεταξύ των παρακάτω:

- μη ύπαρξη κύησης
- μη αναγνωρισθείσα αυτόματος εκβολή του κνήματος
- ατελής εκβολή
- δίκερως μήτρα με κήμα στο κέρασ που δεν υποβλήθηκε σε απόξεση

- εξωμήτρια κύηση η οποία και αποτελεί και την πιο επικίνδυνη κατάσταση.

Πα να ελαττωθούν οι πιθανότητες ύπαρξης εξωμήτριας κύησης, οφείλει κανείς να επαναλάβει το τεστ κήσεως, να μετρήσει σε διαδοχικές λήψεις την ΒΗCG, να επανεξετάσει τη γυναίκα με ιδιαίτερη προσοχή στα εξαρτήματα και να παραγγείλει προσεκτική επανεξέταση των ξεσμάτων.

Αν το τεστ κήσεως είναι θετικό, η γυναίκα πρέπει να νοσηλευθεί, να γίνει υπερηχογράφημα, εξέταση υπό νάρκωση, παρακέντηση Δουγλασσείου, επανάληψη της απόξεσης ή λαπαροσκόπηση ανάλογα με τα υπάρχοντα στοιχεία. Φυσικά η βΗCG αναμένεται να αρνητικοποιηθεί μετά από 2-3 εβδομάδες από την εκκένωση της μήτρας.

Αν το τεστ κήσεως είναι αρνητικό και η μήτρα είναι φυσιολογικού μεγέθους, η γυναίκα μπορεί να επιστρέψει σπίτι της, αφού ενημερωθεί για τα συμπτώματα της ρήξης εξωμήτριου κήσεως, αφού της δοθεί κατεύθυνση για την αναζήτηση επείγουσας βοήθειας και καθοριστεί επανεξέταση μετά από μια εβδομάδα, παράλληλα με μια επανεξέταση της βΗCG.

Πρέπει πάντα η εμφάνιση των ιστών, που δίνει η απόξεση, να ανταποκρίνονται στην προεγχειρητική εκτίμηση της ηλικίας κήσεως.

### 4.3 ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΕΩΣ 2ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ

#### 4.3.1 ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΕΚΚΕΝΩΣΗ

Η τεχνική αυτή είναι παρόμοια με την αναρροφητική απόξεση, με τη διαφορά ότι απαιτείται μεγαλύτερη διαστολή και η εκκένωση της μήτρας από το κύημα επιτυγχάνεται με τη χρήση λαβίδας. Η διακοπή με διαστολή και εκκένωση χρησιμοποιείται συνήθως σε κύσεις ηλικίας 13-15 εβδομάδων, ενώ άλλοι την χρησιμοποιούν και για κύσεις μέχρι και 20 εβδομάδων ή και περισσότερο.

Η μέθοδος απαιτεί καλή προετοιμασία, επιδεξιότητα και εμπειρία. Συνδέεται με αυξημένη συχνότητα επιπλοκών, που την ξεπερνά μόνο η ενδοαμνιακή έγχυση υπερτόνου χλωριούχου νατρίου. Η μέθοδος χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ για την διακοπή του 85% των κύσεων 13-15 εβδομάδων, του 44% στις 16-20 εβδομάδες και στο 30% στις 21 εβδομάδες και πάνω, σύμφωνα με τα στοιχεία του Center for Disease Control του 1983.

Η μέθοδος συνήθως εφαρμόζεται κάτω από γενική αναισθησία· αν όμως κάποιος προτιμά την τοπική αναισθησία, πρέπει να προσθέσει αναλγησία, μια και η επέμβαση κατά μέσο όρο διαρκεί 15-20 λεπτά.

Η διαστολή πρέπει να φθάσει τουλάχιστον τα 10-12 mm. Κύσεις μέχρι και 15 εβδομάδων μπορούν να διακοπουν με διαστολή μέχρι και 11 mm, μόνο που αυξάνεται ο χρόνος επέμβασης και η πιθανότητα ατελούς εκκένωσης της μήτρας αλλά μειώνεται ο κίνδυνος επιπλοκών. Σε κύσεις πάνω από τις 15 εβδομάδες απαιτείται προετοιμασία του τραχήλου με προοταγλανδίνες ή λαμινάριες. Αν τοποθετηθούν 5 λαμινάριες στον τράχηλο, μπορούν να προκαλέσουν διαστολή μέχρι και 15-20 mm· μερικές φορές απαιτούνται μέχρι και 9 λαμινάριες.

Η προετοιμασία πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνει και την εκτέλεση υπερηχογραφήματος για τον ακριβέστερο προσδιορισμό της ηλικίας κύησης μια και η μη αναμενόμενη δυσαναλογία της ηλικίας κύησης με την εκτίμηση μας μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφικά αποτελέσματα και η κλινική εκτίμηση της κύησης, όταν αυτή είναι μεγαλύτερη των 12 εβδομάδων, υπόκειται σε υπέρ ή υποεκτίμηση σε ποσοστό μέχρι και 33%. Οι χρόνοι της επέμβασης διακρίνονται σε;

1. Αναισθησία, 2. Διαστολή, 3. Αναρρόφηση, 4. Εκκένωση και 5. Τελική αναρρόφηση και ολοκλήρωση της εκκένωσης.

Η συνήθης πρακτική είναι να αρχίζει η επέμβαση με ρήξη του εμβρυϊκού σάκκου με οξύ ή το αναρροφητικό ξέστρο και αναρρόφηση του αμνιακού υγρού. Το αναρροφητικό ξέστρο, εκτός από την αναρρόφηση του αμνιακού υγρού, βοηθά και στο να παρασυρθούν οι



ιστοί στο κατώτερο τμήμα της μήτρας. Μερικοί συγγραφείς αναφέρουν ότι ένα αναρροφητικό ξέστρο μπορεί να εκκενώσει μήτρα με κύηση μέχρι και 16 εβδομάδων, αναφερόμενοι βέβαια σε ξέστρα διαμέτρου 14 mm. Η συνήθης όμως πρακτική επιβάλλει τη χρήση λαβίδας μετά τη ρήξη του σάκκου για την αφαίρεση του πλακούντα και των εμβρυϊκών τμημάτων. Μερικές φορές μετά τη ρήξη του σάκκου προβάλλει στον κόλπο η ομφαλίδα, η οποία στην περίπτωση αυτή μπορεί να συλληφθεί, να διαταμεί και έτσι να αφαιμαχθεί το έμβρυο. Στη συνέχεια χρησιμοποιούνται ειδικές λαβίδες (Winter) για τη σύλληψη και εξαγωγή του πλακούντα και του εμβρύου, ή και το ειδικά επινοηθέν ξέστρο του Evans, το οποίο έχει τη δυνατότητα να τεμαχίζει το έμβρυο. Οι λαβίδες που χρησιμοποιούνται δεν πρέπει να κλειδώνουν και δεν πρέπει ποτέ να εισάγονται μέχρι τον πυθμένα της μήτρας για να αποφεύγεται ο κίνδυνος διάτρησης της ή εκτροφής της με καταστρεπτικές συνέπειες. Το μόνο εργαλείο που επιτρέπεται να φθάνει στον πυθμένα της μήτρας είναι μόνο ένα μεγάλο ξέστρο, όταν γίνεται επιβεβαίωση της εκκένωσης της μήτρας από το περιεχόμενο της.

Το πιο δύσκολα αφαιρούμενο τμήμα του εμβρύου είναι το κρανίο του, γι' αυτό και πολλά κέντρα χρησιμοποιούν υπερηχογράφο, είτε για εκτέλεση της επέμβασης υπό υπερηχογραφικό έλεγχο, είτε για την εκτέλεση διεγχειρητικού υπερηχογραφήματος για τον έλεγχο της πλήρους εκκένωσης της μήτρας. Πάντα απαιτείται ο έλεγχος των αφαιρεθέντων τμημάτων, για να διαγνωσθεί η πληρότητα της εκκένωσης. Μετά τις 14 εβδομάδες είναι υποχρεωτικός ο έλεγχος της παρουσίας στο παρασκεύασμα του κρανίου, καθώς και της σπονδυλικής στήλης. Αν το κρανίο δεν βρίσκεται στο υλικό της απόξεσης, τότε πρέπει να γίνεται υπερηχογράφημα για την επιβεβαίωση της παρουσίας και της θέσεως του μέσα στη μήτρα. Αν ακόμη μια προσπάθεια δεν αποδώσει στην αφαίρεση του, η γυναίκα θα πρέπει να μεταφέρεται στο κρεβάτι της, να της χορηγείται Oxytocin για 2-3 ώρες υπό συνεχή παρακολούθηση και κατόπιν να επιστρέφει στο χειρουργείο, όπου οι κατακρατηθέντες ιστοί ανευρίσκονται συνήθως στο επίπεδο του έσω τραχηλικού στομίου.

Κατά τη σχετική βιβλιογραφία η εκκένωση της μήτρας προκαλεί τις παρακάτω επιπλοκές:

1. Λοίμωξη 3,3-15,0%.
2. Αιμορραγία που να απαιτεί μετάγγιση 0,3-0,7%.
3. Διάτρηση της μήτρας 0,0-0,2%.
4. Τραυματισμό του τραχήλου 1,5-3,3%.
5. Κατακράτηση ιστών χωρίς να απαιτείται επαναληπτική απόξεση 4,6%.
6. Επιπλοκές από την αναισθησία 0,2%.
7. Έχουν περιγραφεί και 3 περιπτώσεις διάχυτης ενδαγγειακής πήξης.

Το συνολικό ποσοστό επιπλοκών είναι γύρω στα 0.69%.

#### 4.3.2 ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΩΝ

##### 1. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ

Οι προσταγλανδίνες ερεθίζουν το μυομήτριο και η σύσπαση του ελαττώνει την αιματική ροή στην εμβρυοπλακουντιακή μονάδα, ενώ παράλληλα προκαλεί άμεσα αγγειόσπασμο στα αγγεία του πλακούντα. Αποτέλεσμα αυτής της δράσης είναι η ελάττωση παραγωγής προγεστερόνης από τον πλακούντα, προϋπόθεση για τη μετατροπή του μυομητρίου από εκείνο της κύησης σε αυτό του τοκετού, ένα μυ δηλαδή που θα έχει την ικανότητα συσπώμενος να αποβάλλει το περιεχόμενο της μήτρας. Παράλληλα όμως οι προσταγλανδίνες προκαλούν και ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αγγειόσπασμο, βρογχόσπασμο, εμετούς και διάρροια, σπασμούς, σπάνια καρδιαγγειακή κατέρρευση, ενώ η PGE προκαλεί και υπερθερμία. Η ενδοφλέβια χορήγηση προσταγλανδινών έχει εγκαταλειφθεί λόγω των πολλών ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Δοκιμάστηκαν οι PGF σε δόση 50 mg ανά λεπτό και η PGE σε δόση 5 mg ανά λεπτό.

##### 2. ΕΝΔΟΜΥΪΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Η ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδινών είναι εξαιρετικά επώδυνη και αναποτελεσματική, έχουν όμως δοκιμαστεί τα ανάλογα 15 – (3) – 15 – Methyl PGF ή PGF και 16 – Phenoxy – ω – 17, 18, 19, 20 – Tetranor PGE Methyl Sulphonylamide με αρκετή επιτυχία. Το πρώτο ανάλογο χρησιμοποιήθηκε σε δόση 100-200 mg ανά 2-4 ώρες και το δεύτερο 0,1-1 mg ανά 4-8 ώρες. Η χρήση τους ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική σε πρόωρη ρήξη των υμένων είτε αυτόματη ή μετά από ενδοαμνιακή έγχυση.

### 4.3.3 ΕΝΔΟΑΜΝΙΑΚΕΣ ΕΓΧΥΣΕΙΣ

Η διακοπή της κύησης χρησιμοποιώντας ενδοαμνιακή έγχυση διαφόρων ουσιών είναι μια σχετικά δημοφιλής μέθοδος σε μερικές χώρες και κυρίως στις ΗΠΑ. Είναι η μέθοδος που προτιμάται σε κυήσεις μεγαλύτερες των 16 εβδομάδων, γιατί σε μικρότερες κυήσεις είναι δύσκολο να εντοπισθεί ο αμνιακός σάκκος.

Η έγχυση απαιτεί την εκτέλεση αμνιοπαρακέντησεως, που ουσιαστικά δεν διαφέρει τεχνικά από την διαγνωστική. Η προσπέλαση του αμνιακού σάκκου γίνεται κυρίως από την κοιλιά. Μερικοί κάνουν την παρακέντηση τυφλά στη μέση γραμμή, λίγα εκατοστά κάτω από το ύψος του πυθμένα της μήτρας· άλλοι χρησιμοποιούν οδηγό σημείο που καθορίζεται υπερηχογραφικά ως υπερκείμενο μιας λίμνης αμνιακού υγρού ή ακόμη γίνεται η αμνιοπαρακέντηση κάτω από συνεχή υπερηχογραφικό έλεγχο. Πρέπει κατά την επέμβαση η ουροδόχος κύστη να είναι άδεια, η κοιλιά να καθαρίζεται επιμελώς με αντισηπτικό και η όλη τεχνική να υπακούει σε αυστηρούς κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. Χρησιμοποιείται ειδική βελόνη αμνιοπαρακέντησης ή οσφυονωτιαίας παρακέντησης. Ελέγχεται η σωστή τοποθέτηση από την ελεύθερη ροή αμνιακού υγρού, το οποίο μπορεί να ταυτοποιηθεί με τη χρήση δείκτη ή στικ ούρων ως προς το pH του. Αν παρά την παρακέντηση εμφανισθεί αίμα, το οποίο όμως καθαρίζει, δεν αξιολογείται κλινικά· αν όμως η ροή αίματος συνεχίζεται πρέπει να προσέχει κανείς, γιατί υπάρχει η πιθανότητα της ενδοαγγειακής έγχυσης του φαρμάκου· προτιμάται η απόσυρση της βελόνας και η δοκιμή απ' την αρχή. Αν η μήτρα είναι μικρού μεγέθους, τότε μπορεί να ανυψωθεί βάζοντας δυο δάχτυλα στον κόλπο ή επιχειρείται η παρακέντηση μέσω του κόλπου πίσω ακριβώς από τον τράχηλο· αυτή όμως η οδός δεν παρέχει ασφάλεια, από πλευράς αντισηψίας.

Η κλασική τεχνική απαιτεί την αναρρόφηση ικανής ποσότητας αμνιακού υγρού· αυτό όμως τείνει να εγκαταληφθεί, γιατί δεν επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της μεθόδου, ενώ αντίθετα η εκκένωση της μήτρας από το αμνιακό υγρό μπορεί να προκαλέσει μετακίνηση του στομίου της βελόνας και δυσκολίες ή επιπλοκές στην μέθοδο. Η αμνιοπαρακέντηση γίνεται με τοπική έγχυση τοπικού αναισθητικού σε όλο το πάχος του κοιλιακού τοιχώματος· μερικοί προτείνουν και τη διήθηση του τοιχώματος της μήτρας. Οι επιπλοκές της μεθόδου μπορούν να προληφθούν, αν ακολουθηθούν μερικές αρχές όπως η στενή παρακολούθηση της γυναίκας, η αποφυγή μεσοδιαστημάτων μεταξύ αγωγής και εκβολής μεγαλύτερων των 24 ωρών, μετά από το οποίο αυξάνεται η πιθανότητα επιπλοκών, η ενεργοποίηση της εκβολής αν η μέθοδος δεν είναι πλήρως αποτελεσματική και η άμεση ενεργός παρέμβαση σε περίπτωση που κατακρατηθεί ο πλακούντας.

## 1. ΥΠΕΡΤΟΝΟ ΧΛΩΡΙΟΥΧΟ ΝΑΤΡΙΟ

Η ενδοαμνιακή έγχυση υπερτόνου διαλύματος χλωριούχου νατρίου συνδέθηκε με αυξημένη συχνότητα σοβαρών αλλά και ελαφρών επιπλοκών και έτσι δεν αποτελεί μέθοδο επιλογής για τη διακοπή κυήσεων του 2ου τριμήνου.

Δρα νεκρώνοντας τους ιστούς, τον πλακούντα και τον φθαρτό. Ο πλακούντας παρουσιάζει διάχυτο οίδημα, θρομβώσεις και έμφρακτα. Η νέκρωση αυτή όμως έχει και ανεπιθύμητες επιπτώσεις, όπως η είσοδος μέσω των νεκρωτικών εστιών παρευρισκομένων μικροοργανισμών και η εναργοποίηση του μηχανισμού της πήξεως με επακόλουθες διαταραχές της πήκτικότητας· τέλος προκαλείται υπερνατριάμια. Η έγχυση γίνεται συνήθως με απλή συσκευή έγχυσης. Το χρησιμοποιούμενο διάλυμα είναι πυκνότητας 20% και συνήθως η ποσότητα που εγχέεται είναι 200 ml ή 40 g.

Η γυναίκα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή παρακολούθηση, θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να ελέγχεται μήπως γίνεται έγχυση στον πλακούντα, το μυομήτριο ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Σημεία λανθασμένης έγχυσης αποτελούν η εμφάνιση κοιλιακού άλγους, αλμυρής γεύσης στη γυναίκα, ωχρότητας και αιμωδίας των άκρων. Σε τέτοια περίπτωση πρέπει να διακόπτεται αμέσως η έγχυση και να αντικαθίσταται από ορό δεξτρώζης. Η έγχυση πρέπει ακόμη να διακόπτεται αμέσως, αν δεν είναι δυνατή η παλινδρόμηση υγρού στη συσκευή έγχυσης, όταν αυτή καταβιβάζεται σε επίπεδο χαμηλότερο από αυτό της γυναίκας και όταν παλινδρομεί αιματηρό υγρό. Η μέθοδος μπορεί να ενισχυθεί με τη χορήγηση ωκυτοκίνης, μόνο που αυτός ο συνδυασμός μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση δι' ύδατος και να τριπλασιάσει τον κίνδυνο πρόκλησης διαταραχών της πήκτικότητας.

Η μέθοδος εμφανίζει επιπλοκές στο 38% των περιπτώσεων από αυτές το 5,5% αντιπροσωπεύει σοβαρές επιπλοκές. Σημαντική αιμορραγία εμφανίζει το 0,3%. λοίμωξη το 4,2% και κατακράτηση προϊόντων της κύησης το 28%. Ο Berger το 1974 βρήκε τη θνησιμότητα να ανέρχεται στο 19,5/100.000 επεμβάσεις, που είναι οκταπλάσια της θνησιμότητας λόγω απόξεσης.

## 2. ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΕΣ

Η ενδοαμνιακή έγχυση προσταγλανδινών χρησιμοποιείται από το 1971 και συνεχώς αυξάνεται η συχνότητα χρήσης τους. Χορηγούμενες ενδοαμνιακώς δεν παρουσιάζουν τις παρενέργειες της παρεντερικής χορήγησης, συνεχίζουν όμως να συνοδεύονται από συ-

χρότητα άλλων παρενεργειών και επιπλοκών, που τις κάνουν την λιγότερο ανεκτή μέθοδο. Η έγχυση τους μπορεί να γίνει τυφλά και δεν απαιτείται αφαίρεση αμνιακού υγρού πριν από την έγχυση τους. Εμφανίζονται συχνά πυρετός, ενδομητρίτιδα και κατακράτηση προϊόντων της κύησης. Αν δεν γίνει εκβολή μέσα σε 24 ώρες από την έγχυση, μπορεί να επαναληφθεί η έγχυση ή να χορηγηθεί οξυτοκίνη. Μετά την έγχυση η μήτρα εμφανίζει υπερτονία, η οποία μερικές φορές προκαλεί ρήξη των υμένων και έτσι χάνεται αμνιακό υγρό και μαζί και ποσότητα του φαρμάκου. Η δοσολογία ποικίλλει. Η PGF έχει χορηγηθεί από 15 μέχρι και 100 mg, η PGE<sub>2</sub> σε δόση 5-10 mg και τα 15-μεθύλ-παράγωγα 2,5-5 mg.

### 3. ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Έχουν κατά καιρούς δοκιμαστεί και άλλες ουσίες για ενδοαμνιακή έγχυση· περιληπτικά είναι οι ακόλουθες:

- Υπέρτονο διάλυμα ουρίας. 80 g ουρίας εγχέονται σαν υπέρτονο διάλυμα, το μεσοδιάστημα μεταξύ έγχυσης και εκβολής είναι 30-100 ώρες, ενώ με την προσθήκη οξυτοκίνης στην προσπάθεια για ελάττωση αυτού του μεσοδιαστήματος αυξάνεται ο κίνδυνος για δηλητηρίαση δι' ύδατος.
- Υπέρτονο διάλυμα γλυκόζης,
- Αλκοόλη .
- Φρουκτόζη.
- Μαννιτόλη.

Οι παραπάνω ουσίες προκαλούν συχνότερα επιπλοκές και είναι λιγότερο αποτελεσματικές· γι' αυτό έχουν από καιρό εγκαταληφθεί.

### 4. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ

Μερικές μελέτες έχουν γίνει χρησιμοποιώντας συνδυασμούς των παραπάνω ουσιών. Μερικά από τα χρησιμοποιηθέντα σχήματα είναι:

- 5-10 g υπερτόνου διαλύματος χλωριούχου νατρίου μαζί με 20 mg PGF.
- 80 g ουρίας μαζί με 10 mg PGF.

#### **4.3.4 ΕΞΩΑΜΝΙΑΚΗ ΕΓΧΥΣΗ**

Η εξωαμνιακή έγχυση διαφόρων ουσιών αποτελεί μια από τις παλαιότερες μεθόδους πρόκλησης εκβολής του κηήματος. Από τις πιο πρόσφατες εφαρμογές είναι η χρήση μαλακών σαπώνων από τον Barns και τον Lanchelin. Ο Sood ανέφερε αυξημένη συχνότητα

λοιμώξεων και ένα θάνατο από τη χρήση τέτοιων ουσιών, ενώ είναι αυξημένος και ο κίνδυνος εμβολής.

Το Rivanol (γαλακτική εθακριδίνη), ένα ήπιο αντισηπτικό, είναι ασφαλέστερο από τους σάπωνες και έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στην Ιαπωνία και στη Σουηδία με καλά αποτελέσματα. Η έγχυση γίνεται μέσω ενός απλού καθετήρα Foley σε ποσότητα 150 mL διαλύματος 0,1%, η οποία μπορεί να επαναληφθεί, αν χρειάζεται, και να ενισχυθεί η δράση του με χρήση οξυτοκίνης.

**Πίνακας 13. Αναφέρεται η απαιτούμενη ποσότητα ριβανόλης για εξωαμνιακή έγχυση.**

ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΡΙΒΑΝΟΛΗΣ 0,1% σε κ. εκ.
4 – 9	20
10 – 12	30
13 – 16	60 – 80
17 – 19	90 – 100
20 – 22	110 - 120

Η εξωαμνιακή χορήγηση υπερτόνου διαλύματος χλωριούχου νατρίου δεν είναι αποτελεσματική, σε αντίθεση με την ενδοαμνιακή.

Η εξωαμνιακή χορήγηση προσταγλανδινών έχει δοκιμαστεί σε αρκετή έκταση. Χορηγούνται μέσω Foley 100-200 mg PGF ανά ώρα ή 375 mg PGF ανά ώρα σε συνεχή έγχυση. Μπορεί ακόμη να χορηγηθούν σε δόσεις εφόδου ανά δίωρο, αν δεν έχουμε στη διάθεση μας αντλία συνεχούς εγχύσεως. Ο Mindwinter συνιστά έγχυση 66,5 mg PGF ανά ώρα. Η PGF φαίνεται να προκαλεί περισσότερες παρενέργειες από την PGE. Τα 15 - μεθυλ - παράγωγα έχουν χρησιμοποιηθεί από τον Bygdeman και από την ειδική ομάδα εργασίας του Π.Ο.Υ. Η διάρκεια δράσης είναι παρατεταμένη και το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ έναρξης αγωγής και εκβολής είναι 14,5 ώρες.

Έχουν ακόμη δοκιμαστεί PGF σε δόση 5 mg ανά ώρα επαναλαμβανόμενη μέχρι και τρεις φορές και PGF σε μορφή gel 2,5-4 mg.

Η μέθοδος της εξωαμνιακής έγχυσης παρέχει το πλεονέκτημα της ευκολίας εφαρμογής της, ενώ και η παρουσία του ξένου σώματος (καθετήρα) αυξάνει την αντίδραση της μήτρας. Τα παρατεταμένα μεσοδιαστήματα όμως αυξάνουν τον κίνδυνο λοίμωξης και ειδικά ανάπτυξης ενδομητρίτιδας.

Πίνακας 14. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα πρόκλησης τεχνικής έκτρωσης με εξωαμνιακή έγχυση ριβανόλης.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- το φάρμακο είναι πολύ φθηνό</li> <li>- το φάρμακο μπορεί να φυλαχτεί για απεριόριστο χρόνο</li> <li>- δεν υπάρχει καμία αντένδειξη για τη χορήγηση του φαρμάκου</li> <li>- ασκεί τοπική αντισηπτική δράση και εμποδίζει την ανάπτυξη φλεγμονών</li> <li>- πρακτικά δεν προκαλεί καμία επιπλοκή</li> <li>- με την εφαρμογή του αποφεύγεται ο τραυματισμός του τραχηλικού στομίου από την εφαρμογή της διαστολής με κηρία του Hegar</li> <li>- έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας</li> <li>- μπορεί να συνδυαστεί με οποιαδήποτε άλλη μέθοδο</li> <li>- η μέθοδος είναι απλή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- μακρός χρόνος για την πρόκληση της τεχνικής έκτρωσης, ιδιαίτερα για τις κυήσεις του 1<sup>ου</sup> τριμήνου</li> <li>- απαιτείται ακινητοποίηση της ασθενούς για την ενδοφλέβια (Ε. Φ) χορήγηση οξυτοκίνης</li> </ul>



#### **4.3.5 ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΜΕΣΑ**

Η χρήση μηχανικών μέσων για τη διακοπή κύησης 2ου τριμήνου γίνεται είτε μόνη είτε ως βοηθητική άλλων μεθόδων. Έχει χρησιμοποιηθεί η εισαγωγή διαφόρων ειδών καθετήρων ή συσκευών, μεταξύ των οποίων και καθετήρες Foley μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, και η εφαρμογή έλξεως με τη βοήθεια βάρους στον καθετήρα (π.χ. 500 g για δύο ώρες) και κατόπιν πρόκληση της εκβολής με τη χρήση οξυτοκίνης. Ακόμη μηχανική μέθοδος θεωρείται από πολλούς η χρήση λαμινάριας σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες.

### 4.3.6 ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΗ

Η υστεροτομή για διακοπή κύησης ήταν σημαντική μέθοδος πριν από το 1960, ενώ σήμερα έχει πολύ περιορισμένη εφαρμογή. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις που:

- υπάρχουν αντενδείξεις για τοκετό·
- έχουν προηγηθεί μια ή περισσότερες καισαρικές τομές ή άλλες επεμβάσεις στη μήτρα·
- ιστορικό βρογχικού άσθματος ή αιμορραγούντος πεπτικού έλκους (αντενδείξεις για τη χρήση προσταγλανδινών)·
- μη αντιρροπούμενη καρδιοπάθεια ή νεφρική ανεπάρκεια (αντένδειξη για χρήση διαλύματος υπερτόνου χλωριούχου νατρίου)·
- παράλληλη ένδειξη ή επιθυμία για στειροποίηση ή παρουσία παθολογίας, που απαιτεί επέμβαση·
- προηγηθείσα διάτρηση μήτρας·
- μέθοδος ανάγκης επί αποτυχίας άλλων μεθόδων
- όταν η ζωή της γυναίκας βρίσκεται σε κίνδυνο (αποκόλληση πλακούντα, εκλαμψία)·
- προηγηθείσα καισαρική τομή με σημείο διασπάσεως ουλής, παράταση του μεσοδιαστήματος αγωγής-εκβολής, ανάγκη για χρήση μεγάλων δόσεων οξυτοκίνης.

### **ΤΕΧΝΙΚΗ**

Η γυναίκα προετοιμάζεται, όπως για κάθε κοιλιακή επέμβαση. Πρέπει να καθορίζεται η θέση του πλακούντα με υπερηχογράφημα, καθώς και η ηλικία του εμβρύου. Η τομή στη μήτρα μπορεί να είναι εγκάρσια στον πυθμένα της, μια και το κατώτερο τμήμα της δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί καλά. Μια παραλλαγή της μεθόδου αυτής είναι η διάνοιξη στον πυθμένα μιας τρύπας, μέσω της οποίας γίνεται αναρρόφηση του περιεχομένου, αλλά αυτή η μέθοδος διαθέτει όλα τα μειονεκτήματα της κοιλιακής αναρρόφησης και της λαπαροτομίας, χωρίς να προσφέρει σε ευκολία ή αποτελεσματικότητα. Μια άλλη παραλλαγή είναι η χαμηλή εγκάρσια τομή της μήτρας, η οποία, όπως υποστηρίζεται, προκαλεί ισχυρότερη ουλή. Τρίτη παραλλαγή είναι η χαμηλή κάθετη τομή, αλλά εμπεριέχει τον κίνδυνο τραυματισμού του έσω τραχηλικού στομίου, ενώ έχει μειωμένο κίνδυνο ρήξεως της ουλής.

Η αποκατάσταση των τοιχωμάτων της μήτρας γίνεται σε δύο στρώματα, θα πρέπει να αποφεύγεται η διασπορά υλικού από τη μήτρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, λόγω του κινδύνου αναπτύξεως ενδομητρίωσης· γι' αυτό πρέπει να γίνεται απομόνωση του εγχειρητικού

πεδίου, πριν ανοιχθεί η μήτρα και να αποφεύγεται η μετακίνηση της μήτρας εκτός του εγχειρητικού τραύματος.

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

- Ρήξη στη μήτρα σε επόμενη κύηση· εδώ οι απόψεις δίστανται.
- Ελλιποβαρές έμβρυο στο 30% των περιπτώσεων σε επόμενη κύηση.
- Εξαγωγή ζωντανού εμβρύου, το οποίο όμως δεν είναι βιώσιμο, αν είναι ηλικίας μικρότερης των 24 εβδομάδων ή / και βάρους μικρότερους των 600 γραμμαρίων.
- Ενδομητρίωση που αναπτύσσεται μετά 1-3,5 έτη.
- Θρομβοφλεβίτιδα σε ποσοστό περίπου 3%· από τις περιπτώσεις αυτές οι μισές οδηγούν σε εμβολή. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται μέχρι και τέσσερις φορές, αν παράλληλα γίνει: και στειροποίηση.
- Σηψαιμία από GRAM αρνητικούς μικροοργανισμούς, με ενεργοποίηση του μηχανισμού που οδηγεί σε διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη (DIC).
- Πυρετική κίνηση στο 1/3 των περιπτώσεων.
- Σημαντική απώλεια αίματος σε ποσοστό 6-18%.

#### 4.3.7 ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ

Η υστερεκτομία ως μέθοδος διακοπής κυήσεως του 2ου τριμήνου δεν είναι καθόλου δημοφιλής, αλλά χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κάποια παθολογική κατάσταση, που από μόνη της αποτελεί ένδειξη για υστερεκτομία ή ως εναλλακτική λύση επί αποτυχίας της στεירוποίησης, αν δεν υπάρχει η προοπτική να ζητήσει η γυναίκα την αναστροφή της.

Η σχολή που γενικά προτιμά την κοιλιακή υστερεκτομία την εκτελεί σε ηλικία κύησης μικρότερη από τις 16 εβδομάδες και όταν η μήτρα είναι κινητή, όταν δηλαδή με ελάχιστη έλξη του τραχήλου η μήτρα έρχεται προς τον κόλπο. Οι υποστηρικτές της κοιλιακής οδού θεωρούν την μέθοδο καλύτερη, γιατί παρέχει τη δυνατότητα εύκολης και άμεσης προσέγγισης στα μητριαία αγγεία. Ο πυθμένας της μήτρας συνιστάται να εξάγεται μέσω του οπισθίου ανοίγματος του κόλπου. Ακόμη υποστηρίζεται ότι η κοιλιακή οδός προκαλεί μικρότερη απώλεια αίματος.

Η κοιλιακή οδός χρησιμοποιείται συχνότερα για την υστερεκτομία. Η εγκυμοσύνη προκαλεί διάταση των αγγείων και τα κάνει μαζί με τον σαφή διαχωρισμό των ιστών πιο εύκολα στη σύλληψη και απολίνωση. Η απώλεια αίματος αντικατοπτρίζει την τεχνική που επιλέγεται και την πείρα του χειρουργού γενικά όμως είναι μεγαλύτερη με την κοιλιακή προσπέλαση. Η μέση απώλεια αίματος έχει υπολογισθεί στα 370 ml περίπου, ενώ απώλεια τέτοια που να απαιτείται μετάγγιση παρατηρείται σε ποσοστό 7-17% σε σύγκριση με 238 ML και 3-5,2% αντίστοιχα με την κοιλιακή υστερεκτομία. Εκτός από την απώλεια αίματος η υστερεκτομία συνδέεται και με άλλες επιπλοκές, όπως τραυματισμό της ουροδόχου κύστεως ή των ουρητήρων, θρομβοεμβολική νόσο, λοίμωξη, ανάπτυξη αιματωμάτων, αποστημάτων και αργότερα δυσπαρεύνια, ανάπτυξη κύστεων των ωοθηκών, αν αυτές δεν αφαιρεθούν κατά την επέμβαση και πρόπτωση του κολοβώματος του κόλπου.

Τα πλεονεκτήματα είναι ότι μπορεί να αντιμετωπισθεί συνυπάρχουσα παθολογία των έσω γεννητικών οργάνων, προλαμβάνεται η ανάπτυξη καρκίνου στα όργανα αυτά, και εγγυάται απόλυτη στειρότητα. Μειονεκτήματα αποτελούν η μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα, η παρατεταμένη νοσηλεία και οι κίνδυνοι από τις μεταγγίσεις, αν χρειαστούν.

**Πίνακας 15. Παρουσιάζεται ο βαθμός ασφάλειας των διαφόρων μεθόδων σε συνάρτηση με την ηλικία της κύησης.**

<u>ΜΕΘΟΔΟΣ</u>	ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ			
	< 6	7-10	11-12	13-15
- Αναρρόφηση χωρίς διαστολή του τραχήλου	<b>Η πιο ασφαλής</b>	-	-	-
- Διαστολή και απόξεση ή αναρρόφηση	<b>Ασφαλής</b>	<b>η πιο ασφαλής</b>	<b>ασφαλής</b>	<b>ασφαλής</b>
- Απόξεση ύστερα από φαρμακ. ή μηχανική διαστολή του τραχήλου (σε δύο χρόνους)	-	-	-	η πιο ασφαλή σε έμπειρο ιατρικό προσωπικό
- Προσταγλανδίνες (εξωαμνιακά – ενδοαμνιακά), κολπικά	<b>Ασφαλής</b> (υπόθετα)	-	-	<b>Δραστική</b> μέθοδος με τις γνωστές παρενέργειες του φαρμάκου
- Διάλυμα NaCl ενδοαμνιακό. Άλλα διαλύματα εξωαμνιακά	-	-	-	Δραστική. Ασφαλέστερη από τις προσταγλανδίνες
- Ριβανόλη εξωαμνιακή	-	-	-	Πιο μικρό ποσοστό φλεγμονών από όλες τις μεθόδους

#### 4.4 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η διακοπή της κύησης περιλαμβάνει ένα φάσμα επεμβάσεων, στις οποίες παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επιπλοκών, αν και δεν θα έπρεπε, γιατί πρόκειται για επεμβάσεις σχετικά απλές. Η απλότητα αυτή έχει οδηγήσει στο να μη γίνεται καλή εκπαίδευση των νέων γυναικολόγων, αλλά και οι ίδιοι να μη δείχνουν την πρέπουσα προσοχή. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επίπτωση των επιπλοκών είναι κυρίως: η ηλικία κύησης, η ηλικία της γυναίκας, η χρησιμοποιούμενη τεχνική, η μέθοδος αναισθησίας και πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η εμπειρία του γιατρού.

Τα τελευταία χρόνια έχει ελαττωθεί σημαντικά η συχνότητα των επιπλοκών η ελάττωση αυτή αποδίδεται στους παρακάτω παράγοντες:

- στην αλλαγή του νομικού καθεστώτος των εκτρώσεων, που οδηγεί τη γυναίκα ενωρίτερα στο να ζητήσει βοήθεια, οι περισσότεροι γιατροί αποκτούν εμπειρία, οι επιπλοκές αντιμετωπίζονται πιο άμεσα στο νοσοκομείο και ο προεγχειρητικός έλεγχος είναι πιο ολοκληρωμένος·
- στην ανάπτυξη της τεχνολογίας, μέσω της οποίας ελαττώνονται οι εγχειρητικές επιπλοκές·
- στον αποστιγματισμό, κοινωνικά, της έκτρωσης με επακόλουθο την αποφυγή των εγκληματικών αυτοσχέδιων εκτρώσεων. Οι τεχνικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ασφάλεια της μεθόδου είναι:
  - ή ικανότητα και εμπειρία του χειρουργού·
  - η προεγχειρητική εκτίμηση·
  - η σωστή εκτίμηση της ηλικίας κύησης και σωστή επιλογή της μεθόδου διακοπής·
  - ή χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης και μητροσυσπαστικών. Πρώτο μέλημα στην αποφυγή επιπλοκών είναι η πρόληψη τους- αυτό επιτυγχάνεται με:
    - ακριβή προσδιορισμό της ηλικίας κύησης και προεγχειρητική εκτίμηση"
    - υψηλό επίπεδο ικανότητας και γνώσης του χειρουργού·
    - χρήση απόλυτα άσηπτης τεχνικής·
  - χρήση ατραυματικής χειρουργικής τεχνικής
  - προσεκτική απομάκρυνση κάθε νεκρωτικού ιστού·
- προσεκτική μετεγχειρητική παρακολούθηση και επανεξέταση. Οι επιπλοκές αιτιολογικά μπορούν να ταξινομηθούν σε:
  1. Λάθος στον υπολογισμό της ηλικίας κύησης·
  2. Αποτυχία εκκενώσεως της μήτρας·

- 3 Μη επαρκής επιμέλεια στην προσπάθεια αποφυγής τραυματισμού
4. Λειτουργικά προβλήματα, όπως υποτονία ή ατονία της μήτρας, κατακράτηση ιστών, λοίμωξη, αντίδραση του πνευμονογαστρικού.

**Πίνακας 16. Παρουσιάζονται συγκριτικά οι επιπλοκές, όταν γίνονται με απόξεση του ενδομήτριου ή με αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας.**

<b>ΕΠΙΠΛΟΚΗ</b>	<b>ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ</b>	<b>ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ</b>
Αιμορραγίες	0,5 – 6	0,1 – 4
Φλεγμονή	1,2 – 1,5	0,25 – 7,2
Διάτρηση μητρός	0,06 – 0,28	0 – 0,45
Κακώσεις τραχήλου	0,26 – 1,1	0,1 – 1
Επανάληψη απόξεσης	0,9 – 2,16	0,42 – 2,8

#### **4.4.1 ΣΥΧΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

##### **1. ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ SHOCK**

Αποτελεί επιπλοκή από υπερευαισθησία του πνευμονογαστρικού νεύρου (βλ. και ενδομήτρια σπειράματα). Εμφανίζεται με βραδυκαρδία και απώλεια της συνειδήσεως, που ακολουθείται από σπασμούς. Πρέπει να διακρίνεται από την τοξική αντίδραση στο αναισθητικό και αυτή η διάκριση διευκολύνεται από το ότι στο τραχηλικό shock αρχικά τουλάχιστον παρατηρείται βραδυκαρδία.

Πρέπει αμέσως να διακόπτεται κάθε επώδυνη δραστηριότητα, να ανυψώνονται τα κάτω άκρα της γυναίκας, να στρέφεται το κεφάλι της στο πλάι, να εξασφαλίζεται βατότητα των αεραγωγών και να παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία της. Μπορεί να χορηγηθεί, μόλις η γυναίκα συνέλθει, ατροπίνη 0,4 mg ενδοφλεβίως και να συνεχιστεί η επέμβαση.

##### **2. ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΣΤΟΛΗ**

Η αντιμετώπιση δυσκολίας στη διαστολή του τραχήλου είναι συχνή σε άτοκες νεαρές γυναίκες. Σε τέτοιες περιπτώσεις πλεονεκτεί η χρήση των αναρροφητικών ξέστρων του Karman, που είναι σχετικά εύκαμπτα.

Η δυσκολία στη διαστολή πρέπει να οδηγεί στην έναρξη της με το μικρότερης διαμέτρου διαστολέα, συνήθως των 4 mm, και να προχωρήσει με μεγαλύτερα. Αν πάλι η διαστολή συναντά δυσκολίες, πρέπει να χρησιμοποιούνται λαμινάριες ή άλλη μέθοδος προετοιμασίας του τραχήλου και φυσικά να αναβάλλεται η απόξεση για την επομένη.

##### **3. ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΑΚΡΗΣ ΤΟΥ ΞΕΣΤΡΟΥ**

Αυτό το πρόβλημα παρατηρείται με τα ξέστρα του Kerman, των οποίων το άκρο είναι εύκαμπτο· για να αποφεύγεται η θραύση και παραμονή του στη μήτρα, πρέπει να γίνεται περιστροφική κίνηση μόνο κατά την προς τα έξω κίνηση του ξέστρου, και όχι κατά την εισαγωγή του στην κοιλότητα της μήτρας. Σε περίπτωση απώλειας του άκρου του πρέπει να χρησιμοποιείται νέο ξέστρο, με το οποίο γίνεται η απόξεση και πιθανώς να εξαχθεί και το χαμένο κομμάτι του ξέστρου, αν όχι θα πρέπει να διερευνάται η κοιλότητα της μήτρας με λαβίδα (συνιστάται η λαβίδα λίθων του Randail).

##### **4. ΚΑΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**



α) Κύηση μεγαλύτερη από την εκτιμηθείσα Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το σημείο της επέμβασης, κατά το οποίο ανακαλύπτεται

**Πίνακας 17.** Αντιστοιχία μήκους άκρου ποδός με την ηλικία του εμβρύου

ΕΒΔ.	ΜΗΚΟΣ (mm)		
8,5	4,2	15	16,8
9	4,6	16	19,9
10	5,5	17	23,0
11	6,9	18	26,8
12	9,1	19	30,7
13	11,4	20	33,3
14	14,0	21	35,2

το λάθος, από την πείρα και ικανότητα του χειρουργού, την διαθεσιμότητα των απαραίτητων εργαλείων, την δυνατότητα υποστήριξης από το προσωπικό και το νομικό καθεστώς των εκτρώσεων.

Αν η μύλη εισέρχεται στη μήτρα πέρα από τα 14 εκατοστά και οι μεμβράνες είναι άρρηκτες, τότε είναι βέβαιο ότι η κύηση είναι προχωρημένη και θα πρέπει να γίνει επανεξέταση και επανεκτίμηση της κατάστασης. Φυσικά, ένας χειρουργός, που αναλαμβάνει να διακόψει μια κύηση 12-13 εβδομάδων, θα πρέπει να έχει εξοικειωθεί και με τη μέθοδο της διαστολής και εκκένωσης της μήτρας.

Αν οι υμένες έχουν ραγεί και έχουν εξέλθει μερικά τμήματα του κυήματος, τότε η κατάσταση είναι πιο περίπλοκη, γιατί απαιτείται ικανός χειρουργός, που θα συνεχίσει την επέμβαση, με μεγάλη διαστολή ικανή να επιτρέψει την εισαγωγή ξέστρου τουλάχιστον 12 mm σε διάμετρο καθώς και θυριδωτή λαβίδα ή λαβίδα Winter.

Αν εκτιμηθεί ότι η κύηση είναι μεγαλύτερη από 15 εβδομάδων, απαιτείται νοσηλεία της γυναίκας, ο πιο έμπειρος διαθέσιμος χειρουργός και η γνώση εναλλακτικών μεθόδων.

Αν έχουν εξαχθεί μερικά τμήματα του εμβρύου, ο υπολογισμός της ηλικίας του μπορεί να γίνει με βάση το μήκος του άκρου ποδός.

β) Υλικό μη ικανοποιητικό

Αν η ποσότητα των ιστών, που εξήχθηκε, δεν είναι ικανοποιητική για την εκτιμηθείσα ηλικία κύησης, τότε η κατάσταση πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από: λάθος στην εκτίμηση της ηλικίας κύησης, μη ύπαρξη κύησης, αποτυχία διακοπής της κύησης, εξωμήτρια κύηση, διάτρηση της μήτρας και αποτυχία να αναγνωρισθεί συγγενής ανωμαλία της μήτρας.

Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται με επανεξέταση των ιστών, που εξήχθησαν εκτέλεση υπερηχογραφήματος για την αναγνώριση ενδομητρίου σάκκου κύησης ή διογκώσεως εξαρτήματος· επανάληψη του τεστ κυήσεως, αλλά και λήψη αίματος για μέτρηση των επιπέδων της β-HCG. Αν τα στοιχεία από τον έλεγχο μαζί με την κλινική εικόνα της γυναίκας είναι καθησυχαστικά, αφού ενημερωθεί αναλυτικά η γυναίκα για τα συμπτώματα της ενδοκοιλιακής αιμορραγίας, στέλνεται σπίτι της και καθορίζεται επανεξέταση μετά από μια εβδομάδα, οπότε επαναλαμβάνεται ο προαναφερθείς έλεγχος.

Στοιχεία ισχυρής υποψίας για εξωμήτρια κύηση, που αποτελεί και την πιο απειλητική από τις παραπάνω καταστάσεις, είναι: η μικρή ποσότητα ξεσμάτων, η απουσία πλακούντα που να αναγνωρίζεται στα ξέσματα, η ευαισθησία ή πληρότητα ενός των εξαρτημάτων και ιστολογικά η απουσία από τα ξέσματα χοριακών λαχνών, αν και πολλές φορές είναι απαραίτητη η λήψη πολλών τομών, για να ανακαλυφθούν λάχνες.

## 5. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΜΗΤΡΑΣ

Η συχνότητα της διάτρησης της μήτρας αναφέρεται σε ποσοστά από 0,04 έως 1,7%, ενώ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι υπάρχουν και διατρήσεις που περνούν αδιάγνωστες. Το πιο συχνό σημείο διάτρησης είναι ο πυθμένας της μήτρας· η διάτρηση μπορεί να γίνει με τη μύλη, το κηρίο ή το ξέστρο, αλλά ακόμη και με λαβίδα στις μεγαλύτερες κυήσεις. Αιτία της διάτρησης πιο συχνά είναι η λανθασμένη εκτίμηση της ηλικίας κύησης, η λανθασμένη εκτίμηση της θέσης της μήτρας και οι βίαιοι και αδέξιοι χειρισμοί. Πρόληψη σε μεγάλο βαθμό παρέχει η προετοιμασία του τραχήλου. Το κύριο πρόβλημα είναι η έγκαιρη διάγνωση· γιατί όσο πιο γρήγορα μπει η υποψία και αναγνωρισθεί τόσο λιγότερες είναι και οι επιπτώσεις από τη διάτρηση.

Αν η διάτρηση συμβεί πριν από την εκκένωση της μήτρας, απαιτείται παρακολούθηση της γυναίκας για αρκετές ώρες με μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, των σφίξεων και διατήρηση φλέβας. Η απόξεση αναβάλλεται για 2-3 εβδομάδες. Αν στη διάρκεια της παρακολούθησης η γυναίκα αναπτύξει διάχυτο κοιλιακό άλγος, αν στα ξέσματα βρεθεί λιπώδης ιστός (μεσεντέριο ή επίλουν) ή αν στον τράχηλο φανεί λίπος ή έντερο (σπάνια), τότε απαιτείται επείγουσα λαπαροτομία για έλεγχο της εκτάσεως της κακώσεως και ολοκλήρωση της απόξεσης κάτω από άμεσο οπτικό έλεγχο, θα πρέπει να τονισθεί ότι όταν είναι δυνατή η εκτέλεση λαπαροσκοπήσεως για την εκτίμηση της έκτασης της βλάβης στις 9 από τις 10 περιπτώσεις διάτρησης αποφεύγεται η λαπαροτομία μια και η κάκωση βρίσκεται να είναι αμελητέα. Τις σοβαρότερες κακώσεις προκαλεί η οξεία άκρη της μύλης και το

αναρροφητικό ξέστρο, ενώ το αμβλύ άκρο των κηρίων και τα οξέα ξέστρα είναι λιγότερο πιθανόν να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στα ενδοκοιλιακά όργανα.

Αν η διάτρηση συμβεί στη μέση της επέμβασης και δεν παρατηρηθούν σημεία κάκωσης ενδοκοιλιακού οργάνου, συνιστάται η συνέχιση της απόξεσης κάτω από υπερηχογραωϊκό ή λαπαροσκοπικό έλεγχο, φυσικά όχι με αναρροφητικά ξέστρα και όλοι οι χειρισμοί πρέπει να γίνονται μακριά από το σημείο διάτρησης.

Αν η διάγνωση τίθεται στο τέλος της επέμβασης με τη μήτρα άδεια, απαιτείται παρακολούθηση, κάλυψη της γυναίκας με αντιβίωση και χορήγηση μητροσυσπαστικών. Αν δεν παρατηρηθεί έντονος πόνος ή αιμορραγία, τότε η γυναίκα που η εξέταση της κοιλιάς της δεν δίνει ανησυχητικά σημεία, όπως και η γυναικολογική εξέταση και με σταθερά τα ζωτικά της σημεία μπορεί να πάει σπίτι της με κάλυψη με αντιβιοτικά, αφού προγραμματισθεί επανεξέταση την επομένη.

Αν η διάτρηση γίνει στα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, η κατάσταση είναι πολύ πιο επικίνδυνη, λόγω της πιθανότητας τρώσεως επίσημου αγγείου και η αντιμετώπιση πρέπει να είναι πιο επιφυλακτική. Η τρώση αγγείου μπορεί να αργήσει να εκδηλωθεί και να είναι μοιραία. Αν τρωθεί μητριαίο αγγείο, μπορεί να μην είναι δυνατή η αντιμετώπιση της κατάστασης παρά μόνο με υστερεκτομία.

Υποψία διάτρησης μπαίνει όταν κάποιο από τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία ξαφνικά εισχωρεί σε μεγαλύτερο βάθος από όσο θα έπρεπε, ή αν εμφανισθεί αδικαιολόγητα μεγάλη αιμορραγία. Σε οποιαδήποτε περίπτωση αμφιβολίας η λαπαροσκόπηση θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε πρώτη ζήτηση ως διαγνωστική μέθοδος.

## 6. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Σημαντική απώλεια αίματος είναι ή θα έπρεπε να είναι σπάνια σε διακοπές του πρώτου τριμήνου. Σημαντική αιμορραγία θεωρείται απώλεια αίματος πάνω από 100 ml φυσικά αυτό το όριο αυξάνεται παράλληλα με την πρόοδο της ηλικίας κύησης. Σημαντική αιμορραγία αναφέρεται να συμβαίνει σε ποσοστό 0,25-6%· δεν υπάρχει όμως κοινό κριτήριο για τον καθορισμό της ποσότητας ως σημαντικής. Η απώλεια αίματος αυξάνεται σε κύσεις πάνω από τις 11-12 εβδομάδες, σε κακή θρέψη της γυναίκας, σε πολύτοκες, σε γυναίκες που έχουν γεννήσει πρόσφατα και σ' αυτές που έχουν ινομύωματα.

### α) Αιμορραγία στη διάρκεια της επέμβασης

Αν στη διάρκεια της επέμβασης παρατηρηθεί αυξημένη απώλεια αίματος, τότε η αιτία πρέπει να αναζητηθεί μεταξύ ατονίας της μήτρας, διατρήσεως, τραύματος του τραχήλου, παρουσίας ινομύωματος και διαταραχής της πηκτικότητας.

Αν η αιμορραγία παρατηρηθεί με τη μήτρα γεμάτη, τότε πρέπει να εκκενωθεί αυτή ταχύτατα, αλλά προσεκτικά. Αν από τον έλεγχο ξεσμάτων υπάρχει υπόνοια ότι έχουν παραμείνει στη μήτρα τμήματα του κυήματος, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να αφαιρεθούν.

Αν η αιμορραγία συνεχίζει με τη μήτρα άδεια, οι πρώτες διαγνώσεις θα πρέπει να είναι, με σειρά σημαντικότητας, η ατονία της μήτρας ή ο τραυματισμός του τραχήλου. Για να γίνει η διάκριση μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων, τοποθετείται αναρροφητικό ξέστρο μέσα στη μήτρα μέχρι τον πυθμένα. Αν στη θέση αυτή εξακολουθεί να αναρροφάται αίμα τότε η διάγνωση της ατονίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Η αντιμετώπιση της ατονίας γίνεται με χορήγηση μητροσυσπαστικών (οξυτοκίνης ή μεθυλεργονοβίνης), με μάλαξη της μήτρας με αμφίχειρη πίεση και, σε περίπτωση που δίδεται η εντύπωση ύπαρξης θρόμβων μέσα στη μήτρα, με εκκένωση αυτής με αναρροφητικό ξέστρο. Αν το ξέστρο δεν αναρροφά αίμα στον πυθμένα, αυτά έλκεται προς τα έξω σιγά-σιγά και αν κατά την δίοδο του από τον τραχηλικό σωλήνα παρατηρηθεί αιμορραγία, τότε πιο πιθανή είναι η διάγνωση του τραυματισμού του τραχήλου. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να απομακρύνεται ο κολποδιαστολέας και να ασκείται πίεση στα πλάγια του τραχήλου, πάνω στις μητριαίες αρτηρίες, ενώ παράλληλα εξασφαλίζεται φλέβα, στην οποία ρέει διάλυμα Ringer's με 40-50 μονάδες οξυτοκίνης· μερικοί συνιστούν την ταυτόχρονη ενδομυϊκή χορήγηση 0,2 mg εργομετρίνης ή την ίδια δόση ενδοτραχηλικά.

Υποψία διαταραχής της πήκτικότητας υπάρχει όταν παρατηρείται αιμορραγία τόσο από την μήτρα όσο και από τον τράχηλο από σημεία ενέσεων και από την αδυναμία του αίματος να σχηματίζει θρόμβο. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει αμέσως να ελέγχονται το ινωδογόνο, τα προϊόντα αποδόμησης του ινώδους, ο χρόνος προθρομβίνης, ο χρόνος της ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης (APTT), ο αριθμός των αιμοπεταλίων, όπως και ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη της γυναίκας. Η αντιμετώπιση γίνεται με μετάγγιση φρέσκου πλάσματος κατεψυγμένου (Fresh Frozen Plasma FFP) ή φρέσκου ολικού αίματος. Ως πρώτη ένδειξη της αντιστάσεως της διαταραχής της πήκτικότητας είναι η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων, γιατί οι άλλες παράμετροι μπορεί να παραμείνουν σε παθολογικά επίπεδα για 12-24 ώρες μετά την αντιστάση.

Αν υπάρχει η υποψία υποβλεννογονίου ινομύωματος, τότε θα πρέπει να επιχειρείται απόξεση του φθαρτού με μικρό οξύ ξέστρο γύρω από το ινομύωμα, γιατί σε αντίθετη περίπτωση αυξάνεται ο κίνδυνος μεγάλης απώλειας αίματος και λοίμωξης.

Αν παρά τις παραπάνω ενέργειες η αιμορραγία εξακολουθεί να είναι σημαντική, υπάρχει η πιθανότητα να χρειασθεί η απολίνωση της μητριαίας ή ακόμη της έσω λαγονίου αρτηρίας, ειδικά αν η αιμορραγία προέρχεται από μεγάλου βαθμού ατονία της μήτρας ή διάτρηση του πλαγίου τοιχώματος της ή αυτού του τραχήλου.

Στην διαγνωστική σκέψη πρέπει να μπαίνει και η πιθανότητα ανωμαλίας της μήτρας, που να καλύπτει ένα φάσμα από απλό διάφραγμα στον πυθμένα μέχρι την ύπαρξη δύο ανεξάρτητων κοιλοτήτων. Σε δίδελφου μήτρα θα πρέπει να γίνεται διαστολή και απόξεση και στα δύο κέρατα της μήτρας. Συνήθως το κέρασ που φέρει την κύηση είναι και αυτό που πιο εύκολα εκκενούνται. Αν το κέρασ που δεν φέρει το κύημα είναι δύσκολο να εκκενωθεί από τον φθαρτό και δεν παρουσιάζει σημαντική αιμορραγία, δεν χρειάζεται να παραβιάζεται γιατί η γυναίκα σε λίγες μέρες θα εμφανίσει συμπτώματα αποβολής και ο τράχηλος θα ανοίξει· έτσι η εκκένωση του θα είναι πιο ευχερής- Σε δίδελφου μήτρα ενδείκνυται επιμόνως η χρήση λαμιναριών, μια και οι δύο τράχηλοι τις περισσότερες φορές έχουν σχήματα και πορείες, που είναι δύσκολο να προβλεφθούν και να ακολουθηθούν στη διάρκεια της διαστολής.

β) Αιμορραγία μετεγχειρητικά

Οι αιτίες είναι οι ίδιες με αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω· προστίθεται μόνο το σύνδρομο μετά έκτρωση (Postabortion Syndrome), το οποίο αντιμετωπίζεται με εξ αρχής εκκένωση της μήτρας και τη χορήγηση μητροσυσπαστικών.

## 4.4.2 ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

### 1. ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η κατακράτηση των προϊόντων της κύησης μπορεί να προκαλέσει συνέχιση της κύησης, αιμορραγία και λοίμωξη. Η συχνότητα είναι 0,4-2,9% για τις διακοπές του 1ου τριμήνου και τετραπλάσιαζεται στο 2ο τρίμηνο, οπότε εξαρτάται άμεσα και από τη μέθοδο. Συχνότερα κατακρατείται ο πλακούντας, ο οποίος έχει μεγάλο σχετικά μέγεθος και δεν είναι δυνατή η αποκόλληση και εκβολή του.

Η κατακράτηση προϊόντων της κύησης γίνεται αντιληπτή με κοιλιακό άλγος, αιμορραγία και λοίμωξη μέσα σε μια βδομάδα από την απόξεση ή από άλλη μέθοδο διακοπής. Ασυνήθιστα μεγάλη αιμορραγία αρκετές εβδομάδες μετά την έκτρωση πρέπει να θεωρείται ότι οφείλεται σε κατακράτηση μέχρι αποδείξεως του εναντίου, όπως και η εμφάνιση υψηλού πυρετού μέσα σε 72 ώρες από την έκτρωση.

Η αντιμετώπιση συνίσταται σε επανάληψη της απόξεσης κάτω από κάλυψη με αντιβιοτικά για αερόβια και αναερόβια μικρόβια.

Η αποτυχία διακοπής της κύησης είναι πιο συχνή στις μικρές ηλικίες κύησης, οπότε και συνιστάται περισσότερο από κάθε περίπτωση η επανεξέταση της γυναίκας.

### 2. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ο τραυματισμός του τραχήλου κατά την έκτρωση περιλαμβάνει ρήξεις στο έξω και έσω τραχηλικό στόμιο, διάτρηση του και τέλος σχίσσιμο του από τις μονοοδοντωτές λαβίδες. Οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της διαστολής. Πιο συχνός είναι ο τραυματισμός σε άτοκες, με διαστολή πάνω από τα 9 mm (που είναι μη αναστρέψιμη), με άσκηση δυνάμεως στον διαστολέα πάνω από 3 kg και με άσκηση έλξης στις λαβίδες πάνω από 4 kg.

Η διάτρηση του τραχήλου προλαμβάνεται με την άσκηση έλξης στον τράχηλο, έτσι που η πορεία του σωλήνα του τραχήλου να ευθυγραμμίζεται με την κοιλότητα της μήτρας. Οι ρήξεις είναι συνήθως επιμήκεις στο οπίσθιο τοίχωμα του τραχήλου και συχνά δεν αιμορραγούν. Τα τραύματα από τις λαβίδες γίνονται συνήθως στην 3η και 9η ώρα και παρατηρούνται σε ποσοστό 7%.

Η διάτρηση του τραχήλου αντιμετωπίζεται όπως και η διάτρηση του σώματος της μήτρας. Η ρήξη του έσω τραχηλικού στομίου απαιτεί πίεση στις μητριαίες αρτηρίες, ενώ γίνεται χορήγηση οξυτοκίνης ` σπάνια απαιτείται αποκατάσταση με λαπαροτομία ή πιο ριζι-

κή επέμβαση. Η ρήξη στο έξω τραχηλικό στόμιο, αν δεν ελέγχεται με πίεση ή αν είναι σημαντική, αντιμετωπίζεται με 1-2 ράμματα 2-0 chromic catgut με απλό ή σε σχήμα 8 πέρασμα.

Σπάνια παρατηρείται ρήξη του τραχήλου με τη χρήση υπέρτονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου ή προσταγλανδινών, ιδίως αν χρησιμοποιείται συνδυασμένη με οξυτοκίνη αγωγή.

### **3. ΛΟΙΜΩΞΗ**

Η συχνότητα λοίμωξης είναι περίπου 5%, ενώ στις διακοπές του 2ου τριμήνου διπλασιάζεται, ιδίως με τις ενδοαμνιακές εγχύσεις υπέρτονου χλωριούχου νατρίου. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρατηρούνται μαζί με κατακράτηση προϊόντων της κύησης, ενώ οι πιθανότητες αυξάνονται, αν προϋπήρχε λοίμωξη. Οι πιο συχνά ανευρισκόμενοι ως αίτιο μικροοργανισμοί είναι ο γοννόκοκκος, E. Coli, Chlamydia Trachomatis Bacteroides και σπάνια Clostridium Welchii. Η αντιμετώπιση συνίσταται αρχικά σε αντιβίωση και σε περίπτωση παρουσίας υπολειμμάτων της κύησης σε επανάληψη της έκτρωσης.

### **4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΕΚΤΡΩΣΗ (Postabortion Syndrome)**

Πρόκειται για μια κατάσταση που οφείλεται σε ατονία ή υποτονία της μήτρας και συσσώρευση θρόμβων μέσα στη μήτρα. Η συχνότητα του είναι 0,2-1% και προλαμβάνεται με την προληπτική χορήγηση μητροσυσπαστικών.

Το σύνδρομο εκδηλώνεται μέσα σε δύο ώρες από την απόξεση με πόνο στη μήτρα· η αιμόρροια από τον κόλπο είναι μικρότερη από την αναμενόμενη και η γυναίκα αισθάνεται αδυναμία και εφιδρώσεις. Αντικειμενικά η μήτρα βρίσκεται διογκωμένη, σε μέγεθος που αντιστοιχεί σε κύηση 10-12 εβδομάδων, είναι ευαίσθητη χωρίς σημεία οξείας κοιλίας. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπισθεί, μπορεί να οδηγήσει σε σηψαιμία, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη και μπορεί να προκληθεί παλινδρόμηση αίματος μέσω των σαλπίνγων προς την περιτοναϊκή κοιλότητα αναπτύσσοντας εικόνα οξείας κοιλίας.

Η αντιμετώπιση γίνεται με αναρροφητική απόξεση και εκκένωση της μήτρας από τους θρόμβους, που μπορεί να έχουν όγκο 50-200 mL. Είναι χαρακτηριστικό ότι μετά την εκκένωση της μήτρας η γυναίκα ανακουφίζεται αμέσως. Η επανάληψη της αναρρόφησης συνήθως δεν απαιτεί αναισθησία ή διαστολή. Μετά την εκκένωση της μήτρας πρέπει να χορηγείται μητροσύσπαση.

### **5. ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

- α) Αντιστροφή της λειτουργίας της αναρροφητικής αντλίας. Αποτέλεσμα αυτού μπορεί να είναι η εμβολή δι' αέρος. Τα τελευταία χρόνια δεν έχει αναφερθεί τέτοιο περιστατικό, αλλά θα πρέπει πάντα να ελέγχεται ο εξοπλισμός.
- β) Επιπλοκές από την αναισθησία. Η περιοχική αναισθησία μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές από υπερευαισθησία στα φάρμακα ή υπέρβαση της δόσης ή με κατά λάθος έγχυση σε αγγείο του τοπικού αναισθητικού. Η προσθήκη στο αναισθητικό διαλύματος αδρεναλίνης 1:200.000 ελαττώνει τη συχνότητα εμφάνισης τραχηλικού shock. Ακόμη η χρήση λαμιναριών ελαττώνει την ανάγκη για αυξημένες δόσεις τοπικού αναισθητικού.
- γ) Καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Παρατηρείται εξαιρετικά σπάνια σε διακοπές του 1ου τριμήνου, πρέπει όμως να είναι πάντα διαθέσιμα τα απαραίτητα για ανάνηψη σε κάθε χώρο, όπου επιτελείται διακοπή κύησης.



### **4.4.3 ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

#### **1. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΣΩΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ**

Η ανάπτυξη ανεπάρκειας του έσω τραχηλικού στομίου με επακόλουθες εκβολές στο 2ο τρίμηνο της κύησης είναι αποτέλεσμα των τραυματισμών του τραχήλου στη διάρκεια της έκτρωσης. Μπορεί ακόμη να οδηγήσει σε πρόωρους τοκετούς αργότερα, Η συχνότητα τέτοιων επιπλοκών ελαττώνεται με τα χρόνια· σημαντικό ρόλο στη μείωση αυτή παίζουν η προετοιμασία του τραχήλου πριν από την διαστολή, καθώς και η μεγαλύτερη προσοχή από μέρους των χειρουργών.

#### **2. ΝΕΟΓΝΑ ΧΑΜΗΛΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΠΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ**

"Έχει παρατηρηθεί αύξηση γεννήσεων ελλιποβαρών νεογνών μετά από διακοπές, αλλά οι αιτίες δεν έχουν ακόμη διευκρινισθεί" το φαινόμενο αυτό παρατηρείται μόνο μετά από εκτρώσεις με οξέα ξέστρα κάτω από γενική αναισθησία.

#### **3. ΧΡΟΝΙΑ ΕΝΔΟΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

Η ανάπτυξη υπογονιμότητας από χρόνια φλεγμονή των σαλπίγγων ή από ενδομήτριες συμφύσεις είναι κάτι που δύσκολα υπολογίζεται. Οι διάφορες έρευνες και στατιστικές δίνουν ποικιλία αποτελεσμάτων, που είναι τουλάχιστον αντιφατικά. Αναφέρονται επιπτώσεις από 2,5% μέχρι και 25%. Γεγονός είναι πάντως ότι οι επανειλημμένες εκτρώσεις επηρεάζουν την γονιμότητα της γυναίκας.

#### **4. Rh ΙΣΟΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ**

Η πιθανότητα ευαισθητοποίησης της γυναίκας έναντι του παράγοντα Rhesus αυξάνει παράλληλα με την ηλικία της διακοπώμενης κύησης. Ο κίνδυνος υπολογίσθηκε από τον Simonovits σε 2,6% σε εκτρώσεις με αναρρόφηση στο 1ο τρίμηνο. Συνιστάται σε γυναίκες που είναι Rh αρνητικές να γίνεται ανοσοσφαιρίνη σε δόση 50 mg για διακοπές πριν από την 12η εβδομάδα και 300 mg αργότερα.

## 5. ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ

Η συχνότητα των εξωμήτριων κυήσεων αυξάνεται τον τελευταίο καιρό παράλληλα με την αύξηση των ενδοπυελικών λοιμώξεων. Η έκτρωση καθ' εαυτήν δεν φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης εξωμήτριου κυήσεως, αν δεν αναπτυχθεί φλεγμονή.

## 6. ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΜΕΤΑ ΕΚΤΡΩΣΗ

Η κατάσταση αυτή είναι εξαιρετικά σπάνια και μπορεί να οφείλεται σε:

- τραυματική στένωση του τραχήλου- η διάγνωση πραγματοποιείται με την βοήθεια μύλης·
- συνεχιζόμενη κύηση (επανάληψη του τεστ κυήσεως, της β-HCG και U / S)
- έναρξη χρήσης αντισυλληπτικών αμέσως μετά από μια έκτρωση·
- σύνδρομο Asherman, ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων (ασυνήθης)·
- δευτεροπαθή αμηνόρροια, που συνέπεσε να εκδηλωθεί μετά την έκτρωση (εξαιρετικά ασύνηθες).

## 7. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής μετά την έκτρωση, εκτός από παροδική αντιδραστική κατάθλιψη, είναι εξαιρετικά σπάνια και συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες με προϋπάρχοντα ψυχιατρικά προβλήματα. Συχνά η έκτρωση αποτελεί για τη γυναίκα την μόνη αποδεκτή έκβαση μιας κύησης και, εκτός από κάποια αισθήματα ενοχής, δεν επιβαρύνεται ψυχολογικά ` παρ' όλα αυτά κάθε γυναίκα που προσέρχεται για έκτρωση χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη ` ακόμα δεν πρέπει να νοσηλεύεται παραπλεύρως σε γυναίκες με προβλήματα στειρότητας ή άτυχη έκβαση μιας κύησης.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ( PATIENT'S CARE PLAN )

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
22-3-2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Στις 10πμ η ασθενής παρουσίασε αύξηση της αρτηριακής πίεσης ( συ-στολικής : 170 – διαστολι-κή 80 mmHg ) που να οφείλεται σε νευρογενή κυρίως αίτια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης μέσα στην επόμενη μία (1) ώρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης ανά ½ ώρα</li> <li>- Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή</li> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος</li> <li>- Κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και δυνατότητα να εκφράσει τα συναι – σθηματά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακολουθείται η αρτηριακή πίεση της ασθενούς ανά ½ ώρα</li> <li>- Χορηγήθηκε 1amp Pethidine 0,05 mg ενδομυικά (I.M.) κατόπιν ιατρικής εντολής</li> <li>- Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον, αφού μειώθηκαν οι θόρυβοι, και οι επισκέπτες αναχώρησαν</li> <li>- Εξέφρασε τους φόβους, ανησυχίες, το αίσθημα ανασφάλειας, αβεβαιότητας και απορίες που την απασχολούσαν</li> </ul>	<p>Μετά τη χορήγηση της Pethidine 0,05 ενδομυικά (I.M.), η αρτηριακή πίεση μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα όπου και παρέμεινε σταθερή .</p> <p>Στις 11.30πμ η αρτηριακή πίεση ήταν, Διαστολική : 60 mm Hg. Ουσιαστικό ρόλο έπαιξε και η έμπρακτη συμπαράσταση της νοσηλεύτριας που την βοήθησε να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα της και τους φόβους της .</p>

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
22\3\2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Στις 22μμ η ασθενής παρουσίασε επίσχεση ούρων που πιθανών να οφείλεται σε μικροτραυματισμούς του στομίου της ουρήθρας .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κένωση της ουροδόχου κύστεως της ασθενούς μέσα στις επόμενες 1 με 2 ώρες .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατά αρχήν χρησιμοποίηση όλων των φυσικών μεθόδων που είναι ικανοί να βοηθήσουν</li> <li>- Χορήγηση διουρητικών ενδοφλεβίως ( i.v. )κατόπιν ιατρικής εντολής</li> <li>- Τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστεως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Άνοιγμα της βρύσης, και η ασθενής να παρακολουθεί το νερό που τρέχει</li> <li>- Νερό στα έξω γεννητικά όργανα της</li> <li>- Χορηγήθηκε 1amp Lasix ενδοφλεβίως (i.v.) μετά από ιατρική εντολή</li> <li>- Εφαρμογή καθετήρα ουροδόχου κύστεως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χρησιμοποιήθηκαν όλα τα γνωστά φυσικά μέσα , τα οποία όμως δεν απέδωσαν</li> <li>- Χορηγήθηκε 1amp Lasix ενδοφλεβίως (i.v.)στις 3μμ. Μετά την έλευση 1 ώρας ,δεν πέτυχε η κένωση της ουροδόχου κύστης , και πραγματοποιήθηκε καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Ο ουροκαθετήρας αφαιρέθηκε το επόμενο πρωϊ</li> </ul>

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
22\3\2001	- Στις 7μμ η ασθενής παραπονέθηκε για άλγος στην κάτω κοιλιακή χώρα , που οφείλονται σε συσπάσεις του τοιχώματος	- Ανακούφιση της ασθενούς στις επό-μενες ώρες από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου	- Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής - Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς	- Χορηγήθηκε στις 8μμ 1amp Aprotel ενδομυϊκώς (I.M.) μετά από εντολή του θεράποντος ιατρού . Ο πόνος υποχώρησε αλλά επανήλθε εντονό-τερος. Στις 9.30μμ, κι αφού είχε ενημε-ρωθεί ο θεράπων ιατρός έγινε 1ampZideron ενδο-μυϊκός (I.M.) - Προσφέρθηκε ψυχολογική υποστήριξη και διαβεβαίωση ότι η χορήγηση των αναλγητικών αυτών γίνεται για να υποχωρήσει ο πόνος - Καθ'όλη τη διάρκεια που η ασθενής πονούσε παρέμεινε η νοσηλεύτρια πλάι της με σκοπό να τη βοηθήσει ψυχολογικά να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα της καθώς και να της αποσπάσει την προσοχή	- Μετά από την χορήγηση της amp Aprotel ενδομυϊκώς (I.M.) ο πόνος υποχώρησε αλλά για λίγο χρονικό διάστημα . Μετά από 1\2 ώρα ο πόνος επανήλθε . Χορηγήθηκε τότε ένα άλλο αναλγητικό (Zideron) το οποίο παρουσιάζει ταχύτερη και παρατεταμένη δράση και ο πόνος σταδιακά υποχωρούσε οπού στις 10.14 μμ εξαλείφθηκε εντελώς

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
22\3\2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η ασθενής παρουσίασε σημάδια κατάθλιψης που οφείλονται στην αναγκαστική διακοπή της κύησης . Σ'αυτό συνέλαβε το ότι ήταν πρωτότοκος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο να εξαιρεθούν ή να μειωθούν σε κάποιο βαθμό όλα τα αρνητικά συναισθήματα που την καταβάλουν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενεργός συμπαράσταση της ασθενούς από την νοσηλεύτρια με σκοπό να την παροτρύνει να εκφράσει με λόγια όλα τα αισθήματα που δημιουργήθηκαν μετά την διακοπή της κύησης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μετά την ενεργό συμμετοχή της ασθενούς, παροτρύνθηκε να εκφράσει αυτά που ακριβώς φοβάται . Πείσθηκε ότι ήταν ένα τυχαίο περιστατικό που δεν θα έχει καμία επίπτωση στο μέλλον . Τέλος απαλλάχτηκε από τα αισθήματα ενοχής και φόβου αφού κατάφεραν να την πείσουν ότι δεν ευθύνεται η ίδια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μετά από λίγες ώρες η κατάθλιψη περιορίστηκε. Αποδοχή της επέμβασης</li> <li>- Αισιοδοξία για το μέλλον της</li> </ul>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σε πείσμα λοιπόν των νέων τάσεων και ακόμη της νέας νομοθεσίας, τα γεγονότα θα εξακολουθούν να κινούνται βραδέως στην ατμόσφαιρα της αμφισβήτησης. Κατά τον διαπρεπή Βρετανό δημοσιογράφο Paul Ferris, που ασχολήθηκε με το θέμα της έκτρωσης κατά την εποχή που νομιμοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία, «η έκτρωση ήταν και είναι μέχρι τώρα ένα δίλημμα, ένα σκάνδαλο, μια αναταραχή και μια τραγωδία που θα εξακολουθήσει και στο μέλλον να δημιουργεί στους περισσότερους ανθρώπους ένα δυσοίωνο και απελπιστικό αίσθημα ενοχής».

Στόχος συνεπώς της κοινωνίας πρέπει να είναι η ελάττωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αλλά και η πρόληψη και ο περιορισμός των εκτρώσεων, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις ρυθμίσεις του νόμου. Η ανοιχτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία όσον αφορά στα σεξουαλικά θέματα μπορεί να συντελέσει στην ελάττωση των εκτρώσεων, αλλά μόνο εάν η ειλικρίνεια αυτή αποτελεί μέσο εκπαιδευτικών στόχων. Πρέπει συνεπώς στα σχολεία και στα οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί, και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο, η ενημέρωση πάνω στις σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις σε θέματα όπως η έμμηνος ρήση, η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η έκτρωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Για να περιοριστεί η τάση των νεότερων ιδίως γυναικών να καταφεύγουν στην έκτρωση, πρέπει να επεκταθούν οι Πρωτοβάθμιοι Σταθμοί Υγείας με τη δημιουργία νέων Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού, όπου κυρίως θα διδάσκεται κατά κύριο λόγο στις νέες γυναίκες, ότι η έκτρωση δεν αποτελεί υποκατάστατο της αντισύλληψης, αλλά και σε όσους τις βοηθούν ότι η φιλελεύθερη πολιτική στις εκτρώσεις δε νοείται ότι πρέπει να παρακινεί τις γυναίκες να θεωρούν την έκτρωση ως υποκατάστατο της αντισύλληψης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΥ Ι. ΔΙΟΝ.** “Φυσιολογία της Γυναίκας” Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Γρηγ., Αθήνα 1982.
2. **ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΘ.** “Σφαιρική θεώρηση του θέματος στην ανακοίνωση: Διλήμματα στη Νοσηλευτική. Η Νοσηλεύτρια μπροστά στο πρόβλημα Αμβλώσεις”. Πρακτικά ΙΔ! Πανελληνίου Συνεδρίου, 1 –3 Σεπτεμβρίου, Θεσσαλονίκη 1987.
3. **ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΘ.** “Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική”. Επίτομος εκδόσεις, Α! έκδοση “Η Ταβιθά, Αθήνα 1990.
4. **ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ** “Οικογενειακός Προγραμματισμός – Αντισύλληψη – Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση” εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1988.
5. **ΔΟΡΚΟΦΙΚΗ ΕΙΡ.** “Αμβλώσεις – Αφανισμός του Γένους” έκδοση 1<sup>η</sup> Ελληνική Ευρωεκδοτική, Αθήνα 1985.
6. **ΔΡΑΓΩΝΑ Θ.** “Γέννηση. Η Γυναίκα μπροστά σε μια καινούργια ζωή” Εκδόσεις “ΔΩΔΩΝΗ”, Αθήνα – Γιάννινα 1987.
7. **ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ “ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΔΑΚΗ” ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ.** Τόμος 1<sup>ος</sup>, Εγκυκλοπαιδικές Εκδόσεις Ν. Νίκας και Σια Ε. Ε Έκδοση 3<sup>η</sup>, Αθήνα 1968.
8. **ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ “ΥΔΡΙΑ”,** Τόμος 6<sup>ος</sup>, Εταιρεία Ελληνικών Εκδόσεων Α. Ε Αθήνα 1978.
9. **ΖΟΥΡΛΑΣ ΠΑΝΤ. ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ** “Μαθήματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας”, εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1986.
10. **ΚΑΛΑΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Χ. Α** “Γυναικολογία – Βασικά θέματα – Γενική Γυναικολογία – Γυναικολογική Ογκολογία – Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής – Σύγχρονα ειδικά θέματα “University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1996.
11. **ΚΑΡΑΤΖΑ Λ.** “ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ” επίτομος έκδοση Δ! εκδόσεις Νομικής Βιβλιοθήκης Χ. Καρατζάς, Αθήνα 1997.
12. **ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ. Ε** “Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική – Γυναικολογία” Μέρος πρώτο, Αθήνα 1984.



13. **ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ. Ε** “Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική – Γυναικολογία” Μέρος Δεύτερο, επίτομος Ιατρικές εκδόσεις “Γιαννακόπουλος”, Αθήνα 1988.
14. **ΛΟΥΣΙΕΝ ΛΑΝΣΟΥ. ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΟΣΧΑ** “Από γυναίκα σε γυναίκα. Η Γνωριμία με το γυναικείο σώμα. “Εκδόσεις Γλάρος, Νοέμβριος 1982.
15. **ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Ι. ΣΕΡΓ.** “Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας” Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Κ. Γρηγ. Αθήνα 1985.
16. **ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Π. Α – ΓΑΛΑΝΗΣ Θ.** “Αντισύλληψη – Πρακτική και Προοπτικές” Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995.
17. **ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. – ΤΣΙΜΠΟΣ Κ.** “Ιατρική Δημιουργία και Οικογενειακός Προγραμματισμός” έκδοση 2<sup>η</sup>, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1993.
18. **ΠΑΠΑΛΟΥΚΑΣ ΧΡ. ΑΡΙΣΤΟΦΑΝ** “Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής” Τόμος Α! University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1985.
19. **ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚ.** “Γυναικολογία” Β! έκδοση, εκδοτικός οίκος Αδελφών Παχούδη – Αδελφών Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη 1986.
20. **ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚ.** “Μαιευτική 3<sup>η</sup> έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Κ. Γρ. Μαρ., Αθήνα 1994.
21. **ΠΟΓΓΟΥΛΑ Θ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ** “Μαιευτική – Γυναικολογία” Ο. Ε. Δ. Β., Αθήνα 1988.
22. **ΠΟΛΥΣΙΔΟΥ ΕΛΕΝ.** “Το βιβλίο της Γυναίκας και του Άντρα” Γ! έκδοση, εκδοτικός οίκος Αδελφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1289.
23. **ΣΑΚΑΚΗ – ΔΟΥΚΑ ΑΛ.** “Ο Τοκετός είναι αγάπη” Γ! έκδοση, εκδόσεις Σμυρنيωτάκη, Αθήνα 1984.
24. **ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ – ΚΑΣΤΑΝΙΔΗ Ε.** “Η άμβλωση ως πρόβλημα Ποινικού Δικαίου” 1<sup>η</sup> έκδοση εκδόσεις Σακουλά Ν. Αντιγον., Αθήνα 1984.
25. **ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤ – ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡ.** “Προληπτική Ιατρική” επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Κ. Γρ., Αθήνα 1988.
26. **ΤΣΙΚΟΥ Ν. – ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ / ΓΡΑΒΑΝΗΣ** “Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ εκδόσεις “Ελλην” - Παρίκος, Αθήνα 1996.
27. **HEBERT LIPPERT, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΝΗΦΟΡΟΣ Δ. Ν. ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν.** “Ανατομική” 5<sup>η</sup> έκδοδη, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Κ. Γρηγ. Διάδοχος Παρισιανού Γρ. Μαρ., Αθήνα 1993.

**28. ΜΑΣΚΕΙΤΗ NANCY, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ – ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΠΑΡΑΠΑΝΤΑΚΗ**

**P. ΚΑΤ.** “Πρακτικός Γυναικολογικός Οδηγός – Αυτοεξέταση – Περίοδος – Εμμηνόπαυση – Αντισύλληψη – Έκτρωση – Μολύνσεις, Αφροδίσια Νοσήματα – Ανίχνευση Όγκων” Εκδόσεις Γαλαίος, Αθήνα 1981.