

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Η καισαρική τομή»

Σπουδάστρια:

Νέγκα Ιωάννα



Εισηγήτρια:

Μιχαλοπούλου Σου

ΠΑΤΡΑ 2001

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄	6
A. ΑΝΑΤΟΜΙΑ	7
Εξωτερικά γεννητικά όργανα Άντρα – Γυναίκας	8
Εσωτερικά γεννητικά όργανα	9
Ωοθήκες.....	12
Σάλπιγγες.....	14
Μήτρα.....	15
Κολεός.....	19
Αιδοίο	21
B. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	24
Ωοθηκικός κύκλος.....	24
Έμμηνος ρύση	26
Γονιμοποίηση	30
Πλακούς.....	44
Ομφάλιος λώρος.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄	51
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	52
Ορισμός	52
Ιστορία.....	56
Ενδείξεις.....	60
Αντενδείξεις	63
Είδη καισαρικής τομής.....	66
Καισαρική υστερεκτομή	74
Καισαρική μετά τον θάνατο.....	75
Κίνδυνοι καισαρικής τομής.....	76
Προηγηθείσα καισαρική τομή.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄	83
Προεγχειρητική Φροντίδα.....	84
Νάρκωση κατά την καισαρική	89
Χειρουργικές Επεμβάσεις	107
Μετεγχειρητική αγωγή της εγκύου	135

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄	141
Περίθαλψη μετά από ένα τοκετό με καισαρική της μητέρας	142
Περίθαλψη μετά τον τοκετό του νεογνού.	143
Επιστροφή στο σπίτι.....	147
Μητέρα και Παιδί.....	148
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	150

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ελπίζω αυτή η πτυχιακή εργασία να σας δείξει όσο γίνεται πιο παραστατικά τη γίνεται στην καισαρική τομή. Η βιβλιογραφία όπου χρησιμοποίησα χρονολογείται από το 1979 έως 1999.

Κάθε εγκυμοσύνη είναι μοναδική. Αν και η εμπειρία αυτή επαναλαμβάνεται αναρίθμητες φορές για το κάθε ζευγάρι είναι κάτι εξαιρετικό.

Η εργασία αυτή θα δώσει βέβαια μεγαλύτερο βάρος στην Καισαρική τομή όπου πλην των επώδυνων διαδικασιών για την μητέρα δεν παύει να είναι και αυτή μια μέθοδος που φέρνει στον κόσμο έναν νέο άνθρωπο.

Η εργασία μου ξεκινάει γενικά με την ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας καθώς και τα στάδια της γονιμοποίησης. Συνεχίζω δίνοντας τον ορισμό της καισαρικής τομής. Επίσης αναφέρομαι σε όλα τα είδη της καισαρικής τομής και τα στάδια της εγχείρησης. Τελειώνω με την φροντίδα της μητέρας και του νεογνού μετά την καισαρική τομή.

Τα παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή δεν παύει να είναι φυσιολογικά παιδιά και δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα, πέρα από προβλήματα που μπορεί να οφείλονται σε άλλους παράγοντες και που μπορούν να δημιουργηθούν και σε παιδιά μιας φυσιολογικής γέννας.¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Μαιευτική δεν έχει το δικό της σταθμό σε ότι αφορά τη γένεσή της διότι αρχίζει με τη γένεση του ανθρώπου, δηλαδή δεν υπάρχει εποχή που να συνδέεται με τη δημιουργία της μαιευτικής σαν τέχνης διότι η τέχνη του τοκετού διδάχθηκε στον άνθρωπο από την ίδια τη φύση.

Η Μαιευτική σαν τέχνη έμεινε στη σκιά της Ιατρικής για πολλούς αιώνες για τρεις κυρίως λόγους: α) Η ζωή του άνδρα ήταν σε μεγαλύτερη υπόληψη από εκείνη της γυναίκας, στο γεγονός αυτό οφείλει και τη γένεσή της η Καισαρική τομή, δηλαδή εκείνο που ενδιέφερε κυρίως ήταν ο πιθανός διάδοχος και όχι η ζωή της μητέρας. β) Τα πρόσωπα του παρίσταντο στον τοκετό μιας γυναίκας, ήταν γυναίκες, η ανισότητα των δύο φύλων με κυριαρχία του άνδρα δεν άφηνε περιθώριο για συνδιαλλαγή μεταξύ των γιατρών και της μαίας – όπως λεγόταν η γυναίκα που βοηθούσε στους τοκετούς -, αυτή είναι η άποψη των φεμινιστριών. Υπάρχει και η αντίθετη άποψη που λέγει, ότι «όσο καιρό η μαιευτική παρέμεινε στα χέρια των γυναικών δεν κατάφερε να ξεφύγει από την εμπειρία, έγινε δε επιστήμη όταν μ' αυτή ασχολήθηκαν οι άνδρες» Α. Μουντέ. γ) Ηθικό-θρησκευτικοί λόγοι που κυριάρχησαν σ' όλο το μεσαίωνα, δεν άφησαν τόσο τον άνθρωπο να εμπιστευθεί τη θέα των γεννητικών οργάνων της γυναίκας του στα μάτια των ιατρών, όσο και στα χέρια του ιατρού της περιοχής εκείνη που τόσα ταμπού κάλυπτε.

Η πρόοδος της ιατρικής καταπάτησε τα όρια της μαιευτικής, και την ενοποίησε. Με την εισβολή της ιατρικής γίνεται αναπόσπαστο τμήμα της, που ωφελήθηκε από κάθε πρόοδο της ιατρικής όπως αποστείρωση,

αντιβιοτικά, χειρουργική. Σήμερα δεν νοείται μαιευτική ξεκομμένη από την κυκλοφορία κάθε προόδου που διατρέχει το σώμα της Ιατρικής.

Κατά τον τοκετό η φύση διαχωρίζει από έναν άνθρωπο έναν άλλο με ένα τρόπο που αποτελεί αληθινή δοκιμασία τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει η μαιευτική είναι να διευκολύνει αυτή τη δοκιμασία προλαμβάνοντας και αντιμετωπίζοντας τις επιπλοκές που θα έχουν άμεσες ή και απώτερες συνέπειες για τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

→ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Εξωτερικά γεννητικά όργανα άνδρα – γυναίκας

Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Ωοθήκες

Σάλπιγγες

Μήτρα

Κολεός

Αιδίον

→ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

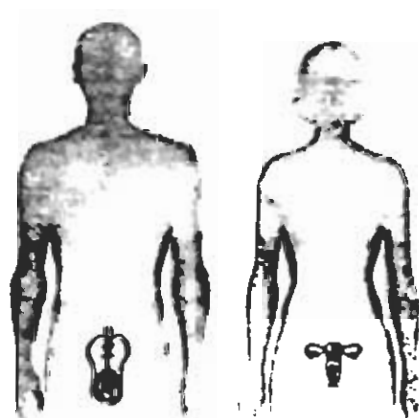
Ωοθηκικός κύκλος

Έμμηνο ρύση

Γονιμοποίηση

Πλακούς

Ομφάλιος λώρος



ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

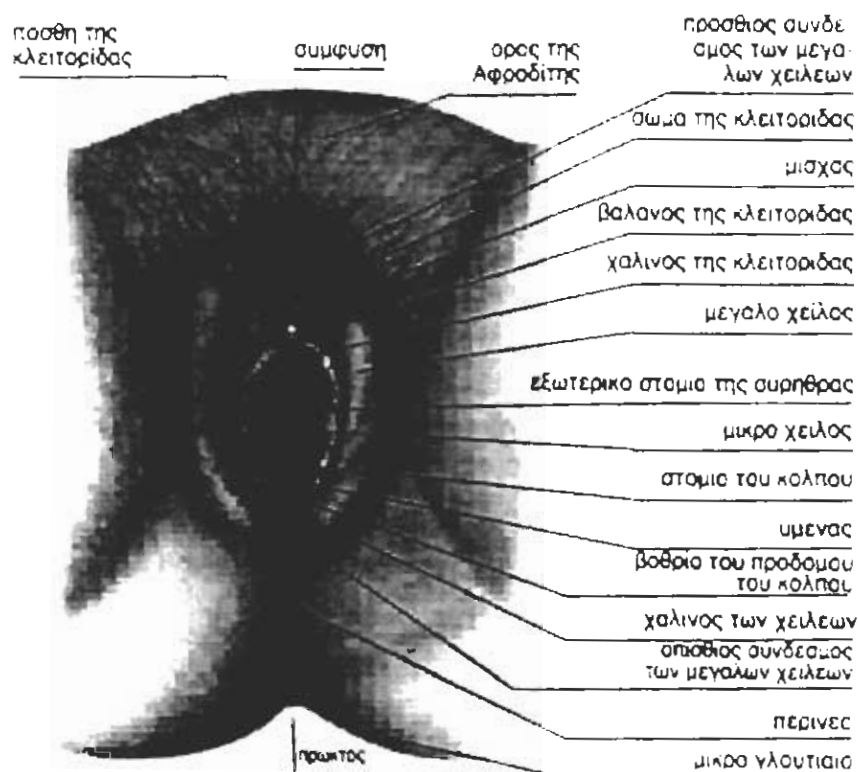
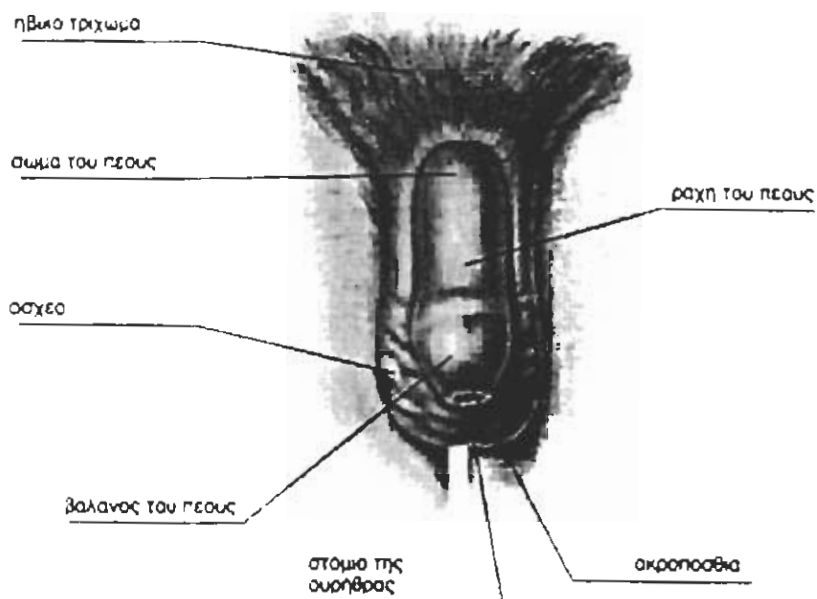
A. ANATOMIA

Τα κύτταρα γεννιούνται, μεγαλώνουν, αναπαράγονται και πεθαίνουν, γι' αυτό και η διαιώνιση ενός είδους απαιτεί την αντικατάσταση των έμβιων όντων που πεθαίνουν από άλλα. Η διαδικασία αυτή μέσα από την οποία δημιουργούνται άλλα όμοια έμβια όντα ονομάζεται **αναπαραγωγή**.

Στο ανθρώπινο είδος, η αναπαραγωγική λειτουργία είναι αμφιγονική: το καινούριο ον προέρχεται από ένα κύτταρο που λέγεται ζυγώτης, ή ωό, το οποίο, με τη σειρά του, προέρχεται από άλλα δύο κύτταρα, τους γαμέτες τα οποία συντήκονται και σχηματίζουν το ζυγώτη. Τα αναπαραγωγικά ή γεννητικά κύτταρα όργανα είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα για να φέρουν εις πέρας το σχηματισμό και την ανάπτυξη του ζυγώτη έως τη δημιουργία ενός καινούριου ανθρώπινου όντος.

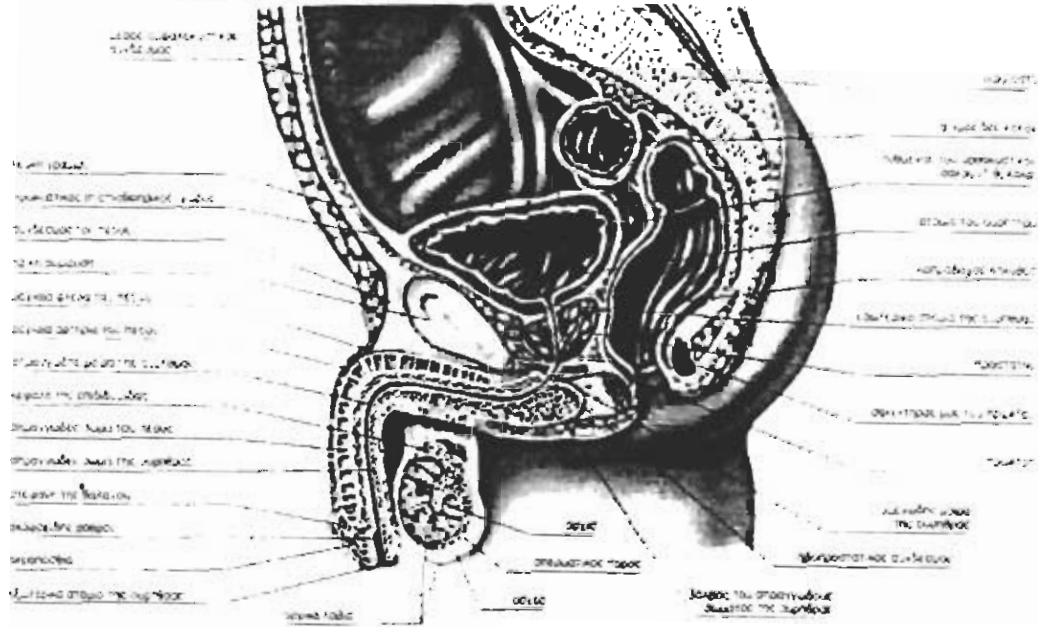
Τα ανδρικά και τα γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα που «κατασκευάζουν» τους γαμέτες και καθιστούν ευχερή τη γονιμοποίηση εμφανίζουν μεταξύ τους πολλές διαφορές. Έχουν, ωστόσο, και τα μεν και τα δε, και κάποια όργανα για την κάλυψη ορισμένων κοινών αναγκών: τις γονάδες (όπου σχηματίζονται οι γαμέτες), και οι εκφορητικές οδούς (αγωγούς που φέρους τους γαμέτες στον τόπο της γονιμοποίησης) και τα εξωτερικά γεννητικά όργανα (όργανα που επιτρέπουν τη σεξουαλική ένωση και καθιστούν ευχερή τη συνάντηση των γαμετών).⁽²⁾

Εξωτερικά γεννητικά όργανα Άντρα – Γυναίκας

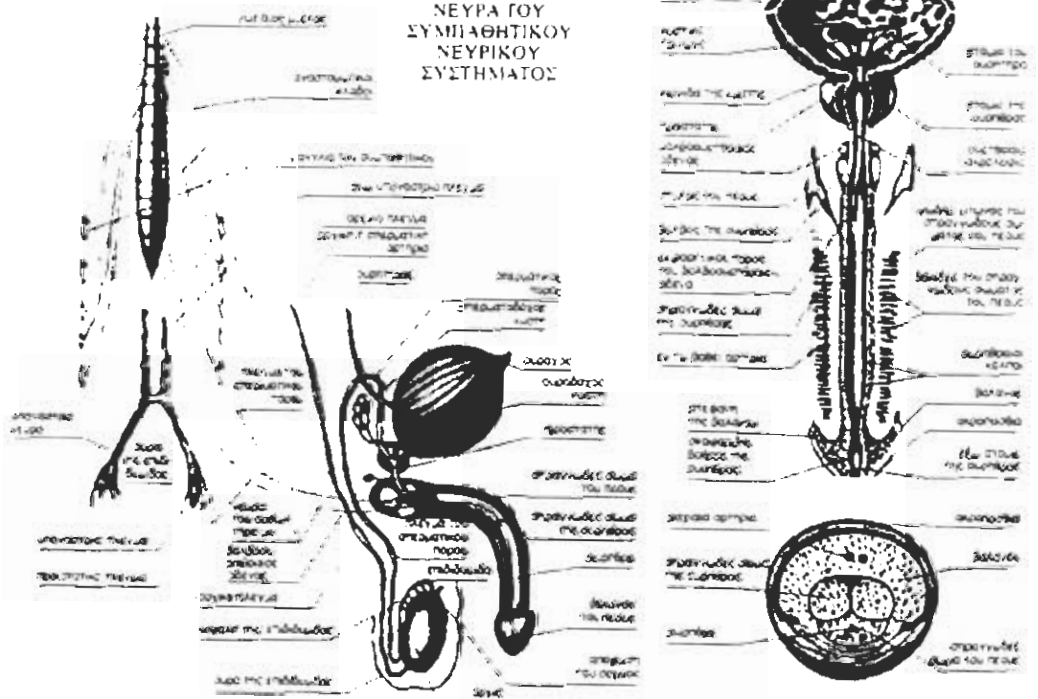


Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Γεννητικά όργανα του άνδρα



ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΘΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Τα γεννητικά όργανα του άντρα δείχνουν ότι είναι πολύ διαφορετικά από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας.

Στην πραγματικότητα όμως προέρχονται και μεγαλώνουν από το ίδιο εμβρυικό ιστό και κάνουν λειτουργίες παρόμοιες. Τα ανδρικά γεννητικά όργανα που κάνουν παρόμοιες ή ανάλογες λειτουργίες με τα γυναικεία είναι:

ωοθήκες – όρχεις

μεγάλα χείλη – όσχεο

κλειτορίδα – πέος

βαρθολίνιοι αδένες – αδένες κούπερ ή κουπέριοι αδένες.

Οι γεννητικοί αδένες είναι αδιαφοροποίητοι, δηλαδή εμφανίζουν θηλυκά ή αρσενικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τα χρωμοσώματα και τις ορμόνες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του εμβρύου.

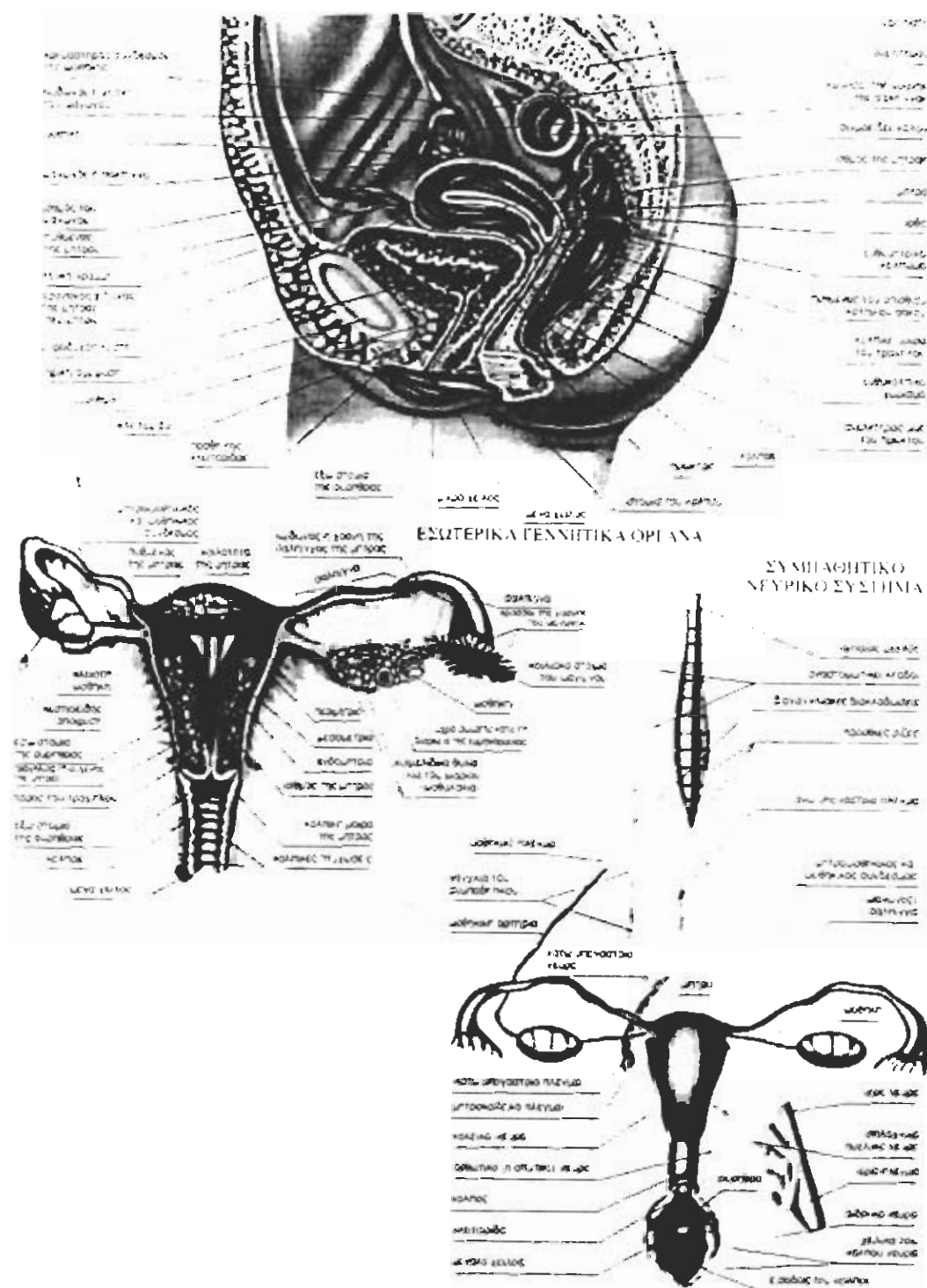
Τα ανδρικά γεννητικά όργανα που παράγουν τα αρσενικά γεννητικά κύτταρα (σπερματοζώαρια) και εκκρίνουν τις αρσενικές ορμόνες που τις ονομάζουμε και ανδρογόνες όπως είναι η τεστοστερόνη, είναι οι όρχεις.

Οι όρχεις έχουν σχήμα ωοειδές και περικλείουν πολυάριθμους σωληνίσκους που τους ονομάζουμε σπερμοφόρους.

Οι σπερμοφόροι σωληνίσκοι είναι λεπτότατοι και τυλιγμένοι μεταξύ τους, μοιάζουν με κουβάρι κλωστής μπερδεμένης.

Οι όρχεις αρχίζουν να παράγουν σπερματοζώαρια μετά την έναρξη της εφηβείας, και η παραγωγή τους συνεχίζεται πρακτικά, χωρίς διακοπή έως τα γηρατεία.⁽³⁾

Γεννητικά όργανα της γυναίκας



Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έσω και τα έξω γεννητικά όργανα. Ως έσω γεννητικά όργανα χαρακτηρίζονται οι δύο ωοθήκες, οι δύο ωαγωγοί ή σάλπιγγες, η μήτρα ή υστέρα και ο κόλπος ή κολεός, ενώ ως έξω όλα τα μορφώματα τα οποία απαρτίζουν το αιδοίο, δηλαδή, το εφήβαιο ή όρος της αφροδίτης, τα μεγάλα και μικρά χείλη του αιδοίου, η κλειτορίδα, ο πρόδομος του κολεού, οι βολβοί του προδόμου και οι μεγάλοι αδένες του προδόμου.

Το όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας.⁽⁴⁾

Ωοθήκες

Οι ωοθήκες είναι δυο μικροί αδένες, με σχήμα ελλειψοειδές, χροιά ερυθρόφαιη και με επιφάνεια λεία και ομαλή στο κορίτσι που δεν έχει φθάσει ακόμη στην ήβη και ανώμαλη και υβώδη στην ώριμη γυναίκα (αιτία οι πολλές ωοθυλακιορρηξίες). Κάθε μία από αυτές έχει μήκος 3-5 εκ. μ., πλάτος 1,5-3 εκ. μ. και βάρος 6-10 γρ. και βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου, μέσα σε μια κατάδυση του περιτοναίου, που λέγεται ωοθηκός βόθρος. Ο ωοθηκικός βόθρος αντιστοιχεί 2 εκ. μ. μέσα από την ιερολαγόνια άρθρωση στον έσω θυροειδή μυ, προς τα πίσω και κάτω από τον ομφαλοκυστικό σύνδεσμο και μπροστά από τη μητριάια αρτηρία και τον ουρητήρα.

Περιγραφικά κάθε ωοθήκη εμφανίζει έξω και έσω επιφάνεια, πρόσθιο και οπίσθιο χείλος, άνω και κάτω πόλο και κρατιέται σταθερά στη θέση της κυρίως με το *μεσωοθήκιο*, με το *κρεμαστήρα σύνδεσμο* και με τον *ίδιο σύνδεσμο* ή *μητροωοθηκικό*.

Η έξω επιφάνεια βρίσκεται μέσα στον ωοθηκικό βόθρο, ενώ η έσω επιφάνεια έρχεται σε σχέση με τον κώδωνα του ωαγωγού και το μεσοσαλπίγγιο (μέσα στο μεσοσαλπίγγιο ανευρίσκεται το επωοθήκιο και το παρωοθήκιο, τα οποία είναι εμβρυϊκά υπολείμματα) από το οποίο ο ωοθηκικός βόθρος μετατρέπεται στον ωοθηκικό θύλακο.

Το πρόσθιο χείλος της ωοθήκης γειτονεύει με τη λήκυθο του ωαγωγού, ενώ το πρόσθιο χείλος έρχεται σε σχέση με τον κώδωνα του ωαγωγού, του ουρητηρα και τη μητριάια αρτηρία.

Το μεσοωθήκιο προέρχεται από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου και προσφύεται κατά μήκος του πρόσθιου χείλους της ωοθήκης. Από την μετάπτωση του μεσοθηλίου του μεσοωθηκίου στο βλαστικό κυβικό επιθήλιο της ωοθήκης παράγεται η λευκή γραμμή ή γραμμή του Falop.

Ο κρεμαστήρας σύνδεσμος προέρχεται από τη λαγόνια περιτονία, περιέχει τα ωοθηκικά αγγεία και νεύρα και προσφύεται στον άνω πόλο της ωοθήκης, κοντά στο οποίο βρίσκεται ή έξω λαγόνια φλέβα.

Ο ίδιος σύνδεσμος συνδέει την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας με τον κάτω πόλο της ωοθήκης.

Η ωοθήκη αγγειώνεται από την ωοθηκική ή έσω σπερματική αρτηρία (απευθείας κλάδο της κοιλιακής αορτής), η οποία φέρεται στην ωοθήκη με τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και αναστομώνεται με τον ωοθηκικό κλάδο της μητριάιας αρτηρίας. Οι φλέβες σχηματίζουν το ωοθηκικό πλέγμα, από το οποίο σχηματίζεται η ωοθηκική ή έσω σπερματική φλέβα, που εκβάλλει αριστερά στη νεφρική και δεξιά στην κάτω κοίλη φλέβα.

Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα αορτικά λεμφογάγγλια. Τα νεύρα προέρχονται από το ωοθηκικό και το υπογάστριο πλέγμα. ⁽⁵⁾

Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο μυώδεις σωλήνες, που εκτείνονται ανάμεσα στην πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας και τον κάτω πόλο της σύστοιχης ωοθήκης. Κάθε σάλπιγγα πορεύεται μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας, έχει μήκος 10-13 εκ. μ., εμφανίζει τέσσερις μοίρες, δηλαδή των *κώδωνα* ή *χοάνη*, τη *λήκυθο*, τον *ισθμό* και τη *μητριάια μοίρα*, και δύο στόμια, το *μητρικό* και το *κοιλιακό*.

Ο κώδωνας εκτείνεται κατά μήκος του οπίσθιου χείλους και της έσω επιφάνειας της ωοθήκης, σχηματίζοντας το κοιλιακό στόμιο του ωαγωγού, που έχει διάμετρο 2 χιλιοστομέτρων. Με το στόμιο αυτό η περιτοναϊκή κοιλότητα επικοινωνεί με τον εξωτερικό κόσμο. Ο κώδωνας είναι διασχισμένος σε 12-16 κροσσούς, ένας από τους οποίους, ο μακρύτερος από τους άλλους, ονομάζεται *ωοθηκικός κροσσός* και πιστεύεται από πολλούς ότι χρησιμεύει για να παραλαμβάνει το ωάριο μετά την ωοθυλακιορρηξία και να το μεταφέρει μέσα στον αυλό του ωαγωγού. Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι ο ωαγωγός, ο οποίος κανονικά έχει ευθεία φορά, κάμπτεται κατά την ωορρηξία με τέτοιο τρόπο ώστε με τους κροσσούς του «αγκαλιάζει» την ωοθήκη και έρχεται σε άμεση επαφή με το ωοθυλάκιο που «ρήγνυται». Έτσι παραλαμβάνει αμέσως το εξερχόμενο ωάριο και το μεταφέρει μέσα στον αυλό του.

Η λήκυθος αποτελεί τη συνέχεια του κώδωνα και έχει μήκος 5-8 εκ. μ. Βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου και περιβάλλει την ωοθήκη από εμπρός, επάνω και μερικώς από πίσω. Ο ισθμός έχει μήκος

3-6 εκ. μ, εκτείνεται μέχρι τον πυθμένα της μήτρας και αποτελεί την πιο στενή μοίρα του ωαγωγού. Ο ισθμός γειτονεύει με το στρογγυλό σύνδεσμο της μήτρας και τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης. Με την τελική του μοίρα, τη μητριάια, που έχει μήκος 1 εκ. μ., ο ωαγωγός διαπερνά την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας και εκβάλλει μέσα σ' αυτή με το μητριάιο στόμιο, το οποίο έχει διάμετρο 0,5-1 χιλιοστόμετρο.

Οι αρτηρίες της σάλπιγγας είναι κλάδοι της ωοθηκικής και της μητριάιας αρτηρίας (σαλπιγγικός κλάδος), φλέβες δε οι αντίστοιχες. Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα παραορτικά λεμφογάγγλια. Τα νεύρα προέρχονται από το ωοθηκικό και το μητροκολεϊκό πλέγμα. ⁽⁶⁾

Μήτρα

Η μήτρα ή υστέρα είναι το κοίλο μυώδες όργανο, το οποίο χρησιμεύει για την έμμηνο ρύση και την φιλοξενία του αναπτυσσόμενου κυήματος μέχρι τη γέννησή του. Έχει σχήμα αχλαδιού με τη βάση γυρισμένη προς τα πάνω και εμπρός, μήκος περίπου 7,5 εκ. μ., και βάρος 45-60 γρ.

Η μήτρα βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο. Τυπική θέση της θεωρείται εκείνη, κατά την οποία ο επιμήκης άξονας του τραχήλου συμπίπτει με τον άξονα της πυέλου, ενώ το σώμα της μήτρας, που βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη και κλίση, σχηματίζει με τον τράχηλο γωνία 80° –110°. Η θέση αυτή επηρεάζεται σημαντικά από τη στάση της γυναίκας, καθώς και από την πληρότητα ή μη των γειτονικών οργάνων.

Περιγραφικά από πάνω προς τα κάτω η μήτρα εμφανίζει τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο.

Ο *πυθμένας* της μήτρας, δεν ξεπερνά, στη γυναίκα που δεν γέννησε, το άνω χείλος της ηβικής συμφύσεως. Οι πλάγιες γωνίες του πυθμένα διαπερνιούνται από τις σάλπιγγες. Λίγο προς τα εμπρός και κάτω από το σημείο εισόδου των σαλπίγγων εκφύονται οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας.

Ο πυθμένας διαχωρίζεται από το σώμα της μήτρας με μια νοητή γραμμή που ενώνει την έκφυση των δύο σαλπίγγων.

Το *σώμα* της μήτρας εμφανίζει πρόσθια επιφάνεια ή κυστική, η οποία έρχεται σε σχέση με την ουροδόχο κύστη, οπίσθια επιφάνεια ή εντερική, που γειτονεύει με τις εντερικές έλικες και δύο πλάγια χείλη κατά μήκος των οποίων πορεύεται η μητριαία αρτηρία και φλέβα και προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι. Το πιο στενωμένο τμήμα του σώματος της μήτρας καλείται *ισθμός* και αποτελεί το διαχωριστικό όριο μεταξύ του σώματος και του τραχήλου της μήτρας.⁽⁵⁾

Ο *τράχηλος* της μήτρας έχει σχήμα κυλινδρικό και μήκος 2,5 εκ. μ. Περιφερικά του τραχήλου προσφύεται ο κολεός, ο οποίος προσφύεται χαμηλότερα στο πρόσθιο μέρος παρά στο οπίσθιο. Με την πρόσφυση του κολεού ο τράχηλος υποδιαιρείται σε δύο μέρη, το περκολεϊκό, το οποίο δεν είναι ορατό κατά τη γυναικολογική εξέταση που γίνεται με κολποδιαστολείς, και το ενδοκολεϊκό, που προβάλλει μέσα στον κολεό, είναι ορατό, καλύπτεται από το βλεννογόνο του κολεού και εμφανίζεται στο ελεύθερο άκρο του το έξω **στόμιο της μήτρας**.

Η μήτρα, ως κοίλο όργανο, εμφανίζει εσωτερικώς κοιλότητα, η οποία έχει μήκος περί τα 6 εκ. μ. Στην κατά μέτωπο διατομή εμφανίζεται τριγωνική. Στην κορυφή του τριγώνου βρίσκεται το *έσω στόμιο της*

μήτρας, το οποίο εξωτερικά αντιστοιχεί στον ισθμό. Στη βάση σχηματίζεται από τη μία και την άλλη πλευρά μια χοανοειδής προεκβολή, η οποία καλείται *κέρας της μητριάας κοιλότητας* και επικοινωνεί με τη σύστοιχη σάλπιγγα.

Η κοιλότητα του τραχήλου της μήτρας (τραχηλικός σωλήνας) έχει σχήμα ατρακτοειδές και εμφανίζει στο βλεννογόνο της τις *φοινικοειδείς πτυχές*, οι οποίες έχουν προορισμό την αρτιότερη σύγκλειση του τραχηλικού σωλήνα. Προς τα άνω συνέχεται με την κοιλότητα του σώματος με το έσω στόμιο, ενώ προς τα κάτω εκβάλλει στον κολεό με το έξω στόμιο.

Η μήτρα, που φέρει ολόκληρο σχεδόν το βάρος της εγκυμοσύνης, έχει ανάγκη από ισχυρή στήριξη, στην οποία συμβάλλουν:

α) *Το περιτόναιο*, το οποίο καθώς κατέρχεται από την οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστεως ανακάμπτει στην πρόσθια επιφάνεια της μήτρας, από την ανάκαμψη αυτή σχηματίζεται το *κυστεομητρικό κόλπωμα ή πρόσθιος δουλγάσειος χώρος*. Ακολούθως το περιτόναιο καλύπτει όλη την πρόσθια επιφάνεια του σώματος της μήτρας, τον πυθμένα και κατέρχεται στην οπίσθια επιφάνεια έως και το υπερκολεϊκό τμήμα του τραχήλου, όπου ανακάμπτει προς το απευθυσμένο, για να σχηματισθεί το *ευθυμητρικό κόλπωμα ή οπίσθιος δουλγάσειος χώρος*.

β) *Οι πλατείς σύνδεσμοι* σχηματίζονται από την ανάκαμψη του περιτοναίου από τα πλάγια χείλη της μήτρας προς τα πλάγια τοιχώματα της μικρής πυέλου και συνδέουν κάθε πλάγιο χείλος της μήτρας με το σύστοιχο τοίχωμα της μικρής πυέλου. Καθένας από τους συνδέσμους

αυτούς εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια, έξω, έσω, άνω και κάτω χείλος.

Η πρόσθια επιφάνεια εμφανίζει προς τα άνω το στρογγυλό σύνδεσμο της μήτρας.

Η οπίσθια επιφάνεια διαιρείται με το μεσωθήκιο σε δύο μοίρες, το μεσοσαλπγγίο προς τα επάνω και το μεσομήτριο προς τα κάτω.

Το έξω χείλος προσφύεται στο σύστοιχο τοίχωμα της μικρής πυέλου.

Το έσω χείλος προσφύεται στο πλάγιο χείλος της μήτρας και περιέχει ανάμεσα στο δύο πέταλά του, τη μητριάια αρτηρία και τον πόρο του Gartner.

Το άνω χείλος περιέχει τη σάλπιγγα.

Το κάτω χείλος προσφύεται στο πυελικό έδαφος και ανάμεσα στα δύο πέταλά του βρίσκεται το παραμήτριο.

γ) *Το παραμήτριο* είναι ο χαλαρός συνδετικός ιστός, ο οποίος γεμίζει τη βάση του καθενός από τους πλατείς συνδέσμους, μέσα στον οποίο υπάρχουν τα μητριάια αγγεία, ο ουρητήρας, λεμφαγγεία, λεμφογάγγλια και το θυροειδές νεύρο. Τοπική πάχυνση του παραμητρίου σχηματίζει το σύνδεσμο του Mackenrod.

δ) *Οι σύνδεσμοι του Mackenrod.*

ε) *Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι*, οι οποίοι συνδέουν τη μήτρα με το ιερό οστούν.

στ) *Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι*, από τους οποίους καθένας έχει μήκος 10-15 εκ. μ., συνδέουν τη μήτρα με τα μεγάλα χείλη του αιδοίου και τη συγκρατούν μ' αυτόν τον τρόπο προς τα εμπρός.

Η μήτρα αιματώνεται από τη μητριαία αρτηρία (κλάδος της έσω λαγόνιας) και ακόμα απευθείας από την κοιλιακή αορτή με την έσω σπερματική αρτηρία (ωοθηκική), η οποία αναστομώνεται με τη μητριαία. Κατά την κύηση όμως είναι δυνατό να αιματώνεται και από την κάτω επιγιάστρια (κλάδο της έξω λαγόνιας) με την αρτηρία του στρογγύλου συνδέσμου, η οποία αναστομώνεται με τη μητριαία αρτηρία. Οι φλέβες εκβάλλουν στην έσω σπερματική φλέβα.

Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα έσω και έξω λαγόνια, τα παραορτικά και τα βουβωνικά λεμφογάγγλια.

Τα νεύρα της μήτρας προέρχονται από το μητροκολεϊκό και το ωοθηκικό πλέγμα.⁽⁷⁾

Κολεός

Ο κολεός είναι ινομυώδης σωλήνας, που έχει μήκος 8-10 εκ. μ., βρίσκεται στην κατά τη μέση γραμμή του περινέου και εκτείνεται ανάμεσα στον τράχηλο της μήτρας και τον πρόδρομο του κολεού. Αποτελεί το όργανο της συνουσίας και από αυτόν περνούν τα έμμηνα και το έμβρυο κατά τη γέννησή του.

Περιγραφικά εμφανίζει άνω άκρο, σώμα και κάτω άκρο.

Το άνω άκρο προσφύεται κυκλωτερώς στον τράχηλο της μήτρας, και μέσα σ' αυτόν προβάλλει το ενδοκολεϊκό τμήμα του τραχήλου και σχηματίζεται ο θόλος του κολεού. Ο θόλος διακρίνεται σε πρόσθιο, που γειτονεύει με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως, σε οπίσθιο, πάνω από τον οποίο βρίσκεται το ευθυμητρικό κόλπωμα, και σε δύο πλάγιους θόλους, καθένας από τους οποίους γειτονεύει με το σύστοιχο πλατύ σύνδεσμο.

Το σώμα του κολεού κατά το πρόσθιο τοίχωμά του, προς τα επάνω συνάπτεται με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως, ενώ προς τα κάτω με το οπίσθιο τοίχωμα της ουρήθρας, με το οποίο αποτελεί το ουρηθροκολεϊκό διάφραγμα. Το οπίσθιο τοίχωμα, προς τα άνω, γειτονεύει με το περιτόναιο του ευθυμητρικού κοιλώματος, κατά τη μεσότητα συνάπτεται με το απευθυσμένο με το ευθυκολεϊκό διάφραγμα και προς τα κάτω χωρίζεται από το απευθυσμένο με τους μυς του περινέου.

Το κάτω άκρο το κολεού βρίσκεται στον πρόδρομο του κολεού, ο οποίος αποφράσσεται ατελώς στην παρθένο από τον παρθενικό υμένα.

Η εσωτερική επιφάνεια του κολεού φέρει στο βλεννογόνο της τις κολεϊκές ρυτίδες, οι οποίες κατά τη μέση γραμμή του πρόσθιου και οπίσθιου τοιχώματος σχηματίζουν τον πρόσθιο και οπίσθιο στύλο του κολεού.

Τη στήριξη του κολεού αναλαμβάνουν όλα τα παρακείμενα όργανα κυρίως όμως το περίνεο. Παθολογική σύσπαση του ανελκτήρα μυός του πρωκτού είναι δυνατόν να προκαλέσει δυσάρεστη κατάσταση, τον **κολεοσπασμό**.

Ο κολεός αιματώνεται κατά το άνω μέρος του από την μητροκολεϊκή (κλάδο της μητριάιας αρτηρίας), κατά το μέσο από τη μέση κολεϊκή, η οποία εκφύεται από την κάτω κυστική (κλάδο της έσω λαγόνιας), ενώ κατά το κάτω μέρος από την κάτω κολεϊκή, η οποία εκφύεται από τη μέση αιμορροϊδική αρτηρία (κλάδος της έσω λαγόνιας).

Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα βουβωνικά και στα λαγόνια λεμφογάγγλια.

Τα νεύρα προέρχονται από το μητροκοιλιακό πλέγμα. ⁽⁶⁾

Αιδοίο

Το αιδοίο είναι το έξω γεννητικό όργανο της γυναίκας και αποτελεί σφηνοειδές έπαρμα ανάμεσα στα δύο ριζομήρια. Ειδικότερα το αιδοίο αποτελείται από το *εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού, τους βολβούς του προδόμου και τους μείζονες αδένες του προδόμου.*

Το *εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης* αποτελεί τρίγωνο έπαρμα του δέρματος του αιδοίου, με λιπώδεις υπόστρωμα που καλύπτεται από τρίχωμα. Έχει τη βάση του προς τα πάνω, ενώ η κορυφή του αντιστοιχεί προς την αρχή των μεγάλων χειλέων. Κατά τα πλάγια αφορίζεται από τη βουβωνική και την αιδοιομηρική αύλακα. Το εφηβαίο αιματώνεται από την έξω αιδοϊκή (κλάδο της μητριάας αρτηρίας) και έξω σπερματική ή τονική αρτηρία (κλάδο της έξω λαγόνιας), και νευρώνεται από το λαγονοβουβωνικό και το λαγούπογάστριο νεύρο.

Τα *μεγάλα χείλη του αιδοίου* είναι δύο επιμήκεις πτυχές του δέρματος του αιδοίου με λιπώδες υπόστρωμα, μήκους 8 εκ. μ., και πάχους 2,5-3 εκ. μ. Φέρονται από απάνω και εμπρός προς τα κάτω και πίσω, εκτεινόμενα ανάμεσα στο εφηβαίο και την αρχή της ραφής του περινέου. Το πρόσθιο άκρο του κάθε χείλους συνενώνεται με το αντίθετο και σχηματίζει τον πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων. Τα οπίσθια άκρα χαμηλώνουν και μεταπίπτουν εν μέρει, αφού συνενωθούν, στον οπίσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων. Εμφανίζουν έξω επιφάνεια τριχωτή, η οποία χωρίζεται από το μηρό με την αιδοιομηρική αύλακα και έσω επιφάνεια λεία, η οποία χωρίζεται από

την αντίθετη με την αιδοϊκή σχισμή. Επίσης εμφανίζουν μια βάση προσαρμοσμένη κατά μήκος των κάτω ηβοϊσχιακών κλάδων και ένα ελεύθερο χείλος που στρογγυλεύει. Αιματώνονται από την έξω αιδοϊκή (κλάδο της μητριαίας αρτηρίας) και την έσω αιδοϊκή (κλάδο της έσω λαγόνιας) αρτηρία και νευρώνονται από το αιδοϊκό, το λαγονοβουβωνικό και το έξω σπερματικό νεύρο.

Τα *μικρά χείλη του αιδοίου* είναι δύο επιμήκεις πτυχές του δέρματος του αιδοίου, μήκους 4 εκ. μ. Βρίσκονται εσωτερικά από τα μεγάλα χείλη και εμφανίζουν έσω επιφάνεια, η οποία αφορίζει από τα πλάγια τον πρόδομο του κολεού, στον πυθμένα του οποίου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας και το στόμιο του κολεού, και έξω επιφάνεια, η οποία τελειώνει στη μεσοχειλία αύλακα. Το πρόσθιο άκρο του καθενός αποσχίζεται σε δύο σκέλη, από τα οποία το μεν ένα φέρεται πάνω από την κλειτορίδα και αφού ενωθεί με το αντίθετο σχηματίζει την πόσθη της κλειτορίδας, το δε άλλο φέρεται κάτω από τη βάλανο της κλειτορίδας και αφού ενωθεί με το αντίθετο σχηματίζει το χαλινό της κλειτορίδας. Τα οπίσθια άκρα των μικρών χειλέων συνενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό των μικρών χειλέων του αιδοίου, μπροστά δε από αυτόν βρίσκεται ο σκαφοειδής βόθρος. Τα μικρά χείλη του αιδοίου αιματώνονται από τη ραχιαία αρτηρία της κλειτορίδας (κλάδο της έσω αιδοϊκής) και νευρώνονται από το νεύρο του περινέου.⁽⁵⁾

Η *κλειτορίδα* αντιστοιχεί προς το ανδρικό πέος και έχει μήκος, όταν βρίσκεται σε χάλαση, περί τα 6 εκ. μ. (περίπου 3 εκ. μ. ανήκουν στα σκέλη, 2,5 εκ.μ. στο σώμα και 0,5 εκ.μ. στη βάλανο). Εμφανίζει δύο σκέλη τα οποία προσφύονται στους κάτω ηβοϊσχιακούς κλάδους και ενώνονται εμπρός από την ηβική σύμφυση όπου σχηματίζουν το σώμα

της κλειτορίδας. Αυτό φέρεται προς τα εμπρός και άνω, και στη συνέχεια κάμπτεται και με το γόνατο της κλειτορίδας μεταπίπτει στη βάλανο της κλειτορίδας η οποία περιβάλλεται από την πόσθη. Το σώμα της αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό, ο οποίος περιέχει πυκνό δίκτυο αιμοφόρων αγγείων και φλεβωδών κόλπων (στυτικός ιστός). Αιματώνεται από την ραχιαία και την εν τω βάθει αρτηρία της κλειτορίδας, οι οποίες εκφύονται από την έσω αιδοϊκή (κλάδος της έσω λαγόνιας) και νευρώνεται από το ραχιαίο νεύρο της κλειτορίδας.

Ο *προδόμος του κολεού* αφορίζεται από κάθε πλευρά από τα μικρά χείλη, εκτείνεται προς τα εμπρός μέχρι το χαλινό της κλειτορίδας και προς τα πίσω μέχρι το σκαφοειδή βόθρο. Περί τα 2,5 εκ.μ. κάτω από την κλειτορίδα εμφανίζει το έσω στόμιο της ουρήθρας ως και την είσοδο του κολεού από κάθε πλευρά της οποίας εκβάλλουν οι μείζονες αδένες του προδόμου.

Οι *βολβοί του προδόμου* είναι δύο αμυγδαλοειδή μορφώματα από στυτικό ιστό και βρίσκονται ανά ένας μέσα στη βάση των μεγάλων χειλέων του αιδοίου, αφού συνενωθούν κατά το πρόσθιο άκρο τους αντίστοιχα προς την κλειτορίδα, ενώ κατά το οπίσθιο άκρο τους έρχονται σε σχέση με τους μείζονες αδένες του προδόμου. Αιματώνονται από τη βολβική και τη ουρηθριαία αρτηρία και νευρώνονται από το σηραγγώδες πλέγμα.

Οι *μείζονες αδένες του προδόμου ή αδένες του Bartholini* (Βαρθολίνειοι αδένες) είναι δύο εξωκρινείς αδένες, με μέγεθος φασολιού, που βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου στο οπίσθιο τριτημόριό τους. Ο εκφορητικός πόρος τους εκβάλλει από τη

μια και την άλλη πλευρά του παρθενικού υμένα. Αιματώνονται από κλαδίσκους της έσω αιδοϊκής αρτηρίας (κλάδος της έσω λαγόνιας).⁽⁸⁾

Λόγω του θέματος της εργασίας αυτής θα ασχοληθούμε περισσότερο με το γυναικείο σώμα από αυτό το σημείο και περαιτέρω, μιας και έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο.

B. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Ωοθηκικός κύκλος

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα του θήλεος συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές τόσο στις ωοθήκες όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο, με σημείο αφετηρίας την Ε. Ρ. Στις εναλλαγές αυτές πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα υποθάλαμος-υπόφυση. Από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως εκκρίνονται ορμόνες (γοναδοτροπίναι) που έχουν σαν σκοπό, α) F.S.H. την ωρίμανση του ωοθηλακίου β) L.H. την πρόκληση ωορρηξίας μαζί με την F.S.H. και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου μόνον η L.H. ή I.C.S.H. γ) προλακτίνη που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η ωοθήκη δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών και δια της Α) F.S.H. ωριμάζει το ωοθυλάκιο η κοκκώδης στιβάς του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα που προκαλούν 1. υπερπλασία της μήτρας 2. υπερτροφία του ενδομητρίου 3. υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου 4. έκκριση τραχηλικής βλέννης 5. δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου. Δια της Β) L.H. ή L.C.S.H. προκαλείται η ωορρηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου εις ωχρό σωματίον που εκκρίνει την προγεστερόνη δια της

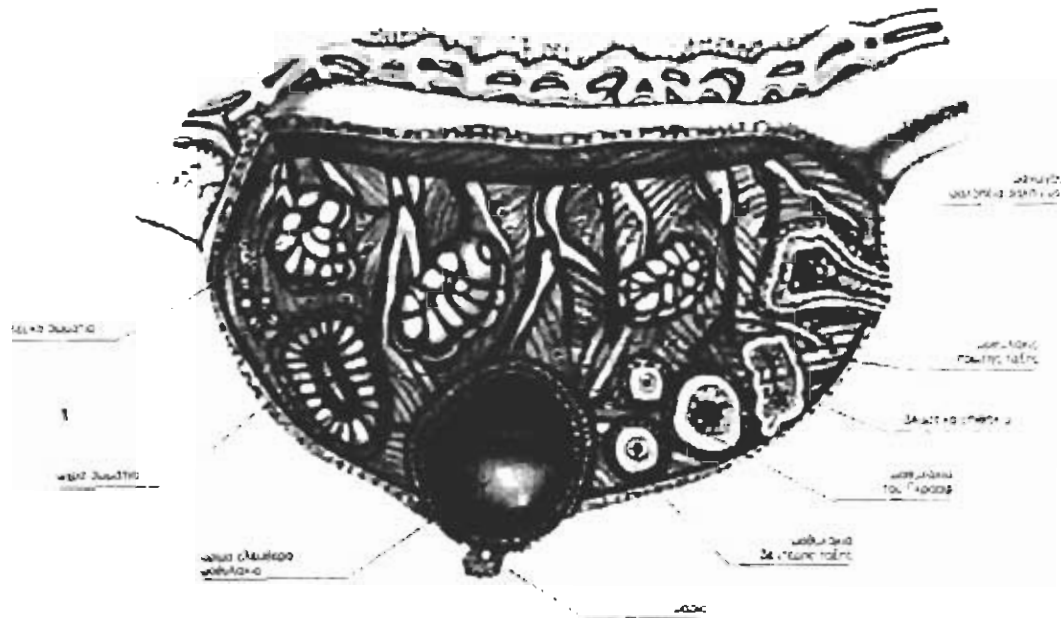
οποίας τροποποιείται: α) η υφή του ενδομητρίου β) μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου και γ) τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννης. Η ζωή του ωχρού σωματίου είναι φυσιολογικά 14 μέρες, στην κύηση μεταπίπτει σε ωχροό σωματίο της κύησης. Το ωάριον κατά τη στιγμή της ωορρηξίας εξέρχεται από το ωοθυλάκιο από ειδικό σημείο αυτού που λέγεται στίγμα. Ελεύθερον στην επιφάνεια της ωοθήκης ή γονιμοποιείται από σπερματοζώαριο (αν έχει προηγηθεί συνουσία) ή εκφυλίζεται. Προ της ωορρηξίας τα χρωματοσώματά του υφίστανται μείωση ή μειωτική διαίρεση, το ήμισυ των οποίων σχηματίζει το πολικό σωματίον.

Η μειωτική διαίρεση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την γονιμοποίηση, διότι και το σπερματοζώαριο περιέχει το ήμισυ του φυσιολογικού αριθμού των χρωμοσωμάτων.

Η ωοθήκη αποτελείται από την μυελώδη ουσία και τον φλοιόν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο φλοιός που περιέχει τα άωρα ωοθυλάκια, τα οποία με τη σειρά τους ωριμάζουν πριν από την ωορρηξία, 24 ώρες προ αυτής ομοιάζουν με κύστη μεγέθους κερασιού στην επιφάνεια της ωοθήκης. Σε διατομή παρουσιάζουν την κοιλότητα του θυλακίου που περιβάλλεται από την έξω και την έσω θήκη, την μεμβράνης του Slawjanski , την κοκκώδη στιβάδα που σε ένα μέρος παχύνεται και σχηματίζει τον ακτινωτό στέφανο και την διαφανή ζώνη (Σχ. 4). Κατά την ωορρηξίαν εξέρχεται από την κοιλότητος του θυλακίου το ώριμον ωάριο με τον ακτινωτό στέφανο και την διαφανή ζώνη ενώ διαχέεται το θυλακινικόν υγρόν. Σε 24 ώρες η κοκκώδης στιβάς διαπερνάται από αγγεία και τα κοκκώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται και υπερτρέφονται.

Τότε έχει δημιουργηθεί το ωχρο σωματίον και αρχίζει η έκκριση της προγεστερόνης. ⁽¹⁾

ΔΙΑΤΟΜΗ ΤΗΣ ΩΘΗΚΗΣ



Έμμηνος ρύση

Οι Hitzmann και Abler και ιδίως ο Schroder, συσχέτισαν τις μεταβολές της ωοθήκης μ' εκείνες του ενδομητρίου. Κατά την E.P. αποπίπτει η λειτουργική στιβάς του ενδομητρίου ενώ παραμένει η βασική με τους πυθμένες των αδένων από όπου και θα αναπλασθεί το νέον σώμα της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου.

Η στιγμή της E.P. του ενδομητρίου συμπίπτει με την εκφύλιση του ωχρού σωματίου της ωοθήκης. Με την επίδραση της F.S.H. της υπόφυσης νέο ωοθυλάκιο ωριμάζει και από την έσω θήκη αρχίζει η έκκριση των οιστρογόνων, ανεβαίνει η στάθμη των οιστρογόνων στο αίμα και αρχίζει η ανάπλαση της λειτουργικής στιβάδας στο ενδομήτριο.

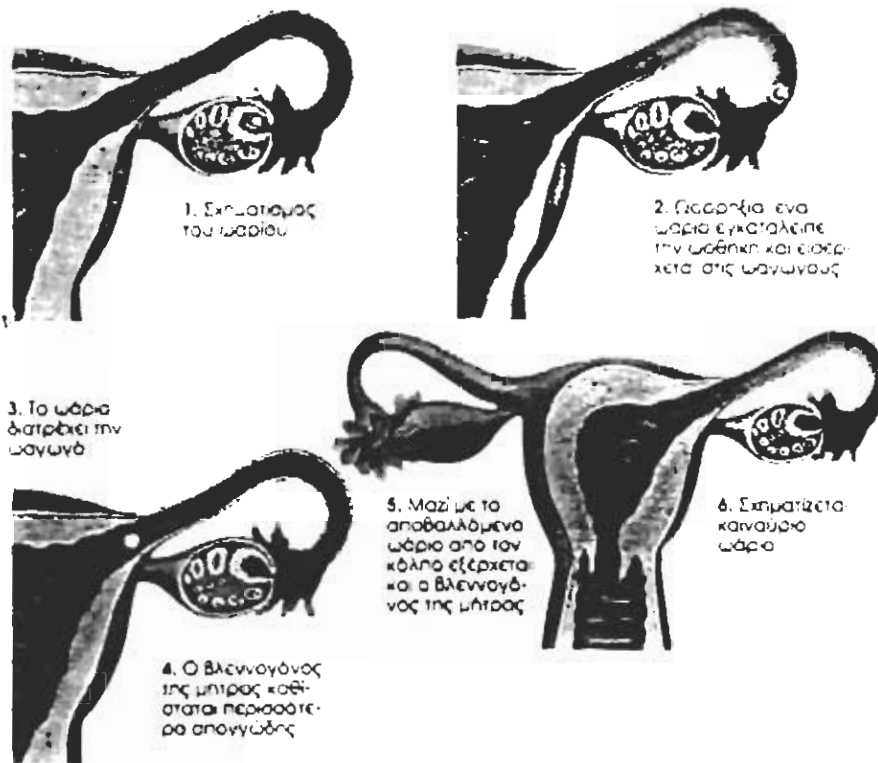
Παραγωγική φάση: Όταν το επίπεδο των οιστρογόνων στο αίμα αυξάνει η F.S.H. της υπόφυσης μειώνεται.

Κατά την ωορρηξία παρατηρείται έκκριση της I.C.S.H. ή L.H. με την οποία το ωχρό σωματίον παράγει προγεστερόνη, ενώ μειώνεται η έκκριση των οιστρογόνων χωρίς να αναστέλλεται τελείως. (Σχ. 5).

Από την ωορρηξία και μετά στο αίμα κυκλοφορούν τόσο οιστρογόνα όσο και προγεστερόνη. Η ιστολογική εικόνα του ενδομητρίου στο στάδιο αυτό ονομάζεται εκκριτική ή θυλακοωχρινική φάση, λέμε θυλακοωχρινική διότι για να παρουσιάσει τις μεταβολές αυτές πρέπει να προηγηθεί επίδραση οιστρογόνων (θυλακίνης) επί της οποίας προστίθεται η προγεστερονική επίδραση (ωχρίνη). Κατά την εκκριτική φάση το υπόστρωμα παρουσιάζει οίδημα από κατακράτηση ύδατος. Όταν μειωθεί το επίπεδο της προγεστερόνης στο αίμα στα σπειροειδή αρτηρίδια παρατηρούνται αιμορραγίες που επεκτείνονται στο συνδετικό υπόστρωμα και παρασύρουν σε απόπτωση όλη την λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου. Το υλικό αυτό αποτελεί την E.P. ⁽⁹⁾

Σε γενικές γραμμές, κάθε 28 μέρες, οι γυναίκες σε γόνιμη ηλικία έχουν την εμμηνορρυσία ή **περίοδο** όπως λέγεται συνήθως. Αυτή η διεργασία ξεκινάει μόλις ένα ωάριο που αποβάλλεται από τις ωοθήκες περάσει τις ωαγωγούς σάλπιγγες και φθάσει μέχρι την μήτρα. Κατά την ωορρηξία, εκκρίνεται μια ορμόνη, η προγεστερόνη, η οποία προετοιμάζει τη μεμβράνη της μήτρας για να δεχθεί το ζυγωτό κύτταρο, στην περίπτωση που κάποιο σπερματοζωάριο γονιμοποιήσει το ωάριο. Αν το ωάριο μείνει αγονιμοποίητο, αναστέλλεται η παραγωγή προγεστερόνης και η μεμβράνη αποκολλάται από την μήτρα.

Ταυτόχρονα προξενείτε και ρήξη μερικών αιμοφόρων αγγείων. Τέλος, το ωάριο εκβάλλεται από το σώμα, μέσω του κόλπου, μαζί με τα υπολείμματα από τη μεμβράνη της μήτρας και με κάποια ποσότητα αίματος. Αυτή η διεργασία διαρκεί τέσσερις με πέντε μέρες και ξαναρχίζει ο κύκλος με την ωρίμανση ενός καινούριου ωαρίου.



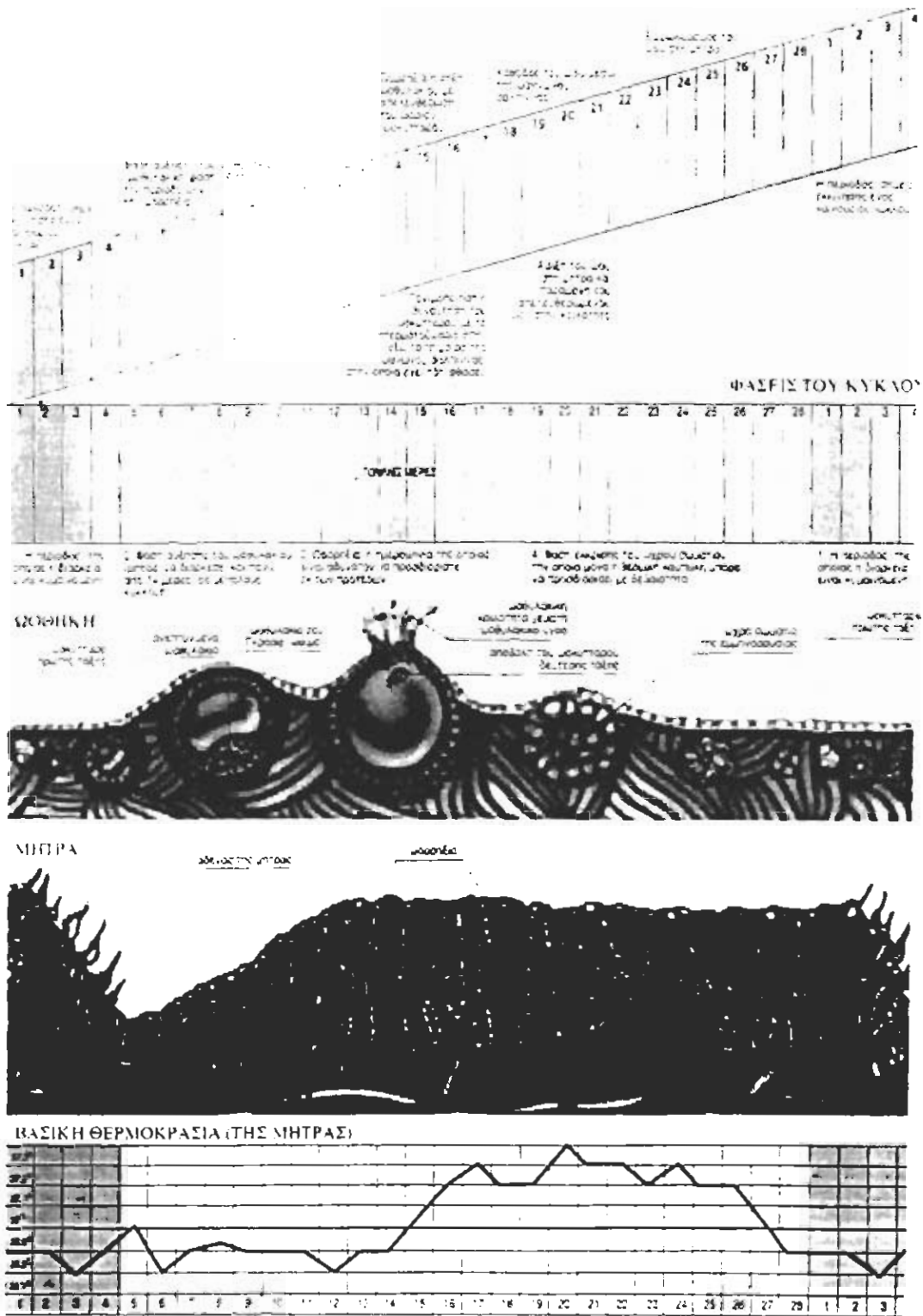
ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ΑΠΟΛΕΨΗ																ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ											
ΤΟΝΙΜΕΣ ΗΜΕΡΕΣ											ΜΗΝΕΥΣΗ																

Η έμμηνη ρύση εμφανίζεται σε ηλικία 9 με 16 ετών και διαρκεί, κατά προσέγγιση, μέχρι τα 50, οπότε επέρχεται η εμμηνόπαυση, διακοπτόμενη μόνο κατά της περιόδους κύησης. Συνιστάται να καταγράφετε στο ημερολόγιό σας την αρχή κάθε εμμηνορρυσιακού κύκλου και να ελέγχετε την ποσότητα αίματος που χάνετε κάθε φορά.⁽¹⁰⁾

Ο κύκλος της εμμηνορρυσίας

Μηχανισμός της γονιμοποίησης και της εγκυμοσύνης



Γονιμοποίηση

Στην εφηβική ηλικία αρχίζει ο κύκλος της αναπαραγωγής που ρυθμίζεται από ορμόνες.

Οι ωοθήκες έχουν μορφή μούρου και περιέχουν αρκετές χιλιάδες ωοθηλάκια, περίπου 300.000. Από αυτά θα ωριμάσουν περίπου 300-400. Τα υπόλοιπα θα εκφυλισθούν πριν προλάβουν να ωριμάσουν.

Με την επίδραση ορμονών κάθε μήνα ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο, για να σπάσει και να ελευθερώσει το ωάριο.

Αυτό λέγεται **ωορρηξία** ή **ωοθηλακιορρηξία**.

Σε μερικές γυναίκες η ωορρηξία γίνεται αισθητή σαν διαξιφιστικός πόνος στην δεξιά η αριστερά πλευρά στο υπογάστριο. Μερικές φορές ο πόνος συνοδεύεται από μικρή ποσότητα αίματος που εμφανίζεται από τον κόλπο.

Μετά την ωορρηξία, το ωοθυλάκιο ονομάζεται **ωχρό σωματίο** και εκκρίνει μια ορμόνη που λέγεται **προγεστερόνη**.

Η ορμόνη αυτή ρυθμίζει την έκκριση θρεπτικών ουσιών από τους ενδρομήτριους αδένες, με σκοπό την υπεραιμία, υπερτροφία και υπερπλασία του βλεννογόνου της μήτρας με σκοπό να δημιουργήσουν κατάλληλο περιβάλλον για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Μετά την ωορρηξία, το ωάριο παραλαμβάνεται από την κρωσωτή απόληξη της σάλπιγγας και με περισταλτικές κινήσεις προχωρεί προς τη μήτρα.

Η διαδρομή διαρκεί περίπου έξι μέρες.

Η γονιμοποίηση, η ένωση δηλαδή του ωαρίου με το σπερματοζωάριο γίνεται στην αρχή της διαδρομής.

Τα σπερματοζωάρια φθάνουν στο σημείο αυτό, αφού περάσουν δια μέσου του κόλπου, του τραχηλικού στομίου της μήτρας και από κει προχωρούν δια μέσου της μητρικής κοιλότητας και περνούν από το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας.

Προσεκτική παρακολούθηση του σχεδιαγράμματος θα σας βοηθήσει να παρακολουθήσετε και να καταλάβετε τη διαδρομή του θαυμαστού αυτού ταξιδιού, που η επιτυχία του και η ευτυχής έκβασή του χαρίζει στην κάθε γυναίκα τον αξιολάτρευτο και θαυμαστό τίτλο της Μάνας.

Αξίζει επίσης να έχουμε υπ' όψη μας ότι τα σπερματοζωάρια για να φθάσουν σ' αυτό περίπου το σημείο, δηλαδή, στην αρχή της διαδρομής της σάλπιγγας χρειάζονται περίπου 3 ώρες μετά την ερωτική επαφή. Τα σπερματοζωάρια ζουν περίπου 72 ώρες, έχουν όμως γονιμοποιητική ικανότητα μόνον 40 ώρες περίπου.

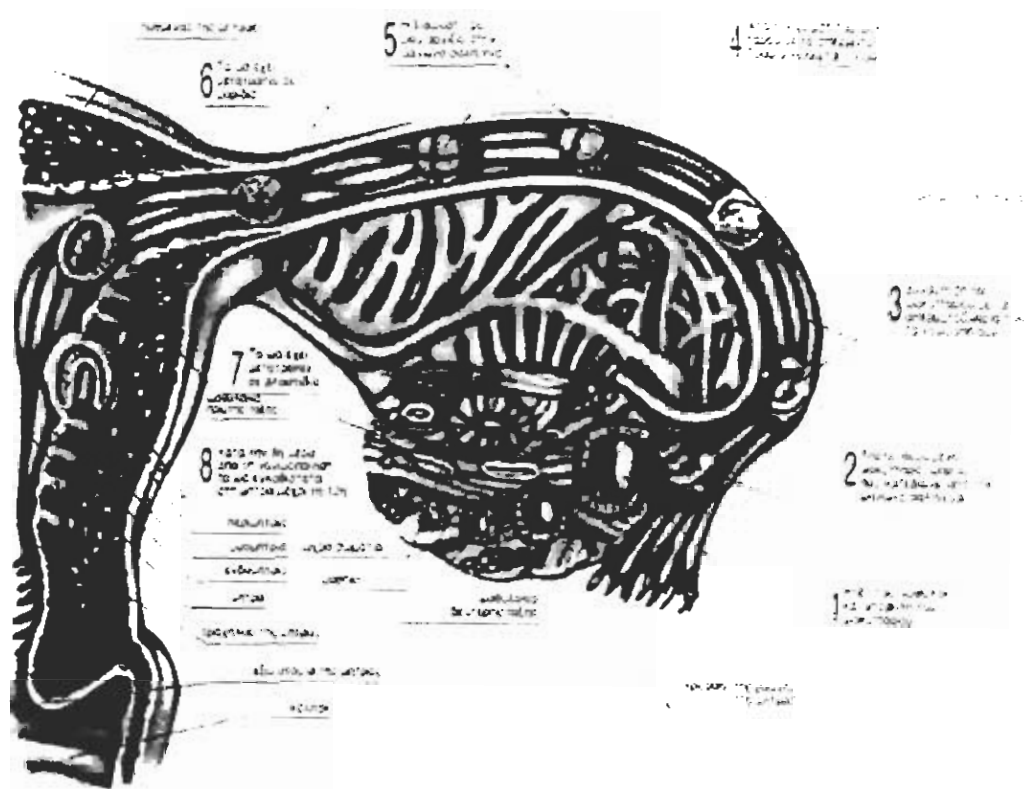
Το ωάριο ζει περίπου 6-8 ώρες και θα πρέπει να γονιμοποιηθεί μέσα στις 24 ώρες μετά την ωορρηξία.

Το ωχρο σωματίο εξακολουθεί να παράγει προγεστερόνη περίπου για δέκα ώρες, ενώ η ποσότητα παραγωγής ελαττώνεται συνεχώς.⁽⁴⁾

Γονιμοποίηση και εμφωλευσμός

11α

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΜΦΩΛΕΥΣΗ



Τα σπερματοζώαρια ταξιδεύουν

Σε κάθε εκσπερμάτωση, εκτοξεύονται περίπου 200 εκατομμύρια σπερματοζώαρια!

Έχουν να διασχίσουν μια μακριά και επικίνδυνη διαδρομή. Για να φθάσουν στον τόπο που θα συναντήσουν τα ωάρια για να γονιμοποιηθούν, πρέπει να τρέξουν περισσότερα από 18 εκ. μήκος.

Θα πρέπει να διατρέξουν τον κόλπο, να περάσουν δια μέσου του τραχηλικού στομίου στο εσωτερικό της μήτρας και από εκεί ένα σύνολο από αυτά να ακολουθήσει την δεξιά σάλπιγγα και άλλο την αριστερά.

Σπερματοζωάρια: νικάει πάντα μόνο ένα!

Τα σπερματοζωάρια, τα αρσενικά δηλαδή, γεννητικά κύτταρα, σχηματίζονται στα σπερματικά σωληνάρια των όρχεων, από κάποια κύτταρα που ονομάζονται **σπερματογόνια**. Αυτή η διαδικασία, η **σπερματογένεση** (ή σπερμογονία), εμφανίζει τέσσερις διαφορετικές φάσεις:

Φάση του πολλαπλασιασμού: τα γεννητικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται μέσω μιτώσεων και παράγουν τα σπερματογόνια με 46 χρωμοσώματα.

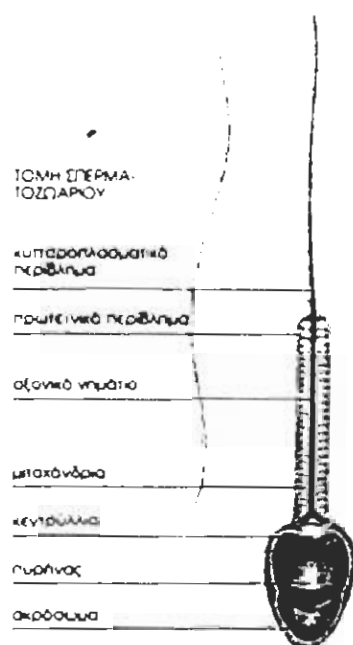
Φάση της ανάπτυξης: τα σπερματογόνια μεγαλώνουν σε όγκο και εμφανίζονται τα σπερματοκύτταρα πρώτης τάξεως, τα οποία έχουν ακόμη 46 χρωμοσώματα.

Φάση της ωρίμανσης: τα σπερματοκύτταρα υφίστανται μια μειωτική διαίρεση και στη συνέχεια μια μιτωτική, παράγοντας τέσσερις σπερματίδες με 23 χρωμοσώματα.

Φάση της διαφοροποίησης ή της σπερμογονίας: κάθε σπερματίδα μετατρέπεται σε πραγματικό σπερματοζωάριο, έτοιμο για να γονιμοποιήσει το ωάριο.

Ο αριθμός των σπερματοζωαρίων που απελευθερώνονται σε κάθε εκσπερμάτωση μπορεί να φθάσει μέχρι και τα 350 εκατομμύρια ανά

**Τομή
σπερματοζωαρίου**

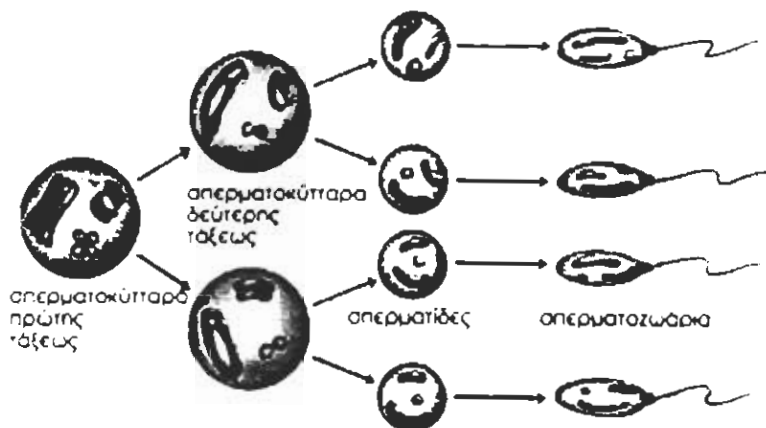


κυβικό εκατοστό. Ωστόσο, φυσιολογικά μόνο ένα από αυτά θα κατορθώσει να φτάσει στο στόχο του: να γονιμοποιήσει το ωάριο. Γι' αυτό, το σπερματοζωάριο έχει να κάνει ένα «μακρύ» ταξίδι 10 εκατοστών, μέχρι τους ωαγωγούς, με μια ταχύτητα περίπου 4 χιλιοστών το λεπτό. Σε κάθε σπερματοζωάριο, που έχει μήκος 4 χιλιοστών το λεπτό. Σε κάθε σπερματοζωάριο, που έχει μήκος 50-60 μικρά, διακρίνονται: η κεφαλή, το ενδιάμεσο τμήμα και το μαστίγιο.

Η κεφαλή περιέχει τα ένζυμα που βοηθούν να διεισδύσει το ωάριο.

Το ενδιάμεσο τμήμα αποτελείται από δύο κεντρύλλια σε κάθε άκρο, ένα κεντρικό αξονικό νημάτιο και μια σειρά μιτοχονδρίων που το περιβάλλουν και του παρέχουν ενέργεια για την κίνηση του μαστιγίου. Το αξονικό νημάτιο του μαστιγίου ή της ουράς, όπως λέγεται, εμφανίζει ένα διπλό περίβλημα, η μαστιγιοειδής κίνηση του οποίου επιτρέπει τη μετακίνηση του σπερματοζωαρίου. ⁽²⁾

Διαδικασία σπερματογένεσης

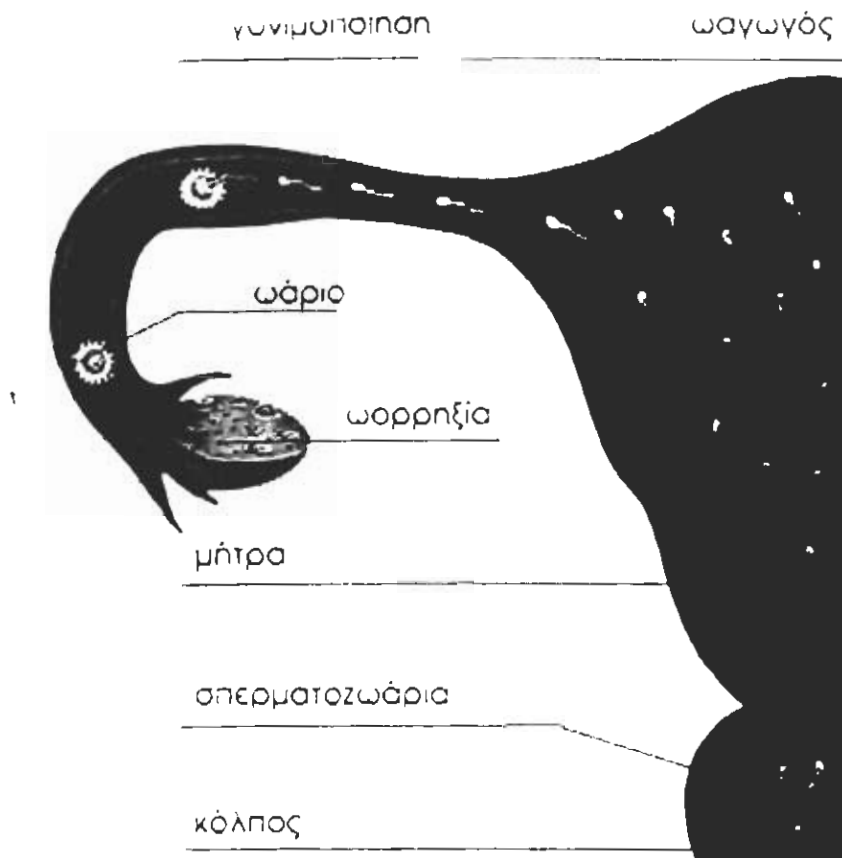


Δρόμος μετ' εμποδίων

Στο ανθρώπινο είδος η γονιμοποίηση είναι εσωτερική: είναι αναγκαία η εισαγωγή των σπερματοζωαρίων στα γυναικεία αναπαραγωγικά

όργανα, πράγμα που επιτυγχάνεται μέσω της σεξουαλικής πράξης ή συνουσίας.

Γονιμοποίηση του ωαρίου από ένα σπερματοζώαριο



Η συνουσία αρχίζει με τη στύση του πέους και συνεχίζεται με την εισαγωγή του στον κόλπο και την εκσπερμάτωση.

Τα σπερματοζώαρια διεισδύουν στη μήτρα και ανέρχονται μέχρι τους ωαγωγούς, όπου λαμβάνει χώρα η **γονιμοποίηση**. Αυτός ο δρόμος είναι σπαρμένος με εμπόδια και αποτελεί μια δοκιμασία αντοχής.⁽¹²⁾

Εκατοντάδες εκατομμυρίων σπερματοζώαρια βρίσκουν το θάνατο στον τράχηλο της μήτρας, θύματος της όξινης έκκρισης του βλεννογόνου που το επικαλύπτει. Ο βλεννογόνος δρα ως επιλεκτικό

φίλτρο: μόνο 1% των σπερματοζωαρίων φτάνουν μέχρι την κοιλότητα της μήτρας. Και άλλα πολλά βρίσκουν το θάνατο μέσα στη μήτρα, πραγματικά εξουθενωμένα, ενώ μόνο λίγες εκατοντάδες καταφέρνουν να ανέλθουν τους ωαγωγούς, πηγαίνοντας να συναντήσουν το ωάριο. Αν η γονιμοποίηση γίνει φυσιολογικά, μόνο ένα από αυτά θα καταφέρει να διαπεράσει τη μεμβράνη του ωαρίου και να το γονιμοποιήσει.

Κατά τη διάρκεια αυτής της διεργασίας, που διαρκεί μισή ώρα, τα σπερματοζωάρια έλκονται από μια χημική ουσία που εκπέμπει το ωάριο. Αυτά που κατακρατούνται στις γεννητικές εκφορητικές οδούς της γυναίκας είναι ικανά για γονιμοποίηση για μία ή δύο ακόμη μέρες.

Διαδικασία γονιμοποίησης του ωαρίου από το σπερματοζωάριο

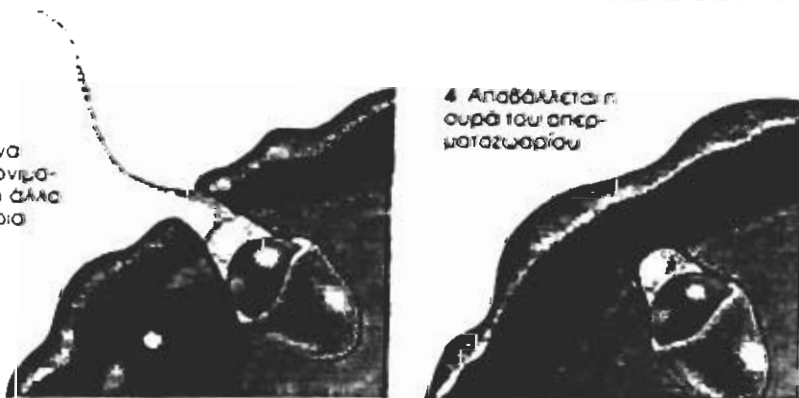
1 Η κεφαλή του σπερματοζωαρίου στηρίζεται στη μεμβράνη του ωαρίου

2 Το σπερματοζωάριο εισέρχεται στο σωληνάριο του ωαρίου



3 Το ωάριο σχηματίζει μια καινούργια μεμβράνη για να εμποδίσει τη γονιμοποίηση και από άλλα σπερματοζωάρια

4 Αποβάλλεται η ουρά του σπερματοζωαρίου



Η γονιμοποίηση οδηγεί στο **ζυγωτή**, το πρώτο κύτταρο του καινούριου ανθρώπινου όντος. Η διαδικασία της γονιμοποίησης αποτελείται από δύο στάδια: η πρώτη είναι η **διείσδυση** (ή **γονιμοποίηση**), όταν το σπερματοζώαριο διατρύπεί τη μεμβράνη του ωαρίου, εισάγει την κεφαλή και το ενδιάμεσο σώμα του, χάνει την ουρά και τελικά, δημιουργείται μια καινούρια μεμβράνη για να εμποδίσει τη γονιμοποίηση και από άλλο σπερματοζώαριο. Στη συνέχεια, συμβαίνει η **σύντηξη του πυρήνα** του σπερματοζωάρια με τον πυρήνα το ωαρίου για το σχηματισμό ενός κυττάρου με 46 χρωμοσώματα, την **αμφιμειξία** που χαρακτηρίζει την έναρξη της εμβρυϊκής ανάπτυξης.⁽¹³⁾

Ένας άνθρωπος γεννιέται

Το ωάριο και το σπερματοζώαριο δίνουν, όπως είπαμε, ραντεβού στο πρώτο τρίτο άκρο της σάλπιγγας και τυχαίνει να περιμένουν ώρες το ένα το άλλο!

Το ωάριο, κύτταρο ογκώδες, αφού είναι το μεγαλύτερο του ανθρώπινου οργανισμού, βαρύ και δυσκίνητο από την παρακαταθήκη ουσιών, δυσκολεύεται να κινηθεί μόνο του, κινείται προωθούμενο από τις συστολές της μήτρας, και από τις περισταλτικές κινήσεις του ωαγωγού που προκαλούνται από τη μεγαλύτερη παραγωγή θηλακίνης.

Τα σπερματοζώαρια, ευκίνητα και ζωντανά, αφού είναι τα μικρότερα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού, προχωρούν για να συναντήσουν το ωάριο.

Μόλις εμφανισθεί το ωάριο, ένα πλήθος από σπερματοζώαρια το περικυκλώνουν και προσπαθούν να το κατακτήσουν μπαίνοντας στο εσωτερικό του.

Ο καθηγητής Ν. Λούρος λέει: το ωάριο παρουσιάζει πρωύτερα κάποια ελκυστική επίδραση επάνω στο σπερματοζωάριο και του απλώνει μια προεκβολή από το πρωτόπλασμα του! Η κατάληψη είναι δύσκολη. Πολλά προσπαθούν, μερικά καταφέρνουν να περάσουν το εξωτερικό περίβλημα (διάφανη ζώνη) ένα όμως μόνο θα καταφέρει να περάσει το κυτταρόπλασμα, στο εσωτερικό δηλαδή του ωαρίου. Το ωάριο τώρα γίνεται απόρθητο.

Το σπερματοζωάριο νικητής χάνει την μακριά κινητή ουρά του! Το κεφάλι του περιέχει τον πυρήνα, σιγά σιγά μεγαλώνει και γίνεται σε όγκο τόσο όσο και ο πυρήνας του ωαρίου!

Σιγά σιγά οι δύο πυρήνες συγχωνεύονται και γίνονται ένας: Το πρώτο κύτταρο ενός νέου εμβρύου σχηματίστηκε. Ένα μωρό μετά από εννέα μήνες θα γεννηθεί, μια ζουλούα ακόμη μέσα στις τόσες άλλες.

Οι δύο πυρήνες συγχωνεύονται πια σε ένα, θα προχωρήσουν σιγά σιγά κατά μήκος της σάλπιγγας προς το εσωτερικό της μήτρας.

Σπάνια η διαδρομή δεν είναι εύκολη, είτε γιατί οι σάλπιγγες είναι περισσότερο λεπτές από το κανονικό, είτε γιατί συναντούν εμπόδια, είτε γιατί φλεγμένουν οι σάλπιγγες, το ωάριο δεν μπορεί να προχωρήσει, με αποτέλεσμα να εγκατασταθεί μέσα στη σάλπιγγα, ενώ σπάνια μέσα στην κοιλιά ή στην ωοθήκη.

Στην περίπτωση αυτή έχουμε την εξωμήτριο εγκυμοσύνη, που σπάνια εξελίσσεται πέρα από το δεύτερο ή τρίτο μήνα. Συνήθως καταλήγει σε ρήξη της σάλπιγγας, και αιμορραγία. Επακολουθεί χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση της όλης κατάστασης.⁽⁴⁾

Οι πρώτες εβδομάδες της ζωής του εμβρύου

Τρεις ώρες μετά την γονιμοποίηση το ωάριο αρχίζει να διαιρείται ταξιδεύοντας συγχρόνως για τη μήτρα.

Το πρώτο κύτταρο διαιρείται σε δύο εντελώς όμοια κύτταρα, αλλά μικρότερα, κατά το ήμισυ.

Η διαδικασία συνεχίζεται. Τα δύο μικρότερα κύτταρα με την ίδια διαδικασία διαιρούνται σε τέσσερα, τα τέσσερα σε οκτώ, τα οκτώ σε δεκάξι κ.ο.κ. Το μέγεθος όμως του ωαρίου παραμένει το ίδιο και το ωάριο φαίνεται στο μικροσκόπιο να μοιάζει σαν μούρο γι' αυτό ονομάζεται μορίδιο.

Τα κύτταρα τώρα αυξάνουν σε όγκο και διαφοροποιούνται. Άλλα θα γίνουν μύες, άλλα δέρμα, άλλα διάφορα βιολογικά όργανα. Καθώς όμως το ωάριο πηγαίνει προς τη μήτρα, τα αποθέματα τροφής που είχε το κυτταρόπλασμα εξαντλούνται. Μετά 3-4 μέρες διαδρομή το γονιμοποιημένο ωάριο φθάνει μέσα στη μήτρα.

Κολλά σαν βεντούζα σ' ένα σημείο στο τρίχωμα της μήτρας που είχε γίνει παχύτερο.

Το έμβρυο στην αρχή τρέφεται από το πρωτόπλασμα του ωαρίου και ίσως από ουσίες που απορροφά από το βλεννογόνο του ωαγωγού την ώρα που περνά από κει. Μόλις εγκατασταθεί στο ενδομήτριο, τρέφεται από το γλυκογόνο του.

Περίπου μετά την τρίτη εβδομάδα η διατροφή του ρυθμίζεται διαμέσω της αλλαντοχοριακής κυκλοφορίας για να αναλάβει μετά την ένατη εβδομάδα και ως το τέλος της εγκυμοσύνης τη διατροφή του εμβρύου ο πλακούντας.

Η μήτρα ήδη είχε προετοιμάσει τη βλεννογόνο της με υπεραιμία, υπερτροφία και υπερπλασία.

Από την επιφανειακή κυτταρική στοιβάδα του μοριδίου σχηματίζεται η τροφοβλάστη, ενώ από την κεντρική, επειδή αυτή θα διαπλάσει το έμβρυο, σχηματίζεται η εμβρυοβλάστη.

Η τροφοβλάστη εκκρίνει διάφορα ένζυμα και με τη βοήθεια τους καταφέρνει να τρυπήσει μέσα στην ενδομητρική στιβάδα. Τότε παίρνει την ονομασία **χόριο**, βγάζει μικρές ίνες που χώνονται άπληστα στον βλεννογόνο της μήτρας και δημιουργούν ένα ενιαίο όργανο, **τον πλακούντα**.

Στον πλακούντα διακρίνουμε την εμβρυογενή επιφάνεια που είναι λεία λευκωπή και γυαλιστερή καθώς και τη μητρογενή επιφάνεια, που είναι συνδεδεμένη με το τοίχωμα της μήτρας, και φαίνεται κυρτή λοβωτή και κόκκινη.

Το ωάριο συνήθως χτίζει τη φωλιά του στον πυθμένα της μήτρας. Σε περίπτωση που ο πυθμένας δεν προσφέρει έδαφος για να αναπτυχθεί το ωάριο (έχουν προηγηθεί αποξέσεις ή και φλεγμονές), τότε εγκαθίσταται στο κατώτερο τμήμα και πολλές φορές κοντά στον τράχηλο.

Στις περιπτώσεις αυτές έχουμε προβλήματα παθολογικά γύρω από την εξέλιξη της εγκυμοσύνης ή και του τοκετού, όπως αποβολή, αιμορραγίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και προδρομικό πλακούντα.

Από την εμβρυοβλάστη του ωαρίου θα αναπτυχθεί με ιλιγγιώδη ρυθμό το έμβρυο. Από τον τροφοβλάστη θα σχηματισθούν ο πλακούντας και ο ομφάλιος λώρος μέσα στους δύο πρώτους μήνες.

Σ' όλο το διάστημα που το ωάριο γονιμοποιήθηκε και αναπτύχθηκε στην ωοθήκη, συμβαίνουν οι εξής διεργασίες:

Το ωχροό σωματίο δεν εξαφανίζεται αλλά συνεχίζει να παράγει για λίγο καιρό προγεστερόνη. Έτσι βοηθά στη συνέχιση της εγκυμοσύνης εμποδίζοντας τη μήτρα να κάνει συστολές, όπως όταν εμφανίζεται η περίοδος οι οποίες θα μπορούσαν να είχαν σαν αποτέλεσμα την αποβολή του εμβρύου.

Αντί λοιπόν, να παρουσιασθεί περίοδος και όσες διεργασίες ακολουθούν όταν αποτυγχάνει η γονιμοποίηση, η εκκριτική φάση του ενδομήτριου συνεχίζεται εξασφαλίζοντας τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την εγκατάσταση και την διατροφή του γονιμοποιημένου ωαρίου. ⁽⁴⁾

Η άλλη άκρη της σάλπιγγας καταλήγει σε χωνί με κρωσώτη μορφή και ακουμπά στην επιφάνεια της ωοθήκης.

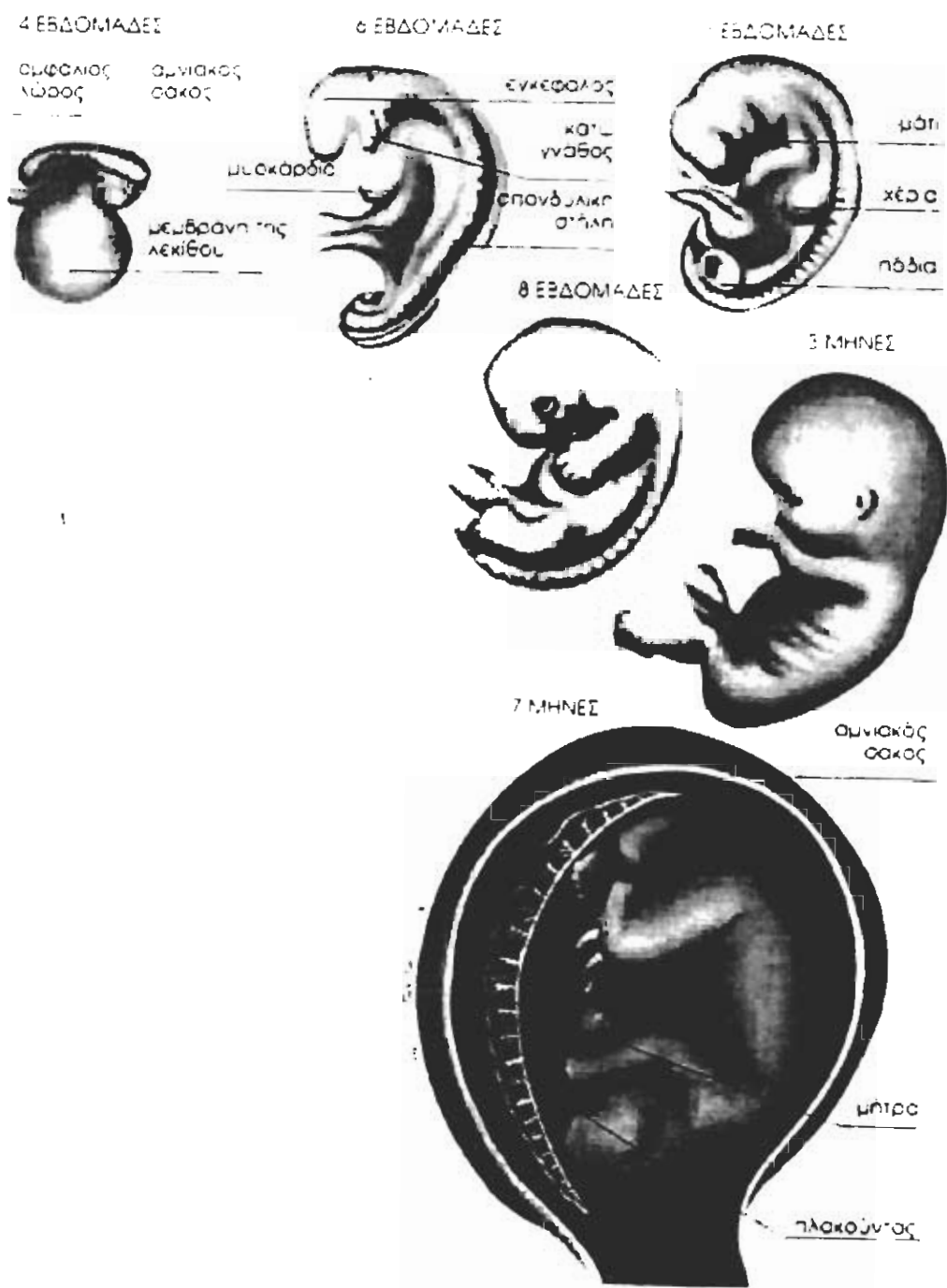
Οι ωοθήκες έχουν σχήμα αμυγδαλού πεπλατυσμένου μήκους 3-4 εκατ. και πάχους 1-3 εκατ. ανάλογα με την λειτουργική τους κατάσταση.

Βρίσκονται στα πλάγια της μήτρας και συγκρατούνται σταθερά στη θέση τους με συνδετικό ιστό.

Η βιολογική τους λειτουργία είναι διπλή.

Αφ' ενός παράγουν γεννητικά κύτταρα **ωάρια** και αφ' ετέρου παράγουν ορμόνες, **οιστρογόνα** και **προγεστερόνη**. ⁽¹⁴⁾

Βλαστικό στάδιο



ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

ΗΛΙΚΙΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΒΑΡΟΣ (γρ)	ΜΗΚΟ Σ (εκ)
1 ^{ος} μήνας	Αρχίζουν οι χτύποι της καρδιάς. Διαφαίνονται η σπονδυλική στήλη και ο εγκέφαλος.	2-3	0,75
2 ^{ος} μήνας	Διακρίνονται τα πόδια και τα χέρια. Αναγνωρίζονται τα γεννητικά όργανα.	5-8	3
3 ^{ος} μήνας	Το έμβρυο αποκτάει ανθρώπινη όψη, αν και το κεφάλι του είναι δυσανάλογα μεγάλο.	18-20	15
4 ^{ος} μήνας	Διαγράφεται η λειτουργία του πεπτικού σωλήνα, του ήπατος, του παγκρέατος και των νεφρών.	18-20	15
5 ^{ος} μήνας	Ωρίμανση του νευρικού συστήματος. Εμφανίζεται ένα στρώμα λεπτής τριχοφυΐας στο δέρμα.	300	27
6 ^{ος} μήνας	Ο μυελός των οστών αρχίζει να παράγει ερυθρά αιμοσφαίρια. Ωριμαίνουν οι πνεύμονες.	800-900	33
7 ^{ος} μήνας	Το δέρμα αποκτάει ρόδινη και λεία όψη. Το έμβρυο είναι σε θέση να επιβιώσει.	1.300-1.400	39
8 ^{ος} μήνας	Οι πνεύμονες είναι έτοιμοι να αρχίσουν να αναπνέουν.	2.200-2.300	45
9 ^{ος} μήνας	Τέλεια διάπλαση του εμβρύου. Το σώμα του εφαρμόζει στην πύελο της μητέρας.	3.200-3.300	48-51

Πλακούς

Κατά τη δίπλωση του εμβρύου σχηματίζονται οι υμένες αυτού που περικλείουν την αμνιακή κοιλότητα ή αμνιακό σάκκο.

Η προέλευση των υμένων είναι εκ του εμβρύου (εμβρυογενείς) και εκ της μήτρας (μητρογενείς). Σ' ένα σημείο παρατηρείται πάχυνση των υμένων από την οποία εξαρτάται δια της ομφαλίδος το έμβρυον. Η πάχυνση αυτή αποτελεί τον πλακούντα. Ο πλακούς διαπλάσσετε από την 9^η – 13^η εβδομάδα. Τελειοποιείται δε σαφώς στο τέλος του 3^{ου} μηνός. Ο ώριμος πλακούς της τελειόμηνης κύησης έχει διάμετρο 18-22 εκ. πάχος 3-4 εκ. βάρος 500-1000gr και πλέον. Στην περιγραφική του παρουσιάζει δύο επιφάνειες έσω ή εμβρυϊκή, έξω η μητρική και το

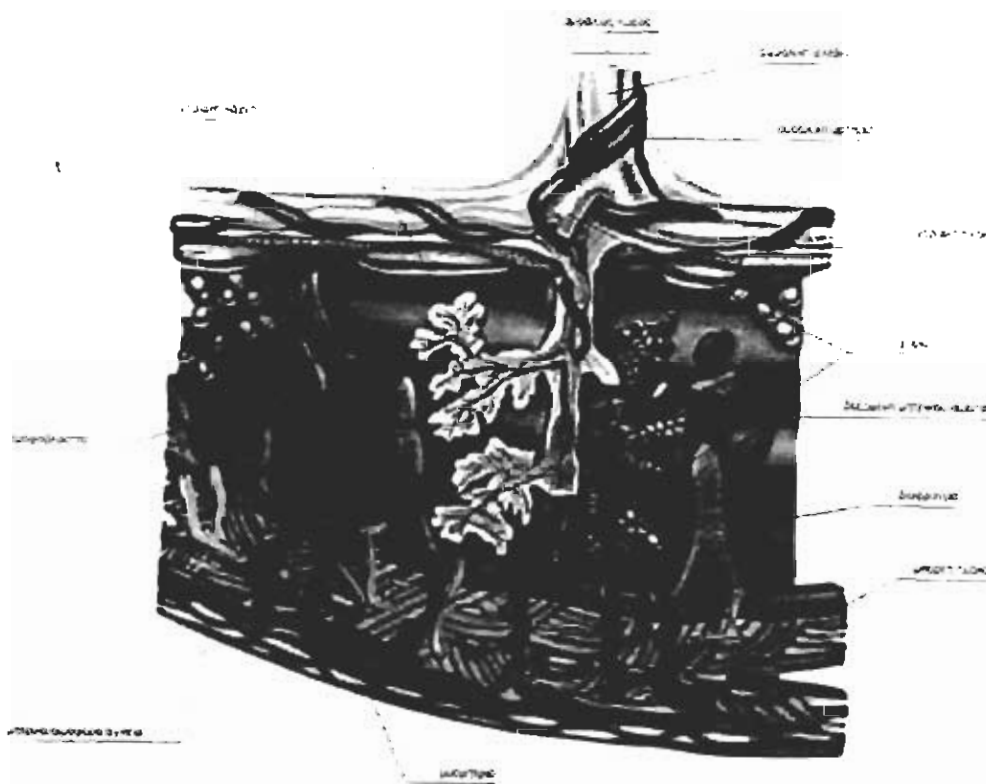
περιφερικόν χείλος που αποτελείται από την μετάπτωση των υμένων από του πλακούντος στην μήτρα. Η έσω επιφάνεια του πλακούντος είναι λεία και καλύπτεται από το αμνίον κάτω από το οποίο πορεύονται τα ομφαλικά αγγεία. Η έξω επιφάνεια που έρχεται σε επαφή με το τοίχωμα της μήτρας διαχωρίζεται σε κοτυλιδόνες που ο αριθμός τους εγγίζει περίπου τις 20. Μεταξύ των κοτυλιδόνων παρεμβάλλονται αύλακες εντός των οποίων πορεύονται τα διαφράγματα του πλακούντα. Κάθε κοτυλιδόνα έχει δικό της αγγειακό μίσχο από μητροπλακούντιες φλέβες και αρτηρίες που διακλαδίζονται εντός της κοτυλιδόνας που αποτελείται από λάχνες.

Ο χώρος μεταξύ των λαχμών λέγεται μεσολάχνιος. Μεταξύ της εμβρυογενούς και μητρογενούς μοίρα του πλακούντα σχηματίζεται η αιμολίμνη. Κατά την πορεία της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να παρατηρηθούν αιμορραγίες από ρήξη των μητροπλακουντιακών αγγείων, ποικίλης έκτασης που αν δεν προκαλέσουν την εκβολή του κυήματος, προκαλούν ισχαιμία και ίνωση λάχνης ή και κοτυλιδόνας και έτσι στην υστεροτοκία παρουσιάζονται λάχνες ατροφικές σαν εμφράγματα του πλακούντα. Ιστολογικώς, εξεταζόμενος ο πλακούς αποτελείται βασικά από λάχνες, η λάχνη όμως υφίσταται μια εξελικτική διαδικασία από του σχηματισμού της μέχρι πλήρους ωρίμανσης του πλακούντος σε ότι αφορά την ελευθέρω της επιφάνεια. Αποτελείται κατ' αρχάς από α) τη συγκύτιο-τροφοβλάστη (λέγεται συγκύτιο διότι εντός του αυτού πρωτοπλάσματος απαντούν πολλοί πυρήνες) β) κάτω από την συγκυτιοτροφοβλάστη είναι τα κύτταρα του Lachans με ευμεγέθεις βαθύχρωμους πυρήνες που σχηματίζουν μια δεύτερη στιβάδα. Η στιβάς αυτή εξαφανίζεται αντικαθισταμένη από ινώδες.

γ) Μεσεγγυματώδη άξονα που φιλοξενεί και τα αγγεία (στα αγγεία αυτά παρατηρούνται και εμπύρηννα ερυθρά αιμοσφαίρια εμβρυϊκής προέλευσης). Ο μεσεγγυματώδης άξων με την εξέλιξη του πλακούν χάνει την κυτταροβρίθειά του και πλουτίζεται σε ινώδες ενώ όλη η λάχνη καλύπτεται επιφανειακά από μια λευκή συγκυτιώδη στιβάδα την συγκυτιο-τροφοβλάστη. Η στιβάδα των κυττάρων του Langhans είναι υπεύθυνη για την έκκριση της H.C.G. Η πτώση της τιμής της H.C.G. συμπίπτει με την εξαφάνιση της στιβάδος Langhans. Εκτός των άλλων παρατηρούνται σε περιοχές ισχαιμίας κύτταρα X ακαθορίστου μέχρι στιγμής λειτουργικής σημασίας. Είπαμε προηγουμένως ότι η εμβρυϊκή επιφάνεια του πλακούντος καλύπτεται από τον αμνιακό υμένα. Έξω του αμνιακού υμένος προς την μήτρα ευρίσκεται το χορίον. Εντός του χορίου πορεύονται τα αγγεία. Όπως οι υμένες έτσι και ο πλακούς έχει α) εμβρυογενή μοίρα που καλύπτεται προς τα έσω από του αμνίου, προς τα έξω απλήγει στις λάχνες που έρχονται σε επαφή με την αιμολίμνη και β) μητρογενή μοίρα, που παρουσιάζει δύο στιβάδες, προς τα έσω το βασικό πέταλο που αφορίζει την αιμολίμνη προς τα έξω την σπογγώδη στιβάδα που αποτελεί την ζώνη της αποκόλλησης του πλακούντα. Η σημασία του πλακούντα για την πορεία της κύησης και την ανάπτυξη του εμβρύου, φαίνεται από το γεγονός ότι η εκτίμηση της λειτουργίας του πλακούντα για την πορεία της κύησης και την ανάπτυξη του εμβρύου, φαίνεται από το γεγονός ότι η εκτίμηση της λειτουργίας του πλακούντα πληροφορεί άμεσα τόσο για το έμβρυο όσο και για την κύηση. Οι λειτουργίες του πλακούντα συνοψίζονται σε α) αναπνοή του εμβρύου, η ανταλλαγή O₂ και CO₂ γίνεται με απλή διάχυση ίσως με παρεμβολή της οξειδάσης. Όταν η αναπνευστική λειτουργία του πλακούντα μειωθεί

(πράγμα που συμβαίνει στο τέλος της κύησης) ακολουθεί τοκετός. β) Απεκριτική λειτουργία κυρίως σε ότι αφορά την διακίνηση του ύδατος, των μετάλλων και ορμονών των οποίων μάλιστα αποτελεί και κέντρον παραγωγής τόσο δια H.C.G. όσο και για ολικά οιστρογόνα – προγεστερόνη δια τούτο ο πλακούς αποτελεί τον ενδοκρηνή αδένα της κύησης.

Ο πλακούντας και η ανάπτυξη του εμβρύου (Τομή του Πλακούντα)



γ) Αποταμιευτική λειτουργία δια της οποίας συγκεντρώνονται βιταμίνες πρωτεΐνες λιπίδια και γλυκίδια για τις ανάγκες του εμβρύου. Έτσι ο πλακούς σαν ρυθμιστικός παράγων παρεμβαίνει στην κύηση προμηθεύοντας στις αναπνευστικές ανάγκες του εμβρύου, κατευθύνοντας την διατροφή του εμβρύου δια επιλογής ή μετασχηματισμού μητρικών ουσιών προς εμβρυϊκή κατανάλωση και

προκαλώντας δια των εκκρίσεων ιδίως των ορμονικών όλες εκείνες τις μητρικές τροποποιήσεις που είναι αναγκαίες για τη φιλοξενία του εμβρύου λέει ο M. Lacomme. Ανάλογα με την μορφολογία του πλακούντα περιγράφονται διάφοροι τύποι π.χ. ζωνιαίος, παραπλακούς όταν ανεξάρτητα από τον κυρίως πλακούντα υπάρχει μικρός δορυφορικός πλακούς. Κατά την επισκόπηση του πλακούντα μετά την υστεροτομία παρακολουθούμε στην εμβρυϊκή επιφάνεια τα αγγεία, μήπως διακόπτονται απότομα ή αιμορραγούν σημείο που υποδηλοί την παραμονής εντός της μήτρας παραπλακούντα.⁽⁹⁾

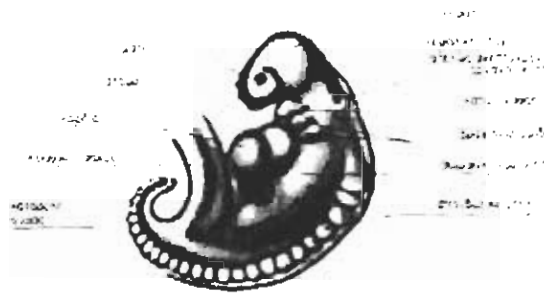
Ομφάλιος λώρος

Ο ομφάλιος λώρος είναι σχοινοειδές μόρφωμα περιέχον δύο ομφαλικές αρτηρίες και μίαν ομφαλική φλέβα. Ο ιστός που περιβάλλει τα ομφαλικά αγγεία καλείται Βαρθόειος ουσία. Πρόκειται περί εμβρυϊκού συνδετικού ιστού. Η πρόσφυση της ομφαλίδας συνήθως γίνεται στο κέντρον του πλακούντα σπανιότερα στην περιφέρεια και ακόμη σπανιότερα πορεύεται από κάτω από τους υμένες, και καταλήγει στον πλακούντα (υμενική έμφυση ομφαλίδας). Το μήκος της ομφαλίδας κυμαίνει περί τα 60 εκ. Αν είναι μικρό (βραχεία ομφαλίδας) δημιουργεί προβλήματα κατά τον τοκετό ως η δυσχέρεια της εμπέδωσης της κεφαλής, αλλοίωση των παλμών κατά την εξώθηση και εκτροφή της μήτρας μετά τον τοκετό. Υπόνοια βραχείας ομφαλίδας δικαιολογεί Κ.Τ. Μακρά ομφαλίδας παρατηρείται επί μήκους άνω των 60 εκ. της οποίας οι επιπλοκές είναι: α) πρόπτωση ομφαλίδας όταν προπίπτει παρεμβαλλόμενη μεταξύ κεφαλής και τοιχώματος πυέλου, ιδίως μετά την ρήξη του θυλακίου. Ανάλογα με το βαθμό πρόπτωσης χαρακτηρίζεται σαν παράπτωση, πρόπτωση, εντός του κόλπου ή και των

έξω γεννητικών οργάνων. Διαγνωστικώς βοηθούμενα από τον σφυγμό του προπίπτοντος οργάνου. Θεραπευτικώς συνιστάται άμεσος Κ.Τ. β) περιτύλιξη ομφαλίδος, συνήθως η περιτύλιξη γίνεται περί τον λαιμό και είναι απλή, διπλή, τριπλή, κλπ. Στην περίπτωση της περιτύλιξης αν δεν υπάρχουν αλλοιώσεις παλμών και ο τοκετός περατωθεί δια της φυσικής οδού, μετά την έξοδο της κεφαλής είτε ξετυλίγουμε την περιτύλιξη, αν τούτο είναι δυνατόν, είτε απολινώνουμε αυτήν προς την έξοδο του κορμού. Περιτύλιξη περί άκρον πόδα, περιτύλιξη περί άκραν χείρα, περιτύλιξη δίκην Τελαμώνος είναι άλλοι τύποι περιτυλίξεων. Η συμπτωματολογία της περιτυλίξης είναι εκείνη της βραχείας ομφαλίδος, γ) κόμβος, η ομφαλίσ με τις κινήσεις του εμβρύου υφίσταται αληθή κόμβο, άλλες φορές περισσότερους του ενός. Όταν ασκηθεί έλξη περισφίγγεται ο κόμβος και διακόπτεται η εμβρυϊκή κυκλοφορία, πράγμα που συμβαίνει τόσο κατά τον τοκετό όσο και πριν.

Οι κόμβοι της ομφαλίδος καθώς και οι περιτυλίξεις όταν ανευρεθούν σε τοκετού νεκρού εμβρύου αποτελούν την εξήγηση του ενδομητρίου θανάτου (ενδομήτριος αυτοκτονία). Εκτός του αληθούς κόμβου υπάρχει και ο ψευδής κόμβος, κατ' αυτόν πρόκειται για απλή αγγειακή περιέλιξη εντός του ιστού του λώρου. Διαταραχή της ομφαλικής κυκλοφορίας οφειλομένη σε ανωμαλίες ομφαλίδος εκδηλούται κλινικά συχνά με φύσημα κατά την ακρόαση παλμών.⁽¹⁾

Το έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη



ΠΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΜΒΡΥΟΥ ΤΗΣΣ ΑΡΧΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ

<p>1η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 1η εβδομάδα</p>	<p>2η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 2η εβδομάδα</p>	<p>3η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 3η εβδομάδα</p>	<p>4η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 4η εβδομάδα</p>
<p>Το έμβρυο μεταμορφώνεται από το διπλό αυγό του σπέρματος και ο βλαστός του. Ο βλαστός είναι ο βλαστός που θα δώσει τη ζωή στο παιδί. Ο βλαστός είναι ο βλαστός που θα δώσει τη ζωή στο παιδί. Ο βλαστός είναι ο βλαστός που θα δώσει τη ζωή στο παιδί.</p>	<p>Η καρδιά αρχίζει να χτυπάει και οι βλαστοί αρχίζουν να αναπτύσσονται.</p>	<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	<p>Το έμβρυο αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>
<p>5η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 5η εβδομάδα</p>	<p>6η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 6η εβδομάδα</p>	<p>7η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 7η εβδομάδα</p>	
<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	
<p>8η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 8η εβδομάδα</p>	<p>9η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 9η εβδομάδα</p>	<p>10η ΕΒΔΟΜΑΔΑ 10η εβδομάδα</p>	
<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	
<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	<p>Ο βλαστός αρχίζει να αναπτύσσεται και η καρδιά αρχίζει να χτυπάει.</p>	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ορισμός

Ιστορία

Ενδείξεις – αντενδείξεις

Είδη καισαρικής τομής

Καισαρική υστερεκτομή

Καισαρική τομή μετά το θάνατο της μητέρας

Κίνδυνοι καισαρικής τομής

Προηγηθείσα καισαρική τομή



ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ορισμός

Προβλήματα στην Εγκυμοσύνη

Βεβαίως και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συνεχίζεται η «φυσιολογική» ζωή και τα καθημερινά προβλήματα με τις δυσκολίες. Πρέπει αυτή την περίοδο να αντιμετωπιστούν το ίδιο όπως και πριν. Όμως ακριβώς επειδή η εγκυμοσύνη είναι μια ειδική κατάσταση, μπορεί να εμφανιστούν πρόσθετες ερωτήσεις, τις οποίες θα κληθείτε να απαντήσετε. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε κυρίως τα ερωτήματα που αφορούν την σωματική υγεία, αλλά και τη σχέση με το σύντροφο, η οποία έχει επηρεαστεί και αλλάζει πάρα πολύ από την νέα κατάσταση.

Επιπλοκές

Ο ακόλουθος κατάλογος των ασθενειών και ενοχλημάτων θα σας δώσουν μια συνοπτική εικόνα για τις διαταραχές υγείας ή τις επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Παθολογική εγκυμοσύνη

Είναι διαταραχές της υγείας που οφείλονται στην εγκυμοσύνη και αποκλίσεις από μια φυσιολογική εγκυμοσύνη. Σε αυτές ανήκουν για παράδειγμα οι ακόλουθες ασθένειες:

Υπερέμεση: πρωινή ναυτία και έμετος- κυρίως στους πρώτους 3 μήνες της εγκυμοσύνης. Αν είναι σε ελαφριά μορφή, δεν χρειάζεται θεραπεία. Αν όμως τα ενοχλήματα αυξηθούν τότε θα υπάρξουν και άλλα συμπτώματα όπως απώλεια βάρους και απώλεια υγρών και τροφών στον οργανισμό. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται ιατρική παρέμβαση.

Εκλαμψία: Πρόκειται για σπασμούς της μέλλουσας μητέρας που διαρκούν λιγότερο ή περισσότερο και μπορούν να προκαλέσουν καμιά φορά απώλεια της συνειδήσεως.

Προεκλαμψία: Η έγκυος υποφέρει από κατακράτηση υγρών, οιδήματα τους ιστούς που δεν υποχωρούν ούτε τη νύχτα, αν στα ούρα της βρεθεί λεύκωμα και η αρτηριακή της πίεση είναι αυξημένη. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των ενοχλημάτων είναι πολύ σημαντική για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση.

Ασθένειες κατά την εγκυμοσύνη

Εδώ πρόκειται για ασθένειες που μπορούν να παρουσιαστούν οποτεδήποτε και δεν είναι στενά συνδεδεμένες με την εγκυμοσύνη. Ωστόσο σε αυτές τις ασθένειες περιορίζεται η θεραπευτική αγωγή πολύ συχνά: Για παράδειγμα δεν θα πρέπει σε αυτούς τους 9 μήνες να υποβληθείτε σε ακτινοβολίες θεραπευτικού σκοπού και σε περιπτώσεις μολυσματικών ασθενειών πρέπει να δοθεί προσοχή σε πιθανές βλάβες που μπορεί να παρουσιαστούν στο παιδί κλπ. Κανονικά θα πρέπει να ενημερώνετε το γυναικόλογο σας ή την μαία που σας παρακολουθεί για όλες τις ασθένειες, διαβήτη, προβλήματα με τα νεφρά ή διαταραχές του θυρεοειδούς.

Ανεπάρκεια πλακούντα

Από την μειωμένη λειτουργία του πλακούντα παρουσιάζεται ανεπαρκής διατροφή και συντήρηση του μωρού. Το ελλιπές βάρος και αργότερα ο κίνδυνος έλλειψης οξυγόνου μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατό του. Γι' αυτό πρέπει να υπάρχει έλεγχος του πλακούντα, των

ορμονών, εξετάσεις με υπερηχογράφημα καθώς και τακτικός έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας του παιδιού.

Ανωμαλίες του πλακούντα

Υπάρχουν διάφορες μορφές ανωμαλίας του πλακούντα που δημιουργούν διαταραχές στην εγκυμοσύνη. Μια από τις αποκλίσεις ονομάζεται «Placenta Praevia». Σε αυτή την περίπτωση ο πλακούντα βρίσκεται χαμηλό στη μήτρα, σκεπάζει ένα μέρος από την έξοδό της, έτσι ώστε ένας φυσιολογικός τοκετός να είναι αδύνατος.

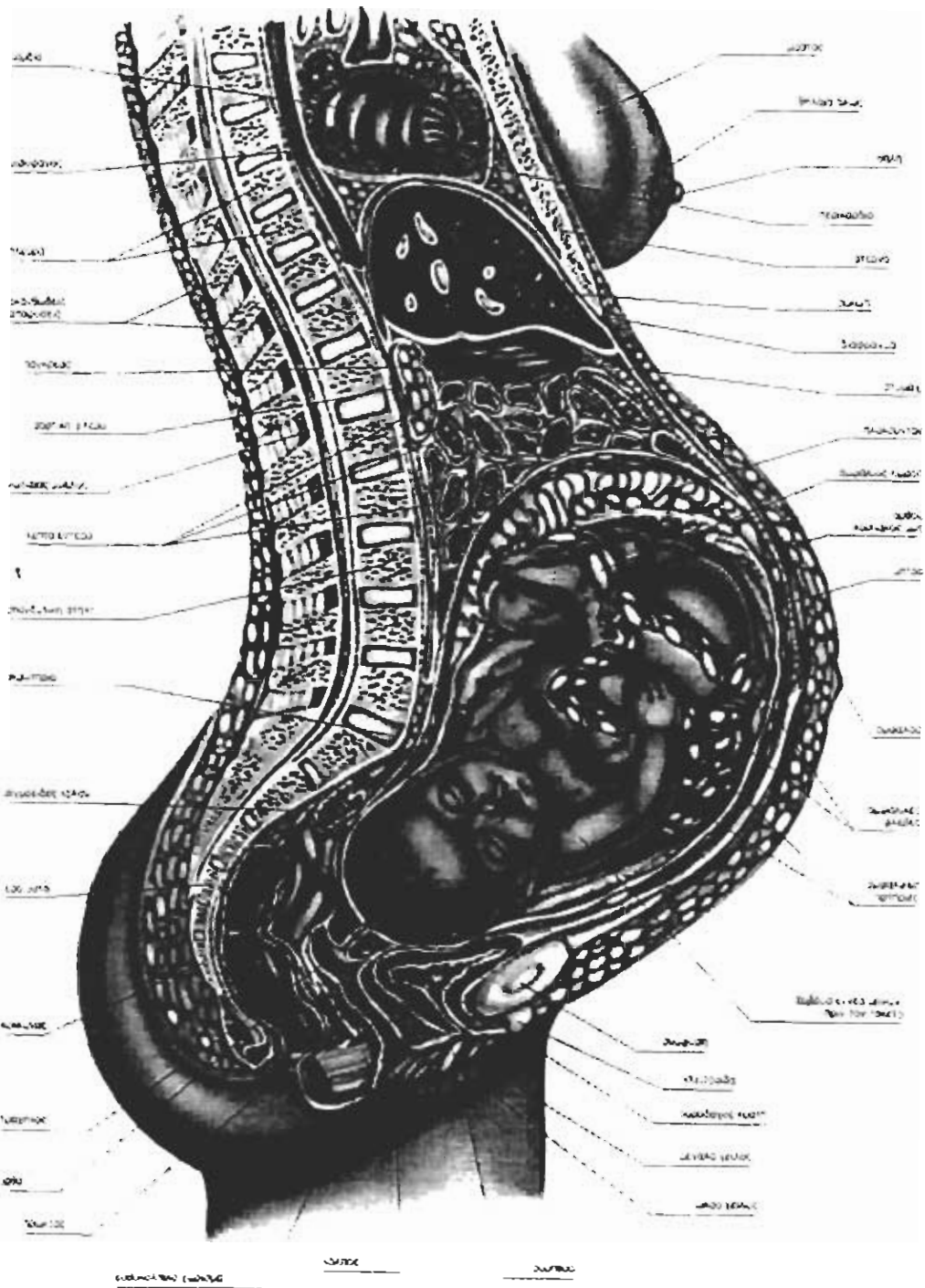
Μια άλλη ανωμαλία που αφορά τον πλακούντα είναι η πρόωρη αποκόλλησή του, από εξωτερικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα από μια πτώση ή από ένα τροχαίο ατύχημα κατά τα οποία αποκολλάται ο πλακούντας πρόωρα από τα τοιχώματα της μήτρας. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκληθεί και από αλλαγές των αγγείων σε περίπτωση υψηλής αρτηριακής πίεσης.

Ανώμαλες στάσεις του παιδιού

Η πιο γνωστή ανώμαλη προβολή του παιδιού είναι η ισχιακή προβολή (προβάλουν πρώτα οι γλουτοί). Ανάλογα με τη στάση των άκρων μπορούμε να διακρίνουμε:

Την απόλυτη ισχιακή προβολή, κατά την οποία και τα δύο πόδια είναι λυγισμένα και οι φτέρνες βρίσκονται στο ύψος των γλουτών.

Την απόλυτη ισχιακή προβολή με τεντωμένα τα κάτω άκρα και τα πόδια να φτάνουν μέχρι το ύψος του προσώπου.



Εγκάρσια θέση του παιδιού μέσα στη μήτρα, κατά την οποία ο άξονας μήκους του παιδιού δεν βρίσκεται σε παράλληλη θέση μέσα στον γεννητικό αγωγό – συχνά προβάλλει ο ένας ώμος- ή το παιδί είναι λυγισμένο έτσι ώστε το κεφάλι και ο κορμός να βρίσκονται παράλληλα.

Σε μια απόλυτη εγκάρσια προβολή ωθείται το σώμα του μωρού με τις ωδίνες στην είσοδο της λεκάνης και ο μόνος τρόπος θεραπευτικής αγωγής είναι η καισαρική τομή.

Άλλες ανωμαλίες

Μπορεί κατά τον τοκετό να παρουσιαστεί η περίπτωση το παιδί να έρχεται κανονικά με το κεφάλι όμως η κατεύθυνση της ράχης του να μην είναι φυσιολογική (δισχιδής ράχη).⁽¹⁵⁾

Αποτέλεσμα από επιπλοκή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι η καισαρική τομή.

Καισαρική τομή είναι η επέμβαση κατά την οποία βγαίνει το εμβryo μέσω μιας τομής που γίνεται στο κοιλιακό τοίχωμα και στο τοίχωμα της μήτρας.

Ιστορία

Η προέλευση του όρου «καισαρική τομή» δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένη. Πιστεύεται πως ο Ιούλιος Καίσαρα γεννήθηκε με τέτοια επέμβαση, για αυτό πήρε και το όνομά του. Όμως, στη εποχή του Καίσαρα (100 π.Χ.) η εγχείρηση ήταν θανατηφόρα και είναι γνωστό πως η μητέρα του Καίσαρα έζησε για πολλά χρόνια. Ύστερα, η εγχείρηση της καισαρικής τομής σε κανένα ιατρικό κείμενο δεν αναφέρεται πριν από τον 17^ο αιώνα.

Άλλη εκδοχή αναφέρει, πως το όνομά της η εγχείρηση το πήρε από το ρωμαϊκό νόμο του 8^{ου} π.χ. αιώνα, που σύστηνε την εκτέλεση της επέμβασης στις γυναίκες, που πέθαιναν και βρίσκονται στις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης, για να βαπτιστεί το νεογνό. Από τη λέξη

«caesarea» που αναφέρει ο νόμος, προέκυψε η λέξη καισαρική. Όμως από κανένα συγγραφέα δεν αναφέρεται πως υπήρχε τέτοιο άρθρο νόμου.

Άλλη εκδοχή αναφέρει, πως ο όρος επικράτησε στο Μεσαίωνα από το λατινικό ρήμα caedera που σημαίνει κόβω. Όμοιο μ' αυτό το ρήμα είναι και η λέξη caesura που σημαίνει κόψιμο. Ίσως αυτή η τρίτη εκδοχή να βρίσκεται περισσότερο κοντά στην αλήθεια. Πρέπει να αναφερθεί πως σε κανένα γραπτό κείμενο του Ιπποκράτη δεν υπάρχει ο όρος καισαρική τομή, αλλά ούτε και του Σωρανού, που υπήρξε πολυγραφότατος σε μαιευτικά κείμενα.⁽¹⁶⁾

Αναφέρεται πως η πρώτη καισαρική τομή σε ζωντανή έγκυο γυναίκα πραγματοποιήθηκε από το Γερμανό ευνουχιστή χοίρων Jacob Nufer στη γυναίκα του, το 1500 μΧ. και πως η γυναίκα του έζησε και απέκτησε και άλλα παιδιά με φυσιολογικό τοκετό. Το γεγονός θεωρείται απίστευτο, αν σκεφτεί κανείς, πως την εποχή εκείνη η συρραφή του τραύματος της μήτρας ήταν άγνωστη.

Η πρώτη αναφορά σε επιστημονικό σύγγραμμα πάνω στην καισαρική τομή έγινε το 1581 από τον Rousset. Αργότερα το 1668, ο Mauriceau αναφέρει την επέμβαση σε κλασικό σύγγραμμά του.

Μετά τις αρχές του 20^{ου} αιώνα η θνησιμότητα από εκτέλεση καισαρικής τομής ήταν μεγάλη. Το 1865 αναφέρεται πως έφτανε το 85%. Από το 1882, που πρώτος ο Sanger πρότεινε τη συρραφή της μήτρας, η θνησιμότητα ελαττώθηκε. Μέχρι τότε πίστευαν, πως οι ραφές της μήτρας όχι μόνο δεν ωφελούσαν αλλά έβλαπταν.

Μετά την ελάττωση της θνησιμότητας με τη συρραφή της μήτρας κατέβαλλαν προσπάθειες να την ελαττώσουν ακόμα περισσότερο, περιορίζοντας την εκδήλωση περιτονίτιδας .

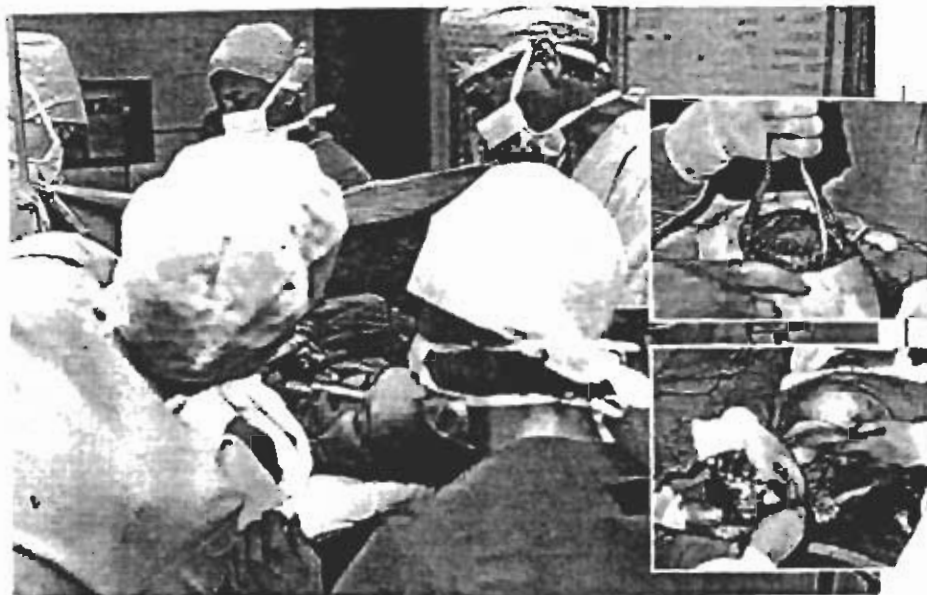
Το 1907 περιγράφηκε για πρώτη φορά η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή από τον Frank και το 1912 ο Kronig υποστήριξε, πως η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή έχει αξία, όχι τόσο γιατί αποφεύγεται η περιτονίτιδα, αλλά γιατί η τομή γίνεται χαμηλά στη μήτρα και το τραύμα σκεπάζεται με την κυστεομητριάα πτυχή. Με μικρή τροποποίηση αυτή τεχνική της χαμηλής καισαρικής τομής καθιερώθηκε από το De Lee το 1922. Το 1926 ο Keen πρότεινε την εκτέλεση της εγκάρσιας τομής της μήτρας αντί κάθετης, άποψη που γίνεται δεκτή ως σήμερα. Έτσι, στην εποχή μας η κάθετη τομή στο σώμα της μήτρας, δηλαδή η καισαρική τομή, δεν εκτελείται πλέον και αντί γι' αυτή επικράτησε η εκτέλεση της χαμηλής εγκάρσιας τομής και σπάνια της χαμηλής κάθετης.

Η πρώτη καισαρική τομή στην Ελλάδα έγινε το 1893 στο «Θεραπευτήριο Κυριακίδου» από τον Χατζηγιάννη. Η γυναίκα πέθανε και το έμβρυο σώθηκε.

Συχνότητα. Η καισαρική τομή αποτελεί την περισσότερο συχνή μαιευτική επέμβαση. Στις μέρες μας η εκτέλεσή της είναι εύκολη, γιατί βελτιώθηκαν η τεχνική της και οι συνθήκες αναισθησίας, έγινε ευκολότερη η χορήγηση αίματος και ελαττώθηκε πολύ η νοσηρότητά της με τη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.

Η συχνότητά της υπολογίζεται πως φτάνει στο 10% όλων των τοκετών. Μέσα σ' αυτό το ποσοστό ανήκουν και οι καισαρικές, που εκτελούνται,

γιατί προηγήθηκε καισαρική τομή. Η εκτέλεση της επέμβασης είναι 9 φορές συχνότερη στην πρωτοτόκο σε σύγκριση με την πολυτόκο. ⁽¹⁷⁾



Η καισαρική τομή (χειρουργική τομή στο κοιλιακό τοίχωμα και στο τοίχωμα της μήτρας) πραγματοποιείται όταν ο κοιλιακός τοκετός είναι επικίνδυνος ή αδύνατος. Μπορεί να γίνει είτε με γενική αναισθησία (η γυναίκα είναι αναίσθητη – δεξιά) είτε με ΕΠΙΣΚΛΗΡΗΔΙΑ αναισθησία (έχει τις αισθήσεις της). Ολόκληρη η εγχείρηση διαρκεί 45-60 λεπτά και το μωρό εξέρχεται μέσα στα πρώτα δέκα λεπτά.

Η καισαρική τομή μπορεί να είναι είτε προαιρετική (όταν η απόφαση παίρνεται πριν το τοκετό) είτε επείγουσα (όταν υπάρχουν προβλήματα κατά τον τοκετό) ⁽¹⁸⁾

Προϋποθέσεις

Και εδώ παρατηρείται η παντοδυναμία της καισαρικής στην Μαιευτική του καιρού μας, από χρόνο σε χρόνο, από έκδοση σε έκδοση μειώνονται και οι προϋποθέσεις της ΚΤ έτσι:

1. Το άρρηκτο θυλάκιο έφυγε από τη μέση με την είσοδο των αντιβιοτικών, 2. το ζων έμβρυο έφυγε με την εγκατάσταση της προηγούμενης ΚΤ, 3. το πρόωρο με την κορτιζόνη που θα γίνει στη μητέρα ώρες πριν από την εγχείρηση και που θα προλάβει την υαλοειδή μεμβράνη στο νεογνό, ενώ τα υπόλοιπα θα τα αναλάβει η θερμοκοιτίδα.
(19)

Ενδείξεις

Οι ενδείξεις της ΚΤ. διαχωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες:

α) από πλευράς εμβρύου οι εξής:

1. αποτυχία της πρόκλησης του τοκετού, 2. αλλοίωση των παλμών που δεν ανατάσσεται μετά από χορήγηση οξυγόνου, 3. ενάμνιο έντονο κεχρωσμένο, 4. απόλυτη, γιατί όχι και σχετική δυσαναλογία, 5. υδροκέφαλο και θωρακοπαγή κτλ. δίδυμα, 6. προδρομικός πλακούς, 7. ισχιακή πρωτότοκος και μάλιστα με μεγάλο έμβρυο, 8. προσωπική προβολή, ανισοκλινής θέση βρεγματική προβολή, 9. εγκάρσιο σχήμα, 10. πρόπτωση ομφαλίδος, ρήξη ομφαλίδας, 11. υπερμέγεθες έμβρυο τόσο ζων όσο και νεκρό όπως σε εμβρυϊκό ύδωπα με ασυμβατότητα Rh, 12. εμβρυϊκή δυστροφία ή παράταση κύησης.

β) από πλευράς μητέρας οι εξής: 1. εκλαμψία και γενικότερα τοξιναιμία της κύησης, 2. παραμόρφωση της οστείνης πυέλου ως μετά από κάταγμα κ.ά., 3. δυσκαμψία τραχήλου είτε από ουλές ως μετά από εγχείρηση είτε από άλλους λόγους, 4. Μονόκερως, δίκαιρως μήτρα που είναι γνωστή από προηγούμενη σαλιγγογραφία, 5. ινομύωμα μήτρας που παρεμποδίζει τόσο την εμπέδωση όσο και απειλεί την μήτρα από ρήξη, 6. προηγούμενα ΚΤ ή εκπυρήνιση ινομηώματος ή εγχείρηση

Strassmann όπου απειλείται η μήτρα με ρήξη λόγω μειωμένης αντοχής του μυομητρίου, 7. πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και μητροπλακουντιακή αποπληξία, 8. στειρώση και κύηση μετά από θεραπεία, 9. υπερήληξ πρωτότοκος όπου η διαδικασία του τοκετού προβλέπεται παθολογική, 10. διάφορες παθολογικές καταστάσεις που παρεμποδίζουν, 11. ψυχώσεις που παρεμποδίζουν την συνεργασία στον τοκετό, 12. Διάφοροι λόγοι που παρεμποδίζοντας την εμπέδωση της κεφαλής και παρά την τέλεια διαστολή παραμένει κινητή. Βέβαια θα είναι παράλειψη να πούμε πως μόνο αυτές είναι οι ενδείξεις της ΚΤ, όπω και το ότι η ένδειξη της ΚΤ είναι μία διότι συχνότατα παρατηρείται συνδυασμός περισσότερων ενδείξεων.⁽¹⁹⁾

Γενικά η καισαρική τομή έχει ένδειξη κάθε φορά , που ο τοκετός είναι ανέφικτος, και κάθε φορά που αυτός είναι δυνατό να εκθέσει την έγκυο και το έμβρυο σε κίνδυνο. Συχνά κατηγορείται ο μαιευτήρας για έλλειψη υπομονής ή πείρας στην τεχνική τοκετού ή στις μαιευτικές επεμβάσεις, που βοηθάνε την έξοδο του εμβρύου, γι αυτό προτιμάει την εύκολη λύση της καισαρικής τομής. Για τους λόγους αυτούς είναι απαραίτητο να πεισθούν οι ενδιαφερόμενοι, πως η ένδειξη της καισαρικής τομής είναι απόλυτη και η εκτέλεσή της απαραίτητη. Καισαρική τομή θα εκτελέσουμε:

1. Σε καισαρική τομή που προηγήθηκε, και μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις (όταν η τομή στη μήτρα είναι χαμηλά εγκάρσια, το έμβρυο είναι μικρό, η έγκυος έχει γεννήσει φυσιολογικά πριν την καισαρική, ο τράχηλος είναι ευκολοδιάσταλος και η οργάνωση του χώρου τέτοια, ώστε να αντιμετωπιστεί έγκαιρα κάθε επιπλοκή) είναι δυνατή η αναμονή της εξέλιξης φυσιολογικού τοκετού. Σε περίπτωση όμως που η έγκυος

επιθυμεί στειροποίηση, είναι προτιμότερη η εκτέλεση καισαρικής τομής και στις παραπάνω περιπτώσεις.

Σε περίπτωση προηγηθείσας καισαρικής τομής θα εκτελέσουμε οπωσδήποτε δεύτερη προγραμματισμένη όταν:

- α) η τομή στη μήτρα έγινε ψηλή κάθετη.
 - β) η λοχεία ήταν εμπύρετη.
 - γ) η ουλή εμφανίζει ευαισθησία.
 - δ) η έγκυος δεν έχει άλλα ζωντανά παιδιά.
 - ε) η καισαρική που προηγήθηκε είναι πρόσφατη.
2. σε εγκάρσιο, σε λοξό και σε παραμελημένο εγκάρσιο σχήμα.
 3. Σε δυσαναλογία και σε ανώμαλες προβολές, που δεν επιτρέπουν την εμπέδωση του πόλου του εμβρύου.
 4. Σε προδρομικό πλακούντα, όταν αυτός είναι επιωματικός, και σε επιχειλία ή παραχειλία πρόσφυση, όταν υπάρχει αιμορραγία.
 5. Σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, όταν το έμβρυο είναι ζωντανό.
 6. Σε υπερτασική νόσο, όταν δεν είναι εφικτή η εκτέλεση εμβρυουλκίας ή σικουουλκίας .
 7. Σε ισχιακή προβολή και στις περιπτώσεις που αναφέρονται σε ειδικό κεφάλαιο.
 8. Σε πρόπτωση του ομφάλιου λώρου, όταν δεν υπάρχουν προϋποθέσεις εκτέλεσης εμβρυουλκίας ή σικουουλκίας
 9. Σε δυσλειτουργίες του μυομητρίου.

10. Σε όγκους του κατώτερου τμήματος του γεννητικού συστήματος.
11. Σε μακροχρόνια θεραπεία στέρωσης.
12. Σε δυστροδυστοκική έγκυο.
13. Σε υπερήλικα πρωτότοκο.
14. Σε παράταση της εγκυμοσύνης όταν δεν απέδωσε η ωδινοποιητική αγωγή.
15. Σε αλλοίωση των καρδιακών παλμών του εμβρύου.
16. Σε προηγηθείσες κακώσεις της πυέλου και σε αναπηρίες, που δεν επιτρέπουν το άνοιγμα των σκελών.
17. Σε μετεγχειρητικές ουλές του κόλπου και σε συρίγγια του γεννητικού συστήματος.
18. Σε καρδιοπάθειες και άλλες παθήσεις, που δεν επιτρέπουν στην έγκυο να εκτεθεί στην δοκιμασία του τοκετού.
19. Σε προηγηθείσες εγχειρήσεις της μήτρας για την αποκατάσταση διαπλαστικών ανωμαλιών και σε περίπτωση εκπυρήνισης τοιχωματικών ινομυωμάτων μήτρας.
20. Σε αποτυχία εκτέλεσης εμβρυουλκίας ή σε έλλειψη πείρας εκτέλεσης αυτής.⁽²⁰⁾

Αντενδείξεις

Η καισαρική τομή έχει αντένδειξη:

1. Σε νεκρό έμβryo. Μόνο όταν υπάρχει επιωματικός πλακούντας ή αυτό είναι μεγάλο, υπάρχει απόλυτη δυσαναλογία ή υδροκεφαλία και ο μαιευτήρας δεν έχει την πείρα εκτέλεσης της ανάλογης μαιευτικής

επέμβασης, επιτρέπεται η εκτέλεσή της, για ν' αποφευχθούν επικίνδυνες κακώσεις του πυελογεννητικού σωλήνα.

2. Σε έκλυση πρόωρου τοκετού και αμφίβολη βιωσιμότητα του εμβρύου από ανωριμότητά του.

3. Σε διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, γιατί τότε είναι προτιμότερος ο τοκετός από τον κόλπο. ⁽¹⁷⁾

Λόγοι που επιβάλλουν την καισαρική τομή.

- Πρόπτωση του ομφάλιου λώρου από τον τράχηλο της μήτρας
- Πρόδρομος πλακούντας (σπάνια κατάσταση κατά την οποία ο πλακούντας είναι προσκολλημένος στο μη σωστό μέρος του τοιχώματος της μήτρας).
- Αποκόλληση του πλακούντα από το τοίχωμα της μήτρας
- Το έμβρυο εμφανίζει ενδείξεις μεγάλης δυσφορίας: αυτό καθίσταται φανερό όταν οι παλμοί της καρδιάς γίνονται πιο αραιοί ή «πέφτουν» σε κάθε διαστολή ή κάτι που είναι σοβαρότερο, στο ενδιάμεσο των διαστολών – πράγματα που τα δείχνει η ηλεκτρονική παρακολούθηση ή αν υπάρχει μηκόνιο στο αμνιακό υγρό, το μωρό μπορεί να έχει κάνει κένωση, που είναι ένδειξη δυσφορίας.
- Αν υπάρχει ανάγκη να γεννηθεί νωρίτερα το παιδί κι αν η έκλυση και η φάση των ωδίνων για κάποιο λόγο, θεωρούνται πως αποτελούν ένα άσκοπο ρίσκο, είτε για το μωρό είτε για τη μητέρα
- Αν το έμβρυο είναι υπερβολικά μεγάλο ή αν υπάρχει κεφαλοπυελική δυσαναλογία όπου το κεφάλι του μωρού είναι μεγαλύτερο από την πυελική κοιλότητα

- Τα μωρά που έχουν ισχιακή προβολή συχνά γεννιούνται με καισαρική.
- Όταν ένα προηγούμενο παιδί έχει γεννηθεί με καισαρική
- Οποιαδήποτε μόλυνση στη μήτρα.
- Σοβαρή λοίμωξη του κόλπου, όπως είναι ο έρπης.
- Ο τράχηλος της μήτρας δεν μπορεί να διασταλεί
- Ο εμβρυουλκός δεν μπορεί να «βγάλει» το παιδί
- Η ασυμβατότητα Ρέζους μητέρας και εμβρύου.

Μερικές από τις καταστάσεις που δικαιολογούν τη γέννηση του παιδιού με καισαρική μπορεί να μη φαίνονται προτού αρχίσει ο τοκετός, οπότε αν φανούν όταν πια ο τοκετός έχει αρχίσει, τότε η καισαρική αποτελεί λύση έκτακτης ανάγκης . Θα σας γίνει γενική νάρκωση, εκτός αν έχει προηγηθεί επισκληρίδιος. ⁽²¹⁾



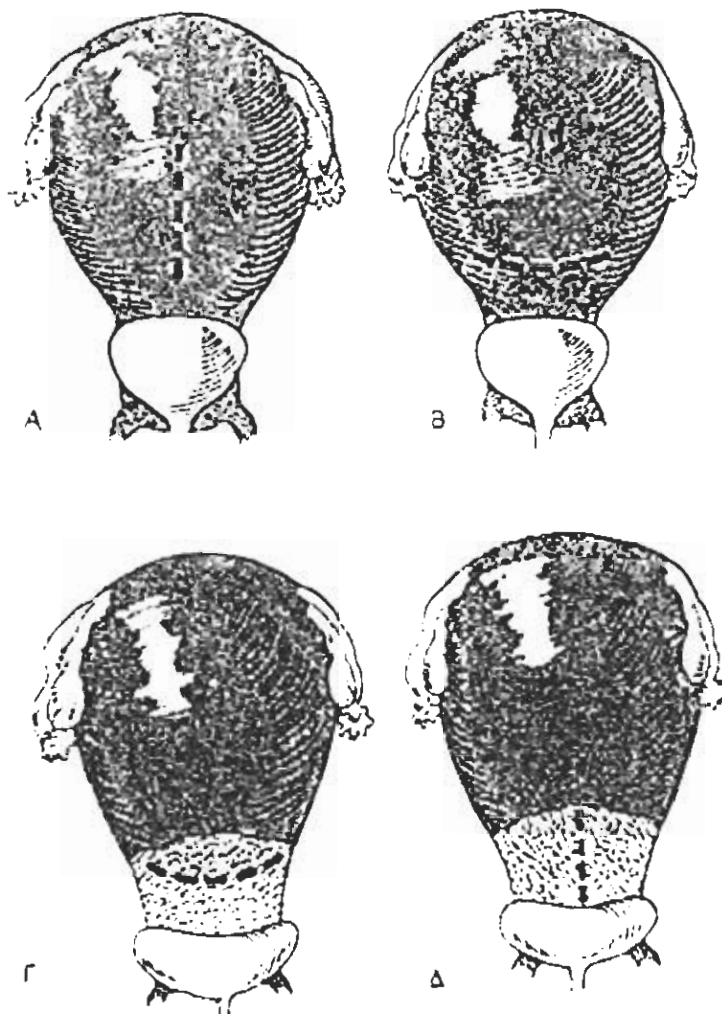
Είδη καισαρικής τομής

Κάθετη καισαρική τομή

Η κάθετη καισαρική τομή γίνεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας με αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής ή χωρίς αυτή, σε μια έκσταση 8-12 εκ. Ο χειρουργός, αφού διανοίξει την κοιλότητα της μήτρας και τους εμβρυϊκούς υμένες, προβαίνει στην εξαγωγή του εμβρύου με ανάλογους χειρισμούς, που εξαρτώνται από την προβολή του τελευταίου. Αν η προβολή είναι κεφαλική, ο χειρουργός τοποθετεί το χέρι του – εκτός από τον αντίχειρα – μέσα από το τραύμα της μήτρας και πίσω από την προβάλλουσα μοίρα, ώστε να το χρησιμοποιήσει σαν μοχλό για να διευκολύνει την εξαγωγή της κεφαλής. Σε περίπτωση που η κεφαλική προβολή είναι οπίσθια, τότε στρέφει το πρόσωπο προς τα πίσω και έτσι διευκολύνεται η έξοδος της κεφαλής με την παλάμη. Υποβοηθητικά πρέπει πάντα να ασκείται πίεση πάνω στον πυθμένα της μήτρας με το άλλο χέρι του χειρουργού ή από τον βοηθό. Στη συνέχεια η έξοδος του εμβρύου ακολουθεί όλους τους κανόνες, που ισχύουν για το φυσιολογικό τοκετό.

Αν η προβολή είναι ισχιακή, οι χειρισμοί γίνονται όπως στον τοκετό με ισχιακή προβολή από τον κόλπο, δηλαδή μετά την σύλληψη των ποδιών και έξοδο του κορμού του εμβρύου γίνεται προσεκτικά εξαγωγή των χεριών και της κεφαλής, συνήθως με το χειρισμό του Bracht. Στην περίπτωση που το σχήμα είναι εγκάρσιο, επιβάλλεται πρώτα ο μετασχηματισμός του εμβρύου, συνήθως σε ισχιακή προβολή, και μετά η εξαγωγή του. Σε σπάνιες περιπτώσεις η έξοδος της κεφαλής στις οπίσθιες θέσεις είναι προβληματική, οπότε επιβάλλεται η εφαρμογή εμβρθουλικού.

Μετά την έξοδό του, το έμβρυο τοποθετείται πάνω στα πόδια της γυναίκας και αφού απελευθερωθούν οι αεροφόρες οδοί από τις εκκρίσεις, συλλαμβάνεται με δύο λαβίδες, ο ομφάλιος λώρος και αποκόπτεται. Μετά το νεογέννητο παραδίδεται στον παιδίατρο για την παραπέρα φροντίδα. (Εικ. 1).



Εικ. 1. Διάφορες χειρουργικές τομές στη μήτρα κατά την καισαρική τομή. Α. Κάθετη, Β. Εγκάρσια. Γίνεται πολύ σπάνια (χωρίς διατομή – απώθηση κυστεομητρικής πτυχής), Γ. Εγκάρσια, Δ. Κάθετη (με διατομή – κατάσπαση κυστεομητρικής).

Αφού δοθούν μητροσυσπαστικά φάρμακα στη συνέχεια ο χειρουργός προχωρεί στην υστεροτομία με το χειρισμό του Crede.

Αν ο πλακούντας δεν έχει ξεκολλήσει, τότε γίνεται δακτυλική αποκόλλησή του. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να γίνεται έλεγχος με δακτυλική επισκόπηση της μήτρας, ώστε να διαπιστωθεί ότι δεν έχει παραμείνει τμήμα του πλακούντα ή υμένες. Στη συνέχεια ο χειρουργός προβαίνει στη συρραφή του εγχειρητικού τραύματος της μήτρας σε τέσσερα στρώματα: α) μυομήτριο σε δύο στρώματα, μυομήτριο-ορογόνος το τρίτο και μόνο ορογόνος το τέταρτο με συνεχείς ραφές και ζωϊκά ατραυματικά ράμματα χρωμιωμένα Νο 1, στα δύο πρώτα στρώματα, Νο 0 στο τρίτο και Νο2/0 στον ορογόνο. Με άλλη τεχνική, που θεωρείται από πολλούς πιο καλή, η συρραφή γίνεται σε τρία στρώματα, το πρώτο συνεχής, το δεύτερο διακεκομμένη και το τρίτο συνεχής, αποφεύγοντας πάντα τη συρραφή του ενδομητρίου. ⁽²²⁾

Χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή

Η χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή γίνεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας που δεν συστέλλεται, αφού διαταμεί, αποκολληθεί και κατασπαστεί η κυστεομητρική πτυχή.

Η τομή γίνεται ημικυκλικά με την κυρτότητα προς τα κάτω και αφορά τους επιπολείς ιστούς του τραχήλου. Στη συνέχεια γίνεται στο κέντρο της τομής μια διαμπερής αμβλεία διάνοιξη με λαβίδα που επεκτείνεται στη συνέχεια προς τα πλάγια με τους δείκτες των χεριών του χειρουργού. Μετά εισάγεται η άκρα χείρα εκτός από τον αντίχειρα από το τραύμα μέσα στη μήτρα και γίνονται οι χειρισμοί που περιγράφηκαν παραπάνω για την έξοδο του εμβρύου. Αφού γίνει η υστεροτομία όπως αναφέρθηκε ακολουθεί έλεγχος της κοιλότητας της μήτρας με δακτυλική επισκόπηση, ελέγχεται η τυχόν υπάρχουσα αιμορραγία και αρχίζει η αποκατάσταση του εγχειρητικού τραύματος με προσεκτική αιμοστατική

συρραφή στις γωνίες του τραύματος. Το εγχειρητικό τραύμα της μήτρας συγκλείνεται σε ένα ή δύο στρώματα με ισάριθμες συνεχείς ραφές ή συνεχή ραφή – διακεκομμένη. Σε πολλές περιπτώσεις επιτυγχάνεται ανατομική συμπλησίαση των εγχειρητικών κρημνών με την κατάλληλη αιμόσταση με μια μόνο διακεκομμένη ραφή του μυϊκού χιτώνα. Η επούλωση και αντοχή του τραύματος της μήτρας φαίνεται από την πλευρά μας ότι πλεονεκτεί φανερά στην περίπτωση αυτή, πράγμα που γίνεται αντιληπτό στην επόμενη καισαρική τομή.

Ακολουθεί αποκατάσταση της κυστεομητρικής πτυχής με συνεχή ραφή. Τα χρησιμοποιούμενα ράμματα είναι ζωικά χρωμιωμένα No 1 για τις δύο πρώτες ραφές και No 2/0 για την κυστεομητρική πτυχή. Μερικοί υποστηρίζουν ότι η υπέγερση της μήτρας έξω από τα κοιλιακά τοιχώματα βοηθάει στην καλύτερη και λιγότερο αιμορραγική αποκατάσταση του τραύματος της μήτρας κυρίως στις περιπτώσεις, που πρέπει να γίνει η απικατάσταση της κυστεομητρικής πτυχής.⁽²³⁾

Συγκριτικά στοιχεία μεταξύ κάθετης και εγκάρσιας καισαρικής τομής.

Η χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή πλεονεκτεί απέναντι στην κάθετη, ιδιαίτερα στην κλασική που δεν γίνεται απώθηση της κυστεομητρικής πτυχής, γιατί μετά την συρραφή της, το εγχειρητικό τραύμα απομονώνεται σε όλη του την έκταση από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Έτσι ελαττώνονται οι κίνδυνοι μετεγχειρητικής περιτονίτιδας,ειλεού και συμφύσεων. Η ρήξη της ουλής σε επόμενες εγκυμοσύνες συμβαίνει σε πιο μικρή συχνότητα στην εγκάρσια καισαρική τομή απ ότι στην κάθετη πράγμα που οφείλεται στο γεγονός ότι το κατώτερο τμήμα της μήτρας λόγω της περιορισμένης

περιεκτικότητάς του σε κυκλοτερείς μυϊκές ίνες δε συστέλλεται, σε αντίθεση με το ανώτερο μυϊκής σύστασης τμήμα της που με τη λειτουργικότητά του στην περίοδο της λοχείας δεν επιτρέπει τη δημιουργία καλής ποιότητας μετεγχειρητικής ουλής. Εκτός από το λόγο αυτό, η έλλειψη συσταλτικότητας στο κατώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας ελαττώνει τις πιθανότητες για ρήξη της ούλης στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού.

Μειονέκτημα της εγκάρσιας καισαρικής τομής είναι η μεγαλύτερη καθυστέρηση στην έξοδο του εμβρύου και η πιθανότητα επέκτασης της τομής προς τα πλάγια, ώστε να συμβεί μια τρώση των μεγάλων κλάδων της μητριάας αρτηρίας, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη απώλεια αίματος. Επίσης υποστηρίζεται ότι στις περιπτώσεις συγγενών ανωμαλιών διάπλασης της μήτρας, εγκάρσιου σχήματος του εμβρύου, προδρομικού πλακούντα και πρόωρου τοκετού η εγκάρσια καισαρική τομή μειονεκτεί απέναντι στην κάθετη λόγω των δυσκολιών, που παρουσιάζει στην εκτέλεση του μετασχηματισμού και της αυξημένης πιθανότητας να τρωθούν οι μητριάες αρτηρίες. Από προσωπική εμπειρία δεν παρουσιάστηκε δυσκολία κατά την εκτέλεση εγκάρσιας καισαρικής τομής σε καμιά από τις παραπάνω περιπτώσεις, μάλιστα μπορεί να υποστηριχθεί, ότι σε προδρομικό πλακούντα η εγκάρσια καισαρική τομή παρουσιάζει το πλεονέκτημα ότι ελέγχεται άμεσα η πλακουντιακή άλως και μπορεί να γίνει η κατάλληλη αιμόσταση. Σε μια μόνο περίπτωση συναντήσαμε δυσκολία, όταν η μήτρα είχε περιστραφεί 90° γύρω από τον άξονά της και πρόβαλαν τα μητριάα αγγεία, οπότε αναγκαστικά έγινε κάθετη τομή στο πιο προσιτό σημείο.⁽²⁴⁾

Άλλο ένα είδος καισαρικής τομής είναι:

Εξωπεριτοναϊκή τομή (Waters), η οποία εκτελείται σε περίπτωση, που υποψιαζόμαστε ενδομήτρια μόλυνση, στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, ύστερα από επικόλληση της κυστεομητριάας πτυχής με ειδική τεχνική, που αποφεύγει τη διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας. Το είδος της τομής αυτής δεν προτιμάται, γιατί δεν υπερτερεί της χαμηλής εγκάρσιας, όταν αυτή επικαλυφθεί καλά με την κυστεομητριάα πτυχή.

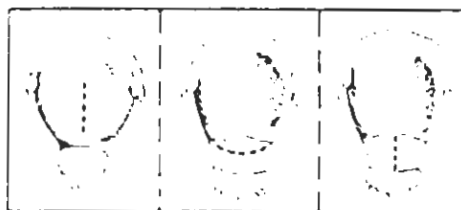
Αν το περιεχόμενο της μήτρας είναι σηπτικό, τότε απομονώνουμε την περιτοναϊκή κοιλότητα ράβοντας το άνω πέταλο της κυστεομητριάας πτυχής με το τοιχωματικό περιτόναιο, πριν γίνει η τομή στη μήτρα. ⁽²²⁾

Η εκλογή του είδους της τομής τόσο για τα κοιλιακά τοιχώματα όσο και για τα τοιχώματα της μήτρας εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

A) Κοιλιακών τοιχωμάτων. Προκειμένου γι' αυτά:

1) Κάθετη τομή θα προτιμήσουμε, όταν το έμβρυο είναι μεγάλο. Η κάθετη τομή εκτελείται γρήγορα και δεν επιτρέπει την απώλεια αίματος. Έτσι, σε περίπτωση σοβαρής αλλοίωσης των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών ή σε επιβαρημένη κατάσταση της επιτόκου, όπως είναι η μεγάλη αιμορραγία, θα την προτιμήσουμε. Τα μειονεκτήματα της κάθε τομής είναι πως εύκολα δυνατό να προκαλέσει μετεγχειρητική κοιλιοκήλη και πως δυσκολότερα επουλώνεται.

Είδη τομών τοιχωμάτων μήτρας



2) Εγκάρσια τομή θα προτιμήσουμε, γιατί τα αισθητικά της αποτελέσματα είναι καλύτερα από της κάθετης, δεν προκαλεί εύκολα μετεγχειρητική κοιλιοκήλη και επουλώνεται καλύτερα. Τα μειονεκτήματά της είναι, ο μεγαλύτερος χρόνος, που απαιτείται για τη διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων, η μεγαλύτερη απώλεια αίματος που συμβαίνει στην εκτέλεσή της, και ο πιθανός τραυματισμός της ουροδόχου κύστης, όταν μάλιστα υπάρχουν συμφύσεις από προηγούμενη εγχείρηση.

Είναι φυσικό, πώς, όταν έχει προηγηθεί άλλη επέμβαση, στην εκλογή του είδους της τομής της δεύτερης, θα μας οδηγήσει η πρώτη ουλή.^λ

B) Τοιχωμάτων μήτρας. Προκειμένου γι αυτά:

1. Ψηλή κάθετη τομή δεν θα προτιμήσουμε στην εποχή μας, γιατί αφορά στο συσταλτό μέρος της μήτρας και περικλείει το κίνδυνο ρήξης της ουλής σε μελλοντική εγκυμοσύνη, γιατί εύκολα συμβαίνει μόλυνση του τραύματος και εγκατάσταση περιτονίτιδας και γιατί δημιουργεί συμφύσεις ανάμεσα στα τοιχώματα της μήτρας και στο επίπλουν ή τις εντερικές έλικες. Θα την προτιμήσουμε μόνο σε περίπτωση, που η πρόσθια επιφάνεια του κατώτερου τμήματος της μήτρας καταλαμβάνεται από ινομύωμα.

2. Χαμηλή κάθετη τομή θα προτιμούσε, γιατί, όταν δυσκολευτούμε στην έξοδο του εμβρύου, είναι εύκολο να την επεκτείνουμε στην πάνω γωνία της. Αν η επέκταση συμβαίνει προς τα κάτω, δυνατό να περιλάβει τον τράχηλο, τον κόλπο και κάποτε και την ουροδόχο κύστη. Ειδικότερα, τη χαμηλή κάθετη τομή θα προτιμήσουμε:

α) όταν το έμβρυο είναι μεγάλο.

β) όταν το έμβρυο βρίσκεται σε εγκάρσιο σχήμα και έχουν ραγεί οι εμβρυϊκοί υμένες ή σε ισχιακή προβολή και είναι μεγάλο.

γ) όταν υπάρχουν συμφύσεις ανάμεσα στη μήτρα και στην ουροδόχο κύστη, από προηγούμενη εγχείρηση.

δ) όταν, σε περίπτωση προδρομικού πλακούντα, ψηλαφάμε αυτόν κάτω από το σημείο της μήτρας.

ε) όταν υπάρχει ινομύωμα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας.

στ) όταν αποτύχει απόπειρα εμβρυολκίνας, γιατί το κατώτερο τμήμα είναι οιδηματώδες και εύθρυπτο.

ζ) όταν υπάρχει διαβρωτικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.

3. Χαμηλή εγκάρσια τομή θα προτιμήσουμε, γιατί η απώλεια του αίματος, που συμβαίνει κατά την εκτέλεσή της είναι μικρότερη και γιατί η συρραφή της γίνεται καλύτερη. Μειονέκτημα της είναι, πως αν επεκταθεί προκαλεί αιμορραγία στα παραμήτρια από ρήξη μεγάλων αγγείων.

Παραλλαγές της εγκάρσιας τομής είναι η σε σχήμα ανάποδου T τομή, στην οποία καταφεύγουμε όταν ο πλακούντας βρίσκεται κάτω από το σημείο εξόδου του εμβρύου και η σε σχήμα Z τομή, στην οποία καταφεύγουμε όταν το κατώτερο τμήμα της μήτρας είναι στενό, για να αποφύγουμε την επέκταση της εγκάρσιας τομής προς τα πλάγια. Οι δύο παραπάνω παραλλαγές εκθέτουν τη μήτρα σε κίνδυνο ρήξης της ουλής σε περίπτωση μελλοντικής εγκυμοσύνης για αυτό πρέπει να αποφεύγεται η εκτέλεσή τους και να προτιμάται η εκτέλεση της χαμηλής κάθετης τομής. ⁽²⁵⁾

Καισαρική υστερεκτομή

Η Κ.Υ. θα εκτελεστεί όταν συναντηθεί το ακόλουθο περιστατικό σε κάθε περίπτωση:

1. Σε ενδομήτρια μόλυνση.
2. Σε ελαττωματική ουλή ύστερα από ρήξη της μήτρας, όταν η επανασυρραφή της είναι απραγματοποίητη.
3. Σε ατονία της μήτρας, όταν δεν υποχωρεί στη συντηρητική αγωγή, δηλαδή στη χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και στην εκτέλεση μαλάξεων.
4. Σε εκτεταμένο αιμάτωμα, που προήλθε από ρήξη μεγάλων αγγείων.
5. Σε στιφρό πλακούντα ή διεισδυτική μορφή πλακούντα ή διεισδυτική μορφή πλακούντα.
6. Σε πολλαπλά ινομώματα μήτρας.
7. Σε αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η καισαρική υστερεκτομία έχει τα μειονεκτήματα, πως σ' αυτή η απώλεια του αίματος είναι μεγαλύτερη και πως εύκολα μπορούν να συμβούν τραυματισμοί του ουροποιητικού συστήματος.

Η επέμβαση εκτελείται μετά την έξοδο του εμβρύου, αφού βγάλουμε τη μήτρα έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα, αφαιρέσουμε τον πλακούντα, χορηγήσουμε μητροσυσπαστικά φάρμακα, τοποθετήσουμε σπληνίο μέσα στη μητριάια κοιλότητα και συρράψουμε με μια συνεχόμενη ραφή τα τοιχώματα της μήτρας, χωρίς να σπαταλήσουμε χρόνο.

Η εγχείρηση δυνατό να είναι τυπική ολική υστερεκτομία, δυνατό, όμως να μας επιβάλλει τον πειστικό επιπωματισμό του παραμητρίου ή την παροχέτευση του τραύματος από τον κόλπο για την αποφυγή ανάπτυξης λοίμωξης.

Έχει σημασία ο χειρουργός να καταφύγει στην εκτέλεση ολικής και όχι υφολικής υστερεκτομίας, γιατί το ενδοκολπικό τμήμα του τραχήλου δυνατό να δημιουργήσει άμεσες ή απώτερες επιπλοκές.⁽²⁶⁾

Καισαρική μετά τον θάνατο

Αν ύστερα από ηλεκτροεγκεφαλικό έλεγχο διαπιστωθεί ο θάνατος της εγκύου και το έμβρυο είναι βιώσιμο, τότε είναι δυνατή η εκτέλεση καισαρικής τομής για την απελευθέρωση του ζωντανού εμβρύου.

Για το σκοπό αυτό, χωρίς αντισηπτικές προφυλάξεις, προχωράμε σε κάθετη τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων και των τοιχωμάτων της μήτρας, βγάζουμε το έμβρυο και το παραδίδουμε στο τμήμα εντατικής παρακολούθησης νεογνών. Κλείνουμε ύστερα τα κοιλιακά τοιχώματα χωρίς σχολαστικότητα.

Η επέμβαση μετά τη διαπίστωση του θανάτου της εγκύου πρέπει να είναι άμεση. Αναζήτηση καρδιακών παλμών του εμβρύου και σπατάλη χρόνου θεωρείται αδικαιολόγητη. Τα έμβρυα, που γεννιούνται μέσα στα πρώτα δέκα λεπτά της ώρας από το θάνατο της μητέρας τους, έχουν καλή πρόγνωση. Ύστερα από παρέλευση δέκα λεπτών η πρόγνωση τους γίνεται βαριά και μετά από 20 λεπτά η επέμβαση κρίνεται άχρηστη.⁽²⁷⁾

Κίνδυνοι καισαρικής τομής

Όπως σε όλες τις επεμβάσεις έτσι και κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής είναι δυνατό να συμβούν επιπλοκές, που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Πριν αναφερθούμε σ' αυτές πρέπει ο μαιευτήρας να γνωρίζει, πως σε κάθε εμφάνιση επιπλοκής καισαρικής τομής ή μήτρα πρέπει να βγαίνει από την περιτοναϊκή κοιλότητα, για τον καλύτερο έλεγχό της και την καλύτερη αποκατάσταση της επιπλοκής. Οι περισσότερο συνηθισμένες επιπλοκές είναι:

Επέκταση τομής. Αυτή συμβαίνει στην προσπάθεια εξόδου του εμβρύου από την μητριάια κοιλότητα. Η επέκταση μπορεί να συμβεί προς τα πλάγια, όταν η τομή είναι χαμηλή εγκάρσια, και να προκαλέσει τη ρήξη μεγάλων αγγείων και το σχηματισμό αιματώματος στο παραμήτριο, ή προς τα κάτω, όταν η τομή είναι χαμηλή κάθετη, και να προκαλέσει τον τραυματισμό του τραχήλου. Στις περιπτώσεις αυτές συλλαμβάνουμε με θυριδωτές λαβίδες τις γωνίες της ρήξης και με ξεχωριστά ράμματα από χρωμιωμένο cat-gut No 1 ή 2 τις ράβουμε.

Αιμάτωμα παραμητρίου. Σε περίπτωση, που η ρήξη μεγάλου αγγείου προκαλέσει αιμάτωμα στο παραμήτριο, επιβάλλεται η διάνοιξη του πρόσθιου πετάλου του πλατύ συνδέσμου, η έξοδος των πηγμάτων του αίματος και η αναζήτηση και απολίνωση του αγγείου, που αιμορραγεί, με λεπτό μετάξινο ράμμα.

Αν η απολίνωση των αγγείων, που αιμορραγούν είναι δύσκολη, τότε καταφεύγουμε στην απολίνωση της μητριάιας αρτηρίας, με την ελπίδα πως τα αγγεία, που προκαλούν την αιμορραγία είναι κλάδοι της.

Αν, ούτε η απολίνωση της μητριάιας αρτηρίας βοηθήσει στον έλεγχο της αιμορραγίας, γιατί αυτή είναι διάχυτη, δηλαδή είναι τριχοειδική και προέρχεται από πολλά σημεία, τότε επιπωματίζουμε το παραμήτριο πιεστικά και κλείνουμε τα τοιχώματα της μήτρας. Μετά αφαιρούμε τον πρόχειρο επιπωματισμό του παραμητρίου και προβαίνουμε σε νέο τέτοιο με μακριά γάζα, αφήνοντας την άκρη της έξω από τα κοιλιακά τοιχώματα, στην έξω γωνία του τραύματος, αν πρόκειται για εγκάρσια τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων ή σε ξεχωριστή χαμηλή παράμεση τομή, αν πρόκειται για κάθετη τομή.

Αν το αιμάτωμα έχει καταλάβει μεγάλο χώρο του παραμητρίου και έχει επεκταθεί στον κυστεομητριάιο ή ευθυμητριάιο χώρο, η μήτρα δεν επιδέχεται συρραφή και οι αιμορραγία δεν ελέγχεται, τότε είμαστε υποχρεωμένοι να προβούμε στην εκτέλεση υστερεκτομίας, χωρίς τα εξαρτήματα. Στην περίπτωση αυτή αφήνουμε χοντρό παροχετευτικό σωλήνα στο άνοιγμα του κόλπου, για την καλύτερη παροχέτευση του παραμητρίου, και επικαλύπτουμε το τραύμα με ξεχωριστές από cat-gut No 1 ραφές.

Αν και μετά την υστεροεκτομία, η τριχοειδική αιμορραγία δεν ελέγχεται, τότε εφαρμόζουμε πιεστικό επιπωματισμό κατά Mickulitz σ' όλη τη διάρκεια του αιματώματος.⁽²⁸⁾

Αιμορραγία από προδρομικό πλακούντα. Κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής σε προδρομικό πλακούντα, και όταν αυτός είναι εμφυτευμένος ακριβώς κάτω από το σημείο της τομής, είναι δυνατό να συμβεί μεγάλη αιμορραγία, που να προκαλέσει τον πανικό του χειρουργού. Σε τέτοια περίπτωση, που η τομή πρέπει να είναι κάθετη, δεν τρυπάμε τον πλακούντα, αλλά περνάμε γρήγορα το χέρι μας μέσα

στην ενδομήτρια κοιλότητα, από όποιο μέρος προσφέρεται, συναντάμε τον εμβρυϊκό σάκο και αν δεν έχει ραγεί, τον σπάζουμε και βγάζουμε την κεφαλή του εμβρύου ή πιάνουμε αυτό από το πόδι και το έλκουμε προς α έξω, παραδίδοντάς το σε βοηθητικό πρόσωπο για την αναρρόφηση εκκρίσεων. Αποκολλάμε ύστερα τον πλακούντα και κλείνουμε τα τοιχώματα της μήτρας.

Άλλες φορές, σε περίπτωση προδρομικού πλακούντα, είναι δυνατό, επειδή το κατώτερο τμήμα της μήτρας δεν έχει τη δυνατότητα σύσπασης, όπως το σώμα της στην περιοχή της εμφύτευσης του πλακούντα, να διαπιστώσουμε μετά την έξοδό του την ύπαρξη μεγάλων αγγείων που σφύζουν. Τότε δεν θα στην συρραφή των τοιχωμάτων της μήτρας, αλλά με ξεχωριστά ράμματα από χρωμιωμένο cat-gut No 1 και με τη βοήθεια θυριδωτής λαβίδας θα πιάσουμε τα αγγεία και θα τα απολινώσουμε. Ύστερα θα προχωρήσουμε στη ραφή του πρώτου στρώματος των τοιχωμάτων της μήτρας.

Αν παραβλέψουμε τέτοια επιπλοκή, είναι δυνατό μετά το τέλος της καισαρικής τομής η λεχωνίδα να χάνει αίμα από τον κόλπο της, ενώ η μήτρα έχει συσπασθεί, σε τέτοια ποσότητα, που ν' απειλεί τη ζωή της και να απαιτεί νέα διάνοιξη κοιλιακών τοιχωμάτων και εκτέλεση ολικής υστερεκτομίας.

Συρραφή οπίσθιου τοιχώματος μήτρας. Είναι δυνατό, από παράβλεψη, ο χειρουργός, κατά την πρώτη ραφή του τραύματος της μήτρας να συλλάβει με τη βελόνα του οπίσθιο τοίχωμα της, με αποτέλεσμα να καταργήσει την παροχέτευση αίματος από την μητριαία κοιλότητα, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη μόλυνσης και τη διάσπαση του τραύματος της μήτρας. Τέτοια επιπλοκή αποφεύγεται, όταν, περνώντας

τις βελονιές στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, εισάγουμε το δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο του αριστερού χεριού μας στην ενδομήτρια κοιλότητα, ώστε η βελόνα να περνάει πάνω από τα δάκτυλά μας.

Ατονία μήτρας. Ποτέ δεν προβαίνουμε στη σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων στην καισαρική τομή, πριν ελέγξουμε τη συσπαστικότητα της μήτρας. Η καλά συσπασμένη μήτρα είναι σκληρή και έχει χρώμα ρόδινο.

Αν διαπιστωθεί με την επισκόπηση και με την ψηλάφιση, πως αυτή είναι άτονη, τότε χορηγούμε ενδοφλέβια μητροσυσπαστικά φάρμακα, όπως ωκυτοκίνη ή προσταγλανιδίνη F_{2α} (5 mg σε 10 κ. εκ. φυσιολογικού ορού) περιμένουμε την αντίδρασή της.

Αν, παρά την φαρμακευτική αντιμετώπιση η ατονία επιμένει, όπως δυνατό να συμβεί σε μήτρα πολυτόκου, σε πολύδυμη κύηση, σε πολυάμνιο, σε προεκλαμψία, σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, τότε καταφεύγουμε στην εκτέλεση ολικής υστερεκτομίας χωρίς τα εξαρτήματα.

Αν η γυναίκα είναι μικρής ηλικίας και το έμβρυο γεννήθηκε πρόωρα και αμφιβάλουμε για την επιβίωσή του, τότε δοκιμάζουμε την εκτέλεση ειδικής επέμβασης, που συνίσταται στον αλλεπάλληλο ενταφιασμό του τραύματος της μήτρας με ξεχωριστά αποχρωμιωμένα cat-gut No 1 ράμματα. Με την τεχνική αυτή μικραίνει ο όγκος της μήτρας και δυνατό να αποφευχθεί η ακρωτηριστική εγχείρηση της ολικής υστεροεκτομίας.

Τραυματισμός ουροδόχου κύστης. Αυτός συμβαίνει ευκολότερα σε προηγηθείσα καισαρική τομή, όταν έχουν αναπτυχθεί συμφύσεις και προτιμήσαμε τη χαμηλή εγκάρσια τομή. Στην περίπτωση αυτή

συλλαμβάνονται με λεπτές λαβίδες οι δύο γωνίες του τραύματος και ράβονται τα χείλη του με χρωμιωμένο cat-gut No 000 σε συνεχόμενη ραφή, που πιάνει το βλεννογόνο χιτώνα της ουροδόχου κύστης και λίγο από το μυϊκό. Ακολουθεί δεύτερη επικαλυπτική ραφή με συνεχόμενη ραφή από ατραυματικό μετάξινο ράμμα για την ενίσχυση της πρώτης. Κατά τη σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων αφήνουμε λεπτό παροχετευτικό σωλήνα στο χώρο του Retzius. Ο μόνιμος καθετήρας στην περίπτωση τραυματισμού της ουροδόχου κύστης πρέπει να παραμείνει για δυο εβδομάδες.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές. Οι περισσότερο συνηθισμένες από αυτές είναι ο ειλεός, που συμβαίνει στις πρώτες 24-48 ώρες και απαιτεί ειδική αγωγή, η διάσπαση του τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων, που απαιτεί επανασυρραφή, η διάσπαση του τραύματος της μήτρας σε ψηλή κάθετη τομή, που απαιτεί την εκτέλεση ολικής υστερεκτομίας, η πνευμονική εμβολή, η ενδομήτρίτιδα και η θρομβοφλεβίτιδα.

Απώτερες επιπλοκές είναι η δημιουργία ενδομήτριων συμφύσεων και η ρήξη της ουλής της μήτρας σε μελλοντική εγκυμοσύνη. ⁽²⁹⁾

Προηγηθείσα καισαρική τομή

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει και η προηγηθείσα καισαρική τομή, η οποία παρουσιάζει την ίδια φυσιολογία με αυτή της καισαρικής τομής.

Η προηγηθείσα Κ.Τ. είναι ένας όρος που προσετέθει στην Μαιευτική σαν ιατρογενής νοσολογική οντότητα, σήμερα με την ευρεία διάδοση της Κ.Τ. αυξάνεται καθημερινά ο αριθμός της.

Η προηγηθείσα Κ.Τ. αρχίζει από την εγκατάσταση μιας νέας κύησης σε μήτρα που έχει προηγουμένως υποστεί Κ.Τ. Το βασικό πρόβλημα που παρουσιάζεται κατά την νέα κύηση είναι η αντοχή της ουλής στις ωδίνες που θα εμφανισθούν κατά τον τοκετό. Και το ενδεχόμενο της μειωμένης αντοχής αντιμετωπίζεται με μια νέα «εν ψυχρώ» Κ.Τ. δέκα μέρες πριν από το Π.Η.Τ. Σε μια όμως πρόωρη έναρξη τοκετού, είτε σε μια Α.Ρ.Θ. πως είναι δυνατόν να προληφθεί η απειλή της ρήξης της μήτρας επάνω στην παλιά ουλή;

Όταν αρχίσουν οι ωδίνες η επίτοκος πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά με μέτρηση της ωδίνας και της παύλας. Σαν παθονομονικό σημείο θεωρείται η υπερευαισθησία της ουλής, προηγείται πάντοτε της ρήξης της μήτρας.

Το πρόβλημα της προηγηθείσης Κ.Τ. είναι κατά πόσον είναι δυνατή μια απόπειρα τοκετού δια της φυσικής οδού.

Έχει γραφεί μια ολόκληρη σειρά προϋποθέσεων που επιτρέπει την απόπειρα του τοκετού δια της φυσικής οδού όπως: παρέλευση τουλάχιστον διαιτίας από της πρώτης, προηγούμενος φυσιολογικός τοκετός, ομαλή μετεγχειρητική πορεία της προηγούμενης Κ.Τ., έλεγχος με Υ.Σ.Γ. της ουλής προ της νέας κύησης κ.τλ. όλα όμως αυτά τα κριτήρια δεν θεωρούνται παρά μόνο σχετικά.

Πάντως όλοι έχουν εμπειρία τοκετού επί προηγηθείσης Κ.Τ., που συνέβη συχνά από τύχη όπως π.χ. αν η επίτοκος φθάσει στην κλινική με μεγάλη διαστολή και με μικρή αναμονή εξελίσσεται ο τοκετός εκ των κάτω.

Σε κάθε περίπτωση προηγηθείσης Κ.Τ. χορηγείται πεθιδίνη και σπασμόλυση ενώ απαγορεύεται η χορήγηση οροσθίνης για να μην έχουμε ισχυρές ωδίνες.

Αν η διαστολή γίνει τέλεια ο τοκετός πρέπει να γίνει είτε με εμβρουλκία είτε με VACUM EXTRACTOR για να αποφυγεί η επίτοκος της εξώθησης, μετά δε τον τοκετό γίνεται πάντοτε δακτυλική επισκόπηση της μήτρας για την ανακάλυψη τη λανθάνουσας ρήξης της μήτρας.

Πάντως σαν γενικός κανόνας στην παρακολούθηση της κύησης της προηγηθείσης Κ.Τ. εφαρμόζεται η απαγόρευση της μετακίνησης της επιτόκου κατά τους δύο τελευταίους μήνες σε ακτίνα μεγαλύτερη των δύο χιλιομέτρων εκτός πόλεως στην οποία δύναται να εκτελεσθεί Κ.Τ. ανά πάσαν στιγμή.

Ο τοκετός της προηγηθείσης γίνεται πάντοτε σε καλά οργανωμένη κλινική που διατηρεί ένα έτοιμο χειρουργείο που θα επιτρέψει την εκτέλεση της Κ.Τ. σε κάθε περίπτωση που θα επισυμβεί ρήξη της μήτρας.

Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και σε εκπυρήνιση ινομυώματος, Strassman όπου έχει θιγεί η ακεραιότητα του μυομητρίου.⁽³⁰⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

→ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Νάρκωση

Χειρουργείο

Χειρουργικές επεμβάσεις

Μετεγχειρητική φροντίδα



Προεγχειρητική Φροντίδα

Ας δούμε τώρα όλα τα στάδια μιας εγχείρησης καισαρικής τομής ξεκινώντας από την προεγχειρητική αγωγή.

Η επιτυχία μιας χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται κατά πολύ από την προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή.

Η χειρουργική τέχνη είναι σήμερα κατά πολύ ανώτερη απ' ό,τι ήταν πριν από μερικές δεκαετίες. Την επιτυχή εκτέλεση όμως μεγάλων χειρουργικών επεμβάσεων την έκαναν δυνατή από τη μια πλευρά η βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής και της αναισθησίας και από την άλλη η πρόοδος που σημειώθηκε τόσο στην προεγχειρητική όσο και στην μετεγχειρητική αγωγή.

Έτσι η προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή αποτέλεσαν βασικό και αδιαχώριστο μέρος για την πετυχημένη διεξαγωγή μιας χειρουργικής επεμβάσεως.

Σήμερα τα αντιβιοτικά, η δυνατότητα χορηγήσεως αίματος και υγρών σε αντικατάσταση εκείνων που χάνονται κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως ή από άλλες αιτίες (πχ. έμετοι), η αποκατάσταση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και η πρόληψη ή άρση της εντερικής διατάσεως αποτελούν βασικούς παράγοντες για την πρόληψη πολλών ατυχών επιπλοκών της χειρουργικής, οι οποίες άλλοτε ήταν κοινότατες. Γενικά η σημερινή χειρουργική τεχνική είναι ανώτερη από ό,τι ήταν πριν από μερικά χρόνια αλλά οι τελευταίες πρόοδοι όσον αφορά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή έκαμαν τη χειρουργική πιο εύκολη και τους χειρουργούς πιο τολμηρούς και αποφασιστικούς, προ των διαφόρων παθήσεων από όσο ήταν παλαιότερα. Τούτο αληθεύει

τόσο για τις γυναικολογικές επεμβάσεις όσο και για τις επεμβάσεις σε άλλες περιοχές του σώματος.

Υπάρχει μια τάση ίσως, λόγω του κόστους της νοσηλείας που διαρκώς ανεβαίνει, να βασιζόμαστε στα φανερά παθολογικά σημεία και συμπτώματα χωρίς την απαιτούμενη προκαταρκτική μελέτη του αρρώστου και χωρίς προετοιμασία για τη χειρουργική επέμβαση. Πολύ συχνά η ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο το απόγευμα και η εγχείρηση προγραμματίζεται για το πρωί της άλλης μέρας.

Υπάρχει μπορεί να πει κανείς μια τάση να υποτιμώνται τα προβλήματα, όταν βρίσκεται κάποια αναπάντεχη νόσος ή πάθηση στην πύελο. Εάν ο χειρουργός αντιμετωπίζει ένα ιστορικό αιμορραγίας σε μια ασθενή με ένα μεγάλο όγκο στην κοιλιά, η χειρουργική διαδικασία είναι σαφώς καθορισμένη. Το να μη σκεφθεί όμως την πιθανότητα εμπλοκής του λεπτού ή του παχέος εντέρου ή την πιθανή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας λόγω πίεσως από τον όγκο, μπορεί επιπλέον να πάρα πολύ την καθαυτό επέμβαση, ιδίως αν τα ευρήματα αυτά ανακαλυφθούν για πρώτη φορά μετά από τη διάνοιξη της κοιλιάς. Μολονότι λοιπόν σήμερα έχουν προστεθεί σημαντικά μέσα θεραπείας για την αντιμετώπιση πολλών δυσκολιών, η αύξηση του κόστους νοσηλείας τείνει να περιορίσει τη χρήση των μάλλον στην αντιμετώπιση των δυσκολιών αφού παρουσιασθούν, αντι να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη ή την αποτροπή των.

Για αυτό είναι απαραίτητη η προσεκτική και λεπτομερής εξέταση της άρρωστης πριν από κάθε επέμβαση, η ψυχολογική προετοιμασία της και η προεγχειρητική ανάπαυσή της όλα αυτά αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για μια επιτυχή θεραπεία.⁽³¹⁾

Έτσι η διερεύνηση του ουροποιητικού συστήματος για πιθανή συμμετοχή της κύστεως ή του ουρητήρα, μπορεί να τροποποιήσει τη σχεδιαζόμενη προσπέλαση.

Μια λοίμωξη που δεν την περιμέναμε ή μια εγχειρητική δυσκολία μπορεί να δημιουργήσει μια αιμορραγία μεγαλύτερη από εκείνη που περιμένει ο χειρουργός. Επομένως η προκαταρτική μελέτη της αιματολογικής εικόνας της άρρωστης έχει βασική σημασία.

Σημαντικό είναι ακόμη το να έχουμε αρκετή ποσότητα αίματος για να αναπληρώσουμε εκείνο που τυχόν θα απολεσθεί. Συχνά την προσπάθεια για αναπλήρωση του αίματος ακολουθεί μια σειρά από ατυχή γεγονότα υπο το στρες της έκτακτης εγχειρητικής ανάγκης.

Προεγχειρητικώς χορηγείται καθαρτική λεμονάδα και υποκλυσμοί.

Όταν υπάρχει πιθανότητα για κάποια νόσο των εντέρων, καλό είναι να προετοιμάζεται το έντερο με χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Η ίδια προφύλαξη επιβάλλεται εάν υπάρχει πιθανότητα τραυματισμού του ουροποιητικού συστήματος.

Εφόσον είναι δυνατόν να συμβούν βαριές ηλεκτρολυτικές διαταραχές κατά την μετεγχειρητική φάση είναι σκόπιμο να έχουν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα και να έχει γίνει εκτίμηση το αποβαλλόμενου αζώτου, των χλωριούχων, του σακχάρου του αίματος, των λευκωμάτων του πλάσματος, του νατρίου και του καλίου. Δεν υπάρχει πάντοτε ευχέρεια ή δυνατότητα να γίνουν οι εξετάσεις αυτές κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως, ενώ έχει αποδειχθεί ότι ο χειρουργός πρέπει να έχει εκτελέσει τις εξετάσεις αυτές γιατί μπορεί να υποδείξουν την ανάγκη ρυθμίσεως πριν από την επέμβαση.

Μπορεί να επιβάλλεται προσδιορισμός της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα λόγω παρουσίας υποκειμενικών συμπτωμάτων. Ασθενείς που πάσχουν από υποθυρεοειδισμό, π.χ. δεν ανέχονται καλώς τα οπιούχα.

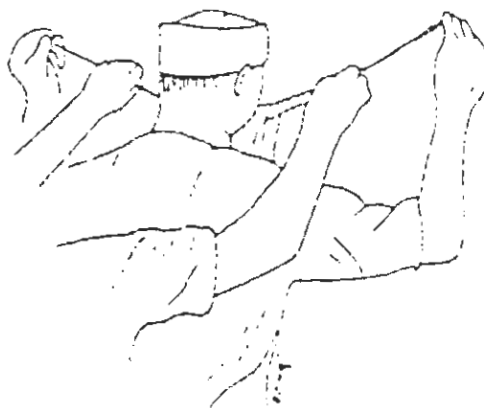
Η επιλογή του είδους της αναισθησία μπορεί να μεταβληθεί λόγω ευρωμάτων που δεν τα περιμέναμε και τα οποία ανακαλύφθηκαν από την ακτινογραφία του θώρακα.

Ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα που έγινε λόγω της παρουσίας μικροενοχλημάτων, μπορεί να αποτελέσει τη βάση για σύγκριση αν παρουσιασθούν επιπλοκές κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

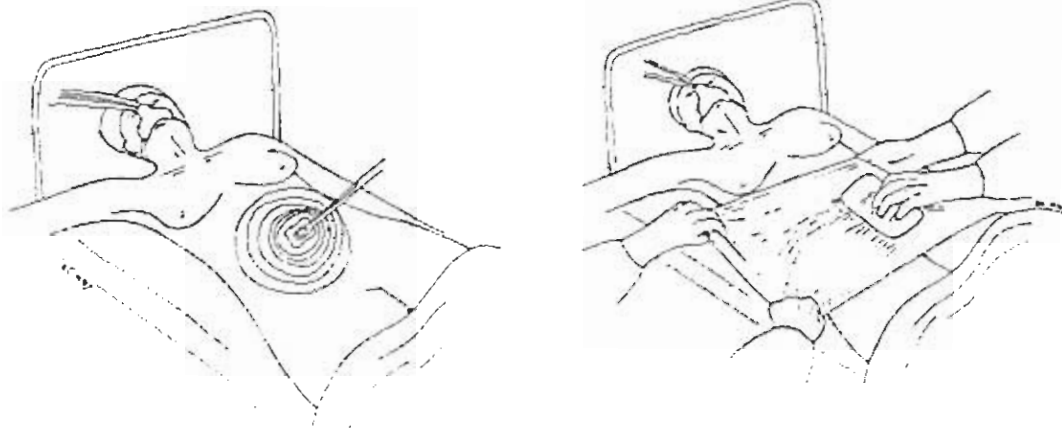
Ακόμα και όταν υπάρχουν ψηλαφητές αλλοιώσεις στην πύελο είναι δυνατόν να συνυπάρχουν και άλλες ανωμαλίες, οργανικές ή λειτουργικές, και να επηρεάσουν την επιτυχή έκβαση της επεμβάσεως.⁽³²⁾



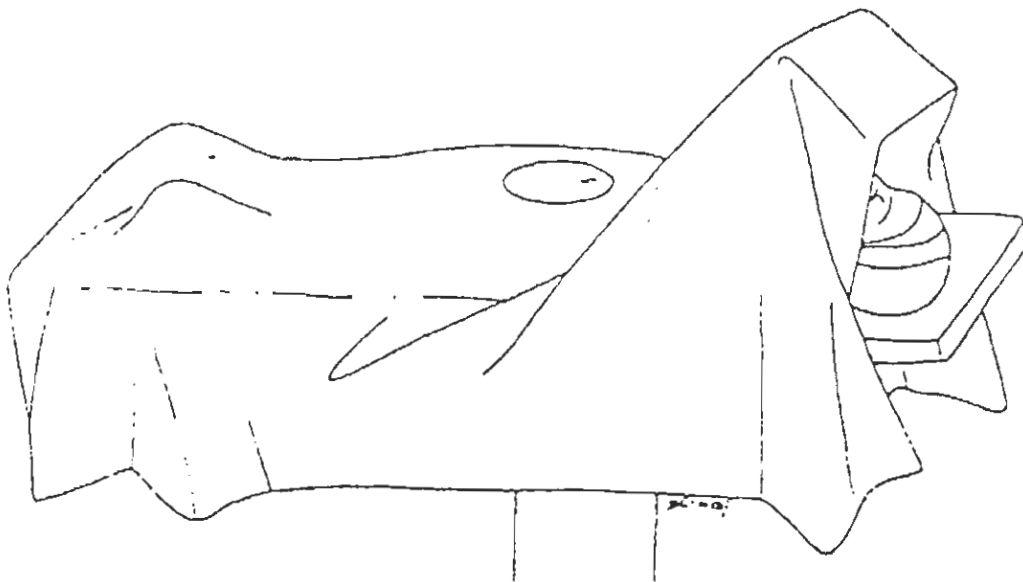
Πλύσιμο των χεριών με βούρτσα
και αντισηπτικό



Τοποθέτηση αποστειρωμένη
μάσκας



Αντισηψία του δέρματος της κοιλιάς. Η αντισηψία του δέρματος αρχίζει από το ομφαλό. Μετά γίνονται κυκλικές κινήσεις της γάζας με το αντισηπτικό γύρω από τον ομφαλό. Όταν η γάζα φθάσει στο μεγαλύτερο κύκλο, απορρίπτεται. Το ίδιο επαναλαμβάνεται 2-3 φορές. Μετά επικολλάτε αποστειρωμένο τεμάχιο πλαστικού (steri-drape).



Κάλυψη της ασθενούς με αποστειρωμένο σινδόνι λαπαροτομίας. Ειδικό εξάρτημα κρατά το σινδόνι πάνω από το πρόσωπο της ασθενούς

Νάρκωση κατά την καισαρική

Αν θελήσουμε να απαριθμήσουμε τις ιδανικές προϋποθέσεις μιας νάρκωσης σε λαπαροτομία δεν θα παραλείψουμε να αναφέρουμε ότι η νάρκωση θα πρέπει να είναι βαθιά με πλήρη απώλεια της συνείδησης και εξαφάνιση των αντανακλαστικών, να έχει πλήρη μυϊκή χάλαση για να μην πετούν προς τα έξω τα σπλάχνα όταν διανοιγεί το περιτόναιο και έτσι να διασφαλίζεται πλήρης άνεση στον χειρουργό.

Για να πετύχει όλα αυτά ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να καταργήσει την θωρακική και διαφραγματική αναπνοή, πράγμα που επιτυγχάνεται με φάρμακα της σειράς του κουραρίου, έτσι καταφεύγει στην παράλυση των μυών. Με την μυϊκή παράλυση παραλύουν και οι αναπνευστικοί μύες για να διατηρηθεί όμως η αναπνοή χρειάζεται η τεχνητή αναπνοή δια μέσου τραχειοσωλήνα.

Κατά την Κ.Τ. – λαπαροτομία και αυτή – όταν τηρηθούν οι προϋποθέσεις αυτές κινδυνεύουμε λόγω της διέλευσης των φαρμάκων δια του πλακούντα να ναρκώσουμε το έμβρυο γεγονός ανεπιθύμητο διότι κατά την έξοδό του στην ανάνηψη που χρειάζεται θα προστεθεί και η ανάνηψη από την νάρκωση που θα πάρει αθελά μας. Αν δε παρ' ελπίδα το νεογνό παρουσιάσει δυσχέρεια στην ανάνηψη του τότε όλο το βάρος καταλογίζεται στη νάρκωση και ζητούνται ευθύνες από τον αναισθησιολόγο. ⁽³³⁾

Η Κ.Τ. παρουσιάζει σαν νάρκωση την ακόλουθη ιδιορρυθμία, θα πρέπει μέχρι της εξόδου του νεογνού η νάρκωση να είναι επιπολής δίχως φυσικά να έχει αίσθηση η επίτοκος ούτε όμως να επηρεασθεί από την νάρκωση το κύημα. Για να επιτευχθεί αυτή η παράδοξη προϋπόθεση φροντίζουμε να χορηγούμε μικρές δόσεις βαρβιτουρικού μέχρι να εξαχθεί το έμβρυο, ν' αρχίσουμε την νάρκωση όσο το δυνατόν αργότερα,

δηλαδή τότε όταν είναι εντελώς έτοιμος ο χειρουργός, να υπάρχει η δυνατότητα της διασωλήνωσης του νεογνού για τεχνητή αναπνοή σε περίπτωση που θα υπάρξει πρόβλημα κατά την ανάνηψη του νεογνού. Αμέσως με τη χορήγηση του κουραρίου διασωληνώνεται η επίτοκος και αρχίζει ο χειρουργός την εγχείρηση με σκοπό την όσο το δυνατόν ταχύτερη εξαγωγή του εμβρύου, και εδώ τελειώνει το πρώτο στάδιο της νάρκωσης.⁽³⁴⁾

Στη συνέχεια με χορήγηση συμπληρωματικής δόσης κουραρίου και βαρβιτουρικών η γυναίκα κοιμάται βαθύτερα όπως σε κάθε λαπαροτομία, μετά δε την υστεροτοκία χορηγείται και ερεσιβώδης όλυρα για μητροσύσπαση που θα περιορίσει την μεγάλη απώλεια αίματος.

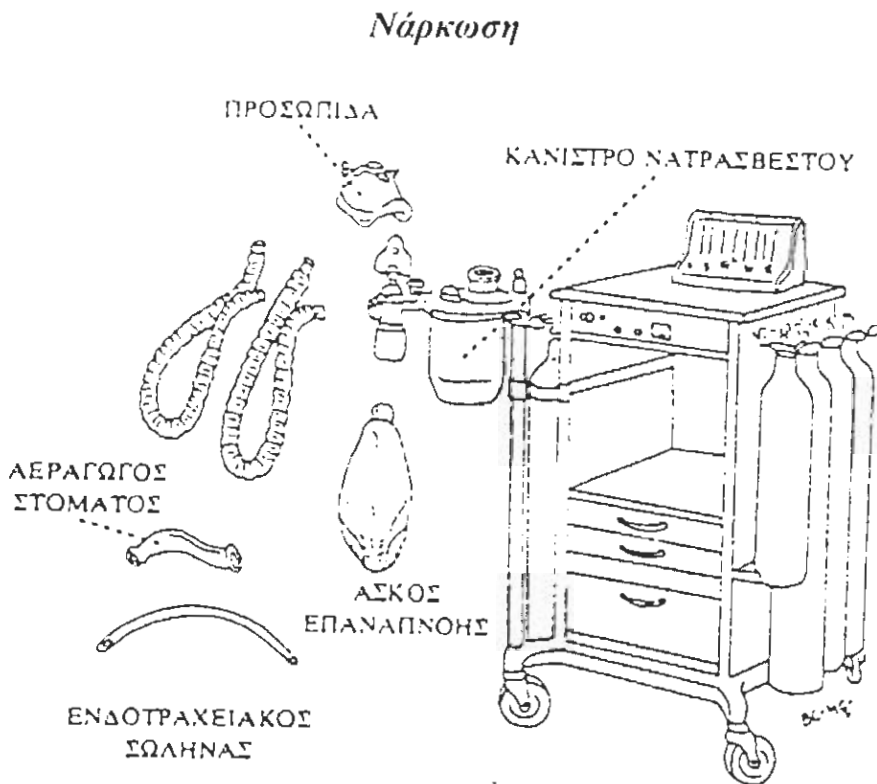
Από την φαρμακολογία της νάρκωσης αναφέρουμε ότι τα ταχείας δράσης βαρβιτουρικά διαπερνούν το φράγμα του πλακούντα παρόλα αυτά όμως συγκρατούνται από τον εγκέφαλο του νεογνού, που είναι ιδιαίτερα πλούσιος σε λιποειδή και έτσι χάνουν πολύ από την ναρκωτική τους επίδραση το έμβρυο σε σχέση με εκείνη του ενήλικα.

Η κυριότερη φαρμακολογική ιδιότητα που μας ενδιαφέρει για κάθε φάρμακο που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί στην επίτοκο είναι το αν διέρχεται και σε τι ποσότητα το φράγμα του πλακούντα.

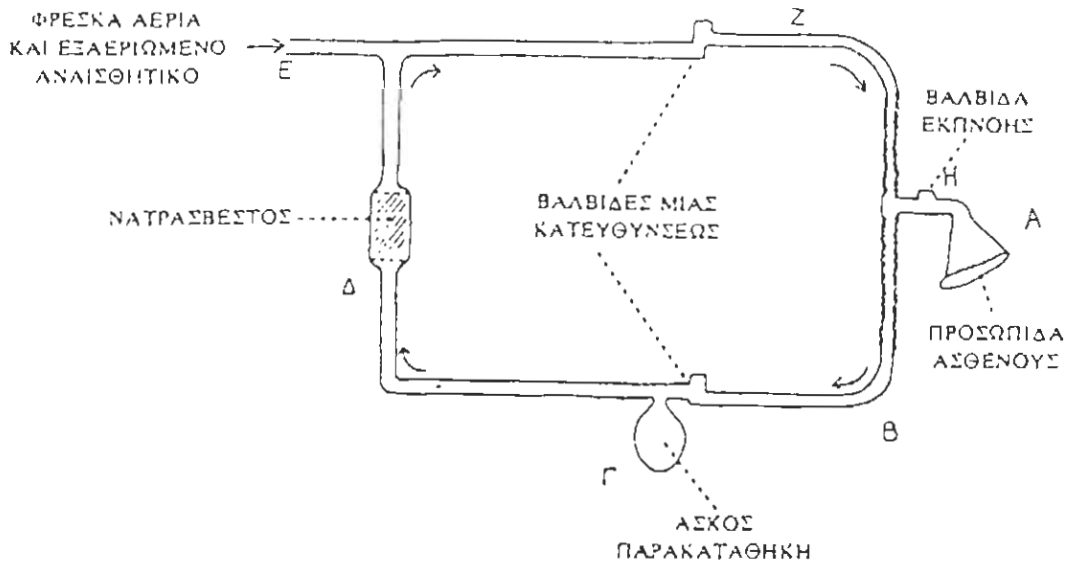
Μετά την έξοδό του το νεογνό κατά την ανάνηψη το είναι δυνατόν να παρουσιάσει διάφορου βαθμού προβλήματα είτε σαν δυσχέρεια ανάνηψης, είτε σαν πλημελή εγκατάσταση των αντανακλαστικών, είτε μετά από την πρώτη αναπνοή να περιπέσει μετά από λίγο σε ατονία ή και άπνοια με κυάνωση που αν δεν γίνει γρήγορα αντιληπτή - συμβαίνει

συχνά με τη μεταφορά του νεογνού στο τμήμα του - μπορεί να μας οδηγήσει σε περιπέτειες. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται χορήγηση οξυγόνου και θα ζητηθεί η συνδρομή του αναισθησιολόγου που παρευρίσκεται στην εγχείρηση.

Η νάρκωση της γυναίκας δεν παρουσιάζει στη συνέχεια προβλήματα, όταν δεν τελειώσει η εγχείρηση θα μεταφερθεί στην αίθουσα ανάνηψης όπου και θα παραμείνει μέχρι την ανάνηψή της και μετά θα μεταφερθεί στο δωμάτιό της. Σήμερα τίθεται σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης για συστηματικότερη παρακολούθηση μέχρι της κινητοποίησης του εντέρου, οπότε και μεταφέρεται στο δωμάτιό της δίχως ορό δίχως κυστικό καθετήρα.⁽³⁵⁾



Τυπικό μηχάνημα κλειστής νάρκωσης.



Χειρουργείο - Οι θέσεις της ομάδας των χειρουργών

Το διάγραμμα παρουσιάζει τις θέσεις που πρέπει να παίρνουν ο χειρουργός, οι βοηθοί του και οι αδελφές.

Ο χειρουργός στέκεται στα δεξιά της άρρωστης ή στα αριστερά, αν πρόκειται να εκτελέσει καισαρική τομή. Αυτή είναι η καλύτερη θέση για το δεξιόχειρα χειρουργό-γυναικολόγο, γιατί βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση, ώστε να μπορεί να εκτελέσει κάθε αναγκαία διερεύνηση ή επέμβαση στην άνω κοιλία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η θέση αυτή διατηρείται κατά τη διάρκεια των εγχειρητικών χειρισμών. Κάποτε - κάποτε ο χειρουργός μπορεί να μετακινείται προς την αντίθετη πλευρά της γυναίκας, ώστε να φθάνει ευκολότερα τα όργανα, που βρίσκονται βαθιά μέσα στην αντίθετη πλευρά της λεκάνης (π.χ. επί Wertheim).

Ο αναισθησιολόγος παίρνει θέση προς την κεφαλή της ασθενούς. Το αναισθησιολογικό μηχάνημα, εάν θα προτιμηθεί η μέθοδος ναρκώσεως με εισπνοή αερίων, θα τοποθετηθεί αριστερά του αναισθησιολόγου.

Το τραπέζι με τα εργαλεία και η εργαλειοδότρια αδελφή τοποθετούνται δεξιά του χειρουργού και απέναντί του οι δύο βοηθοί χειρουργοί. Το εγχειρητικό πεδίο προστατεύεται με σεντόνια που στηρίζονται σε μεταλλικό πλαίσιο που προσαρμόζεται στο χειρουργικό τραπέζι.

Το μεταλλικό πλαίσιο επιτρέπει στον χειρουργό και τον αναισθησιολόγο να παρακολουθούν συνεχώς από κοντά την κεφαλή της άρρωστης και διατηρεί άσηπτο πεδίο εργασίας χωρίς κινδύνους.

Το αριστερό ή το δεξί χέρι της ασθενούς τοποθετείται πάνω σε μια σανίδα, η οποία τοποθετείται κάτω από το στρώμα της χειρουργικής τράπεζας, ώστε να είναι εύκολη η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Το στατό για τη φιάλη εγχύσεως τοποθετείται στα δεξιά του αναισθησιολόγου, που έχει καθήκον να ρυθμίζει την ταχύτητα ροής και το ποσόν της ροής. ⁽³⁶⁾

Στο βραχίονα της άρρωστης τοποθετείται και το αριστερό χέρι είναι τοποθετημένο κάτω από το αριστερό πλάγιο του σώματός της, με τα δάκτυλα τεντωμένα. Έτσι δεν εμποδίζονται οι κινήσεις των βοηθών, ούτε υπάρχει κίνδυνος πίεσεως του ωλενίου νεύρου.

Οι σωλήνες του σφυγμομανομέτρου κατευθύνονται προς την κεφαλή της άρρωστης και έτσι ο αναισθησιολόγος έχει τη δυνατότητα να εκτελεί τις απαραίτητες παρατηρήσεις πίσω από το προστατευτικό παραπέτασμα.

Η αδελφή που στέκεται στην ίδια πλευρά με το χειρουργό, μπορεί από τη θέση της, κοντά στα πόδια της άρρωστης, να του δίνει τα εργαλεία από το τραπέζι των εργαλείων, που τοποθετείται πάνω από τα πόδια στο

κάτω μέρος της χειρουργικής τράπεζας. Το κυρίως τραπεζίδιο των εργαλείων βρίσκεται μπροστά της.

Μια δεύτερη αδελφή, που στέκεται μπροστά στο τραπέζι των εργαλείων, φροντίζει για τις ανάγκες της εργαλειοδότριας σε εφόδια που δεν υπάρχουν πάνω στο τραπεζίδιο των εργαλείων, όπως ράμματα, γάζες ή εργαλεία που χρησιμοποιούνται σπανίως.

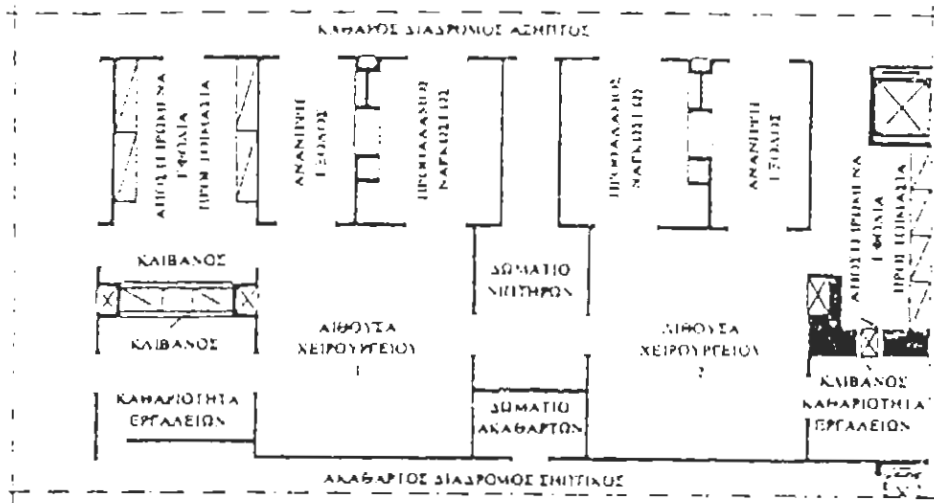
Εάν δεν υπάρχει βοηθός αδελφή για την εργαλειοδότρια τότε το μεγάλο εργαλειοδοτικό τραπέζι τοποθετείται έτσι ώστε από τη θέση της στα δεξιά του χειρουργού να μπορεί να εφοδιάζεται μόνη της με ό,τι της χρειάζεται.

Ο πρώτος βοηθός στέκεται ακριβώς απέναντι του χειρουργού.

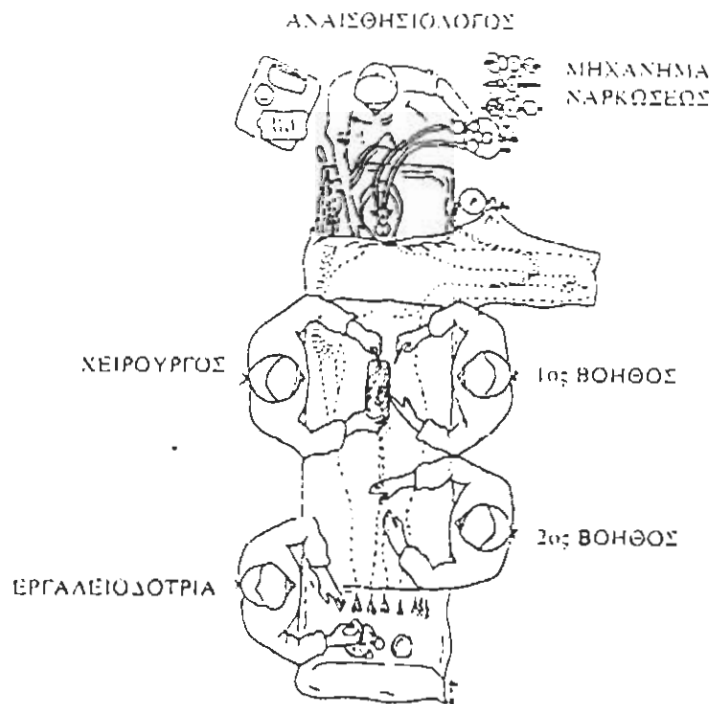
Ο δεύτερος βοηθός συνήθως παίρνει θέση αριστερά του πρώτου βοηθού, απέναντι από την αδελφή. Η δουλειά του είναι να βοηθά στη διάταξη του χειρουργικού πεδίου με την έλξη που του υποδεικνύεται από το χειρουργό. **Η θέση αυτή δίδει στο νέο χειρουργό τις καλύτερες προϋποθέσεις για τη χειρουργική του εξέλιξη.**

Ο χειρουργός πρέπει να κατέχεται πάντα από τη σκέψη πως θα προληφθεί ή θα αποτραπεί μια επιπλοκή κατά την εγχείρηση (π.χ αιμορραγία, τραυματισμός του ουρητήρα ή του εντέρου κλπ.) παρά πως θα θεραπευθεί, αν αναπάντεχα παρουσιασθεί. Γι αυτό ποτέ δεν πρέπει να παρατηρείται προχειρότητα στην εκτέλεση μιας εγχειρήσεως όσο απλή κι αν φαίνεται. Έτσι πρέπει να αποφεύγει το άγνωστο σ' αυτόν χειρουργείο και επιτελείο (αναισθησιολόγος, βοηθοί, αδελφές κ.λπ).⁽³⁷⁾

Σύγχρονο Δίδυμο Χειρουργείο

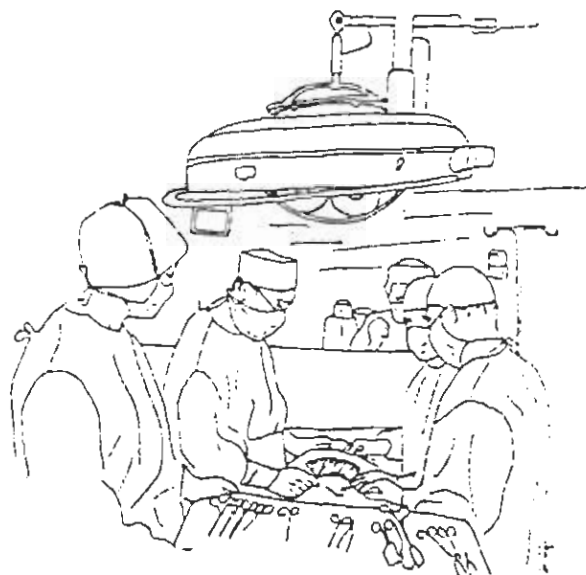


Σύγχρονο χειρουργείο με δύο αίθουσες εγχειρήσεων κάθε μία έχει αίθουσες προναρκώσεως και ανανήψεως, επίσης περιέχει και τους απαραίτητους βοηθητικούς χώρους

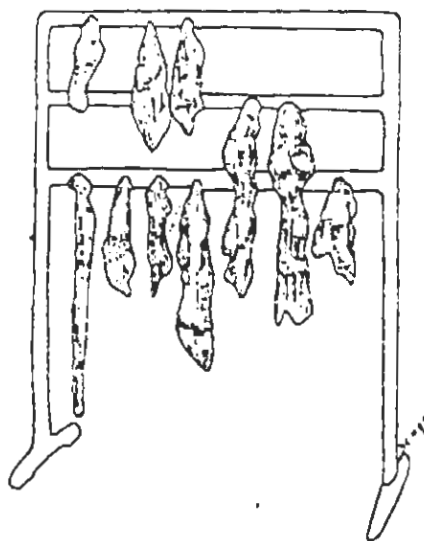


Κάτοψη χειρουργείου

Διάταξη Χειρουργείου



Διάταξη χειρουργείου. Δεξιά της άρρωστης: ο χειρουργός, Αριστερά της άρρωστης: οι βοηθοί, Στα πόδια της άρρωστης και δεξιά δίπλα στο χειρουργό: η εργαλειοδότρια αδελφή, Προς το κεφάλι της άρρωστης: ο αναισθησιολόγος.



Μέτρημα των γαζών που χρησιμοποιήθηκαν

Πριν ξεκινήσει η καισαρική τομή πολλά είναι και τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας.

Αν η ανάγκη για καισαρική τομή δεν είναι προβέψιμη η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει τους γονείς να συμμετέχουν και οι δύο στην απόφαση που πρέπει να παρθεί εκείνη τη στιγμή. Κάποιες φορές η ανάγκη για καισαρική τομή μεταβιβάζεται στους γονείς σαν να υπάρχει ανάγκη να γίνει η γέννα γρήγορα και κατά βάση είναι πολύ μικρή η χρονική διαφορά στο να αποφασίσουν τι να κάνουν. Η νοσηλεύτρια μαζί με το γιατρό πρέπει να εξηγήσει τα στάδια που θα ακολουθήσουν για την γέννα, να εξηγήσουν εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης και να συζητήσουν τις πιθανές επιπλοκές από αυτές τις προσεγγίσεις. Οι γονείς από εκεί και έπειτα να έχουν κάποιο χρόνο να σκεφτούν όλα αυτά και να αποφασίσουν.

Αν δεν υπάρχει τόσο άμεση η ανάγκη για γέννα, η νοσηλεύτρια πρέπει ακόμα και σ' αυτήν την περίπτωση να έχει πάρα πολύ χρόνο στο να εξηγήσει στους γονείς τι πρέπει να περιμένουν κατά την διάρκεια αλλά και κατά το τέλος της γέννας. Πρέπει να δώσει χρόνο στους γονείς να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και να τους ενθαρρύνει να την ρωτήσουν για οτιδήποτε τους απασχολεί.

Όταν είναι δυνατό και η κατάσταση της εγκύου το επιτρέπει, η νοσηλεύτρια πρέπει να αφήνει τους γονείς να μένουν μόνοι μαζί ώστε να υποστηρίζει ο ένας τον άλλο. Σε περίπτωση ανάγκης, πρέπει να βοηθά τους γονείς στο να προσαρμόζονται όσο γίνεται καλύτερα στους γρήγορους ρυθμούς εξέλιξης της κατάστασης.

Τέλος πάντων, αυτό που πρέπει να καθιερώσει κάθε καλή νοσηλεύτρια είναι να δίνει στους γονείς πάντοτε σωστές και «καθαρές» εξηγήσεις για το καθετί και να τους υποστηρίζει ψυχολογικά.⁽³⁸⁾

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει ότι αν και η γέννα μπορεί να μην είναι αναγκαία να γίνει γρήγορα, η καισαρική τομή έχει πολλά ρίσκα οι γονείς εκφράζουν φόβους για ενδεχόμενους πόνους ή ακόμα ακρωτηριασμό σημείου του γυναικείου σώματος και πιθανές επιπλοκές κατά την γέννα με αυτόν τον τρόπο όπως θάνατος της μητέρας ή του νεογνού. Πρέπει να γίνεται γνωστό στους γονείς ότι αυτοί οι φόβοι αναμένονται να υπάρχουν αλλά η νοσηλεύτρια είναι εκεί για να τους βοηθήσει και να τους υποστηρίζει. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει στο μυαλό της ακόμα και σε περίπτωση ανάγκης, ότι πρέπει να πληροφορεί την έγκυο και τον σύντροφό της και να παίρνει κάθε φορά άδεια για κάθε στάδιο της καισαρικής όπως την αναισθησία και την γέννα.

Ανάλογα με την ένδειξη της καισαρικής τομής η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι την μεταφορά της εγκύου στο χειρουργείο.⁽³⁹⁾

Η εγχειρητική ενδιαφέρει άμεσα την μαία όχι διότι θα χειρουργήσει ποτέ αλλά θα βοηθήσει πάντοτε στην ΚΤ είτε σαν εργαλειοδότρια είτε σαν αδελφή χειρουργία στο Service.

Μετά την επάλειψη με αντισηπτικό της κοιλιάς σε μεγάλη έκταση θα γίνει το σκέπασμα της γυναίκας με αποστειρωμένο τετράγωνο και το σχιστό που θα καθηλωθεί με τ' άλλα τετράγωνα με ειδικές λαβίδες ρούχων.

Η εργαλειοδότρια μόλις ανοίξει το κουτί του ιματισμού θα μετρήσει προσεκτικά τις κομπρέσες κοιλίας και μετά θα στρώσει το τραπέζι με τα εργαλεία. Η τομή στο δέρμα θα γίνει είτε σε τομή μέση κάθετο υπομφάλιο, είτε σε τομή κατά Pfannesntiel, μετά την τομή του δέρματος τέμνεται το υποδόριο λίπος που μπορεί και να παρουσιάζει αιμορραγίες από αγγεία που κόβονται με το μαχαίρι, όμως δεν πρέπει να απολινώνονται για να μη χάνεται χρόνος, αλλά απλώς πιέζονται με το χέρι του βοηθού.

Μετά το δέρμα και το υποδόριο λίπος συναντούμε την απονεύρωση, αν πρόκειται για μέση κάθετο υπομφάλιο τότε συναντούμε τη λευκή γραμμή που κόβοντάς την συναντούμε μεταξύ των δυο ορθών κοιλιακών μυών άμέσως το περιτόναιο, - κάτω από την απονεύρωση συναντούμε τόσο τους ορθούς κοιλιακούς όσο και τους έσω και έξω λοξούς μύες.

Κάτω από τους μύες συναντούμε το περιτόναιο που ανοίγουμε με πολύ προσοχή για να μην κόψουμε καμία εντερική έλικα. Με δύο ή τρεις κομπρέσες κοιλίας απωθούμε τα έντερα προς τα άνω.

Με τη βοήθεια λαβίδος και ψαλιδιού κόβουμε το ορογόνο της μήτρας σε εγκάρσια τομή και με το κάτω πέταλο του ορογόνου της μήτρας αποκολλώντας το συναποκολλάται και η ουροδόχος κύστη για να προφυλαχθεί από ενδεχόμενη κάκωση και για να καταφέρουμε να κάνουμε την υστεροτομή μας σε όσο το δυνατό χαμηλότερο προς τον τράχηλο επίπεδο. ⁽⁴⁰⁾

Με το μαχαίρι γίνεται η υστεροτομή με προσοχή για να μην κοπεί και το κεφάλι του εμβρύου, - συμβαίνει συχνά και πρέπει να συρράπτεται-, η τομή μπορεί να επεκταθεί είτε με το ψαλίδι είτε με τα δάκτυλα προς τα πλάγια. Στο σημείο αυτό θα παρεμβάλουμε ορισμένα για το είδος της υστεροτομής, η κάθε υστεροτομή επεκτείνεται σε μεγάλου πάχους

μυομήτριο και η μετεγχειρητική επούλωση δεν εξασφαλίζει ικανή αντοχή στην ουλή για μια ενδεχόμενη νέα κύηση, αντίθετα η εγκάρσια υστεροτομή που εφαρμόζεται σήμερα είναι λιγότερο αιματηρά, συρράπτεται μόνο σε τρία στρώματα σε αντίθεση με την κάθετη που συρράπτεται σε τέσσερα στρώματα, αλλά τα μεγάλα πλεονεκτήματα της εγκάρσιας φαίνονται στην προσεχή εγκυμοσύνη όπου το ενδεχόμενο τη ρήξης είναι απίθανο και αν ακόμη επισυμβεί υπολείπεται σε δραματικότητα σε σχέση με εκείνο της καθέτου.

Αφού κόψουμε το μυομήτριο, κόβουμε και το θυλάκιο και χύνεται το αμνιακό υγρό. Τότε με το ένα χέρι βοηθούμε την έξοδο της κεφαλής ενώ με το άλλο κάνουμε Kristeller. Αν πρόκειται για ισχιακή προβολή ή εγκάρσιο σχήμα συλλαμβάνουμε το ένα πόδι και κάνουμε εξελκισμό. Μόλις βγει το έμβρυο συλλαμβάνεται η ομφαλίδα με δύο αιμοστατικές λαβίδες και κόβουμε μεταξύ των, παραδίδουμε το νεογνό για αναρρόφηση για αναρρόφηση και ανάνυψη, και προβαίνουμε στην υστεροτοκία προσέχοντας να μην αφήσουμε μεμβράνες. Η όλη διαδικασία από την αρχή μέχρι του σημείου αυτού δεν πρέπει να βραδύνει και τούτο γιατί είναι βασικής σημασίας για το έμβρυο.

Τώρα δεν απομένει παρά τη αποκατάσταση με την συρραφή όλων των στρωμάτων αρχίζοντας από την μήτρα που την ράβουμε με συνεχές cat-cut νούμερο 2 στο πρώτο στρώμα, συνεχές cat-cut No 2 ή 3 το δεύτερο στρώμα και συνεχές cat-cut No 2 τον ορογόνο. Σκουπίζουμε με σχολαστικότητα τα αίματα τις κομπρέσες της κοιλιάς, ενώ η εργαλειοδότρια τις μετρά και πρέπει να βρεθούν όλες που ήταν πριν από την εγχείρηση, έτσι μπορούμε να κλείσουμε το περιτόναιο.

Η σύγκλιση του περιτοναίου γίνεται με λεπτό συνεχές cat-cut. Μετά το περιτόναιο συρράπτουμε με μεμονωμένο ή συνεχές cat-cut τους

μύες. Τώρα έχει σειρά η απονεύρωση που συρράπτεται με μεμονωμένα ράμματα μετάξης. Αν το υποδόρειο λίπος είναι παχύ βάζουμε μερικά μεμονωμένα ράμματα με cat-cut και συρράπτουμε τελικά το δέρμα με μέταξα ή με αγκτήρες Michel έτσι έχει τελειώσει η Κ.Τ.

Μεταφέρεται η γυναίκα στην ανάνυψη και παρακολουθείται ο σφυγμός, η πίεση, η απέκκριση των ούρων και η αναπνοή.⁽⁴¹⁾

Ας δούμε πιο αναλυτικά την εγχείρηση αυτή καθ' αυτή καθώς και όλα τα είδη της καισαρικής τομής που μπορεί να συναντηθούν σε ένα χειρουργείο.

Ο χειρουργός στέκεται στην αριστερή πλευρά της γυναίκας, όταν πρόκειται για καισαρική τομή και δεξιά για τις άλλες γυναικολογικές εγχειρήσεις. Όλες οι όψεις που δείχνονται εδώ είναι από τα επάνω προς τα κάτω.

Μετά την κατάλληλη προετοιμασία με αντισηπτικό η κοιλιά της άρρωστης σκεπάζεται με αποστειρωμένα τετράγωνα οθόνια ή με σεντόνι λαπαροτομίας. Το άγγιγμα του δέρματος κατά την επέμβαση πρέπει να αποφεύγεται για να μην μολύνονται ούτε τα γάντια ούτε το τραύμα.

Επικάλυψη του δέρματος για μέση κάθετη υπομφάλια τομή ή παράμεση τομή. Η παράμεση αυτή τομή εφαρμόζεται σε περίπτωση σκωληκοειδίτιδας και με τη μήτρα σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

Διατομή του δέρματος. Η αιμόσταση γίνεται με λεπτές αιμοστατικές λαβίδες και συμπληρώνεται με απολινώσεις από cat-gut (απλό No 0) ή με θερμοκαυτηρίαση.

Διατέμνεται η περιτονία.

Η διατομή συμπληρώνεται με ψαλίδι.

Οι ορθοί κοιλιακοί μύες αποχωρίζονται κατά τη μέση γραμμή με αμβλεία αποκόλληση και εμφανίζεται το περιτόναιο.

Η αναδίπλωση του περιτοναίου με τη λαβή του νυστεριού προκαλεί στιγμιαία συγκόλληση των επιφανειών της μικρής αυτής περιτοναϊκής πτυχής και εξασφαλίζει από τυχόν τραυματισμό εντερικής έλικας, κατά την τομή του περιτοναίου.

Το άνοιγμα του περιτοναίου μεγαλώνει με ψαλίδι ή μαχαιρίδιο. Προσοχή χρειάζεται να μην τραυματίσουμε το έντερο ή άλλα ενδοκοιλιακά όργανα που μπορεί να είναι κολλημένα με το περιτόναιο από προηγούμενη εγχείρηση.

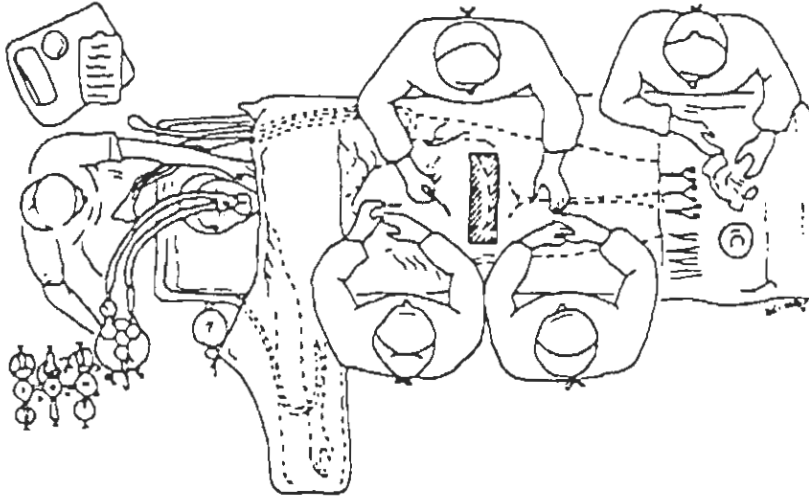
Η διερεύνηση της άνω κοιλίας

Μετά από τη διάνοιξη του περιτοναίου και πριν να αρχίσει κάθε διαδικασία επάνω στα ενδοπυελικά όργανα, πρέπει να διερευνηθεί προσεκτικά η άνω κοιλία με το χέρι, ώστε να προσδιοριστεί αν συνυπάρχει και κάποια άλλη νόσος, που μπορεί να έχει επίπτωση στην άμεση επέμβαση και μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωση της άρρωστης.

Παραδείγματος χάρη, όγκοι της ωοθήκης μπορεί να οφείλονται σε μεταστάσεις από το γαστρεντερικό σωλήνα. Πρωτοπαθή ή μεταστατικά νεοπλάσματα μπορεί να συνυπάρχουν και στο ήπαρ και στα έντερα και στα έσω γεννητικά όργανα.

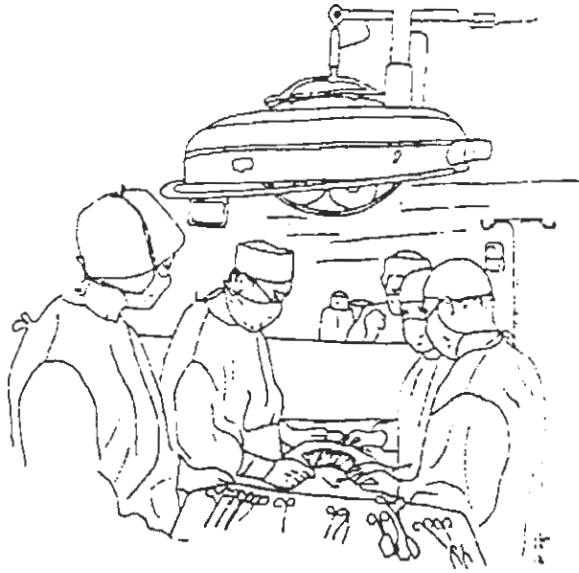
Χολόλιθοι που υπάρχουν από πριν μπορεί να προκαλέσουν χολοκυστίδα κατά την περίοδο της αναρρώσεως από γυναικολογική εγχείρηση. Επίσης η γνώση για συνύπαρξη και άλλης νόσου εκτός της γυναικολογικής μπορεί να επηρεάσει και το είδος της επεμβάσεως στην πρώτη φάση της εγχειρήσεως και την κατάλληλη θεραπεία μετά από την εγχείρηση. ⁽⁴²⁾

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ



ΚΑΤΟΨΗ

Διάταξη Χειρουργείου

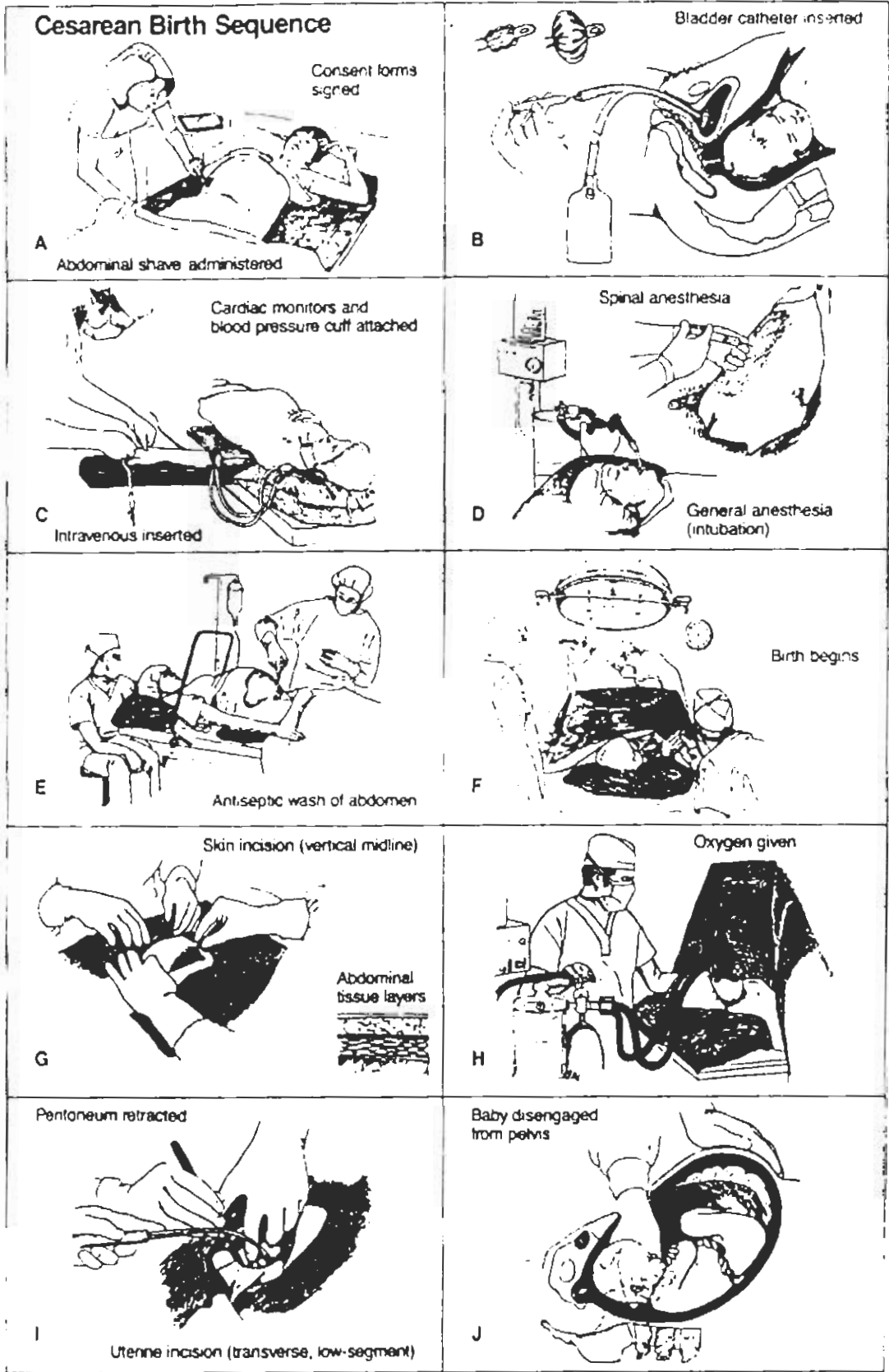


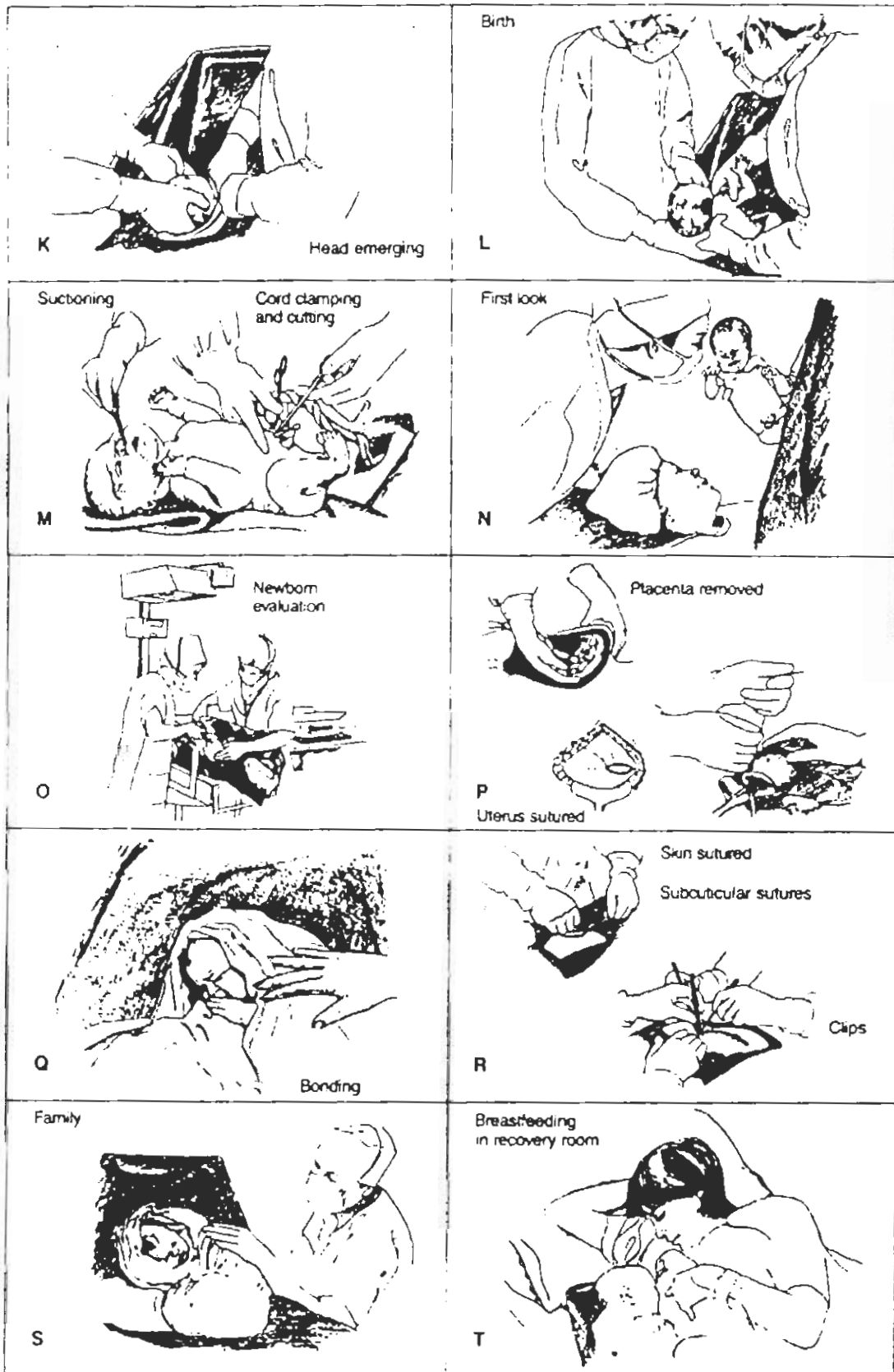
Διάταξη χειρουργείου. Δεξιά της άρρωστης: ο χειρουργός, Αριστερά της άρρωστης: οι βοηθοί, Στα πόδια της άρρωστης και δεξιά δίπλα στο χειρουργό: η εργαλειοδότρια αδελφή, Προς το κεφάλι της άρρωστης: ο αναισθησιολόγος.

Ας δούμε τώρα όλα τα στάδια μιας εγχείρησης καισαρικής τομής ξεκινώντας από την προεγχειρητική αγωγή.

Κατά την διάρκεια του χειρουργείου πολλά είναι τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας. Ξεκινάμε με το να βοηθήσει την μητέρα πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Πρέπει να τοποθετηθεί η έγκυος σε άνετη θέση ώστε να μειωθεί το ρίσκο τραυματισμού της κατά την γέννα. Προσέχει επίσης τα μηχανήματα που χρειάζονται να είναι σωστά τοποθετημένα και να δουλεύουν σωστά, κρατάει σημειώνοντας κάθε φορά την ώρα του κάθε γεγονότος που πραγματοποιείται στο χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια είναι παρόν στο χειρουργείο για να υποστηρίξει τους γονείς ψυχολογικά και να βοηθά αν τις ζητηθεί την χειρουργική ομάδα. Τα στάδια της καισαρικής τομής μέσα στο χειρουργείο μπορούμε να τα δούμε στις ακόλουθες εικόνες ⁽⁴³⁾:

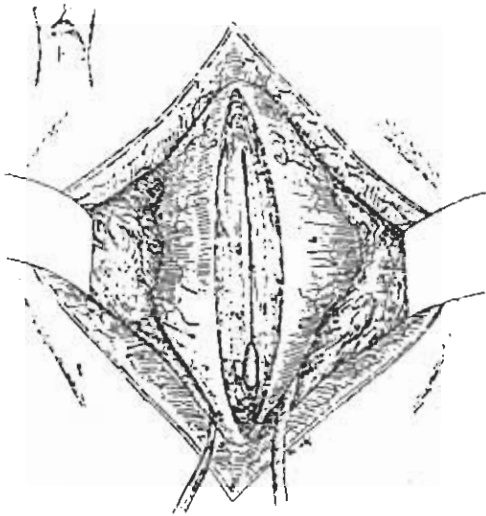




Χειρουργικές Επεμβάσεις

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

ΚΛΑΣΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

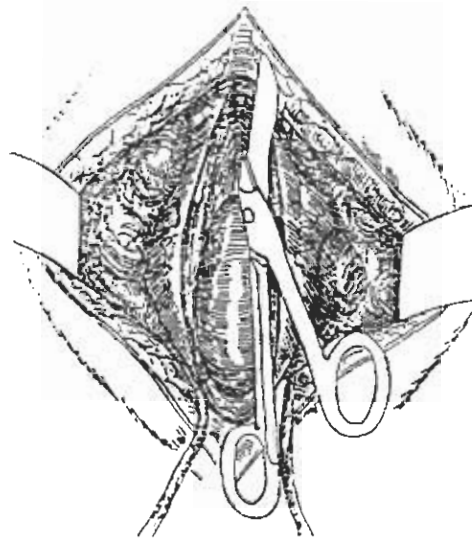


Κάθετη λαπαροτομία, τα δύο τρίτα της τομής κάτω από τον ομφαλό, το ένα τρίτο πάνω από τον ομφαλό.

Η τομή στην μήτρα γίνεται στο ανώτερο τμήμα.

Η παρένθεση δείχνει τη θέση της τομής του δέρματος.

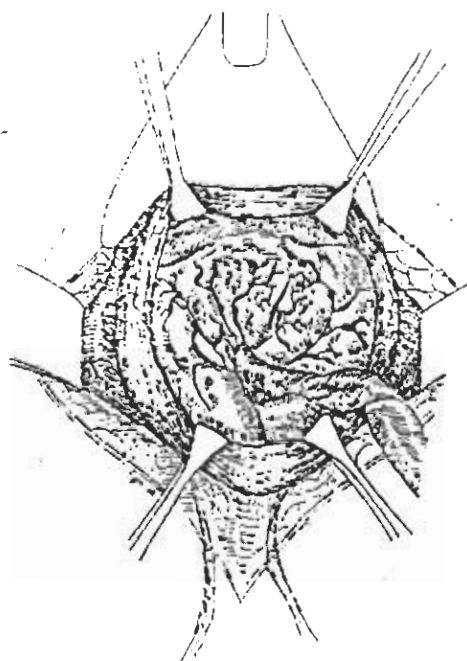
Η τομή πάνω στη μήτρα συμπληρώνεται με ψαλίδι που έχει κουμπί στην άκρη του σκέλους του (ψαλίδι γάζας). Η ενδοφλέβια χορήγηση εκχυλίσματος υποφυσίνης σ' αυτό το χρόνο διευκολύνει την έξοδο εμβρύου και του πλακούντα και ελαττώνει την αιμορραγία.

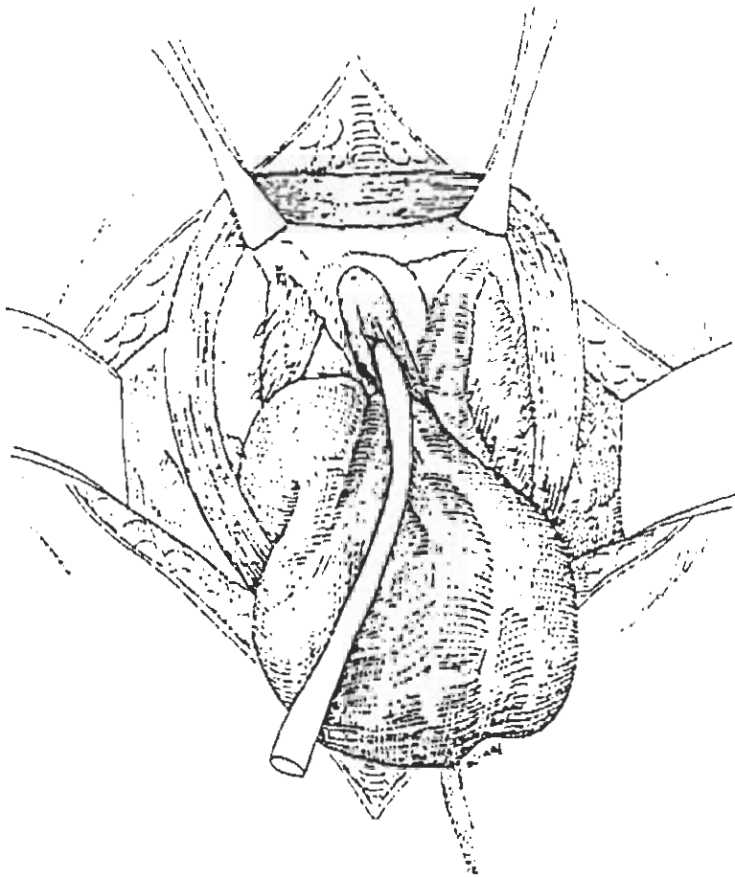




Το έμβρυο πιάνεται από το πόδι ή τα πόδια και βγαίνει μέσα από το τραύμα του πυθμένα της μήτρας όπως σε περίπτωση ισχιακής προβολής.

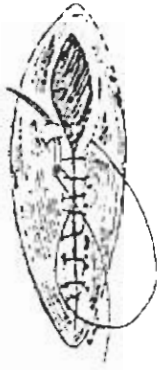
Οι συστολές της μήτρας, που προκαλούνται με ένα υποφυσιακό σκεύασμα, συνήθως αποβάλλουν γρήγορα τον πλακούντα ή μπορεί να βγει εάν πιέσουμε με τα χέρια είτε από τα κοιλιακά τοιχώματα είτε απευθείας τον πυθμένα της μήτρας ή εάν τον αποκολλήσουμε με τα δάκτυλα και στη συνέχεια εξετάσουμε με τα δάκτυλα την κοιλότητα της μήτρας. Διότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην μείνουν μέσα τη μήτρα υμένες ή κοτυληδόνες του πλακούντα.





Επιωματισμός

Η κοιλότητα της μήτρας μπορεί να επιωματισθεί για να αποφύγουμε οποιαδήποτε επακόλουθη αιμορραγία, όπως γίνεται συνήθως σε προδρομικό πλακούντα. Εάν η μήτρα δεν μπορεί να συσπασθεί δυνατά και ικανοποιητικά κατά τη συρραφή του μητρικού τραύματος, πρέπει να επιωματισθεί. Αφού επιωματισθεί το τμήμα του πυθμένα, χρησιμοποιείται οποιοσδήποτε μικρός μεταλλικός καθετήρας, όπως φαίνεται στην εικόνα, ο οποίος περνά από το μέσα προς το έξω στόμιο του τραχήλου στον κόλπο, ώστε να διευκολυνθεί η αφαίρεση της γάζας μετά ένα εικοσιτετράωρο από τον κόλπο. Προτιμάται η γάζα του επιωματισμού να είναι διαποτισμένη με ιωδοφόρμιο.

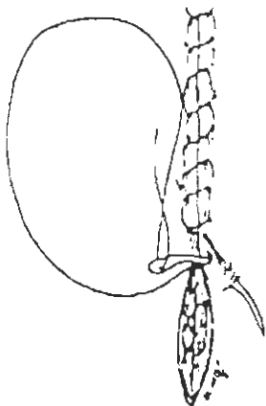


Ραφή με συνεχές ράμμα της μισής εσωτερικής μυϊκής στιβάδας της μήτρας κάτω από το ενδομήτριο με cat-gut chromic No 1 ή με απλό cat-gut No 3.



Συρραφή της υπόλοιπης εξωτερικής μυϊκής στιβάδας με διακεκομμένες ραφές cat-gut chromic No 1 ή απλού cat-gut No 3.

Προσοχή: Να αποφεύγεται το υπερβολικό σφίξιμο των ραμμάτων.



Περιτονο-περιτοναϊκή ραφή. Οι άκρες αναστρέφονται με συνεχή ραφή με cat-gut chromic No 1 ή με απλό cat-gut No3.

Σήμερα ελάχιστες περιπτώσεις απαιτούν την εφαρμογή της κλασικής καισαρικής τομής, που εκτελείται από μη ειδικούς χειρουργούς γυναικολόγους. Επίσης η τομή αυτή εκτελείται σε σηπτικές περιπτώσεις, οπότε επακολουθεί υφολική (Ροιπο) ή ολική υστερεκτομία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η τομή της μήτρας συγκλείνεται πρόχειρα με συνεχείς ραφές και χωρίς να αφαιρεθεί ο πλακούντας.

Προσοχή: Πριν να γίνει η καισαρική τομή πρέπει με μεγάλη προσοχή να απομονώνεται με γάζες (σπληνία) το εγχειρητικό πεδίο από την υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα.⁽⁴⁴⁾

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ Ν. ΛΟΥΡΟΥ

Χρόνοι χαμηλής κάθετης καισαρικής τομής με την τεχνική Ν. Λούρου.

Μέση κάθετη τομή του δέρματος κάτω από τον ομφαλό, του υποδόριου λίπους, της περιτονίας, αμβλεία διαστολή των μυών και διάνοιξη του περιτοναίου.

Απομόνωση του εγχειρητικού πεδίου από την υπόλοιπη περιτοναϊκή κοιλότητα με ειδικές μετρημένες γάζες.

Κάθετη τομή του σώματος της μήτρας από το σημείο αναδιπλώσεως της κυστεομητρικής πτυχής και πάνω, στο ίδιο ύψος με την τομή του κοιλιακού τραύματος.

Πίεση του πυθμένα της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα και έξοδος της κεφαλής του εμβρύου από την τομή της μήτρας. Μερικές φορές εισάγεται η παλάμη, που υποβοηθεί σαν μοχλός την έξοδο της κεφαλής. Αν είναι ισχιακή προβολή, πιάνομε το ένα πόδι και τραβούμε το έμβρυο προς τα έξω.

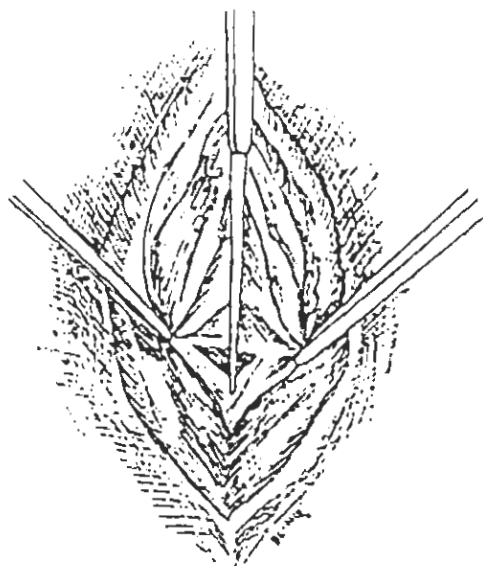
Κατά την εξαγωγή του εμβρύου ο βοηθός πιάνει την απάνω γωνία του τραύματος της μήτρας με λαβίδα Kocher και την τραβά προς τα επάνω. Έτσι δεν ξεχύνεται αμνιακό υγρό και αίμα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Έξοδος του εμβρύου, διατομή του ομφαλίου λώρου χωρίς εργοτίνη-ωκυτοκίνη, πίεση του πυθμένα της μήτρας και εξαγωγή του πλακούντα

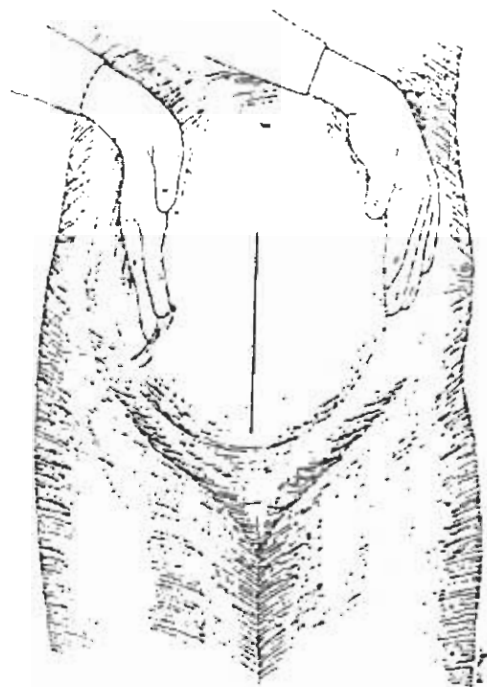
μαζί με τους υμένες, η αποκόλληση του πλακούντα με τα δάκτυλα και λεπτομερής εξέταση της κοιλότητας της μήτρας με τα δάκτυλα.

Αφού τοποθετηθεί ταινία μάκρους ενός μέτρου μέσα στη μήτρα για να ελαττωθεί η αιμορραγία, αλλά και για ερεθισμό της μήτρας για τη συστολή.

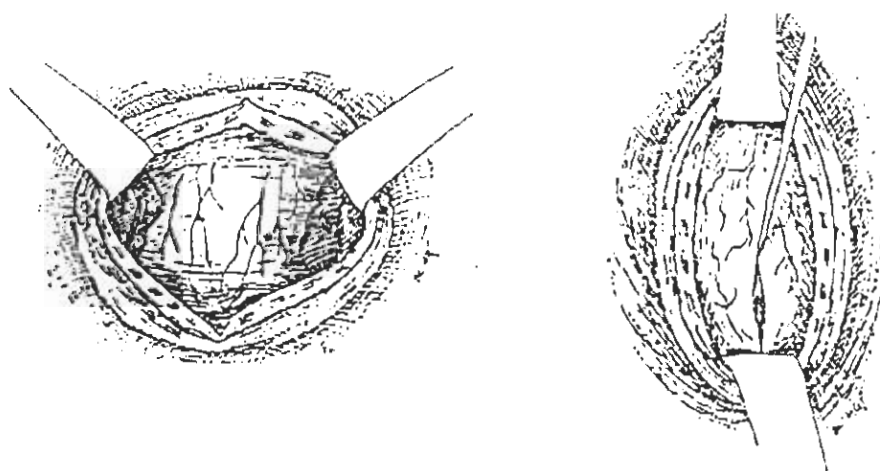
Ραφή κατά στρώματα. 1. Συνεχής ραφή cat-gut No 2 που πιάνει το εσωτερικό μισό του τοιχώματος της μήτρας. 2. Συνεχής ραφή του εξωτερικού υπολοίπου του τραύματος της μήτρας. 3. Συνεχής ραφή πάνω από τις προηγούμενες ραφές του τοιχώματος της μήτρας, που ενώνει το περιμητρικό περιτόναιο. 4. Συνεχής ραφή της κυστεομητρικής πτυχής του περιτοναίου, που καλύπτει μέρος του τραύματος της μήτρας και συνεχίζεται προς τα άνω και συνενώνει το περιμητρικό περιτόναιο από τη μία και την άλλη πλευρά της 3^{ης} ραφής (περιτοναιοπεριτοναϊκή ραφή ή οροορογόγιος ραφή).



Διάνοιξη του περιτοναίου.

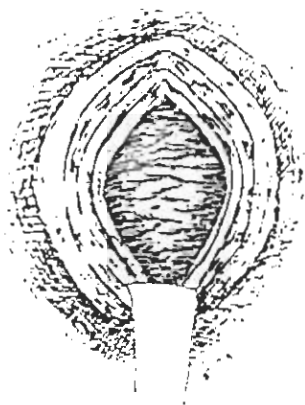


Κατάλληλη συγκράτηση της μήτρας. Έτσι η τομή της μήτρας εφαρμόζεται στο κέντρο. Μέση κάθετη υπομφάλια λαπαροτομία.



Απομόνωση του εγχειρητικού Καλή διάνοιξη κοιλιακού πεδίου από την υπόλοιπη τραύματος. Κάθετη τομή μήτρας. περιτοναϊκή κοιλότητα.

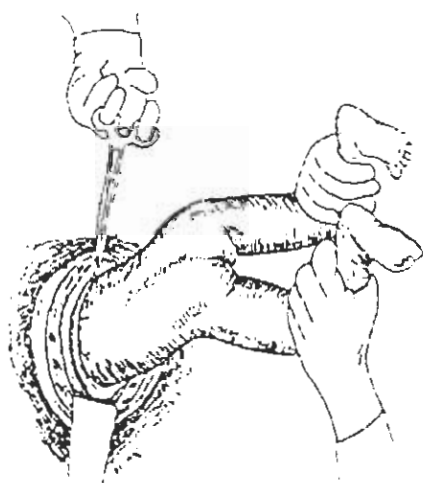
Προβολή της κεφαλής από την τομή της μήτρας.

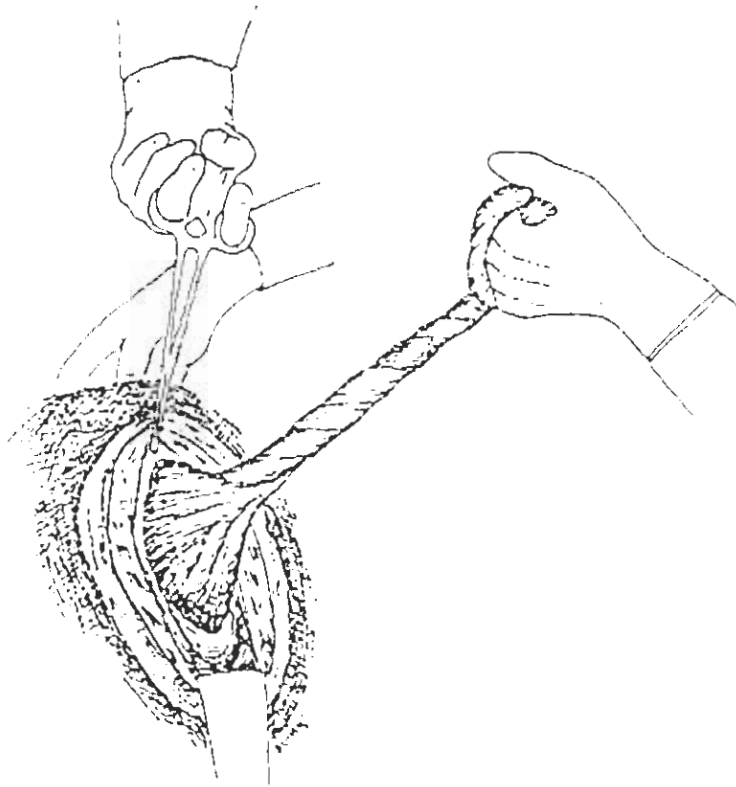


Σύλληψη της επάνω γωνίας της τομής της μήτρας και τράβηγμα προς τα επάνω. Πίεση του πυθμένα της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα και έξοδος της κεφαλής του εμβρύου από το κοιλιακό τραύμα.



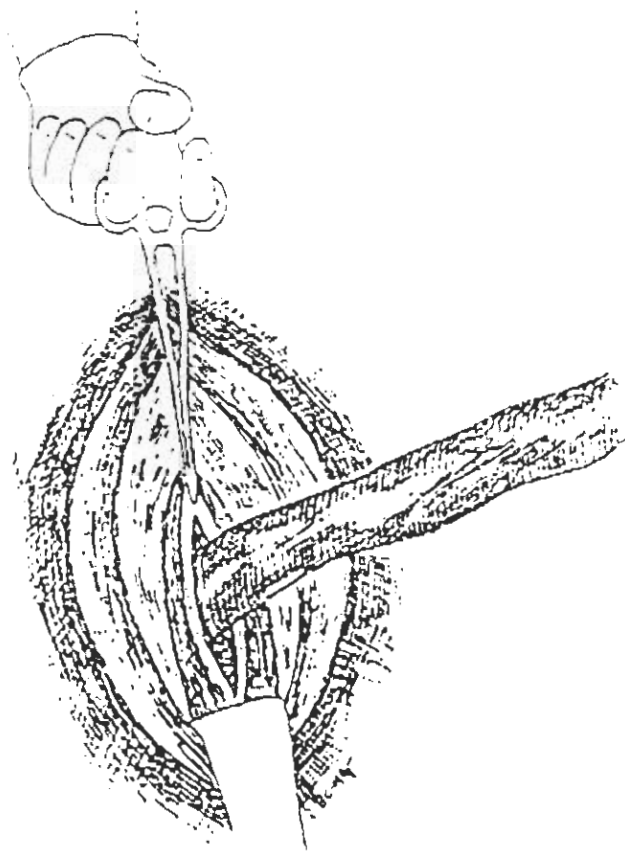
Εξαγωγή του εμβρύου σε περίπτωση ισχιακής προβολής ή έπειτα από εσωτερικό μετασχηματισμό.

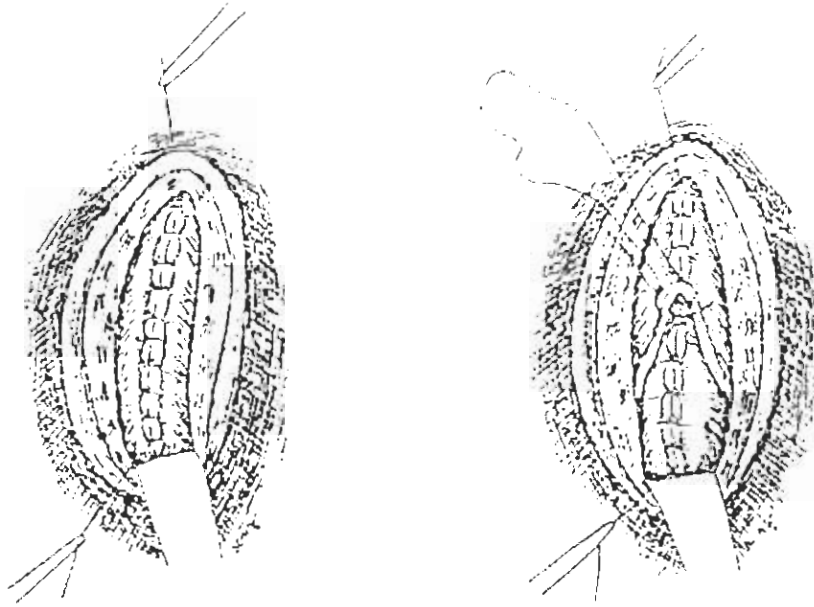




Το τράβηγμα της επάνω γωνίας του τραύματος της μήτρας προστατεύει την περιτοναϊκή κοιλότητα, ώστε να μην μπουν σ' αυτήν αμνιακό υγρό και αίμα. Για την εξαγωγή του πλακούντα πιέζομε τον πυθμένα της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ με το αριστερό χέρι έλκεται προς τα έξω η ομφαλίδα.

Μετά την εξαγωγή του πλακούντα γίνεται προσωρινός επιπωματισμός της κοιλότητας της μήτρας. Αυτό προκαλεί συστολή της μήτρας και ελαττώνει την αιμορραγία.

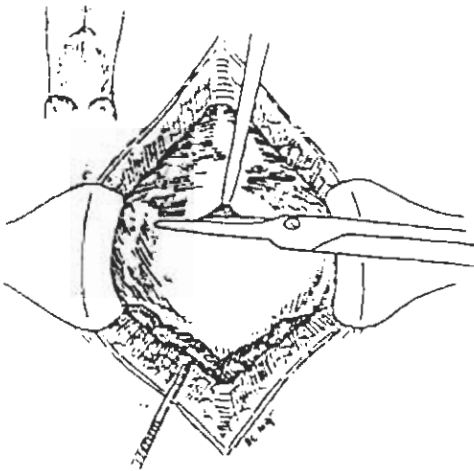




Συνεχείς ραφές της τομής της μήτρας κατά στρώματα. Οι ραφές είναι συνεχείς με απλά cat-gut No 3 (τέσσερις εν όλω).

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

ΚΑΘΕΤΗ ΤΡΑΧΗΛΟΜΗΤΡΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

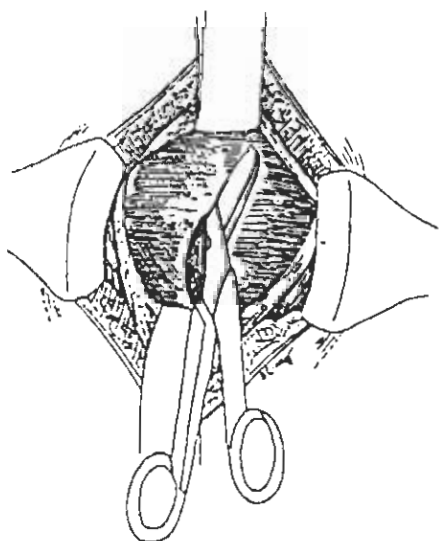
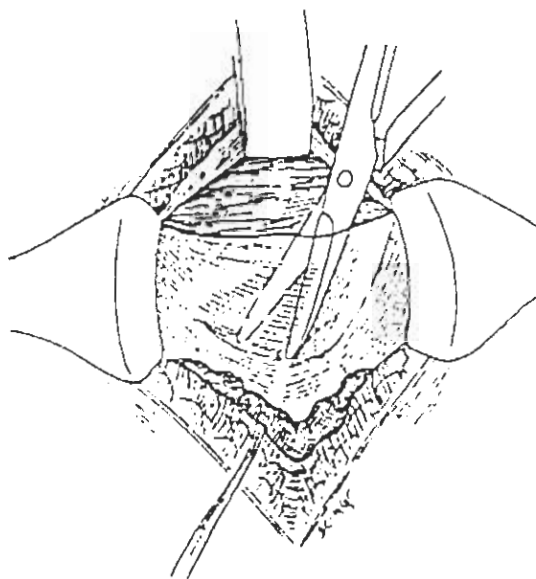


Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται από μας μόνο σε άσηπτες περιπτώσεις και όταν υπάρχει ένδειξη προδρομικού πλακούντα, γιατί παρέχεται η ευκολία να επεκταθεί η τομή, πράγμα που μερικές φορές είναι αναγκαίο.

Αποκαλύπτεται το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Συλλαμβάνεται το περιτόναιο και διατέμνεται εγκάρσιως κατά μήκος της κυστεομητρικής πτυχής.

Στη συνέχεια η κυστεομητρική πτυχή του περιτοναίου αποκολλάται προς τα κάτω σε σχήμα πετάλου με το δάκτυλο ή με τολύπη γάζας. Έτσι αποκαλύπτεται η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου.

Η αποκόλληση του περιτοναίου προς τα επάνω ακολουθείται από παρόμοια αποκόλληση προς τα κάτω ή και με το ψαλίδι., έτσι δε αποκαλύπτεται το κατώτερο τμήμα της μήτρας και μέρος της επιφάνειας του τραχήλου της μήτρας.

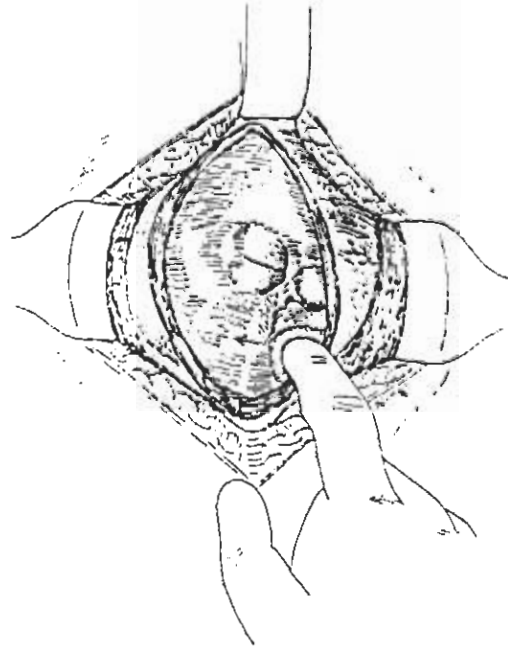


Το κινητοποιημένο περιτόναιο σπρώχνεται προς τα επάνω και το λεπτυσμένο τοίχωμα της μήτρας χαράζεται με νυστέρι. Η τομή επιμηκώνεται με ψαλίδι γάζας ή με το νυστέρι, ο κίνδυνος όμως τραυματισμού του εμβρύου είναι μεγαλύτερος.

Η ενδοφλέβια έγχυση ενός υποφυσιακού σκευάσματος κατά τη στιγμή αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη συστολή της μήτρας και την έξοδο της κεφαλής του εμβρύου.

Η τεχνική είναι η ίδια για όλους τους τύπους της χαμηλής καισαρικής τομής.

Το δάκτυλο σε περίπτωση προσωπικής προβολής εισάγεται μέσα στο στόμα του εμβρύου και γυρίζει το πρόσωπό του προς τα εμπρός.



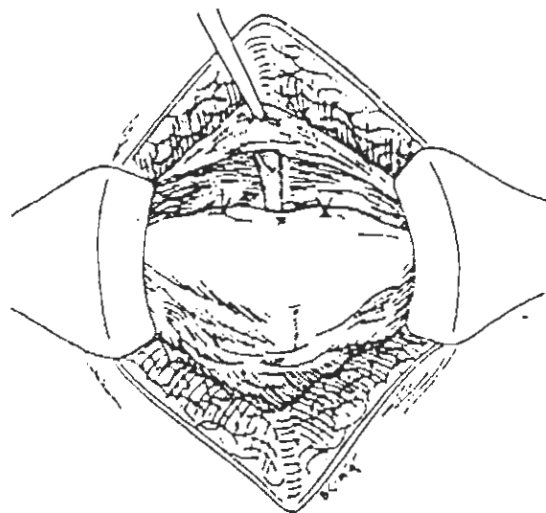
Τοκετός με εμβρυολκό

Μονός βραχίονας εμβρυολκού που χρησιμοποιείται σαν μοχλός και πίεση με το χέρι στον πυθμένα και τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας είναι αρκετά σε πολλές περιπτώσεις για τον τοκετό της κεφαλής.

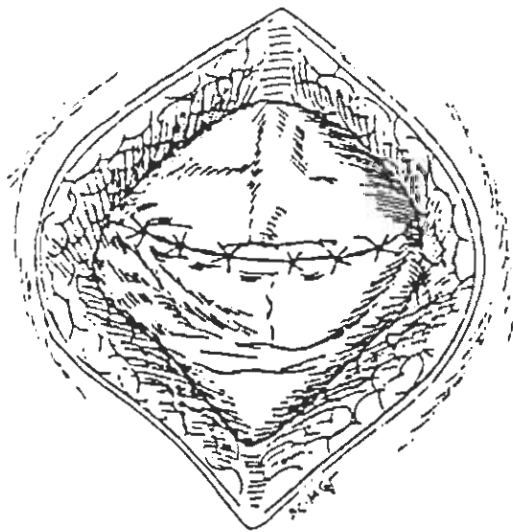
Επίσης το ίδιο μπορούμε να πετύχομε με εισαγωγή της παλάμης ανάμεσα στο εξωτερικό τραχηλικό στομιο και την κεφαλή του εμβρύου, όπου η παλάμη ενεργεί σαν μοχλός.



Η τομή που γίνεται στη μήτρα συγκλείνεται με δύο συνεχείς ραφές κατά στρώματα και με μια τρίτη διακεκομμένη, όπως και στην εγκάρσια τραχηλική τομή, από cat-gut (chromic No 1). Το επάνω τμήμα της περιτοναϊκής πτυχής στερεώνεται προς τα κάτω από δυο διακεκομμένα ράμματα από cat-gut απλό Νο 1.



Η κάτω πτυχή του περιτοναίου (κυστομητρική πτυχή) φέρεται έτσι ώστε να υπερκαλύπτει την επάνω πτυχή, στερεώνεται δε με διακεκομμένα ράμματα από cat-gut (απλό No 1) ή με συνεχή ραφή.



Η υπερκάλυψη των στρωμάτων με την κυστομητρική πτυχή εμποδίζει την πιθανή διαφυγή λοχίων και τον κίνδυνο συμφύσεως της τραυματικής επιφάνειας της μήτρας με εντερικές έλικες και τη δημιουργία μηχανικού ειλεού.

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

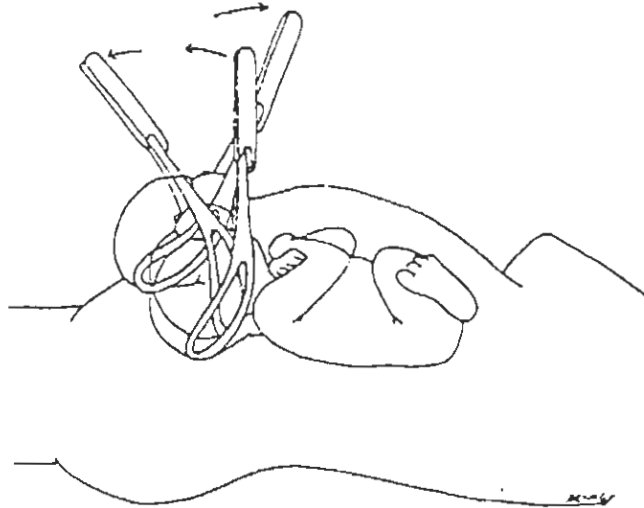
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ - ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΟ



Τοκετός με εμβρυουλκό

Για τον τοκετό τοποθετούνται στα πλάγια της κεφαλής του εμβρύου βραχείς εμβρυουλκοί. Γενικώς, όμως σε κάθε είδους καισαρική τομή πρέπει να αποφεύγονται, γιατί αυξάνουν τη νοσηρότητα του εμβρύου.

Η κεφαλή με τη βοήθεια του εμβρυουλκού εκτείνεται για να βγει το πηγούνι και ακολουθεί τράβηγμα προς τα επάνω, σαν με μοχλό για να βγει το ινίον.



Προσοχή: Υπάρχει κίνδυνος να επεκταθεί η τομή προς τα επάνω και ιδίως προς τα κάτω με κίνδυνο να πάθει ρήξη η ουροδόχος κύστη. Η

χαμηλή τραχηλομητρική τομή είναι καλύτερη από τη χαμηλή καισαρική τομή, γιατί αποκολλιέται η κυστεομητρική πτυχή προς τα κάτω και το περιτόναιο προς τα άνω. Έτσι η τομή περιλαμβάνει και μέρος του τραχήλου και είναι δυνατόν, μετά τη συρραφή της τομής της μήτρας, να επικαλυφθεί ολόκληρη η τομή με την κυστεομητρική πτυχή.⁽⁴⁵⁾

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

ΕΓΚΑΡΣΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ (ΤΕΧΝΙΚΗ Β. ΚΟΥΤΗΦΑΡΗ)

Γενικότητες – Συνοπτική Περιγραφή

Τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά Pfannenstiell.

Κάθετη ή επιμήκης τομή της περιτονίας και διαχωρισμός των ορθών κοιλιακών μυών. Αν η διάνοιξη στην κάθετη τομή της περιτονίας δεν είναι αρκετά πλατιά, εκτελούμε και δύο μικρές εγκάρσιες τομές από τη μία και την άλλη πλευρά της περιτονίας. Έτσι μεγαλώνει περισσότερο το κοιλιακό άνοιγμα.

Κάθετη διάνοιξη του περιτοναίου.

Εισαγωγή διαστολέων και απομόνωση της κοιλιάς από το εγχειρητικό πεδίο με τρεις ειδικές μετρημένες γάζες.

Διάνοιξη της κυστεομητρικής πτυχής, η οποία αποκολλιέται προς τα κάτω με ένα ή με δύο δάκτυλα (το δείκτη ή το δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο).

Μικρή εντερική εγκάρσια τομή στο πρόσθιο μητρικό τοίχωμα, που αποκαλύφθηκε με την αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής.

Αμβλεία επέκταση της τομής αυτής προς τα πλάγια με τους δείκτες των δυο χεριών.

Εισαγωγή του αριστερού χεριού σαν μοχλού και πίεση του πυθμένα της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα με το δεξί χέρι. Έξοδος της κεφαλής, σύλληψη και έλξη, με τη θυριδωτή λαβίδα, του επάνω χείλους της τομής της μήτρας και στη συνέχεια με αργές κινήσεις εξαγωγή του σώματος του εβρύου. Έτσι αποφεύγεται η είσοδος αμνιακού υγρού ή αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Διατομή του ομφαλίου λώρου.

Αποκόλληση του πλακούντα με τα δάκτυλα και στη συνέχεια ψηλάφηση της μήτρας με τα δάκτυλα ή πίεση της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ συγχρόνως με το αριστερό χέρι τραβούμε τον πλακούντα από τον ομφάλιο λώρο.

Με τέσσερις θυριδωτές λαβίδες συλλαμβάνονται οι τραυματικές γωνίες στα άκρα της τομής της μήτρας.

Πρώτη συνεχής ραφή του τραύματος της μήτρας από τη δεξιά προς την αριστερή γωνία με cat-gut No 2. Η πρώτη αυτή ραφή συλλαμβάνει το εσωτερικό μισό του τοιχώματος της τομής της μήτρας.

Δεύτερη συνεχής ραφή που επικαλύπτει την πρώτη. Η ραφή αυτή συλλαμβάνει το εξωτερικό μισό του τοιχώματος της μήτρας.

Προσοχή: Το ράμμα της δεύτερης συνεχούς ραφής δεν πρέπει να περνά από την κοιλότητα της μήτρας, πρέπει δηλαδή να επικαλύπτει την πρώτη ραφή.

Τρίτη ραφή, με διακεκομμένα ράμματα (στηρικτική ραφή) πάνω από τις δύο συνεχείς ραφές σε σχήμα διπλού W, όπως και στην περίπτωση ινομυωματοεκτομίας.

Επικάλυψη της τραυματικής επιφάνειας με την κυστεομητρική πτυχή με συνεχή ραφή από απλό cat-gut No 0.

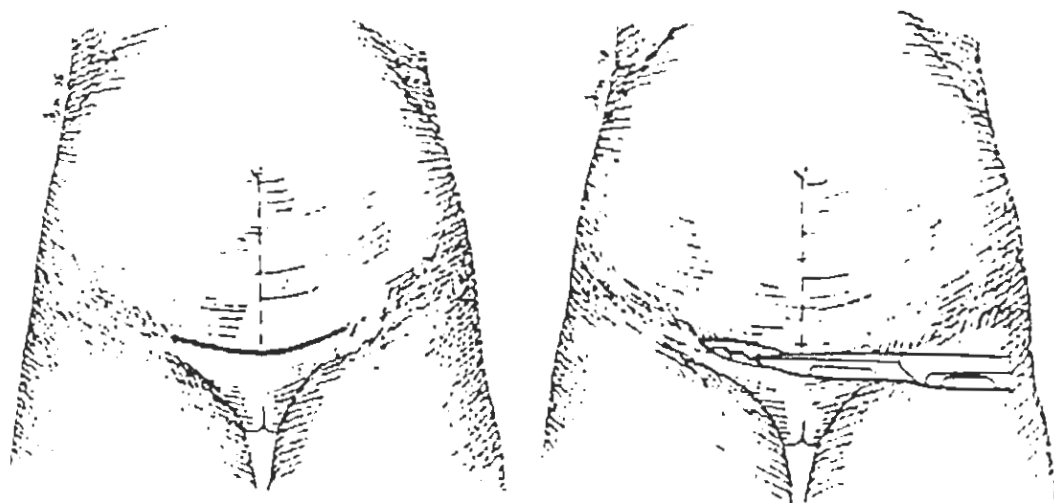
Σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά στρώματα.

Πλεονεκτήματα: α) μικρότερη αιμορραγία γιατί η τομή γίνεται σε πολύ λεπτό τοίχωμα της μήτρας. β) Η συρραφή του τραύματος είναι ευκολότερη και ταχύτερη. γ) Το ποσοστό ρήξεως της μήτρας φαίνεται πως είναι μικρότερο. δ) Το ποσοστό εντερικών συμφύσεων πολύ μικρότερο σχεδόν ανύπαρκτο. ε) η μετεγχειρητική νοσηρότης σαφώς μικρότερη.

Μειονεκτήματα: α) είναι μακρότερου χρόνου η διάρκεια της εγχειρήσεως (διάνοιξις κυστερομητρικής – κατάσπαση ουροδόχου κύστεως και β) διότι υφίσταται κίνδυνος προεκτάσεως της τομής και ρήξεως των μητριαίων αγγείων. ⁽⁴⁴⁾

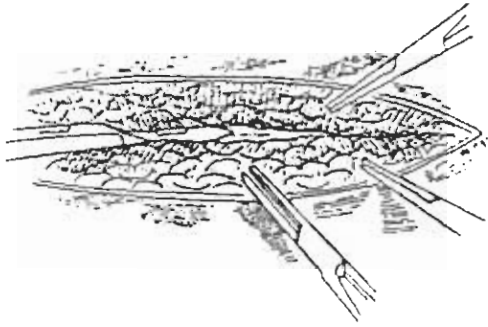
ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

ΕΓΚΑΡΣΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ (ΤΕΧΝΙΚΗ Β. ΚΟΥΤΗΦΑΡΗ)

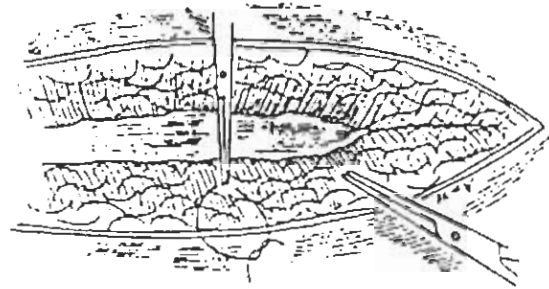


Χαμηλή εγκάρσια τομή του δέρματος.

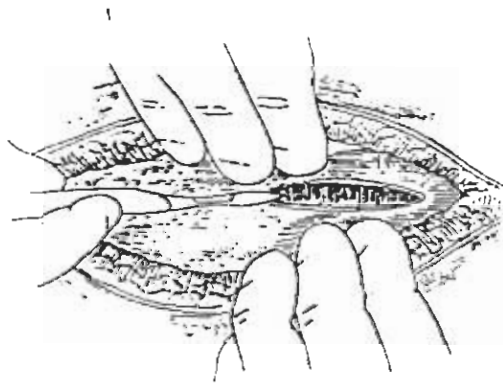
Τομή του υποδόριου λίπους με νυστέρι ή ηλεκτρικό μαχαιρίδιο (διαθερμίας).



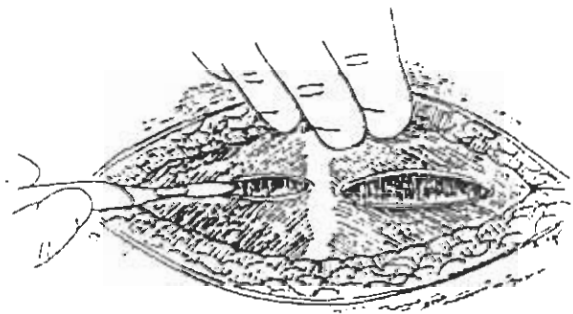
Απολίνωση αγγείων υποδόριου λίπους.



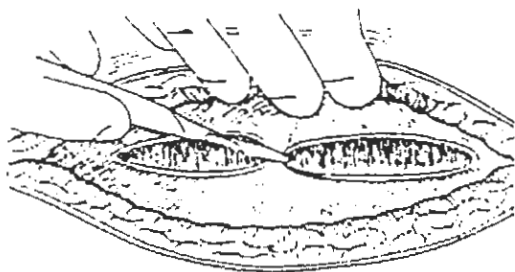
Συμπλήρωση τομής υποδόριου λίπους και αιμόσταση με ράμματα απλά cat-gut No 0.



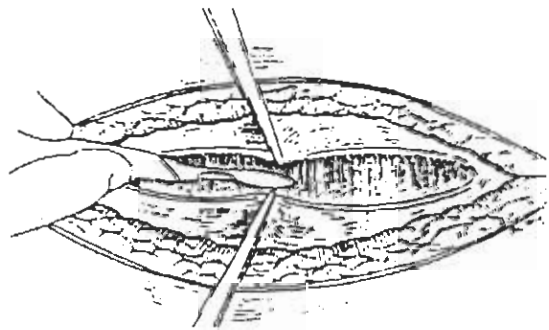
Εγκάρσια τομή της περιτονίας δεξιά.



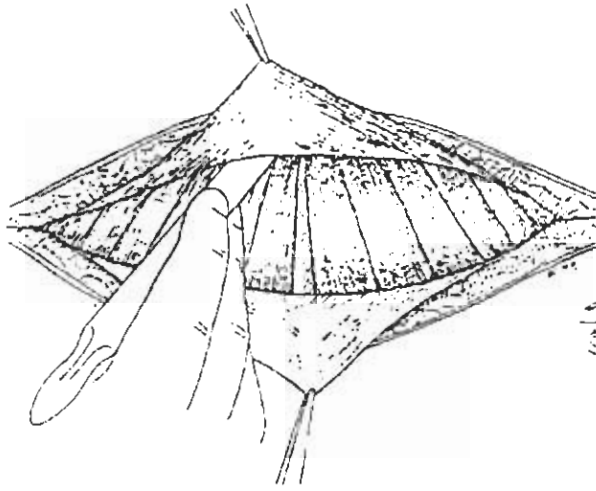
Συνέχιση της τομής της εγκάρσιας περιτονίας στο άλλο πλάγιο αριστερά



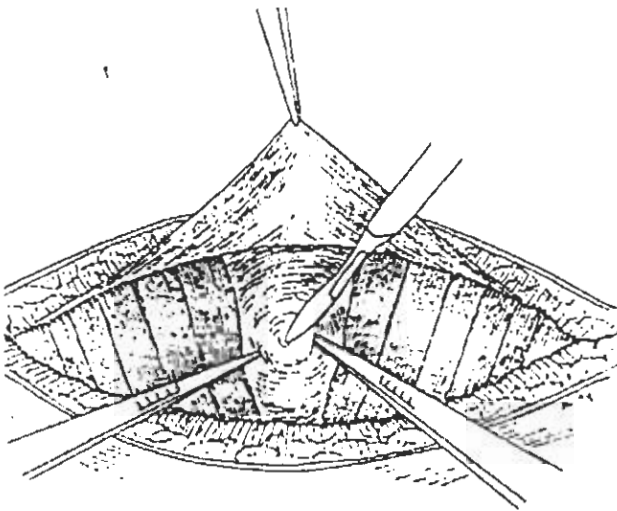
Τομή πετάλων της θήκης των ορθών κοιλιακών μυών στη μέση γραμμή (λευκή γραμμή).



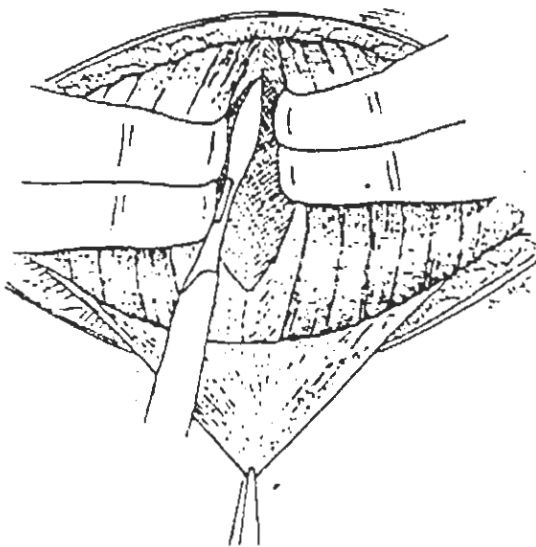
Τέλειος διαχωρισμός των πετάλων της θήκης.



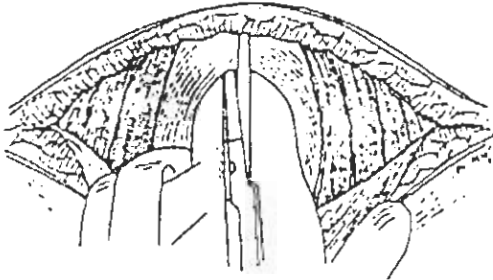
Κινητοποίηση της περιτονίας προς την ηβική σύμφυση και τον ομφαλό.



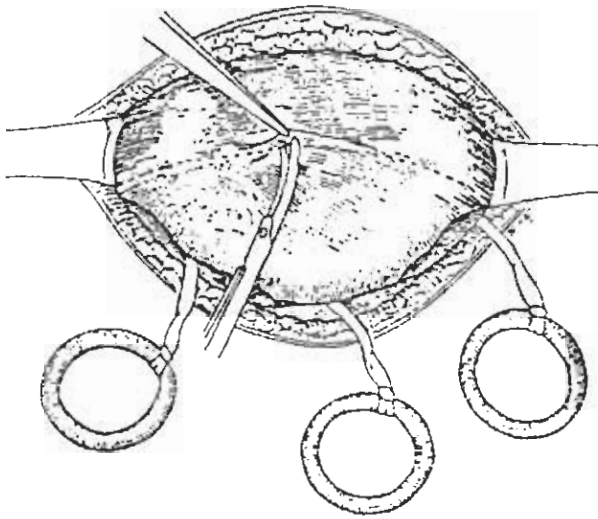
Πλάγιος παραμερισμός των ορθών κοιλιακών μυών. Σύλληψη του περιτοναίου με δύο λαβίδες και διάνοιξη αυτού.



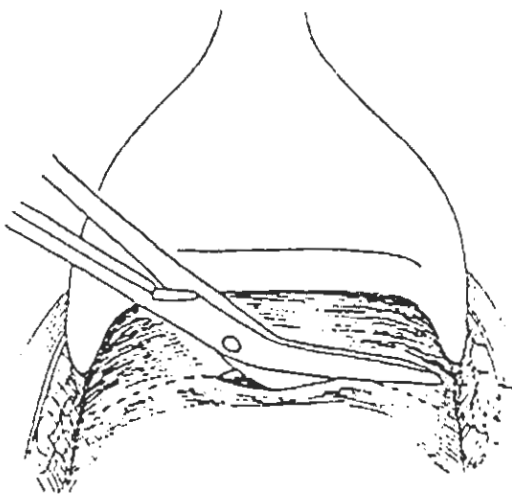
Μεγάλωμα της τομής του περιτοναίου με το μαχαιρίδιο.



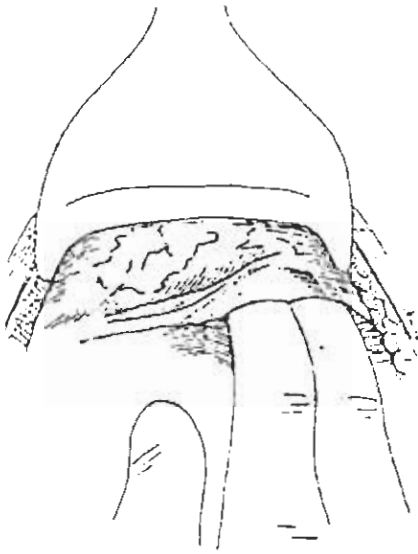
Μεγάλωμα της τομής του περιτοναίου με ψαλίδι.



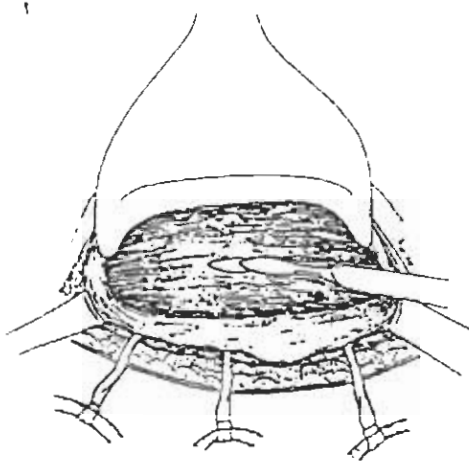
Απομόνωση της υπόλοιπης περιτοναϊκής κοιλότητας με ειδικές μετρημένες γάζες. Έλξη της κυστεομητρικής πτυχής.



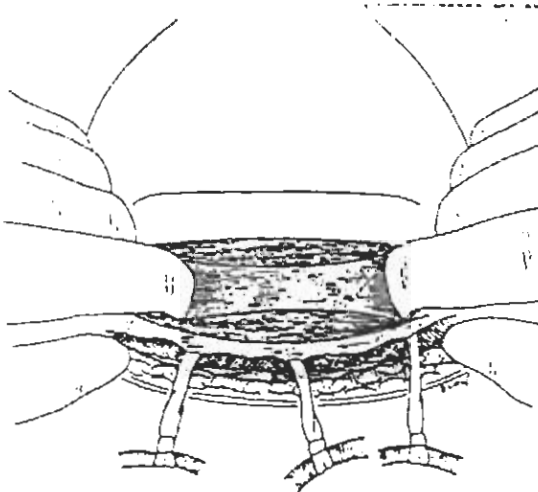
Διάνοιξη της κυστεομητρικής πτυχής.



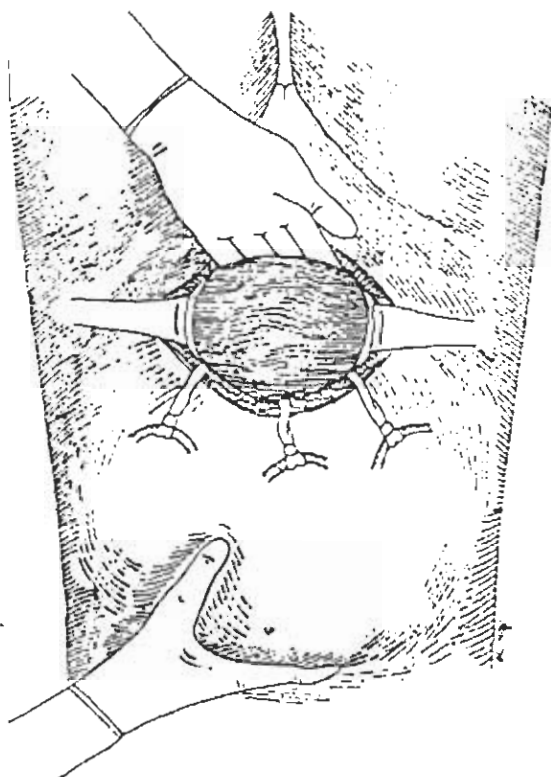
Κινητοποίηση της κυστεομητρικής πτυχής με τα δάκτυλα προς τα κάτω.



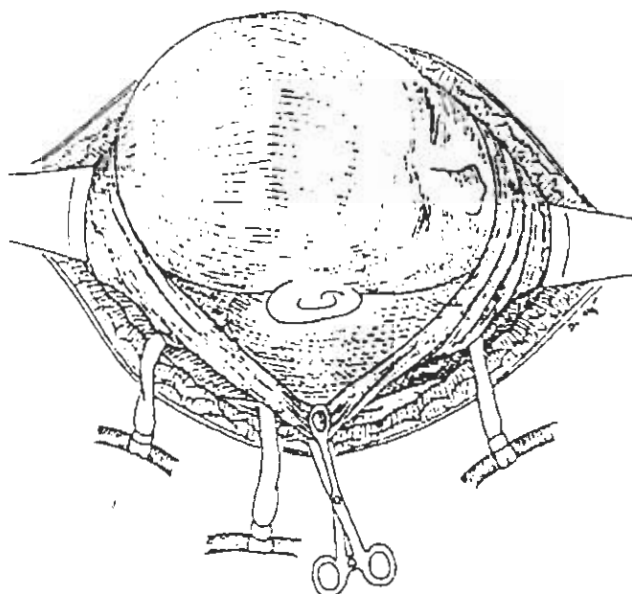
Κεντρική τομή του τοιχώματος της μήτρας που αποκαλύφθηκε μετά από τη διάνοιξη της κυστεομητρικής πτυχής.



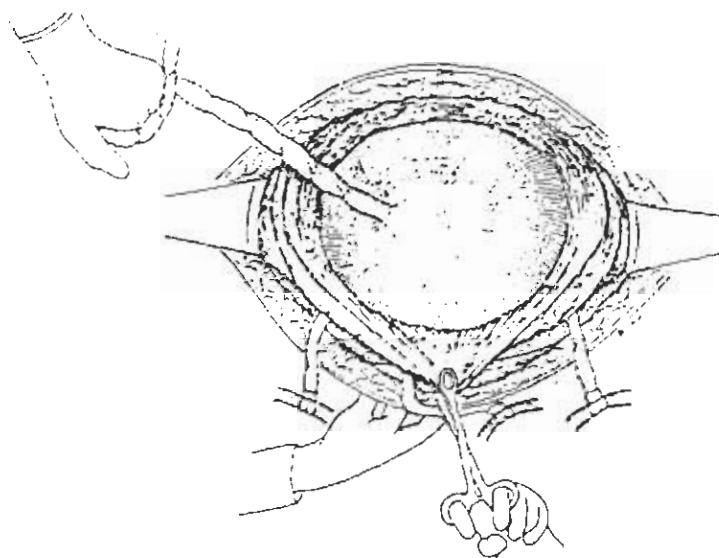
Επέκταση της τομής με τους δείκτες των δύο χεριών.



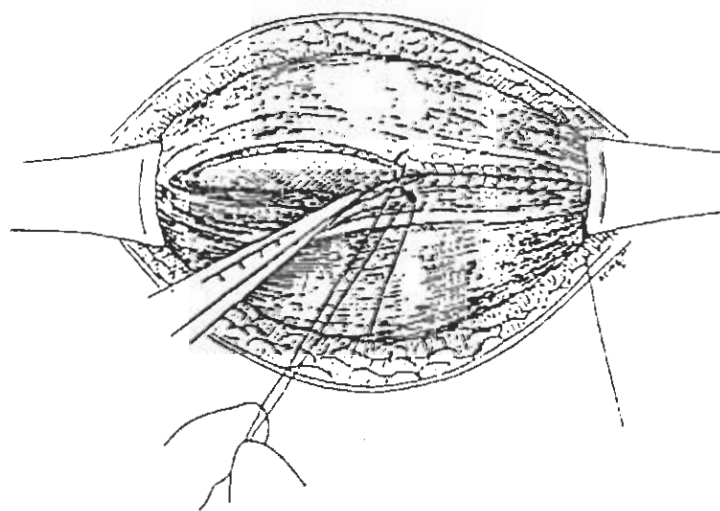
Εισαγωγή του αριστερού χεριού σαν μοχλού και πίεση του πυθμένα της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα με το δεξί χέρι. (Χορήγηση ενδοφλεβίως υποφυσίνης 3i.u.).



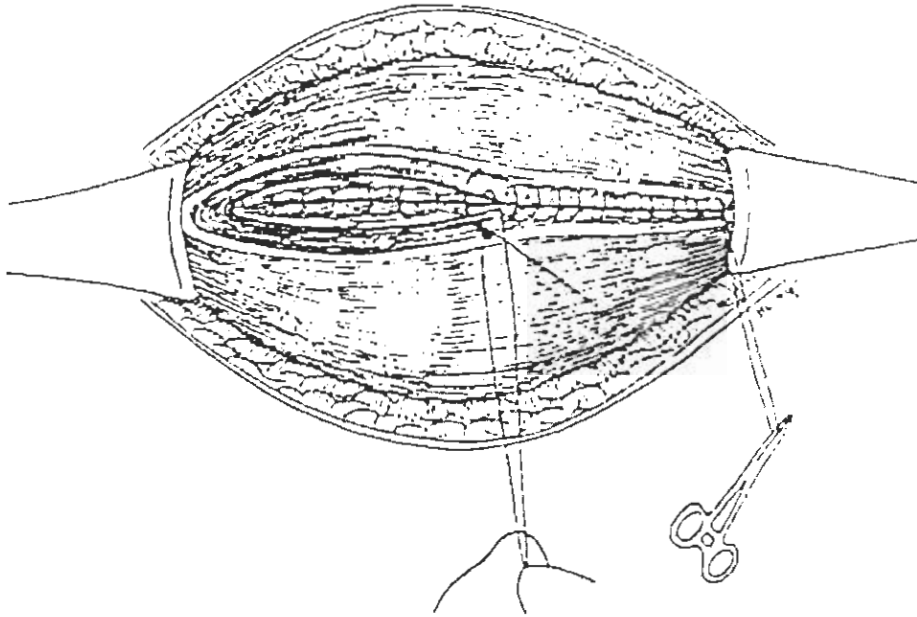
Έξοδος της κεφαλής από το μητρικό και το κοιλιακό άνοιγμα. Το επάνω χείλος της μήτρας συλλαμβάνεται με θυριδωτή λαβίδα και έλκεται προς τα επάνω. Η έλξη του τοιχώματος της τομής της μήτρας προς τα επάνω εμποδίζει την είσοδο αμνιακού υγρού ή αίματος μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.



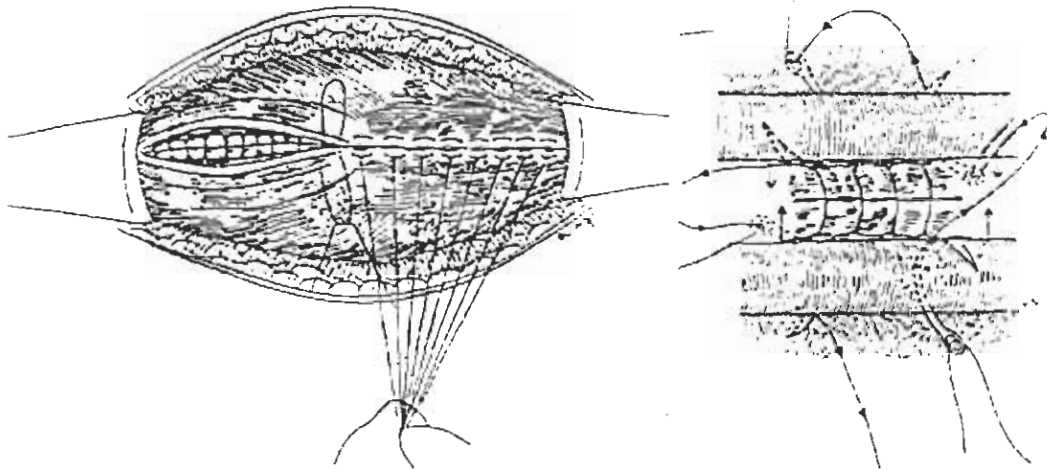
Εξαγωγή του πλακούντα με πίεση της μήτρας από τα κοιλιακά τοιχώματα και τράβηγμα της ομφαλίδας με το άλλο χέρι. Η εξαγωγή του πλακούντα γίνεται επίσης με εισαγωγή το αριστερού χεριού μέσα στη μήτρα και την αποκόλλησή του με τα δάκτυλα. Ακολουθεί πάντοτε και προσεκτική ψηλάφηση της κοιλότητας της μήτρας με τα δάκτυλα.



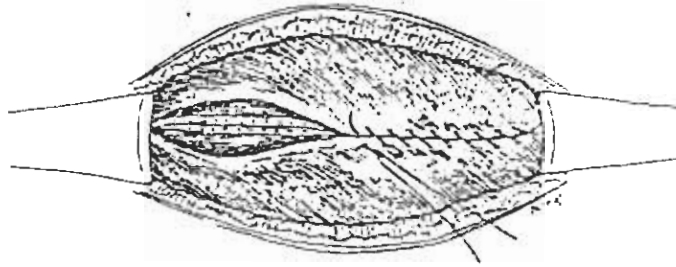
Πρώτη συνεχής ραφή του τραύματος της μήτρας από τη μια γωνία του ως την άλλη. Η ραφή αυτή πιάνει το εσωτερικό μισό του τοιχώματος του τραύματος της μήτρας. Ράμμα από απλό cat-gut No 2.



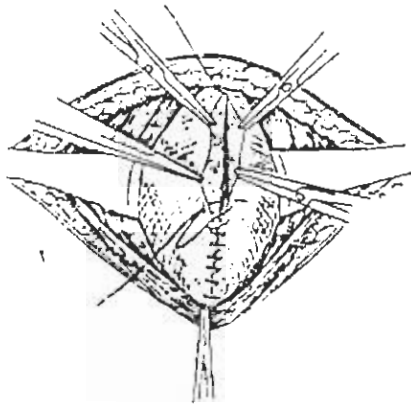
Δεύτερη συνεχής ραφή που επικαλύπτει την πρώτη, πιάνοντας το υπόλοιπο τοίχωμα του τραύματος της μήτρας χωρίς να περνά από την κοιλότητα της μήτρας. Απλό ράμμα από cat-gut No 2.



Τρίτη ραφή (στηρικτική) με διακεκομμένα ράμματα (cat-gut No 2):
Σχήμα διπλού W πάνω από τη δεύτερη συνεχή ραφή.



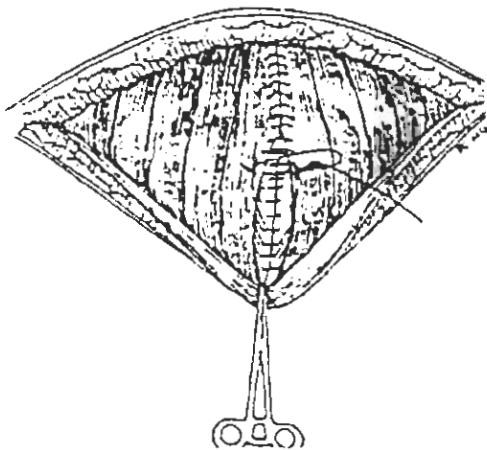
Επικάλυψη της τραυματικής επιφάνειας με την κυστεομητρική πτυχή με συνεχή ραφή από cat-gut No 0.



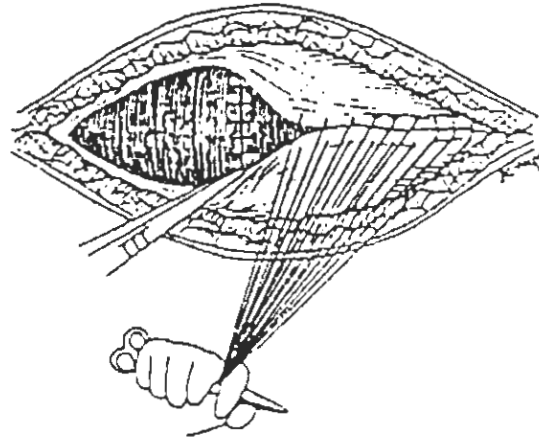
Σύγκλειση του περιτοναίου με συνεχή ραφή από απλό cat-gut No3.



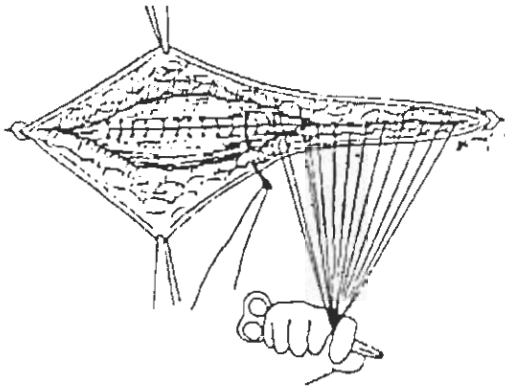
Δέσιμο του ράμματος της συνεχούς ραφής με το διακεκομμένο ράμμα που έδεσε την κάτω γωνία της τομής το περιτοναίου.



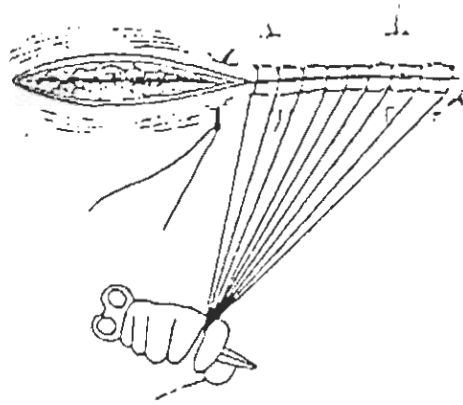
Συνένωση των ορθών κοιλιακών μυών με το ίδιο ράμμα.



Συρραφή της περιτονίας με διακεκομμένα ράμματα (Απλά από cat-gut No 3).



Τοποθέτηση διακεκομμένων ραμμάτων από cat-gut No 0 για τη συρραφή του υποδόριου λίπους.

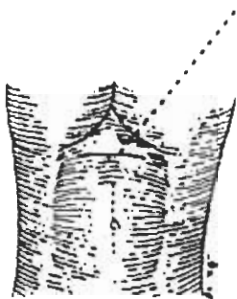


Συρραφή του δέρματος με διακεκομμένα ράμματα από μετάξι ή λινή κλωστή.

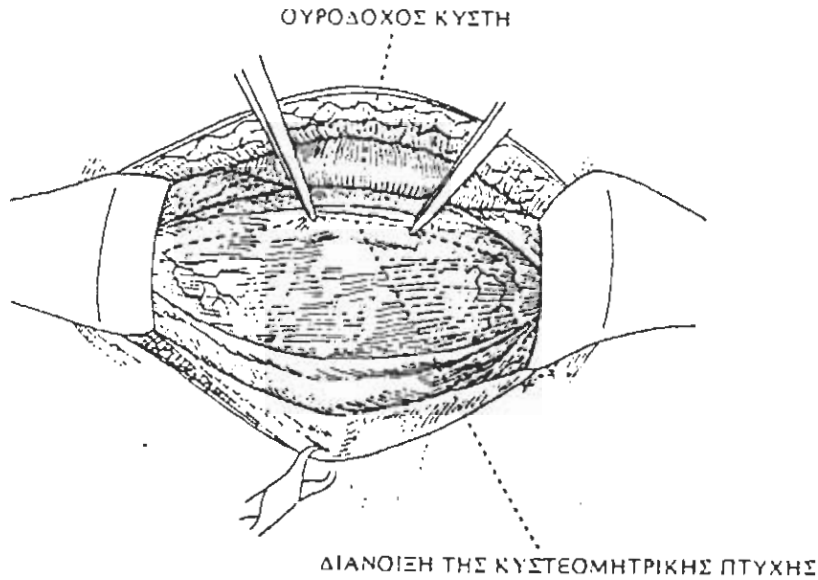
Εγκάρσια τραχηλική καισαρική τομή με αποκλεισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας που εφαρμόζεται σε σηπτικές περιπτώσεις (Τεχνική Β. Κουτηφάρη)

Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται με σκοπό να αποκλεισθεί η κοιλότητα του περιτοναίου από μόλυνση σε επίτοκες ύποπτες για μόλυνση ή μολυσμένες περιπτώσεις (πυρετός, πρόσφατη συνουσία, κολπικές εξετάσεις κλπ.).

ΕΓΚΑΡΣΙΑ ΤΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ

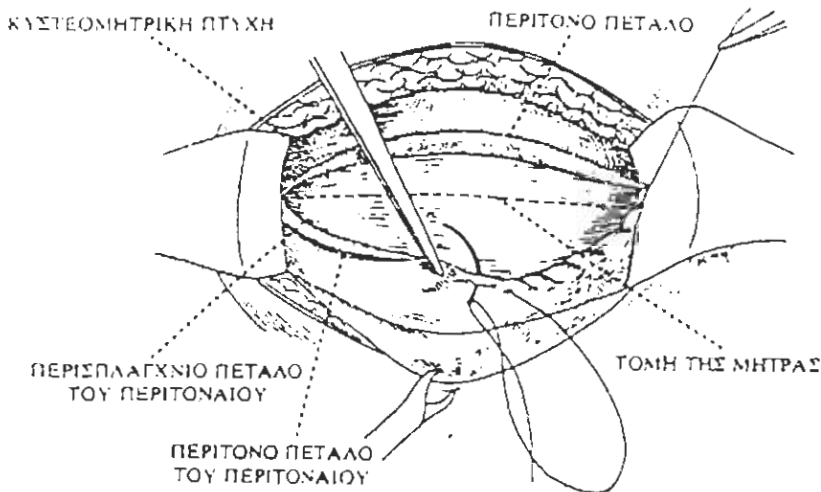


Δείχνει τη θέση της τομής του δέρματος και του υποδόριου λίπους, της εγκάρσιας περιτονιας και το περίτονονο πετάλου του περιτοναίου.



Το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου της μήτρας και στην κυστεομητρική πτυχή διανοίγεται εγκαρσίως και αποκολλιέται γύρω-γύρω κυκλικά, προς τα επάνω και προς τα κάτω, με τη βοήθεια της πολυποδολαβίδας και με το δάκτυλο.

Εγκάρσια τραχηλική καισαρική τομή με αποκλεισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας



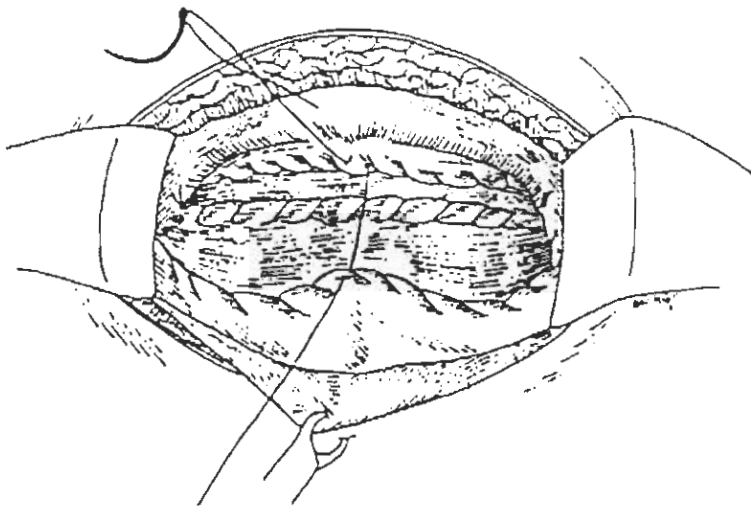
Το περίτονο και το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου ράβονται γύρω- γύρω κυκλικά με συνεχή ραφή (chromic cat-gut No 1).

Έτσι η περιτοναϊκή κοιλότητα απομονώνεται και η τομή της μήτρας θα γίνει με προσπέλαση από το ωοειδές στόμιο με χωρίς περιτόναιο που εδημιουργήθηκε.

Μετά την κυκλική συνένωση των πετάλων του περιτοναίου (περισπλάχνιο με περίτονο) και τον αποκλεισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας διανοίγεται η επιφάνεια της μήτρας εκεί που δεν καλύπτεται από περιτόναιο (στικτή γραμμή).

Ακολουθούν: διάνοιξη της μήτρας, εξαγωγή του εμβρύου και του πλακούντα και συρραφή του τραύματος της μήτρας κατά τη δική μας τεχνική που αναφέραμε μιλώντας για την εγκάρσια τραχηλική καισαρική τομή.

Κυκλική συνένωση των περιτόνων και περισπλαχνίων πετάλων του περιτόναιου με συνεχή ραφή από ατραυματικό Cat-Gut No1.



Σύγκλειση των πετάλων του περιτοναίου με συνεχή ραφή (cat-gut No 2). Τοποθέτηση παροχετεύσεως του εγχειρητικού πεδίου. Ακολουθεί σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά στρώματα. ⁽⁴⁴⁾

Μετεγχειρητική αγωγή της εγκύου

Μετά το χειρουργείο ακολουθεί η μετεγχειρητική αγωγή της εγκύου.

Η μετεγχειρητική φάση της χειρουργικής Μαιευτικής – Γυναικολογίας είναι από τις πιο σημαντικές και έχει ως αντικείμενο την προσπάθεια για ανατομική αποκατάσταση και φυσιολογική επούλωση και ανάρρωση της άρρωστης, στο συντομότερο χρονικό διάστημα και με την ελάχιστη δυσφορία της.

Κάθε απόφαση που παίρνεται και κάθε οδηγία που αναγράφεται μετά τη μετεγχειρητική φάση πρέπει να γίνεται αφού ληφθεί υπόψη ότι σε ειδικές περιπτώσεις ένας παράγοντας είναι δυνατόν να αποδειχθεί επιζήμιος για τον άλλο.

Οι οδηγίες που δίνονται, όταν η άρρωστη βγαίνει από το χειρουργείο, πρέπει να είναι σύντομες και σαφείς και ποτέ να μην λησμονούμε ότι αντιμετωπίζουμε χειρουργημένες άρρωστες και όχι εγχειρήσεις.

Η παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών λειτουργικών έχει ιδιαίτερη σημασία και πρέπει να συνεχισθεί σε όλη την περίοδο της αναρρώσεως. Η καθημερινή καταγραφή της θερμοκρασίας, των σφύξεων, των αναπνοών και της αρτηριακή πίεσεως, είναι επίσης σημαντική κατά τη φάση της ανανήψεως μετά την αναισθησία και τις άλλες μετεγχειρητικές ημέρες. Η άρρωστη πρέπει να παρακολουθείται διαρκώς κατά το διάστημα αυτό με μεγαλύτερη προσοχή κατά το πρώτο 3ήμερο μέσα σε ειδικό δωμάτιο ή πτέρυγα του νοσοκομείου. Η χειρουργημένη άρρωστη πρέπει να μετακινείται προς τα δεξιά και αριστερά αρκετά συχνά, ώστε να εκπτύσσονται και οι δύο πνεύμονες. Γενικά η άρρωστη πρέπει να κινετοποιείται επάνω στο κρεβάτι όσο

γίνεται πιο σύντομα, ακόμα και από το πρώτο 24ωρο μετά από την εγχείρηση.⁽⁴⁶⁾

Η λογοδοσία πρέπει να περιλαμβάνει ειδικές οδηγίες για τη χορήγηση ενός οπιούχου φαρμάκου για την ανακούφιση της από τον πόνο και τη δυσφορία.

Η χορήγηση αίματος και υγρών βασίζεται στις υπολογιζόμενες ανάγκες. Το ποσόν και το είδος των ηλεκτρολυτών που δεν περιέχονται στα χορηγούμενα υγρά, θα ποικίλλουν κατά τις περιστάσεις. Γενικώς το ποσό των υγρών που χορηγούνται ημερησίως θα κυμαίνεται γύρω στα 2 κιλά. 1

Τέτοιες ποσότητες συνήθως δεν είναι δυνατόν να χορηγηθούν από το στόμα κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο (τρία 24ωρα) και γι' αυτό σημαντικό μέρος θα χορηγείται με ενδοφλέβια χορήγηση.

Το ακριβές ποσόν, ο ρυθμός χορηγήσεως και ο χρόνος της εγχύσεως πρέπει να καθορίζονται σαφώς στις μετεγχειρητικές οδηγίες.

Μετά την ανάνηψη της άρρωστης από την αναισθησία, παρουσιάζεται ένα σύνολο προβλημάτων, διαφορετικό για την κάθε άρρωστη. Ανεξάρτητα από αυτό, θα συνεχισθεί οπωσδήποτε η καταγραφή των σφίξεων, της θερμοκρασίας και της αναπνοής και η ασθενής θα χρειασθεί παραπέρα οπιούχα για τον πόνο και τη δυσφορία.

Μπορεί να χρειασθεί να αλλάξουμε το σκεύασμα, αν η ναυτία και ο έμετος επιμένουν. Οι μετρήσεις της πίεσεως καταγράφονται αν αυτό επιβάλλεται από την ιδιαίτερη περίπτωση που αντιμετωπίζουμε.

Ο μόνιμος καθετήρα της ουροδόχου κύστεως, που τοποθετήθηκε προεγχειρητικά, πρέπει να παραμείνει επί 2-3 24ωρα μετά την

εγχείρηση. Έτσι υπάρχει η δυνατότητα να ελέγχομε το ποσό και τη σύσταση των ούρων, γιατί η δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως μετά από γυναικολογική επέμβαση είναι πολύ συχνή.

Αν και υπάρχουν διάφορα σχέδια μετεγχειρητικής αγωγής βασική εντολή πρέπει να είναι η αποφυγή της υπερδιατάσεως της ουροδόχου κύστεως. Και ένα μονάχα τέτοιο επεισόδιο μπορεί να προκαλέσει διάταση της κύστεως σε τέτοιο βαθμό, ώστε να περάσουν πολλές ημέρες ώσπου να αποκατασταθεί η ικανότητα για την πλήρη κένωσή της.

Γενικά όταν περιμένουμε δυσκολίες από την ουροδόχο κύστη, λόγω του είδους της επεμβάσεως που έγινε, πρέπει να δοθούν οδηγίες που να περιλαμβάνουν και τον έλεγχο του καθετήρα.⁽⁴⁷⁾

Είναι σκόπιμο επίσης να χορηγούνται μικρές προφυλακτικές δόσεις από μη τοξικούς χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, εάν η φύση της επεμβάσεως δημιουργεί πολλές πιθανότητες για ανάπτυξη μιας κυστίτιδας.

Είναι ακόμα δυνατόν για μια ή δυο μέρες μετά την επέμβαση να αναμένεται ειλεός. Γι' αυτό συμβουλεύουμε οι λήψεις υγρών από το στόμα να περιορίζονται σε μικρές δόσεις, ώσπου να αποκατασταθεί η ομαλή περισταλτικότητα του εντέρου, τα δε υγρά, τα οποία είναι ανάγκη να παίρνει επί πλέον η άρρωστη, χορηγούνται ενδοφλεβίως σταγόνα-σταγόνα. Έτσι έχουμε και την ευκαιρία να χορηγούμε και διάφορα φάρμακα (αντιβιοτικά, βιταμίνες κλπ) χωρίς να τρυπάμε την ασθενή συχνά. Επίσης έτσι επιτυγχάνουμε και σταθερή πυκνότητα του χορηγούμενου αντιβιοτικού. Καμιά φορά ο ειλεός είναι αρκετά σοβαρός,

ώστε να προκαλεί διάταση του στομάχου. Μια απλή κένωση – πλύση του στομάχου φέρνει μεγάλη ανακούφιση.

Στις σοβαρότερες περιπτώσεις επιβάλλεται η τοποθέτηση ενδογαστρικού σωλήνα Levin ή και μακρύτερου σωλήνα μέσα στο λεπτό έντερο και ακριβής μέτρηση των υγρών και ηλεκτρολυτών που αποβάλλονται.

Το παχύ έντερο ανακτά τον τόνο του συνήθως αργότερα, η καθυστέρηση όμως αυτή σπάνια μπορεί να γίνει αιτία σοβαρών δυσκολιών.

Οι ' ανακουφιστικοί υποκλυσμοί πρέπει να γίνονται αφού υπολογισθούν με προσοχή τα άμεσα ευρήματα και ο τύπος της επεμβάσεως που έγινε. Δεν πρέπει οι υποκλυσμοί αυτοί να γίνονται χωρίς να υπάρχει ανάγκη, απλώς και μόνο για να γίνουν.

Όταν το τραύμα μετά την εγχείρηση κλεισθεί στερεά και υπάρχει χειρουργική ζώνη κοιλίας, είναι δυνατή η έγκαιρη κινητοποίηση της άρρωστης και πρέπει να την ενθαρρύνουμε σ' αυτό γιατί η σύντομη κινητοποίηση είναι ένα μέσο για τον περιορισμό της μετεγχειρητικής θρομβοφλεβίτιδας των κάτω άκρων.

Η σύντομη κινητοποίηση μετά μια χειρουργική επέμβαση είναι δυνατόν να έχει κάποιο ευνοϊκό αποτέλεσμα για την ελάττωση των περιστατικών της μετεγχειρητικής πνευμονικής εμβολής.

Κατά την έγερση της άρρωστης είναι καλύτερα να την παρακινούμε να περπατεί όσο μπορεί να αντέξει παρά να κάθεται σε ένα κάθισμα επί πολλή ώρα..

Οι επιπλοκές δεν είναι συχνές, θα πρέπει πάντως να αναμένονται και να προλαμβάνονται όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Γενικά σπάνια θα παρατηρηθούν επιπλοκές όταν οι χειρισμοί κατά την επέμβαση είναι ήπιοι, η αιμόσταση πλήρης και όταν διατηρείται μια καλή ισορροπία ανάμεσα στη δραστηριότητα και την ανάπαυση κατά το χρονικό διάστημα της αναρρώσεως.

Κάθε θεραπευτικό μέτρο, που έχει αποδειχθεί χρήσιμο κατά τη διάρκεια της αναρρώσεως, πρέπει να κατανοηθεί και να χρησιμοποιηθεί όπως υπαγορεύουν οι ενδείξεις.

Αυτό αφορά ιδιαιτέρως τα αντιβιοτικά. Ο χειρουργός θα κάμει καλά να ρωτήσει τον εαυτό του τι ακριβώς ελπίζει να πετύχει με κάθε αντιβιοτικό που θα χρησιμοποιήσει και μάλιστα πάντοτε με βάση το αντιβιογράμμα.

Ο μετεγχειρητικός πόνος και η δυσφορία διαφέρουν πάρα πολύ από άρρωση σε άρρωση. Γι' αυτό ο χειρουργός δεν πρέπει να επαναπαύεται σε στερεότυπες συνταγές οπιούχων, εφόσον μερικοί ασθενείς χρειάζονται μεγαλύτερες και άλλοι μικρότερες δόσεις για ανάλογη ανακούφιση.

Αυτό καθ' αυτό το χειρουργικό τραύμα είναι ιδιαιτέρως επώδυνο αμέσως μετά την επέμβαση και η ασθενής χρειάζεται ένα οπιούχο σκεύασμα για να ανακουφιστεί από τον πόνο.

Μετά το πρώτο 24ωρο φαίνεται ότι βελτιώνεται η φυσική κατάσταση της άρρωστης και η ανακούφιση μεγαλώνει όσο επανέρχεται σε μέτρια δραστηριότητα. Στην περίπτωση αυτή ίσως επιβάλλεται να

χρησιμοποιήσουμε φάρμακα απλώς καταπραϋντικά και λιγότερο κατασταλτικά ιδίως από την πλευρά του εντέρου.

Καθώς προχωρεί η ανάρρωση μπορεί να παρουσιασθούν πολλών ειδών αίτια δυσφορίας. Το καθένα πρέπει να αντιμετωπισθεί κατά διαφορετικό τρόπο, που ταιριάζει σ' αυτό και να καταβληθεί προσπάθεια να εκλείψει τόσο το αίτιο όσο και να καταπολεμηθεί ο πόνος.

Διάφοροι ακαθόριστοι και ασαφείς παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο κατά τη φάση της αναρρώσεως μετά από μια επέμβαση.

Όλες οι άρρωστες φοβούνται, άλλες σε μεγάλο βαθμό και άλλες σε μικρό βαθμό. Γι' αυτό η συμπάθεια, η φροντίδα και το ενδιαφέρον από μέρος του γιατρού έχουν μεγάλη σημασία σε τέτοιες περιπτώσεις και θα βοηθήσουν ψυχικά την ασθενή ώστε στηριγμένη στην εμπιστοσύνη προς το γιατρό της να αντιμετωπίσει ευκολότερα τις δοκιμασίες που θα παρουσιάσει τυχόν η ανάρρωσή της.

ΑΞΙΩΜΑ: Κάθε άρρωστη πρέπει να θεωρείται σαν ένα ξεχωριστό ιατρικό πρόβλημα. Ο γιατρός, ο φρόνιμος, μετρημένος και ειλικρινής, δεν επιτρέπεται να θεωρήσει ότι το έργο του τελείωσε προτού η άρρωστη ξαναγυρίσει την πλήρη δραστηριότητά της, πρέπει δε να είναι πάντα πρόθυμος να δίνει εξηγήσεις, οδηγίες και συμβουλές κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής πορείας και αναρρώσεως...⁽⁴⁸⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Περίθαλψη μετά από ένα τοκετό με καισαρική της μητέρας

Περίθαλψη μετά τον τοκετό του νεογνού

Οι εξετάσεις του νεογέννητου

Επιστροφή στο σπίτι

Μητέρα και παιδί



Περίθαλψη μετά από ένα τοκετό με καισαρική της μητέρας

Σ' αυτή την περίπτωση, η εισαγωγή διαρκεί περί τις 8-9 ημέρες από την επέμβαση. Στις σπάνιες περιπτώσεις που παρουσιάζονται επιπλοκές, μπορεί να διαρκέσει κάπως περισσότερο.

Όταν συνέρχεσθε από την αναισθησία, μπορεί να έχετε ναυτίες. Θα αισθάνεστε κουρασμένη, ζαλισμένη και η πληγή θα πονάει το ίδιο όπως και σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση. Μπορείτε να ζητήσετε να σας δώσουν ηρεμιστικά αλλά θα είναι καλύτερο να τα φυλάτε για ακραίες περιπτώσεις, κυρίως αν έχετε την πρόθεση να θηλάσετε το παιδί. Επίσης μπορεί να συμβεί να ξυπνήσετε με έναν περίεργο πόνο στο λάρυγγα. Οφείλεται στο ότι για την αναισθησία εισάγεται από το λάρυγγα ένας ελαστικός καθετήρας, και κατά συνέπεια, η περιοχή μπορεί να είναι ερεθισμένη.

Την πρώτη μέρα δεν θα πρέπει να φάτε ούτε να πιείτε και θα πρέπει να τραφείτε με ορό. Αλλά γενικά, όταν περάσει η ναυτία των πρώτων ωρών, θα σας επιτρέψουν να πιείτε νερό ή τσάι.

Την πρώτη μέρα βοηθιέται η λεχώνα να στηρίζει τα πόδια στο πάτωμα και μετά να ξαναξαπλώσει. Σχεδόν πάντα, κοντά στο κεφάλι υπάρχουν ειδικά χερούλια από τα οποία μπορείτε να στηρίξετε για να σηκωθείτε και να καθήσετε μόνη. Τη δεύτερη μέρα θα σας βοηθήσουν να κάνετε μερικά βήματα γύρω από το κρεβάτι. Με την ίδια φροντίδα, την πέμπτη και έκτη μέρα θα φτάσετε να περπατάτε φυσιολογικά.

Εκτός από το φάρμακο ενάντια στις αιμορραγίες της μήτρας, χορηγούνται μερικές φορές αντιβιοτικά. Η ραφή ελέγχεται και φροντίζεται καθημερινά. Τα ράμματα τα βγάζουν σε μια ή δυο μέρες

πριν από το εξιτήριο. Αν η επούλωση δεν γίνει όπως πρέπει θα πρέπει να παραμείνετε στο νοσοκομείο λίγο περισσότερο, μέχρι που να μπορούν να βγουν τα ράμματα. ⁽⁴⁹⁾

Να χρησιμοποιεί μαξιλάρια για να υποστηρίξει την κοιλιά της όταν είναι να γυρίσει και όταν χρειάζεται να ταΐσει το μωρό. ⁽⁵⁰⁾

Περίθαλψη μετά τον τοκετό του νεογνού.

Μην απογοητευθείτε αν το μωρό σας δεν φαίνεται πολύ όμορφο, γιατί πολύ λίγα νεογέννητα είναι. Οι κοκκινίλες ή διάφοροι ερεθισμοί, που μπορεί να υπάρχουν στο δέρμα του, θα εξαφανιστούν μέσα στις επόμενες δύο εβδομάδες.

ΚΕΦΑΛΙ

Το παράξενο σχήμα του κεφαλιού μερικών μωρών τις δύο πρώτες εβδομάδες οφείλεται στην πίεση που ασκείται κατά τον τοκετό.

Στην κορυφή του κεφαλιού υπάρχει ένα μαλακό σημείο (πηγή) όπου τα οστά του κρανίου δεν έχουν ακόμα ενωθεί. Η πηγή κλείνει συνήθως στην ηλικία των 18 μηνών.

ΜΑΤΙΑ

Τα μάτια του νεογέννητου είναι γαλάζια. Το πραγματικό χρώμα θα φανεί όταν το μωρό γίνει 6 μηνών.

Πρησμένα βλέφαρα προκαλούνται συνήθως από τη γέννα, αλλά μπορεί να υπάρχει και κάποια μόλυνση.

Ο στραβισμός είναι πολύ συνηθισμένος τους πρώτους μήνες της ζωής.

ΓΛΩΣΣΑ

Είναι πιθανό να δίνει την εντύπωση ότι είναι κολλημένη στο δάπεδο του στόματος. Η κορυφή της γλώσσας μεγαλώνει μέσα στον πρώτο χρόνο.

ΧΕΡΙΑ ΚΑΙ ΠΟΔΙΑ

Μπορεί να είναι μπλε. Αλλά αν γυρίσετε το μωρό σε άλλη στάση, θα γίνουν ροζ.

Τα νύχια των χεριών είναι συνήθως μακριά.

ΜΑΣΤΟΙ

Οι μαστοί του μωρού μπορεί να είναι πρησμένοι και να στάζουν λίγο γάλα. Το πρήξιμο υποχωρεί μέσα σε 2 ημέρες.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα γεννητικά όργανα φαίνονται μεγάλα και στα δυο φύλα.

Τα κορίτσια μπορεί να έχουν κολπικό έκκριμα, που διαρκεί για λίγο.

Οι όρχεις συχνά δεν έχουν κατέβει. Συμβουλευτείτε σχετικά το γιατρό σας.

ΔΕΡΜΑ

Οι λεκέδες και τα εξανθήματα είναι πολύ συνηθισμένα και εξαφανίζονται από μόνα τους.

Η απολέπιση του δέρματος ιδιαίτερα στα χέρια και στα πόδια, θα σταματήσει σε λίγες μέρες.

Το εμβρυϊκό χνούδι το οποίο παρουσιάζεται συνήθως στα πρόωρα μωρά πέφτει σε δύο εβδομάδες.

Το λιπαρό άσπρο σμήγμα είναι η ουσία η οποία προστατεύει το δέρμα του μωρού μέσα στη μήτρα και μπορεί να καλύπτει ολόκληρο το σώμα του μωρού. Καθαρίζεται εύκολα με ελαφρό σκούπισμα.

Τα σημάδια της γέννας συνήθως εξαφανίζονται μόνα τους και είναι :

- Τα κόκκινα σημάδια που συνήθως εμφανίζονται στις βλεφαρίδες, το μέτωπο και στο σβέρκο σβήνουν μέσα στον πρώτο χρόνο.
- Τα ροζ σημάδια μπορεί να σας ανησυχήσουν, γιατί μεγαλώνουν με τον καιρό. Συνήθως εξαφανίζονται μέχρι το παιδί να γίνει πέντε χρονών.
- Μπλε πλάκες (Μογγολικοί μπλε λεκέδες) που βγαίνουν στο κάτω μέρος της ράχης των μωρών με σκούρο δέρμα.
- Λεκέδες στο χρώμα του κρασιού σε ζωηρό κόκκινο ή πορφυρό είναι μόνιμοι.

ΚΟΠΡΑΝΑ

Τα έντερα του νεογέννητου περιέχουν μια σκουρόχρωμη κολλώδη ουσία, που ονομάζεται μηκόνιον. Μόλις το μωρό αρχίζει να τρώει, τα κόπρανά του αλλάζουν χρώμα.

ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

Το μωρό σας εξετάζεται πάρα πολλές φορές μέσα στην πρώτη εβδομάδα της ζωής του. Η μαία το ζυγίζει τακτικά και ελέγχει καθημερινά αν υπάρχει πρόβλημα ή μόλυνση και μόλις γίνει έξι ημερών του κάνει κι άλλες εξετάσεις. Επίσης, πρέπει να το δει παιδίατρος τουλάχιστον μια φορά μέσα στην πρώτη εβδομάδα, οπότε είναι ευκαιρία να του συζητήσετε τις απορίες σας.

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ο γιατρός εξετάζει το μωρό από την «κορφή μέχρι τα νύχια» για να βεβαιωθεί ότι όλα πάνε καλά.



1. Μετράει το κεφάλι του μωρού και ψάχνει για πιθανές ανωμαλίες. Εξετάζει την πηγή του κρανίου και ψηλαφεί τον ουρανίσκο για να βεβαιωθεί ότι είναι σχηματισμένος σωστά.

2. Ακροάζεται την καρδιά και τους πνεύμονες για να δει αν λειτουργούν φυσιολογικά. Το φύσημα της καρδιάς είναι πολύ συνηθισμένο στα νεογέννητα και δεν σημαίνει απαραίτητα καρδιακό πρόβλημα.



3. Πιέζοντας με τα δάκτυλα την κοιλιά του νεογέννητου, ο γιατρός βεβαιώνεται ότι όλα τα κοιλιακά όργανα έχουν το σωστό μέγεθος και παίρνει το σφυγμό

στη βουβωνική χώρα.

4. Εξετάζεται αν υπάρχουν ανωμαλίες στα γεννητικά του όργανα. Αν το νεογέννητο είναι αγόρι, ο γιατρός εξετάζει αν έχουν κατέβει οι δύο όρχις.



5. Κινεί προσεκτικά τα πόδια του μωρού πάνω κάτω και εξετάζει αν οι γάμπες και οι πατούσες βρίσκονται σε ευθεία γραμμή, ότι τα πόδια έχουν το σωστό μήκος και αν το νεογέννητο υποφέρει από στρεβλοποδία.



6. Εξετάζει τα ισχία του για πιθανή εξάρθρωση, λυγίζοντας τα πόδια και κάνοντας απαλές κυκλικές κινήσεις.

7. Περνάει τον αντίχειρα πάνω από την ράχη του μωρού για να βεβαιωθεί ότι όλοι οι σπόνδυλοι βρίσκονται στη θέση τους.⁽⁵¹⁾



ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ (GUTHRIE)

Μια μικρή ποσότητα αίματος από την πατούσα του μωρού εξετάζεται για να διαπιστωθεί αν υπάρχει ο παράγοντας PKU που προκαλεί διανοητική καθυστέρηση καθώς και αν ο θυροειδής λειτουργεί σωστά.

Επιστροφή στο σπίτι

Πέρα από το τι πρέπει να γίνει στο νοσοκομείο η μητέρα πρέπει να κάνει κάποιες διαδικασίες και στο σπίτι όπως:

- Να μην κάνει τις δουλειές του σπιτιού τουλάχιστον για τις πρώτες ημέρες
- Να τσεκάρει την τομή καθημερινά, να μην κοκκινίσει, πράγμα το οποίο μπορεί να είναι ένδειξη μόλυνσης.
- Να ασχολείται εκείνο το διάστημα μόνο με τον εαυτό της και το μωρό της.
- Να μην σηκώνει τίποτα πιο βαρύ από το μωρό της.
- Να τρώει καλά και να πίνει πολύ νερό, ή χυμούς.
- Αν έχει άλλα παιδιά καλό θα ήταν για ένα διάστημα να τα φυλάσει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας.

- Να κάνει διάφορες δραστηριότητες σιγά-σιγά.

Κάτι ακόμα που συμβάλλει στην συναισθηματική επούλωση της εγκύου μετά την καισαρική τομή είναι τα εξής:

- Να κράτα το μωρό της όσο γίνεται κοντά της ώστε να γνωρίζει καλύτερα το καινούριο της μωρό.
- Καλό επίσης είναι να θηλάζει το μωρό, έτσι ώστε να δεθεί μαζί του. Πέραν του ότι το μητρικό γάλα είναι πολύ καλό για το μωρό πλούσιο σε βιταμίνες.
- Να μοιράζεται τα συναισθήματά της και την εμπειρία της με άλλους.
- Αν το θεωρεί απαραίτητο να συζητήσει με το γιατρό της για την διαδικασία που ακολούθησε.
- Να διαβάζει και να ενημερώνεται για την καισαρική και να ξέρει ότι αν αποφασίσει να κάνει πάλι παιδί, ποιες διαδικασίες θα ακολουθήσει. ⁽⁵²⁾

Μητέρα και Παιδί

Ο δεσμός που υφίσταται ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί και η σημασία του για τη σωματική και συναισθηματική υγεία του μωρού έχουν γίνει αντικείμενο προσεκτικών μελετών τα τελευταία χρόνια. Αυτές οι μελέτες αντιπροσωπεύουν, αναμφίβολα, μια από τις πιο σημαντικές προόδους που έγιναν από την παιδιατρική την τελευταία δεκαετία. Αντίθετα από ότι πιστευόταν μέχρι πριν από λίγο, διαπιστώθηκε ότι το νεογέννητο είναι σε κατάσταση να αντιδρά στον κόσμο που το περιβάλλει, από τις πρώτες κιόλας, ώρες της ζωής του.

Από τις πρώτες ημέρες είναι σε θέση να σταθεροποιήσει το βλέμμα και την προσοχή του, ιδιαίτερα στο ανθρώπινο πρόσωπο. Για τη μητέρα, το γεγονός ότι το μωρό σταθεροποιεί τα μάτια του στα δικά της είναι ένα σημαντικό κίνητρο που την ωθεί να «γνωρίσει» το παιδί της.

Ο ρυθμός των παλμών που στην εμβρυϊκή ζωή του μωρού ακούγεται σε συνεχή μορφή, έχει τη δύναμη να το ηρεμεί, να το παρηγορεί. Επίσης, για τη μητέρα, το γεγονός του να μπορεί να ηρεμεί και να ικανοποιεί το μωρό αγκαλιάζοντάς το και ακουμπώντας το στο στήθος είναι ένα σπουδαίο «συστατικό» στη συναισθηματική της σχέση με το παιδί.

Συνολικά, όλα τείνουν ν' αποδείξουν ότι το νεογέννητο δεν είναι μια τρυφερή και παθητική ύπαρξη, αλλά ότι, από τη γέννηση κιόλας, είναι ένα άτομο που διαθέτει μια προσωπικότητα που πρέπει να γίνει σεβαστή. Όσον αφορά τη μητέρα, η σωματική επαφή με το μωρό της προκαλεί μια αντίδραση κατά μεγάλο μέρος ενστικτώδη και χωρίς λογική, σχεδόν αυτόματη, που συνιστά ένα σημαντικό συστατικό στη σχέση της με το μωρό. Είναι σημαντικό να επιτρέψουμε αυτοί οι ενστικτώδεις μηχανισμοί να εκδηλωθούν ελεύθερα, ώστε ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί να αρχίσει με τις καλύτερες υποσχέσεις.⁽⁴⁹⁾

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παναγιώτης Θ. Πούγκουρας Δρα Καθηγητή ΤΕΙ Θεσ/νίκης:
«Μαιευτική – Γυναικολογία» ΟΕΔΒ Αθήνα 1988
2. Γκούμας – Κωτσιόπουλος: « Το ανθρώπινο σώμα»
Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ ΟΕ Copyright 1999 για την Ελλάδα.
3. Αλέκα Συκάκη – Δούμα: « Ο τοκετός είναι αγάπη», Εκδόσεις
Συμυρνωτάκης Α.Ε. 3^η έκδοση Αθήνα 1990.
4. Δρ. Mirriam Stoppard: «Το γυναικείο σώμα», Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ
ΟΕ Γκούμας – Κωτσιόπουλος
5. Αριστοφάνης Χρ. Παπαλουκάς: «Εγχειρίδιο γυναικολογίας και
Μαιευτικής» Τόμος Α΄, Εκδόσεις : University studio press ΑΕ
Θεσ/νίκη 1985.
6. Παναγιώτης Ζούρλας: «Μαθήματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας»
Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1996.
7. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία: « Γενική Ιατρική και χειρουργική» Τομός 6,
Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ ΟΕ.
8. Γκούμας – Κωτσιόπουλος: «Ανατομία του σώματος »
Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ ΟΕ Copyright 1999 για την Ελλάδα.
9. Dudrum Duren – Gabrielle Zeib : «Προετοιμασία τοκετού»
Μετάφραση και Έκδοση: ΚΑΛΟΚΑΘΗ ΑΘΗΝΑ 1994.
10. «Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και γυναικολογία»,
Τόμος Α΄, Έκδοση Γιανακόπουλος Αθήνα 1990.
11. Γκούμας – Κωτσιόπουλος: «Φρόντισε το σώμα»
Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ ΟΕ Copyright 1999 για την Ελλάδα.
12. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία: «Το παιδί και η ανάπτυξή του». Τόμος 2 ⁹⁵
Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ ΟΕ. Γκούμας – Κωτσιόπουλος Copyright 1999

για την Ελλάδα

13. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία: «Η γέννηση του ανθρώπου», Τόμος 1, Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ ΟΕ Γκούμας – Κωτσιόπουλος Copyright 1999 για την Ελλάδα.
14. Εγκυκλοπαίδεια ΓΙΟΒΑΝΗ Τόμος 6, Εκδοτικός οίκος Χ. Γιοβάνη.
15. Σ.Ι. Τσούρας: «Μαθήματα Εμβρυολογίας του ανθρώπου» Τεύχος Β. Θεσ/νίκη 1989.
16. Ελένη Πολυσίδου: « Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα», Γ' Έκδοση. Εκδοτικός Οίκος Αδερφών Κυριακίδη, Θεσ/νίκη 1991.
17. Νίκου Α. Παπανικολάου: «Μαιευτική» 3^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόρης Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1994.
18. Σαχίνη – Καρδάση: «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική», Τόμος Α' μέρος 2^ο Εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICALARTS, Αθήνα 1989.
19. Michel Odent: «Η γέννα στο δρόμο της φύσης», Μετάφραση Μαργαρίτα Κουλεστιανού ανα-γέννηση Εκδόσεις ΘΥΜΑΡΙ, Αθήνα 1991.
20. Athey, P.A. and Hadlock F.P. : «Ultrasound in Obstetrics and Cynecology» Publisher: The C.V. Mosby Co (1981).
21. Reeder Martin and Koniak Griffin : « Maternity Nursing – Family Newborn and Women's Health care» Publisher: J.B. Lippincott Comp. 1997 Philadelphia.
22. Pearson J.M. : «Cesarean section and perinatal mortality» Am j Obstet and Cynecol 1984.
23. O' Drissoll K. Foley M. : «Collefation of decrease in perinafal mortality and increase in cesarean section rates". Obstet Cynecol. 1991.

24. Z. Deb M.S. Therriant G.D. Logrillo V.M : «Cesarean sections in upstate New York». Publisher Am j . Epidermal 1990.
25. Μανταλενάκης «Σύνοψη Μαιευτικής και γυναικολογίας», Τόμος Α΄ έκδοση IV, Εκδόσεις Νεόφυτος Μεταξά, Αθήνα 1985.
26. Barday D.L.: "Cesarean hysterectomy: thirty years experience", 1990.
27. «Σημειώσεις Φυσιολογίας», Τόμος Α, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1990.
28. Γιάννης Δ. Παπαδημητρίου: «Επιπλοκές στην χειρουργική Αιτιολογία, πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία», Επιστημονικές Εκδόσεις, Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1986.
29. Μαλγαρίνου Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ. : «Νοσηλευτική Γενική – Παθολογική – Χειρουργική», Τόμος Α΄, έκδοση 9^η, Εκδόσεις: Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1989.
30. Βασίλης Χρ. Κουτηφόρη, Τακτικού Καθηγητή της Β΄ μαιευτικής και γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, «Άτλας Μαιευτικής», Επιστημονικές Εκδόσεις: Γρηγορίου Κ. Παρισιανού, Αθήνα 1990.
31. Duff, P. Southmayd, K. Read, J.A.: "Outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse cesarean section for dystocia" Publisher: Obstet Gynecol. (1988).
32. Dr. Peter Brownridge:"Pain Relief and anaesthesia in childbirth" , Publisher: The Berkely Publishing group, 1999.
33. Schule, G: "Indication of cesarean section in modern obstetrics. Zentralbl Gynakol (1980) Germany.
34. Rob C. Smith R.: "Operativw Surgery" 3rd edition Gynecology and

- Obstetrics, Roberts D.W. Editon Butterworth London 1998.
35. Matouskova A. Dottoti O. Forssman I. : "An improved method of epidural analgesia with redused instrumental delivery rate", Act Obstet Cynecol. 1989.
 36. Κασκαρέλης Δ.Β.: " Μαιευτική και Γυναικολογία", 3^η έκδοση, Αθήνα 1989.
 37. Παναγιώτου Π.Π. : " Σύγχρονη Γυναικολογία", Αθήνα 1993.
 38. Nancy Whitney: "A manual of Clinical obstetrics", R.N. CNM 1989.
 39. Σαχίνη - Καρδάση: "Νοσηλευτικές διαδικασίες", Τόμος Α. (Β' επανέκδοση) εκδόσεις: ΒΗΤΑ Αθήνα, 1988.
 40. Παπαλουκάς Α.Χ. : "Χειρουργική Γυναικολογία", Εκδόσεις Ζέρβας Σ.Κ. Αθήνα (1990).
 41. Παπανικολάου Ν.Α. : "Γυναικολογία", Θεσσαλονική 1989.
 42. Μαρουδής Δ.Γ.: "Μαιευτική και Γυναικολογία", Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Θεσσαλονική 1974.
 43. Benson R.C. : "Current obstetric and Cynecologic Diagnosis and treatment" 4th edition Lange Medical publications, California 1992.
 44. Κουτηφάρης Β.Χ. : "Ατλας Γυναικολογίας", Αθήνα 1992.
 45. Λούρος Ν.Κ.: " Μαιευτική και γυναικολογία", εκδόσεις: Γ. Παρισιανός Αθήνα 1991.
 46. Dr. Mirriam Stoppard: "Conseption, pregnancy and Birth", Publisher Doring Kinderley, 1995.
 47. John Kenell: "Continious Emotional Support During Labor in U.S. Hospital, (1991).
 48. Ronald A.: "Effects of labor on intelligence of Offspring. Publisher: M.D. obstetrics and Cynecology (1989).

49. "Ο οδηγός Prenatal, Προγεννητικός οδηγός", εκδόσεις, Ambiente srl, Milano, Μετάφραση: Τζούλια Λουκοπούλου 1997.
50. N.C.T. Complete book of Pregnancy. Pregnancy labor and birht. Edited by Dapne Metland. Publisher Harper Collins.
51. Dorlind Kindersley: " Η φροντίδα της μητέρας και του μωρού". Copyright 1991, Δ. Γιαλλελής κ' Σια ΕΕ για την Ελληνική Γλώσσα.
52. Heller I.:" Emergences in Cynecology and obstretics", 2nd Edition, George Thieme Verlag, Stuttgart, 1981.



1