

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

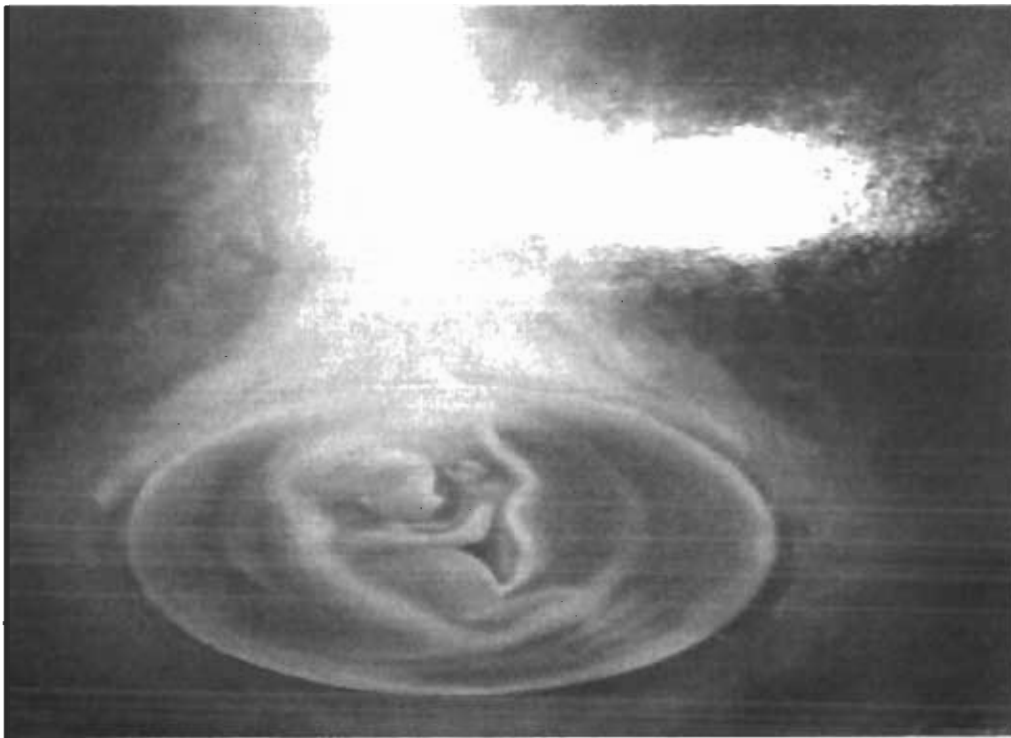
Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΞΑΜΗΝΟ: Η΄

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ
- ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΣΜΠΙΛΙΡΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΠΑΤΡΑ, 2005



.....Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς και επίσης σε όσους βοήθησαν στην συντέλεση της εργασίας.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην εισηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας Κυρία Δρ. Παπαδημητρίου Μαρίας για την συμβολή της στην εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	ΣΕΛ. 1
Εισαγωγή	ΣΕΛ. 3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1^ο	
<i>Γενικά Στοιχεία</i>	
1.1 Ιστορική αναδρομή	ΣΕΛ. 5
1.2 Ορισμός προγεννητικού ελέγχου	ΣΕΛ. 7
1.3 Ταξινόμηση προγεννητικού ελέγχου	ΣΕΛ. 7
1.4 Ενδείξεις προγεννητικού ελέγχου	ΣΕΛ. 8
1.5 Κοινωνική άποψη προγεννητικού ελέγχου	ΣΕΛ. 8
1.6 Η θέση της εκκλησίας για τον προγεννητικό έλεγχο	ΣΕΛ. 10
Κεφάλαιο 2^ο	
<i>Ανατομία – Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος</i>	
2.1 Ανατομία – Φυσιολογία του γενετικού συστήματος γυναίκας	ΣΕΛ. 11
2.2 Ανατομία – Φυσιολογία του γενετικού συστήματος άνδρα	ΣΕΛ. 12
2.2.1 Έξω γενετικά όργανα	ΣΕΛ. 12
2.2.2 Έσω γενετικά όργανα	ΣΕΛ. 12
2.3 Σύλληψη	ΣΕΛ. 12
Κεφάλαιο 3^ο	
<i>Γενετική</i>	
3.1 Γενικά	ΣΕΛ. 14
3.2 Βασικές Έννοιες γενετικής	ΣΕΛ. 14
3.3 Γενετικό κώδικας	ΣΕΛ. 15
3.4 Καθορισμός του φύλλου	ΣΕΛ. 16
Κεφάλαιο 4^ο	
<i>Παρακολούθηση της εγκύου κατά την πρώτη επίσκεψη καθώς και σε μεταγενέστερες</i>	
4.1 Κλινική εξέταση	ΣΕΛ. 17

4.1.1 Εξέταση κατά την αρχική επίσκεψη	ΣΕΛ. 17
4.1.2 Παρακολούθηση της εγκύου σε μεταγενέστερες επισκέψεις	ΣΕΛ. 17
4.2 Εργαστηριακή έρευνα	ΣΕΛ. 18
4.2.1 Εργαστηριακές εξετάσεις κατά την πρώτη επίσκεψη	ΣΕΛ. 18
4.2.2 Εργαστηριακές εξετάσεις σε μεταγενέστερες επισκέψεις	ΣΕΛ. 19
4.3 Σκοπιμότητα διενέργειας ορισμένων εξετάσεων	ΣΕΛ. 20

Κεφάλαιο 5^ο

Εξετάσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

5.1. Αμνιοπαρακέντηση	ΣΕΛ. 23
5.1.1. Ορισμός	ΣΕΛ. 23
5.1.2. Τεχνική Της Αμνιοπαρακέντησης	ΣΕΛ. 23
5.1.3. Ενδείξεις Αμνιοπαρακέντησης	ΣΕΛ. 24
5.1.4. Αντενδείξεις Αμνιοπαρακέντησης	ΣΕΛ. 25
5.1.5. Επιπλοκές Από Την Αμνιοπαρακέντηση	ΣΕΛ. 25
5.1.6. Εκτίμηση Ευρημάτων Αμνιοπαρακέντησης	ΣΕΛ. 26
5.2. Εμβρυοσκόπηση	ΣΕΛ. 26
5.2.1. Ορισμός Εμβρυοσκόπησης	ΣΕΛ. 26
5.2.2. Τεχνική Εμβρυοσκόπησης	ΣΕΛ. 27
5.2.3. Ενδείξεις Εμβρυοσκόπησης	ΣΕΛ. 27
5.2.3.1. Θεραπευτικές Επεμβάσεις Εμβρυοσκόπησης	ΣΕΛ. 28
5.2.4. Επιπλοκές Εμβρυοσκόπησης	ΣΕΛ. 29
5.3. Υπερηχογράφημα	ΣΕΛ. 29
5.3.1. Ορισμός	ΣΕΛ. 29
5.3.2. Τεχνική Υπερηχογραφήματος	ΣΕΛ. 30
5.3.3. Ενδείξεις Υπερηχογραφήματος	ΣΕΛ. 32
5.3.4. Εκτίμηση Ευρημάτων Υπερηχογραφήματος	ΣΕΛ. 34
5.4. Λήψη Εμβρυϊκού αίματος	ΣΕΛ. 37
5.5. Βιοψία Χοριακών Λαχνών(CVS)	ΣΕΛ. 38
5.6. Χρωματοσωματική Ανάλυση	ΣΕΛ. 38
5.6.1. Σύνδρομο Down	ΣΕΛ. 39
5.6.2. Σύνδρομο Turner	ΣΕΛ. 41
5.6.3. Σύνδρομο Klinefelter	ΣΕΛ. 41
5.6.4. Σύνδρομο τριπλού χρωματοσώματος	ΣΕΛ. 41

5.6.5. Σύνδρομο Patau	ΣΕΛ. 42
5.6.6. Σύνδρομο Edwards	ΣΕΛ. 42
5.6.7. Σύνδρομο Cri du chat	ΣΕΛ. 42

Κεφάλαιο 6ο

Παράγοντες που επηρεάζουν την κύηση

6.1. Διατροφή	ΣΕΛ. 43
6.2. Κάπνισμα	ΣΕΛ. 44
6.3. Ακτινοβολία	ΣΕΛ. 47
6.4. Φάρμακα	ΣΕΛ. 47
6.5. Αλκοόλη	ΣΕΛ. 48
6.6. Συναισθηματική κατάσταση της εγκύου	ΣΕΛ. 49

Κεφάλαιο 7ο

Επιπλοκές εγκυμοσύνης

7.1. Υπέρταση	ΣΕΛ. 52
7.1.1. Ορισμός	ΣΕΛ. 52
7.1.2. Συμπτώματα	ΣΕΛ. 52
7.1.3. Υπέρταση της εγκυμοσύνης	ΣΕΛ. 52
7.1.4. Επίδραση της υπέρτασης στη μητέρα και το έμβρυο	ΣΕΛ. 53
7.1.5. Προεκλαμψία	ΣΕΛ. 53
7.1.6 Εκλαμψία	ΣΕΛ. 55
7.2 Σακχαρώδης Διαβήτης	ΣΕΛ. 56
7.2.1. Ορολογία – Αιτιολογία	ΣΕΛ. 56
7.2.2. Παράγοντες κινδύνου που απαιτούν έλεγχο για διαβήτη	ΣΕΛ. 57
7.2.3. Μορφές του σακχαρώδη διαβήτη	ΣΕΛ. 57
7.2.4. Επιπλοκές	ΣΕΛ. 58
7.2.5. Διάγνωση και έλεγχος της πορείας του διαβήτη	ΣΕΛ. 59
7.2.6. Θεραπεία του διαβήτη	ΣΕΛ. 60
7.3 Ερυθρά	ΣΕΛ. 61
7.3.1. Πρόληψη – Προφύλαξη	ΣΕΛ. 62
7.4. Τοξοπλάσμωση	ΣΕΛ. 62
7.4.1. Οι κίνδυνοι της τοξοπλάσμωσης	ΣΕΛ. 63
7.4.2. Οι πιθανές διαμαρτίες	ΣΕΛ. 63

7.4.3. Η θεραπεία και πρόληψη	ΣΕΛ. 64
7.6. Εξωμήτρια κύηση	ΣΕΛ. 64
7.7. Πρόδρομος πλακούντας	ΣΕΛ. 65
7.8. Άμβλωση	ΣΕΛ. 65
7.8.1. Ορισμός	ΣΕΛ. 65
7.8.2. Αιτιολογία	ΣΕΛ. 66
7.8.3. Κλινικές μορφές	ΣΕΛ. 66
7.8.4. Θεραπεία	ΣΕΛ. 66

Κεφάλαιο 8^ο

Εξωσωματική γονιμοποίηση

8.1. Ιστορική αναδρομή της εξωσωματικής γονιμοποίησης	ΣΕΛ. 67
8.2. Ορισμός	ΣΕΛ. 67
8.3. Ενδείξεις εξωσωματικής γονιμοποίησης	ΣΕΛ. 68
8.4. Στάδια εξωσωματικής γονιμοποίησης	ΣΕΛ. 68
8.5. Η εξωσωματική γονιμοποίηση στην Ευρώπη	ΣΕΛ. 70
8.6. Η θέση της Εκκλησίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση	ΣΕΛ. 71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

9.1. Ο Ρόλος του νοσηλευτή ως γενετικού συμβούλου	ΣΕΛ. 74
9.2. Νοσηλευτική πράξη	ΣΕΛ. 75
9.2.1. Κλινικά	ΣΕΛ. 75
9.2.2. Οργανωτικά	ΣΕΛ. 75
9.2.3. Άλλα καθήκοντα	ΣΕΛ. 76

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	ΣΕΛ. 77
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	ΣΕΛ. 79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΣΕΛ. 147
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ΣΕΛ. 149
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΣΕΛ. 150

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από τον καιρό του Αδάμ και της Εύας, το θαύμα της ζωής επαναλαμβάνεται εκατομμύρια φορές κάθε μέρα σε όλα τα γεωγραφικά μήκη και πλάτη του πλανήτη κατά τρόπο στερεότυπο αλλά συνάμα και μοναδικό. Όμως, οι διαδικασίες που οδηγούν στην γονιμοποίηση, την εγκυμοσύνη και τελικά την γέννηση είναι καλά φυλαγμένες μέσα στο σώμα της γυναίκας, παραμένοντας έτσι για χιλιάδες χρόνια μακριά από το ερευνητικό μάτι και ως εκ τούτου ακατανόητες και άγνωστες τόσο στους επιστήμονες όσο και στο πλατύ κοινό.

Το μυστήριο αυτό άρχισε να φωτίζεται χάρη στις σημαντικές προόδους της επιστήμης του προγεννητικού ελέγχου και της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Το μαγικό ταξίδι αρχίζει με την οδύσσεια των σπερματοζωαρίων μέσα στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, με προορισμό τη δική τους Ιθάκη: το ωάριο που καρτερικά παραμένει μέσα στην σάλπιγγα να συναντήσει το πεπρωμένο του, να γονιμοποιηθεί δηλαδή από το πιο ικανό από αυτά. Η περιπέτεια συνεχίζεται με την κάθοδο του γονιμοποιημένου ωαρίου από την σάλπιγγα στην μήτρα, όπου θα εμφυτευτεί προκειμένου να ξεκινήσει η εγκυμοσύνη. Αυτή η υπέροχη για το αντρόγυνο εμπειρία, εφόσον ξεπεραστούν οι κάθε λογής κίνδυνοι που ελλοχεύουν, οι Λαιστρυγόνες και οι Κύκλωπες

και ο θυμωμένος Ποσειδώνας, ολοκληρώνεται με το κλάμα του νεογέννητου μωρού. Για κάποια όμως ζευγάρια το όνειρο δεν γίνεται εύκολα πραγματικότητα, αφού η πολυπόθητη εγκυμοσύνη δεν έρχεται, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες. Στις περιπτώσεις αυτές, τη λύση δίνουν οι τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε καμία ίσως άλλη εποχή δεν υπήρξε τέτοια ελπίδα για επαναστατικές προόδους στον τομέα της έγκαιρης διαγνωστικής και θεραπευτικής ιατρικής. Αλλά και ποτέ ίσως άλλοτε η πρόοδος δεν συνοδεύτηκε από τόσο φόβο και περίσκεψη που δημιουργεί η ανθρώπινη παντοδυναμία. Αν η Φυσική του αιώνα μας έδωσε μεταφυσικότητα στην ανθρώπινη σκέψη, η σύγχρονη ιατρική στον τομέα του προγεννητικού ελέγχου και της εξωσωματικής γονιμοποίησης προσδίδει πλέον μεταφυσικές διαστάσεις και στα επιτεύγματα των ανθρώπινων εφαρμογών.

Στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, η διαδικασία από τη σύλληψη μέχρι τον τοκετό γίνεται ολοένα και πιο ασφαλής για τις γυναίκες. Η μέλλουσα μητέρα, σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει πρόσβαση σε καλύτερη περίθαλψη και περισσότερη πληροφόρηση και καθοδήγηση. Από 'τι στο παρελθόν, γνωρίζει ότι μπορεί και η ίδια να συμβάλει στη μείωση των κινδύνων για το παιδί της, αν ακολουθεί την κατάλληλη διατροφή, ελέγχει το άγχος της και είναι ιδιαίτερα προσεκτική στη χρήση φαρμάκων, καπνού και οινοπνεύματος. Η ποιότητα των υπερηχογραφημάτων σήμερα είναι υψηλή, που επιτρέπει στους ειδικούς να εξετάσουν με μεγάλη αξιοπιστία κατά πόσο το έμβρυο είναι αρτιμελές και υγιές. Η χαρά που νιώθουν οι γονείς όταν βλέπουν στην οθόνη το αγέννητο μωρό τους να κινείται μέσα στη μήτρα μπορεί να επηρεάσει θετικά την εμπειρία της εγκυμοσύνης στο σύνολο της, υπάρχουν και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις για το έμβρυο. Υπάρχουν επίσης και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις για τα έμβρυα, κάθε γυναίκα έχει όλο και περισσότερο δυνατότητες να συμμετάσχει ακόμη και στο σχεδιασμό του τοκετού. Τα μωρά που γεννιούνται χωρίς προβλήματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



Οι μέλλοντες γονείς πρέπει να προετοιμασθούν
για να φέρουν στον κόσμο ωραία παιδιά,
αυριανούς πολίτες της πόλεως
...ώστε να μη διαταράζουν την αρμονία
ούτε της πόλεως ούτε του κόσμου!

... και στη συνέχεια...
να τα αναθρέψουν επίσης
με κάθε επιμέλεια!

(Οκέλου του Λευκανού, Πυθαγορείου, «περί της παντός φύσεως»)

1.1. Ιστορική Αναδρομή

Λένε ότι ο Goethe είπε: Μισώ τους Έλληνες, γιατί δεν υπάρχει γνώση που εκείνη πρότοι να μην την έχουν εφεύρει! Αυτό ισχύει και στον τομέα της προγεννητικής αγωγής και ευγονίας. Αυτός ο νέος κλάδος ήταν γνωστός και στην αρχαία Ελλάδα¹.

Κατά τους Πυθαγόρειους:

Εκείνοι που τεκνοποιούν πρέπει να λαμβάνουν μεγάλη πρόνοια, για τους μελλοντικούς απογόνους. *Να έχουν προηγουμένως ζήσει με σωφροσύνη και υγιεινά και να εξακολουθούν να ζουν με αυτό τον τρόπο, να μην υπερβαίνουν το μέτρο στην στροφή* και να αποφεύγουν εντελώς την μέθη. Γιατί αυτοί πίστευαν ότι από μία δυσαρμονική, κακή και θολωμένη κατάσταση τα σπέρματα γίνονται μοχθηρά.

Πίστευαν ότι δεν πρέπει να είναι απερίσκεπτος και αδιάφορος εκείνος, ο οποίος εκείνος που πρόκειται να δώσει ζωή και να φέρει κάτι σε γέννηση και ύπαρξη, αλλά ότι πρέπει να προνοήσει για αυτό με την μεγαλύτερη επιμέλεια, για να γίνει όσο το δυνατό πιο χαρούμενη, πιο ωραία η άφιξη αυτών που γεννώνται και έρχονται σε ύπαρξη και ζωή... Γιατί θα ήταν παράλογο ενώ εκείνη που αγαπών τους σκύλους και τα πτηνά, φροντίζουν με κάθε προσοχή για την γέννηση από αυτά καλών απογόνων και κάνουν για αυτό κάθε δυνατή προσπάθεια, οι άνθρωποι να μην δίνουν προσοχή στους δικούς τους απογόνους, αλλά να γενούν τα παιδιά τους όπως τύχει, αδιαφορώντας με κάθε τρόπο... *Γιατί αυτοί είναι η πιο ισχυρή και πιο φανερή αιτία της κακίας πολλών ανθρώπων, το ότι από τους πολλούς επιχειρείται η τεκνοποιία με κτηνώδη και αλόγιστο τρόπο.* (Ιαμβλίκου «Πυθαγορικός βίος».)

Κατά τον Πλάτωνα επίσης:

... προπαντός στο διάστημα της τεκνοποιίας πρέπει κανείς να προσέχει πολύ να μην κάνει τίποτα που θα βλάψει την υγεία του, *ούτε να διαπράττει βιαιότητες και αδικίες όλα αυτά αποτυπώνονται στα σώματα και στις ψυχές των παιδιών τους (εμβρύων) που μοιάζουν με τους γεννήτορές τους και γίνονται δυστυχημένα πλάσματα.* Ιδιαίτερα πρέπει να προσέχει κανείς την πρώτη μέρα του γάμου του, γιατί, αν η αρχή γίνει σωστά και προσεκτικά, υπάρχει η εγγύηση των θεών ότι όλα θα πάνε καλά. Αν τηρήσει τα παραπάνω απολαμβάνει και τα ανάλογα ευνοϊκά αποτελέσματα. (Πλάτωνος, Νόμοι Στ)

Πρέπει να προσέχει κανείς ιδιαίτερα τις γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, ώστε η εγκυμονούσα να μην διαβει ούτε πολλές ηδονές, ούτε με

πάθη, ούτε με λύπες, αλλά να ζει κατά τον χρόνο αυτό, τιμώντας τον με χαρά, με πριαότητα και με καλή ψυχική διάθεση. (Πλάτωνος, Νόμοι, Ε)

Κατά τον Αριστοτέλη:

Οι έγκυες πρέπει να φροντίζουν για την υγεία του σώματος τους, να κινούνται και να τρώνε θρεπτικές τροφές. Αντίθετα με το σώμα, η διάνοιά του πρέπει να είναι ήρεμη. Γιατί φαίνεται πως κατά την κύηση τα παιδιά απορροφούν τη ζωή από την έγκυο, όπως ακριβώς τα φυτά από τη γη. (Αριστοτέλους Πολιτικά)

Στη Μήδεια του Ευριπίδη η εγκληματικότητα της τραγικής μάνας που φόνευσε τα ίδια τα παιδιά της, αποδίδεται από την ίδια στις κακές σκέψεις της μητέρας της και στην έλλειψη αγάπης προς αυτήν, όσο την έφερε στη μήτρα της².

Οι Στωϊκοί πίστευαν ότι η ομοιότητα των παιδιών διαμορφώνεται σύμφωνα με την συμπάθεια της διάνοιας της γυναίκας εγκύου.

Ο Σοράνος (Γύνακείων Β) διηγείται ότι ο τύραννος των Κυπρίων. Ο οποίος ήταν κακόμορφος, ανάγκαζε τη γυναίκα του, κατά το ερωτικό πλησίασμα, να βλέπει περικαλή αγάλματα, κι έγινε έτσι πατέρας ευμόρφων τέκνων. Ευμόρφων κατά τη μορφή και την ψυχή, γιατί πίστευαν ότι οία η μορφή, τοιάδε και η ψυχή.

Η ψυχική διάθεση του ζεύγους κατά την ώρα της σύλληψης να είναι χαρούμενη και σε πνευματική ανάταση:

Κατά τον Ησίοδο (Έργα και Ημέραι) έπρεπε να σπέρνονται παιδιά όχι στην επιστροφή από κηδεία (δυσσοίωση ταφή) αλλά μετά από συμπόσιο αθανάτων.

Κατά την εμβρυική ζωή πίστευαν, ότι διαμορφωνόταν ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα του ανθρώπου.

Στη χαμένη τραγωδία του Αισχύλου «Σεμέλη η υδροφορούσα», το έμβρυο Διόνυσος είχε την χαρακτηριστική ιδιότητα να δημιουργεί στις γυναίκες την έκσταση, ήδη από την κοιλιά της μάνας του. Έτσι αισθανόταν σε έξαρση μόλις άγγιζαν την ελογημένη κοιλιά της Σεμέλης». Ο Διόνυσος είχε της θεϊκές ιδιότητες του πριν γεννηθεί.

«Είχε την Χάρη του Αγίου Πνεύματος εκ κοιλίας μητρός» είπαν αργότερα οι χριστιανικοί Πατέρες για τους Αγίους.

Στα παραπάνω κείμενα βρίσκουμε ολόκληρη την επιστήμη της Προγεννητικής Ζωής του ανθρώπου όπως διδάσκεται από το στόμα των επιστημόνων¹.

Από το 1954, με την πρώτη «υστεροσκόπηση», όπως την ονόμασε ο Westin, ο προγεννητικός έλεγχος έκανε μια πολύ αποδοτική πορεία μέχρι σήμερα.

Ο προσδιορισμός των χρωμοσωμάτων, η εξέλιξη της βιοχημείας, γενετικής, κυτταρολογίας, η καρυοτύπηση (1966) για προγεννητική διάγνωση, η αμνιοσκόπηση του Maydeldayn (1967), η «εμβρυοσκόπηση» (1970) του Evert, η «ενδοαμνιοσκόπηση» του Valenti (1972), «βελονοσκόπηση» του Patrick (1974) κλπ υπήρξαν μερικά βήματα μέχρι να φθάσουμε στις σημερινές εξαιρετικές εξελίξεις στον προγεννητικό έλεγχο³.

1.2. Ορισμός Προγεννητικού Ελέγχου

Προγεννητικός ονομάζεται ο έλεγχος εκείνος, που (όπως και η ετυμολογία της λέξεως φανερώνει) αποσκοπεί στη διάγνωση παθήσεων η χαρακτηριστικών του εμβρύου πριν από την γέννηση του, ακόμη δε και πριν από τη σύλληψη του, δηλαδή τη γονιμοποίηση του ωαρίου⁴.

1.3. Ταξινόμηση Προγεννητικού Ελέγχου

Οι μέθοδοι προγεννητικού ελέγχου είναι είτε άμεσες, δηλαδή εφαρμόζονται στο έμβρυο, είτε έμμεσες δηλαδή εφαρμόζονται στη μητέρα, όποτε εμμέσως εξάγονται συμπεράσματα για την κατάσταση υγείας του εμβρύου.

Οι βασικές άμεσες μέθοδοι είναι η υπερηχογραφία, η αμνιοπαρακέντηση, η λήψη τροφοβλαστικού ιστού, η αιμοληψία από το έμβρυο (ομφαλιδοκέντηση, διακαρδιακή, διηπατική), η βιοψία του δέρματος και των μυών του εμβρύου, η μαγνητική τομογραφία, η εμβρυοσκόπηση, αμνιοσκόπηση, καρδιοτοκογραφία.

Οι έμμεσες βασίζονται σε ενδείξεις από το αίμα της μητέρας (εμβρυικά κύτταρα, ανίχνευση και ποσοτικός προσδιορισμός αντισωμάτων, προσδιορισμός ορμονών, προσδιορισμός διαφόρων ουσιών) και από τα ούρα (προσδιορισμός διαφόρων ορμονών)⁵.

1.4. Ενδείξεις προγεννητικού ελέγχου.

- Ηλικία μητέρας κάτω από 16 ή πάνω από 35 ετών, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων, βάρος μητέρας κάτω από 50 κιλά, πτωχή διατροφή, κάπνισμα, λήψη φαρμάκων και αλκοόλ, αναιμία.
- Γονείς με ανωμαλίες χρωμοσωμάτων, προηγούμενο παιδί με ανωμαλία χρωμοσωμάτων, φυλοσύνδετη διαταραχή, συγγενή διαταραχή του μεταβολισμού.
- Οικογενειακό ιστορικό με ανοικτές βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.
- Ιστορικό με προβλήματα αναπαραγωγής (μικροχρόνια στειρώση, επανειλημμένες αυτόματες εκτρώσεις, κύηση μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή)⁶.

1.5. Η Κοινωνική Άποψη Για Τον Προγεννητικό Έλεγχο.

Είναι λοιπόν φανερό ότι η σύγχρονη τεχνολογία έχει αναπτύξει μία σειρά δοκιμασιών οι οποίες εφαρμόζονται από τους ειδικούς με μεγάλη ακρίβεια και από τις οποίες δύσκολα μπορεί να ξεφύγει το πάσχον έμβρυο. Έτσι μέσα στα πλαίσια των προγραμμάτων ευγονικής τα ανυπεράσπιστα αυτά πλάσματα οδηγούνται στον Καιάδα των εκτρώσεων.

Φυσικά οι επιστήμονες που μετέχουν στα προγράμματα αυτά αισθάνονται ότι κατ' αυτό τον τρόπο προάγουν την ευδαιμονία των γονέων, της κοινωνίας, αλλά και ολοκλήρου της ανθρωπότητας, η οποία παρεμπιπτόντως πάει από το κακό στο χειρότερο. Ακόμη δε οι πιο πάνω επιστήμονες αισθάνονται ότι ευεργετούν τα αδύναμα αυτά έμβρυα, αφού τους προσφέρουν μία προγεννητική ευθανασία κι έτσι τα απαλλάσσουν από τα βάσανα της ζωής. Και μήπως οι υγιείς δεν βασανίζονται σ' αυτή την ζωή; Σκεφθείτε μόνο πόσοι απελπισμένοι καταλήγουν κάθε χρόνο στο περιθώριο της κοινωνίας. Άλλωστε οι περισσότεροι πάσχοντες συνάνθρωποι μας δεν πάσχουν από εκ γενετής ανωμαλίες αλλά από επίκτητες παθήσεις.

Όμως σκεφθείτε ακόμα ποια συναισθήματα θα αναπτύξει έναντι της

αιμοσταγούς αυτής κοινωνίας ένα ελαττωματικό άτομο πού κατάφερε όμως να ξεγελάσει τα ανιχνευτικά προγράμματα Νομίζετε ότι το πρόσωπο αυτό (πού είναι όντως «κατ' εικόνα θεού» όπως όλοι οι άνθρωποι) θα πεισθεί εύκολα από τα πλούσια λόγια στοργής, αγάπης και συμπαράστασης πού εκφωνούμε περήφανα άπαξ του έτους σε κάποιο «Ραδιο-μαραθώνιο»;

Και αν όντως όλοι παραδεχόμαστε ότι τα παιδιά αυτά είναι «επίγειοι άγγελοι» πού μόνο αγάπη ζητούν και αγάπη προσφέρουν πίσω στο πολλαπλάσιο, τότε γιατί όλος αυτός ο αγώνας και οι μεθοδεύσεις για την εξόντωση τους πριν ακόμα γεννηθούν;

Ένα άλλο επίσης δίλημμα αναφορικά με την ευγονική είναι και το ακόλουθο: Εφόσον ή μέθοδος αυτή έχει φθάσει στο σημείο να ανιχνεύει και παθήσεις πού θα προκύψουν πολύ πιο υργά σε προχωρημένη ηλικία, όπως καρδιοπάθειες, μορφές καρκίνου, μυασθένειες, ψυχασθένειες, Alzheimer κτλ τότε γιατί να μην θανατώνουμε εξ αρχής τα άτομα αυτά ώστε να μην βασανίζονται σε ώριμη ηλικία; Κατ' αυτό τον τρόπο θα είχαμε θανατώσει χιλιάδες διάνοιες πού προσέφεραν στη βασανισμένη ανθρωπότητα τέχνες, πολιτισμό, και επιστήμες σαν βάλσαμο παρηγοριάς στις μεταπτωτικές θλίψεις της Δημιουργίας. Ας μην μας διαφεύγει εξάλλου το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος αστροφυσικός του αιώνα μας βρίσκεται καθηλωμένος (με τετραπληγία) σε αναπηρικό καροτσάκι. Αλλά και πόσοι από μας (σωματικά υγιείς) δεν έχουμε πνευματικά ωφεληθεί και καθοδηγηθεί στον αγώνα της πνευματικής τελείωσης από πνευματοφόρα πρόσωπα με ειδικές ανάγκες αλλά και ικανότητες, μέσα στο χώρο της Εκκλησίας¹.

1.6. Η Θέση Της Εκκλησίας Για Τον Προγεννητικό Έλεγχο

Ο προγεννητικός έλεγχος είναι όπως όλες σχεδόν οι επιτυχίες της επιστήμης ένα δίκικο μαχαίρι. Η κακή χρήση οδηγεί σίγουρα σε ολέθρια αποτελέσματα. Φτάνει να αναφερθεί ότι στην Κίνα, ο συνηθέστερος λόγος προγεννητικού ελέγχου είναι ο εντοπισμός και η θανάτωση στη συνέχεια των θήλεων εμβρύων, δεδομένου ότι οι Κινέζοι γονείς επιθυμούν ν' αποκτήσουν ένα παιδί αγόρι, αφού δεν τους επιτρέπεται ν' αποκτήσουν και δεύτερο παιδί. Αντιθέτως στις ΗΠΑ το γνωστό σύνδρομο Down δεν θεωρείται πλέον ασθένεια ή αναπηρία που να δικαιολογεί τη θανάτωση του εμβρύου. Στις περισσότερες μάλιστα χώρες ούτε και η μεσογειακή αναιμία θεωρείται αιτία διακοπής της εγκυμοσύνης, ειδικότερα τώρα μάλιστα που η μεσογειακή αναιμία θεραπεύεται με μεταμόσχευση μυελού των οστών με ποσοστό επιτυχίας μέχρι και 99%, γεγονός που δεν είναι ακόμα ευρέως γνωστό στην κυπριακή κοινωνία.

Εν όψει λοιπόν όλων των πιο πάνω δεδομένων, η θέση της Εκκλησίας μας έναντι του προγεννητικού ελέγχου είναι σαφής. Αν ο προγεννητικός έλεγχος αποβλέπει στη διάγνωση κάποιας πάθησης του εμβρύου με σκοπό την θεραπεία του εμβρύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με τους ίδιους όρους Ιατρικής δεοντολογίας με τους οποίους εφαρμόζεται μία θεραπευτική αγωγή σ' ένα άνθρωπο μετά την γέννηση του ανεξαρτήτως ηλικίας, ή στην προετοιμασία της ιατρικής υποδομής για ορθό τρόπο τοκετού και άμεση παροχή κατάλληλης παιδιατρικής περίθαλψης, τότε η Εκκλησία είναι απόλυτα σύμφωνη με τον έλεγχο αυτό. Ο προγεννητικός όμως έλεγχος, ο οποίος αποβλέπει στην ευγονική, απορρίπτεται από την Εκκλησία μας χωρίς συζήτηση, δεδομένου ότι η ζωή του εμβρύου αρχίζει «εξ άκρας συλλήψεως» και δεν έχει σημασία αν το έμβρυο βρίσκεται στο στάδιο του ενός κυττάρου ή στο στάδιο των μερικών δεκάδων κυττάρων, διότι κατά τον Μέγα Βασίλειο, τον γίγαντα αυτόν του πνεύματος, «ακριβολογία εκμεμορφωμένου και ανεξεικονίστου παρ' ημίν ουκ εστί»⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1. Ανατομία-Φυσιολογία Γεννητικού Συστήματος Γυναίκας

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε δύο ομάδες: στα εξωτερικά και στα εσωτερικά που χωρίζονται από τον παρθενικό υμένα. Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν τα μικρά και μεγάλα χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος, ο υμένας και οι μείζονες αδένες προδρόμου (βαρθολίνειοι αδένες). Τα εξωτερικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται έξω από την πύελο και είναι γνωστά ως αιδοίο. Στα εσωτερικά γεννητικά, όργανα που βρίσκονται μέσα στην πύελο, ανήκουν ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.

Τα μεγάλα χείλη είναι δυο μεγάλες δερματικές πτυχές. Μπροστά ενώνονται για να σχηματίσουν το εφηβαίο και πίσω τον οπίσθιο σύνδεσμο. Τα μεγάλα χείλη αφορίζουν την αιδοϊκή σχισμή, που οδηγεί στον πρόδρομο του αιδοίου. Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή και έχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Τα μικρά χείλη βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα. Η έξω επιφάνεια τους χωρίζεται από το σύστοιχο μεγάλο χείλος με τη μεσοχείλιο αύλακα, η δε έσω επιφάνεια αφορίζει, από τα πλάγια, τον πρόδρομο του αιδοίου. Στο πρόσθιο άκρο σχηματίζουν μια δερματική πτυχή, την πόσθη της κλειτορίδας, ενώ τα οπίσθια άκρα ενώνονται και σχηματίζουν το χαλινό. Κάτω από την κλειτορίδα βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας και κάτω από αυτό υπάρχει το στόμιο του κόλπου και καλύπτεται από τον παρθενικό υμένα. Εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου εκβάλλουν οι βαρθολίνειοι αδένες. Οι αδένες αυτοί έχουν μέγεθος και σχήμα φακής και βρίσκονται στο βάθος των μικρών χειλιών⁷.

2.2. Ανατομία- Φυσιολογία Ανδρικού γεννητικού Συστήματος

2.2.1. Έξω Γεννητικά Όργανα

Τα έξω γεννητικά όργανα του άνδρα είναι το πέος και το όσχεον. Το πέος είναι το ανδρικό όργανο της συνουσίας. Αποτελείται από στυτικά μέρη γνωστά ως σπυραγγώδη σώματα και την ουρήθρα, μέσα από την οποία απελευθερώνεται το σπέρμα. Η ελαφρά διογκωμένη περιοχή στη άκρη του πέους, στην οποία βρίσκεται το στόμιο της ουρήθρα, ονομάζεται βάλανος του πέους. Καλύπτεται από μια πτυχή του δέρματος την ακροποσθία.

Το όσχεον είναι ένας σάκος από χαλαρό δέρμα και υποδερμάτιο περιτονία, ο οποίος χωρίζεται σε δυο πλάγια μέρη. Ίνες λείων μυών οι οποίες ονομάζονται δαρτός χιτώνας του όρχεος βρίσκονται μέσα στην υποδερμάτιο περιτονία. Ο δαρτός χιτώνας και η υποδερμάτιος περιτονία χωρίζουν εσωτερικά το όσχεο σε δεξιό και αριστερό τμήμα και κάθε τμήμα περιλαμβάνει όρχι, επιδιδυμίδα και σχετιζόμενα τμήματα⁸

2.2.2. Έσω Γεννητικά Όργανα

Τα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα είναι: 1)οι όρχεις, που περιέχουν τα σπερματικά σωληνάρια, 2) οι σπερματικοί ή ορχικοί πόροι για την μεταφορά του σπέρματος από τους όρχεις, 3) οι αδένες της σπερματοδόχου κύστεως, 4) ο προστάτης, 5) οι βολβουρηθιαίοι αδένες⁸.

2.3. Σύλληψη

Μετά την συνουσία μόλις το σπερματοζώαριο διαπεράσει το ωάριο, η χημική σύνθεση του έξω τοιχώματος του ωαρίου αλλάζει. Το ωάριο κλείνει ερμητικά εμποδίζοντας έτσι οποιοδήποτε άλλο σπερματοζώαριο να εισέλθει. Τόσο το ωάριο όσο και το σπερματοζώαριο συνεισφέρουν ακριβώς τα μισά από όλα τα κληρονομικά χαρακτηριστικά του μωρού. Πολλαπλές γεννήσεις παρατηρούνται όταν περισσότερα

από ένα ωάριο γονιμοποιούνται ή όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο διαιρείται σε περισσότερα από ένα έμβρυα.

Ο ανθρώπινος κύκλος ζωής αρχίζει όταν η κεφαλή και ο λαιμός του σπερματοζωαρίου εισέρχονται στο ωάριο. Η είσοδος συνήθως λαμβάνει χώρα στο εξωτερικό ένα τρίτο της σάλπιγγας. Το γονιμοποιημένο ωάριο ονομάζεται ζυγωτό. Το ζυγωτό είναι ένα κύτταρο με ένα πυρήνα, που περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την μελλοντική ανάπτυξη του απογόνου⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΓΕΝΕΤΙΚΗ

3.1. Γενικά

Το τελευταίο ήμισι του αιώνα μας διαπιστώνουμε με ικανοποίηση την εντυπωσιακή ελάττωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας σε βρεφικό επίπεδο. Την ελάττωση όμως αυτή δεν ακολούθησαν σε ίδιο βαθμό και οι θάνατοι από συγγενείς ανωμαλίες ή γενετικά καθορισμένες νόσους. Επί πλέον υψηλότερο ποσοστό παιδιών με ορισμένες γενετικές ανωμαλίες φθάνουν στην ενήλικη ζωή. Η έκταση των γνώσεων στην γενετική επιστήμη και η σημασία αποκτά στην προληπτική κυρίως ιατρική επιβάλλει τη συνεχή ενημέρωση του γενικού και ειδικού ιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού στα επιτεύγματα γενετικής του ανθρώπου.

Περισσότερες από 2000 παθολογικές γενετικές καταστάσεις διαφορετικής συχνότητας και βαρύτητας, είναι σήμερα γνωστές και ο αριθμός αυτός αυξάνεται καθημερινά. Στατιστικές από διάφορες χώρες και στην Ελλάδα, δείχνουν ότι 25-30% των εισαγωγών στα παιδιατρικά νοσοκομεία αφορούν γενικά γενετικά νοσήματα και συγγενείς ανωμαλίες, ενώ 10% έχουν μια καθορισμένη γενετική υποδομή⁹.

3.2. Βασικές Έννοιες Γενετικής

Γενετική είναι ο κλάδος της βιολογίας που ασχολείται με την κληρονομικότητα και την ποικιλομορφία. Οι κληρονομικές μονάδες που μεταβιβάζονται (κληρονομούνται) από τη μια γενιά στην άλλη λέγονται γόνοι ή γονίδια. Οι γόνοι εδράζονται σε ένα μακρύ μόριο που λέγεται δεσοξυριβοζονουκλεϊνικό οξύ (DNA). Το DNA μαζί με πρωτεΐνες σχηματίζει νουκλεοπρωτεΐνες και οργανώνεται σε δομές με σαφής ιδιότητες, τα οποία βρίσκονται στον πυρήνα του κυττάρου. Τα δύο μέλη ενός ζεύγους χρωματοσωμάτων λέγονται ομόλογα.

Επειδή οι γόνου αποτελούν μέρος των χρωματοσωμάτων, η λειτουργία τους μοιάζει κατά τους πολλούς τρόπους με τη λειτουργία των χρωματοσωμάτων. Οι γόνου περιέχουν κωδικοποιημένες πληροφορίες για την παραγωγή πρωτεϊνών. Το DNA είναι φυσιολογικά ένα σταθερό μόριο με ικανότητα αυτοδιπλασιασμού. Σε σπάνιες περιπτώσεις, σε κάποιο σημείο του DNA μπορεί να συμβεί μια αλλαγή αυτόματα. Αυτή η αλλαγή, η οποία λέγεται μετάλλαξη ή μεταλλαγή μετατρέπει τις κωδικοποιημένες πληροφορίες και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μια ελαττωματική πρωτεΐνη ή το σταμάτημα της πρωτεϊνικής σύνθεσης. Με το φαινόμενο της μεταλλαγής ένας γόνου μπορεί να αλλάξει σε δυο ή περισσότερους εναλλακτικούς τύπους που λέγονται αλληλόμορφα.

Κάθε γόνου κατέχει μια ειδική θέση πάνω στα χρωματοσώματα που λέγεται γονιδιακή θέση (locus). Για αυτό όλοι οι αλληλόμορφοι τύπου του γόνου βρίσκονται στις αντίστοιχες θέσεις στα γενετικά όμοια (ομόλογα) χρωματοσώματα. Μερικές φορές η λέξη «θέση» χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τη λέξη γονίδιο⁽¹⁰⁾.

3.3. Γενετικός Κώδικας

Τα χρωμοσώματα φέρουν το γενετικό υλικό το οποίο είναι δεσοξυριβονουκλεϊνικό οξύ (DNA). Αυτό αποτελείται από μεγάλο αριθμό δύο βάσεων πουρινών (αδενίνης και γουανίνης) και δύο βάσεων πυριμιδινών (κυτοσίνης και θυμίνης) σε συνδυασμό με το σάκχαρο δεσοξυριβόζη και φωσφορικό. Η χημική σύσταση του DNA ήταν από παλιά γνωστή αλλά η χημική δομή του μορίου παρέμεινε άγνωστη μέχρι το 1953, οπότε διευκρινίστηκε από τους ερευνητές του Cambridge Crick και Watson. Δείχθηκε ότι πρόκειται για διπλή έλικα, οι δυο μακρές αλυσίδες στρέφονται ελικοειδώς μεταξύ τους. Ένα μόριο βάσης πουρίνης της μίας αλυσίδας ενώνεται με ένα μόριο βάσης πυριμιδίνης της άλλης με χαλαρό δεσμό υδρογόνου. Οι μεταξύ τους συνδεόμενες βάσεις πουρίνης και πυριμιδίνης είναι καθορισμένες. Έτσι η θυμίνη ενώνεται με αδενίνη και η κυτοσίνη με γουανίνη.

Κάθε μόριο DNA φέρει μεγάλο αριθμό γονυλλίων ή γόνου. Το DNA συμμετέχει έμμεσα στη σύνθεση των πρωτεϊνών μέσω της αγγελιοφόρου ουσίας του ριβονουκλεϊνικού οξέος (messenger RNA), το οποίο διαβάζει το μήνυμα στα ριβοσώματα του πρωτοπλάσματος, στα οποία γίνεται η σύνθεση των πολυπεπτιδίων.

Το mRNA χρησιμεύει ως έρεισμα (template) προς το οποίο κατευθύνονται τα αμινοξέα για να σχηματίσουν την πολυπεπτική αλυσίδα.

Μεταβολή του γενετικού υλικού γίνεται με μετάλλαξη των γονυλλίων. Άλλοτε η μεταβολή του γενετικού υλικού αφορά στον αριθμό ή την δομή των χρωμοσωμάτων¹¹.

3.4. Καθορισμός Του Φύλου

Κάθε ώριμο ωάριο έχει 23 χρωμοσώματα, ένα από τα οποία είναι το X, το γυναικείο γεννητικό χρωμόσωμο. Ο πυρήνας κάθε ώριμου σπερματοζωαρίου περιέχει επίσης 23 χρωμοσώματα, ένα από τα οποία είναι είτε Y (ανδρικό γεννητικό χρωμόσωμα) ή X (γυναικείο γεννητικό χρωμόσωμα). Συνήθως ίσος αριθμός από κάθε τύπο σπερματοζωαρίου παράγεται από τους όρχεις.

Το ζυγωτό που δημιουργείται από τη σύλληψη περιέχει 46 χρωμοσώματα: 23 χρωμοσώματα (συμπεριλαμβανόμενου και του γεννητικού χρωμοσώματος) από κάθε γονέα. Εάν το ωάριο γονιμοποιήθηκε από σπερματοζωάριο που μετέφερε το X (γυναικείο) γεννητικό χρωμόσωμα ο απόγονος θα είναι θηλυκού γένους. Εάν το σπερματοζωάριο μετέφερε το Y (ανδρικό) γεννητικό χρωμόσωμα ο απόγονος θα είναι αρσενικού γένους⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΣΕ ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΕΣ

4.1. Κλινική Εξέταση

Οι στόχοι της προγεννητικής παρακολούθησης επιτυγχάνονται όταν η αποτελεσματική κλινική παρακολούθηση συμπληρώνεται με την κλινική μαιευτική εξέταση και την κατάλληλη σε κάθε περίπτωση εργαστηριακή διερεύνηση.

4.1.1. Εξέταση Κατά Την Αρχική Επίσκεψη

Η καλή προγεννητική φροντίδα είναι δυνατή όταν διενεργούνται ορισμένες βασικές εξετάσεις όπως ο προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης, η καταγραφή του ύψους και του βάρους του σώματος, η ακρόαση της καρδιάς και των πνευμόνων της εγκύου, η εξέταση των μαστών, καθώς και η εξέταση της εγκύου για κίρσους των κάτω άκρων και του αιδοίου. Στην αρχική επίσκεψη επίσης περιλαμβάνεται η ακρόαση των παλμών και ο έλεγχος των σκιρτημάτων του εμβρύου⁽¹²⁾.

4.1.2. Παρακολούθηση Της Εγκύου Σε Μεταγενέστερες Επισκέψεις

Η προγεννητική εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται να μήνα μέχρι την 28^η εβδομάδα και ανά δεκαπενθήμερο μέχρι την 36^η εβδομάδα. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται συχνότερα. Σε κάθε επίσκεψη προσδιορίζονται το βάρος και η αρτηριακή πίεση της εγκύου και εξετάζονται τα κάτω άκρα για κίρσους και οιδήματα. Η εξέταση επίσης περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του μεγέθους της μήτρας, του σχήματος του εμβρύου, του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού (μετά την 12^η εβδομάδα) και την κατά προσέγγιση εκτίμηση της ανάπτυξης

και του μεγέθους του εμβρύου (ύψος του πυθμένα της μήτρας και περίμετρος της κοιλίας της εγκύου)¹².

4.2. Εργαστηριακή Έρευνα

4.2.1. Εργαστηριακές Εξετάσεις Κατά Την Πρώτη Επίσκεψη

Κατά την πρώτη επίσκεψη της εγκύου στο ιατρείο η συνήθης εργαστηριακή διερεύνηση περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

- **Ομάδα αίματος και παράγοντα Rh**, με διερεύνηση των αντισωμάτων. Ο προσδιορισμός των ομάδων αίματος (ABO και Rh) πρέπει να διενεργείται σε όλες τις περιπτώσεις, μαζί με την αναζήτηση των αντισωμάτων Rh, η εξέταση πρέπει να επαναληφθεί στην 28^η και 34^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.
- **Γενική αίματος** (λευκά, τύπος λευκών, αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτης).
- **Σάκχαρο αίματος**.
- **Γενική εξέταση και καλλιέργεια ούρων** (για λευκώματα, σάκχαρο και βακτηριδία). Η καλλιέργεια ούρων για διερεύνηση λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος πρέπει να γίνεται ως εξέταση ρουτίνας. Η παρουσία παθογόνων οργανισμών σε αναλογία μεγαλύτερη από 100.000 ανά κ.εκ. είναι ενδεικτική σημαντικής βακτηριουρίας.
- **Τίτλοι αντισωμάτων στην ερυθρά**.
- **Δοκιμασίες θυροειδικής λειτουργίας**.
- **Καλλιέργεια τραχηλικού εκκρίματος για γονόρροια**.
- **Ορολογικές αντιδράσεις για σύφιλη (VDRL/FTA-ABs)**.

- **Αυστραλιανό αντιγόνο.**
- **Τραχηλικό επίχρισμα για χλαμύδια**
- **Αντισωματική διερεύνηση για διάφορες λοιμώξεις – προγεννητικές, όπως από το τοξόπλασμα, το μεγαλοκυτταρικό ιό της ανοσοεπάρκειας του ανθρώπου ή περιγεννητικές, όπως από τον ιό της ηπατίτιδας Β, τον ιό των θηλωμάτων και τον ιό του απλού έρπητα¹².**

4.2.2. Εργαστηριακές Εξετάσεις Σε Μεταγενέστερες Επισκέψεις

Σε μεταγενέστερες επισκέψεις πρέπει να γίνονται οι ακόλουθες εξετάσεις:

- **Εξέταση ούρων για λευκώματα και σάκχαρο.**
- **Εξέταση αίματος για αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτη.**
- **Ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη στο τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης.**
- **Σάκχαρο αίματος και δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη στις 28 - 32 εβδομάδες.** Η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη επιβάλλεται να γίνει σε:
 - Γυναίκες δυνητικά διαβητικές, με προηγούμενο ιστορικό μεγάλου νεογνού,
 - Γυναίκες παχύσαρκες,
 - Σε σακχαρουρία, παρατηρούμενη σε 2 ή 3 συνεχόμενες εξετάσεις,
 - Σε προηγούμενες συγγενείς ανωμαλίες, ανεξήγητο ενδομήτριο ή νεογνικό θάνατο,
 - Σε υδρίμνιο, και
 - Σε προηγούμενο σακχαρώδη διαβήτη της εγκυμοσύνης ή θετικό οικογενειακό ιστορικό.

Επίσης, σε ειδικές περιπτώσεις, γίνονται **ηλεκτροφόρηση της αιμοσφαιρίνης** (αυξημένα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης A1 στο πρώτο τρίμηνο έχουν σχέση με αυξημένη πιθανότητα αιμολυτικής αναιμίας), **δοκιμασία δρεπάνωσης** (εάν υπάρχει υποψία από την καταγωγή της εγκύου) και **ακτινογραφία θώρακος**¹².

4.3. Σκοπιμότητα Διενέργειας Ορισμένων Εξετάσεων

1. Ανίχνευση αντισωμάτων της ερυθράς

Ορός για αντισώματα της ερυθράς πρέπει να παίρνεται σε όλες τις έγκυες γυναίκες, εκτός αν είναι ήδη γνωστή η ανοσία στην ερυθρά. Σε οροαρνητικές γυναίκες πρέπει να διενεργείται εμβολιασμός αμέσως μετά τη λοχεία. Η διάγνωση της ερυθράς στην εγκυμοσύνη μπορεί να γίνει από κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης (λεπτό κηλιδώδες εξάνθημα, λεμφαδενοπάθεια στην περιοχή του τράχηλου και μικρός πυρετός), αλλά επιβεβαιώνεται συνήθως με τον προσδιορισμό του επιπέδου των αντισωμάτων στον ορό της μητέρας. Η αύξηση του τίτλου των αντισωμάτων στο τετραπλάσιο, σε δείγματα αίματος που έχουν ληφθεί με διαφορά δυο εβδομάδων, αποτελεί ένδειξη πρόσφατης λοίμωξης της μητέρας με ερυθρά.

2. Δοκιμασίες θυροειδικής λειτουργίας (T₄, T₃, TSH)

Ο θυροειδής αδένας αυξάνει ελαφρά στην εγκυμοσύνη, αλλά αυξάνει και ο βασικός μεταβολικός ρυθμός. Παρατηρείται επίσης αύξηση των πρωτεϊνών που συνδέουν τις θυροειδικές ορμόνες και αύξηση των επιπέδων του «συνδεδεμένου» με πρωτεΐνες ιωδίου. Τα ελεύθερα επίπεδα των T₃, T₄ και TSH παραμένουν φυσιολογικά. Ο υποθυροειδισμός είναι σπάνιος στην εγκυμοσύνη, επειδή συνδέεται με την υπογονιμότητα. Όταν όμως υπάρχει συνδέεται με εκτρώσεις, πρόωρο τοκετό και συγγενείς εμβρυικές ανωμαλίες. Εάν η αιτία είναι η αυτοάνοση θυροειδίτιδα, πρέπει να αναζητείται ο υποθυροειδισμός και στο νεογνό. Η αγωγή του υποθυροειδισμού περιλαμβάνει τη θεραπεία υποκατάστασης με θυροξίνη ή με τριϊωδοθυρονίνη.

Σε αντίθεση με τον υποθυροειδισμό, ο υπερθυροειδισμός είναι συνήθης πάθηση των ενδοκρινών αδένων. Ο υπερθυροειδισμός προδιαθέτει στις βαρύτερες μορφές του σε προεκλαμψία, εκτρώσεις, πρόωρο τοκετό και εμβρυικό υπερθυροειδισμό. Υποψία εμφάνισης του πρέπει να εγείρεται σε έγκυες γυναίκες

που: α) δεν εμφανίζουν αύξηση βάρους παρά την επαρκή διατροφή, β) έχουν ταχυκαρδία, γ) εμφανίζουν λεπτό τρόμο στα χέρια ή τα πόδια, και δ) έχουν εξόφθαλμο. Εργαστηριακώς, αυξάνουν η ολική θυροξίνη (T_4) και ολική T_3 (μέχρι 25%), όπως και οι ελεύθερες T_4 και T_3 . για την αντιμετώπιση του υπερθυρεοειδισμού χορηγούνται αντιθυρεοειδικά φάρμακα, όπως καρβιμαζόλη, με την προϋπόθεση ότι δίνεται η μικρότερη κατά το δυνατό δοσολογία (λιγότερο από 10 χιλ. ανά 8ωρο από το στόμα). Επίσης μπορούν να χορηγηθούν για την ταχυκαρδία β- αναστολείς, όπως η προπαινολόλη (Inderal). Θυρεοειδεκτομή μπορεί να γίνει σε βαρειές περιπτώσεις.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ



Το παιδί που φέρνει η γυναίκα μέσα της είναι ένα δώρο ουράνιο!

5.1. Αμνιοπαρακέντηση

5.1.1. Ορισμός

Η συχνότερη μέθοδος προγεννητικής διάγνωσης είναι η αμνιοπαρακέντηση, δηλαδή η αναρρόφηση αμνιακού υγρού¹³, του υγρού δηλαδή που περιβάλλει το έμβρυο μέσα στην μήτρα. Το υγρό αυτό περιέχει κύτταρα του εμβρύου, τα οποία υποβάλλονται σε ειδικούς εργαστηριακούς ελέγχους από όπου συνάγεται ο καρυότυπος δηλαδή ο αριθμός και η μορφολογία των χρωμοσωμάτων του μικροσκοπικού οργανισμού¹⁴. Από την ανάγνωση του καρυότυπου είναι δυνατόν να διαγνωσθούν διάφορες χρωματοσωματικές ανωμαλίες στο έμβρυο, την ύπαρξη συγγενών διαταραχών του μεταβολισμού ή και ανωμαλιών κατά την διάπλαση του εμβρύου. Επίσης μπορούν να συλλεχθούν πληροφορίες όσον αφορά την ωριμότητα του εμβρύου ή την κατάσταση του, μετρώντας την χολερυθρίνη, σε περιπτώσεις ασυμβατότητας R¹².

5.1.2. Τεχνική Της Αμνιοπαρακέντησης

Η λήψη αμνιακού υγρού γίνεται ταυτόχρονα με την υπερηχογραφική εξέταση του εμβρύου στην οποία καθορίζεται η εμβρυϊκή ηλικία ο αριθμός των αμνιακών σακών, η θέση του πλακούντα, η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου καθώς επίσης και ο αριθμός των εμβρύων⁽¹³⁾. Ο ταυτόχρονος υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου γίνεται όχι μόνο για τον έλεγχο των παραπάνω, αλλά και για την σίγουρη καθοδήγηση της βελόνας. Η παρακέντηση πραγματοποιείται όταν η ουροδόχος κύστη είναι άδεια για να αποφευχθεί η τρώση της και η ενδεχόμενη αναρρόφηση ούρων αντί για αμνιακό υγρό¹².

Μετά την αντισηψία του δέρματος¹³ εισάγεται από τον γιατρό μια πολύ λεπτή βελόνα στη μήτρα της γυναίκας μέσω της κοιλιάς. Από εκεί λαμβάνεται μικρή ποσότητα αμνιακού υγρού¹⁴ περίπου 10 – 20 κ.εκ¹³ και στη συνέχεια η βελόνα αφαιρείται. Η διαδικασία διαρκεί μόνο μερικά λεπτά¹⁴

5.1.3. Ενδείξεις Αμνιοπαρακέντησης

Οι ενδείξεις στην αμνιοπαρακέντηση διακρίνονται σε θεραπευτικές και διαγνωστικές:

Διαγνωστικές: συνήθως πραγματοποιούνται ανάμεσα στην 14^η έως 20^η εβδομάδα, για τους εξής λόγους:

- Για τη διάγνωση χρωματοσωματικών ανωμαλιών (όπως σύνδρομο Down, σύνδρομο Patau, σύνδρομο Edwards) ή φυλετικών (σύνδρομο Turner, σύνδρομο Klinefelter), κυρίως σε γυναίκες άνω των 37 ετών ή σε όσες εκτέθηκαν σε ακτινοβολία.
- Για τη διάγνωση των μεταβολικών διαταραχών των υδατανθράκων, των λιπών, των αμινοξέων και των βλεννοπολυσακχαριτών, που είναι δυνατό να προκαλέσουν σωματική και διανοητική καθυστέρηση, όπως και για την διάγνωση της συγγενούς υπερπλασίας των επινεφριδίων των 17-κετοστεροειδών και της πρεγναντιόλης.
- Για τη διάγνωση του φύλου του εμβρύου με τον προσδιορισμό της φυλετικής χρωματίνης και του καρυότυπου. Έτσι, εντοπίζεται ο κίνδυνος εμφάνισης φυλοσύνδετων νοσημάτων όπως είναι η αιμορροφυλία, η μυϊκή δυστροφία κ.λ.π.
- Για τη μελέτη της α-εμβρυικής πρωτεΐνης και της ακετυλοχολιστερινάσης με σκοπό την προγεννητική διάγνωση του εμβρύου με ανοιχτές διαμαρτυρίες του ΚΝΣ σε γυναίκες στις οποίες η α-εμβρυική πρωτεΐνη του ορού είναι αυξημένη.

Μετά την 20^η εβδομάδα της η αμνιοπαρακέντηση εκτελείται για του εξής λόγους:

- Για τη μέτρηση της χολερυθρίνης σε περίπτωση εμβρυικής ερυθροβλάστησης, ύστερα από ασυμβατότητα Rh και τον καθορισμό του χρόνου πρόκλησης του τοκετού
- Για τον προσδιορισμό της σχέσης λεκιθίνης - σφιγγομυελίνης στην εκτίμηση της πνευμονικής ωριμότητας του εμβρύου.

Θεραπευτικές: αυτές εκτελούνται από την 21^η - 40^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης:

- Για την ενδομήτρια μετάγγιση αίματος στο έμβρυο, όταν αυτό πάσχει από ερυθροβλάστηση, ύστερα από ασυμβατότητα Rhesus.
- Για την παροχέτευση αμνιακού υγρού σε περιπτώσεις πολυαμνίου, που πρέπει να αφαιρούνται ποσά 0,5 - 1 λίτρο αργά, για τον κίνδυνο πρόκλησης τοκετού ή αποκόλλησης του πλακούντα
- Για την πρόκληση τεχνητής έκτρωσης στους πρώτους μήνες και τοκετού νεκρού εμβρύου στους προχωρημένους, με ενδοαμνιακή έγχυση προταλανδινών ή άλλων ουσιών¹⁵.

5.1.4. Αντενδείξεις Αμνιοπαρακέντησης

Αποφεύγεται η αμνιοπαρακέντηση σε ουλές του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος, γιατί υπάρχει κίνδυνος να κακοποιηθεί η εντερική έλικα¹⁵.

5.1.5. Επιπλοκές Από Την Αμνιοπαρακέντηση

Από το μέρος της εγκύου είναι δυνατό να συμβεί: ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία ή αιμάτωμα στο τοίχωμα της μήτρας, έκλυση τοκετού, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, πρόωμη ρήξη του εμβρυϊκού σάκου, αυτόματη έκτρωση, τρώση του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης, λοίμωξη (αμνιονίτιδα) και εμβολή από αμνιακό υγρό¹⁵.

Στην πραγματικότητα αυτές οι επιπλοκές από την μητέρα είναι πολύ σπάνιες. Αμνιονίτιδα συμβαίνει σε ποσοστό 0,1%. Οι κίνδυνοι για το έμβρυο όπως η αποβολή και ο ενδομήτριος θάνατος κυμαίνονται σύμφωνα με διάφορες στατιστικές από 0,03 έως 0,1%⁶. Πρέπει να επισημανθεί βέβαια ότι η εμπειρία του γιατρού παίζει μεγάλο ρόλο στη σωστή εφαρμογή και την ασφαλή ολοκλήρωση αυτής της μεθόδου¹⁴

5.1.6. Εκτίμηση Ευρημάτων Αμνιοπαρακέντησης

Για να μεταφέρουμε τα ευρήματα μας από την αμνιοπαρακέντηση στην κλινική πράξη, πρέπει να γνωρίζουμε πως:

- Αναρρόφηση καθαρού αμνιακού υγρού αποτελεί ένδειξη πως αποκλείεται η ύπαρξη υποξυγοναιμίας του εμβρύου.
- Αναρρόφηση αμνιακού υγρού χρωματισμένου αποτελεί ένδειξη χρόνιας υποξυγοναιμίας του εμβρύου και κίνδυνο θανάτου του.
- Αναρρόφηση αίματος που προέρχεται από την έγκυο δεν έχει σημασία. Αναρρόφηση, όμως αίματος που προέρχεται από εμβρυική κυκλοφορία, σε Rh αρνητική έγκυο, περικλείει κίνδυνο ευαισθητοποίησης της.
- Αποτυχία αναρρόφησης αμνιακού υγρού, αν δεν οφείλεται στην έμφραξη της βελόνας από νιφάδα σμίγματος, πρέπει να αποδοθεί σε ελάττωση του αμνιακού υγρού, που παρατηρείται σε ολιγάμνιο, ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου και παράταση της εγκυμοσύνης.
- Η εκτίμηση των εργαστηριακών εξετάσεων του αμνιακού υγρού για τον έλεγχο της χελερυθρίνης έχει ιδιαίτερη σημασία για το μαιευτήρα, γιατί με αυτή προσδιορίζεται η βαρύτητα της κατάστασης του εμβρύου σε αιμολυτική νόσο από ασυμβατότητα του παράγοντα Rh και γιατί αυτή αποτελεί αξιопιστότερο διαγνωστικό κριτήριο σε σύγκριση με την παρακολούθηση της εγκύου με έμμεσες αντιδράσεις Coombs. Έτσι ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης του εμβρύου, καταφεύγει ή στην ενδομήτρια μετάγγιση αίματος στο έμβρυο ή στη διακοπή της εγκυμοσύνης¹⁵.

5.2. Εμβρυοσκόπηση

5.2.1. Ορισμός Εμβρυοσκόπησης

Η εμβρυοσκόπηση είναι μια πολύτιμη διαγνωστική μέθοδος που πραγματοποιείται μεταξύ 17^{ης} και 19^{ης} εβδομάδας της εγκυμοσύνης κυρίως όταν κρίνεται αναγκαία η λήψη αίματος ή ιστού για τη διενέργεια γενετικών δοκιμασιών.

5.2.2. Τεχνική Εμβρυοσκόπησης

Για την εκτέλεση της εμβρυοσκόπησης πραγματοποιείται τοπική αναισθησία, αφού πριν με υπερηχογραφία εντοπιστεί η θέση του εμβρύου, του ομφάλιου λώρου και του πλακούντα. Με μικρή τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων εισάγεται μαζί με το ενδοσκόπιο και ειδική βελόνα ιστοληψίας ή βελόνα παρακέντησης αγγείου, όπου λαμβάνεται αίμα από φλέβα της επιφάνειας του πλακούντα ή από φλέβα της ομφάλιας¹²

5.2.3. Ενδείξεις Εμβρυοσκόπησης

Η εμβρυοσκόπηση πραγματοποιείται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Έλεγχο διαπλαστικών ανωμαλιών. Επισκοπούνται το στόμα, τα μάτια, τα γεννητικά όργανα, ο αριθμός των δακτύλων, τα αφτιά του εμβρύου κλπ, που σε περίπτωση ανώμαλης διάπλασης οι υποψίες στρέφονται σε παθήσεις που συνδέονται. Επίσης, γίνεται διάγνωση της μηνιγγοκήλης, της δισχιδούς ράχης, της ανεγκεφαλίας, του λυκοστόματος, του λαγόχειλου και των σκελετικών ανωμαλιών. Δυσκολότερα εντοπίζεται το φύλο του εμβρύου. Με την εμβρυοσκόπηση μπορούν να εντοπισθούν τουλάχιστον 50 διαπλαστικές ανωμαλίες του εμβρύου.
- Ιστοληψία δέρματος. Συνήθως λαμβάνεται ιστό από το δέρμα της κεφαλής γιατί εκεί υπάρχουν τα λιγότερα αγγεία. Με αυτή την εξέταση εντοπίζονται παθήσεις όπως η επιδερμική υπερκεράτωση, ο οφθαλμοδερμικός αλφισμός, η φυσσαλιδώδης επιδερμόλυση.
- Ιστοληψία εμβρυικών όγκων. Η εμβρυοσκόπηση παρέχει την ευχέρεια ιστολογικού ελέγχου νεοπλασιών του εμβρύου, όπως του τερατώματος.
- Λήψη εμβρυικού αίματος. Λαμβάνεται από τα αγγεία του εμβρύου ή από τα αγγεία του πλακούντα για τη διάγνωση παθήσεων όπως αιμορροφιλίας, δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, μεσογειακής αναιμίας, διαταραχών πηκτικότητας του δέρματος, ιογενείς λοιμώξεις, αναιμίες.

- Εκτέλεση μεταγγίσεων αίματος. Με την εμβρυοσκόπηση πετυχαίνεται η εκτέλεση της μετάγγισης, όταν οι περιστάσεις το απαιτούν, ύστερα από παρακέντηση της ομφαλικής φλέβας στο σημείο εισόδου του ομφάλιου λώρου στο έμβρυο. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις χρησιμοποιείται η ομφαλιδοπαρακέντηση διαδερμικά, με υπερηχογραφική καθοδήγηση.
- Θάνατος δυσπλαστικού εμβρύου. Όταν σε δίδυμη εγκυμοσύνη διαπιστωθεί η ύπαρξη ενός δυσπλαστικού εμβρύου, ενώ το άλλο είναι φυσιολογικό, είναι δυνατό να επιτευχθεί η θανάτωση του, ύστερα από αφαιμάξη και είσοδο αποστειρωμένου αέρα.
- Ιστοληψία συκωτιού. Συστήνεται σε περίπτωση ενζυματικών ανεπαρκειών του¹⁵.

5.2.3.1. Θεραπευτικές Επεμβάσεις Εμβρυοσκόπησης

Σήμερα είναι δυνατή η αντιμετώπιση της εμβρυικής υδρονέφρισης με παρακέντηση της ουροδόχου κύστης του εμβρύου κάτω από υπερηχογραφικό έλεγχο και η αντιμετώπιση της υδροκεφαλίας με παρακέντηση του κρανίου και αναρρόφηση εγκεφαλονωτιαίου υγρού προς αποσυμπίεση των κοιλιών. Επίσης, είναι δυνατή η παροχέτευση υγρού του υπεζωκότα σε περίπτωση υδροθώρακα και χυλοθώρακα.

Ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης και η μόνιμη παροχέτευση των ούρων προς την αμνιακή κοιλότητα έχει ένδειξη σε λίγες μόνο περιπτώσεις εμφρακτικής ουροπάθειας, όταν συνοδεύεται με άλλες διαπλαστικές ανωμαλίες ή παθολογικό καρυότυπο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις προηγείται βιοχημικός έλεγχος των ούρων (K , Na , κρεατίνη , ουρία) για να ελεγχθεί η ακεραιότητα της νεφρικής λειτουργίας.

Η παροχέτευση υδροθώρακα ή χυλοθώρακα με μόνιμο καθετήρα προς την αμνιακή κοιλότητα φαίνεται να συνοδεύεται με καλύτερα αποτελέσματα.

Τελευταία, έχει επιχειρηθεί η εγχειρητική αποκατάσταση διαφραγματοκήλης με υστεροτομία. Αλλά η εμβρυική θνησιμότητα είναι μεγάλη και η μέθοδος θεωρείται ακόμη πειραματική.

5.2.4. Επιπλοκές Εμβρυοσκόπησης

Από τη μητέρα:

- ❖ Λιμάτωμα κοιλιακών τοιχωμάτων μήτρας
- ❖ Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα
- ❖ Αυτόματες εκτρώσεις
- ❖ Πρόωροι τοκετοί
- ❖ Διαφυγές αμνιακού υγρού
- ❖ Τρώση ουροδόχου κύστεως - εντέρου
- ❖ Εμβρυομητρική μετάγγιση (ευαισθητοποίηση Rhesus)
- ❖ Λοίμωξη (φλεγμονές)
- ❖ Συστολές, ναυτία, λιποθυμία.

Από το έμβρυο

- ❖ Ενδομήτριος θάνατος
- ❖ Τραυματική κάκωση
- ❖ Λιμορραγία, αιμάτωμα των κοιλιακών τοιχωμάτων
- ❖ Λοίμωξη
- ❖ Τρώση και ρήξη του ομφάλιου λώρου
- ❖ Γάγγραινα εμβρυικού μέλους λόγω τραυματισμού μεγάλου αγγείου από τη βελόνα παρακέντησης¹⁶.

5.3. Υπερηχογράφημα

5.3.1. Ορισμός

Είναι μία μέθοδος απεικόνισης του εμβρύου και των οργάνων της πυέλου της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης. Αποτελούν το κυριότερο μέσο για τον έλεγχο του εμβρύου κατά την κύηση.¹⁶

Ένας προηγμένος υπερηχογράφος μπορεί να δείξει το κεφάλι, το θώρακα, την καρδιά που χτυπάει, τον κορμό, τα χέρια και τα πόδια από την 11^η κιόλας εβδομάδα. Μπορούμε να μετρήσουμε τα δάχτυλα και να δούμε τα γεννητικά όργανα. Στις

περισσότερες περιπτώσεις τη 17^η εβδομάδα μπορούμε πια να διακρίνουμε το φύλο του μωρού.¹⁷

Το υπερηχογράφημα είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα που έχουν υψηλή συχνότητα. Η συχνότητα τους κυμαίνεται ανάμεσα στους 16.000 έως 25.000 κύκλους ανά δευτερόλεπτο, ενώ τα ηχητικά κύματα φτάνουν έως τις 16.000. Στη διαγνωστική χρησιμοποιούμε συχνότητα 1.000.000 έως 15.000.000 κύκλων ανά δευτερόλεπτο.¹⁵

Τα υπερηχογραφήματα προσφέρουν καταρχήν μία δισδιάστατη εικόνα του εμβρύου. Αυτό γίνεται ως εξής: Τα ηχητικά κύματα στέλνονται στο εσωτερικό της κοιλιάς της εγκύου, με τη βοήθεια ενός μηχανήματος που ονομάζεται ηχοβολέας. Στη συνέχεια τα κύματα αυτά αντανακλώνονται στους ιστούς και μεταφράζονται από τον υπολογιστή σε εικόνα.¹⁸

5.3.2. Τεχνική Υπερηχογραφήματος

Η τεχνική της υπερηχογραφίας εξαρτάται από το όργανο που εξετάζεται. Έτσι, έχουμε τους παρακάτω μεθόδους:

A) Μέθοδος Κίνηση – Χρόνος (Real – Time) ή συσκευή υπερήχων δυναμικής εικόνας. Η χρήση της συσκευής αυτής είναι ευκολότερη χάρη στην αυτόματη εναλλαγή των χαρακτηριστικών της εικόνας που παίρνουμε (15 έως 40 διαφορετικές εικόνες στο λεπτό) και στη συνδυασμένη χρήση περισσότερο εύχρηστων πομπών, έχουμε γρήγορη εναλλαγή εικόνας, γεγονός που διευκολύνει τη μελέτη κινούμενων οργάνων και μεγάλων όγκων (αμνιακό υγρό, έμβρυο), ενώ ταυτόχρονα απλοποιεί την εκλογή ειδικών επιπέδων – πλάνων. Όλα αυτά οδηγούν στο περιορισμό του απαιτούμενου χρόνου για την εξέταση της ασθενούς και διευκολύνουν τον έλεγχο περισσότερων περιπτώσεων. Επίσης το μέγεθος των περισσότερων συσκευών είναι μικρό για αυτό είναι πιο εύχρηστες και κυριάρχησαν στις μέρες μας. Η λήψη του υπερηχογραφήματος με τη μέθοδο Real - Time γίνεται κοιλιακά και κοιλικά.¹⁵

B) Μέθοδος Gray – Scale. Με τη μέθοδο αυτή απεικονίζονται ή καταγράφονται σε ειδική φωτογραφική μεμβράνη αντανακλώμενοι ήχοι με τη μορφή διακυμάνσεων του γκριζού χρώματος. Έτσι ήχοι αντανακλώμενοι από όργανα με

συμπαγή υφή απεικονίζονται με απόχρωση προς το λευκό (οστά κρανίου, σπονδυλική στήλη), ήχοι αντανακλώμενοι από όργανα με υφή λιγότερο συμπαγή απεικονίζονται με απόχρωση περισσότερο γκριζα (ήπαρ, πλακούντας) και ήχοι αντανακλώμενοι από όργανα με αραιά υφή απεικονίζονται με απόχρωση που πλησιάζει το μαύρο (αμνιακό υγρό, κύστη εμβρύου, στομάχι εμβρύου). Η μέθοδος αυτή ή καλύτερα ο τρόπος απεικόνισης των ευρημάτων, χρησιμοποιείται τόσο σε συσκευές υπερήχων με στατική όσο και σε συσκευές με δυναμική εικόνα.¹⁵

Γ)Μέθοδος Doppler. Στη μέθοδο αυτή που στηρίζεται στο φαινόμενο Doppler (δηλαδή στο ότι το ηχητικό κύμα μεταβάλλει τη συχνότητα του όταν αντανακλάται πάνω σε μία επιφάνεια που κινείται), ο πομπός που χρησιμοποιείται διαθέτει δύο πιεζοηλεκτρικούς κρυστάλλους. Ο ένας παράγει και ο άλλος δέχεται το ηχητικό κύμα. Οι ήχοι που αντανακλώνται παράγουν ακουστικό φαινόμενο. Η μέθοδος Doppler πρέπει να ξεχωριστεί από τις υπόλοιπες γιατί είναι διαφορετική, τόσο στην αρχή της λειτουργίας της όσο και στο γεγονός πως δεν μπορούμε να απεικονίσουμε τα αποτελέσματα της.¹⁵

Α)Παλμικός Doppler. Είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε σημαντικές πληροφορίες σχετικές με τις αντιστάσεις των αγγείων, γιατί δίνει τη δυνατότητα της άμεσης μελέτης της ροής στο βάθος μητριάων, εμβρυϊκών και ομφαλικών αγγείων. Η χρησιμοποίηση του παλμικού Doppler αποτελεί διαγνωστική μέθοδο αξιόπιστη, εύχρηστη ανώδυνη και ακίνδυνη για την έγκυο και το έμβρυο. μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και πρέπει να θεωρηθεί ως η περισσότερο σύγχρονη μέθοδος παρακολούθησης της εγκυμοσύνης. Με τον έγχρωμο Doppler μας παρέχεται η δυνατότητα να διακρίνουμε τις φλέβες από τις αρτηρίες. Έτσι έχουμε ακριβέστερες πληροφορίες.¹⁵

Ε) Κολπική κεφαλή. Επειδή τα όργανα της μικρής πυέλου είναι πολλά, έχουν διαφορετικό σχήμα και το ένα σκεπάζει το άλλο, η λήψη υπερηχογραφήματος πραγματοποιείται με γεμάτη την ουροδόχο κύστη που παίζει ρόλο «ηχητικού παραθύρου». Η γεμάτη ουροδόχος κύστη αυξάνει την απόσταση ανάμεσα στο ηχοβόλεα και το εξεταζόμενο όργανο, απαιτεί δαπάνη χρόνου και ενοχλεί την εξεταζόμενη. Για να αποφευχθούν τα παραπάνω και προπαντός για να μειωθεί η απόσταση μεταξύ ηχοβόλεα και εξεταζόμενου οργάνου επινοήθηκε η κολπική

κεφαλή. Με την είσοδο της στους κοιλιακούς θόλους όταν η γυναίκα βρίσκεται στο γυναικολογικό εξεταστικό κρεβάτι, τα ενδοπυελικά όργανα έρχονται σε απόσταση μικρότερη από 10 εκατοστά. Η κένωση της ουροδόχου είναι απαραίτητη. Με την κοιλική κεφαλή είναι δυνατό να διαγνωστούν διαπλαστικές ανωμαλίες του εμβρύου στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης.¹⁵

5.3.3. Ενδείξεις Υπερηχογραφήματος

Οι ενδείξεις του υπερηχογραφήματος είναι:

- ✓ **Λιάγνωση της εγκυμοσύνης**, γιατί από την 6^η εβδομάδα το υπερηχογράφημα θα μας δείξει δακτύλιο που αντιστοιχεί στον εμβρυϊκό σάκο. Τη 13^η - 14^η εβδομάδα ξεχωρίζει το κρανίο του εμβρύου και διακρίνονται οι κινήσεις του. Με την κοιλική ο εμβρυϊκός σάκος εντοπίζεται στο μέσο της 5^{ης} εβδομάδας από την τελευταία εμμηνορρυσία. Έχει διάμετρο 1 εκ. και διακρίνεται μέσα σ' αυτό ο λεκιθικός ασκός. Όταν ο εμβρυϊκός σάκος φτάσει το 1,5 εκ. τότε διακρίνεται ο εμβρυϊκός πόλος.⁶
- ✓ **Έλεγχος καρδιακών παλμών εμβρύου**, από την 8^η εβδομάδα ακούγονται και ανέρχονται σε φυσιολογικές συνθήκες σε 170 περίπου στο λεπτό.
- ✓ **Έλεγχος διάπλασης και ωριμότητας του εμβρύου** με τον προσδιορισμό της απόστασης κεφαλής- ισχίων, της αμφιβρεγματικής διαμέτρου, της περιμέτρου της κοιλιάς στο ύψος του συκωτιού, και μάλιστα στο επίπεδο, που απεικονίζεται η ομφαλική φλέβα και το μήκος του μηριαίου οστού.
- ✓ **Προσδιορισμός σχήματος και προβολής του εμβρύου**, με τη μέθοδο Real Time.¹⁹
- ✓ **Προσδιορισμός θέσης του πλακούντα**, ιδιαίτερα του επιπωματικού, που μας ενδιαφέρει περισσότερο. Επίσης, εκτιμάται η μορφολογία του.
- ✓ **Προσδιορισμός του βάρους του εμβρύου**, με εκτίμηση της διαμέτρου της κοιλιάς ή συνδυασμού αμφιβρεγματικής διαμέτρου, διαμέτρου κοιλιάς και μήκους μηριαίου οστού.²⁰
- ✓ **Προσδιορισμός της ηλικίας και του φύλου του εμβρύου**, με τον προσδιορισμό της αμφιβρεγματικής διαμέτρου, της απόστασης κεφαλής ισχίων, του μήκους των μηριαίων ή άλλων επιμήκων οστών και με τον έλεγχο της περιοχής των γεννητικών οργάνων που δεν είναι πάντα κατορθωτός.

- ✓ Έλεγχος παθολογικών καταστάσεων της εγκυμοσύνης, δηλαδή πολυδύμης κύησης, μύλης κύησης, πουαμνίου, υδροκεφαλίας, ανεγκεφαλίας, απειλούμενης ή παλίνδρομης κύησης, διαπλαστικών ανωμαλιών του εμβρύου, κλπ.
- ✓ Εκτίμηση των αναπνευστικών κινήσεων του εμβρύου και άλλων παραμέτρων της βιοφυσικής εικόνας, με τη μέθοδο Real Time. Οι αναπνευστικές κινήσεις είναι συχνότερες το πρωί.
- ✓ Έλεγχος μητροπλακουντικής και εμβρυοπλακουντικής κυκλοφορίας, δηλαδή προσδιορίζουμε τη ροή του αίματος στις μητριαίες αρτηρίες και στην ομφαλική αρτηρία, στην εμβρυϊκή αορτή, στις καρωτίδες, στα αγγεία του κρανίου κλπ με Doppler. Στις παθολογικές εγκυμοσύνες (υπερτασική νόσος, ζαχαρώδης διαβήτης, ασυμβατότητα Rhesus, πολυδύμη εγκυμοσύνη, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης κλπ) η συγκεκριμένη μέθοδος δείχνει την εμβρυϊκή δυσπραγία νωρίτερα από κάθε άλλη μέθοδο (προσδιορισμός οιστριόλης, πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης κλπ).
- ✓ Εκτίμηση ανεπάρκειας του τραχηλικού στομίου, που γίνεται τη 13^η - 14^η εβδομάδα, τότε πρέπει να προβούμε στην περίδεση του τραχήλου. Αυτή εκτιμάται καλύτερα με την κοιλιακή κεφαλή.
- ✓ Προσδιορισμός ποσότητας αμνιακού υγρού, που με αυτόν μπορούμε να προσδιορίσουμε και τις μεταβολές της ποσότητας του και τις περιοχές που αυτό συγκεντρώνεται.
- ✓ Έλεγχος αμνιοπαρακέντησης, για μεγαλύτερη ασφάλεια κατά την εκτέλεση της.
- ✓ Μετάγγιση αίματος στην εμβρυϊκή στην εμβρυϊκή κυκλοφορία από την ομφαλική ή ενδοηπατική φλέβα, μετά την 20^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.
- ✓ Προσδιορισμός της πραγματικής διαμέτρου της πυέλου.¹⁹

5.3.4. Εκτίμηση Ευρημάτων Υπερηχογραφήματος

Τα υπερηχογραφικά ευρήματα που θα μας δώσουν οι διάφορες μελέτες, τα εκτιμάμε όπως παρακάτω:

1. καρδιακή λειτουργία του εμβρύου

Αυτή η εξέταση, με τις περισσότερες από τις σύγχρονες συσκευές υπερήχων, είναι δυνατή από την 8^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Ο εμβρυϊκός σάκος φαίνεται από την 6^η εβδομάδα, αλλά μόνο η ύπαρξη καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου δείχνει πως η εγκυμοσύνη προχωρεί.

Ο έλεγχος γίνεται με τη μέθοδο Doppler. Με την ίδια μέθοδο παρακολουθούμε συνέχεια τους καρδιακούς παλμούς κατά τη διάρκεια του τοκετού. Έτσι, μπορούμε να διαγνώσουμε εύκολα κάθε αλλοίωσή τους. Η παλίνδρομη εγκυμοσύνη, ο ενδρομήτριος θάνατος του εμβρύου σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, η μύλη κήση και οι διάφορες μορφές έκτρωσης ελέγχονται καλύτερα με τη μέθοδο Real- Time. Ο έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου είναι απαραίτητος σε κάθε περίπτωση περιόδου τραχήλου, πριν από την επέμβαση και μετά από κάθε διαγνωστική αμνιοπαρακέντηση στις αρχές του δεύτερου τριμήνου.¹⁵

2. Ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου και ωριμότητα του

Αυτές πρέπει να ελέγχονται πριν προκαλέσουμε τοκετό ή εκτελέσουμε καισαρική τομή. Προσδιορίζουμε την αμφιβρεγματική διάμετρο του εμβρύου που από την 28^η έως την 36^η αυξάνεται κατά 2 χιλ. την εβδομάδα και από την 37^η εβδομάδα κατά 1 χιλ. Στο τέλος της κύησης η διάμετρος αυτή, σε φυσιολογικές συνθήκες είναι 9,3 χιλ.

Επίσης προσδιορίζεται η εγκάρσια διάμετρος της κοιλιάς με αύξηση 2 χιλ. την εβδομάδα καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο υπολογισμός της αμφιβρεγματικής διαμέτρου, της εγκάρσιας της κοιλιάς του και του μήκους του μηριαίου οστού στο τέλος της εγκυμοσύνης βοηθούν στην εκτίμηση του βάρους του και της ηλικίας του εμβρύου.

Για την έγκαιρη διαπίστωση και διάγνωση των περιπτώσεων με καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου, ιδιαίτερη σημασία έχει η μέτρηση της περιμέτρου της εμβρυϊκής κοιλιάς στο ύψος του σφυαλιού, γιατί αυτή είναι που θα επηρεαστεί πρώτη¹⁵.

3. Ηλικία της εγκυμοσύνης

Η ηλικία προσδιορίζεται με την μέτρηση της απόστασης της κεφαλής και ισχίων από την 7^η εβδομάδα από την τελευταία εμμηνορρυσία. Μετά την 15^η εβδομάδα η εκτίμηση δεν είναι τόσο ακριβής, προτιμάται η μέτρηση της αμφιβρεγματικής διαμέτρου επειδή η κεφαλή του εμβρύου είναι πλέον ορατή.

Η σωστή συσχέτιση μεταξύ των δύο παραπάνω μετρήσεων εξαρτάται:

- Από τον αριθμό των υπερηχογραφήματων.
- Από την χρονική στιγμή που θα πραγματοποιηθούν τα υπερηχογραφήματα (1^ο, 2^ο ή 3^ο τρίμηνο),
- Από την πείρα του εξεταστή

Ο καλύτερος χρόνος για τον έλεγχο των διαπλαστικών ανωμαλιών του εμβρύου και της ηλικίας της εγκυμοσύνης είναι η 18^η με 20^η εβδομάδα. Σ' αυτή την περίοδο η ακρίβεια της αμφιβρεγματικής διαμέτρου πλησιάζει τη μια εβδομάδα για τον προσδιορισμό της πιθανής ημερομηνίας τοκετού. Μετά την 24^η εβδομάδα ο προσδιορισμός της διαμέτρου δεν είναι ακριβής ως προς την ημερομηνία τοκετού.

Αν η αμφιβρεγματική διάμετρος είναι μικρότερη από την αναφερόμενη ηλικία της εγκυμοσύνης ή η ηλικία της εγκυμοσύνης δεν είναι γνωστή, τότε είναι αδύνατο να προσδιοριστεί με ακρίβεια η πιθανή ημερομηνία τοκετού και απαιτούνται διαδοχικά υπερηχογραφήματα για την επιβεβαίωση της φυσιολογικής ανάπτυξης του εμβρύου.

Αν η αμφιβρεγματική διάμετρος είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη, τότε πρέπει να γίνει δευτέρα μέτρηση μετά από 3 - 4 εβδομάδες και με βάση τις δυο μετρήσεις μπορεί να καθοριστεί κατά προσέγγιση η ημερομηνία τοκετού¹⁵.

4. Προσδιορισμός του σχήματος και της προβολής του εμβρύου

Ο προσδιορισμός του σχήματος και η προβολή του εμβρύου σε προχωρημένη εγκυμοσύνη βοηθάει στην εκλογή του τρόπου αποπεράτωσης του τοκετού. Στην ισχιακή προβολή το υπερηχογράφημα δείχνει πολλαπλά διάχυτα επάρμια πάνω από την ηβική σύμφυση. Η κεφαλή του εμβρύου στην υπερηχητική τομογραφία διακρίνεται εύκολα, όπως και οι παραμορφώσεις των οστών του κρανίου σε περίπτωση θανάτου του. Αυτός είναι ο λόγος που το υπερηχογράφημα αντικατέστησε τον ακτινολογικό έλεγχο¹⁵.

5. Έλεγχος αναπνευστικών κινήσεων του εμβρύου

Αυτός ο έλεγχος γίνεται με τη μέθοδο χρόνος – κίνηση (Real Time) και βοηθάει στην εκτίμηση της επίδρασης των φαρμάκων που χορηγούνται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης¹⁵.

6. Προσδιορισμός της πραγματικής διαμέτρου της πυέλου

Αυτός ο προσδιορισμός μας βοηθάει στην διαστάσεις της πυέλου χωρίς όμως να καταφέρνει να αντικαταστήσει την ακτινολογική πυελομέτρηση¹⁵.

7. Προσδιορισμός της θέσης του πλακούντα

Αυτός μας βοηθάει να αποφύγουμε κάκωση του πριν από την εκτέλεση αμνιοπαρακέντηση και όταν υπάρχει υποψία προδομικού πλακούντα. Επίσης, σε κάθε περίπτωση αιμορραγίας του τελευταίου τριμήνου είναι απαραίτητος.

Περισσότερη ευδιάκριτη στην απεικόνιση είναι η εμβρυϊκή επιφάνεια του πλακούντα. Όσο προχωρεί η εγκυμοσύνη, τόσο περισσότερο έκδηλες αλλοιώσεις παρουσιάζονται στη σύσταση του πλακούντα. Έχει διαπιστωθεί πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ένταση των προδρομικών αλλοιώσεων του πλακούντα και στην πνευματική ωριμότητα του εμβρύου¹⁵.

8. Εκτίμηση παθολογικών καταστάσεων της εγκυμοσύνης

Αυτή μας βοηθάει στον τρόπο αντιμετώπισης τους. Η πολύδυμη εγκυμοσύνη φαίνεται ανάμεσα στην 6^η - 10^η εβδομάδα από τους περισσότερους αμνιακούς σάκους στην κοιλότητα της μήτρας, ανάμεσα από τη 12^η - 20^η εβδομάδα από τις κεφαλές των εμβρύων που διαγράφονται και μετά την 20^η εβδομάδα από τους θώρακες. Η μύλη κύηση δίνει εικόνα που μοιάζει με νιφάδες χιονιού. Επίσης μπορούμε εύκολα να διαγνώσουμε το πολυάμνιο που συνοδεύει πολλές φορές διαπλαστικές ανωμαλίες του εμβρύου, το ολιγάμνιο, την υδροκεφαλία, ανεγκεφαλία, μηνιγγοκήλη. Στο υπερηχογράφημα μόνο κεφαλή και ο θώρακας του του εμβρύου ελέγχονται εύκολα.

Η καταληκτική εξέλιξη των υπερήχων τα τελευταία χρόνια έκανε δυνατή την προγεννητική διάγνωση πολλών διαπλαστικών ανωμαλιών του εμβρύου, όπως ουροποιητικού και πεπτικού συστήματος και πρόσφατα καρδιακού. Ο έλεγχος για ανωμαλίες πρέπει να είναι συστηματικός αρχίζοντας από το κρανίο, τη σπονδυλική

στήλη, τον αυχένα και τον τράχηλο, το θώρακα, την καρδιά, το διάφραγμα, την κοιλία και τα άκρα. Ακολουθεί έλεγχος του πλακούντα. Τέλος, η υπερηχογραφία μας βοηθάει στη διαφορική διάγνωση σε περίπτωση έκτοπης εγκυμοσύνης, όγκου, ψευτοκύησης.

Όσον αφορά στη χρησιμοποίηση του παλμικού Doppler, αυτό μας βοηθάει στον προσδιορισμό της ροής του αίματος στην ομφαλική αρτηρία και μάλιστα στο σημείο της έμφυσης της στον πλακούντα, που εκφράζεται σε καμπύλη την οποία παίρνουμε ύστερα από φασματική ανάλυση του υπερηχογραφικού σήματος. Η καμπύλη αυτή αποτελείται από δύο σύνθετα στοιχεία:

A) το συστολικό, που δείχνει την προωθητική δύναμη του μυοκαρδίου και

B) το διαστολικό, που αποτελεί την έμμεση έκφραση της έντασης των πλακουντικών αντιστάσεων. Η αριθμητική απόδοση των παραπάνω στοιχείων εκφράζεται με τον τύπο

$$\Lambda \cdot \Sigma \cdot \Delta \cdot \Sigma$$

Όπου, Λ : αντιστάσεις του πλακούντα,

Σ : μέγιστη συστολική ταχύτητα, και

Δ : μέγιστη συστολική ταχύτητα.¹⁵

5.4. Λήψη Εμβρυϊκού αίματος

Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 έγιναν προσπάθειες λήψης εμβρυϊκού αίματος με παρακέντηση του πλακούντα. Η χρήση αυτής της τεχνικής συχνά έδινε σημαντική πρόσμιξη εμβρυϊκού και μητρικού αίματος. Παρά ταύτα, χρησιμοποιήθηκε εκτενώς για τη διάγνωση των αιμοσφαιρινοπαθειών. Αργότερα η εμβρυοσκόπηση βελτίωσε αισθητά την ποιότητα του λαμβανόμενου δείγματος, εφόσον έδινε συχνότερα δείγματα με 100% περιεκτικότητα εμβρυϊκού αίματος. Έτσι οι ενδείξεις συμπεριέλαβαν την αιμορροφιλία A και ανοσολογικά νοσήματα, για τα οποία χρειαζόταν καθαρό ή σχεδόν καθαρό εμβρυϊκό αίμα.

Με την ευρεία χρήση της υπερηχογραφίας, η οποία έγινε κατά τη δεκαετία του 80, έγινε δυνατή η παρακέντηση της ομφαλικής αρτηρίας, αντικαθιστώντας την εμβρυοσκόπηση και δίνοντας τη δυνατότητα λήψης καθαρού εμβρυϊκού αίματος.

Ο κίνδυνος αποβολής μετά την εμβρυοσκόπηση ανερχόταν σε ποσοστό 4-7%. Ο ίδιος αυτός κίνδυνος με την ομφαλοσκόπηση φαίνεται να είναι μόνο 1 – 2% και συνδέεται άμεσα με την εμπειρία του λήπτη. Με την εμβρυοσκόπηση επίσης παρατηρείται ποσοστό 5-15% πρόωρων τοκετών, ενώ με την ομφαλοσκόπηση το ποσοστό αυτό είναι μόνο 5%. Παρά το αυξημένο ποσοστό λήψης καθαρού εμβρυϊκού αίματος με την ομφαλοσκόπηση, συνίσταται να γίνεται πάντα έλεγχος πρόσμιξης με μητρικό αίμα με τη χρώση Kleinauer – Betke, μία ώρα μετά την διαδικασία.¹³

5.5. Βιοψία Χοριακών Λαχνών(CVS)

Είναι μία τεχνική λήψης ιστού από το κύημα και μπορεί να θεωρηθεί ως τύπος πρώιμης πλακούντιας βιοψίας του λαχνωτού χορίου. Η διατραχηλική οδός, στην οποία οι χοριακές λάχνες αναρροφούνται σε καθετήρα, χρησιμοποιείται κατά την πρώιμη και την αρχή της όψιμης εμβρυϊκής περιόδου. Η παρακέντηση με βελόνα δια του κοιλιακού τοιχώματος μπορεί να γίνει κατά την διάρκεια της κύησης. Οι λάχνες χωρίς τον φθαυτό χρησιμοποιούνται για κυτταρογενετική ανάλυση είτε αμέσως (πολλά κύτταρα βρίσκονται ήδη στο στάδιο της μετάφασης) είτε ύστερα από καλλιέργεια των μεσεγχυματικών εστιών. Είναι δυνατόν να γίνουν ανάλυση DNA και άλλες βιοχημικές αναλύσεις και να διαγνωσθούν πολλές χρωμοσωματικές διαταραχές και εγγενή σφάλματα του μεταβολισμού. Η υπανάπτυξη της στοματογναθικής χώρας και των μελών παρατηρείται λίγο συχνότερα μετά από βιοψία χοριακών λαχνών, η οποία έχει ενοχοποιηθεί ότι προκαλεί ελαττώματα των μελών λόγω αγγειακής βλάβης.²⁰

5.6. Χρωματοσωματική Ανάλυση

Η χρωματοσωματική ανάλυση γίνεται για τη διερεύνηση χρωματοσωματικών ανωμαλιών σε καλλιέργειες εμβρυϊκών κυττάρων που λαμβάνονται με αμνιοπαρακέντηση (συνήθως μεταξύ 16^{ης} και 17^{ης} εβδομάδας) ή με βιοψία χοριακών λαχνών (συνήθως μεταξύ 7^{ης} και 10^{ης} εβδομάδας της εγκυμοσύνης).

Η καλλιέργεια και η χρωματοσωματική ανάλυση των εμβρυϊκών κυττάρων πρέπει να γίνεται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. ηλικία 35 ετών και πάνω
2. χρωματοσωματικές ανωμαλίες των γονέων
3. προηγούμενο παιδί με χρωματοσωματική ανωμαλία
4. κίνδυνος να εμφανιστεί φυλοσύνδετη νόσος, που καθιστά αναγκαίο τον προσδιορισμό του φύλου.

Η ακρίβεια των μεθόδων χρωματοσωματικής ανάλυσης είναι μεγαλύτερη από 99% και οι κίνδυνοι των δοκιμασιών αναφέρονται στον τρόπο λήψης των κυττάρων.

Με τον εμβρυϊκό καρυότυπο μπορούν να καταδειχθούν διάφορες χρωματοσωματικές ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Down σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας και η τρισωμία 21, καθώς και το φύλο του εμβρύου. Ο προσδιορισμός του φύλου είναι χρήσιμος από την άποψη ότι μπορεί να προγραμματισθεί η αντιμετώπιση ασθενειών με φυλοσύνδετες διαταραχές, όπως η αιμοφιλία και η μυϊκή δυστροφία. Στις περιπτώσεις αυτές διακόπτεται η εγκυμοσύνη στα άρρενα έμβρυα, που εμφανίζουν μια πιθανότητα 50% να αναπτύξουν το φυλοσύνθετο νόσημα¹²

Μερικές από τις χρωματοσωματικές ανωμαλίες είναι:

5.6.1. Σύνδρομο Down

Το σύνδρομο Down προκαλείται από την παρουσία ενός παραπάνω χρωμοσώματος 21. Η διαταραχή είναι η πιο συχνή ανωμαλία χρωμοσώματος, που παρουσιάζεται με ρυθμό 1 στις 800 γεννήσεις. Κατά τη γέννηση, τα παιδιά με σύνδρομο Down είναι λίγο πιο μικρά από ότι ο μέσος όρος. Έχουν χαλαρές αρθρώσεις, ασθενή αντανακλαστικά και κακό τόνο. Μπορεί, επίσης, να έχουν χαρακτηριστική μορφή προσώπου. Αν και όλα τα παιδιά με σύνδρομο Down είναι διανοητικά καθυστερημένα σε κάποιο βαθμό, πολλά είναι ικανά για περιορισμένη μάθηση, συμπεριλαμβανόμενης σε μερικές περιπτώσεις ικανότητα ανάγνωσης. Τα παιδιά με σύνδρομο Down έχουν συνήθως, ασυνήθιστα χαρούμενη και στοργική φύση. Περίπου τα μισά παιδιά με σύνδρομο Down γεννιούνται με βαριά καρδιοπάθεια. Πολλά δεν περνούν τον πρώτο χρόνο ζωής. Τα παιδιά αυτά είναι πιο επιρρεπή σε ελαττώματα του πεπτικού σωλήνα, του θυρεοειδή αδένος και των

αναπαραγωγικών οργάνων, σε λοιμώξεις, ανωμαλίες ματιών και διαταραχές δέρματος. Είναι, επίσης, για άγνωστους λόγους, 20 φορές πιθανότερο να πάθουν λευχαιμία από ότι τα άλλα παιδιά. Το παιδί μιας γυναίκας η οποία πάσχει από το σύνδρομο έχει 1 προς 3 πιθανότητα να παρουσιάσει τη διαταραχή. Ωστόσο, οι άνθρωποι με σύνδρομο Down σπάνια τεκνοποιούν και οι περισσότεροι άνδρες με τη διαταραχή είναι στειροί. Οι πιο πολλές περιπτώσεις οφείλονται στον μη αποχωρισμό χρωμοσωμάτων, από αδυναμία ενός ζευγαριού χρωμοσωμάτων να διαχωριστούν στη διάρκεια της διχοτόμησης του κυττάρου, όταν σχηματίζεται το σπερματοζωάριο ή το ωάριο ενός γονέα, οπότε ένα ωάριο ή σπερματοζωάριο και όλοι οι απόγονοι τους διαθέτουν ένα παραπάνω χρωμόσωμα. Η πιθανότητα να κάνει μια γυναίκα παιδί με σύνδρομο Down αυξάνεται με την ηλικία. Οι πιο πολλοί θάνατοι που σχετίζονται με σύνδρομο Down συμβαίνουν κατά το πρώτο έτος ζωής και είναι αποτέλεσμα καρδιακών ελαττωμάτων. Το 75% των ανθρώπων με το σύνδρομο φτάνουν τα 20 έτη και το 25% αυτών ζουν μέχρι τα 50. Πολλοί γερνότεροι άνθρωποι με το σύνδρομο Down έχουν άνοια παρόμοια με της νόσου Αλτσχάιμερ⁸

ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ηλικία της μητέρας	Συχνότητα του συνδρόμου Down
30	1 σε 885 γεννήσεις
31	1 σε 826 γεννήσεις
32	1 σε 725 γεννήσεις
33	1 σε 592 γεννήσεις
34	1 σε 465 γεννήσεις
35	1 σε 365 γεννήσεις
36	1 σε 287 γεννήσεις
37	1 σε 225 γεννήσεις
38	1 σε 176 γεννήσεις
39	1 σε 139 γεννήσεις
40	1 σε 109 γεννήσεις
41	1 σε 85 γεννήσεις
42	1 σε 67 γεννήσεις
43	1 σε 53 γεννήσεις
44	1 σε 41 γεννήσεις
45	1 σε 32 γεννήσεις
46	1 σε 25 γεννήσεις
47	1 σε 20 γεννήσεις
48	1 σε 16 γεννήσεις
49	1 σε 12 γεννήσεις

Πίνακας: κίνδυνος γεννήσεως του νεογνού με σύνδρομο

Down ανάλογα με την ηλικία.⁸

5.6.2. Σύνδρομο Turner

Το σύνδρομο Turner προκαλείται, σύμφωνα με τους Gartler και Sparkers (1963) όταν κατά την εμβρυϊκή ζωή είναι πιθανό να απενεργοποιηθεί, τυχαία, το μοναδικό X χρωματόσωμα σε κάποιο αριθμό κυττάρων, τα οποία όμως δεν μπορούν να επιζήσουν και η απώλεια τους συντελεί σε ατελή ανάπτυξη του εμβρύου, που συνεπάγεται σε άλλες περιπτώσεις το θάνατο, σε άλλες δε τις διάφορες ανωμαλίες των επιζώντων ατόμων. Το σύνδρομο Turner εμφανίζεται και σε άτομα με δομικές ανωμαλίες του X χρωματοσώματος. Το σύνδρομο εμφανίζεται στα θηλυκά άτομα και χαρακτηρίζεται από χαμηλό ανάστημα, υπογενετισμό, δερματικές πτυχές στα πλάγια του λαιμού, βλαισούς στους αγκώνες κλπ. Τα άτομα δεν έχουν ωοθήκες, ενώ το γεννητικό σύστημα είναι φυσιολογικού θηλυκού. Με το σύνδρομο Turner συνυπάρχει διαβήτης και χρόνια θυρεοειδίτις. Παρουσιάζεται μια αυξημένη συχνότητα του συνδρόμου αυτού στα αποβληθέντα έμβρυα.¹⁰

5.6.3. Σύνδρομο Klinefelter

Το σύνδρομο Klinefelter παρατηρείται μόνο στα αρσενικά άτομα και οφείλεται σε υπογοναδισμό και γίνεται αντιληπτό μετά την ύβη. Κύρια χαρακτηριστικά του είναι η ατροφία των όρχεων, υπογεννητισμός, γυναικομαστία και υψηλό επίπεδο γοναδοτροφινών στα ούρα. Ανάλογα με τον αριθμό των χρωματοσωμάτων (47, 48 ή 49) παρατηρούνται σωματικές ανωμαλίες και διανοητική καθυστέρηση (καρυότυπος 47,XXY), κλινοδοκτυκλία, βραχύς λαιμός και βλαισοί αγκώνες (καρυότυπος 48,XXXΥ), υψηλό ανάστημα με ιδιαίτερα μακριά άκρα και αντικοινωνική συμπεριφορά (καρυότυπος 48, XXYΥ), ανωμαλίες του σκελετού όπως συναστέωση ωλένης και κερκίδος.¹⁰

5.6.4. Σύνδρομο τριπλού χρωματοσώματος

Το σύνδρομο τριπλού χρωματοσώματος παρατηρείται στα θηλυκά άτομα και οφείλεται στην παρουσία ενός επιπλέον X χρωματοσώματος. Η εμβρυϊκή ζωή και ατόμων με το σύνδρομο τριπλού χρωματοσώματος βαίνει κανονικώς καθ' όλη τη

διάρκεια της ζωής του και καθόλου δε διαφέρουν από τα φυσιολογικά θήλαα. Στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται ελαφρά διανοητική καθυστέρηση, καθώς και διαταραχές στην περίοδο, δευτεροπαθής αμηνόρροια και πρόωρη εμμηνόπαυση²⁰.

5.6.5. Σύνδρομο Patau

Το σύνδρομο Patau οφείλεται στην ύπαρξη είτε 46 είτε 47 χρωματοσωμάτων. Τα άτομα με το σύνδρομο Patau εμφανίζουν βαρεία διανοητική καθυστέρηση, μικροκεφαλία, ανοφθαλμία ή μικροφθαλμία, λυκοστομία, λαγώχειλο, πολυδακτυλία, δίκερο μήτρα, ανωμαλίες των νεφρών και ουρητήρων κλπ. Η συχνότητα του συνδρόμου κυμαίνεται από 0,0068% έως 0,045%.²⁰

5.6.6. Σύνδρομο Edwards

Το σύνδρομο Edwards οφείλεται στην ύπαρξη υπεράριθμου χρωματοσώματος της ομάδας E και μάλιστα του 18. Οι ασθενείς με το σύνδρομο αυτό εμφανίζουν διάφορες ανωμαλίες όπως: μεγάλου βαθμού διανοητική καθυστέρηση, υπέρταση, χαμηλή θέση και ανωμαλία των αυτιών, συγγενείς καρδιοπάθειες, δάχτυλα των χεριών σε κάμψη, ανωμαλίες στα άκρα των ποδιών, ανωμαλίες των νεφρών, μικρογναθία κλπ. Τα θηλυκά άτομα προσβάλλονται 2-3 φορές περισσότερο από τα αρσενικά. Η επιβίωση είναι βραχεία και δεν ξεπερνάει τις λίγες εβδομάδες ή μήνες, έχουν δε δημοσιευτεί και περιπτώσεις που επέζησαν επί χρόνια¹⁰.

5.6.7. Σύνδρομο Cri du chat

Οφείλεται σε μερική μονοσομία των βραχέων σκελών του χρωμοσώματος. Χαρακτηριστικά του είναι: η διανοητική καθυστέρηση, στρογγυλό πρόσωπο, βλεφαρικές σχισμές προς τα κάτω και έξω, μικρογναθία, βραχυκεφαλία, υποτονία, ανώμαλα δερματογλυφικά και χαρακτηριστική φωνή (κλάμια γάτας)¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

6.1. Διατροφή

Μεταξύ των πολλών προκαταλήψεων γύρω από την εγκυμοσύνη, πριν μερικά χρόνια υπήρχε και εκείνη κατά την οποία υποστήριζαν ότι σ' αυτή τη περίοδο η γυναίκα πρέπει να τρώει για δύο. Αυτό είναι λανθασμένο γιατί παρόλο που ο μητρικός μεταβολισμός αυξάνει ελαφριά επειδή πρέπει να φροντίσει και τη θρέψη του εμβρύου, είναι πολύ μακριά από την θεωρία της διπλής διατροφής.

Μια αύξηση βάρους πάνω από 12 κιλά κατά τη διάρκεια της κύησης είναι βλαβερή γιατί κάνει πιο δύσκολη τη διαδικασία του τοκετού για τη μητέρα. Από την άλλη μεριά, δεν είναι αλήθεια ότι το βάρος του παιδιού εξαρτάται από το πόσο έτρωγε η μητέρα τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην πραγματικότητα για τον καθορισμό του βάρους του παιδιού ρόλο παίζουν διάφοροι παράγοντες: κυρίως τα κληρονομικά χαρακτηριστικά, όπως και η χωρητικότητα της πύελου και τέλος μια φτωχή και ακατάλληλη διατροφή. Σίγουρα μια καλή διατροφή, που να ελέγχει την ποσότητα και την ποιότητα των τροφών είναι απαραίτητη.²²

Πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι ορισμένες επιπλοκές όπως έκτρωση, πρόωρος τοκετός, περιγεννητική θνησιμότητα, τοξιναιμία της εγκυμοσύνης κλπ.) μπορεί να εξαρτώνται από μια λανθασμένη διατροφή. Το ίδιο ισχύει και για ορισμένες διαμαρτυρίες του νεογέννητου όπως ραχιτισμός, ο υποθυρεοειδισμός, η αναιμία κλπ. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι γυναίκες που είναι σημαντικά υπέρβαρες κατά την έναρξη της εγκυμοσύνης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν εμβρυϊκές διαταραχές.¹⁷

Στην εγκυμοσύνη, ο βασικός μεταβολισμός της γυναίκας αυξάνει αλλά μέχρι τον 3^ο μήνα δεν είναι απαραίτητη η λήψη μεγαλύτερης ποσότητας τροφής. Μετά τον 4^ο μήνα μια γυναίκα 60 kg με μέση δραστηριότητα έχει ανάγκη 2.500 θερμίδες την ημέρα, η αύξηση αναγκών όμως σε πρωτεΐνες, σάκχαρα και λίπη δεν είναι στην ίδια αναλογία. Η έγκυος καθ' όλη τη διάρκεια και ιδιαίτερα στο 3^ο

τρίμηνο της εγκυμοσύνης της έχει μεγαλύτερη ανάγκη από πρωτεΐνες κυρίως ζωικές: κρέας, αυγά, γάλα, τυρί.²²

Οι λόγοι που επιβάλλουν την αυξημένη λήψη πρωτεϊνών είναι:

- Στο έμβρυο συντελείται μια αύξηση που αρχίζει από ένα κύτταρο και καταλήγει σε εκατομμύρια κύτταρα και σε ένα μέσο βάρος 3,2 kg στο τέλος της εγκυμοσύνης.
- Η ανάπτυξη των ιστών της μητέρας και κυρίως της μήτρας και των μαστών που είναι αναγκαία για να διατηρηθεί η εγκυμοσύνη.
- Η ανάπτυξη του πλακούντα που είναι όργανο ζωτικής σημασίας γιατί τρέφει το έμβρυο και ο οποίος κατά την ανάπτυξη του απαιτεί ποσότητα πρωτεϊνών.
- Ο σχηματισμός του αμνιακού υγρού που προστατεύει το έμβρυο από απότομα πλήγματα ή βλάβες. Το υγρό αυτό περιέχει πρωτεΐνες και γι' αυτό ο σχηματισμός του απαιτεί τη λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων με τη διατροφή.
- Η αύξηση του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος της μητέρας κατά 20% μέχρι 50% που αφορά όλα τα συστατικά του πλάσματος και την αιμοσφαιρίνη των ερυθρών αιμοσφαιρίων που περιέχει και αυτή στο μόριο της λευκωμα. Η αύξηση της αλβουμίνης του πλάσματος είναι αναγκαία για τη διατήρηση της κολλοειδωσμοτικής. Η αύξηση της αιμοσφαιρίνης αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών σε οξυγόνο των κυττάρων του αναπτυσσόμενου εμβρύου. Γενικότερα, η αύξηση των λευκωματούχων είναι αναγκαία για τη θρέψη του εμβρύου και για τη διατήρηση του αυξημένου μεταβολισμού της μητέρας.
- Η αποθήκευση πρωτεϊνών μέσα στο σώμα της μητέρας, που χρειάζονται για την προστασία στις ωδίνες, τον τοκετό, την αμέσως μετά τον τοκετό περίοδο και για τη γαλουχία.²³

6.2. Κάπνισμα

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που γεννιούνται από γυναίκες που καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν σε αυξημένο ποσοστό ποικίλες μορφολογικές και λειτουργικές διαταραχές σε σύγκριση με παιδιά που γεννιούνται από γυναίκες που δεν καπνίζουν.

1. Μειωμένο βάρος του νεογνού κατά τη γέννηση (επιβραδυμένη ανάπτυξη του εμβρύου)

Τα παιδιά που γεννιούνται από καπνίστριες μητέρες έχουν μικρότερο βάρος κατά τη γέννησή τους (κατά 150 - 400gr) σε σύγκριση με τα παιδιά που γεννιούνται από μη καπνίστριες. Η μείωση αυτή του σωματικού βάρους είναι ανάλογη του αριθμού των τσιγάρων που κάπνιζε καθημερινά η μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης⁸

2. Μείωση ροής αίματος στον πλακούντα

Διαπιστώθηκε ότι το κάπνισμα μειώνει την ροή αίματος στο πλακούντα της γυναίκας. Σε σχετική έρευνα βρέθηκε ότι η αποκατάσταση της φυσιολογικής ροής του αίματος γίνεται μέσα σε 15 λεπτά μετά το κάπνισμα. Αλλεπάλληλες όμως, μειώσεις της ροής του αίματος στον πλακούντα μπορεί να προκαλέσουν επιβράδυνση στην ανάπτυξη του εμβρύου και άλλες επιπλοκές στο έμβryo²¹.

3. Μειωμένη οξυγόνωση ιστών του εμβρύου

Η επιβραδυμένη ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να οφείλεται και σε μειωμένη οξυγόνωση των ιστών του, η οποία μπορεί να προκληθεί και από το μονοξείδιο του άνθρακα του καπνού του τσιγάρου. Η συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα στον καπνό του τσιγάρου είναι περίπου 100.000 φορές μεγαλύτερη από την συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα στον καθαρό αέρα της θάλασσας. Το μονοξείδιο του άνθρακα περνά εύκολα τον πλακούντα της γυναίκας, με τελικό αποτέλεσμα να μειώνει τη διαθέσιμη ποσότητα οξυγόνου για τους εμβρυϊκούς ιστούς²¹.

Άλλες δυσμενείς επιδράσεις στο έμβryo

- Πολλές επιδημιολογικές εξετάσεις έχουν δείξει ότι το ποσοστό αποβολών (εκτρώσεων) είναι αυξημένο σε γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Από ορισμένους ερευνητές διατυπώθηκαν και κάποιες υπόνοιες για πιθανή πρόκληση συγγενών ανωμαλιών της καρδιάς ή διαπιστώθηκαν δυσπλασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, ενώ άλλοι ερευνητές μιλούν για μια

τάση ή και πρόκληση λαγωχειλίας ή λυκοστόματος σε περίπτωση που η γυναίκα καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

- Έχει διαπιστωθεί ότι τόσο το κάπνισμα, όσο και η νικοτίνη επηρεάζουν τη λειτουργία της καρδιάς του εμβρύου.
- Το κάπνισμα μειώνει της κινήσεις του εμβρύου στη μήτρα.
- Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το κάπνισμα επηρεάζει, άμεσα ή έμμεσα, την ανοσολογική αντίδραση του εμβρύου καθώς και του μητρικού οργανισμού.
- Η ευαισθησία κατά τη βρεφική ηλικία σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αυξάνεται σε παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της κύησης.
- Σε νεογέννητα μωρά που η μητέρες τους κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν παρατηρηθεί και εκφυλιστικές αλλοιώσεις στα ενδοθηλιακά κύτταρα των αρτηριών τους. Ιστολογικές μεταβολές και αλλοιώσεις όπως και βιοχημικές μεταβολές έχουν διαπιστωθεί και στον πλακούντα των μητέρων που καπνίζουν.
- Το κάπνισμα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να έχει και μακροχρόνια δυσμενή επίδραση στη σωματική και διανοητική ανάπτυξη του παιδιού. Προβλήματα συμπεριφοράς διαπιστώθηκαν σε παιδιά ηλικίας 13 μηνών ή και σε μεγαλύτερα. Επίσης, παιδιά που οι μητέρες τους κάπνιζαν δέκα ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα μετά τον τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης, είχαν στην ηλικία των 7 ετών ανάστημα μικρότερο κατά 1 cm σε σύγκριση με παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν. Άλλη έρευνα έδειξε ότι παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της κύησης, καθυστερημένη σωματική και διανοητική ανάπτυξη στην ηλικία των 7 και 11 ετών.
- Το γεγονός ότι ορισμένα συστατικά του τσιγάρου είναι καρκινογόνοι παράγοντες, που μπορούν να φτάσουν στο έμβryo, οδήγησε στην υπόθεση ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να έχει και διπλακούντια καρκινογόνο δράση. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώνεται έμμεσα από μια επηδιομιολογική έρευνα στη Χαβάη.²⁵

6.3. Ακτινοβολία

Αμέσως μετά τις ατομικές εκρήξεις στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι το 1945, οι επιστήμονες διαπίστωσαν τις ολέθριες επιπτώσεις της ακτινοβολίας στο έμβρυο. Καμία έγκυος από αυτές που βρίσκονταν σε απόσταση μικρότερη από 1 km από τις περιοχές των εκρήξεων δεν γέννησε ζωντανό παιδί. Το 75% των εγκύων που βρίσκονταν σε απόσταση 2 km από τον τόπο των εκρήξεων γέννησαν βρέφη νεκρά ή ζωντανά αλλά βρέφη με σοβαρή σωματική δυσμορφία. Τα βρέφη που τελικά επέζησαν παρουσίασαν πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας και νοητική καθυστέρηση.

Σύγχρονοι ερευνητές όπως ο Kleinman, ο Cooke, ο Machlin υποστηρίζουν ότι η χρήση ακτίνων X για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς, ιδίως κατά τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης, ασκεί επιβλαβή επίδραση στο έμβρυο, διότι προκαλεί μεταλλάξεις των γονιδίων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων, που πολλές φορές είναι επικίνδυνα για την ανάπτυξη του εμβρύου (διαταραχή του Κ.Ν.Σ., σωματικές δυσμορφίες, μικροκεφαλία κ.α.).²⁶

6.4. Φάρμακα

Στην εποχή μας υπάρχει έντονη και αυξανόμενη τάση για κατανάλωση φαρμάκων. Η κατανάλωση αυτή δεν περιορίζεται ούτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρά το γεγονός ότι είναι γνωστός ο κίνδυνος για το έμβρυο.

Η χρήση ορισμένων φαρμάκων από την έγκυο με συνταγή γιατρού ή με δική της πρωτοβουλία, ιδίως κατά τους 3 πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, μπορεί να έχει επιπτώσεις στο έμβρυο²⁶

Τα φάρμακα μπορούν να περάσουν, σε ποικίλο βαθμό, από το μητρικό οργανισμό στο έμβρυο με διάφορους μηχανισμούς, κυρίως όμως με το μηχανισμό της απλής διάχυσης.

Αν εξαιρεθούν μερικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες η χορήγηση ενός φαρμάκου μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στο έμβρυο, σε πολλές περιπτώσεις τα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν από παθολογικές καταστάσεις μέχρι δυσπλασίες ή και το θάνατο του εμβρύου, ανάλογα με το είδος του φαρμάκου, τη

δόση, το στάδιο της εγκυμοσύνης, τη φυσιολογική κατάσταση του οργανισμού, την ευαισθησία (γενετική) του εμβρύου κλπ.

Η δυσμενής επίδραση ενός φαρμάκου στο έμβρυο μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση, δηλαδή μπορεί το φάρμακο να δράσει στο ίδιο το έμβρυο, περνώντας από τον πλακούντα ή να προκαλέσει διαταραχές (μεταβολικές) στο μητρικό οργανισμό ή να επηρεάσει το μεταβολισμό κλπ. στον πλακούντα, με αποτέλεσμα οι διαταραχές αυτές να έχουν τελικά δυσμενή επίδραση στο έμβρυο.

Ο πλακούντας έχει την ικανότητα και να μεταβολίζει τις διάφορες φαρμακευτικές ουσίες. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη και πολύπλευρη σημασία, γιατί τα προϊόντα μεταβολισμού των φαρμάκων μπορεί βέβαια, να είναι λιγότερο τοξικά, αλλά μπορεί να είναι και περισσότερο τοξικά (ή γενικώς επιβλαβή) για το έμβρυο, το μητρικό οργανισμό ή και για τους δύο οργανισμούς.²⁵

6.5. Αλκοόλη

Η κατανάλωση αλκοόλης, με τις ποικίλες μορφές της, παρουσιάζει συνεχή αύξηση σε παγκόσμια κλίμακα. Επομένως, οι δυσμενείς επιδράσεις της αλκοόλης στο έμβρυο παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Η αλκοόλη περνά εύκολα τον πλακούντα της γυναίκας και βρίσκεται στο αίμα του εμβρύου σε συγκεντρώσεις λίγο μικρότερες ή ίσες με εκείνες στο μητρικό αίμα.

Οι επιδράσεις από την κατανάλωση αλκοόλης κατά της εγκυμοσύνης, μπορεί να είναι ποικίλες και σοβαρές: δυσπλασίες, εμβρυϊκός θάνατος, επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου, ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ., διανοητική καθυστέρηση κλπ.

Συγκεκριμένα, παιδιά που γέννιούνται από αλκοολικές μητέρες έχουν πιθανότητες έως 30% να παρουσιάσουν το λεγόμενο «αλκοολικό σύνδρομο του εμβρύου». Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται, σε γενικές γραμμές, από εμβρυϊκή και μετεμβρυϊκή επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης, μικροκεφαλία, διανοητική καθυστέρηση, δυσπλασίες του προσώπου, ανωμαλίες της καρδιάς, του σκελετού κλπ. Επίσης, το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας είναι αυξημένο στις αλκοολικές μητέρες. Τέλος έχουν διαπιστωθεί προβλήματα ακοής και διαταραχές στην ομιλία σε παιδιά που γεννήθηκαν με το «αλκοολικό σύνδρομο».

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι μόνο σε παιδιά που γεννιούνται από γυναίκες που πάσχουν από χρόνια αλκοολισμό, αλλά και σε παιδιά που γεννιούνται από γυναίκες που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν παρατηρηθεί συγγενείς ανωμαλίες ή και το «αλκοολικό σύνδρομο» ή απλώς επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης. Ακόμα έχουν παρατηρηθεί και πρόωροι τοκετοί.

Η επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου από την επίδραση της αλκοόλης έχει διαπιστωθεί ότι είναι μεγαλύτερη σε περίπτωση που η γυναίκα καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ακόμη, μπορεί να παρατηρηθούν επιπλοκές κατά τον τοκετό, βραδυκαρδία, αναπνευστικές και ληθαργικές ανωμαλίες στο νεογέννητο.

Εκτός από τη διανοητική καθυστέρηση, η κατανάλωση της αλκοόλης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει και διαταραχές στη συμπεριφορά. Διαταραχές της συμπεριφοράς έχουν διαπιστωθεί όχι μόνο σε νεογέννητα, αλλά και σε βρέφη ηλικίας 13 μηνών.

Τέλος, έχουν αναφερθεί και περιστατικά κακοήθων νεοπλασιών (καρκίνος στο ήπαρ κλπ.) σε παιδιά που παρουσιάζουν το «αλκοολικό σύνδρομο».²⁶

6.6. Συναισθηματική Κατάσταση Της Εγκύου

Έρευνες αναφέρουν ότι αν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης η μέλλουσα μητέρα παραμελεί την διατροφή της και την υγιεινή ζωή της, ή αν δεν επιθυμεί την εγκυμοσύνη της, αυτές οι ελλείψεις φυσικές και ψυχικές, επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξη των οργάνων του οργανισμού του εμβρύου, πρωτίστως μάλιστα επηρεάζουν το αμυντικό του σύστημα, το ενδοκρινικό και το κεντρικό νευρικό του σύστημα δηλαδή την διάπλαση του εγκεφάλου του: (δρ Michel Odent). Όλες οι σοβαρές ασθένειες (καρδιοπάθειες, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία κλπ) σ' όποια ηλικία κι αν εκδηλωθούν, έχουν την αιτία τους σε μια κρίσιμη περίοδο της εγκυμοσύνης που βιώθηκε μες στη ταραχή.

Μπορούν οι μέλλοντες γονείς, η μέλλουσα μητέρα, προπαντός, με τη συμπαράσταση του πατέρα, να διαπλάσουν στο μελλογέννητο παιδί τους υγεία, εξυπνάδα, καλό χαρακτήρα, κοινωνικότητα και καλοσύνη, συγχρόνως δε να ευνοήσουν την ανάπτυξη των ταλέντων του, της ιδιοφυίας και των ιδιαίτερων του κλίσεων, αν αποφασίσουν να ζήσουν 9 μήνες αρμονικά, κι αν η έγκυος προσφέρει

στο διαπλαστούμενο έμβρυο την ορθή διατροφή της, ακούει αρμονική μουσική (κλασική, δημοτική κλπ.) αν μυρίζει τις ευωδίες των λουλουδιών, αν βλέπει όμορφες εικόνες, τρέφει θετικές σκέψεις και συναισθήματα, αν προσφέρει την αγάπη της και τον θαυμασμό της προς το μεγάλο έργο της δημιουργίας της ζωής.¹

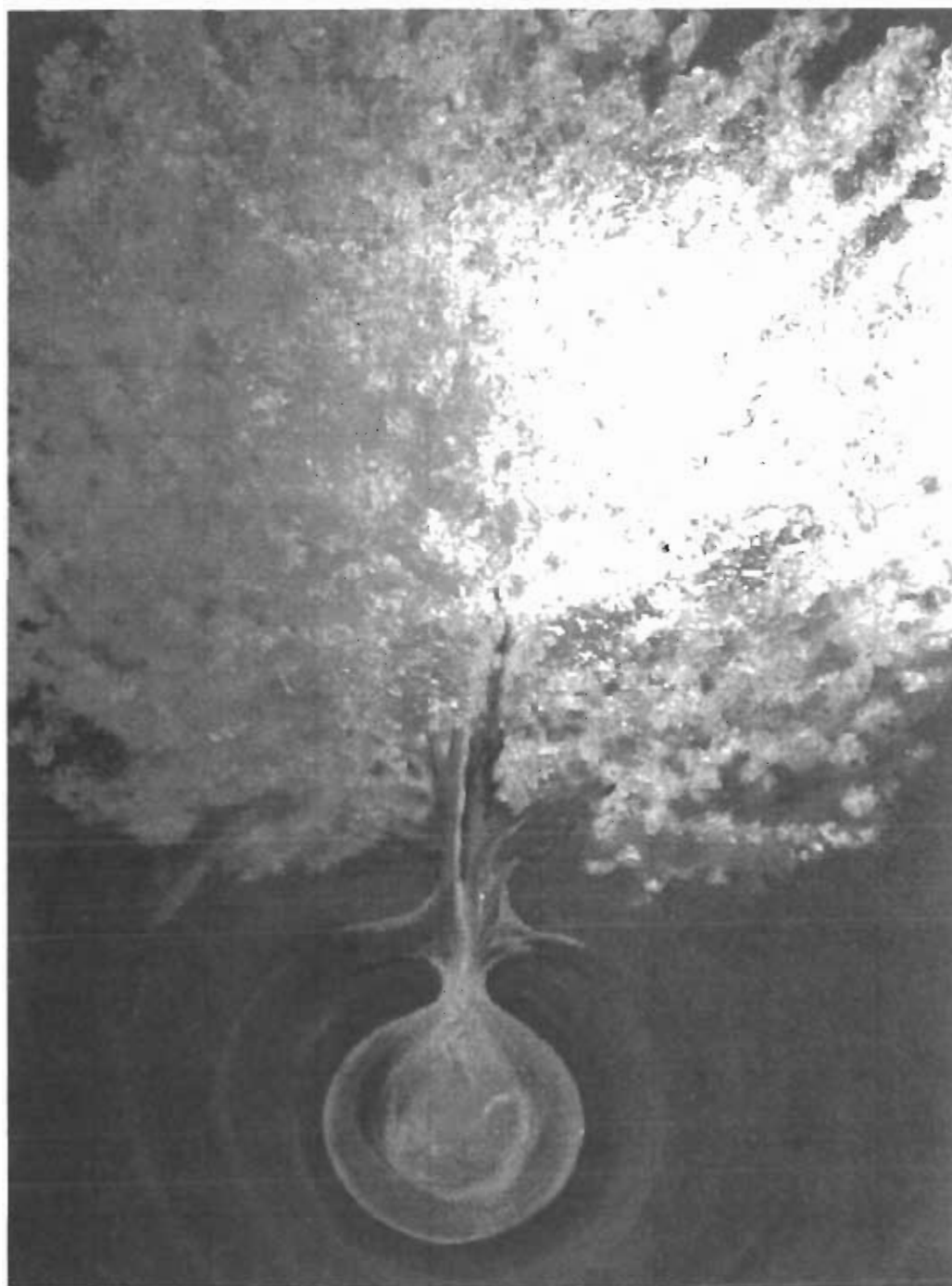
Πολλοί σύγχρονοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις της εγκύου, όπως ο θυμός, ο φόβος, το άγχος προκαλούν:

A) την έκκριση της ορμόνης αδρεναλίνης, η οποία αυξάνει τη ροή του αίματος προς τους μυς και τον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα την ελάττωση της ποσότητας του αίματος που ρέει από την μητέρα προ το έμβρυο και την ελάττωση των θρεπτικών συστατικών και του οξυγόνου που μεταφέρονται με το αίμα της εγκύου στο έμβρυο.

B) την παραγωγή χημικών ουσιών στον οργανισμό της εγκύου, οι οποίες περνούν μέσα από τον πλακούντα, επιδρούν στο έμβρυο και πολλές φορές προκαλούν σοβαρές επιπτώσεις (πρόωρο τοκετό, μικρό βάρος, ερεθιστικότητα κ.).²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ



Η εμβρυϊκή ζωή είναι οι ρίζες της αριανής ύπαρξης του δένδρου της ζωής!

7.1. Υπέρταση

Ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους που αντιμετωπίζει η έγκυος είναι η υπέρταση. Είναι μια συχνή επιπλοκή που αφορά περίπου το 10% των εγκύων.

Η τακτική παρακολούθηση της εγκύου, πριν και κατά τον τοκετό, καθώς και η κατάλληλη αντιμετώπιση μόλις διαπιστωθεί η άνοδος της αρτηριακής πίεσης, θα οδηγήσουν στον καλό τερματισμό της κύησης.²⁷

7.1.1. Ορισμός

Ο όρος υπέρταση χρησιμοποιείται όταν σε δύο ή περισσότερες μετρήσεις είτε η συστολική πίεση βρίσκεται σε επίπεδα μεγαλύτερα των 140 mm Hg ή αυξάνει περισσότερο από 30 mm Hg σε σχέση με το πρώτο τρίμηνο είτε η διαστολική πίεση βρίσκεται πάνω από τα 90 mm Hg τουλάχιστον και είναι αυξημένη σε σχέση προς το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.²⁷

7.1.2. Συμπτώματα

Λευκώματουρια: είναι η παρουσία λευκώματος σε πυκνότητες μεγαλύτερες των 0,3 g/l ούρων 24ώρου.

Οίδημα: αναφέρεται στο οίδημα των κάτω άκρων, που αφήνει εντύπωμα μετά από ολονύκτια ανάπαυση ή στο οίδημα των χεριών ή του προσώπου ή στην αύξηση του βάρους κατά 2 περίπου κιλά σε μια εβδομάδα¹²

7.1.3. Υπέρταση Της Εγκυμοσύνης

Η υπέρταση που αναπτύσσεται στην εγκυμοσύνη ορίζεται γενικώς ως υπέρταση προκαλούμενη από την εγκυμοσύνη με ή και χωρίς λευκωματοουρία.

Ο όρος χρησιμοποιείται όταν αναπτύσσεται αμιγής υπέρταση (χωρίς λευκωματοουρία ή οίδημα) στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης ή μέσα σε 24 ώρες από

τον τοκετό, σε μια κατά τα άλλα νορμοτασική γυναίκα. Η πίεση αίματος επανέρχεται στο φυσιολογικό σε 10 ημέρες μετά τον τοκετό.²⁸

7.1.4. Επίδραση Της Υπέρτασης Στη Μητέρα Και Το Έμβρυο

Ο κίνδυνος να αναπτυχθεί προεκλαμψία είναι 30% περίπου. Η διαφορική διάγνωση θα βασισθεί στην παρουσία λευκωματουρίας στην προεκλαμψια.

Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα συμβαίνει σε ποσοστό 5 - 9 % των εγκύων. Στις περιπτώσεις αυτές η εμβρυϊκή απώλεια είναι μεγάλη.

Ο πρόωρος τοκετός είναι μια επιπλοκή που εμφανίζεται σε 15% των γυναικών με χρόνια υπέρταση. Επειδή η ποιότητα του πλακούντα είναι κακή, ο πρόωρος τοκετός μάλλον αποτελεί ένα μηχανισμό προστασίας του εμβρύου απέναντι σε ένα εχθρικό μητρικό περιβάλλον. Η έκβαση του νεογέννητου είναι συνήθως καλή.

Τέλος, η κακή διατροφή του εμβρύου εκδηλώνεται σαν πτωχή εμβρυϊκή ανάπτυξη και αναφέρεται σε ποσοστό 15 - 25 % των κήσεων.¹²

7.1.5. Προεκλαμψία

Προεκλαμψία είναι η ανάπτυξη υπέρτασης με λευκωματουρία ή οίδημα, ή και τα δύο, μετά τις 20 εβδομάδες της εγκυμοσύνης ή μέσα στις 24 ώρες από τον τοκετό. Η περιγραφή αυτή χαρακτηρίζει την «ήπια προεκλαμψία». Χαρακτηρίζεται ως «βαρείά προεκλαμψία» όταν προστεθούν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. συστολική πίεση μεγαλύτερη από 160 mm Hg ή διαστολική μεγαλύτερη από 110 mm Hg στη διάρκεια της ανάπαυσης.
2. Λευκωματουρία 5 gr ή και μεγαλύτερη στο 24ώρο.
3. Ολιουρία (ούρα λιγότερα από 400 cm³ στο 24ώρο).
4. Εγκεφαλικές ή οπτικές διαταραχές ή αύξηση των αντανικλαστικών.
5. Επιγαστρικός πόνος.
6. Πνευμονικό οίδημα ή κυάνωση.
7. Θρομβοκυτταροπενία ή άλλη ένδειξη διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης του αίματος.¹²

Συνιστάται σε ποσοστό 8- 10% όλων των κυήσεων, αλλά κυρίως σε πρωτότοκες μητέρες που μπορεί να παρουσιάζουν διαβήτη, νεφρική πάθηση, Rh ισοανοποίηση, καθώς επίσης σε πολύδυμες κυήσεις ή με κύημα με χρωμοσωματικές ανωμαλίες.

Ο μεγάλος κίνδυνος από την προεκλαμψία είναι η αδυναμία πρόγνωσης, τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Ανά πάσα στιγμή η κατάσταση μπορεί να μεταπέσει σε εκλαμψία. Η επίδραση πάνω στο έμβρυο εξαρτάται σημαντικά από το χρόνο εμφάνισης της προεκλαμψίας και από τη διάρκεια και σοβαρότητα της συμπτωματολογίας.¹³

Θεραπεία της προεκλαμψίας

Στόχος της θεραπείας στην προεκλαμψία είναι η πρόληψη της εκλαμψίας για να αποφευχθούν οι σοβαρές επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με τα ακόλουθα μέσα:

1. **Ανάπαυση** σε ήρεμο περιβάλλον κατά προτίμηση σε αριστερή πλάγια θέση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και κατά επέκταση επιφέρει διούρηση, απώλεια βάρους, ύφεση του οιδήματος και ελάττωση της αρτηριακής πίεσης.
2. **Διαιτητική αγωγή και λήψης υγρών.** Αφθονες πρωτεΐνες, τουλάχιστον 2400γρ ημερησίως, χωρίς περιορισμό του αλατιού. Υγρά επαρκή, για να διατηρηθεί ο όγκος των ούρων 24ώρου στα 1000κ εκ. τουλάχιστον.
3. **Ηρεμιστικά.** Η χορήγηση διαζεπάμης (10 - 20 χιλ. ανά 6ωρο σε δισκία) ελαττώνει τους σπασμούς εάν εμφανιστούν τα χαρακτηριστικά της προεκλαμψίας συμπτώματα, αλλά στην παρατεινόμενη χορήγηση η διαζεπάμη μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο υποθερμία και υποτονία.
4. **Διουρητικά.** Η επί μακρόν εφαρμογή διουρητικών στην εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει σε επιβράδυνση της ενδομήτριας εμβρυϊκής ανάπτυξης, χωρίς να έχει την αναμενόμενη ανασταλτική επίδραση στην εμφάνιση της υπέρτασης ή της λευκωματουρίας.
5. **Αντιυπερτασικά.** Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η μεθυλντόπα (Aidonet) και η υδραλαζίνη. Εάν δεν επιτευχθεί πτώση της αρτηριακής πίεσης με την από το στόμα θεραπεία με μεθυλντόπα και κυρίως μετά από ανάπαυση της εγκύου επί 3 ημέρες τουλάχιστον, μπορεί να χορηγηθεί η υδραλαζίνη από το στόμα.¹²

7.1.6 Εκλαμψία

Είναι η εξέλιξη της προεκλαμψίας προς τη φάση των σπασμών, των παροδικών εστιακών νευρολογικών σημείων και ενδεχομένως κίνδυνος εγκεφαλικής αιμιοραγίας. Μπορεί να προστεθεί νεφρική ανεπάρκεια και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, η δε αρτηριακή πίεση εξελίσσεται σε υψηλά επίπεδα.

Οι σπασμοί μπορούν να εμφανισθούν κατά την διάρκεια της κύησης ή του τοκετού ή μέσα σε 7 ημέρες από τον τοκετό, που δεν έχουν αίτιο επιληψία ή άλλες άγνωστες παθολογικές διαταραχές.

Η κατάσταση είναι βαριά και ο κίνδυνος θανάτου του εμβρύου και τη μητέρας είναι μεγάλος. Όλα αυτά συμβαίνουν χωρίς να γνωρίζουμε την ακριβή αιτία τους και το πιο παράδοξο είναι ότι παρέχονται μετά από λίγες ώρες από τον τοκετό ζωντανού ή νεκρού νεογνού. Ως πλέον πιθανή αιτία θεωρείται η ισχαιμία της μήτρας και του πλακούντα. Οι πιθανότητες να συμβεί το εν λόγω σύνδρομο ελαττώνονται εάν υπάρχει παρακολούθηση της εγκύου.²⁷

Θεραπεία της εκλαμψίας

Η θεραπεία συνίσταται: α) στον έλεγχο των σπασμών, β) στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και γ) στον τερματισμό της εγκυμοσύνης (ελευθέρωση του παιδιού).

Για τον έλεγχο των σπασμών, τα φάρμακα που συνηθέστερα χρησιμοποιούνται είναι:

1) Η διαπεζάμη (Valium, Stedon) ή φαινοβαρβιτάλη. Η δοσολογία ρυθμίζεται ανάλογα με το βαθμό της καταστολής.

2) Το θειϊκό μαγνήσιο. Χορηγείται IV σε διάλυμα γλυκόζης 5% σε δόσεις 1γρ ανά ώρα μετά από την αρχική χορήγηση 4γρ ή μπορεί να χορηγηθεί IM σε δόσεις 5γρ μετά την αρχική χορήγηση 10γρ από το ίδιο διάλυμα. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση του, επειδή μπορεί να προκαλέσει μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης, υπερμαγνησισαιμία και τοξικά συμπτώματα. Το αντίδοτο για αυτές τις περιπτώσεις είναι το γλυκονικό ασβέστιο.

3) Η υδραλαζίνη. Χορηγείται για τη ρύθμιση της αρτηριακή πίεσης IV και ο ρυθμός έγχυσης ρυθμίζεται ανάλογα προς τα επίπεδα της αρτηριακή πίεσης.

Όταν αποφασίζεται η διεξαγωγή του τοκετού πρέπει να ελέγχεται η αποβολή των ούρων, να χορηγείται συνεχώς οξυγόνο και να παρακολουθείται συνεχώς η άρρωστη για ενδεχόμενη καρδιακή κάμψη ή πνευμονικό οίδημα. Μετά τον τοκετό πρέπει να λαμβάνεται φροντίδα, α) για την διατήρηση της άρρωστης σε κατάσταση ηρεμίας (με ηρεμιστικά) σε ήσυχο περιβάλλον, β) για τη διατήρηση ανοικτών των αεροφόρων οδών και την πρόληψη των σπασμών και γ) για τη ρύθμιση των υγρών, προκειμένου να αποφευχθεί η υπερφόρτωση λόγω της ελαττωμένης αποβολής ούρων.¹²

7.2 Σακχαρώδης Διαβήτης

Η εγκυμοσύνη επηρεάζει το μητρικό διαβήτη και προκαλεί αύξηση των αναγκών σε ινσουλίνη, αλλά και αντίστροφα, ο διαβήτης εμφανίζει σημαντική επίδραση στην εγκυμοσύνη. Με κατάλληλη αγωγή και προσεκτική ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, οι προγεννητικές απώλειες μπορούν να ελαχιστοποιηθούν για να πλησιάσουν τα επίπεδα που παρατηρούνται στη φυσιολογική εγκυμοσύνη.¹²

7.2.1. Ορολογία – Λιτιολογία

Ο διαβήτης μπορεί να προϋπάρχει ή να αναπτυχθεί, σε μια αναλογία 50% στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (διαβήτης και εγκυμοσύνη). Όλες οι μορφές του διαβήτη συνδέονται με αυξημένες περιγεννητικές απώλειες, ιδίως εάν δεν εφαρμοστεί η κατάλληλη αγωγή, αλλά ο βαθμός του κινδύνου εξαρτάται από τη βαρύτητα του διαβήτη.¹²

Οι διαταραχές του μεταβολισμού των υδατανθράκων συμβαίνουν συχνά κατά την κύηση και 1 - 3% των εγκύων γυναικών παρουσιάζουν προβλήματα ανοχής στη γλυκόζη.

Η σημαντικότερη αιτία για την οποία ασυμπτωματικές γυναίκες δεν κατορθώνουν να αντιρροπήσουν διαβητικές τάσεις στη διάρκεια της κύησης, είναι η προοδευτική αύξηση στην αντίσταση στην ινσουλίνη. Άλλοι λόγοι για τη διαβητογόνο προδιάθεση κατά την κύηση είναι η αυξημένη λιπόλυση και οι μεταβολές στη γλυκογένεση που φυσιολογικά συμβαίνουν. Έτσι, ινσουλίνη χορηγούμενη στο 1^ο τρίμηνο της κύησης έχει μεγαλύτερη υπογλυκαιμική δράση από

ότι το τελευταίο τρίμηνο. Αυτή η μείωση της δραστηριότητας οφείλεται κυρίως στην ανταγωνιστική δράση της ανθρώπινης πλακουντιακής χοριακής σωματοτροπίνης.

Ακόμη, καταστροφή της ινσουλίνης από τους νεφρούς και από τις πλακουντικές ινσουλινάσεις, καθώς και αντιινσουλινικές δράσεις άλλων ορμονών (κορτιζόλης – οισμιόλης – προγεστερόνης), που παράγονται σε μεγάλες ποσότητες στην κύηση, συμβάλουν στην αντίσταση στην ινσουλίνη.¹²

7.2.2. Παράγοντες κινδύνου που απαιτούν έλεγχο για διαβήτη

- Παχυσαρκία
- Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη
- Γλυκοζουρία
- Ιστορικό ανεξήγητου θνησιγενούς ή νεογνικού θανάτου
- Ιστορικό νεογνού με συγγενή ανωμαλία
- Ιστορικό προεκλαμψίας σε πολύτοκο
- Πολυϋδράμνιο
- Ιστορικό προηγούμενου πρόωρου τοκετού
- Ιστορικό προηγούμενου πληθωρικού και σε μεγάλο βάρος νεογνού
- Πτωχό αναπαραγωγικό ιστορικό (περισσότερες από 3 αυτόματες εκτρώσεις)
- Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος ή μυκητιάσεις
- Ιστορικό διαβήτη σε προηγούμενη κύηση.¹³

7.2.3. Μορφές του σακχαρώδη διαβήτη

Οι διάφορες μορφές διαβήτη μπορούν να καταταχθούν, σύμφωνα με τη Βρετανική Διαβητολογική Εταιρεία, στους παρακάτω τύπους:

1. **Λυπητικός διαβήτης.** Οι έγκυες αναφέρουν οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, προηγούμενο ιστορικό νεογνού με βάρος κατά τον τοκετό μεγαλύτερο από 4 κιλά ή ιστορικό ανεξήγητου εμβρυϊκού θανάτου. Δεν υπάρχουν ενδείξεις χημικού διαβήτη και η σακχαουρία δεν αποτελεί αξιόπιστο σημείο, αλλά οπωσδήποτε ένδειξη για περαιτέρω έρευνα.

2. **Λανθάνων διαβήτης της εγκυμοσύνης.** Μερικές γυναίκες, που αναπτύσσουν φανερό διαβήτη σε μεταγενέστερη ηλικία, εμφανίζουν χημικό ή και κλινικό διαβήτη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
3. **Χημικός διαβήτης.** Η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη είναι παθολογική, αλλά δεν υπάρχουν συμπτώματα διαβήτη. Η περιγεννητική νοσηρότητα είναι σημαντικά αυξημένη.
4. **Κλινικός διαβήτης.** Ο διαβήτης που εξαρτάται από την ινσουλίνη πρέπει κατά προτίμηση να ρυθμίζεται πριν από την εγκυμοσύνη, αλλά απαιτείται και προσεκτικός έλεγχος σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης¹².

7.2.4. Επιπλοκές

I. Μητρικές επιπλοκές

Ασκούν βλαπτικές επιπτώσεις, τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβryo. Σ' αυτό περιλαμβάνονται:

1. **Υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία.** Στην υπεργλυκαιμία, εάν ο έλεγχος δεν είναι επαρκής, αναπτύσσεται κετοοξέωση, με αυξημένο κίνδυνο εμβρυϊκού και μητρικού θανάτου. Η υπογλυκαιμία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε εμβρυϊκό θάνατο, αλλά μόνο εάν η υπογλυκαιμία είναι βαρεία και μεγάλης διάρκειας. Οι πιθανότητες να επέλθει θάνατος είναι μεγαλύτερες στην αρχή μιας εγκυμοσύνης που επιπλέκεται από υπεραίμεση.²⁹
2. Οι **Νεφρικές λοιμώξεις**, από τις συνήθεις επιπλοκές.
3. Το **υδράμνιο**. Είναι μια συνήθης επιπλοκή της διαβητικής εγκυμοσύνης, που μπορεί να οδηγήσει σε ασταθές σχήμα, πρόωρη ρήξη των υμένων και πρόωρο τοκετό.
4. Η **Προεκλαμψία**. Είναι χειρότερη όταν εμπλέκεται με διαβητική νεφροπάθεια.
5. Η **δυστοκία** και οι **μαιευτικές επεμβάσεις**.¹²

II. Εμβρυϊκές επιπλοκές

Τα παιδιά που γεννιούνται από διαβητικές μητέρες έχουν βάρος συνήθως μεγαλύτερο από το φυσιολογικό. Υπάρχει γενικευμένη μακροσωμία και το σωματικό λίπος συνήθως αυξάνεται. Ενδομήτριος θάνατος επέρχεται περισσότερο στις 3 τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Η εμβρυϊκή δυσφορία, σε συνδυασμό με την ασφυξία και την αζέωση, αποτελούν επιπλοκή του τοκετού.¹²

III. Νεογνικές επιπλοκές

Παρατηρούνται:

4. **υπογλυκαιμία**, που οφείλονται στην υπερπλασία και την υπερτροφία των νησιδίων του Langerhans. Συνήθως, πρέπει να γίνονται συχνοί προσδιορισμοί των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα κατά τις πρώτες 48 ώρες της ζωής
5. το **σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας** είναι συχνότερο στα διακητικά παιδιά.
6. οι **συγγενείς ανωμαλίες**. Παρατηρούνται όλοι οι τύποι των δυσπλασιών, αλλά η απλασία του ιερού οστού αποτελεί εκτροπή στο διαβητικό νεογνό.¹²

7.2.5. Διάγνωση Και Έλεγχος Της Πορείας Του Διαβήτη

Η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (καμπύλη σακχάρου) πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες στις οποίες πιθανολογείται ανωμαλία ανοχής στη γλυκόζη. Η δοκιμασία αυτή γίνεται με τη χορήγηση από το στόμα 50 gr γλυκόζης, ενώ τα αποτελέσματα προσδιορίζεται με τα ακόλουθα κριτήρια:

1. τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είναι από νηστεία (πριν χορηγηθεί η γλυκόζη) πάνω από 55 nMol/l.
2. τα επίπεδα μετά από 1 ώρα είναι πάνω από 9 nMol/l και
3. τα επίπεδα μετά από 2 ώρες είναι πάνω από 7 nMol/l

Επίσης, η παρακολούθηση της γυναίκας πρέπει να γίνεται και με τις ακόλουθες εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις:

1. **Εκτίμηση της πλακουντικής λειτουργίας** προσδιορισμός της οιστριόλης και του πλακουντικού γαλακτογόνου.

2. Προσδιορισμός της **a- εμβρυϊκής αιμοσφαιρίνης** (στις 16 εβδομάδες).
3. Έλεγχος της ανάπτυξης και καλής κατάστασης του εμβρύου με ηπέρηχους.
4. αξιολογες πληροφορίες παρέχει η **καρδιοτοκογραφία**.
5. Μέτρηση του βάρους της εγκύου, προσδιορισμός του ύψους του πυθμένα της μήτρας και καταγραφή των σκιρτημάτων του εμβρύου.¹²

7.2.6. Θεραπεία Του Διαβήτη

Η ρύθμιση του «διαβήτη της εγκυμοσύνης» με διαιτητική αγωγή είναι δυνατή. αλλά όλες οι μορφές του διαβήτη πρέπει να ελέγχονται με ινσουλινή. Στόχος της αγωγής πρέπει να είναι σε όλες τις περιπτώσεις η διατήρηση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος κάτω από 7 mMol/l μα κατάλληλη ρύθμιση της διαίτας και με χορήγηση ινσουλίνης.

Η εγκυμοσύνη συνήθως διακόπτεται με φυσιολογικό τοκετό γύρω στις 38 εβδομάδες, μετά από προηγούμενη, προσεκτική ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης για να αποφευχθεί οξέωση και με συνεχή παρακολούθηση του εμβρύου κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η καισαρική τομή επιβάλλεται να γίνει όταν:

- Ο διαβήτης επιδεινώνεται
- Η έγκυος είναι μεγαλύτερη από 30 χρονών
- Διαπιστωθεί διαταραχή της δραστηριότητας της εμβρυοπλακουντικής μονάδας.
- Διαπιστωθεί ανωμαλίες του καρδιακού του εμβρύου, υστέρα από δοκιμασία με ωκυτοκίνη.
- Μετά από έκλυση τοκετού αυτός δεν περατώθηκε σε 12 ώρες.
- Μετά από έκλυση τοκετού, διαπιστώθηκε έστω και μικρή επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου.³⁰

7.3 Ερυθρά

Η ερυθρά είναι μια λοιμώδης νόσος, είναι μια παιδική νόσος που εκδηλώνεται με δέκατα και ερυθρά εξανθήματα στο δέρμα, παρόμοια με εκείνα της ιλαράς ή της ανεμοβλογιάς.²²

Στην ενήλικη γυναίκα που μεταδίδεται για πρώτη φορά η ερυθρά, συχνά δεν υπάρχουν παρά μέτρια σημάδια, λίγος πυρετός και ίσως πλήρης ανυπαρξία των δερματικών εξανθημάτων, ωστόσο δεν θα πρέπει να αγνοείται η νόσος εάν αυτή η γυναίκα είναι έγκυος. Σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να διακινδυνεύει τη γέννηση του παιδιού.³¹

Από τον πρώτο ως τον τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης οι ιστοί και τα όργανα του εμβρύου είναι ακόμη σε φάση σχηματισμού. Εάν η μητέρα δε διαθέτει τα αντισώματα της ερυθρά, από τη στιγμή της μετάδοσης ως τη στιγμή της θεραπείας (σε διάστημα δηλαδή λίγων ημερών) ο ιός έχει όλο το χρόνο να περάσει από το μητρικό αίμα στο εμβρυϊκό μολύνοντας τα υπό σχηματισμό ακόμα όργανα του, διακόπτοντας ή αλλοιώνοντας την εξέλιξη τους. Το παιδί επομένως θα γεννηθεί με κάποια διαμαρτία.

Στους επόμενους μήνες, αντίθετα, όλα τα όργανα του μελλοντικού παιδιού έφτασαν σε πλήρη διαφοροποίηση και αναπτύσσονται και τελειοποιούνται στις λειτουργίες. Εάν το έμβρυο μεταδοθεί ο ιός σ' αυτούς τους μήνες αυτό θα ξεπεράσει το επικίνδυνο στάδιο χωρίς να κληρονομήσει διαμαρτίες. Αυτές είναι διαφορετικές και εξαρτώνται από τη στιγμή κατά την οποία μεταδόθηκε ο ιός στη μητέρα. Εάν η μετάδοση έγινε μεταξύ της 5^{ης} και της 6^{ης} εβδομάδας οι διαμαρτίες είναι σε βάρος των ματιών, κυρίως σε βάρος ενός από τους δυο φακούς του κρυσταλλοειδούς. Οι συνέπειες είναι γενικά εκείνες του καταρράκτη και της τύφλωσης. Συχνά μπορεί να υπάρχει ένας βολβός μικρότερος του κανονικού (μικροφθαλμία) ή αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδή (μελαγχρωσική ψευδοαμφιβληστροειδίτιδα) ή μια αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης (γλαύκωμα) ή άλλες διαμαρτυρίες του αμφιβληστροειδή. Πάντα στην ίδια περίοδο μπορεί να εισέλθουν καρδιακές διαμαρτίες, που αφορούν κυρίως την ανώμαλη παραμονή του «βοτάλλειου πόρου» που τη στιγμή της γέννησης θα έπρεπε να γίνει ατροφικός ή τη φυσιολογική επικοινωνία μεταξύ της δεξιάς και της αριστερής καρδιάς λόγω μια ελαττωματικής ανάπτυξης του διαφράγματος που χωρίζει την καρδιά. Αυτές οι καρδιοπάθειες επιτρέπουν στο φλεβικό αίμα να περάσει

κατευθείαν από το δεξιό τμήμα της καρδιάς στο αριστερό, υπερπηδώντας στους πνεύμονες, δεν μπορεί να επαναοξυγονωθεί.

Η σοβαρότητα της καρδιοπάθειας είναι τόσο πιο μεγάλη όσο πιο πολύ είναι το αίμα που δεν μπορεί να οξυγονωθεί και επομένως όσο λιγότερο οξυγόνο φτάνει στους ιστούς και τα περιφερειακά όργανα. Εάν η μετάδοση του επέλθει προς την 7^η ως την 10^η εβδομάδα, οι βλάβες είναι σε βάρος του αυτιού. Το έμβρυο παθαίνει μια σοβαρή βλάβη της ακουστικής λειτουργίας, μέχρι την τελική κώφωση. Άλλες δυνατές διαμαρτίες είναι εκείνες σε βάρος των οδόντων και συνίστανται κυρίως σε ανωμαλίες του οδοντικού σμάλτου και εκείνες σε βάρος του νευρικού συστήματος, κυρίως του εγκεφάλου, με ελλιπή ανάπτυξη του που συνεπάγεται σε ψυχικές ανωμαλίες. Ο κίνδυνος είναι αυξημένος κυρίως στις 4 πρώτες εβδομάδες (47% των πιθανοτήτων) και μειώνεται προοδευτικά, μέχρι να γίνει ελάχιστος, μετά την 16^η εβδομάδα.²²

7.3.1. Πρόληψη – Προφύλαξη

Επειδή αυτές οι διαμαρτίες είναι πολύ σοβαρές, τα προβλήματα πρόληψης είναι εκείνα που περισσότερο μας ενδιαφέρουν. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας δεν πρέπει να γίνει τίποτα για να αποφευχθεί η μετάδοση αυτού του ιού (ειδικά κατά την διάρκεια επιδημιών ερυθράς) στα κορίτσια. Εάν φθάσουν στην ενηλικίωση χωρίς να αποκτήσουν τη διαρκή ανοσία, πρέπει να γίνει ο εμβολιασμός ή ακόμη καλύτερα να τους μεταδοθεί ο ιός κατά την διάρκεια επιδημιών, παίρνοντας όμως προφυλάξεις, δηλαδή χρησιμοποιώντας αντισυλληπτικά για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης για 4 τουλάχιστον μήνες μετά τη νόσο.²²

7.4. Τοξοπλάσμωση

Η αιτία αυτής της νόσου είναι ένας μικροοργανισμός, το τοξόπλασμα. Οι διαστασεις του δεν είναι ορατές, γιατί είναι της τάξης των χιλιοστών του χιλιοστού. Το τοξόπλασμα είναι ικανό να μολύνει και τον άνθρωπο, αν και κανονικά είναι πολύ

διαδεδομένο μεταξύ των κατοικίδιων ζώων. Ο πιο κοινός τρόπος με τον οποίο μολύνεται ο άνθρωπος είναι εκείνος της βρώσης μολυσμένων κρεάτων, κυρίως από το λίγο ψημένο αρνίσιο κρέας (η θερμότητα είναι ικανή να σκοτώσει το μικρόβιο). Γενικά, πάνω από το 85% των ενηλίκων έχει έλθει σε επαφή, πρόσφατα ή στο παρελθόν, με το τοξόπλασμα και για αυτό το αίμα τους περιέχει τα αντισώματα ενάντια σε αυτό το πρωτόζωο. Για αυτά τα άτομα λέγεται, εάν αναζητηθεί η ύπαρξη αντισωμάτων στο αίμα τους, ότι έχουν ορολογική θετική αντίδραση.²²

7.4.1. Οι κίνδυνοι της τοξοπλάσμωσης

Μπορεί να υπάρξει μόλυνση της γυναίκας από το τοξόπλασμα κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης. Ο μικροοργανισμός είναι ικανός να διαπεράσει το πλακουντιακό φράγμα και να μολύνει το έμβρυο προκαλώντας διαμαρτίες. Φαίνεται ότι ο κίνδυνος είναι μηδενικός εάν η τοξοπλάσμωση μεταδοθεί κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων, ενώ μπορεί να υπάρξει κίνδυνος μεταξύ της 6^{ης} και της 9^{ης} εβδομάδας. Πάντως, οι πιο σοβαροί κίνδυνοι και οι χειρότερες διαμαρτίες είναι εκείνες που προέρχονται από μια μετάδοση μεταξύ της 10^{ης} και της 20^{ης} εβδομάδας κύησης. Στις επόμενες εβδομάδες οι εκδηλώσεις σε βάρος του εμβρύου είναι λιγότερο εμφανείς, αν και δεν μπορούν να αποκλειστούν.²²

7.4.2. Οι πιθανές διαμαρτίες

Οι πιθανές εμβρυϊκές διαμαρτίες είναι δύο τύπων: εκείνη σε βάρος του εγκεφάλου και εκείνη σε βάρος του ματιού. Οι βλάβες σε βάρος του εγκεφάλου και του κρανίου συνίσταται σε μικροκεφαλία (εγκέφαλος μικρότερος του φυσιολογικού) και η υδροκεφαλία (μη φυσιολογική ποσότητα εγκεφαλικού υγρού που μπορεί να δημιουργήσει ενδοεγκεφαλική υπέρταση και καταστροφή λόγω συμπίεσης της νευρικής ουσίας).

Στο επίπεδο των ματιών το τοξόπλασμα προκαλεί καταρράκτη, αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδή και οπτικό βολβό μικρότερο του φυσιολογικού (μικροφθalmία). Ακόμη το νεογέννητο μπορεί να παρουσιάσει δερματικά εξανθήματα, ίκτερο, ήπαρ και σπλήνα διογκωμένα και μια γενική κατάσταση αθρεψίας.

Υπολογίζεται ότι στο 50% των περιπτώσεων η εμβρυική βλάβη παραμένει αφανής τη στιγμή της γέννησης και εκδηλώνεται πιο αργά κατά την παιδική ηλικία ή ακόμα και την ενηλικίωση και αργότερα³³. Μια από αυτές τις εκδηλώσεις είναι η ραγοειδίτιδα. Η ραγοειδίτιδα είναι μια φλεγμονή σε βάρος του αγγειώδη χιτώνα του οπτικού βολβού.²²

7.4.3. Η θεραπεία και πρόληψη

Η θεραπεία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης στοχεύει στην ελάττωση της βαρύτητας, αλλά και της συχνότητας της συγγενούς λοίμωξης. Χρησιμοποιείται η σπιραμυκίνη ή ένας συνδυασμός σουλφοναμιδών και πυριμεθαμίνης, με τον περιορισμό ότι η πυριμεθαμίνη δεν πρέπει να δίνεται πριν τις 12 εβδομάδες, λόγω των πιθανών τερατογόνων επιδράσεων της. Ως προς την πρόληψη, συνίσταται καλό ψήσιμο του κρέατος και πλύσιμο των χεριών και η χρησιμοποίηση γαντιών, ιδίως όταν υπάρχει γάτα στο σπίτι. Σε επιθυμία νέας εγκυμοσύνης πρέπει να παρέχεται στη γυναίκα η διαβεβαίωση της έλλειψης κινδύνων, επειδή η συγγενείς τοξοπλάσμωση περιορίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε περιπτώσεις γυναικών με οξεία λοίμωξη.¹²

7.6. Εξωμήτρια κύηση

Θεωρείται μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές του 1^{ου} τριμήνου προκαλώντας υπογονιμότητα(30%) και αυξάνοντας τη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα.³⁴ Η εξωμήτριος κύηση είναι μία κύηση εκτός μήτρας, δηλαδή όταν το γονιμοποιημένο ωάριο αρχίζει να αναπτύσσεται έξω από την μήτρα²¹ όπως είναι η σάλπιγγα(95%), η ωθήκη(2-4%), η περιτοναϊκή κοιλότητα, τα πέταλα του πλατέως συνδέσμου, καθώς και ο ενδοτράχηλος. Την εξωμήτρια κύηση συνήθως την προκαλούν οι ενδοπελκικές φλεγμονές (σαλπιγγίτιδα), η ενδομητρίωση, οι αποξέσεις του ενδομητρίου, τα αντισυλληπτικά σπειράματα, τα ινομώματα, οι πολύποδες, οι ενδοκοιλιακές επεμβάσεις, η εξωσωματική γονιμοποίηση κ.α. Η γυναίκα συχνά έχει ιστορικό έκτοπης κύησης (10-20% των περιπτώσεων) και σαλπιγγικών φλεγμονών. Εμφανίζει καφεοειδή κολλική αιμορραγία ήπια και συνεχή, άλγος υπογαστρίου,

ευαισθησία εξαρτηματική μάζα κατά την αμφίχειρη ψηλάφηση. Το test κήσεως είναι θετικό, ενώ ο υπερηχογραφικός έλεγχος που ακολουθεί δεν ανευρίσκει ενδομήτριο εμβρυϊκό σάκκο, αλλά δυνατόν να απεικονίζει εξωμήτρια μάζα, με παρουσία εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Οι μετρήσεις της β ae – χοριακής γοναδοτροπίνης και η λαπαροσκόπηση βοηθούν στη σωστή διάγνωση. Πιθανή επιλοκή είναι η ρήξη σάλπιγγας, που οδηγεί σε αιμορραγική καταπληξία. Η θεραπεία είναι σπάνια συντηρητική (μεθοτρεξάτη, προσταγλανδίνες) και κύρια χειρουργική, εκτελώντας λαπαροσκοπικά θερμοπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση και ενδοραφές.³³

7.7. Πρόδρομος πλακούντας

Ο επίστομος ή πρόδρομος πλακούντας είναι η πιο συχνή αιτία αιμορραγίας τους τελευταίους μήνες της κύησης. Ο πρόδρομος πλακούντας συμβαίνει όταν ο πλακούντας έχει εμφυτευθεί στο χαμηλότερο σημείο της μήτρας καλύπτει ολοκληρωτικά ή μερικά τον τράχηλο.

Η καισαρική τομή είναι η θεραπεία που προτιμάται για τις σοβαρές περιπτώσεις του επίστομου πλακούντα. Αιμορραγία, σοκ και λοίμωξη είναι οι κύριοι κίνδυνοι. Η μετάγγιση αίματος είναι η σημαντική για τον έλεγχο αυτών των καταστάσεων καθώς και η υπερβολική προσοχή στις αντισηπτικές τεχνικές.⁸

7.8. Άμβλωση

7.8.1. Ορισμός

Άμβλωση είναι ο τερματισμός της κύησης όσο το έμβρυο δεν έχει φτάσει στο στάδιο της βιοσιμότητας. Η άμβλωση μπορεί να διερευνηθεί σε δύο κύριους τύπους: αυτόματη και προκλητή. Αυτόματη άμβλωση (ή αποβολή) είναι ο τερματισμός της κύησης από φυσικά αίτια. Προκλητή άμβλωση είναι ο τερματισμός της κύησης με τη βοήθεια μηχανικών ή φαρμακευτικών μέσων.⁸

7.8.2. Αιτιολογία

Στις μισές περιπτώσεις των αυτόματων εκτρώσεων τα αίτια που τις προκαλούν είναι ακόμη άγνωστα. Στις ημέρες μας η έρευνα έχει στραφεί στον έλεγχο της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου, της ανάπτυξης και δραστηριότητας του ωχρού σωματίου, των ανοσολογικών μηχανισμών και αντιδράσεων, που συμβαίνουν σε φυσιολογικές και παθολογικές εγκυμοσύνες και σε παράγοντες, που έχουν σχέση με το σπέρμα.¹⁵

Στις άλλες μισές των περιπτώσεις αυτομάτων εκτρώσεων τα αίτια μπορούμε να τα ξεχωρίσουμε, σε αυτά, που προέρχονται από το κύημα και από την έγκυο και σε αυτά, που έχουν σχέση με εξωτερικούς παράγοντες και με άλλα, άγνωστα αίτια.

7.8.3. Κλινικές μορφές

Οι περισσότερες αυτόματες εκτρώσεις εμφανίζονται λίγο μετά τον θάνατο του εμβρύου. Στην αρχή, στο σημείο της εμφύτευσης, προκαλείται τοπική νέκρωση, αιμορραγία, θρόμβωση και φλεγμονή. Είναι δυνατό να υπάρχει και λευκοκυτταρική διήθηση ή και εστιακά προβλήματα σε όλη την επιφάνεια του φθαρτού. Τα βακτηρίδια, που συχνότερα συναντώνται σε τέτοιου είδους φλεγμονή, είναι τα αεριογόνα κολοβακτηρίδια και οι αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι. Λιγότερο συχνά απαντώνται οι αιμιολυτικοί στρεπτόκοκκοι, οι σταφυλόκοκκοι και τα κλωστηρίδια.

Ύστερα από τις παραπάνω εξεργασίες, το κύημα άλλοτε αποκολλάται ολόκληρο και άλλοτε όχι. Η μήτρα τότε αρχίζει συσπάσεις, για να το αποβάλλει από την κοιλότητά της.

Στις πρώιμες εκτρώσεις ο θάνατος του εμβρύου προηγείται κατά δύο εβδομάδες, πριν εμφανιστεί η αιμορραγία.¹⁵

7.8.4. Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των εκτρώσεων εξαρτάται από την κλινική μορφή με την οποία εμφανίζονται.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Εξωσωματική Γονιμοποίηση

8.1. Ιστορική Αναδρομή Της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί σήμερα μία ευρέως διαδεδομένη μέθοδο τεκνοποίησης, για ζευγάρια με πρόβλημα υπογονιμότητας. Ωάρια της μητέρας γονιμοποιούνται σε εργαστηριακές συνθήκες από σπερματοζώαρια του συζύγου της και στη συνέχεια επανατοποθετούνται στο ενδομήτριο. Η μέθοδος αναπτύχθηκε από τον βρετανό γυναικολόγο και μαιευτήρα Πάτρικ Στέππου, σε συνεργασία με τον βιολόγο και φυσιολόγο Ρόμπερτ Έντουαρτς.

Το πρώτο «παιδί του σωλήνα» γεννήθηκε στις 25 Ιουλίου του 1978, στο νοσοκομείο Όλνταμ της Αγγλίας, υπό την επίβλεψη του δόκτορος Στέππου. Ευτυχής μητέρα η κυρία Λέσλι Μπράουν, η οποία έφερε στον κόσμο τη Λουίζα, ένα υγιέστατο κοριτσάκι βάρους 2 κιλών και 600 γραμμαρίων.

Στην Ελλάδα, το πρώτο παιδί με τη μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης γεννήθηκε στις 20 Ιανουαρίου του 1982, με καισαρική τομή. Παρών και σ' αυτή την περίπτωση ήταν ο δρ. Στέππου, ο οποίος χειρούργησε τη μητέρα Στέλλα Ιορδανίδου, πλαισιωμένος από το επιτελείο των ελλήνων επιστημόνων, με επικεφαλής τους Αλκ. Κόλλια και Στ. Κτενά. Η Χριστίνα Ιορδανίδου ήταν το 13ο παιδί του σωλήνα παγκοσμίως.³⁴

8.2. Ορισμός

Είναι η τεχνική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπου το σπέρμα του άνδρα και τα ωάρια της γυναίκας έρχονται σε επαφή και γίνεται η γονιμοποίηση εκτός σώματος, στο εργαστήριο, μέσα σε ένα δοκιμαστικό σωλήνα ή ένα τριβλίο. Το/α έμβρυο που προκύπτει τοποθετείται μετά από 2-3 ημέρες στη μήτρα³⁵.

8.3. Ενδείξεις Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Τό πότε κάνουμε εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ σημαντικό

α) Ενδείξεις απο τον γυναικείο παράγοντα.

-Σάλπιγγες (προβλήματα διαβατότητας και λειτουργικότητας)

-ωοθήκες (βαριά προβλήματα ανωορρηξίας)

-Ενδομητρίωση.

β) Ενδείξεις απο τον ανδρικό παράγοντα.

-Βαριά προβλήματα σπέρματος

-Λζωοσπερμία (με βιοψιακό υλικό από τον όρχι)

-Διαταραχές στύσης

γ) Ενδείξεις και από τους δύο.

-Ηλικία.

-Αποτυχία απλών μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής για αντιμετώπιση προβλημάτων ενός εκ των δύο.

-Αγνώστου αιτιολογίας υπογονιμότητα που δεν ευοδώθηκε με απλές μεθόδους.

-Κληρονομικές παθήσεις για τις οποίες πρέπει να γίνει προεμφυτευτική διάγνωση (preimplantation diagnosis).

-Δωρεές γαμετών (ωαρίων, σπερματοζωαρίων)³⁶

8.4. Στάδια Εξωσωματικής γονιμοποίησης

Πρόκειται για ένα σύνολο τεχνικών, μία από τις οποίες αποτελεί η εξωσωματική γονιμοποίηση. Στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ο γυναικολόγος προτείνει τρόπους, ώστε να διευκολυνθεί η γονιμοποίηση στις σάλπιγγες της γυναίκας. Αν όλες οι απόπειρες αποτύχουν, επιλέγεται η λύση της εξωσωματικής, που περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Παρακολούθηση ωοθυλακιορρηξίας

Συνιστάται όταν η γυναίκα έχει άστατο κύκλο ή άστατη ωορρηξία. Το ένα μάλιστα δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα του άλλου.

Μια γυναίκα, για παράδειγμα, μπορεί να έχει τακτική περίοδο αλλά να μη γίνεται ωορρηξία (να μην κατεβαίνει δηλαδή το ωάριο από τις ωοθήκες στη σάλπιγγα). Περιλαμβάνει υπερηχογραφικό έλεγχο, για να αποκλεισθούν τυχόν παθολογικές περιπτώσεις (π.χ. απόφραξη σαλπίγγων), και χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων, ώστε να οργανωθεί καλύτερα ο κύκλος και η ωορρηξία.³⁷

2. Παρακολούθηση ωοθυλακιωρρηξίας και ενδομήτρια σπερματέγχυση - Πότε συνιστάται και τι περιλαμβάνει

Όταν, εκτός από πρόβλημα στην ωορρηξία, υπάρχει δυσκολία στη συνάντηση σπέρματος και ωαρίου. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αρκεί το ωάριο να έχει φύγει από τις ωοθήκες, πρέπει και το σπέρμα να έχει τη δυνατότητα να ανέβει από τη μήτρα μέχρι τις σάλπιγγες, ώστε να γίνει η γονιμοποίηση. Η σπερματέγχυση ονομάζεται «ομόλογος» όταν χρησιμοποιείται σπέρμα του συζύγου της γυναίκας και «ετερόλογος» όταν πρόκειται για σπέρμα δότη από την τράπεζα σπέρματος. Περιλαμβάνει Υπερηχογραφικό έλεγχο και φαρμακευτική υποστήριξη, για την παραγωγή του ωαρίου και την ωοθυλακιωρρηξία, και σπερμοδιάγραμμα και σπερματέγχυση στη μήτρα κατά τη δεύτερη φάση.

3. Ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών με λαπαροσκόπηση (GIFT)

Συνιστάται όταν, παράλληλα με τη μεταφορά του σπέρματος και των ωαρίων, χρειάζεται να γίνει πλήρης λαπαροσκοπικός έλεγχος των γεννητικών οργάνων της γυναίκας (για υποψία ενδομητρίωσης και σαλπιγγικών συμφύσεων). Πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και απαιτείται η παρμονή δύο ημερών στο νοσοκομείο. Περιλαμβάνει -ανάλογα με την περίπτωση- διέγερση των ωοθηκών, ωοληψία και λήψη σπέρματος. Τόσο το σπέρμα όσο και το ωάριο μεταφέρονται στη σάλπιγγα χωρίς να έχει προηγηθεί εξωσωματική γονιμοποίηση. Με αυτό τον τρόπο απλώς επιταχύνεται ο χρόνος συνάντησης τους, ενώ το ποσοστό επιτυχίας διπλασιάζεται σε σχέση με την ενδομήτρια έγχυση.

4. Ενδοσαλπιγγική μεταφορά ζυγωτών με λαπαροσκόπηση (ZIFT)

Συνιστάται όταν δεν είναι δυνατή η γονιμοποίηση των ωαρίων και του σπέρματος μέσα στις σάλπιγγες εξαιτίας αδυναμίας ενός από τα δύο. Πραγματοποιείται με τον ίδιο τρόπο (ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών), μόνο που έχει προηγηθεί εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφέρεται γονιμοποιημένο έμβρυο. Περιλαμβάνει όλα τα στάδια διέγερσης ωοθηκών, ωοθυλακιορρηξίας καθώς και λήψης ωαρίων και σπέρματος. Εφαρμόζεται γενική αναισθησία και η μεταφορά γίνεται λαπαροσκοπικά. Και οι δύο λαπαροσκοπικές τεχνικές δεν είναι από τις πιο συνηθισμένες.³⁸

8.5. Η εξωσωματική Γονιμοποίηση Στην Ευρώπη

Στοιχεία που προέρχονται από 22 ευρωπαϊκές χώρες, και αφορούν σε κύκλους που άρχισαν το 1999 για την εξωσωματική γονιμοποίηση μας έδειξαν (πηγή: Hum. Reprod. (17) No. 12 pp 3260 Dec) : Οι περισσότεροι (60000) έγιναν στην Γερμανία, ακολουθεί η Γαλλία με 52000 και το Ηνωμένο Βασίλειο με 30000 κύκλους. Στην Ελλάδα αναφέρθηκαν 6215 κύκλοι. Συνολικά πήραν μέρος 538 κλινικές και εργαστήρια, στα οποία πραγματοποιήθηκαν 258460 κύκλοι. Από αυτούς, στο 48,5% έγινε κλασική γονιμοποίηση, στο 36,8% ICSI, στο 13,1% μεταφέρθηκαν κατεψυγμένα έμβρυα, ενώ στο υπόλοιπο 1,6% έγινε δωρεά ωαρίων.

Συνολικά αντιστοιχούν 3.9 κύκλοι ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15 έως 49 ετών. Το ποσοστό γεννήσεων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κυμαίνεται από 3.6% (Ισλανδία) έως κάτω του 1%. Αναφορικά με το ποσοστό επιτυχίας, αυτό ήταν 24.2% ανά ωοληψία και 27.7% ανά εμβρυομεταφορά.

Μεγάλη διαφορά μεταξύ των χωρών υπήρχε στο ποσοστό πολύδυμων κυήσεων. Το ποσοστό δίδυμων κυήσεων κυμαίνεται από 32.5% έως 10.8%, με ανάλογη διακύμανση και για τις τρίδυμες κυήσεις. Οι παραπάνω διαφορές οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και στο νομικό καθεστώς που ισχύει σε κάθε χώρα, αφού σε αρκετές υπάρχει περιορισμός για το μέγιστο αριθμό εμβρύων που μπορούν να μεταφερθούν. Στην Ελλάδα, όπου δεν ισχύει τέτοιος περιορισμός, ο μέσος αριθμός μεταφερόμενων

εμβρύων ανά εμβρυομεταφορά είναι αυξημένος, χωρίς όμως να φαίνεται να υπάρχει ανάλογη αύξηση στο ποσοστό των πολύδυμων κήσεων. Συγκεκριμένα, για την Ευρώπη ο αριθμός εμβρύων που μεταφέρθηκαν ήταν 1(11,9%), 2(39,2%), 3(39,6%) και 4(9,3%). Τα αντίστοιχα νούμερα για την Ελλάδα ήταν 10%, 20%, 32,2% και 39,8%. Πάντως το συνολικό ποσοστό επιτυχίας στην Ελλάδα είναι μεταξύ των καλύτερων στην Ευρώπη.

Ένα σημείο που φαίνεται πως υστερεί η Ελλάδα είναι στην συστηματική καταγραφή των αποτελεσμάτων. Από τα 46 εργαστήρια που λειτουργούν στην Ελλάδα, μόνο 14 πήραν μέρος στην παραπάνω μελέτη. Αυτό το γεγονός υποβαθμίζει την αξία των παραπάνω στατιστικών και υποδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη οργάνωση και τη θέσπιση ενός νομικού πλαισίου που να καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας των εργαστηρίων στην Ελλάδα. Ευτυχώς, βήματα προς την σωστή κατεύθυνση γίνονται γρήγορα, όπως φαίνεται από την πρόσφατη ψήφιση του νομοσχεδίου για την εξωσωματική από την βουλή στις αρχές του 2003.

Λαμβάνοντας υπ'όψιν τα παραπάνω στοιχεία, και υποθέτοντας ότι είναι αντιπροσωπευτικά της συνολικής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα, φαίνεται ότι ο τομέας της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα λειτουργεί αποτελεσματικά. Ένα σημαντικό ποσοστό από τα ζευγάρια που αρχίζουν έναν κύκλο εξωσωματικής επιτυγχάνουν μια εγκυμοσύνη, ενώ οι ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως πολύδημες κήσεις και σύνδρομο υπερδιέγερσης δεν είναι αυξημένες σε σχέση με άλλες χώρες. Αυτό δείχνει την καλή δουλειά που γίνεται από τους Έλληνες επιστήμονες, γιατρούς και εμβρυολόγους.³⁹

8.6. Η Θέση Της Εκκλησίας Για Την Εξωσωματική Γονιμοποίηση.

Είναι απόλυτα σεβαστός και κατανοητός ο μεγάλος πόθος των άτεκνων ζευγαριών για απόκτηση παιδιών. Με τις μεθόδους όμως αυτές φονεύονται και καταστρέφονται πάρα πολλά έμβρυα, αφού τα ποσοστά επιτυχίας δεν ξεπερνούν το 20-30%. Πολλές φορές έχει αποδειχθεί ότι χρησιμοποιείται ξένο σπέρματοζώαριο εν αγνοία των γονέων με αποτέλεσμα όχι μόνο να παραβιάζεται η ιερότητα των σχέσεων του

ανδρογύνου, αλλά να δημιουργούνται πάρα πολλά και απρόβλεπτα ιατρικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και νομικά προβλήματα. Γεννιούνται, απρόσμενα, παιδιά με κληρονομικές παθήσεις που δεν θα έπρεπε να εμφανιστούν, ενώ μια πρόσφατη έρευνα στην Ολλανδία μεταξύ 40,000 εφήβων ηλικίας 15 χρόνων, που γεννήθηκαν με τέτοιες μεθόδους διαπιστώθηκαν τεράστια ψυχολογικά προβλήματα, στην προσπάθεια τους να βρουν ποιοι είναι οι πραγματικοί τους βιολογικοί γονείς. Πολλές φορές έχουμε πραγματικά τραγικές περιπτώσεις παιδιών που έχουν 5 αντί 2 γονείς.

α) Τον βιολογικό πατέρα

β) Την βιολογική μητέρα

γ) Τον κοινωνικό πατέρα

δ) Την κοινωνική μητέρα

ε) Την φέρουσα ή δανειζουσα μητέρα (αυτή δηλαδή που συνήθως έναντι πληρωμής κυοφορεί το έμβρυο από ξένα ωάρια και σπερματοζωάρια και μετά το δίνει σε άλλους γονείς που το μεγαλώνουν).

Λανθασμένη επίσης είναι η προσπάθεια επιλογής φύλου. Τόσο σε ανεπτυγμένες χώρες (π.χ. Σουηδία) όσο και υπανάπτυκτες (π.χ. Ινδία) προτιμώνται κατά 70% τα αγόρια - κάτι που είναι αντίθετο με το φυσικό 50% και που συχνά καταλήγει σε έκτρωση του ανεπιθύμητου φύλου. Δικαιολογείται μόνο αν θα αποφευχθεί κάποια ασθένεια που προσβάλλει μόνο το ένα φύλο.⁴⁰

Παρά ταύτα, τη γέννηση του κάθε ανθρώπου η εκκλησία τη βλέπει εντεταγμένη μέσα στο πλαίσιο του μυστηρίου του γάμου. Για αυτό και το μυστήριο της ανθρώπινης αρχής το αντιλαμβάνεται να επιτελείται μέσα στην ατμόσφαιρα μιας μονογαμικής, ετεροφυλικής, ευλογημένης από το μυστήριο του γάμου συνεύρεση, μια ένωση «εις σάρκα μίαν». Σύλληψη που επιτελείται σε εργαστήριο άλλο από αυτό του μητρικού σώματος και διεργασία διαφορετική από τη συζυγική συνουσία οπωσδήποτε χάνει από το μυστηριακό της ένδυμα. Είναι περισσότερο ανθρώπινο επίτευγμα και λιγότερο θεϊκό δώρο.

Όταν λοιπόν η Εκκλησία ζητεί από τα ζευγάρια να αποφεύγουν κάποιες τεχνικές που

αυξάνουν τις ελπίδες για παιδοποιΐα θα πρέπει ταυτόχρονα να εμπνέει και την εμπιστοσύνη στο θέλημα του Θεού και να εισάγει τους πιστούς στη λογική και την εμπειρία της προσευχής και του «σημείου»,⁴¹ χωρίς να αντιστρατεύεται και να εκβιάζει την φύση. Με την βεβαιότητα ότι «όπου βούλεται Θεός, νικάται της φύσεως τάξις».⁴² Τέλος « το παιδί του Θεού» αξίζει πολύ περισσότερο από το «παιδί του σωλήνα». Γιατί το πρώτο είναι του Θεού , ενώ το δεύτερο των ανθρώπων.⁴³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

9.1. Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Ως Γενετικού Συμβούλου

Ο ρόλος των νοσηλευτών ως γενετικών συμβούλων έγκειται κυρίως στα εξής:

- Γνώση του σκοπού, της σημασίας και της ερμηνείας των αποτελεσμάτων των διαφόρων μεθόδων γενετικού ελέγχου.
- Σχεδιασμός, εφαρμογή, διαχείριση και αξιολόγηση προγραμμάτων γενετικού ελέγχου.
- Σχεδιασμός ενός εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας για κάθε ασθενή με γενετικό πρόβλημα.
- Αξιολόγηση του μορφωτικού επιπέδου και των προηγούμενων εμπειριών του ασθενούς ώστε να μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί του και να του παρέχουν πληροφορίες με τρόπο που να γίνουν κατανοητές. Επίσης, αξιολόγηση και σεβασμός των πολιτισμικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων του ασθενούς.
- Παρατήρηση και αξιολόγηση συμπεριφορών του ασθενούς οι οποίες πιθανόν να σχετίζονται με το γενετικό πρόβλημα.
- Παροχή πλήρους ενημέρωσης και ψυχολογικής υποστήριξης προς τον υποψήφιο για γενετικό έλεγχο κατά την διαδικασία της λήψης αποφάσεών του.
- Συνεργασία με οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαιτίας της ύπαρξης κάποιας γενετικής ασθένειας, καθώς και αξιολόγηση αναγκών και αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στα μέλη τους.
- Συντονισμός παροχής υπηρεσιών υγείας προς άτομα και οικογένειες με γενετικό πρόβλημα.
- Αξιολόγηση του κοινωνικού αντίκτυπου της ασθένειας στο άτομο και στην οικογένεια.
- Εφαρμογή νοσηλείας και θεραπείας στο σπίτι για ασθενείς με γενετικό πρόβλημα.¹³
- Διαφύλαξη του απορρήτου των γενετικών πληροφοριών και προστασία των

δικαιωμάτων του ασθενούς και της οικογένειάς του.

- Συμμετοχή στη δημόσια εκπαίδευση και την ενημέρωση του κοινού γύρω από τις γενετικές παθήσεις.
- Συνεχής παρακολούθηση νέων περιπτώσεων ατόμων που αποδεικνύονται θετικά μετά από διαγνωστικό έλεγχο και υποστήριξη αυτών.⁴⁴

9.2. Νοσηλευτική Πράξη

Όσο αφορά στα στοιχεία που συνιστούν τη νοσηλευτική πράξη, τίθενται κυρίως τα ακόλουθα:

9.2.1. Κλινικά

- I. Επισκέψεις στο σπίτι πριν γίνει ο γενετικός έλεγχος, με σκοπό τη λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού είναι απαραίτητη για την ακριβή διάγνωση. Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής αναφέρει οικογενειακό ιστορικό μυϊκής δυστροφίας, πρέπει να διευκρινιστεί ο ακριβής τύπος αυτής της πάθησης γιατί έτσι θα προσδιοριστεί αν υπάρχει διαθέσιμη μέθοδος γενετικού ελέγχου, ποιος είναι ο τρόπος κληρονομικότητας και ποιες οι θεραπευτικές επιλογές.
- II. Παρακολούθηση κατά το διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο.
- III. Συνεχής παρακολούθηση με επισκέψεις στο σπίτι μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
- IV. Απόκτηση δειγμάτων αίματος για τον γενετικό έλεγχο.
- V. Παροχή εξειδικευμένης γενετικής συμβουλευτικής, όπως απαιτείται κατά το διάστημα λήψης αποφάσεων του ασθενούς.⁴⁵

9.2.2. Οργανωτικά

- I. Οργάνωση προγεννητικού ελέγχου
- II. Προετοιμασία για την εισαγωγή στην κλινική
- III. Παρακολούθηση κλινικών ή επαγγελματικών συναντήσεων
- IV. Διοικητικά καθήκοντα⁴³

9.2.3. ΑΛΛΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

- I. Υποστήριξη και επίβλεψη του υπόλοιπου προσωπικού
- II. Εκπαίδευση του προσωπικού στη θεωρία και στη κλινική πράξη.
- III. Ανάπτυξη συνεργασίας με άλλες επαγγελματικές ομάδες.
- IV. Σχεδιασμός νοσηλευτικών ερευνητικών προγραμμάτων ή συμμετοχή σε άλλα ερευνητικά προγράμματα.

Προκειμένου να έχουμε μια ολιστική και σύγχρονη θεώρηση της παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι πλέον εμφανές ότι γνώση της γενετικής και η ενσωμάτωση των νέων πληροφοριών στη κλινική πράξη είναι απαραίτητες.

Σύμφωνα, όμως με μελέτες, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι έχουν ανεπαρκή γνώση των νέων ανακαλύψεων και ότι δεν νιώθουν ικανοί να παρέχουν πληροφόρηση γύρω από θέματα γενετικής.⁴⁶

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα γενετικής πρέπει να αντιμετωπιστεί ως προτεραιότητα προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτοί θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των ασθενών¹⁷. Οι απαιτήσεις αυτές θα αυξάνουν συνεχώς καθώς θα γίνονται νέες ανακαλύψεις.

Στις Η.Π.Α, προγράμματα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στη γενετική άρχισαν να εφαρμόζονται από το 1997¹⁸. Αντίστοιχα προγράμματα μπορούν να ξεκινήσουν στο μέλλον και στα ελληνικά Πανεπιστήμια.⁴³

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

A) Σχεδιασμός της έρευνας:

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

B) Πληθυσμός Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από τον ερευνητή με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και ευθυνόταν σε 121 γυναίκες. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 30 ερωτήσεις.

Γ) Τόπος Και Χρόνος Έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Μάρτιο μέχρι τον Αύγουστο του 2005 δειγματοληπτικά από πολλές περιοχές της Ελλάδος. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε κατόπιν συνέντευξης με τον ερευνητή.

Δ) Συλλογή Δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από τον ερευνητή με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου αφού επισημάνθηκε σε κάθε

ερωτώμενη, ότι μπορούσαν να μην μας απαντήσουν στις ερωτήσεις αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε)Κριτήρια Εισαγωγής Και Αποκλεισμού Δεδομένων

Κριτήρια αποκλεισμού στην έρευνα ήταν:

- Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ)Ζητήματα βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, εξηγούσα τον σκοπό της έρευνας, επιδίωκα τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρερχόμενης εργασίας, σημείωνα ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα(δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο και τον φορέα της έρευνας – σχολή φοίτησης. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ)Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και η στατιστική επεξεργασία τους ήταν το spss.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το θέμα του προγεννητικού ελέγχου των παθολογικών προβλημάτων στην εγκυμοσύνη καθώς και της τεχνητής γονιμοποίησης είναι τεράστιο. Μελέτες που αφορούν τα συγκεκριμένα θέματα αυξάνονται όλο και περισσότερο στην Ελλάδα αλλά και στα υπόλοιπα κράτη του κόσμου.

Σε μερικές συσχετίσεις των αποτελεσμάτων υπήρχε στατιστική σημαντική διαφορά $p < 0,05$. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στους παρακάτω πίνακες και γραφήματα.

Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν μόνο στο γυναικείο φύλο. Οι ερωτηθέντες γυναίκες έφτασαν στις 121. Πιο αναλυτικά με βάση τις απαντήσεις του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήθηκε από άγαμες γυναίκες (64,5%), ακολουθούσαν οι έγγαμες (27,5%), ενώ ακόμη απάντησε και ένα μικρό ποσοστό (6,3%) διαζευγμένων γυναικών.

Η πλειοψηφία των γυναικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν μικρής ηλικίας 20-30 ετών σε ποσοστό 59,5%, ακολουθούσαν οι γυναίκες στην ηλικιακή κατηγορία 30-40 ετών (17,4%), μετά γυναίκες 40-50 ετών (12,4%), ακόμη είχαμε κάποιες λίγες απαντήσεις γυναικών μικρής ηλικίας 10-20 ετών (7,4%) και τέλος δεν έλλειπαν και οι απαντήσεις γυναικών μεγαλύτερης ηλικιακής κατηγορίας 50 ετών και άνω σε ποσοστό που ανερχόταν σε 3,3%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο γεννήθηκαν (47,9%) και ζουν (51,2%) σε αστική περιοχή, ακολουθούσαν αυτές που γεννήθηκαν (28,9%) και ζουν (32,2%) σε ημιαστική περιοχή ενώ είχαμε και ένα μικρό ποσοστό γυναικών που γεννήθηκαν (23,1%) και ζουν (16,5%) σε αγροτική περιοχή.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε απόψεις γυναικών από 19 τυχαίους νομούς της Ελλάδας, οι περισσότερες γυναίκες είχαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας τον νομό Αττικής (29,8%), ακολουθούσαν οι γυναίκες από τον νομό Ευβοίας (19%), ενώ είχαμε και απαντήσεις από άλλους νομούς σε μικρότερα ποσοστά Μεσσηνίας και Φθιώτιδας (7,4%), Θεσσαλονίκης, Αχαΐας, Ημαθίας, Λέσβου και Αργολίδας (4,1%), Λιτωλοακαρνανίας, Ηρακλείου και Δωδεκανήσου (2,5%), Ηλείας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων (1,7%). Τέλος είχαμε

ένα μικρό ποσοστό (0,8%) που ανερχόταν από τους νομούς Μαγνησίας, Βοιωτίας, Αρκαδίας, Τρικάλων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό που συμμετείχε στην έρευνα ήταν φοιτήτριες (29,8%), ακολουθούσαν αυτές που εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα (25,6%), ενώ σε μικρότερα ποσοστά είχαμε γυναίκες που είχαν ως επάγγελμα: οικιακά (8,3%), δημόσιοι υπάλληλοι (7,4%), ελεύθεροι επαγγελματίες (6,6%), εργάτες (5%), μαθητές (4,1%), έμποροι και συνταξιούχοι (3,3%) και αγρότες (1,7%).

Από το δείγμα που ελήφθη η συντριπτική πλειοψηφία 70,2% δεν είχε παιδιά, ενώ μόλις το 29,8% είχε. Πιο συγκεκριμένα το 50% των γυναικών είχε δύο παιδιά, ακολουθούσαν αυτές με τρία παιδιά σε ποσοστό 19,4%, αυτές με ένα παιδί (16,7%) και αυτές που είχαν 4 παιδιά σε ποσοστό 13,9%.

Οι γραμματικές γνώσεις αυτών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν απόφοιτες των ΤΕΙ (33,1%), ακολουθούσαν οι απόφοιτες λυκείου (25,6%), αυτές που προερχόταν από ΛΕΙ (19%), οι απόφοιτες δημοτικού (7,4%), αυτές με μεταπτυχιακό τίτλο (5,8%) και οι απόφοιτες γυμνασίου (5,8%). Στην συνέχεια ακολουθούσαν αυτές που έχουν διδακτορικό τίτλο (2,5%), τέλος είχαμε και ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης 0,8% αυτών των αναλόβητων γυναικών.

Η συντριπτική πλειοψηφία 90,1% δεν είχε πραγματοποιήσει ούτε μια αποβολή, ενώ μόλις το 9,9% είχε πραγματοποιήσει. Πιο συγκεκριμένα από αυτές που είχαν κάνει αποβολή το 92,3% είχε μία, ενώ 7,7% είχε δύο αποβολές.

Το 92,4% των γυναικών δεν είχε προκαλέσει ποτέ έκτρωση, ενώ το 5,8% των γυναικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είχαν προκαλέσει. Πιο συγκεκριμένα από αυτές που είχαν προκαλέσει έκτρωση το 77,8% είχε μία, ενώ το 22,2% είχε πραγματοποιήσει δύο εκτρώσεις.

Στην ερώτηση αν έχουν κάνει εξέταση για το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας τα αποτελέσματα είναι μοιρασμένα περίπου στη μεση με το 51,2% να μην έχει πραγματοποιήσει ούτε αυτή την απλή εξέταση και 48,8% να έχει κάνει το test για την μεσογειακή αναιμία.

Ενθαρρυντικό είναι ότι το 92,6% των γυναικών γνωρίζει ότι εάν ο ένας από τους δύο συζύγους έχει το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας τα παιδιά μπορεί να κληρονομήσουν το στίγμα, ενώ το 5% πιστεύει ότι δεν θα κληρονομήσουν το στίγμα. Τέλος το 2,5% δεν γνωρίζει τι θα πραγματοποιηθεί

σχετικά με τους απογόνους. Σε άλλη ερώτηση το 63,6% σωστά πιστεύει ότι εάν ο ένας από τους δυο συζύγους έχει το στίγμα τα παιδιά δεν θα γεννηθούν με μεσογειακή αναιμία, ενώ 17,4% πιστεύει ότι τα παιδιά θα γεννηθούν με μεσογειακή αναιμία, τέλος το 19% αγνοεί το ζήτημα.

Σε άλλη ερώτηση σχετική με την μεσογειακή αναιμία το 24% θα συνέχιζε κανονικά την εγκυμοσύνη αν ο γιατρός τους αποκάλυπτε ότι το παιδί τους θα γεννηθεί με μεσογειακή αναιμία, το μεγαλύτερο ποσοστό 36,4% θα διέκοπτε την εγκυμοσύνη, ένα μεγάλο ποσοστό 32,2% δεν γνωρίζει τι θα έπραττε στην συγκεκριμένη περίπτωση, ενώ ένα μικρό ποσοστό 7,4% δεν απαντά.

Όσο αφορά την υγεία του εμβρύου το ευχάριστο είναι ότι οι γυναίκες φαίνονται ενημερωμένες αφού το 95,9% πιστεύει ότι το κάπνισμα επηρεάζει την υγεία του εμβρύου, το 2,5% πιστεύει ότι δεν την επηρεάζει και το 1,7% δεν γνωρίζει. Το 98,3% πιστεύει ότι η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών επηρεάζει την υγεία του εμβρύου, το 0,8% ότι δεν την επηρεάζει και το 0,8% δεν γνωρίζει. Τέλος το 95,9% πιστεύει ότι η συναισθηματική κατάσταση της εγκύου επηρεάζει το παιδί, το 3,3% πιστεύει ότι δεν την επηρεάζει και ενώ 0,8% δεν γνωρίζει.

Σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο ο γυναικείος πληθυσμός γνωρίζει τι ακριβώς είναι 98,3%, μόνο το 0,8% έδωσε λάθος ορισμό και το 0,8% δεν γνωρίζει. Όσο αφορά το βαθμό που βρίσκεται η ενημέρωση του προγεννητικού ελέγχου στην Ελλάδα βλέπουμε ότι το 66,1% πιστεύει πως βρίσκεται σε μέτριο βαθμό, εδώ θα πρέπει να επέμβει η νοσηλευτική με τον συμβουλευτικό της ρόλο κυρίως, το 22,3% ικανοποιητικό, το 6,6% καθόλου και ενώ μόλις το 5% βλέπει την ενημέρωση του προγεννητικού ελέγχου σε πάρα πολύ καλό βαθμό.

Το 94,2% πιστεύει πως θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση στον προγεννητικό έλεγχο, ένα 5% πιστεύει πως δεν χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση, ενώ 0,8% φαίνεται να μην το ενδιαφέρει το θέμα αφού δεν απαντά.

Στην περίπτωση της προόδου του προγεννητικού ελέγχου το 62% πιστεύει ότι υπάρχει λίγη ενημέρωση, το 32,2% πολύ, το 5% καθόλου και το 0,8% δεν γνωρίζει.

Λξιοσημείωτο και ενθαρρυντικό είναι ότι μετά τον γυναικολόγο (53,7%) ο γυναικείος πληθυσμός θέλει να ενημερωθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό (16,5%). Αυτό πρέπει να μας ευαισθητοποιήσει ιδιαίτερα γιατί φαίνεται ότι στην χώρα μας η νοσηλευτική αρχίζει σιγά σιγά να ξεφεύγει από την στερεότυπη παροχή πρακτικών υπηρεσιών και να καταξιώνεται όλο και περισσότερο σαν επιστήμη που εξελίσσεται. Ακολουθεί σαν τρόπος ενημέρωσης τα ΜΜΕ (13,2%) όπου και εκεί μπορεί να επέμβει το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζοντας διάφορες ενημερωτικές εκπομπές σε ότι αφορά τον προγεννητικό έλεγχο. Το 7,4% θέλει να ενημερωθεί από διάφορα βιβλία επιλογής, όπου και εκεί μπορεί να επέμβει το νοσηλευτικό προσωπικό στην συγγραφή διαφόρων βιβλίων σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο. Το 6,6% πιστεύει πως θα πρέπει να ενημερωθεί από φυλλάδια νοσοκομείου στα οποία μπορεί να υπάρξει η συμβολή του νοσηλευτή αφού τα νοσοκομεία στελεχώνονται κυρίως από το νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος το 2,5% πιστεύει πως πρέπει να ενημερωθεί με άλλο τρόπο.

Το 36,4% του δείγματος πιστεύει πως γίνεται ενημέρωση του προγεννητικού ελέγχου στην Ελλάδα, το 35,5% ότι δεν γίνεται και το 28,1% δεν γνωρίζει.

Ένα μεγάλο ποσοστό 52,9% δεν συμφωνεί με τον τρόπο που γίνεται η ενημέρωση του προγεννητικού ελέγχου, εδώ μπορεί και πρέπει να επέμβει η νοσηλευτική με νέες συμβουλευτικές μεθόδους που θα μπορούσαν να προσελκύσουν τα άτομα. Το 15,7% συμφωνεί με τον τρόπο που γίνεται η ενημέρωση του προγεννητικού ελέγχου, ενώ το 31,4% δεν γνωρίζει.

Η αμνιοπαρακέντηση φαίνεται να είναι η σημαντικότερη εξέταση (39,7%) κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σύμφωνα με την άποψη του δείγματος, ακολουθεί το υπερηχογράφημα (28,1%), η χρωμοσωμική ανάλυση (17,4%), η εμβρυοσκόπηση (9,9%) , ενώ το 5% πιστεύει σε κάποια άλλη εξέταση δίχως να διευκρινίζει ποια ακριβώς.

Το 52,9% έχει κάνει κάποια εξέταση προγεννητικού ελέγχου, ενώ το 47,1% δεν έχει κάνει. Στην ερώτηση ποια εξέταση έχει πραγματοποιήσει βλέπουμε πως υπάρχει κάποια σύγχυση και καθόλου ενημέρωση από κάποιες ερωτηθέντες γυναίκες αφού 22,3% έχει κάνει εξέταση για το στίγμα, το 11,6% εξέταση Rhesus, το 8,3% εξέταση Ηπατικολάου, το 0,8% όλες τις

απαραίτητες, το 5% αμνιοπαρακέντηση, το 2,5% χρωμοσωμική ανάλυση, ενώ το 3,3% δεν γνωρίζει ποια εξέταση προγεννητικού ελέγχου πραγματοποίησε.

Ενημερωμένο φαίνεται το δείγμα αφού το 87,6% γνωρίζει τι είναι το σύνδρομο μογγολοειδούς ιδιοτείας ή σύνδρομο down, ενώ το 12,4% δεν γνωρίζει.

Στην ερώτηση τι θα έκαναν οι μέλλουσες μητέρες αν ο γιατρός τους αποκάλυπτε ότι το παιδί τους θα γεννηθεί με σύνδρομο down βλέπουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος θα διέκοπτε την εγκυμοσύνη, ενώ μόνο το 9,9% θα την συνέχιζε κανονικά, μεγάλο ποσοστό είναι ακόμη αυτών που δεν γνωρίζουν τι θα έκαναν (28,9%), το 2,5% δεν απαντά. Τέλος ένα μικρό ποσοστό 0,8% δεν συμπλήρωσε τίποτα στην συγκεκριμένη ερώτηση του ερωτηματολογίου.

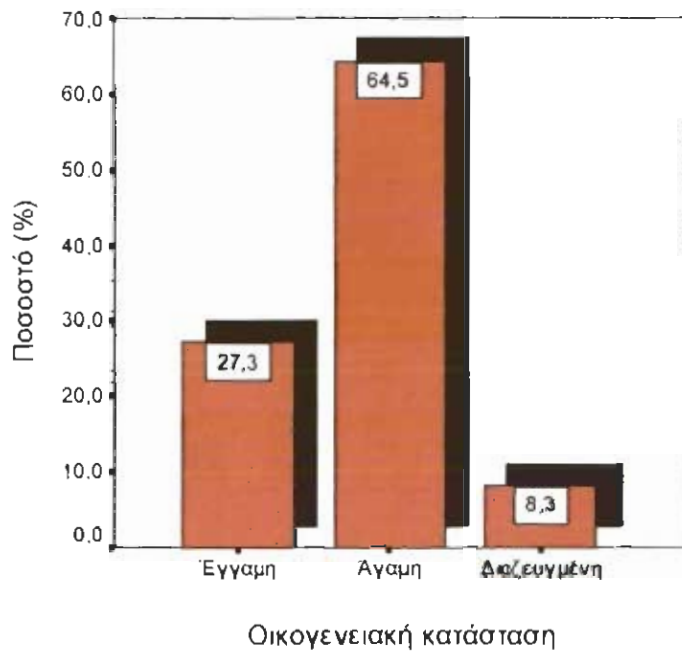
Στην ερώτηση αν έχουν κάνει ποτέ τεχνητή γονιμοποίηση φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν έχει πραγματοποιήσει (99,2%) κι αυτό ίσως προκύπτει από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο δείγμα προέρχεται από άγαμες γυναίκες και το μόλις (0,8%) να έχει πραγματοποιήσει τεχνητή γονιμοποίηση.

Το 52,9% πιστεύει πως θα έκανε τεχνητή γονιμοποίηση, το 11,6% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 35,5% δεν γνωρίζει για το τι θα έκανε.

Η τεχνητή γονιμοποίηση μάλλον αρχίζει να διαδίδεται και πολλά ζευγάρια φαίνεται να την προτιμούν ίσως ως εναλλακτική πρόταση όταν δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδιά. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι το 59,5% του δείγματος γνωρίζει άτομα από το κοινωνικό του περιβάλλον να έχει πραγματοποιήσει τεχνητή γονιμοποίηση, ενώ το 40,5% δεν γνωρίζει. Όσο αφορά την συσχέτιση των ερωτήσεων βλέπουμε πως υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά.

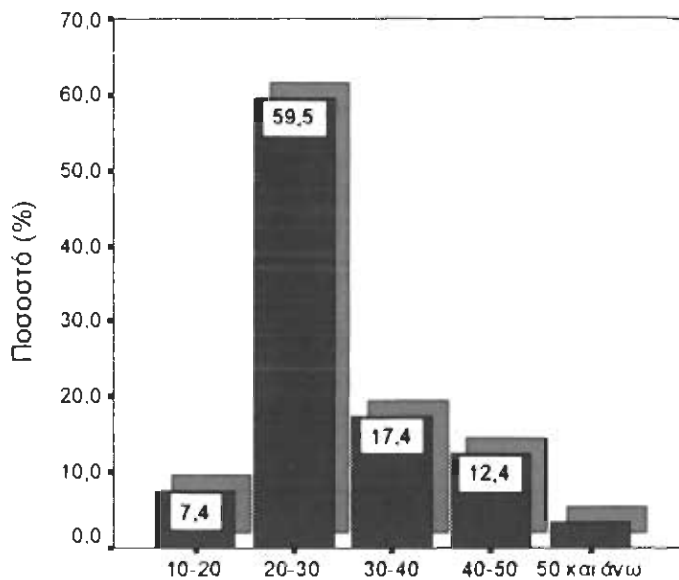
Πίνακας 1.				
Οικογενειακή κατάσταση				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγγαμη	33	27.3	27.3	27.3
Άγαμη	78	64.5	64.5	91.7
Διαζευγμένη	10	8.3	8.3	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



Πίνακας 2.				
Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
10-20	9	7.4	7.4	7.4
20-30	72	59.5	59.5	66.9
30-40	21	17.4	17.4	84.3
40-50	15	12.4	12.4	96.7
50 και άνω	4	3.3	3.3	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε;

Πίνακας 3.				
Τόπος γέννησης σας				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αγροτική περιοχή	28	23.1	23.1	23.1
Ημιαστική περιοχή	35	28.9	28.9	52.1
Αστική περιοχή	58	47.9	47.9	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



Τόπος γέννησης σας

Πίνακας 4.

Τόπος μόνιμης κατοικίας σας

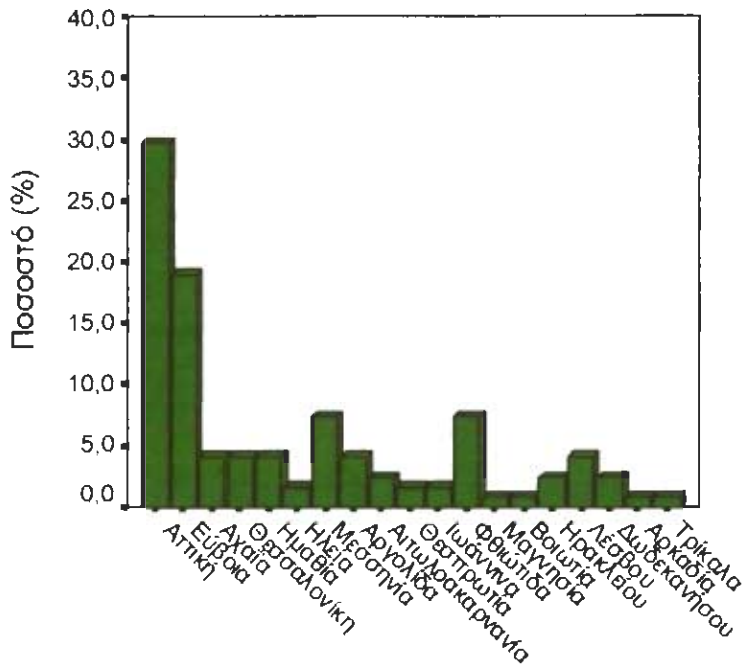
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αγροτική περιοχή	20	16.5	16.5	16.5
Ημιαστική περιοχή	39	32.2	32.2	48.8
Αστική περιοχή	62	51.2	51.2	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.



Πίνακας 5.				
Σε ποιο νομό υπάγεται ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αττική	36	29.8	29.8	29.8
Εύβοια	23	19.0	19.0	48.8
Αχαΐα	5	4.1	4.1	52.9
Θεσσαλονίκη	5	4.1	4.1	57.0
Ημαθία	5	4.1	4.1	61.2
Ηλεία	2	1.7	1.7	62.8
Μεσσηνία	9	7.4	7.4	70.2
Αργολίδα	5	4.1	4.1	74.4
Αιτωλοακαρνανία	3	2.5	2.5	76.9
Θεσπρωτία	2	1.7	1.7	78.5
Ιωάννινα	2	1.7	1.7	80.2
Φθιώτιδα	9	7.4	7.4	87.6
Μαγνησία	1	.8	.8	88.4
Βοιωτία	1	.8	.8	89.3
Ηρακλείου	3	2.5	2.5	91.7
Λέσβου	5	4.1	4.1	95.9
Δωδεκανήσου	3	2.5	2.5	98.3
Αρκαδία	1	.8	.8	99.2
Τρίκαλα	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.



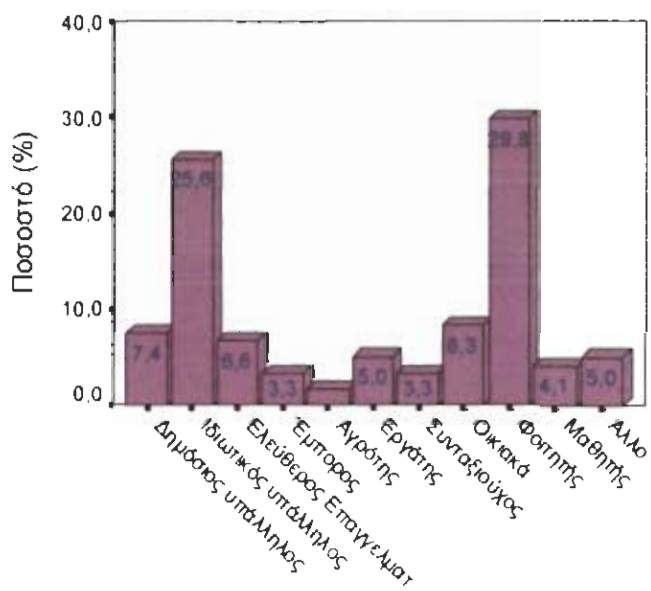
Σε ποιο νομό υπάγεται ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας

Πίνακας 6.

Ποιο είναι το επάγγελμα σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δημόσιος υπάλληλος	9	7.4	7.4	7.4
Ιδιωτικός υπάλληλος	31	25.6	25.6	33.1
Ελεύθερος Επαγγελματίας	8	6.6	6.6	39.7
Έμπορος	4	3.3	3.3	43.0
Αγρότης	2	1.7	1.7	44.6
Εργάτης	6	5.0	5.0	49.6
Συνταξιούχος	4	3.3	3.3	52.9
Οικιακά	10	8.3	8.3	61.2
Φοιτητής	36	29.8	29.8	90.9
Μαθητής	5	4.1	4.1	95.0
Άλλο	6	5.0	5.0	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

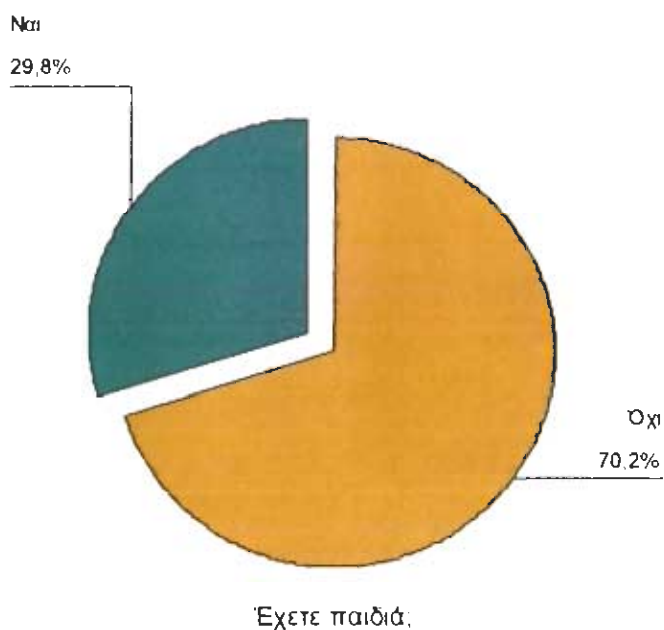
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.



Ποιο είναι το επάγγελμα σας;

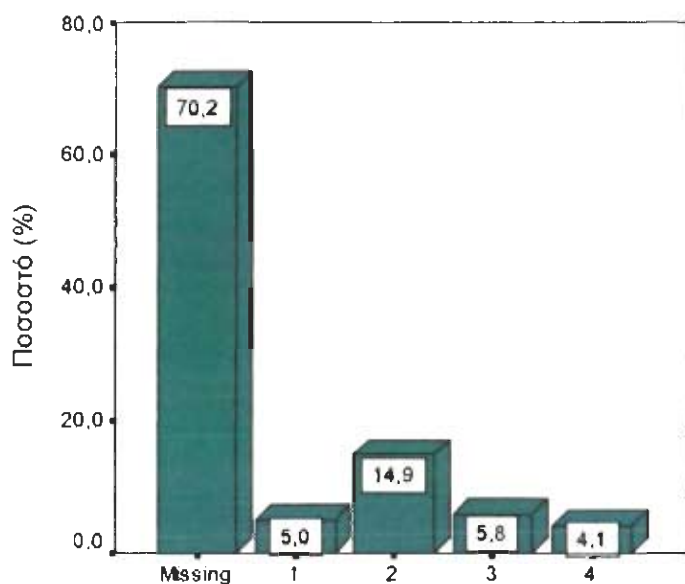
Πίνακας 7.				
Έχετε παιδιά;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	85	70.2	70.2	70.2
Ναι	36	29.8	29.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 7.



Πίνακας 8.				
Αν έχετε παιδιά, πόσα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	6	5.0	5.0	16.7
2	18	14.9	14.9	66.7
3	7	5.8	5.8	86.1
4	5	4.1	4.1	100.0
Αναπάντητα ερωτηματολόγια	85	70.2		
Σύνολο	121	100.0		

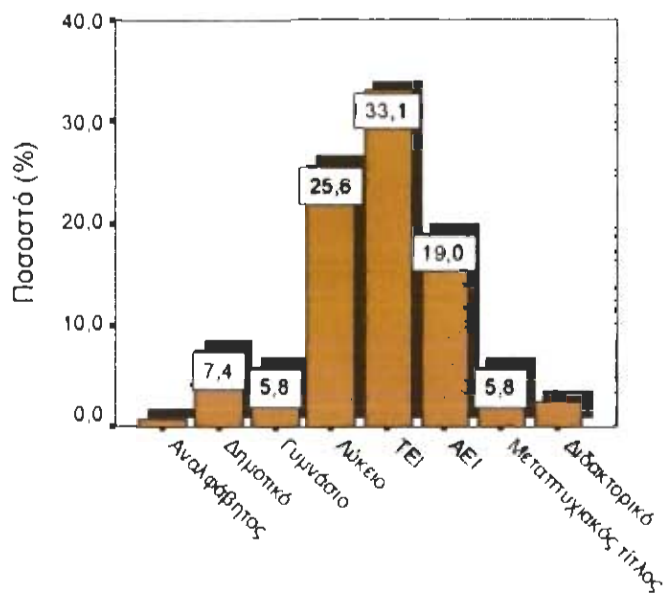
ΓΡΑΦΗΜΑ 8.



Αν έχετε παιδιά, πόσα:

Πίνακας 9.				
Γραμματικές γνώσεις				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αναλφάβητος	1	.8	.8	.8
Δημοτικό	9	7.4	7.4	8.3
Γυμνάσιο	7	5.8	5.8	14.0
Λύκειο	31	25.6	25.6	39.7
ΤΕΙ	40	33.1	33.1	72.7
ΑΕΙ	23	19.0	19.0	91.7
Μεταπτυχιακός τίτλος	7	5.8	5.8	97.5
Διδακτορικό	3	2.5	2.5	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 9.



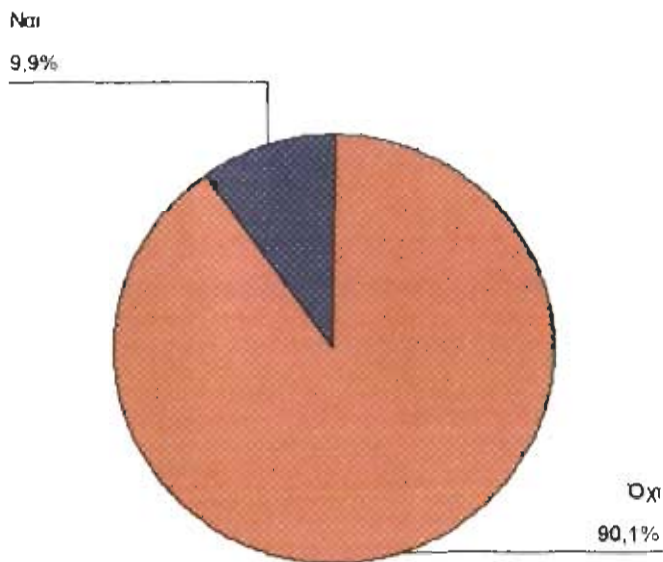
Γραμματικές γνώσεις

Πίνακας 10.

Έχετε κάνει ποτέ αποβολή;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	109	90.1	90.1	90.1
Ναι	12	9.9	9.9	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

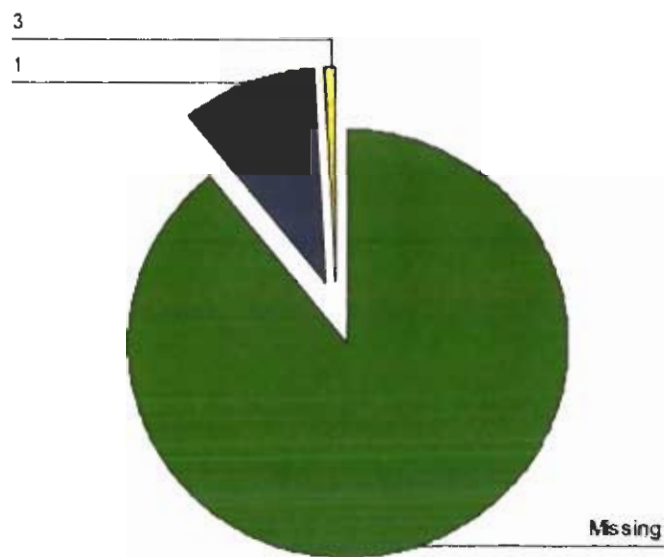
ΓΡΑΦΗΜΑ 10.



Έχετε κάνει ποτέ αποβολή;

Πίνακας 11.				
Πόσες αποβολές είχατε;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	12	9.9	9.9	92.3
3	1	.8	.8	100.0
Αναπάντητα ερωτηματολόγια	108	89.3		
Σύνολο	121	100.0		

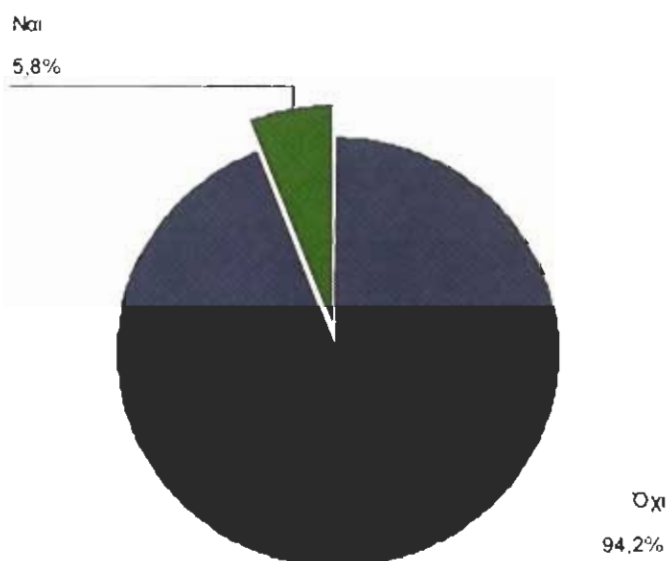
ΓΡΑΦΗΜΑ 11.



Πόσες αποβολές είχατε;

Πίνακας 12.				
Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	114	94.2	94.2	94.2
Ναι	7	5.8	5.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 12.



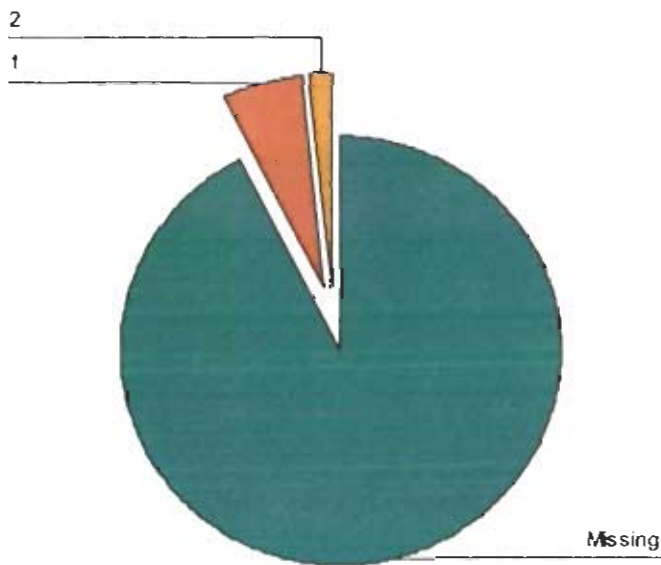
Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;

Πίνακας 13.

Πόσες εκτρώσεις έχετε κάνει;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	7	5.8	5.8	77.8
2	2	1.7	1.7	100.0
Αναπάντητα ερωτηματολόγια	112	92.6		
Σύνολο	121	100.0		

ΓΡΑΦΗΜΑ 13.



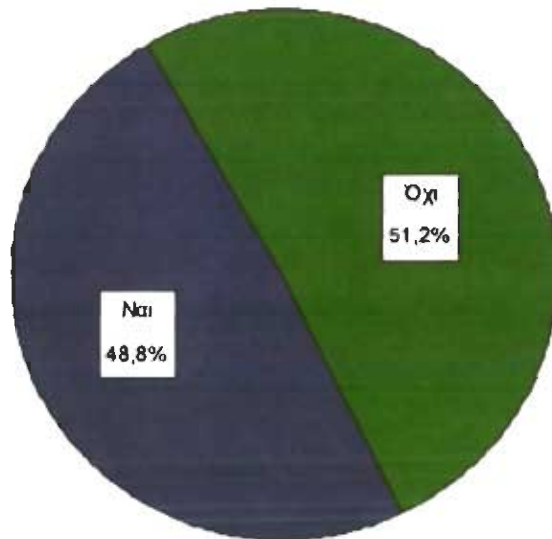
Πόσες εκτρώσεις έχετε κάνει;

Πίνακας 14.

Έχετε κάνει εξέταση για το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	62	51.2	51.2	51.2
Ναι	59	48.8	48.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

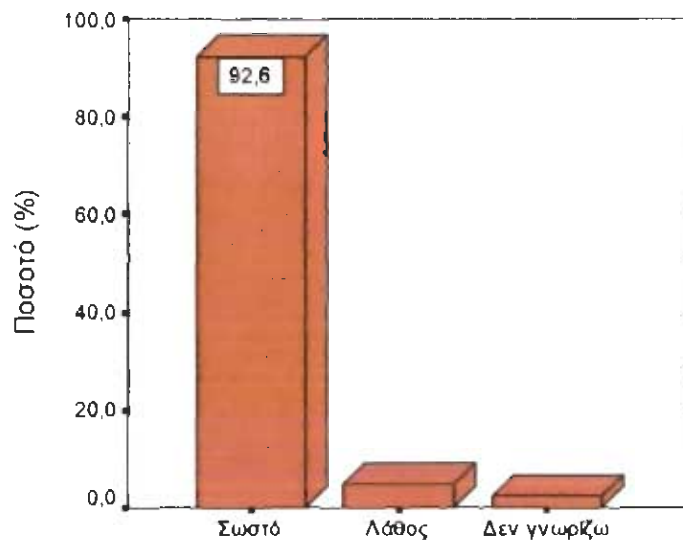
ΓΡΑΦΗΜΑ 14.



Έχετε κάνει εξέταση για το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας:

Πίνακας 15.				
Αν ένας από τους δυο γονείς έχει το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας τότε τα παιδιά μπορεί να κληρονομήσουν το στίγμα				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Σωστό	112	92.6	92.6	92.6
Λάθος	6	5.0	5.0	97.5
Δεν γνωρίζω	3	2.5	2.5	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

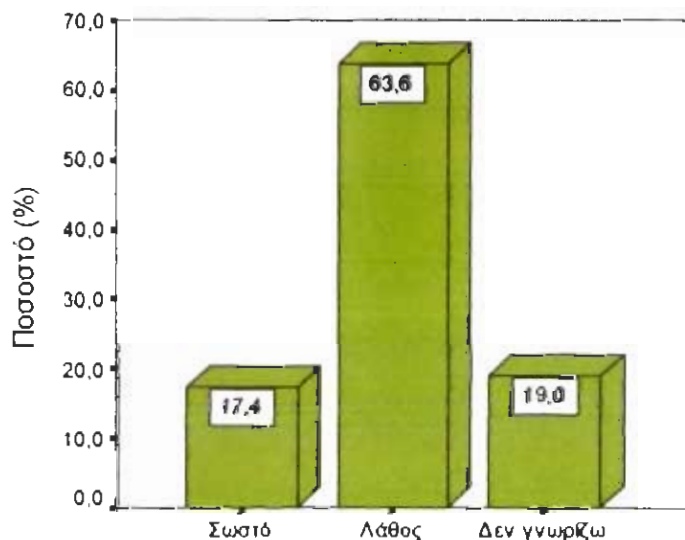
ΓΡΑΦΗΜΑ 15.



Αν ένας από τους 2 γονείς έχει το στίγμα της μεσογ. αναιμίας
τότε τα παιδιά μπορεί να κληρονομήσουν το στίγμα

Πίνακας 16.				
Αν ένας από τους δυο γονείς έχει το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας τότε τα παιδιά θα γεννηθούν με μεσογειακή αναιμία				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Σωστό	21	17.4	17.4	17.4
Λάθος	77	63.6	63.6	81.0
Δεν γνωρίζω	23	19.0	19.0	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 16.

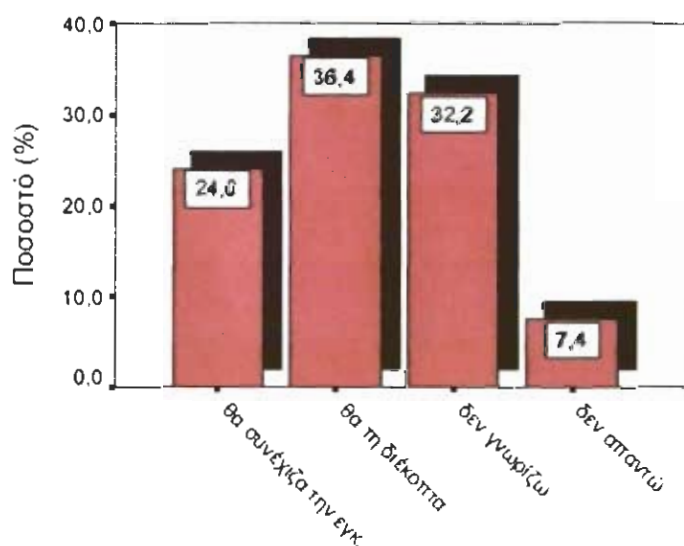


Αν ένας από τους 2 γονείς έχει το στίγμα της μεσογ. αναιμίας
τότε τα παιδιά θα γεννηθούν με μεσογειακή αναιμία

Πίνακας 17.

Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο γιατρός σας αποκάλυπτε ότι το παιδί σας θα γεννηθεί με μεσογειακή αναιμία, τι θα κάνατε;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Θα συνέχιζα κανονικά την εγκυμοσύνη μου	29	24.0	24.0	24.0
Θα τη διέκοπτα	44	36.4	36.4	60.3
Δεν γνωρίζω	39	32.2	32.2	92.6
Δεν απαντώ	9	7.4	7.4	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 17.



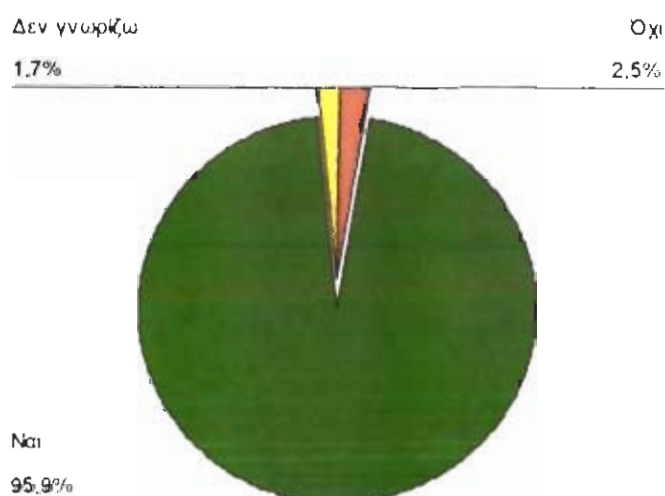
Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο γιατρός σας αποκάλυπτε ότι το παιδί σας θα γεννηθεί με μεσογειακή αναιμία, τι θα κάνατε;

Πίνακας 18.

Πιστεύετε ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεάσει την υγεία του εμβρύου;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	3	2.5	2.5	2.5
Ναι	116	95.9	95.9	98.3
Δεν γνωρίζω	2	1.7	1.7	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 18.



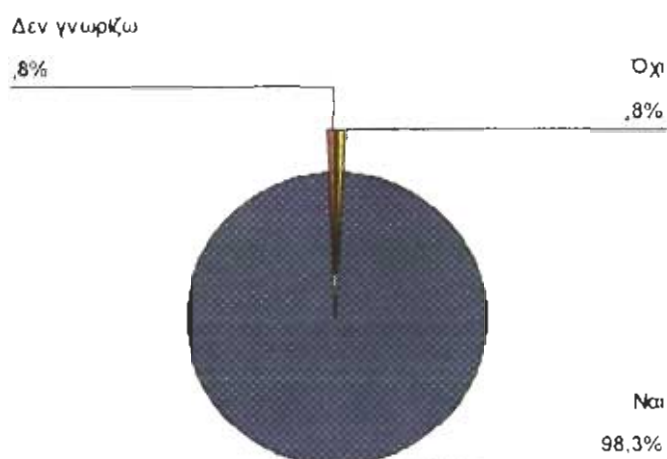
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεάσει την υγεία του εμβρύου.

Πίνακας 19.

Πιστεύετε ότι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών επηρεάζει την υγεία του εμβρύου;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	1	.8	.8	.8
Ναι	119	98.3	98.3	99.2
Δεν γνωρίζω	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 19.



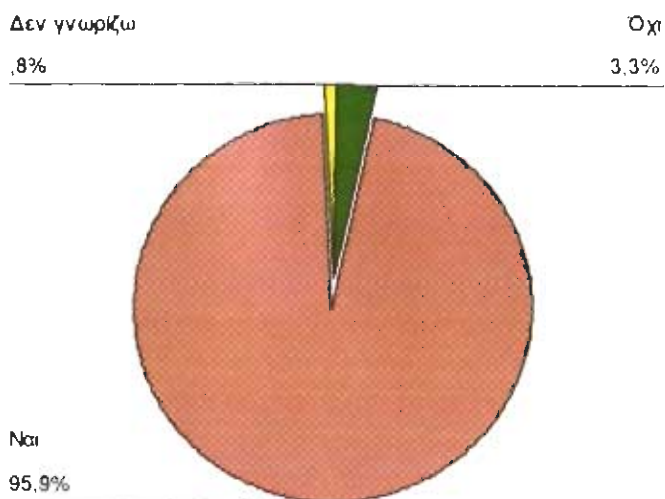
Πιστεύετε ότι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών επηρεάζει την υγεία του εμβρύου;

Πίνακας 20.

Πιστεύετε ότι η συναισθηματική κατάσταση της εγκύου επηρεάζει το παιδί;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	4	3.3	3.3	3.3
Ναι	116	95.9	95.9	99.2
Δεν γνωρίζω	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

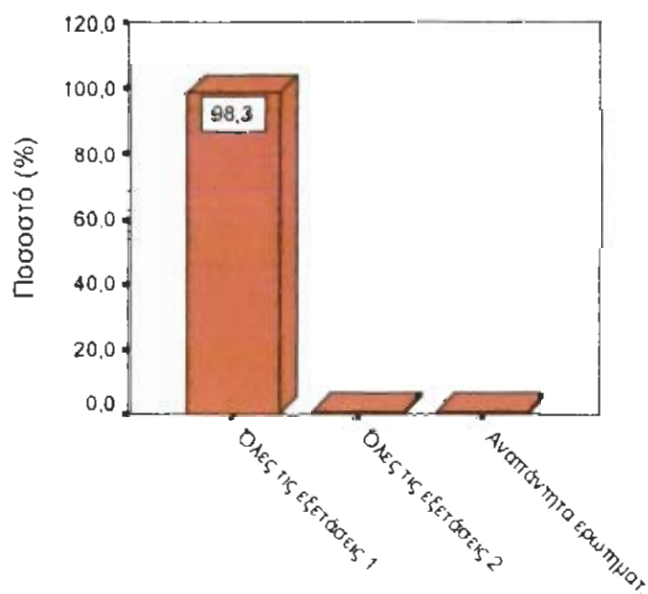
ΓΡΑΦΗΜΑ 20.



Πιστεύετε ότι η συναισθηματική κατάσταση της εγκύου
επηρεάζει το παιδί;

Πίνακας 21.				
Με τον όρο προγεννητικό έλεγχο εννοούμε				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όλες τις εξετάσεις που γίνονται στο έμβρυο προκειμένου να διαπιστωθεί αν πάσχει από κάποια ασθένεια	119	98.3	98.3	98.3
Όλες οι εξετάσεις που γίνονται στο έμβρυο εφόσον διαπιστωθεί ότι πάσχει από κάποια ασθένεια	1	.8	.8	99.2
Αναπάντητα ερωτηματολόγια	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

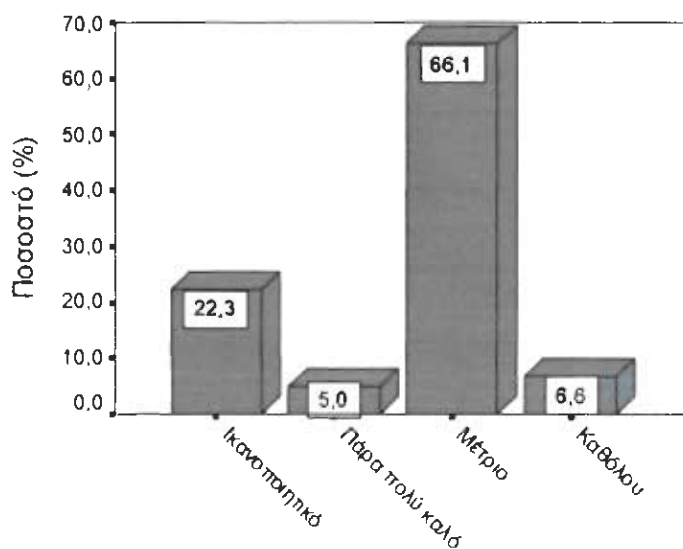
ΓΡΑΦΗΜΑ 21.



Με τον όρο προγεννητικό έλεγχο εννοούμε:

Πίνακας 22.				
Σε ποιο βαθμό, κατά την γνώμη σας, βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ικανοποιητικό	27	22.3	22.3	22.3
Πάρα πολύ καλό	6	5.0	5.0	27.3
Μέτριο	80	66.1	66.1	93.4
Καθόλου	8	6.6	6.6	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 22.

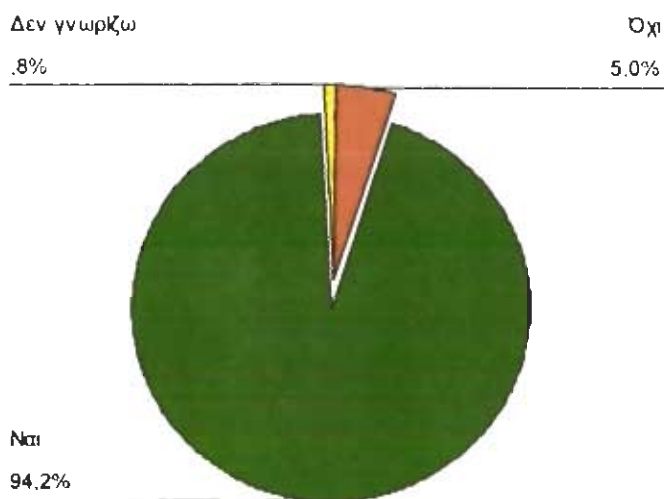


Σε ποιο βαθμό, κατά την γνώμη σας, βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;

Πίνακας 23.

Πιστεύετε πως θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση στο θέμα του προγεννητικού ελέγχου;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	6	5.0	5.0	5.0
Ναι	114	94.2	94.2	99.2
Δεν γνωρίζω	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 23.



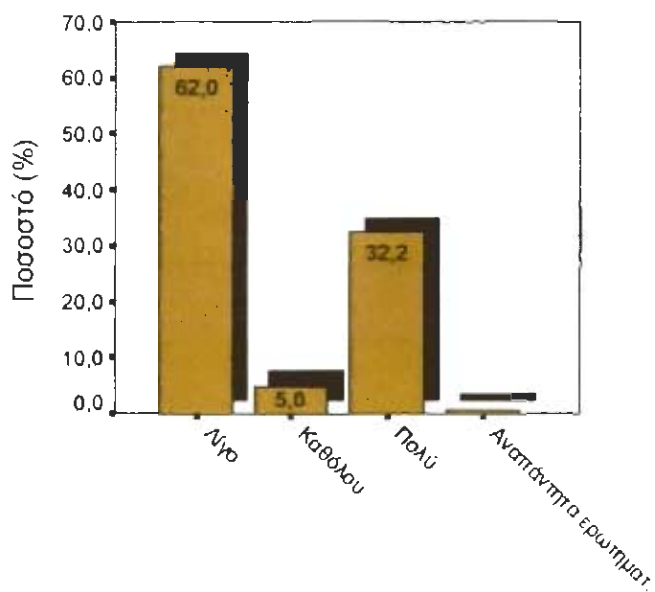
Πιστεύετε πως θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση στο θέμα του προγεννητικού ελέγχου.

Πίνακας 24.

Υπάρχει πρόοδος στον προγεννητικό έλεγχο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Λίγο	75	62.0	62.0	62.0
Καθόλου	6	5.0	5.0	66.9
Πολύ	39	32.2	32.2	99.2
Αναπάντητα ερωτηματολόγια	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 24.



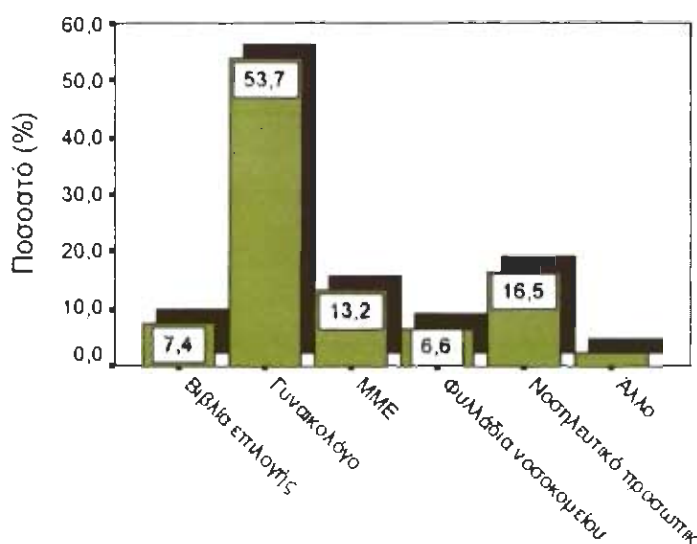
Υπάρχει πρόοδος στον προγεννητικό έλεγχο;

Πίνακας 25.

Από ποιους θα θέλατε να ενημερωθείτε για τον προγεννητικό έλεγχο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Βιβλία επιλογής	9	7.4	7.4	7.4
Γυναικολόγο	65	53.7	53.7	61.2
MME	16	13.2	13.2	74.4
Φυλλάδια νοσοκομείου	8	6.6	6.6	81.0
Νοσηλευτικό προσωπικό	20	16.5	16.5	97.5
Άλλο	3	2.5	2.5	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

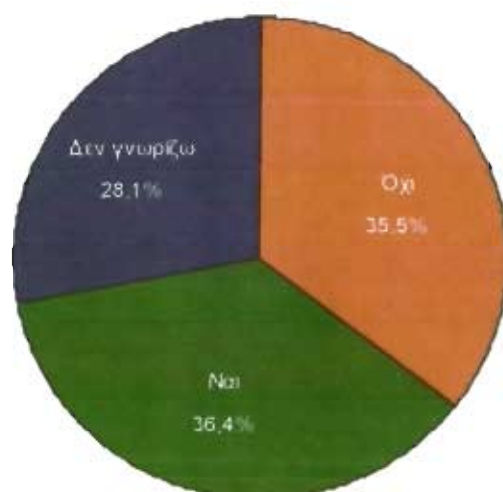
ΓΡΑΦΗΜΑ 25.



Από ποιους θα θέλατε να ενημερωθείτε
για τον προγεννητικό έλεγχο:

Πίνακας 26.				
Πιστεύετε ότι γίνεται ενημέρωση προγεννητικού ελέγχου στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	43	35.5	35.5	35.5
Ναι	44	36.4	36.4	71.9
Δεν γνωρίζω	34	28.1	28.1	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 26.

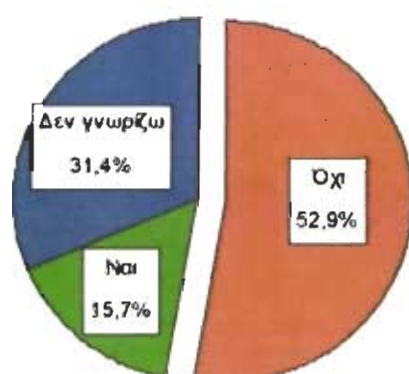


Πιστεύετε ότι γίνεται ενημέρωση προγεννητικού
ελέγχου στην Ελλάδα;

Πίνακας 27.

Συμφωνείτε με τον τρόπο που γίνεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	64	52,9	52,9	52,9
Ναι	19	15,7	15,7	68,6
Δεν γνωρίζω	38	31,4	31,4	100,0
Σύνολο	121	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 27.

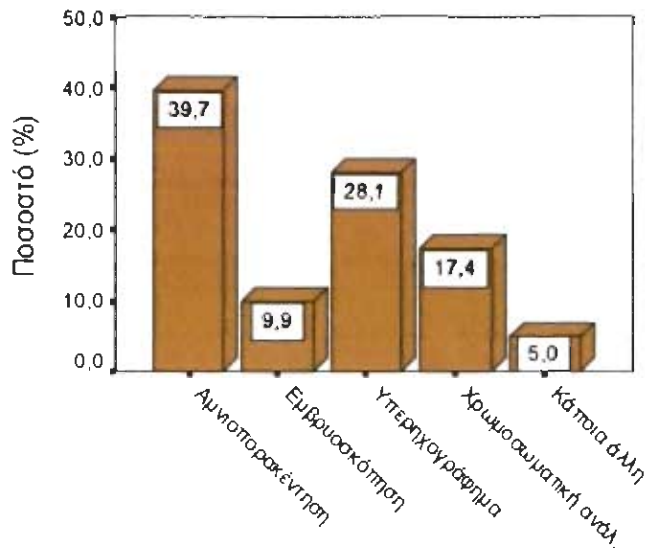


Συμφωνείτε με τον τρόπο που γίνεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;

Πίνακας 28.

Ποια πιστεύετε πως είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αμνιοπαρακέντηση	48	39.7	39.7	39.7
Εμβρυοσκόπηση	12	9.9	9.9	49.6
Υπερηχογράφημα	34	28.1	28.1	77.7
Χρωμοσωματική ανάλυση	21	17.4	17.4	95.0
Κάποια άλλη	6	5.0	5.0	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

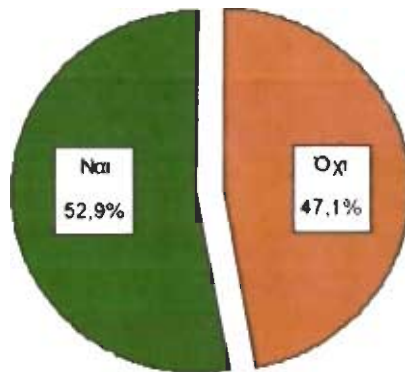
ΓΡΑΦΗΜΑ 28.



Ποια πιστεύετε πως είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Πίνακας 29.				
Θα κάνατε / έχετε κάνει κάποια εξέταση προγεννητικού ελέγχου πριν μείνετε έγκυος;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	57	47,1	47,1	47,1
Ναι	64	52,9	52,9	100
Σύνολο	121	100	100	

ΓΡΑΦΗΜΑ 29.



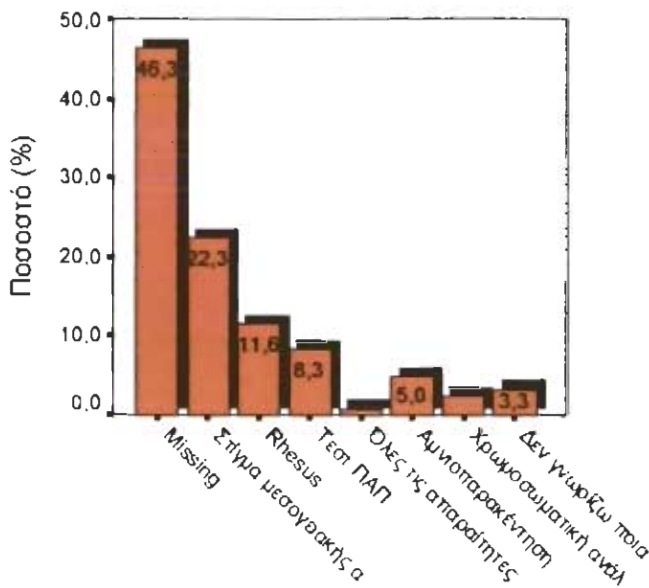
Θα κάνατε / έχετε κάνει κάποια εξέταση προγεννητικού
ελέγχου πριν μείνετε έγκυος.

Πίνακας 30.

Αν ναι, ποια εξέταση θα κάνατε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Στίγμα μεσογειακής αναιμίας	27	22.3	22.3	22,3
Rhesus	14	11.6	11.6	33,9
Τεστ ΠΑΠ	10	8.3	8.3	42,2
Όλες τις απαραίτητες	1	.7	.7	42,9
Αμνιοπαρακέντηση	6	5.0	5.0	47,9
Χρωμοσωματική ανάλυση	3	2.5	2.5	50,4
Δεν γνωρίζω ποια	4	3.3	3.3	53,7
Αναπάντητα ερωτηματολόγια	56	46.3	46,3	100,0
Σύνολο	121	100.0		

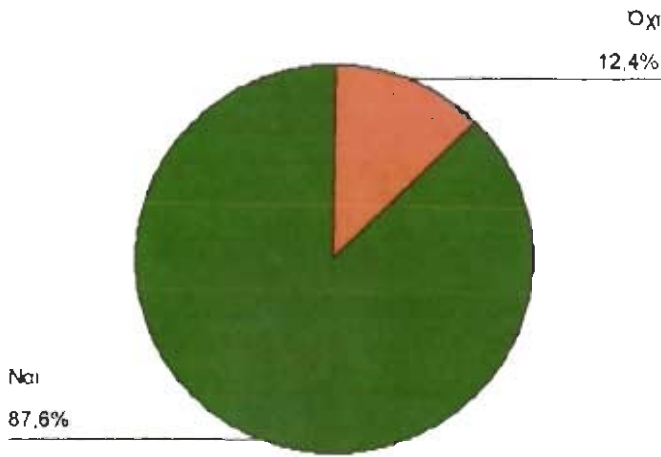
ΓΡΑΦΗΜΑ 30.



Αν ναι, ποια εξέταση θα κάνατε;

Πίνακας 31.				
Ξέρετε τι είναι το σύνδρομο μογγολοειδούς ιδιοτείας (σύνδρομο down)				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	15	12,4	12,4	12,4
Ναι	106	87,6	87,6	100,0
Σύνολο	121	100,0	100,0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 31.



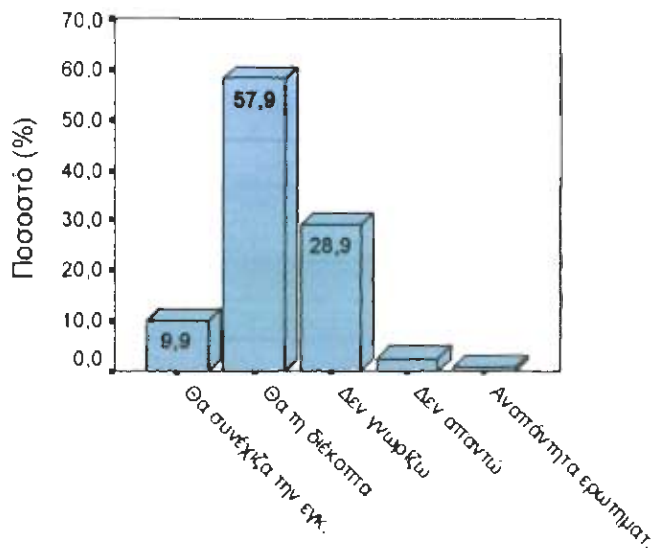
Ξέρετε τι είναι το σύνδρομο μογγολοειδούς ιδιοτείας
(σύνδρομο down)

Πίνακας 32.

Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ο γιατρός σας αποκάλυπτε ότι το παιδί σας θα γεννηθεί με σύνδρομο down. Τι θα κάνατε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Θα συνέχιζα κανονικά την εγκυμοσύνη μου	12	9.9	9.9	9.9
Θα τη διέκοπτα	70	57.9	57.9	67.8
Δεν γνωρίζω	35	28.9	28.9	96.7
Δεν απαντώ	3	2.5	2.5	99.2
Αναπάντητα ερωτηματολόγια	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 32.



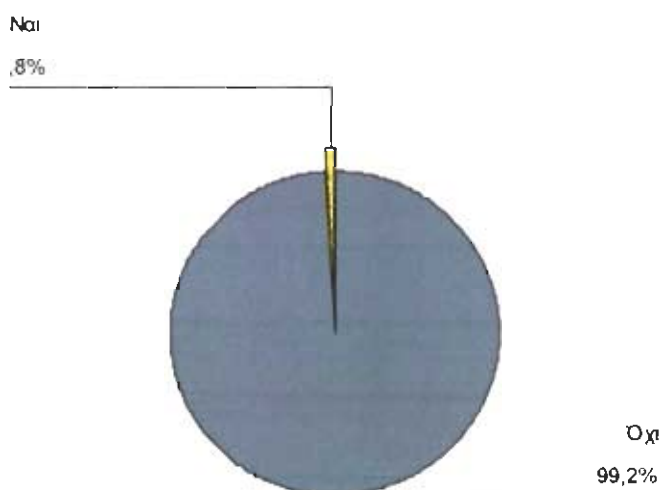
Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ο γιατρός σας αποκάλυπτε ότι το παιδί σας θα γεννηθεί με σύνδρομο down. Τι θα κάνατε;

Πίνακας 33.

Έχετε κάνει ποτέ τεχνητή γονιμοποίηση;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	120	99.2	99.2	99.2
Ναι	1	.8	.8	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

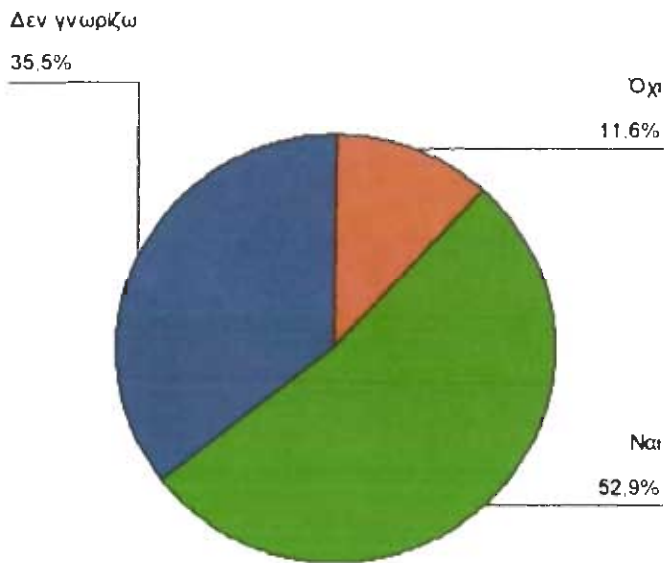
ΓΡΑΦΗΜΑ 33.



Έχετε κάνει ποτέ τεχνητή γονιμοποίηση.

Πίνακας 34.				
Θα κάνατε ποτέ τεχνητή γονιμοποίηση;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	14	11.6	11.6	11.6
Ναι	64	52.9	52.9	64.5
Δεν γνωρίζω	43	35.5	35.5	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 34.

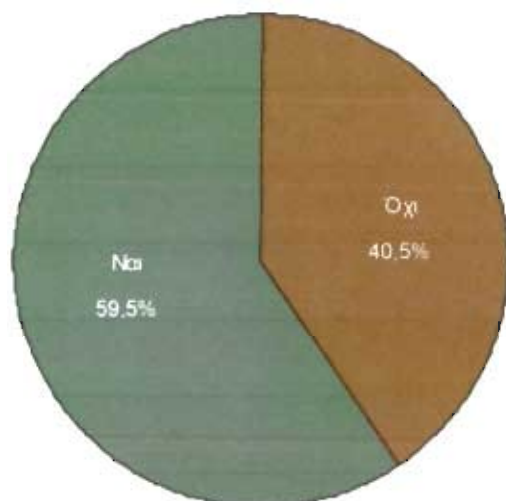


Θα κάνατε ποτέ τεχνητή γονιμοποίηση.

Πίνακας 35.

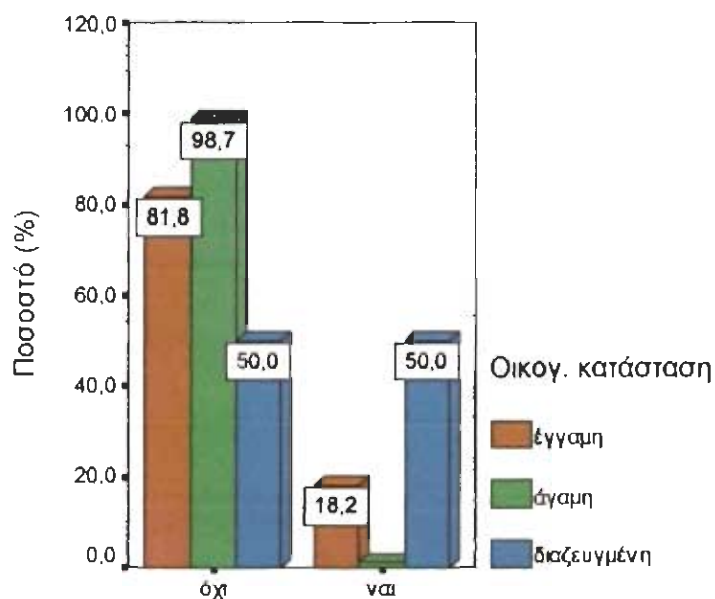
Γνωρίζετε άτομα από το κοινωνικό σας περιβάλλον που να έχουν πραγματοποιήσει τεχνητή γονιμοποίηση;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	49	40.5	40.5	40.5
Ναι	72	59.5	59.5	100.0
Σύνολο	121	100.0	100.0	

ΓΡΑΦΗΜΑ 35.



Γνωρίζετε άτομα από το κοινωνικό σας περιβάλλον που να έχουν πραγματοποιήσει τεχνητή γονιμοποίηση;

ΓΡΑΦΗΜΑ 36.

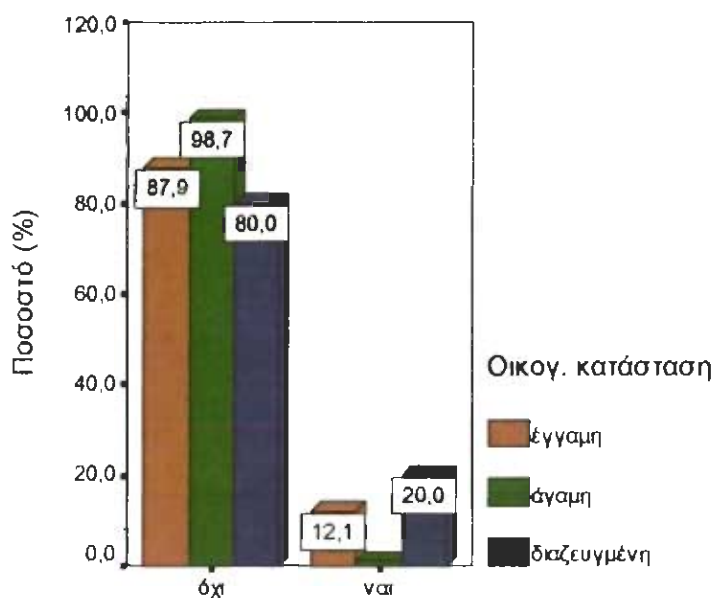


Είχατε ποτέ αποβολή;

Crosstabulation 1.		Είχατε ποτέ αποβολή;		Σύνολο
		όχι	ναι	
	άγαμη	81,8% 77	18,2% 1	100,0% 78
	διαζευγμένη	98,7% 5	1,3% 5	100,0% 10
		50,0% 109	50,0% 12	100,0% 121
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμη	27	6	33

$\chi^2 = 27.017, df = 2, p < 0.0001$

ΓΡΑΦΗΜΑ 37.

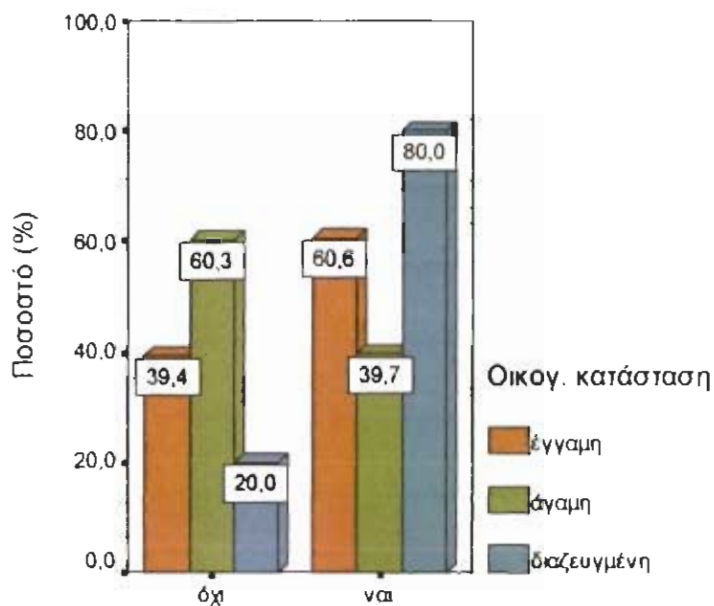


Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση:

Crosstabulation 2.		Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;		Σύνολο
		όχι	Ναι	
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμη	29	4	33
		87,9%	12,1%	100,0%
	άγαμη	77	1	78
		98,7%	1,3%	100,0%
	διαζευγμένη	8	2	10
		80,0%	20,0%	100,0%
		114	7	121

$\chi^2 = 9,040, df = 2, p = 0.011$

ΓΡΑΦΗΜΑ 38.

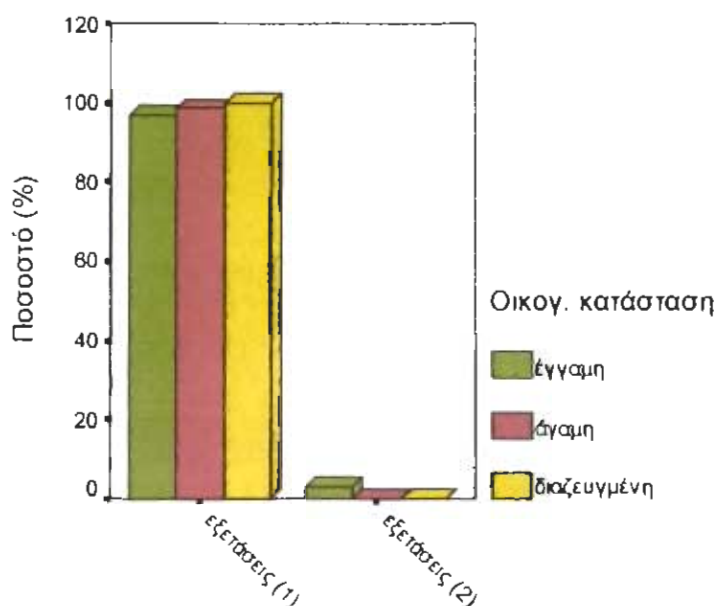


Έχετε κάνει εξέταση για το στίγμα της μεσογ. αναιμίας;

Crosstabulation 3.		Έχετε κάνει εξέταση για το στίγμα της μεσογ. αναιμίας;		Σύνολο
		όχι	ναι	
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμη	13 39,4%	20 60,6%	33 100,0%
	άγαμη	47 60,3%	31 39,7%	78 100,0%
	διαζευγμένη	2 20,0%	8 80,0%	10 100,0%
		62	59	121

$\chi^2 = 8,298, df = 2, p = 0.016$

ΓΡΑΦΗΜΑ 39.

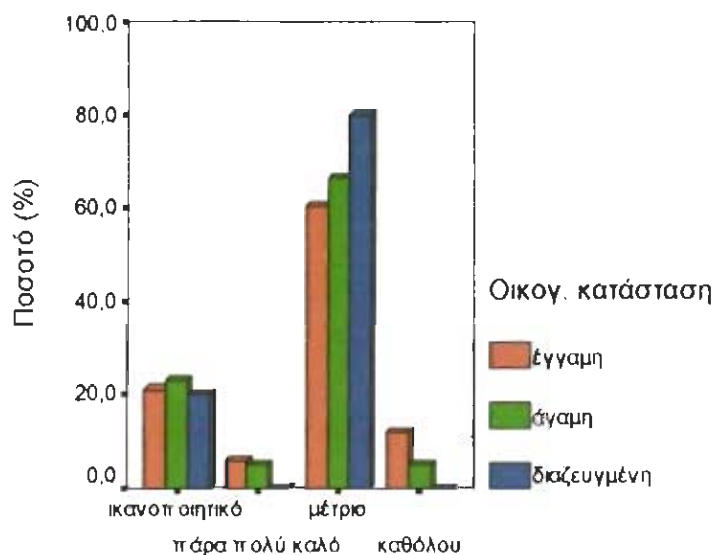


Τι εννοούμε με τον όρο "προγεννητικός έλεγχος";

Crosstabulation 4.		Τι εννοούμε με τον όρο "προγεννητικός έλεγχος";		Σύνολο
		όλες τις εξετάσεις (1)	όλες τις εξετάσεις (2)	
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμη	32	1	33
		97,0%	3,0%	100,0%
	άγαμη	77		78
		98,7%		100,0%
	διαζευγμένη	10		10
	100,0%		100,0%	
		119	1	121

$\chi^2 = 3,228, df = 4, p = 0.520$

ΓΡΑΦΗΜΑ 40.

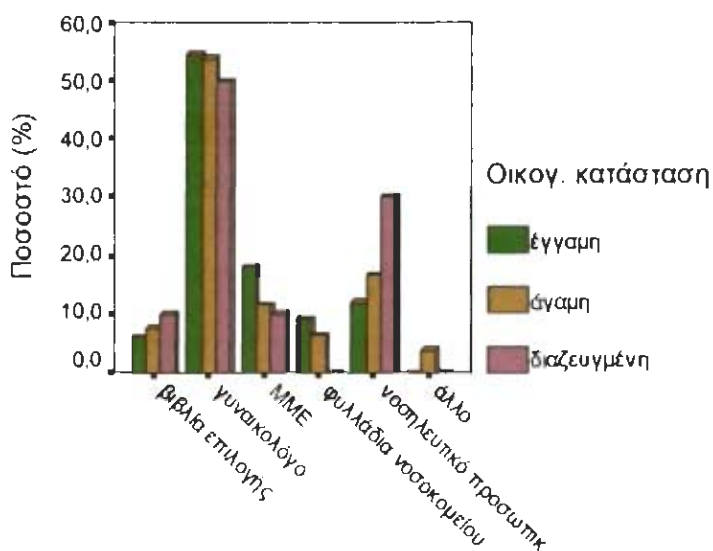


Σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον
προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα

Crosstabulation 5.		Σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;				Σύνολο
		ικανοποιητικό	πέρα πολύ καλό	μέτριο	καθόλου	
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμη	7	2	20	4	33
		21,2%	6,1%	60,6%	12,1%	100,0%
	άγαμη	18	4	52	4	78
		23,1%	5,1%	66,7%	5,1%	100,0%
	διαζευγμένη	2		8		10
		20,0%		80,0%		100,0%
		27	6	80	8	121

$\chi^2 = 3.526, df = 6, p = 0.740$

ΓΡΑΦΗΜΑ 41.

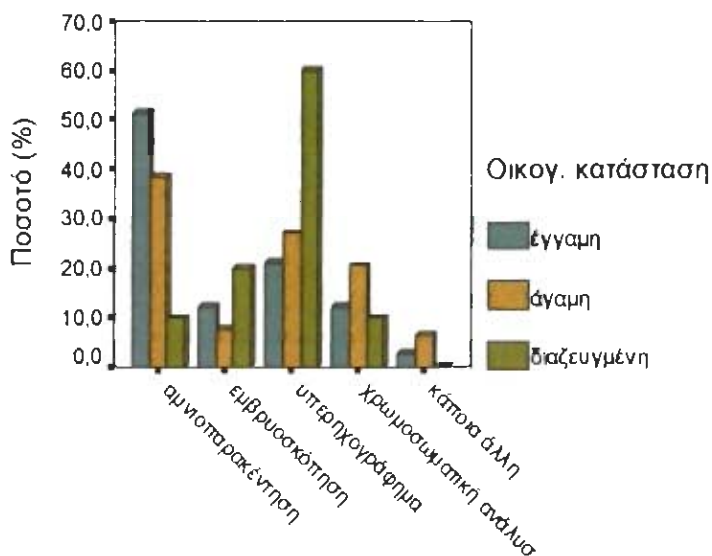


Απο ποιούς θα θέλατε να ενημερωθείτε
για τον προγεννητικό έλεγχο;

Crosstabulation 6.		Απο ποιούς θα θέλατε να ενημερωθείτε για τον προγεννητικό έλεγχο;						Σύνολο
		βιβλία επιλογής	γυναικολόγο	MME	φυλλάδια νοσοκομ.	Νοσηλευτ. προσωπ.	άλλο	
Οικογ. κατάσταση	έγγαμη	2 6,1%	18 54,5%	6 18,2%	3 9,1%	4 12,1%		33 100,0%
	άγαμη	6 7,7%	42 53,8%	9 11,5%	5 6,4%	13 16,7%	3 3,8%	78 100,0%
	διαζευγμένη	1 10,0%	5 50,0%	1 10,0%		3 30,0%		10 100,0%
		9	65	16	8	20	3	121

$\chi^2 = 5.182, df = 10, p = 0.879$

ΓΡΑΦΗΜΑ 42.

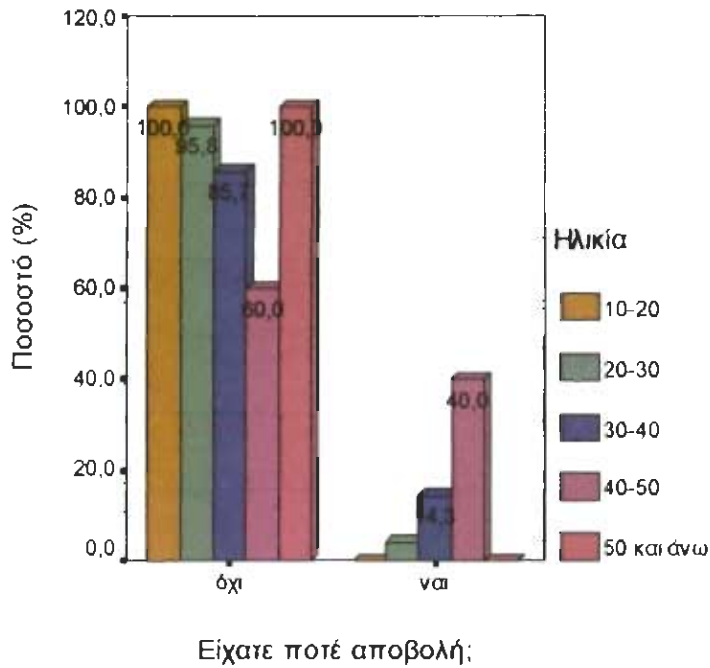


Ποιά πιστεύετε ότι είναι η σημαντικότερη εξέταση
κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Crosstabulation 7.		Ποιά πιστεύετε ότι είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;					Σύνολο
		αμνιοπαρακέντηση	εμβρυοσκόπηση	υπερηχογράφημα	χρωμοσωματική ανάλυση	κάποια άλλη	
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμη	17	4	7	4	1	33
		51,5%	12,1%	21,2%	12,1%	3,0%	100,0%
	άγαμη	30	6	21	16	5	78
		38,5%	7,7%	26,9%	20,5%	6,4%	100,0%
διαζευγμένη	1	2	6	1		10	
	10,0%	20,0%	60,0%	10,0%		100,0%	
		48	12	34	21	6	121

$\chi^2 = 11,564$, $df = 8$, $p = 0.172$

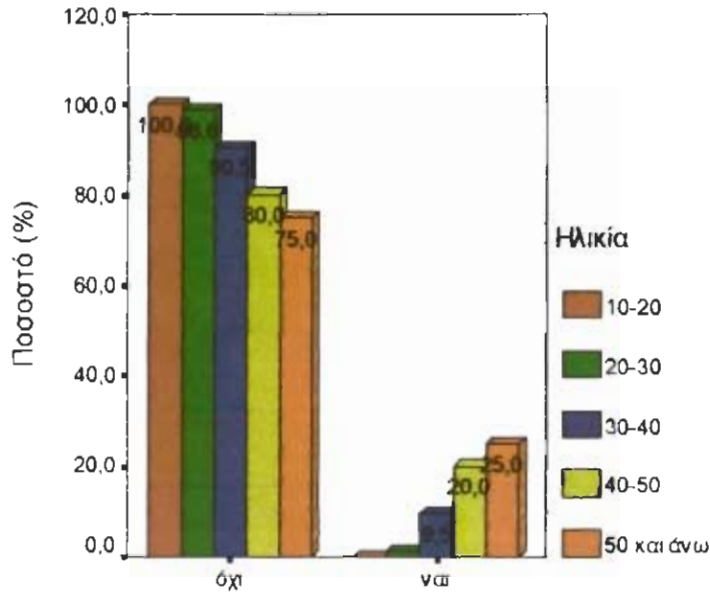
ΓΡΑΦΗΜΑ 43.



Crosstabulation 8.		Είχατε ποτέ αποβολή;		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Ηλικία	10-20	9		9
		100,0%		100,0%
	20-30	69	3	72
		95,8%	4,2%	100,0%
	30-40	18	3	21
		85,7%	14,3%	100,0%
	40-50	9	6	15
		60,0%	40,0%	100,0%
50 και άνω	4		4	
	100,0%		100,0%	
	109	12	121	

$\chi^2 = 19.739, df = 4, p = 0.001$

ΓΡΑΦΗΜΑ 44.

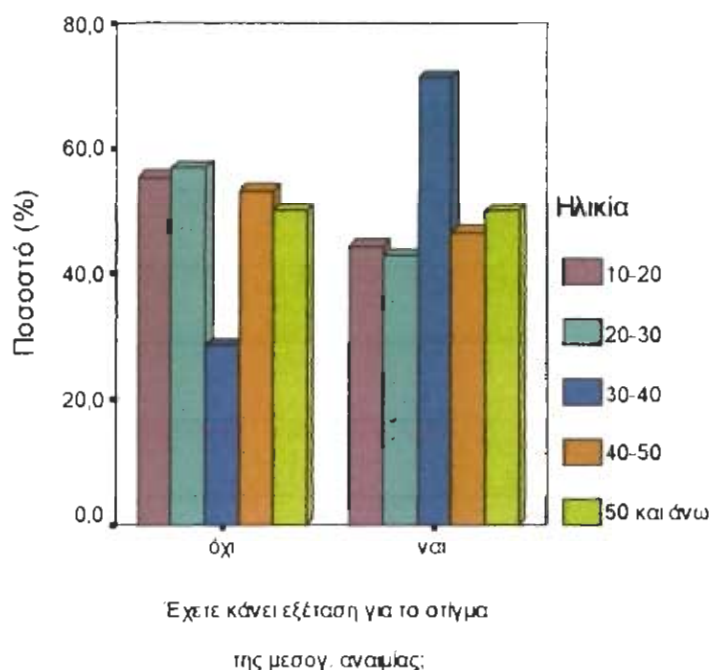


Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση:

Crosstabulation 9.		Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση:		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Ηλικία	10-20	9		9
		100,0%		100,0%
	20-30	71	1	72
		98,6%	1,4%	100,0%
	30-40	19	2	21
		90,5%	9,5%	100,0%
	40-50	12	3	15
	80,0%	20,0%	100,0%	
50 και άνω	3	1	4	
	75,0%	25,0%	100,0%	
		114	7	121

$\chi^2 = 11.915, df = 4, p = 0.018$

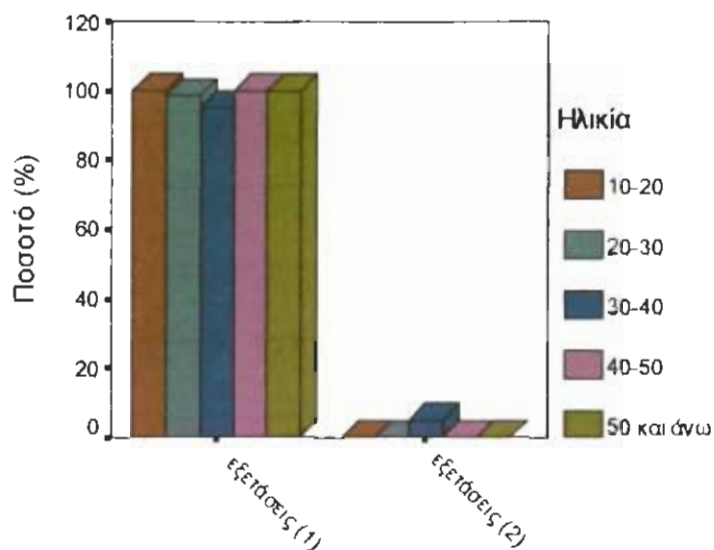
ΓΡΑΦΗΜΑ 45.



Crosstabulation 10.	Ηλικία	Έχετε κάνει εξέταση για το στίγμα της μεσογ. αναιμίας;		Σύνολο
		όχι	Ναι	
	10-20	5 55,6%	4 44,4%	9 100,0%
	20-30	41 56,9%	31 43,1%	72 100,0%
	30-40	6 28,6%	15 71,4%	21 100,0%
	40-50	8 53,3%	7 46,7%	15 100,0%
	50 και άνω	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%
		62	59	121

$\chi^2 = 5.353, df = 4, p = 0.253$

ΓΡΑΦΗΜΑ 46.

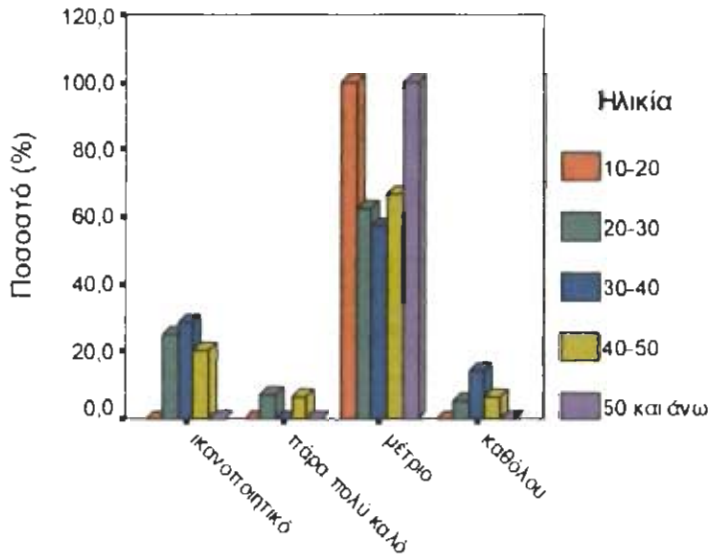


Τι εννοούμε με τον
όρο "προγεννητικός έλεγχος":

Crosstabulation 11.		Τι εννοούμε με τον όρο "προγεννητικός έλεγχος";		Σύνολο
		όλες τις εξετάσεις (1)	όλες τις εξετάσεις (2)	
Ηλικία	10-20	9		9
		100,0%		100,0%
	20-30	71		72
		98,6%		100,0%
	30-40	20	1	21
		95,2%	4,8%	100,0%
	40-50	15		15
	100,0%		100,0%	
50 και άνω	4		4	
	100,0%		100,0%	
		119	1	121

$\chi^2 = 5.471, df = 8, p = 0.706$

ΓΡΑΦΗΜΑ 47.

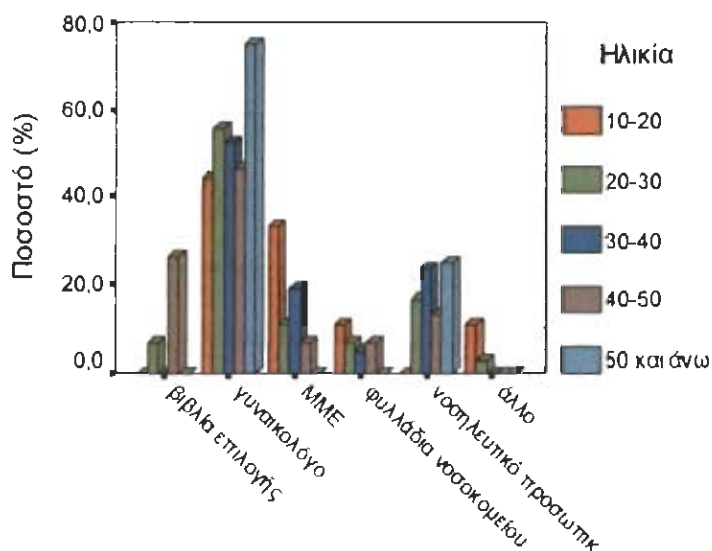


Σε ποιό βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα.

Crosstabulation 12.		Σε ποιό βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;				Σύνολο
		ικανοποιητικό	πέρα πολύ καλό	μέτριο	καθόλου	
Ηλικία	10-20			9		9
				100,0%		100,0%
	20-30	18	5	45	4	72
		25,0%	6,9%	62,5%	5,6%	100,0%
	30-40	6		12	3	21
		28,6%		57,1%	14,3%	100,0%
	40-50	3	1	10	1	15
		20,0%	6,7%	66,7%	6,7%	100,0%
50 και άνω			4		4	
			100,0%		100,0%	
	27	6	80	8	121	

$\chi^2 = 11.393$, $df = 12$, $p = 0.496$

ΓΡΑΦΗΜΑ 48.

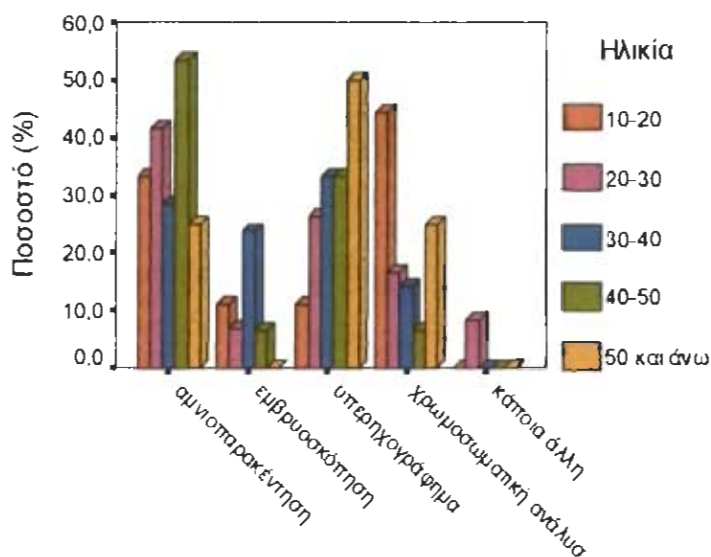


Απο ποιούς θα θέλατε να ενημερωθείτε
για τον προγεννητικό έλεγχο:

Crosstabulation 13.		Απο ποιούς θα θέλατε να ενημερωθείτε για τον προγεννητικό έλεγχο;						Σύνολο
		βιβλία επιλογής	γυναικολόγο	ΜΜΕ	φυλλάδια νοσοκ.	Νοσηλευτ. Προσωπ.	άλλο	
Ηλικία	10-20		4	3	1		1	9
			44,4%	33,3%	11,1%		11,1%	100,0%
	20-30	5	40	8	5	12	2	72
		6,9%	55,6%	11,1%	6,9%	16,7%	2,8%	100,0%
	30-40		11	4	1	5		21
			52,4%	19,0%	4,8%	23,8%		100,0%
	40-50	4	7	1	1	2		15
	26,7%	46,7%	6,7%	6,7%	13,3%		100,0%	
50 και άνω		3				1	4	
		75,0%				25,0%	100,0%	
		9	65	16	8	20	3	121

$\chi^2 = 22.043, df = 20, p = 0.338$

ΓΡΑΦΗΜΑ 49.

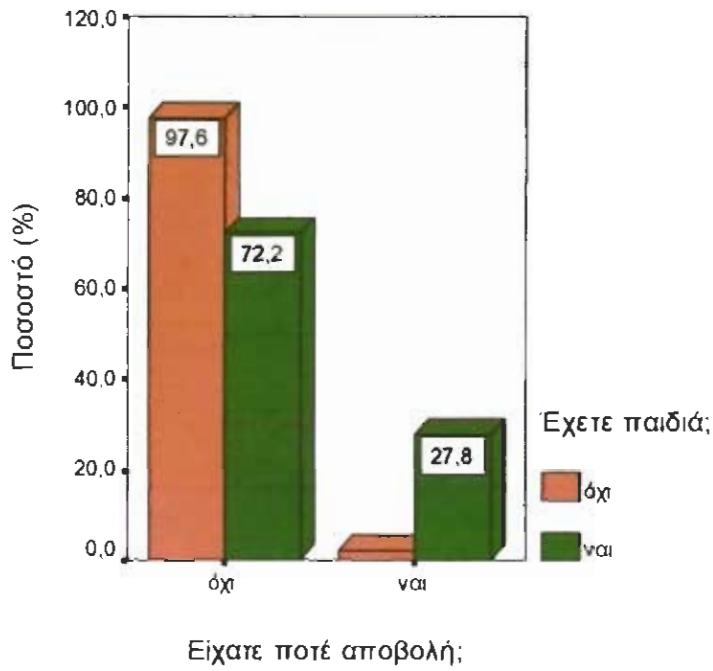


Ποιά πιστεύετε ότι είναι η σημαντικότερη εξέταση
κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Crosstabulation 14.		Ποιά πιστεύετε ότι είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;					Σύνολο
		αμνιοπαρακέντηση	εμβρυοσκόπηση	υπερηχογράφημα	χρωμοσωματική ανάλυση	κάποια άλλη	
Ηλικία	10-20	3	1	1	4		9
		33,3%	11,1%	11,1%	44,4%		100,0%
	20-30	30	5	19	12	6	72
		41,7%	6,9%	26,4%	16,7%	8,3%	100,0%
	30-40	6	5	7	3		21
		28,6%	23,8%	33,3%	14,3%		100,0%
	40-50	8	1	5	1		15
		53,3%	6,7%	33,3%	6,7%		100,0%
50 και άνω	1		2	1		4	
	25,0%		50,0%	25,0%		100,0%	
	48	12	34	21	6	121	

$\chi^2 = 18.214, df = 16, p = 0.312$

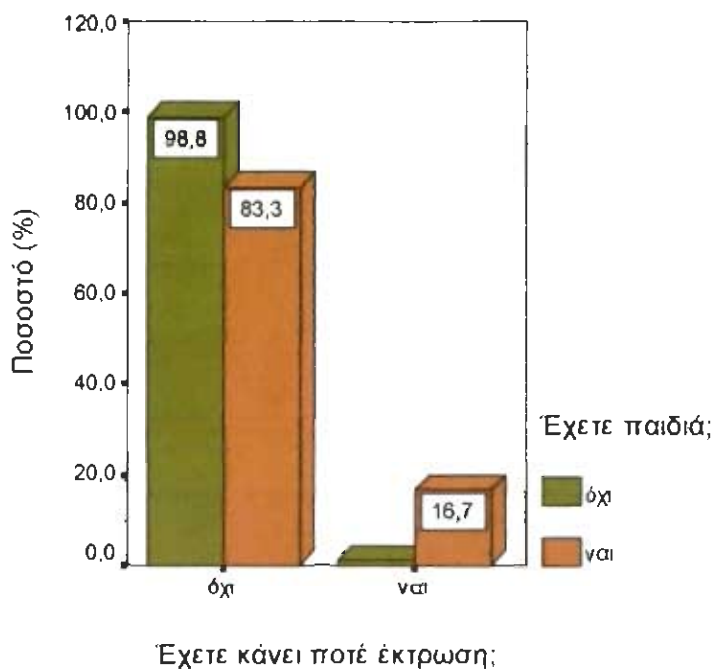
ΓΡΑΦΗΜΑ 50.



Crosstabulation 15.		Είχατε ποτέ αποβολή;		Σύνολο
		όχι	ναι	
Εχετε παιδιά;	όχι	83	2	85
		97,6%	2,4%	100,0%
	ναι	26	10	36
		72,2%	27,8%	100,0%
		109	12	121

$\chi^2 = 18.298, df = 1, p < 0.0001$

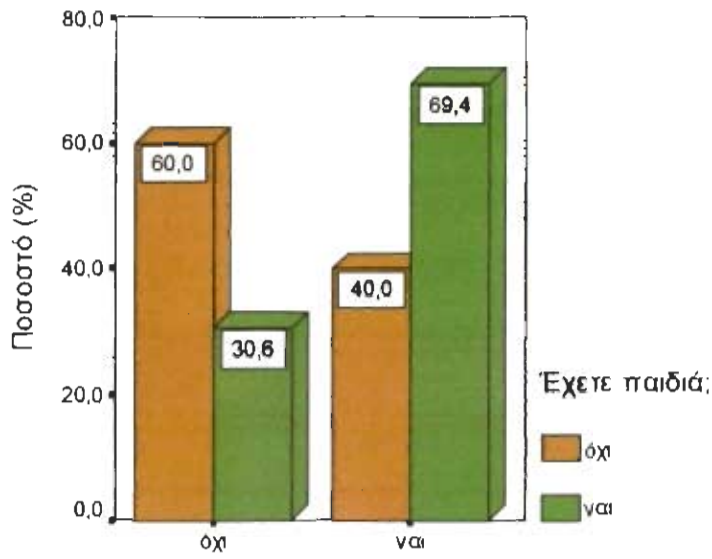
ΓΡΑΦΗΜΑ 51.



Crosstabulation 16.		Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;		Σύνολο
		όχι	ναι	
Έχετε παιδιά;	όχι	84	1	85
		98,8%	1,2%	100,0%
	ναι	30	6	36
		83,3%	16,7%	100,0%
		114	7	121

$\chi^2 = 11.133, df = 1, p = 0.001$

ΓΡΑΦΗΜΑ 52.

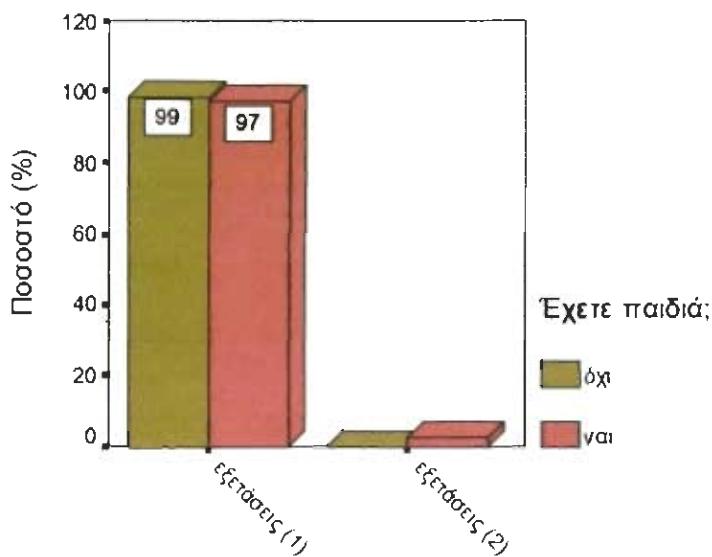


Έχετε κάνει εξέταση για το σίγμα της μεσογ. αναιμίας.

Crosstabulation 17.		Έχετε κάνει εξέταση για το σίγμα της μεσογ. αναιμίας;		Σύνολο
		όχι	Ναι	
Έχετε παιδιά;	όχι	51 60,0%	34 40,0%	85 100,0%
	ναι	11 30,6%	25 69,4%	36 100,0%
		62	59	121

$\chi^2 = 8.775, df = 1, p = 0.003$

ΓΡΑΦΗΜΑ 53.

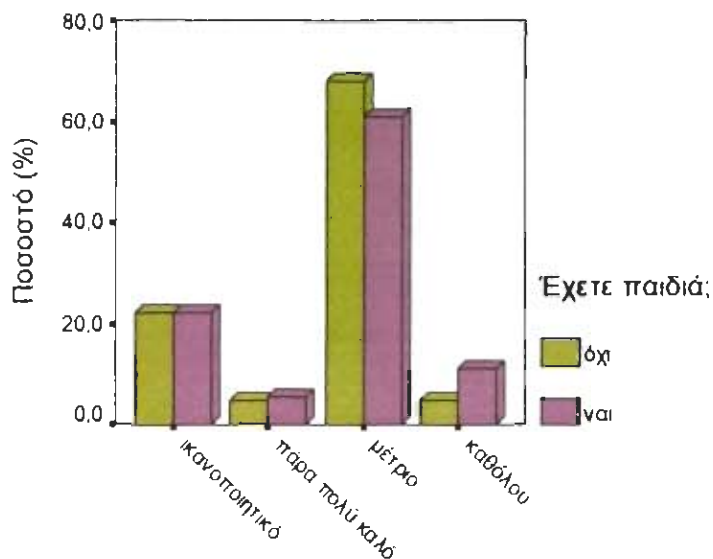


Τι εννοούμε
με τον όρο "προγεννητικός έλεγχος";

Crosstabulation 18.		Τι εννοούμε με τον όρο "προγεννητικός έλεγχος";		Σύνολο
		όλες τις εξετάσεις (1)	όλες τις εξετάσεις (2)	
Έχετε παιδιά;	όχι	84		85
		98,8%		100,0%
	ναι	35	1	36
		97,2%	2,8%	100,0%
		119	1	121

$\chi^2 = 2.791, df = 2, p = 0.248$

ΓΡΑΦΗΜΑ 54.

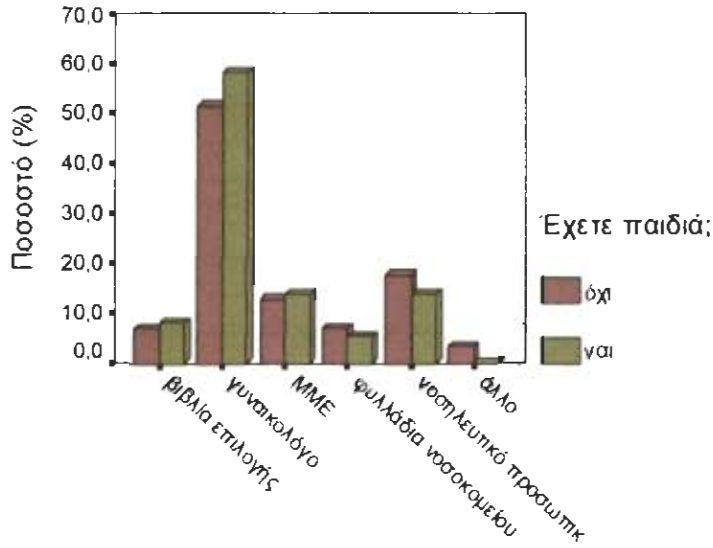


Σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα

Crosstabulation 19.	Σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;					Σύνολο
		ικανοποιητικό	πάρα πολύ καλό	μέτριο	καθόλου	
Έχετε παιδιά;	όχι	19 22,4%	4 4,7%	58 68,2%	4 4,7%	85 100,0%
	ναι	8 22,2%	2 5,6%	22 61,1%	4 11,1%	36 100,0%
		27	6	80	8	121

$\chi^2 = 1.800$, $df = 3$, $p = 0.615$

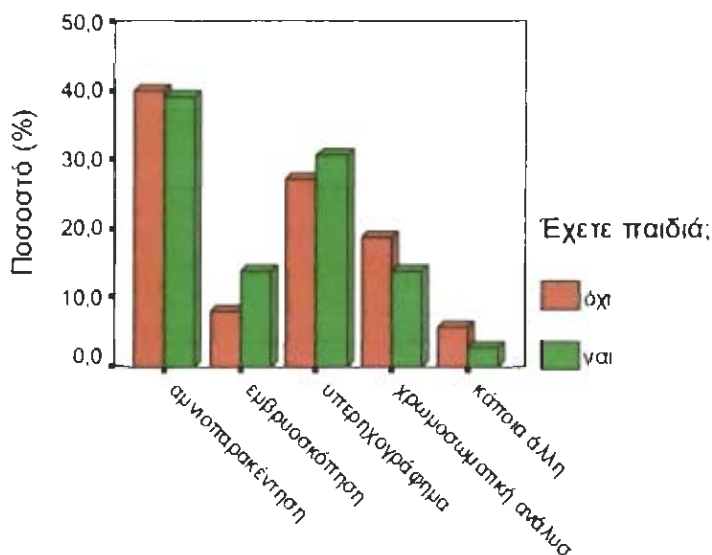
ΓΡΑΦΗΜΑ 55.



Απο ποιούς θα θέλατε να ενημερωθείτε
για τον προγεννητικό έλεγχο;

Crosstabulation 20.		Απο ποιούς θα θέλατε να ενημερωθείτε για τον προγεννητικό έλεγχο;						Σύνολο
		βιβλία επιλογής	γυναικολόγο	ΜΜΕ	φυλλάδια νοσοκ.	Νοσηλευτ. Προσωπ.	άλλο	
Έχετε παιδιά;	όχι	6	44	11	6	15	3	85
		7,1%	51,8%	12,9%	7,1%	17,6%	3,5%	100,0%
	ναι	3	21	5	2	5		36
		8,3%	58,3%	13,9%	5,6%	13,9%		100,0%
		9	65	16	8	20	3	121
$\chi^2 = 1.849, df = 5, p = 0.870$								

ΓΡΑΦΗΜΑ 56.

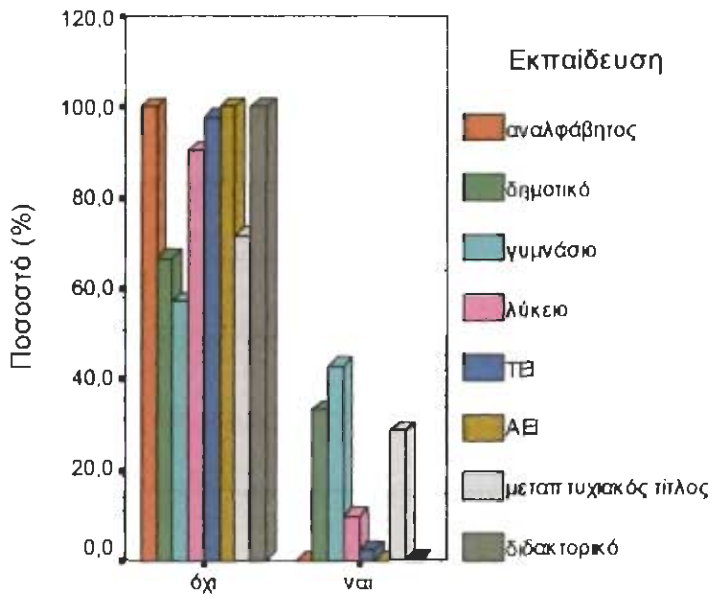


Ποιά πιστεύετε ότι είναι η σημαντικότερη εξέταση
κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Crosstabulation 21.	Ποιά πιστεύετε ότι είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;						Σύνολο
		αμνιοπαρακέντηση	εμβρυοσκόπηση	υπερηχογράφημα	χρωμοσωματική ανάλυση	κάποια άλλη	
Έχετε παιδιά;	όχι	34	7	23	16	5	85
		40,0%	8,2%	27,1%	18,8%	5,9%	100,0%
	ναι	14	5	11	5	1	36
		38,9%	13,9%	30,6%	13,9%	2,8%	100,0%
		48	12	34	21	6	121

$\chi^2 = 1.779, df = 4, p = 0.776$

ΓΡΑΦΗΜΑ 57.

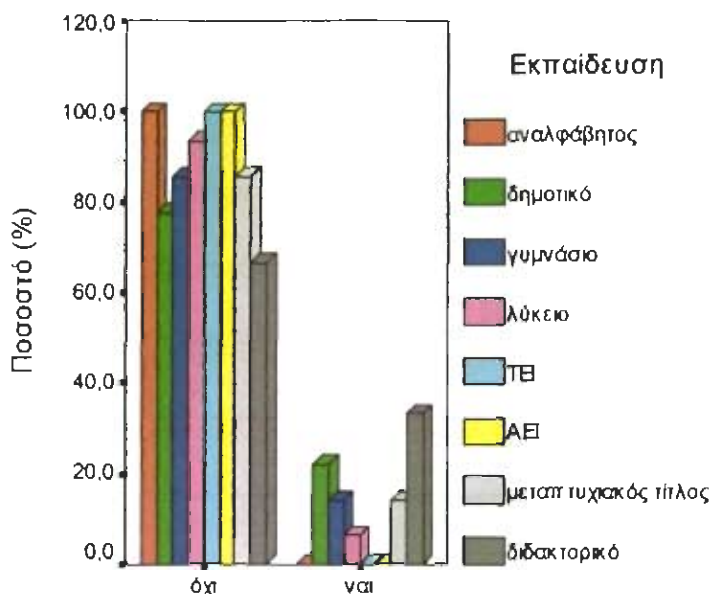


Είχατε ποτέ αποβολή;

Crosstabulation 22.		Είχατε ποτέ αποβολή;		Σύνολο
		όχι	Ναι	
Εκπαίδευση	αναλφάβητος	1 100,0%		1 100,0%
	δημοτικό	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
	γυμνάσιο	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
	λύκειο	28 90,3%	3 9,7%	31 100,0%
	ΤΕΙ	39 97,5%	1 2,5%	40 100,0%
	ΑΕΙ	23 100,0%		23 100,0%
	μεταπτυχιακός τίτλος	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%
	διδακτορικό	3 100,0%		3 100,0%
		109	12	121

$\chi^2 = 22.190$, $df = 7$, $p = 0.002$

ΓΡΑΦΗΜΑ 58.

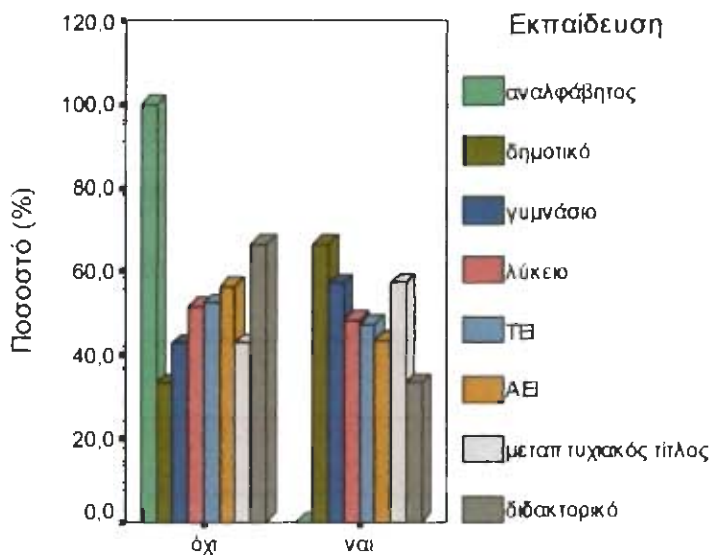


Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;

Crosstabulation 23.		Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;		Σύνολο
		όχι	ναι	
Εκπαίδευση	αναλφάβητος	1		1
		100,0%		100,0%
	δημοτικό	7	2	9
		77,8%	22,2%	100,0%
	γυμνάσιο	6	1	7
		85,7%	14,3%	100,0%
	λύκειο	29	2	31
		93,5%	6,5%	100,0%
	ΤΕΙ	40		40
		100,0%		100,0%
	ΑΕΙ	23		23
		100,0%		100,0%
μεταπτυχιακός τίτλος	6	1	7	
	85,7%	14,3%	100,0%	
διδακτορικό	2	1	3	
	66,7%	33,3%	100,0%	
	114	7	121	

$\chi^2 = 14.450, df = 7, p = 0.044$

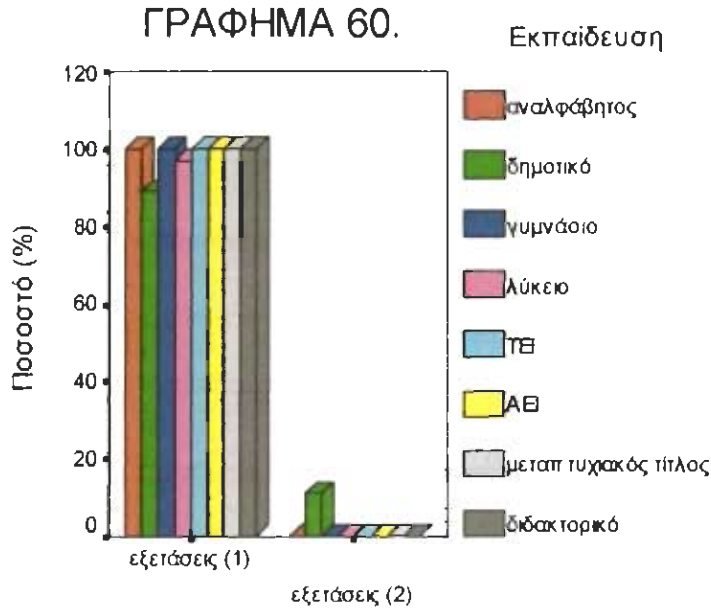
ΓΡΑΦΗΜΑ 59.



Έχετε κάνει εξέταση για το σίγμα της μεσογ. αναιμίας.

Crosstabulation 24.		Έχετε κάνει εξέταση για το σίγμα της μεσογ. αναιμίας;		Σύνολο
		όχι	Ναι	
Εκπαίδευση	αναλφάβητος	1 100,0%		1 100,0%
	δημοτικό	3 33,3%	6 66,7%	9 100,0%
	γυμνάσιο	3 42,9%	4 57,1%	7 100,0%
	λύκειο	16 51,6%	15 48,4%	31 100,0%
	ΤΕΙ	21 52,5%	19 47,5%	40 100,0%
	ΑΕΙ	13 56,5%	10 43,5%	23 100,0%
	μεταπτυχιακός τίτλος	3 42,9%	4 57,1%	7 100,0%
	διδακτορικό	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
		62	59	121

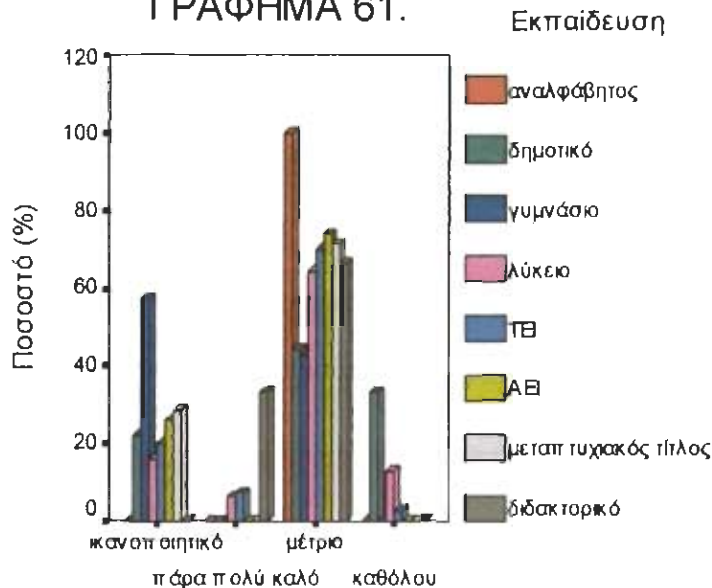
$\chi^2 = 3.070, df = 7, p = 0.878$



Crosstabulation 25.		Τι εννοούμε με τον όρο "προγεννητικός έλεγχος";		Σύνολο
		όλες τις εξετάσεις (1)	όλες τις εξετάσεις (2)	
Εκπαίδευση	αναλφάβητος	1 100,0%		1 100,0%
	δημοτικό	8 88,9%	1 11,1%	9 100,0%
	γυμνάσιο	7 100,0%		7 100,0%
	λύκειο	30 96,8%		31 100,0%
	ΤΕΙ	40 100,0%		40 100,0%
	ΑΕΙ	23 100,0%		23 100,0%
	μεταπτυχιακός τίτλος	7 100,0%		7 100,0%
	διδακτορικό	3 100,0%		3 100,0%
		119 98,3%	1 8%	121 100,0%

$\chi^2 = 15.460$, $df = 14$, $p = 0.347$

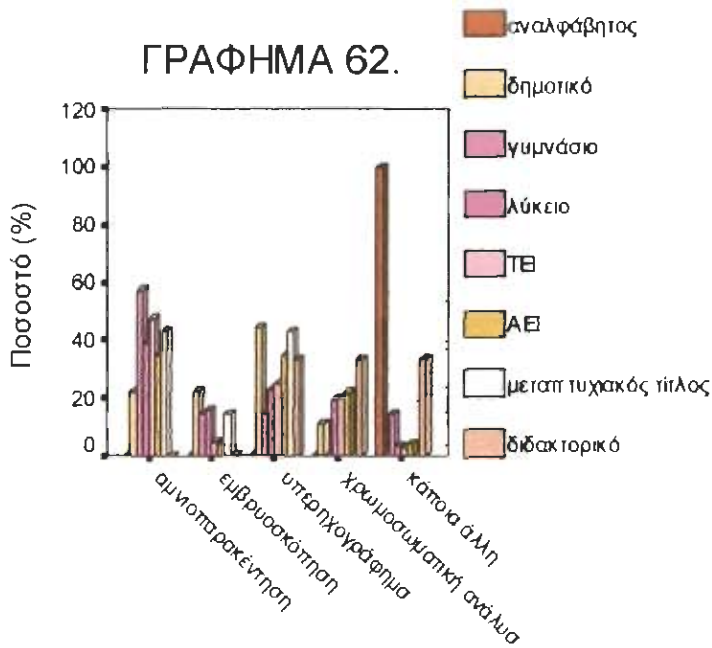
ΓΡΑΦΗΜΑ 61.



Σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα

Crosstabulation 26.		Σε ποιο βαθμό βρίσκεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;				Σύνολο
		ικανοποιητικό	πέρα πολύ καλό	μέτριο	καθόλου	
Εκπαίδευση	αναλφάβητος			1		1
				100,0%		100,0%
	δημοτικό	2		4	3	9
		22,2%		44,4%	33,3%	100,0%
	γυμνάσιο	4		3		7
		57,1%		42,9%		100,0%
	λύκειο	5	2	20	4	31
		16,1%	6,5%	64,5%	12,9%	100,0%
	ΤΕΙ	8	3	28	1	40
		20,0%	7,5%	70,0%	2,5%	100,0%
	ΑΕΙ	6		17		23
	26,1%		73,9%		100,0%	
μεταπτυχιακός τίτλος	2		5		7	
	28,6%		71,4%		100,0%	
διδακτορικό		1	2		3	
		33,3%	66,7%		100,0%	
		27	6	80	8	121

$\chi^2 = 30.497, df = 21, p = 0.082$



Ποια πιστεύετε πως είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Crosstabulation 27.		Ποιά πιστεύετε ότι είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;					Σύνολο
		αμνιοπαράκντηση	εμβρυοσκόπηση	υπερηχογράφημα	χρωμοσωματική ανάλυση	κάποια άλλη	
Εκπαίδευση	αναλφάβητος					1	1
						100,0%	100,0%
	δημοτικό	2	2	4	1		9
		22,2%	22,2%	44,4%	11,1%		100,0%
	γυμνάσιο	4	1	1		1	7
		57,1%	14,3%	14,3%		14,3%	100,0%
	λύκειο	12	5	7	6	1	31
		38,7%	16,1%	22,6%	19,4%	3,2%	100,0%
	ΤΕΙ	19	2	10	8	1	40
		47,5%	5,0%	25,0%	20,0%	2,5%	100,0%
	ΑΕΙ	8	1	8	5	1	23
	34,8%	4,3%	34,8%	21,7%	4,3%	100,0%	
μεταπτυχιακός τίτλος	3	1	3			7	
	42,9%	14,3%	42,9%			100,0%	
διδακτορικό			1	1	1	3	
			33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	
	48	12	34	21	6	121	

$\chi^2 = 41.097, df = 18, p = 0.053$

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από αυτή την έρευνα βγήκαν κάποια βασικά αποτελέσματα. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος που μελετήθηκε, στην στατιστική ανάλυση, διαπιστώθηκαν κάποιες σημαντικές στατιστικές διαφορές ($p < 0,05$).

Καθησυχαστικό φαίνεται το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών πρεσβεύει ότι η υγεία του εμβρύου θέτεται σε κίνδυνο με το κάπνισμα 95,5%, με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών 98,3% και με την συναισθηματική κατάσταση της εγκύου 95,3%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο γυναικείος πληθυσμός θέτει ως δεύτερο τρόπο ενημέρωσης το νοσηλευτικό προσωπικό. Ως εκ τούτου, πρέπει να τονίσουμε τη σπουδαιότητα και την ευθύνη της θέσεως του νοσηλευτή κυρίως στην συμβουλευτική υποστήριξη των ζευγαριών καθώς επίσης και των οικογενειών τους.

Το 57,9% φαίνεται να συμφωνεί με την άποψη της επιστήμης στην απόφαση να δώσει τέλος στο κύημα όταν ο γιατρός ενημερώσει ότι το παιδί πρόκειται να γεννηθεί με σύνδρομο down. Στον αντίποδα με το 9,9% που θα συνέχιζε την κύηση συμβαδίζοντας έτσι με τους νόμους και κανόνες της ηθικής και της εκκλησίας.

Στο παρελθόν η τεχνητή γονιμοποίηση δεν έβρισκε υποστηρικτές όμως με την πάροδο του χρόνου έκδηλο είναι το γεγονός πως η μέθοδος αυτή έχει γίνει αποδεκτή από ένα μεγαλύτερο ποσοστό οικογενειών.

Μπορούμε να προτείνουμε κάποιες προτάσεις και κάποια μέτρα να ληφθούν ώστε να έχουμε καλύτερα αποτελέσματα στα θέματα προγεννητικού ελέγχου καθώς και της τεχνητής γονιμοποίησης:

- ✓ Η συμμετοχή ικανότατων νοσηλευτών με υψηλό επίπεδο γνώσεων και εμπειριών για τις καινούργιες αυτές καταστάσεις κυρίως σε συμβουλευτικό ρόλο ένας προτεινόμενος τρόπος πραγματοποίησης είναι με επισκέψεις στα σπίτια των υποψήφιων γονέων
- ✓ Με δημιουργία ειδικών προγραμμάτων που να παρέχουν τις τελευταίες πληροφορίες σχετικά με νέες επιστημονικά αποδεδειγμένες θεραπευτικές

προσεγγίσεις και να διευκολύνουν τα ζευγάρια καθώς και τις οικογένειες τους να πάρουν αποφάσεις για την μετέπειτα πορεία των παιδιών.

- ✓ Το κράτος να χορηγήσει επιδόματα σε ερευνητικά κέντρα για την δημιουργία προγραμμάτων – ερευνών, με σκοπό την ανεύρεση προγραμμάτων απαραίτητα για την καλύτερη προγεννητική διάγνωση, θεραπεία και τεχνητή γονιμοποίηση.
- ✓ Δημιουργία ημερίδων, διαλέξεων και πανελλήνιων συνεδρίων, σχετικά με προγεννητικό έλεγχο και τεχνητή γονιμοποίηση, με την συμμετοχή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- ✓ Δημιουργία προγραμμάτων που θα αποτελείτε από ιατρούς, νοσηλευτές κοινωνικούς λειτουργούς, όπου θα προσφέρουν τις γνώσεις τους με αρκετά μειωμένες αποδοχές. Έτσι θα μπορούν να συμμετέχουν ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση όλοι οι υποψήφιοι γονείς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από το 1954, με την πρώτη "υστεροσκόπηση", όπως την ονόμασε ο Westin, ο προγεννητικός έλεγχος έκανε μια πολύ αποδοτική πορεία μέχρι σήμερα. Όπως φανερώνει και η ετυμολογία της λέξεως ο προγεννητικός έλεγχος αποσκοπεί στην διάγνωση παθήσεων ή χαρακτηριστικών του εμβρύου πριν από την γονιμοποίηση του ωαρίου.

Οι μέθοδοι του προγεννητικού ελέγχου είναι είτε άμεσες, δηλαδή εφαρμόζονται στο έμβρυο, είτε έμμεσες δηλαδή εφαρμόζονται στη μητέρα.. Οι πιο συνηθισμένες εξετάσεις κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η αμνιοπαρακέντηση, η υπερηχογραφία, η χρωμοσωματική ανάλυση.

Σκοπό της έρευνας ήταν να γίνει γνωστό σε τι επίπεδα γνώσεων βρίσκεται ο γυναικείος πληθυσμός σε ότι αφορά θέματα προγεννητικού ελέγχου και τεχνητής γονιμοποίησης και να ληφθούν κάποια μέτρα αντιμετώπισης των προβλημάτων που τυχόν θα προέκυπταν. Για την ολοκλήρωση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το γραπτό ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 30 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν στο γυναικείο ελληνικό πληθυσμό. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία. Στην έρευνα υπήρχε στατιστική σημαντική διαφορά με $p < 0,05\%$

Η συντριπτική πλειοψηφία γνωρίζει τι σημαίνει προγεννητικός έλεγχος (98,3%), ενώ ένα μικρό ποσοστό περίπου 1,6% δεν γνωρίζει

Ένα μεγάλο ποσοστό (52,9%) θα πραγματοποιούσε τεχνητή γονιμοποίηση, το 11,6% έδωσε αρνητική απάντηση ενώ το 35% δεν γνωρίζει για το τι θα έπραττε.

Γενικά, ο γυναικείος πληθυσμός φαίνεται ενημερωμένος σε θέματα που αφορούν τον προγεννητικό έλεγχο και σε παράγοντες που βλάπτουν την υγεία του εμβρύου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοολούχων ποτών καθώς και η συναισθηματική κατάσταση της εγκύου. Παρόλα αυτά χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση ο πληθυσμός της χώρας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχετική ερώτηση. Ως τρόπος ενημέρωσης μετά το γυναικολόγο επιλέγεται το νοσηλευτικό προσωπικό αυτό μας χαροποιεί και ευαισθητοποιεί ιδιαίτερα γιατί στην χώρα μας η νοσηλευτική αρχίζει σιγά σιγά να ξεφεύγει από την στερεότυπη παροχή πρακτικών υπηρεσιών και να καταξιώνεται όλο και περισσότερο στην επιστήμη που εξελίσσεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γρηγοράκη Κ., Κουμεντάκη Π. και συνεργάτες. *Η αγωγή του παιδιού για τον γονιό και μέλλοντα γονιού του 21^{ου} αιώνα*, Ελληνική Εταιρεία Προγεννητικής Αγωγής, Αθήνα 2004
2. Δασκαλάκη Α. *Γίνονια- Προγεννητική αγωγή*, Αθήνα 2005
3. Πούλη Ε.Α. *Γυναικολογία και μαιευτική*, τόμος α', εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1995
4. Λιασίδης Μ., www.zofitos.gr Αθήνα 2005
5. www.care.gr Αθήνα 2005
6. Θεσσαλονικεύς Ν., www.thessalonikei.gr Θεσσαλονίκη 2004
7. Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Α. *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες*, 2^{ος} τόμος, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2002
8. Shapiro P.J. *Μαιευτική και γυναικολογία*, μετάφραση Σιορφάνε Α και Γεωργιόπουλος Α εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001
9. Χαρβάλου Α, Πηγής Δ, Φιλίππου Κ, Τρίγκας Γ. *Συνοπτική κυτταρική βιολογία*, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002
10. Κούρτη Α. *Αρχές γενετικής του ανθρώπου*, Αθήνα 1999
11. Γαρδίκας Κ.Α. *Ειδική νοσολογία*, εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα
12. Καλογερόπουλος Α. *Μαιευτική*, Α' έκδοση, εκδοτικός οίκος University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992
13. Κώσταλος Χ. *Νεογνολογία*, τόμος Α', ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
14. www.ws2.myworld.gr 2005
15. Παπανικολάου Ν και Α. *Μαιευτική*, 3^η έκδοση, Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1994
16. Μαρόπουλος Μ, Φαρμακίδης Γ. *Εμβρυική Ιατρική*, εκδοτικός οίκος University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996
17. Nilsson I. Hamberger L. *Τίνα παιδί γεννιέται*, εκδόσεις Ορφέας 2004
18. www.atkas.gr 2005
19. Ταμπουκίδης Π. και Μαντελάκης Σ. *Υπερηχογραφική εκτίμηση του εμβρύου*. Ιατρική 6β, τεύχος 5^ο μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών Νοέμβριος 1995

20. **Rahilly R, Muler F**, Εμβρυολογία και τερατολογία του ανθρώπου, εκδόσεις Πασχαλίδης, 2000
21. www.health.in.gr 2005
22. **Εγκυκλοπαίδεια Υγεία**. Η γέννηση του ανθρώπου, τόμος 1^{ος} εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1995
23. **Πλέσσα Στ.** Διαιτητική του ανθρώπου, β έκδοση, εκδόσεις φαρμάκων – τύπος, Αθήνα, 1994
24. **Galanick, Grabishar, Pazas**, Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2003
25. **Σμακοβίτη Αθ.** Η επίδραση της ρύπανσης και της μόλυνσης του περιβάλλοντος στο έμβρυο, εκδόσεις Γρηγόρη, Θεσσαλονίκη, 1985
26. **Ιωάννου- Μπενόπουλου Ε.** Η εξέλιξη των παιδιών και εμείς, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1995
27. **Παπαργυρίου Ι, Λιόσης Κ.** Υπέρταση στην κύηση, ιατρικά χρονικά, medical annals published monthly, 1996
28. **Pappas, Hollingsworth, Livigston.** Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, εκδόσεις Έλλην 1999
29. **Αναγνωστόπουλος Α.Χ και Παπαδόπουλος Α.** Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Θεσσαλονίκη 2004
30. **Καρνάρης Α.** Σημειώσεις Μαιευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών 1997
31. www.visto.gr 2005
32. www.mednethele.gr 2005
33. **Πράπας Ν.** Προβλήματα σύλληψης γυναίκα υπογονιμότητα, οικογενειακός ιατρικός οδηγός Θεσσαλονίκη 2004
34. www.sansimera.gr 2005
35. **Νικολαΐδης Α και Χαμπάκη Μ.** www.sveseis.gr 2005
36. www.gynecology.gr 2005
37. www.myworld.gr 2005
38. Από το περιοδικό παιδί και νέοι γονείς, Γονιμότητα, τεύχος 72, Δεκέμβριος 2004
39. www.kosmogonia.gr 2005
40. **Τελεβάντος Α,** www.zoiforos.gr 2005
41. **Χατζηνικολάου Ν.** Ελεύθεροι από το γονιδίωμα, προσεγγίσεις ορθόδοξης βιοηθικής και δεοντολογίας Αθήνα 2002

42. **Βαλλήνδρα Ν**, Από το περιοδικό εκκλησία *Εξωσωματική γονιμοποίηση και τα λεγόμενα παιδιά του σωλήνα*, αριθμός 15, 15 Οκτωβρίου 1991
43. **Κιέκκας Η και Κάργα Μ**. Από το περιοδικό νοσηλευτική, *Γενετικός έλεγχος - Γενετική συμβουλευτική: ο ρόλος και η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού*, τεύχος Ιανουάριος - Μάρτιος 2002
44. **Lashley FR**. *Genetics in Nursing Education*, Nurs Clin North Am, Sept 2000
45. **Skirton H, Branes G, Cruits G, Walford-Moore J**, *The Role and Practice of the Genetic Nurse Report of the AGNC Working Party*, J Med Genet 1997
46. **Chorley W, Macdermot K**, *Who should talk to Patients with Cancer about Genetics*, BMJ 1997
47. **Stefenson J**, *As Discoveries unfold, a new bring Genetic Literaty to Physicians*, JAMA 1997
48. **Anderson G, Blackmonsén R, Prows A, et al**, *Preparing the Nursing Profession for Participation in a Genetic Paradigm in health care Nurs outllok* 2000

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Προγεννητικός έλεγχος

Ερωτηματολόγιο

Το παρόν ερωτηματολόγιο απευθύνεται στο γυναικείο φύλο και είναι ανώνυμο

1. Οικογενειακή σας κατάσταση:

Έγγαμη

Άγαμη

Διαζευγμένη

2. Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε:

10-20

20-30

30-40

40-50

50 και άνω

3. Τόπος γέννησης σας:

Αγροτική περιοχή

Ημιαστική περιοχή

Λστική περιοχή

4. Τόπος μόνιμης κατοικίας σας:

Αγροτική περιοχή

Ημιαστική περιοχή

Λστική περιοχή

5. Σε ποιο νομό υπάγεται ο τόπος μόνιμης κατοικίας σας:

.....

6. Ποιο είναι το επάγγελμα σας:

Δημόσιος υπάλληλος

Ιδιωτικός υπάλληλος

Ελεύθερος επαγγελματίας

Έμπορος

Αγρότης

Εργάτης

Συνταξιούχος

Οικιακά

Φοιτητής

Μαθητής

Άλλο

7. Έχετε παιδιά:

Όχι

Ναι

Αν ναι πόσα:.....

8. Γραμματικές γνώσεις:

Αναλφάβητος Δημοτικό Γυμνάσιο

Λύκειο ΤΕΙ ΑΕΙ

Μεταπτυχιακός τίτλος Διδακτορικό

9. Έχετε κάνει ποτέ αποβολή;

Όχι Ναι Αν ναι πόσες;.....

10. Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;

Όχι Ναι Αν ναι πόσες;.....

11. Έχετε κάνει εξέταση για το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας;

Όχι Ναι

12. Αν ο ένας από τους δύο συζύγους έχει το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας τότε τα παιδιά:

Μπορεί να κληρονομήσουν το στίγμα;

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

Τα παιδιά θα γεννηθούν με μεσογειακή αναιμία;

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

13. Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο γιατρός σας αποκάλυπτε ότι το παιδί σας θα γεννηθεί με μεσογειακή αναιμία Τι θα κάνατε;

Θα συνέχιζα κανονικά την εγκυμοσύνη μου

Θα τη διέκοπτα

Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

14. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεάσει την υγεία του εμβρύου;

Όχι Ναι Δεν γνωρίζω

15. Πιστεύετε ότι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών επηρεάζει την υγεία του εμβρύου;

Όχι Ναι Δεν γνωρίζω

16. Πιστεύετε ότι η συναισθηματική κατάσταση της εγκύου επηρεάζει το παιδί;

Όχι Ναι Δεν γνωρίζω

17. Με τον όρο προγεννητικό έλεγχο εννοούμε:

Όλες τις εξετάσεις που γίνονται στο έμβρυο προκειμένου να διαπιστωθεί αν πάσχει από κάποια ασθένεια

Όλες τις εξετάσεις που γίνονται στο έμβρυο εφόσον διαπιστωθεί ότι πάσχει από κάποια ασθένεια

18. Σε ποιο βαθμό, κατά την γνώμη σας βρίσκετε η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;

Ικανοποιητικό Πάρα πολύ καλό

Μέτριο Καθόλου

19. Πιστεύετε πως θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση στο θέμα του προγεννητικού ελέγχου;

Όχι Ναι Δεν απαντώ

20. Υπάρχει πρόοδος στον προγεννητικό έλεγχο;

Λίγο Καθόλου Πολύ

21. Από ποιους θα θέλατε να ενημερωθείτε για τον προγεννητικό έλεγχο;

Βιβλία επιλογής Γυναικολόγο ΜΜΕ

Φυλλάδια νοσοκομείου Νοσηλευτικό προσωπικό

Άλλο

22. Πιστεύετε ότι γίνεται ενημέρωση προγεννητικού ελέγχου στην Ελλάδα;

Όχι Ναι Δεν γνωρίζω

23. Συμφωνείτε με τον τρόπο που γίνεται η ενημέρωση για τον προγεννητικό έλεγχο στην Ελλάδα;

Όχι Ναι Δεν γνωρίζω

24. Ποια πιστεύετε πως είναι η σημαντικότερη εξέταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Αμνιοπαρακέντηση Εμβρυοσκόπηση

Υπερηχογράφημα Χρωμοσωματική ανάλυση

Κάποια άλλη:

25. Θα κάνατε/ έχετε κάνει, κάποια εξέταση προγεννητικού ελέγχου πριν μείνετε έγκυος;

Όχι Ναι Αν ναι ποια:

26. Ξέρετε τι είναι το σύνδρομο μογγολοειδούς ιδιοτείας (σύνδρομο down)

Όχι Ναι

27. Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ο γιατρός σας αποκάλυπτε ότι το παιδί σας θα γεννηθεί με σύνδρομο down. Τι θα κάνατε;

Θα συνέχιζα κανονικά την εγκυμοσύνη μου

Θα τη διέκοπτα

Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

28. Έχετε κάνει ποτέ τεχνητή γονιμοποίηση;

Όχι Ναι

29. Θα κάνατε ποτέ τεχνητή γονιμοποίηση;

Όχι Ναι Δεν γνωρίζω

30. Γνωρίζετε άτομα από το κοινωνικό σας περιβάλλον που να έχουν πραγματοποιήσει τεχνητή γονιμοποίηση;

Όχι Ναι

Σας ευχαριστώ!!!

