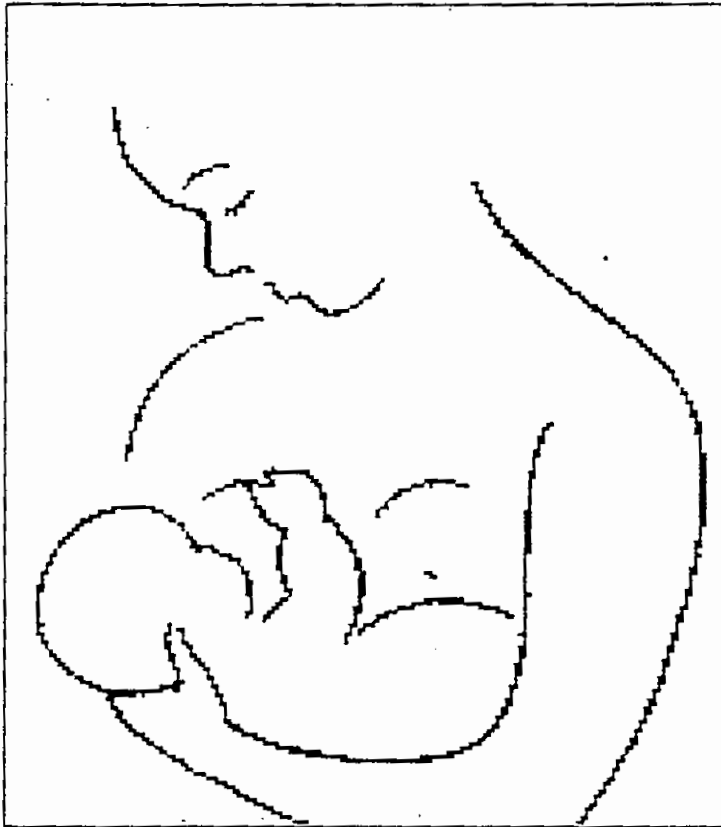


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ



Σπουδαστές:

ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΝΤΟΡΑ

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2654
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Μητρότητα	σελ.4
Συστήματα υποστήριξης και νομοθετικής κάλυψης της μητέρας και του παιδιού στην Ελλάδα και Διεθνώς.	σελ.4
Σε τοπικό επίπεδο	σελ.4
Σε Εθνικό επίπεδο	σελ.5
Σε Διεθνές επίπεδο	σελ.6
Προγεννητική φροντίδα	σελ.10
Οι κίνδυνοι της κληρονομικότητας	σελ.11
Πιθανή ημερομηνία τοκετού	σελ.12
Εγκυμοσύνη και λοιμώσεις παθήσεις	σελ.13
Ερυθρά	σελ.14
Τοξοπλάσμωση	σελ.16
Νόσος μεγαλοκυταρικών εγκλείστων	σελ.19
Λιστερίωση	σελ.21
Μυκοπλάσμωση	σελ.22
Χλαμυδίαση	σελ.23
Γρίπη	σελ.25
Οστρακιά	σελ.25
Ανεμοβλογιά	σελ.25
Παρωτίτιδα	σελ.26
Ιλαρά	σελ.26
Ερυσίπελας	σελ.27
Κοκκύτης	σελ.27

Τύφος	σελ.27
Λέπρα	σελ.27
Ελονοσία	σελ.27
Διφθερίτιδα	σελ.28
Έρπητας	σελ.28
Ηπατίτιδα	σελ.29
Στρεπτοκοκκίαση	σελ.30
Ιός θηλωμάτων	σελ.31
Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας	σελ.32
Ασυμβατότητα RH-ABO	σελ.36
Συγγενή ελαττώματα εμβρύου	σελ.37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β	
Προγεννητική διάγνωση	σελ.39
Υπερηχογραφία	σελ.40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ	
Εγκυμοσύνη στην εφηβεία	σελ.41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ	
Συνέπειες έκθεσης σε ναρκωτικές ουσίες στην ανάπτυξη και την συμπεριφορά του παιδιού	σελ.48
Προγεννητικές επιδράσεις	σελ.48
Μεταγεννητικές επιδράσεις	σελ.50
Κοκαΐνη	σελ.52
Οπιούχα	σελ.55
Μεταγεννητικές επιδράσεις	σελ.59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε	
Τοκετός	σελ.61
Αίτια έναρξης τοκετού	σελ.61

Μηχανισμός φυσιολογικού τοκετού	σελ.65
Ανώδυνος τοκετός	σελ.72
Ασκήσεις 1-10	
Αυθυποβολή	σελ.74
Σε τι στηρίζεται ο ανώδυνος τοκετός	σελ.74
Άσκηση 12-16	
Χαλάρωση	σελ.76
Μηχανισμός τοκετού	σελ.79
Ασκήσεις μετά τον τοκετό	σελ.80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ	
Το διαιτολόγιο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης	σελ.81
Σίδηρος	σελ.82
Ψευδάργυρος	σελ.83
Βουλιμία	σελ.83
Δίαιτες για χορτοφάγους	σελ.83
Ανήλικες μητέρες	σελ.84
Η ασφάλεια των τροφών	σελ.84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ	
Θηλασμός	σελ.87
Ανατομία μαστού	σελ.87
Μητρικό γάλα	σελ.92
Πλεονεκτήματα αντεδείξεις θηλασμού	σελ.98
Σωστός τρόπος θηλασμού	σελ.79
Μικτή διατροφή-Ατομική τράπεζα μητρικού γάλακτος-Αποθηλασμός	σελ.110
Μέταλλα	σελ.113
Διαταραχές γαλουχίας	σελ.116
Νεογνηκός ίκτερος	σελ.124
Αιμοραγική νόσος	σελ.125
Πως θα θηλάσετε σωστά	σελ.132
Εισαγωγή	σελ.1
Προβληματισμοί και απόψεις	σελ.2
Γενικοί σχολιοί	σελ.3

Ειδικοί σκοποί	σελ.4
Υλικό και μέθοδος	σελ.5
Μέθοδος ανάλυσης απαντήσεων	σελ.6,7
Αποτελέσματα	σελ.8
Συσχετίσεις απαντήσεων	σελ.41
Σχόλια συζήτηση αποτελεσμάτων	σελ.59
Προτάσεις	σελ.63
Περίληψη	σελ.64
Summary	σελ.65

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΡΚΑΔΙΑΝ ΕΔΙΖΙΟΝΙ "ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ" ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΖΟΥΛΙΑ ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΡΚΑΔΙΑ 1992.
2. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝ., ΕΠΙΤΟΜΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΕΚΤΗ ΕΚΔΟΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΑΘΗΝΑ 1989
3. ΖΑΧΟΥ Θ., ΑΤΟΜΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ 1986
4. ΖΑΧΟΥ Θ.,-ΣΟΦΑΤΖΗΣ Ι.:ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ 1991
5. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ.:ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Δ.,ΑΘΗΝΑ 1988
6. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ. Ε :ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟΑΘΗΝΑ 1984 σελ. 176-184
7. ΚΟΝΔΥΛΗ Λ. ΑΡΘΡΟ Π. ΝΑΣΚΟΥ-ΠΕΡΑΚΗ, σελ. 175
8. ΚΟΝΤΟΥΛΗΣ, 1983 σελ. 27
- 9.. ΚΡΕΑΤΣΑ ΓΕΩΡΓΙΟΥ Κ.: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΕΔΑΓΩΓΗΣΗ, Β' ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΩΡΙΚΟΣ ΑΘΗΝΑ 1988
- 10.. ΚΡΕΑΤΣΑ ΓΕΩΡΓΙΟΥ: ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ, ΑΘΗΝΑ, 1987
11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1993 ΤΕΥΧΟΣ 1.
12. ΠΑΝΤΑΖΗ-ΤΖΙΦΑ Κ. 1984 σελ.20-21
13. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΤΡΙΤΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΑΘΗΝΑ 1994.
14. ΣΥΚΑΚΗ ΑΛΕΚΑ:Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΓΑΠΗ, ΕΙΚΟΝΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ.
15. ΤΖΙΓΓΟΥΝΗΣ Α. ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ :ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
16. ΧΑΡΩΝΗ ΝΙΚΟΛΑΟΥΚ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ, ΑΘΗΝΑ 1988
17. ΔΡΑΓΩΝΑ ΘΑΛΕΙΑ :ΓΕΝΝΗΣΗ-Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΕ ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΥΡΙΑ ΖΩΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΩΔΩΝΗ, 1987
18. ΜΠΑΚΟΥΛΑ-ΤΖΟΥΜΑΚΑ Χ.:ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ 1986
19. ΛΟΥΡΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ Κ.:ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Α.Ε.:ΑΘΗΝΑ 1948
20. ...ΜΑΡΑΤΟΥ ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ:ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ "Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ" ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ 1983.

ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Μητρότητα είναι η χρονική περίοδος από την στιγμή της σύλληψης μέχρι και τον απογαλακτισμό.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΗΞΗΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ

Α. Σε τοπικό επίπεδο

Τα συστήματα που λειτουργούν υποστηρικτικά απέναντι στη μητέρα και στο παιδί σε τοπικό επίπεδο, είναι κυρίως τα εξής: α) Οι βρεφονηπιακοί σταθμοί οι οποίοι διακρίνονται σε ιδιωτικούς, δημοτικούς και κρατικούς και οι οποίοι αναλαμβάνουν την φροντίδα του βρέφους και του νηπίου, καθώς και την πνευματική και κοινωνική του ανάπτυξη, σε καθημερινή βάση, τις ώρες της εργασίας της μητέρας του.

β) Το ημερήσιο πρόγραμμα απασχόλησης των παιδιών στα δημοτικά σχολεία, πρόγραμμα το οποίο εφαρμόζεται πειραματικά, και σε περιορισμένο αριθμό σχολείων.

γ) Τα φροντιστηριακά μαθήματα σε παιδιά δημοτικού και γυμνασίου, με χαμηλή σχολική επίδοση, το πρόγραμμα αυτό εφαρμόζεται σε περιορισμένο αριθμό σχολείων και γυμνασίων.

δ) Τα φροντιστηριακά μαθήματα της ελληνικής γλώσσας σε παιδιά αλλοδαπών, το πρόγραμμα αυτό εφαρμόζεται σε περιορισμένο αριθμό.

ε) Η δράση του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων που ασχολείται με τα προβλήματα των μαθητών και του σχολείου.

στ) Τα βιβλία που αναφέρονται στην ψυχολογία και την ανατροφή των παιδιών από την βρεφική ως την εφηβική ηλικία-τα σεμινάρια και οι ομιλίες που αναφέρονται στην ψυχολογία και την αγωγή του παιδιού, τα οποία οργανώνονται από φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και πραγματοποιούνται σε τοπικό επίπεδο.

ζ) Οι παιδικές χαρές και τα πάρκα τα οποία προσφέρουν στο παιδί χώρο για

παιχνίδι.- Τα γήπεδα και οι χώροι άθλησης που προσφέρουν στο παιδί την δυνατότητα της άθληση

B. Σε Εθνικό επίπεδο .

Η νομοθεσία για την προστασία της μητέρας

Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένα από τα μέτρα της νομοθεσίας για την προστασία της μητρότητας.

1) Για τις υπαλλήλους Δημοσίου και Ν.Π.Α.Δ. προβλέπεται υποχρεωτική άδεια 2 μήνες πριν και 2 μήνες μετά τον τοκετό με πλήρες αποδοχές και επίδομα τοκετού.

Ίδια προστασία έχουν και οι εργαζόμενες στο Δημόσιο ή σε Νομικά πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου σε σχέση εργασίας Ιδιωτικού δικαίου που κατέχουν οργανική θέση.

Για τις υπαλλήλους στον ιδιωτικό τομέα η άδεια τοκετού και η διαρκεία της εξαστάται από τον τομέα εργασίας στον οποίο ασχολείται η γυναίκα.

-Χορήγηση επιδόματος κνοφορίας και λοχείας. (Κων/να Πανταζή-Τζίφα, 1984, σελ.20-21)

-Μειωμένα ωράρια και συμπληρωματικές άδειες, που ισχύουν για τις εργαζόμενες και στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα (Κων/να Πανταζή-Τζίφα, 1984 σελ, 22)

-Προστασία από απόλυση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μέτρο που ισχύει για τις εργαζόμενες και στο Δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. (Κ. Πανταζή-Τζίφα 1984 σελ.22-23)

-Χορήγηση επιδόματος τέκνων (Κ. Πανταζή -Τζίφα 1984 σελ.49)

Παροχή γονικής άδειας σε εργαζόμενους άνδρες,σε περίπτωση τοκετού των συζύγων τους.

- Τέτοιες άδειες προβλέπονται από ορισμένες συλλογικές συμβάσεις εργασίας για 2 ή 3 ημέρες με πλήρης αποδοχές (Κ. Πανταζή- τζίφα 1984, σελ. 49)

- Για τις πολύτέκνες μητέρες προβλέπεται χορήγηση μηνιαίας σύνταξης εφ' όρου ζωής χορήγηση μηνιαίου επιδόματος μετά το τρίτο παιδί έως το 21ο έτος της ηλικίας του, χορήγηση πάσο σε ολόκληρη την οικογένεια για αστικές και υπεραστικές δια-

δρομές καθώς και δωρεάν χορήγηση άδειας TAXI.

Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένα από τα μέτρα της νομοθεσίας για την προστασία του παιδιού.

-Η υποχρέωση γονικής μέριμνας η οποία είναι υποχρέωση και δικαίωμα και των δύο γονέων και συντελείται από επί μέρους υποχρεώσεις ή δικαιώματα που αποβλέπουν πάντα στο συμφέρον του παιδιού (Τάκαρη,1984, σελ. 170)

-Η παροχή άδειας σε έναν από τους δύο γονείς που εργάζονται , για να περάσουν χρόνο με τα παιδιά τους, τα οποία είναι μικρής ηλικίας.(Δουλκέρη,1986, σελ.50)

-Η παροχή άδειας για οικογενειακούς λόγους, η οποία επιτρέπει στους εργαζόμενους γονείς να απουσιάζουν από την εργασία τους σε περιπτώσεις ανάγκης. (Δουλκέρη 1986,σελ. 50)

-Η ίδρυση κρατικών βρεφονηπιακών σταθμών για την εξυπηρέτηση των εργαζομένων μητέρων.

Η λειτουργία κρατικών υπηρεσιών για την προστασία του παιδιού π.χ. Π.Ι.Κ.Π.Α.

Γ. ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ

Τα συστήματα που λειτουργούν υποστηρικτικά προς την μητέρα και το παιδί σε διεθνές επίπεδο, διακρίνονται σε οργανισμούς και συμβάσεις που υπογράφηκαν για την προστασία τους.

Για την προστασία της μητρότητας σε Διεθνές επίπεδο,αναφέρονται ενδεικτικά, συμβάσεις της Διεθνούς Οργανώσεως Εργασίας που έχουν σχέση με τα δικαιώματα των γυναικών.

Άρχισαν να ισχύουν Αριθμός κρατών που συμμετέχουν έως 1-9-74

Αριθ.3	Προστασία μητρότητας	13-6-1921	28
Αριθ. 103	Προστασία μητρότητας (Αναθεωρημένη)	7-9-1955	14
Αριθ.110	Φυτείες (Μέρους VIII, προστασία μητρότητας)	22-1-1960	10
Αριθ. 118	Ισότητας Μεταχειρίσεως (κοινωνικές Ασφαλίσεις/Άρθρα 2 και 4 Επιδόματα μητρότητας .	25-4-1964 (16 προσθήκες Επιδόματα μητρότητας)	25

Πηγή : Η.Ε. Ίσα δικαιώματα για γυναίκες και άνδρες. Καιρός για δράση.

Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για την κατάργηση των διακρίσεων εις βάρος των γυναικών

Για την προστασία του παιδιού σε Διεθνές επίπεδο αναφέρονται ενδεικτικά ορισμένοι οργανισμοί και Συμβάσεις που υπογράφηκαν για αυτόν τον σκοπό.

Η UNISEF, οργανισμός τον οποίο η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. αποφάσισε και δημιούργησε το έτος 1946, με την ονομασία Διεθνές Ταμείο του Παιδιού.

ΤΟ 1953 μετονομάστηκε σε Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για το παιδί, γνωστό ως UNISEF (Λ. Κονδύλη, Άρθρο Π. Νάσκου -Περράκη, σελ.175).

Η UNISEF έχει ως σκοπό την κάλυψη των αναγκών των παιδιών, κυρίως του αναπτυσσόμενου κόσμου της Λατινικής Αμερικής, της Ασίας και της Αφρικής (Ν. Τάκαρη, 1978, σσελ. 120).

Η Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων Ανθρώπων (Ο.Δ.Δ.Α.) του 1948 η οποία ενσωμάτωσε και δύο (2) διατάξεις για την προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας (άρθρο 25, παρ. 2) και του δικαιώματος στην εκπαίδευση (άρθρο 26) (Δ.

Κονδύλη, Άρθρο Π. Νάσκου, Περράκη, σελ.175)

· Η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού από την Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών το 1959, η οποία αποτελείται από 10 Αρχές και καλεί τις κυβερνήσεις των Ηνωμένων Εθνών να ενδιαφερθούν για την φροντίδα και προστασία του παιδιού. (Α. Κοντούλης, 1983, σελ.18-22).

-Το 1966 υιοθετήθηκαν από την Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. δύο σημαντικές πράξεις: Το Σύμφωνο για τα Ατομικά Πολιτικά (ΣΑΠ) και το Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και πολιτιστικά Δικαιώματα (ΣΟΚΠ) περιλαμβάνοντας ειδικές διατάξεις για την προστασία του παιδιού. Συγκεκριμένα στο ΣΑΠ απαγορεύεται η θανατική ποινή για εγκλήματα που διαπράχθηκαν από άτομα κάτω από 18 ετών (άρθρο 6, παρ. 5), προβλέπεται η ποινική διαδικασία για ανήλικους (άρθρο 14, παρ. 4) προστατεύονται τα παιδιά μετά την διάλυση του γάμου (άρθρο 23 παρ. 4) και παρέχεται ειδική προστασία στα παιδιά και δικαιώματα σε ένα όνομα (άρθρο 24).

Στο ΣΟΚΠ παρέχεται ειδική προστασία στην οικογένεια, στα παιδιά και στους εφήβους (άρθρο 10) δικαίωμα στη φροντίδα της υγείας (άρθρο 12, παρ. 2α) και δικαίωμα στην εκπαίδευση (άρθρο 13). (Δ. Κονδύλη, Άρθρο Π. Νάσκου-Περράκη, σελ. 176).

Η Διακήρυξη της Μάλτας , της Διεθνούς Ένωσης Παιδοτόπων στις 11-11-77 η οποία διακηρύσσει ότι το παιχνίδι, μαζί με τις βασικές ανάγκες της διατροφής, της υγείας, της κατοικίας και της εκπαίδευσης, έχει ζωτική σημασία για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων όλων των παιδιών (Α. Κοντούλης,1983, σελ. 34).

Η ανακήρυξη του 1979 ως Διεθνές έτος Παιδιού από την Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. στις 21-12-76 απόφαση 3-169, με γενικό στόχο την προστασία του Παιδιού (Α. Κοντούλης, 1983, σελ. 27)

Ιδιαίτερης σημασίας αποτελούν και οι συμβάσεις οι οποίες δεν αναφέρονται συγκεκριμένα στην προστασία του παιδιού, αλλά το καλύπτουν μιας και αναφέρονται στην προστασία όλων των μελών της οικογένειας.

Ορισμένες από αυτές είναι:

Η Σύμβαση της UNESCO κατά των διακρίσεων στην εκπαίδευση, του 1960.

Η Σύμβαση για την εξάλειψη κάθε μορφής φυλετικών διακρίσεων του 1965.

Η Σύμβαση για το καθεστώς των προσφύγων του 1951.

Η σύμβαση για την κατάργηση της δουλείας του δουλεμπορίου και παρόμοιας πρακτικής του 1956.

Η Σύμβαση για την συναίνεση στον γάμο, στο ελάχιστο όριο ηλικίας για γάμο και στην . καταχώρηση του γάμου του 1962.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πριν από τη σύλληψη ενός παιδιού καλό είναι να γίνεται έλεγχος της υγείας των μελλοντικών γονιών. Η προσεκτική έρευνα των πιθανών ασθενιών η διάγνωση και θεραπεία τους, επιτρέπει να αποφεύγονται μερικοί από τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και να προλαμβάνονται πολλά προβλήματα και ενοχλήσεις που θα μπορούσαν να προέλθουν από παθήσεις που στο παρελθόν δεν έχουν προσεχθεί. Η προετοιμασία για μια υπεύθυνη στάση κάτω από τις καλύτερες δυνατόν συνθήκες υγείας είναι μια υπεύθυνη δράση απέναντι στον εαυτό τους και το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί. οι συνηθισμένες αναλύσεις

1) Για την γυναίκα

Ουραμιά και κρεατινίνη: για την εκτίμηση της λειτουργίας των νεφρών.

Τρανσαμινάσες, αλκαλικές φωσφατάσες, έλεγχος της πήξης του αίματος και πρωτεϊνόγραμμα: για τον έλεγχο της λειτουργίας του ήπατος και το συσχετισμό του με την διαδικασία πήξης του αίματος.

Γενική εξέταση αίματος : Για την ανεύρεση μιας πιθανής αναιμίας, τον προσδιορισμό του τύπου της και την εξεύρεση της αιτίας της.

Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων: για την διάγνωση κάποιου είδους πιθανής φλεγμονής.

Σάκχαρο

Προσδιορισμός του στίγματος της Μεσογειακής αναιμίας και της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας.

Προσδιορισμός της ομάδας αίματος και του παράγοντα RH: για να μπορεί να προβλεφθούν έγκαιρα προβλήματα ασυμβατότητας αίματος μητέρας και εμβρύου.

Αντισώματα ερυθράς: για τον έλεγχο του βαθμού ανοσίας κατά της ερυθράς ΩΔΛΡ και ορροαντίδραση για σύφιλη και την διάγνωση αφροδισίων νοσημάτων ιδιαίτερα σύφιλης.

Εξέταση για τοξοπλάσμωση: για τον έλεγχο της ανοσίας κατά της τοξοπλάσμωσης

του νεογνού εάν ένας από τους δύο γονείς έχει το στίγμα.

Ακτινογραφία θώρακος: για τυχόν ασθένειες των πνευμόνων ή της καρδιάς.

2) Για τον άνδρα.

Προσδιορισμός της ομάδας αίματος και του παράγοντα RH: για την πρόβλεψη τυχόν προβλημάτων ασυμβατότητας του αίματος μεταξύ μητέρας και παιδιού ή εάν η σύζυγος έχει RH αρνητικό.

ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κάθε ένας μας παίρνει από τους γονείς του δεκάδες χιλιάδες κληρονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το χρώμα των ματιών την ομάδα αίματος κ.λ.π. Κάθε χαρακτηριστικό οριστικοποιείται κατά την στιγμή της σύλληψης από ένα ζευγάρι παραγόντων (χρωμοσώματα) που προέρχονται από την μητέρα και από τον πατέρα, που φέρουν ένα ο καθένας. Το σύνολο όλων των χρωμοσωμάτων συγκροτούν την κληρονομική καταβολή. Ανάμεσα στα κληρονομικά χαρακτηριστικά μπορεί να υφίστανται επίσης πολύ σοβαρές ασθένειες. Μερικές παρουσιάζονται μόνο εάν τα δύο χρωμοσώματα δεν είναι φυσιολογικά. Για άλλες είναι αρκετό μόνο ένα χρωμόσωμα μη φυσιολογικό. Οι ασθένειες που μεταδίδονται κληρονομικά είναι πολλές. Οι λιγότερο σπάνιες είναι η αναιμία του , η αιμοφιλία, και η προϊούσα μυική δυστροφία. Στους γάμους μεταξύ συγγενών, οι κίνδυνοι να προσβληθούν τα παιδιά είναι τέσσερις φορές μεγαλύτεροι.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Όταν η έγκυος πάσχει από λοιμώδη πάθηση, αυτή μπορεί να προσβάλλει το έμβρυο από τη συλληψή του ως την γεννησή του.

Ορισμένες λοιμώδεις παθήσεις θέλησαν να τις απομονώσουν από τις άλλες και να τις κατατάξουν στην κατηγορία των περιγεννητικών λοιμώξεων .

Τέτοιες λοιμώδεις παθήσεις μπορεί να οφείλονται σε ιούς (ερυθρά, έρπητα, νόσο των μεγαλοκυτταρικών εγγκλείστων, ανεμοβλογιά, έρπητα ζωστήρα, σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, παρβοϊό 19, ηπατίτιδα Β) σε βακτηρίδια (γονόρροια, σύφιλη, στρεπτόκοκο Β, λιστέρια), σε χλαμύδια και παράσιτα (τοξόπλασμα.)

Η μετάδοση στις περιγεννητικές λοιμώξεις μπορεί να γίνει στην διάρκεια της εγκυμοσύνης αιματογενώς μέσα από τον πλακούντα, ή στην διάρκεια του τοκετού από επαφή του εμβρύου με μολυσμένες εστίες του γεννητικού σωλήνα. Πιο σπάνια μεταδίδεται μετά από ρήξη των υμένων και με το μητρικό γάλα στον θηλασμό..

Επίδραση της λοιμώδους πάθησης στην εγκυμοσύνη.

Οι σοβαρές παθήσεις δυνατό να προκαλέσουν αυτόματη έκτρωση ή πρόωμο ή πρόωρο τοκετό, ύστερα από ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.Ο θανατός του εξαρτάται από την διαβατότητα ή όχι του πλακούντα στον λοιμογόνο παράγοντα.Άλλες φορές το έμβρυο γεννιέται ζωντανό αλλά άρρωστο από την ίδια πάθηση της μητέρας του, και άλλες φορές πεθαίνει στην βρεφική ηλικία.

Ορισμένες λοιμώδεις παθήσεις προκαλούν στο νεογνό καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης και διαπλαστικές ανωμαλίες, που είναι περισσότερο συχνές και σοβαρές όταν η έγκυος έχει προσβληθεί στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης.

Ερυθρά.

Το 15-20% όλου του πληθυσμού θα προσβληθεί από ερυθρά σε μεγάλη ηλικία. Αυτό σημαίνει, πως παραπάνω από 80% του πληθυσμού προσβάλλεται από την πάθηση σε νεαρή ηλικία. Από το ποσοστό αυτό μόνο το 50% θα εκδηλώσει την ασθένεια κλινικά.

Η ερυθρά, ενώ μόνη της θεωρείται ασήμαντη πάθηση, όταν συνοδεύεται από εγκευμοσύνη, αποκτά ανυπολόγιστες για το έμβρυο συνέπειες. Ο συνδυασμός της με εγκευμοσύνη φτάνει σε συχνότητα το 0,25-0,30%, για όλες τις παθήσεις.

Η διάγνωση της πάθησης δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί η κλινική της εκδήλωση μοιάζει με άλλων νοσημάτων. Μόνο με την απομόνωση του ιού της ερυθράς μπορούμε να είμαστε βέβαιοι για την ύπαρξή της. Η απομόνωση αυτή, εκτός από τις ορολογικές αντιδράσεις, που είναι περισσότερο εύχρηστες, σήμερα είναι δυνατή και από το αμνιακό υγρό με καλλιέργεια ή DNA ανάλυση της τροφοβλάστης ή του αμνιακού υγρού.

Το ειδικό για την ερυθρά αντίσωμα IgM εμφανίζεται λίγο πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Σε μία εβδομάδα φτάνει στη μεγαλύτερη τιμή του και εξαφανίζεται ύστερα από ένα μήνα από την αρχή της πάθησης.

Πιστεύεται, πως η προφυλακτική χορήγηση γ-σφαιρίνης προφυλάσσει την έγκυο από την πάθηση ή κάνει λιγότερο φανερό την κλινική της εκδήλωση. Το εμβόλιο δεν θα πρέπει να χορηγείται λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκευμοσύνης.

Ο χρόνος επώασης της ερυθράς είναι 14-21 ημέρες. Αν η έγκυος προσβληθεί από ερυθρά τον πρώτο μήνα της εγκευμοσύνης, τότε, 50% των εμβρύων προσβάλλονται σοβαρά. Αν το δεύτερο μήνα, τότε η συχνότητα προσβολής του εμβρύου κατεβαίνει στο 25%. Αν τον τρίτο μήνα, κατεβαίνει στο 15% και εκδηλώνεται με κώφωση. Μετά την 17^η εβδομάδα ο κίνδυνος είναι πολύ σπάνιος.

Αν το έμβρυο επιζήσει, είναι δυνατό να εμφανίσει *σύνδρομο συγγενούς ερυθράς*, που εκδηλώνεται με βλάβες από τα μάτια (καταράκτη, γλαύκωμα), με συγγενή καρδιοπάθεια (στένωση πνευμονικής, ανοιχτό αρτηριακό πόρο), με ακουστικές διαταραχές, με βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος (μικροκεφαλία, λήθαργο, σπασμούς), με καθυστερημένη ανάπτυξη, με αιματολογικές διαταραχές (αναιμία, θρομβοπενία, αιμορραγικό εξάνθημα), με ηπατομεγαλία και ίκτερο, με διάμεση πνευμονίτιδα, με οστικές βλάβες και με χρωματοσωματικές ανωμαλίες. Τα νεογνά, που πάσχουν από συγγενή ερυθρά, δυνατό να μολύνουν άλλα, γερά νεογνά, και παιδιά, μέχρι να φτάσουν στην ηλικία των τριών ετών. Η θνησιμότητά τους φτάνει το 30%.

Η ανεύρεση των ειδικών IgM και IgM αντισωμάτων στους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους ή η παραμονή των IgG αντισωμάτων μετά τον 60 μήνα σε ψηλά επίπεδα, αποτελούν διαγνωστικά ευρήματα της συγγενούς ερυθράς.

Για την πρόληψη της ερυθράς επιβάλλεται η εκτέλεση ορολογικής δοκιμασίας όλων των γυναικών στην αρχή της εγκυμοσύνης. Σε εποχή επιδημίας οι έγκυοι, που δεν εμφανίζουν ανοσία, πρέπει ν' απομονώνονται και να καλύπτονται με γ-σφαιρίνη, που τις προσφέρει 15/θήμερη ανοσία. Είναι φυσικό, πως σε εποχή επιδημικής έξαρσης της πάθησης, η σύλληψη πρέπει ν' αποφεύγεται. Πιστεύεται, πως πρέπει ν' αφήνουμε τα κορίτσια να περνάνε την πάθηση πριν από την γενετησιακή τους ηλικία, γιατί αυτή προκαλεί ισόβια ανοσία. Ο εμβολιασμός των κοριτσιών στη σχολική ηλικία προσφέρει μακροχρόνια ανοσία. Όταν η γυναίκα προσβληθεί από ερυθρά και θεραπευθεί, πρέπει να περάσουν τουλάχιστον δύο μήνες, για να της επιτραπεί εγκυμοσύνη, γιατί ο ιός της κυκλοφορεί στο αίμα της.

Σε περίπτωση προσβολής της εγκύου από ερυθρά στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, η διακοπή της κρίνεται απαραίτητη.

Τοξοπλασμίαση.

Η πάθηση οφείλεται στο τοξόπλασμα, δηλαδή σε πρωτόζωο, που το σχήμ του μοιάζει με τόξο, και μεταδίδεται με ωμό ή μισοψημένο κρέας μολυσμένων ζώων (ιδιαίτερα αρνιών) και με την επαφή μολυσμένων κοπράνων γάτας.

Το τοξόπλασμα υπάρχει στην Ελλάδα σε συχνότητα 28-40% των γυναικών της γενετησιακής ηλικίας. Αν συμβεί μόλυνση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι δυνατό να περάσει στον πλακούντα και να προσβάλλει το έμβρυο κατά τη διάρκεια της παρασιταϊμίας, που διαρκεί τρεις εβδομάδες.

Στην εγκυμοσύνη εμφανίζεται σε συχνότητα, που ποικίλει ανάλογα με την χώρα και τις διαιτητικές συνήθειες από 0,6:1000 σε 8:1000. Διαδράμει ασυμπτωματική πορεία, που μοιάζει με γρίπη ή λοιμώδη μονοπυρήνωση και ίσως εμφανίσει λεμφαδενίτιδα, κυρίως στους ινιακούς λεμφαδένες. Σε ανοσοκατασταλτημένες ασθενείς στην εγκυμοσύνη μπορεί να γίνει αναζωπύρωση της λοίμωξης.

Στην αρχή της εγκυμοσύνης ο πλακούντας αποτελεί φραγμό για το τοξόπλασμα και οι πιθανότητες εμβρυϊκής λοίμωξης είναι 25%, στο δεύτερο τρίμηνο είναι 54% και στο τρίτο 65%. Τις τελευταίες δύο εβδομάδες είναι 90%.

Σε εμβρυϊκή λοίμωξη στο πρώτο τρίμηνο το 75% των εμβρύων θα εμφανίσει σοβαρή θανατηφόρο νόσο και συχνά θα καταλήξει σε έκτρωση, ενώ στο τρίτο τρίμηνο αυτό συμβαίνει μόνο στο 5%. Αν η λοίμωξη μεταδοθεί μετά την 20ή εβδομάδα σε ένα 10% θα είναι ελαφρά, ενώ στο 90% θα είναι υποκλινική.

Το 10% των εμβρύων θα γεννηθούν με σοβαρή τοξοπλασμίαση, που εκδηλώνεται με υδροκέφαλο, πνευματική καθυστέρηση, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, επασβεστώσεις κρανίου, ηπατίτιδα, πνευμονία, μυοκαρδίτιδα και μυοσίτιδα. Το 80% θα εμφανίσουν συμπτώματα αργότερα στη ζωή τους

κυρίως με τη μορφή αμφιβληστροειδίτιδας, που ακολουθεί προϊούσα πορεία και καταλήγει σε σημαντικό πρόβλημα όρασης. Επίσης, μπορεί να εκδηλωθεί πνευματική καθυστέρηση, νευρολογικές διαταραχές και έκπτωση ακοής.

Εκτός από τη γέννηση παιδιών με τις παραπάνω ανωμαλίες, που αναφέραμε, η τοξοπλασμίαση προκαλεί αυτόματες εκτρώσεις από τοξοπλασματική ενδομητρίτιδα, που δημιουργείται ύστερα από την εγκατάσταση κύστεων του παρασίτου στον πλακούντα και, κάποτε, στο μυομήτριο. Η σχέση της τοξοπλασμίασης με τις κατά συνήθεια εκτρώσεις δεν έχει επιβεβαιωθεί.

Η διάγνωση της πάθησης γίνεται κυρίως με ορολογικές μεθόδους, που ανιχνεύουν IgG και IgM στο αίμα. Η εντόπιση των παρασίτων στα σωματικά υγρά (αίμα, αμνιακό) μετά ενοφθαλμισμό σε επίμυς είναι ακριβής μέθοδος, αλλά απαιτεί 3-6 εβδομάδες. Υπάρχουν μέθοδοι εντοπισμού του DNA/RNA του τοξοπλάσματος με την αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR).

Τα IgM αντισώματα στη μητέρα αυξάνουν μέσα σε 5 ημέρες, αλλά μπορεί να μείνουν σε ψηλά επίπεδα μέχρι και 2 χρόνια και μετά να ελαττωθούν ή να μην είναι μετρητά. Τα IgG αυξάνουν λίγες εβδομάδες μετά την λοίμωξη, φτάνουν στη μεγαλύτερη τιμή τους σε 2-6 μήνες και μπορεί να επιμένουν σε ψηλούς τίτλους για χρόνια μέχρι να αποκτήσουν χαμηλά και σταθερά επίπεδα. Συνεπώς, ο καθορισμός του χρόνου εμφάνισης της λοίμωξης μπορεί να είναι δύσκολος, αν δεν γίνουν δύο μετρήσεις σε απόσταση 3 εβδομάδων. Τιμές μεγαλύτερες από 300 μον. Στο Dye test δείχνουν οξεία λοίμωξη.

Προγεννητική διάγνωση στο έμβρυο μπορεί να γίνει με τον εντοπισμό παρασίτων στο αμνιακό υγρό ή στο εμβρυϊκό αίμα και IgM στο εμβρυϊκό αίμα που εμφανίζεται μόνο στο 21%. Έμμεσα στοιχεία είναι η εμφάνιση λευκοκυττάρωσης, ηωσινοφιλίας, θρομβοπενίας, τρανσαμινασαιμίας ή, στο

υπερηχογράφημα, η εμφάνιση διάτασης των κοιλιών του εγκεφάλου, ασκίτη ή επασβεστώσεων στον εγκέφαλο.

Αν στην αρχή της εγκυμοσύνης υπάρχει χαμηλός τίτλος IgG και καθόλου IgM, δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Αν δεν υπάρχει ανοσία, απαιτείται επανάληψη των IgM στις 20-22 εβδομάδες και στον τελευταίο μήνα. Αν υπάρχουν IgM απαιτείται επανάληψη και μέτρηση των IgG. Η μόλυνση επιβεβαιώνεται αν υπάρχει θετικοποίηση του τίτλου, αν υπάρχουν ψηλοί τίτλοι IgG, IgM ή ανοδικοί τίτλοι IgG.

Θεραπευτικά, εφόσον τεκμηριωθεί η μητρική λοίμωξη, μπορεί να επιλεγεί η διακοπή της εγκυμοσύνης ή ο έλεγχος στο έμβρυο, που είναι δυνατός μετά την 20ή εβδομάδα.

Αν συνεχισθεί η εγκυμοσύνη, μέχρι τη διάγνωση, πρέπει να χορηγηθεί σπιραμυκίνη 3 gr την ημέρα (Rovamycin). Αν δεν γίνει ομφαλιδοπαρακέντηση θα συνεχισθεί η θεραπεία μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Αν η διάγνωση επιβεβαιωθεί στο έμβρυο και δεν αποφασισθεί η διακοπή της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να χορηγηθεί συνδυασμός πυριμεθαμίνης (Daraprim), σουλφαδιαζίνης (Adiazine) και φυλλινικού οξύ (Leucovorin), που θα εναλλάσσεται ανά 3 εβδομάδες με σπιραμυκίνη (rovamycin).

Αν η διάγνωση γίνει έγκαιρα, η πιθανότητα ανάπτυξης εμβρυϊκής λοίμωξης πέφτει στο 4-8%, αλλά 10% από τα μολυσμένα νεογνά θα έχουν σοβαρά προσβληθεί.

Η πρόληψη της πάθησης συνίσταται στην ενημέρωση των εγκύων σχετικά με τον καθαρισμό των λαχανικών και των φρούτων, με τη χρησιμοποίηση γαντιών σε δουλειές του κήπου, με την αποφυγή κοπράνων γάτας, με την καλή καθαριότητα των χεριών, όταν πιάσουν ωμό κρέας, και με τον επαρκή βρασμό αρνίσιου ή χοιρινού κρέατος.

Ο καλύτερος έλεγχος της πάθησης συνίσταται στην παρακολούθηση των αντισωμάτων. Η σύλληψη πρέπει ν' αποφεύγεται τουλάχιστο για ένα μήνα.

Θεραπευτικά, θα επέμβουμε, όταν η λοίμωξη έγινε λίγο πριν από την εγκυμοσύνη, στην αρχή της ή στη διάρκειά της.

Αν η εγκυμοσύνη αρχίζει με θετικό τίτλο και ξέρουμε, πως και πριν από τρεις μήνες ο τίτλος της ήταν θετικός (γιατί είχες αντισώματα από παλιά λοίμωξη), δεν κάνουμε θεραπεία, αλλά παρακολουθούμε την έγκυο κάθε δίμηνο, προσδιορίζοντας τον τίτλο αντισωμάτων. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου, για την ύπαρξη υδροκεφαλίας, κρίνεται απαραίτητος.

Όσο υψηλότερος είναι ο τίτλος από μόλυνση, που προηγήθηκε, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση για την εγκυμοσύνη, γιατί τα αντισώματα περνάνε τον πλακουντικό φραγμό και προστατεύουν το κύημα. Η σπιραμυκίνη (Rovamycin), που δεν περνάει τον πλακούντα, δεν ωφελεί, όταν το κύημα μολυνθεί. Τη σπιραμυκίνη χορηγούμε σε δόση 2-3 γρ., μοιρασμένη σε τέσσερις δόσεις για 3 εβδομάδες. Άλλα φάρμακα, που χορηγούνται είναι ο συνδυασμός πυριμεθαμίνης (Draprim) και σουλφαδιαζίνης (Tromixin) για ένα μήνα.

Μεγάλη σημασία έχει ν' αρχίσει η θεραπεία, όσο γίνεται νωρίτερα. Τότε, είναι και περισσότερο αποτελεσματική, γιατί εμποδίζει σε συχνότητα 90% την προσβολή του εμβρύου, ενώ χωρίς θεραπεία τα μισά έμβρυα θα προσβληθούν από την πάθηση.

Νόσος μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων.

Ο υπεύθυνος για την πάθηση ιός (CMV) βρίσκεται στο γεννητικό ή ουροποιητικό σύστημα ή και στα δύο και μεταδίδεται στο έμβρυο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αιματογενώς ή μέσω του τραχήλου και του κόλπου την ώρα του τοκετού και στο νεογνό μέσω του γάλακτος. Αν η έγκυος είναι μολυσμένη από τον ιό, το νεογνό θα προσβληθεί κατά τον τοκετό σε συχνότητα 30-50%. Το 90-95% των νεογνών θα εκδηλώσουν την πάθηση από την ενδομήτρια ζωή τους. Σε μεγάλη συχνότητα τα νεογνά εμφανίζουν καθυ-

στερημένη σωματική και πνευματική ανάπτυξη. Επίσης, δυνατό να εμφανίσουν προοδευτική κώφωση, τύφλωση, επιληψία, εγκεφαλική παράλυση, πνευματική καθυστέρηση, ψυχοκινητική ανάπτυξη και διαταραχές μάθησης.

Η συχνότητα της πάθησης φτάνει το 0,5-1,5% όλων των τοκετών. Προτιμάει τις νεαρές εγκύους, γιατί μετά τα 30 χρόνια σπάνια εμφανίζεται, και ακόμα σπανιότερα μετά την εμμηνόπαυση, και όσες είναι χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

Κλινικά, η νόσος των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων κάνει την εμφάνισή της σε συχνότητα μικρότερη από 10%, με λεμφοκυττάρωση, ξαφνικό πυρετό, διάρκειας 2-3 εβδομάδων, αδιαθεσία, ρίγος και μυαλγίες. Στη διάγνωση μας βοηθάει η αμυγδαλοφαρυγγίτιδα, η λεμφαδενίτιδα και η ηπατοσπληνομεγαλία, που υπάρχουν, και ο ίκτερος, που απουσιάζει. Στις ασυμπτωματικές περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται με την απομόνωση του ιού στα ούρα και τον τράχηλο, παρά με ορολογικές αντιδράσεις.

Ο τράχηλος προσβάλλεται σε συχνότητα 3-18%, το ουροποιητικό σύστημα 3-9% και ο φάρυγγας 1-2%. Ειδικότερα, η προσβολή του τραχήλου στο πρώτο τρίμηνο συμβαίνει σε συχνότητα 1,5% και στον τοκετό σε συχνότητα 13%. Δεν συσχετίζεται, όμως, με αυτόματες εκτρώσεις και ενδομήτριους θανάτους.

Αν και η πάθηση, όπως αναφέραμε, εμφανίζεται κλινικά σε συχνότητα γύρω στο 10%, λίγα έμβρυα θα προσβληθούν από αυτή. Αυτά, μετά τη γέννηση, στο 55% των περιπτώσεων, είναι φυσιολογικά. Σε συχνότητα 10% διαπιστώνονται ηπατοσπληνομεγαλία, ίκτερος, αιμορραγικό εξάνθημα, υδροκεφαλία ή μικροκεφαλία και ατροφία των οπτικών θηλών.

Σε συχνότητα 30% η πάθηση εκδηλώνεται αργότερα με ακουστικές βλάβες και εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Γενικά, ο κίνδυνος να εμφανίσει το νεογνό βλάβη είναι 1:25, αλλά στις μισές περιπτώσεις είναι μόνο κώφωση.

Έλεγχος των αντισωμάτων προληπτικά στη μητέρα δεν έχει ένδειξη, γιατί η παρουσία τους δεν αποκλείει υποτροπή. Σε περίπτωση υποτροπής η μετάδοση στο έμβρυο είναι λιγότερο συχνή και οι επιπτώσεις ασήμαντες.

Τα IgM στο αίμα της μητέρας μπορεί να παραμείνουν ψηλά για μήνες και έτσι δεν είναι εύκολος ο εντοπισμός του χρόνου προσβολής της. Με κυτταροκαλλιέργειες και ανάλυση DNA είναι δυνατός ο εντοπισμός του ιού σε λάχνες, αμνιακό υγρό και ούρα. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος του εμβρύου δυνατό να δείξει μικροκεφαλία, καθυστέρηση ανάπτυξης και ύδρωπα.

Η πρόληψη ισχύει για τις ομάδες, που ασχολούνται με μικρά παιδιά και συνίσταται στην αποφυγή επαφής τους και στο πλύσιμο των χεριών μετά το φαγητό τους.

Τη διάγνωση στα νεογνά θα τη θέσουμε με την ανεύρεση μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στα ούρα και στο γαστρικό υγρό. Επίσης, με ορολογικές μεθόδους, που είναι δυσεφάρμοστες και καθυστερούν την απάντηση.

Αποτελεσματική θεραπεία της πάθησης δεν υπάρχει, ούτε για την έγκυο, ούτε για το έμβρυο. Η πάθηση μπορεί να επαναληφθεί σε νέα εγκυμοσύνη. Η ανακάλυψη σχετικού εμβολίου δεν επιτεύχθηκε ακόμη. Αν η διάγνωση της πάθησης γίνει στην αρχή της εγκυμοσύνης, συνίσταται η διακοπή της.

Λιστερίωση.

Είναι μολυσματική πάθηση, επίκτητη για την έγκυο και πολλές φορές συγγενής για το έμβρυο. Οφείλεται σε θετικό κατά Gram βάκιλλο, που η μετάδοσή του γίνεται με την τροφή, ιδιαίτερα με τα γαλακτοκομικά προϊό-

ντα, μαλακά τυριά, κρέατα και λαχανικά, που δεν έβρασαν ή δεν ψήθηκαν καλά.

Η μόλυνση του εμβρύου γίνεται κυρίως μέσω του αίματος με μόλυνση του πλακούντα και, πολύ σπάνια, μέσω ενδομητρίτιδας, που προκάλεσε η πάθηση. Η συχνότητα της λιστερίωσης είναι 1:10.000 τοκετούς.

Οι αυτόματες εκτρώσεις σε περίπτωση μόλυνσης της εγκύου, είναι σπάνιες, οι πρώιμοι τοκετοί, όμως, ανέρχονται σε 80% και παρατηρούνται γύρω στην 28^η εβδομάδα. Συνδυάζονται με χρωματισμό του αμνιακού υγρού του από μηκόνιο και χοριοαμνιονίτιδα. Μόνο η λιστερίωση και ο στρεπτόκοκκος προκαλούν χρωματισμένο αμνιακό υγρό πριν την 34^η εβδομάδα.

Το 1/3 των εμβρύων πεθαίνει μέσα στη μήτρα ή κατά τον τοκετό. Τα μισά από αυτά, που θα γεννηθούν, πάσχουν από την πάθηση και από αυτά το 1/4 θα πεθάνει κατά την βρεφική ηλικία από μηνιγγίτιδα, ηπατίτιδα ή σηψαιμία.

Κλινικά, η λιστερίωση εκδηλώνεται με κεφαλαλγία, οσφυαλγία και κοιλιακό πόνο. Η διάγνωση γίνεται με λήψη δειγμάτων από τον κόλπο ή τον τράχηλο, με καλλιέργεια αίματος, με έλεγχο του πλακούντα ή των λοχιών.

Θεραπευτικά, χορηγούμε αμπικιλίνη και γενταμυκίνη (Garamycin). Αν δεν υπάρχουν ενδείξεις εμβρυϊκής δυσφορίας, δεν απαιτείται πρόκληση εμετού.

Μυκοπλασμίαση.

Το μυκόπλασμα ανήκει ανάμεσα στα βακτηρίδια και στους ιούς και η ύπαρξή του στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας διαπιστώνεται μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής της. Όσο αυξάνουν οι ερωτικοί σύντροφοι, τόσο αυξάνεται και η μόλυνση της γυναίκας από μυκόπλασμα. Η συχνότητα της μόλυνσής της κυμαίνεται ανάμεσα σε 15-17% ανάλογα με τη σεξου-

αλική δραστηριότητα. Συχνότερα εμφανίζεται σε γυναίκες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού στρώματος. Δεν ευθύνεται για περιγεννητικές λοιμώξεις.

Από τα 8 είδη μυκοπλασμάτων, αυτά, που είναι μόνιμοι ξενιστές του κόλλου και του τραχήλου, είναι το *Mycoplasma Hominis* και το *Ureoplasma Urealyticum*, που παλιότερα αναφερόταν ως T-Stain.

Η άποψη, πως η μυκοπλασμίαση προκαλεί αυτόματες εκτρώσεις ή πρώιμους τοκετούς, δεν έχει τεκμηριωθεί, ούτε πως προκαλεί εμπύρετη λοχεία.

Στη διάρκεια της λοχείας η μυκοπλασμίαση είναι δυνατό να προκαλέσει πυρετό 42 ώρες περίπου μετά τον τοκετό, που υποχωρεί ύστερα από χορήγηση τετρακυκλίνης ή ερυθρομυκίνης. Τα ίδια φάρμακα χορηγούμε για την καταπολέμηση της πάθησης, ύστερα από καλλιέργεια κολπικού εκκρίματος. Για την αντιμετώπισή της στην εγκυμοσύνη χορηγούμε ερυθρομυκίνη.

Χλαμυδίαση.

Τα χλαμύδια είναι ενδοκυττάρια παράσιτα. Από αυτά, το *Trachomatis*, σχηματίζει συμπαγή κυτταροπλασματικά έγκλειστα, που περιέχουν γλυκόζη. Το είδος αυτό του χλαμυδίου θεωρείται υπεύθυνο για την επιπεφυκίτιδα από έγκλειστα, για τη μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, για την πνευμονία των νεογνών, για το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και για την τραχηλίτιδα και σαλπινγίτιδα.

Σε συχνότητα 12-30% είναι δυνατό να βρεθούν χλαμύδια μετά από καλλιέργεια εκκρίματος τραχήλου, ύστερα από μόλυνση με γονόκοκκο. Στο γενικό πληθυσμό εμφανίζεται σε συχνότητα 3-16%. Κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη χλαμυδίασης αποτελούν οι διαβρώσεις του τραχήλου και η επέκταση του κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήσου στο πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του.

Η χλαμυδίαση μεταδίδεται με τη συνουσία και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες, που αναπτύσσουν σεξουαλική δραστηριότητα και ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές τάξεις. Το έμβρυο προσβάλλεται σε συχνότητα 30-40% μετά από επαφή με μολυσμένα εκκρίματα του γεννητικού σωλήνα και σπάνια, μετά καισαρική τομή.

Τα συμπτώματα της πάθησης δεν είναι πάντα φανερά. Πολλές φορές εκδηλώνεται με λευκωπή τραχηλική έκκριση. Η διάγνωσή της γίνεται με την αναζήτηση των κυτταρολοπλασματικών εγκλείστων, με ανοσοφθορισμό και με την απομόνωση των χλαμυδίων. Επίσης, με μονοκλωνικά αντισώματα.

Αυτές οι διαγνωστικές δοκιμασίες έχουν μεγάλο ποσοστό λαθεμένων θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων και αποτελούν εμπειρία.

Οι ορολογικές εξετάσεις έχουν περιορισμένο ρόλο και έχουν ένδειξη κυρίως σε πυελικές φλεγμονές, στείρωση και νεογνική πνευμονία.

Η παρουσία ψηλών τίτλων IgM βοηθάει στη διάγνωση της νεογνικής πνευμονίας.

Οι χλαμυδιασικές λοιμώξεις ίσως αυξάνουν τη συχνότητα έκλυσης πρόωρου τοκετού, πρόωμης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων και την περιγεννητική θνησιμότητα. Αυτές οι επιπλοκές είναι συχνότερες όταν απομονωθούν σύγχρονα και IgM αντισώματα στον ορό.

Η επιπεφυκίτιδα των νεογνών, που δεν προλαβαίνεται με την ενστάλαξη κολλυρίου νιτρικού αργύρου ή πενικιλίνης, εκδηλώνεται με υπεραιμία και βλεννοπυώδη έκκριση. Η επιπεφυκίτιδα αυτή δεν έχει σχέση με το τράχωμα των ενηλίκων και δεν προκαλεί σοβαρές επιπλοκές. Υποχωρεί μόνη της μέσα σε λίγες εβδομάδες.

Όσο για την προσβολή από χλαμυδιασική πνευμονία, αυτή εμφανίζεται συχνότερα ανάμεσα στην 14^η-18^η ημέρα μετά τον τοκετό. Τα νεογνά εμφα-

νίζουν βήχα, ταχύπνοια, και ρινοφαρυγγική συμφόρηση. Τις περισσότερες φορές, δεν εμφανίζεται πυρετός.

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της γλαμυδίασης χορηγούμε τετρακυκλίνη και ερυθρομυκίνη. Τα περισσότερα γλαμύδια είναι ευαίσθητα και στις σουλφοναμίδες. Προτιμάται η χορήγηση δοξυκυκλίνης (Vibramycin) σε κάψουλες ή ενδοφλέβια. Στην εγκυμοσύνη έχει ένδειξη μόνο η χορήγηση ερυθρομυκίνης σε δόση 1-2 gr την ημέρα για 7-21 ημέρες και η θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων.

Γρίπη.

Η συνηθισμένη εποχιακή γρίπη δεν δημιουργεί προβλήματα στην έγκυο. Η επιδημική όμως, γρίπη δυνατό να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου. Βλαπτική στο έμβρυο είναι και η υπερπυρεξία, που συνοδεύει την πάθηση. Σ' εποχή επιδημίας συστήνουμε τον προφυλακτικό εμβολιασμό της εγκύου και στις συνηθισμένες γρίπες χορηγούμε αντιβιοτικά, για να προλάβουμε επιπλοκές της από τους πνεύμονες.

Οστρακιά.

Η πάθηση, αν εκδηλωθεί στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, προκαλεί αυτόματη έκτρωση, ίσως από ψηλό πυρετό. Απαιτεί αυστηρή απομόνωση της εγκύου.

Ανεμοβλογιά.

Η πάθηση επιδεινώνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί προκαλεί συχνότερα πνευμονία. Η ανεμοβλογιά προσβάλλει το έμβρυο.

Όταν η μόλυνσή του συμβεί στην αρχή της εγκυμοσύνης, δυνατό να προκαλέσει στο 2% συγγενή καταρράκτη, μικροφθαλμία, ουλές στο δέρμα και δυσπλασία των άκρων, που διακρίνεται υπερηχογραφικά. Η πάθηση δεν αποτελεί ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Αργότερα, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προκαλούνται μόνο δερματικές αλλοιώσεις στο έμβρυο.

Όταν η μόλυνση συμβεί λίγο πριν από τον τοκετό ή κατά τη διάρκειά του, η θνησιμότητα του νεογνού ανέρχεται σε 30%.

Οι περισσότερες έγκυες έχουν αναπτύξει αντισώματα κατά της ανεμεβλογιάς από την παιδική ηλικία, αλλά, δεν υπάρχει επιβαρημένο ιστορικό με την πάθηση, δυνατό να γίνει έλεγχος για αντισώματα και να χορηγηθεί προληπτικά γ-σφαιρίνη μέσα σε 96 ώρες. Σε βαριά λοίμωξη της μητέρας χορηγούμε ακυκλοβίρη (Zinorax), παρά τους θεωρητικούς κινδύνους για το νεογνό.

Παρωτίτιδα.

Προσβολή της εγκύου από παρωτίτιδα είναι δυνατό να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση, πρώιμο ή πρόωρο τοκετό και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου, αν η προσβολή συμβεί στην αρχή της εγκυμοσύνης.

Ιλαρά.

Οι περισσότερες γυναίκες είναι άνοσες στην πάθηση· γι' αυτό δεν συνοδεύεται με εγκυμοσύνη. Αν συνοδευθεί, τότε δυνατό να προκαλέσει πρώιμο τοκετό σε συχνότητα 50%. Το νεογνό μπορεί να εμφανίζει συμπτώματα ιλαράς. Προσβολή της εγκύου στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης δυνατό να προκαλέσει διαπλαστικές ανωμαλίες του εμβρύου. Θεραπευτικά, χορηγούμε γ-σφαιρίνη σε δόση 0,1 mg/kg βάρους σώματος.

Ερυσίπελας.

Η πάθηση αποκτάει μεγαλύτερη σοβαρότητα, όταν συνδυάζεται με εγκυμοσύνη. Είναι δυνατό να προκαλέσει ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου και ενδομήτρια λοίμωξη στη διάρκεια της λοχείας. Απαιτεί αυστηρή απομόνωση και χορήγηση αντιβιοτικών.

Κοκκύτης.

Η πάθηση σπάνια προσβάλλει την έγκυο. Δεν δημιουργεί προβλήματα στην ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, εκτός από τις περιπτώσεις, που συμβαίνουν επιπλοκές της από τους πνεύμονες. Ο παροξυντικός βήχας, που τη συνοδεύει, δυνατό να προκαλέσει πρόιμη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.

Τύφος.

Η πάθηση προκαλεί αυτόματη έκτρωση και πρόωρο τοκετό σε συχνότητα 60-80% και ενδομήτριο θάνατο σε συχνότητα 75%. Αντιμετωπίζεται με χλωραμφενικόλη και αμπικιλλίνη, που λιγοστεύουν τους κινδύνους.

Λέπρα.

Δεν προκαλεί στο έμβρυο βλάβες και η θεραπεία της με σουλφόνες δεν προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες σ' αυτό. Το ένα τρίτο των νεογνών, αν δεν απομακρυνθούν από τη μητέρα, προσβάλλεται από την πάθηση.

Ελονοσία.

Η πάθηση σπανίζει στην εποχή μας. Αν συμβεί προσβολή της εγκύου από ελονοσία, είναι δυνατό να πάθει αυτόματη έκτρωση ή πρόιμο ή πρόωρο τοκετό. Προληπτικά, όταν πρόκειται η έγκυος να επισκευθεί περιοχή, που

εμφανίζει ελονοσία, χορηγούμε χλωροκίνη 500 mg από το στόμα και για μία εβδομάδα. Τα ανθελνοσιακά φάρμακα δεν επιδρούν στο έμβρυο στις συνηθισμένες δόσεις.

Διφθερίτιδα.

Η πάθηση προκαλεί στο 1/3 των περιπτώσεων αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης, χωρίς να προσβάλλει το έμβρυο. Ορισμένες μορφές της εντοπίζονται στο αιδοίο ή στον κόλπο.

Έρπητας.

Ο ιός του απλού έρπητα (HSV=Herpes Simplex Virus), που διακρίνεται σε δύο αντιγονικούς τύπους, τον I και II, ανευρίσκεται σε συχνότητα 50%. Η πιθανότητα μόλυνσης σε υποτροπή της λοίμωξης είναι μόνο 5%.

Ο ιός του έρπητα μπορεί να απομονωθεί με καλλιέργεια και να εντοπισθεί με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ή ανοσοφθορισμό ή μονοκλωνικά αντισώματα ή από ενδοκυτταρικά έγκλειστα. Η εξέταση γίνεται σε ορό φυσαλίδων ή στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Οι ορολογικές εξετάσεις έχουν μικρή αξία στη διάγνωση.

Η πάθηση προλαμβάνεται με την επισκόπηση του γεννητικού συστήματος κατά τον τοκετό και την εκτέλεση καισαρικής τονμής όταν υπάρχουν βλάβες και οι εμβρυϊκοί υμένες δεν έχουν ραγεί για περισσότερες από 4 ώρες. Κίνδυνος υπάρχει μόνο από πρωτομόλυνση και όχι από ασυμπτωματική παρουσία του ιού· γι' αυτό και οι μέθοδοι παρακολούθησης με καλλιέργεια κλπ. Και η εκτέλεση καισαρικής τομής δεν είναι αποτελεσματικές. Υπολογίσθηκε, πως για να σωθούν 11 νεογνά, πρέπει να ξοδευτούν 180 εκατομμύρια δολάρια και πως θα πεθάνουν 3 μητέρες από τις επιπλοκές της καισαρικής τομής.

Για τη διάγνωσή του εκτελούμε καλλιέργεια από τον κόλπο ή τον τράχηλο ή προβαίνουμε σε λήψη επιχρισμάτων του. Για να διαπιστωθεί η προσβολή του εμβρύου καταφεύγουμε σε καλλιέργεια αμνιακού υγρού, για την ανεύρεση του ιού.

Θεραπευτικά, χορηγούμε ακυκλοβίρη (Zovirax).

Ηπατίτιδα.

Η λοιμώδης ηπατίτιδα διακρίνεται στην κοινή ή ηπατίτιδα Α και στην από ομόλογο ορό ή ηπατίτιδα Β. Η Α μεταδίδεται από το στόμα και η Β με μεταγγίσεις αίματος, με σύριγγες κοινής χρήσης τοξικομανών και με τη συνουσία.

Η πάθηση δεν επιβαρύνεται στην εγκυμοσύνη, ούτε επιβαρύνει αυτή. Είναι, όμως δυνατό, αν προσβάλλει την έγκυο στο τρίτο τρίμηνο, δεν διαπιστώθηκε.

Η μετάδοση της Β ηπατίτιδας από την έγκυο στο έμβρυο ή από τη μητέρα στο νεογνό, όταν η γυναίκα είναι άρρωστη ή όταν είναι ασυμπτωματικός φορέας, έχει επιβεβαιωθεί.

Αιματογενής μετάδοση δυνατό να συμβεί μόνο στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όταν η έγκυος πάσχει από ηπατίτιδα, και σε συχνότητα 5%.

Η μετάδοση της πάθησης συμβαίνει όταν το έμβρυο περνάει το γεννητικό σωλήνα ύστερα από επαφή του με το μητρικό αίμα ή τις εκκρίσεις του κόλπου. Το πιθανότερο είναι το έμβρυο να μολύνεται από κατάποση αμνιακού υγρού. Ο θηλασμός δεν μεταδίδει την πάθηση· γι' αυτό δεν πρέπει να διακόπτεται.

Ανεξάρτητα από τον τύπο της ηπατίτιδας, όταν αυτή προσβάλλει την έγκυο, η εγκυμοσύνη πρέπει να συνεχιστεί. Μόνο σε επιδείνωση της κατάστασης της εγκύου ή σε περίπτωση εμβρυϊκής δυσφορίας διακόπτουμε την

εγκυμοσύνη. Σε περίπτωση εμφάνισης κεραυνοβόλου ηπατικής ανεπάρκειας εκτελούμε έγκαιρα καισαρική τομή και χορηγούμε νωπό πλάσμα ή αιμοπετάλια, για ν' αποφύγουμε μεγάλη αιμορραγία.

Ο έλεγχος για το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας HBSAg (αυστραλιανό αντιγόνο) πρέπει να γίνεται σ' όλες τις έγκυες. Αν είναι θετικός, πρέπει να γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη αντιγόνων HbeAg, HbcAg και για την ύπαρξη αντιγόνων HbeAg, HbcAg και για αντισώματα αντι-HBS, αντί-HBc και αντί-Hbe.

Η παρουσία HbeAg δείχνει μεγάλη μολυσματικότητα, ενώ η παρουσία αντισωμάτων είναι καθησυχαστική, ακόμη και αν υπάρχει το αυστραλιανό αντιγόνο.

Μετά τη γέννηση το νεογνό πρέπει να εμβολιασθεί σε τέσσερις δόσεις, ενώ ανοσοσφαιρίνη θα απαιτηθεί μόνο αν η μητέρα είναι θετική στο HbeAg.

Στρεπτοκοκκίαση.

Ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος θεωρείται υπεύθυνος νεογνικής σηψαιμίας με αδιευκρίνιστο μηχανισμό. Βρίσκεται στον κόλπο και στον τράχηλο της εγκύου, όπως επίσης στο φάρυγγα, στο ουροποιητικό σύστημα και στο ορθό.

Το έμβρυο προσβάλλεται πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού από το αμνιακό υγρό ή τον κόλπο. Αν και τα περισσότερα έμβρυα μολύνονται, λίγα νεογνά εμφανίζουν την πάθηση. Όταν όμως εκδηλωθεί, η θνησιμότητά τους φτάνει το 20%.

Έχει υπολογισθεί, πως 15-20% των υγιών εγκύων είναι αποικισμένες με β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο και πως το 10% των νεογνών τους θα εμφανίσουν σηψαιμία.

Η παρουσία του μικροβίου στο γεννητικό σύστημα προκαλεί πρόωρη ρήξη υμένων, πρόωρο τοκετό και ενδομήτριο θάνατο σε συχνότητα, ίσως, 7%. Το μικρόβιο διέρχεται το φραγμό των υμένων και πολλαπλασιάζεται στο αμνιακό υγρό. Ιδιαίτερη ευαισθησία δείχνουν τα πρόωρα νεογνά.

Η διάγνωση της πάθησης γίνεται με καλλιέργεια εκκριμάτων ή αίματος.

Η πρόληψη της σηψαιμίας είναι δύσκολη, εκτός και αν χορηγηθεί αμπικιλίνη στον τοκετό σε όλες τις φορείς, αλλά αυτές δεν μπορούν να εντοπισθούν αξιόπιστα. Ομάδα υψηλού κινδύνου αποτελούν γυναίκες με κακό αναπαραγωγικό ιστορικό, πρόωρη ρήξη των υμένων και πρόωρο τοκετό. Τελευταία, οι μέθοδοι έγκαιρης ανεύρεσης του μικροβίου στον κόλπο, έχουν διωρυνθεί.

Ιός θηλωμάτων.

Ο ιός HPV προκαλεί δερματικές βλάβες του τύπου των κονδυλωμάτων, ακροχορδόνων και θηλωμάτων. Προσβάλλει το αιδοίο, τον κόλπο, τον τράχηλο, το πέος και μεταδίδεται συνήθως σεξουαλικά.

Ο ιός θηλωμάτων δυνατό να προσβάλλει το έμβρυο κατά τον τοκετό προκαλώντας θηλώματα στο λάρυγγα· γι' αυτό η εκτέλεση καισαρικής τομής σε μεγάλες βλάβες κρίνεται σκόπιμη.

Η αντιμετώπισή της συνίσταται σε ηλεκτροπηξία, κρυοπηξία ή καταστροφή τους με ακτίνες laser. Φαρμακευτική αντιμετώπιση με ποδοφυλλίνη ή παραγώγων της ή η χορήγηση φθριοουρακίλης δεν έχουν ένδειξη. Επιτρέπεται η χρήση τριχλωροξικού οξέος.

Παρβοϊός B19.

Ο παρβοϊός B19 αποτελεί αιτία εκδήλωσης λοιμώδους ερυθήματος ή *πέμπτης νόσου* και μεταδίδεται με σταγονίδια. Εκδηλώνεται ασυμπτωματικά ή με ερύθημα των παρειών, κακουχία, κρυολόγημα ή αρθροπάθεια.

Η μετάδοση της πάθησης στο έμβρυο γίνεται αιματογενώς και στα πρώτα δύο τρίμηνα της εγκυμοσύνης δυνατό να προκαλέσει ενδομήτριο θάνατο. Έχει αναφερθεί μόνο μία περίπτωση με συγγενείς ανωμαλίες και θρομβοπενία. Στο δεύτερο τρίμηνο προκαλεί εμβρυϊκό ύδρωπα, που ακολουθείται από θάνατο σε 4-5 εβδομάδες μετά τη μητρική λοίμωξη.

Η διάγνωση στην έγκυο γίνεται κυρίως με την αναζήτηση των αντισωμάτων, αλλά η μέθοδος δεν έχει διαδοθεί. Στο έμβρυο γίνεται υπερηχογραφικά με αποκλεισμό άλλων αιτίων ύδρωπα, και αναζήτηση IgM και καλλιέργεια ιού.

Ενδομήτρια θεραπεία είναι εφικτή με καλά αποτελέσματα και περιλαμβάνει δακτυλισμό και ενδομήτρια μετάγγιση.

Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.

Το σύνδρομο αυτό, που είναι γνωστό από το 1976 και αναφέρεται ως σύνδρομο AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome), αποτελεί μία νέα νοσολογική οντότητα, που οφείλεται στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV: Human Immunodeficiency Virus).

Στην Ελλάδα τα θύματα της πάθησης υπολογίζεται πως ανέρχονται στα 650 μέχρι σήμερα και οι φορείς της στις 8.000-10.000.

Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται μεταξύ 30-50 ετών, τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες.

Ασυμπτωματικές έγκυες φορείς υπάρχουν σε συχνότητα 1:3000 και όλες ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Αυτές είναι ομάδες αιμορροφιλικών, ομοφυλοφίλων, ναρκομανών και ατόμων, που ταξίδεψαν στην Αφρική

μετά το 1977, που μεταγγίστηκαν πριν το 1985 και πορνών. Στις ομάδες αυτές των γυναικών συστήνεται ο έλεγχός του ύστερα από ενημέρωσή τους και συναίνεσή τους.

Ο ιός μεταδίδεται αιματογενώς σε πολυμεταγγιζόμενους, σε τοξικομανείς, που κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών χρησιμοποιώντας κοινές κοινές σύριγγες και βελόνες και με τη συνουσία, γιατί ανιχνεύτηκε στο σπέρμα και στο έκκριμα του τραχήλου της μήτρας. Άλλος τρόπος μετάδοσης είναι από τη μητέρα στο παιδί της (10-40%), είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είτε κατά τον τοκετό, είτε στο νεογνό κατά το θηλασμό, γιατί ο ιός απομονώθηκε και στο μητρικό γάλα.

Ενδομήτρια λοίμωξη από τον ιό προκαλεί επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου και πρώιμο τοκετό. Ίσως αυτά να οφείλονται στον τρόπο ζωής των εγκύων και σε καταχρήσεις.

Το σύνδρομο AIDS χαρακτηρίζεται από ανοσολογική ανεπάρκεια των T4 κυττάρων με αποτέλεσμα την εκδήλωση βαριών λοιμώξεων με τέσσερις μορφές:

Την πνευμονική (έντονη δύσπνοια, υποξογοναιμία, θωρακικοί πόνοι).

Τη γαστρεντερική (εντερίτιδα, διάρροιες, απώλεια βάρους).

Τη νευρολογική (μηνιγγίτιδα, προοδευτική λευκοεγκεφαλοπάθεια, εγκεφαλικό λέμφωμα, θρόμβωση, εγκεφαλικές αιμορραγίες).

Την εμπύρετη (ψηλός πυρετός, κακουχία, απώλεια βάρους).

Στις κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου περιλαμβάνονται, εκτός από τις ευκαιριακές λοιμώξεις, και η μυασθένεια και το σάρκωμα Kaposi.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται λεμφοπενία, που αφορά στα T4 λεμφοκύτταρα και η παρουσία αντισωμάτων κατά του ιού (IgG και IgM, που ανιχνεύονται με τη δοκιμασία ELISA ή την πιο ειδική δοκιμασία Southern blot.

Σε συχνότητα πάνω από 70% το σύνδρομο προσβάλλει αρσενικούς ομοφυλόφιλους ύστερα από μικροτραυματισμούς κατά τη συνουσία, που βοηθάνε στον ενοφθαλμισμό του ιού.

Σε γυναίκες, που είναι ασυμπτωματικοί φορείς και έχουν φυσιολογικό αριθμό CD4 λεμφοκυττάρων, η εγκυμοσύνη δεν φαίνεται να επιταχύνει την εμφάνιση της πάθησης. Όταν ο αριθμός των CD4 λεμφοκυττάρων είναι κάτω από $300/\text{mm}^3$, αυξάνεται η πιθανότητα ευκαιριακών λοιμώξεων.

Προγεννητική διάγνωση της πάθησης στο έμβryo είναι δυνατή με την ανίχνευση του ιού στο αμνιακό υγρό, στο αίμα και στις λάχνες ή με μέτρηση των IgM στο αίμα, αλλά δεν είναι διαγνωστικά ακριβής και περιέχει τον κίνδυνο εμβρυομητρικής μετάδοσης του ιού.

Θεραπευτικά, το σύνδρομο αντιμετωπίζεται με θεραπεία της λοίμωξης ή της νεοπλασίας που προκάλεσε. Αποκατάσταση της ανοσολογικής ανεπάρκειας δεν πετυχαίνουμε. Φάρμακα που δοκιμάστηκαν είναι πολλά. Τελευταία χρησιμοποιείται το AZT (Azido-Deoxy-Thymidin), που φέρεται στο εμπόριο ως Retrovir. Εκφράζεται η αισιοδοξία επιτυχίας παρασκευής εμβολίου κατά της πάθησης.

Η εμφάνιση εγκυμοσύνης σε γυναίκα φορέα του HIV απαιτεί καλή ενημέρωση για τους κινδύνους και τις πιθανές εξελίξεις, εκτίμηση της ανοσολογικής ικανότητας, διερεύνηση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ηπατίτιδα, μεγαλοκυτταρικό ιό, τοξόπλασμα, φυματίαση και άλλες σχετιζόμενες τον AIDS νόσους.

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει συχνή μέτρηση των CD4 λεμφοκυττάρων, κοινωνική υποστήριξη, χορήγηση ειδικών φαρμάκων για προφύλαξη και παρακολούθηση του εμβρύου υπερηχογραφικά.

Τη στιγμή αναγραφής των παραπάνω, οι γνώσεις μας πάνω στο σύνδρομο είναι ακόμη ελλειπείς.

Η γενική ανάλυση ούρων

Αναλύοντας τα ούρα διαφαίνονται εύκολα στοιχεία σχετικά τόσο με ασθένειες του ουροποιητικού συστήματος, όσο και σχετικά με τη γενική κατάσταση του ουροποιητικού συστήματος, όσο και σχετικά με τη γενική κατάσταση του οργανισμού. Ακριβώς γι' αυτό το λόγο, κατά την εγκυμοσύνη είναι πολύ χρήσιμο να επαναλαμβάνεται αυτή η ανάλυση κάθε μήνα.

Γι' αυτό, αρκεί να πάτε στο εργαστήριο ένα δείγμα ούρων που έχουν συλλεγεί και διατηρηθεί με διάφορους τρόπους και ποικίλουν ανάλογα με το αντικείμενο που προτίθεται ν' αξιολογήσει ο γιατρός.

Γενικά, το γυναικολόγο τον ενδιαφέρουν τρεις παράγοντες: το λεύκωμα, το σάκχαρο και τα λευκοκύτταρα.

Το λεύκωμα είναι μια πρωτεΐνη που δεν θα έπρεπε να βρίσκεται φυσιολογικά στα ούρα. Αν βρεθεί σε μικρή αναλογία, μπορεί να εξαρτάται από μια παροδική αλλαγή της νεφρικής λειτουργίας, κάτι που δεν είναι σύμπτωμα ασθένειας αντίθετα, αν βρεθεί να υπάρχει σε μεγαλύτερες ποσότητες, είναι ένα αρνητικό σημάδι που απαιτεί άλλες αναλύσεις για να φτάσουμε σε μια ακριβή διάγνωση.

Η παρουσία σακχάρου στα ούρα πρέπει να ελέγχεται για να εξευρεθεί η πιθανότητα ύπαρξης διαβήτη.

Τα λευκοκύτταρα θα πρέπει να υπάρχουν σε ελάχιστες ποσότητες αντίθετα, θα μας ειδοποιούν για την ύπαρξη λοιμώξεων στο ουροποιητικό σύστημα. Κατά την εγκυμοσύνη, αυτού του είδους οι μολύνσεις είναι πιο συχνές από το συνηθισμένο, αλλά με την ανάλυση ούρων είναι δυνατό να τις διαγνώσουμε και να τις θεραπεύσουμε εύκολα.

ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ RH - ABO

Στο 85% των ατόμων, τα ερυθρά αιμοσφαίρια διαθέτουν ένα ειδικό χαρακτηριστικό (τον παράγοντα RH) που επιτρέπει να ταξινομήσεις το αίμα ότι ανήκει στην ομάδα RH θετικό (+). Τα υπόλοιπα, από τα οποία λείπει αυτός ο παράγοντας, ανήκουν στην ομάδα αίματος RH αρνητικό(-). Ανήκετε στη μια ή την άλλη ομάδα από τη στιγμή της σύλληψης, βάσει των κληρονομικών χαρακτηριστικών που λάβατε από τους γονείς σας.

Στη ειδική περίπτωση που η μητέρα είναι RH και ο πατέρας RH+ υπάρχουν πολλές πιθανότητες να κληρονομήσει το έμβryo τον παράγοντα R H του πατέρα και σ' αυτή την περίπτωση το αίμα τον θα έχει ασυμβατότητα μ' εκείνη της μητέρας.

Σ' αυτό τη σημείο υπάρχουν δυο πιθανότητες:

Ο οργανισμός της μητέρας ήδη έχει έρθει σ' επαφή με αίμα RH+ λόγω μιας προηγούμενης εγκυμοσύνης, μιας έκτρωσης ή μιας λανθασμένης μετάγγισης. Σ' αυτή την περίπτωση, το αίμα της μητέρας έμαθε να παράγει συγκεκριμένες φυσικές άμυνες που μπορούν να επιτεθούν και να κατατρέξουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια RH+ που αναγνωρίζει σαν ξένα. Αυτή η ικανότητα αυτοάμυνας, που λέγεται ανοσία RH, συντελεί ώστε σε απουσία μιας κατάλληλης θεραπείας το αίμα του εμβρύου υφίσταται επίθεση από το αίμα της μητέρας, προκαλώντας μια σοβαρή ασθένεια ονομαζόμενη ερυθροβλάσωση του εμβρύου, ή αιμολυτικό ίκτερο του νεογέννητου.

Ο οργανισμός της μητέρας δεν είχε έρθει ποτέ σ' επαφή με αίμα RH+. Σ' αυτή την περίπτωση δεν δημιουργείται κανένα πρόβλημα για την εν εξελίξει εγκυμοσύνη, αλλά τίθεται σε κίνηση η πορεία της ανοσίας RH που αν λείπει η κατάλληλη ιατρική επέμβαση, στην επόμενη εγκυμοσύνη θ εκθέσει σε κίνδυνο το έμβryo.

Ερυθροβλάσωση του εμβρύου (ή αιμολυτικός ίκτερος του νεογέννητου)

Συνίσταται σε μια προοδευτική καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος του εμβρύου. Μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή, στο θάνατο του εμβρύου στη μήτρα, ή ακόμη, όταν γίνει η γέννηση να εκδηλωθεί μια σοβαρή αναιμία μ' έναν ίκτερο κάθε φορά και πιο βαρύ, που μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικά τραύματα σοβαρότατα και μη αναστρέψιμα.

Γίνεται διάγνωση και ελέγχεται μέσω περιοδικών αμνιοκεντήσεων.. Σε περίπτωση που θα ήταν απαραίτητο καταφεύγετε σε μετάγγιση αίματος στη μήτρα και επίσπευση του τοκετού. Μετά τον τοκετό, το μωρό υπόκειται σε θεραπεία που μερικές φορές συμπεριλαμβάνει την πλήρη αντικατάσταση τον αίματος.

Πρόληψη

Η εξακρίβωση της ομάδας αίματος και του παράγοντα RH πρέπει να γίνεται πάντα στην αρχή της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση ανάγκης, θα επαναλαμβάνεται κάθε μήνα το τεστ τον COOMBS.. Μ' αυτή την ανάλυση που χρησιμεύει για να διαπιστωθεί η ύπαρξη τυχόν αντισωμάτων στο αίμα της μητέρας, είναι δυνατόν να καθοριστεί αν χρειάζεται να πάρετε μέτρα για να διαφυλάξετε την υγεία τον εμβρύου. Από χρόνια στις γυναίκες με RH που είχαν ένα παιδί με RH+ τους γίνεται στη συνέχεια μια πολύ απλή θεραπεία (η προφύλαξη με ανοσοφαιρίνες αντι -D που μπορεί να εξαλείψει την ανοσία R H και, συνεπώς, τους κινδύνους για μια μελλοντική εγκυμοσύνη.

ΣΥΓΓΕΝΗ ΕΛΑΤΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Οι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν μια συγγενή ανωμαλία είναι πολλοί και πολύ διαφορετικοί μεταξύ τους. Για να απλοποιούνται τα πράγματα, χωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Αυτούς που ήδη υπάρχουν κατά τη στιγμή της σύλληψης και αυτούς που δημιουργούνται τους επόμενους μήνες.

Αιτίες που υπάρχουν από τη στιγμή της σύλληψης

Το γονιμοποιημένο ωάριο περιέχει τις «οδηγίες» που θα κατευθύνουν την ανάπτυξη τον νέου ατόμου. Αυτές οι οδηγίες καλούνται «γενετική καταβολή».

Αν αυτές οι οδηγίες περιέχουν λάθη, η μεταγενέστερη ανάπτυξη αναπόφευκτα επηρεάζεται απ' αυτά, και συνεπώς, η νέα ύπαρξη που μόλις έχει δημιουργηθεί θα έχει κάποια ελαττώματα περισσότερο ή λιγότερο σοβαρά, ανάλογα με το είδος της ανωμαλίας που υπάρχει στη γενετική καταβολή.

Γενικά, οι συνέπειες είναι τόσο σοβαρές που είναι ασυμβίβαστες με τη ζωή, συνεπώς προκαλείται μια αποβολή και συχνά είναι τόσο πρόωρη που περνά ανειδοποίητη.

Αλλά, μπορεί να συμβεί αν ή η ανωμαλία να είναι τέτοιας μορφής που να επιτρέπει τη συνέχιση και ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης. Σ' αυτή την τελευταία περίπτωση, το μωρό θα γεννηθεί με κάποια ελαττώματα. Μόνο σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις θα είναι τόσο δραματικά που θα καταλήξουν στο θάνατο σε λίγες μέρες. Πιο συχνά, του επιτρέπουν να ζήσει αν και θα το κάνει σε συνθήκες περισσότερο ή λιγότερο δύσκολες.

Ανάμεσα στα συγγενή ελαττώματα που προκαλούνται από μεταβολή της γενετικής καταβολής, μερικά μεταφέρονται από τους γονείς στα παιδιά βάσει ορισμένων νόμων, και έχουν ως προέλευση ασθένειες που προσβάλλουν την ίδια οικογένεια.

ΠΡΟΓΕΝΝΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Χάρη στην προγεννητική διάγνωση μπορούμε να γνωρίζουμε εάν το παιδί που θα γεννηθεί θα είναι εντελώς υγιές.

Πότε πρέπει να ζητείται γενετική συμβουλή;

A. Κύριες

1. Ηλικία της μητέρας > 35 χρόνια.
2. Όταν οι γονείς είναι φορείς χρωμοσωματικών ανωμαλιών.
3. Όταν υπάρχει προηγούμενο παιδί στην οικογένεια με κληρονομική χρωμοσωματική ανωμαλία.
4. Όταν υπάρχει προηγούμενο παιδί με ψυχοκινητική καθυστέρηση.
5. Όταν υπάρχει προηγούμενο παιδί με συγγενή διαταραχή του μεταβολισμού.
6. Όταν οι γονείς είναι γνωστοί φορείς διαταραχών, που είναι ανιχνευσιμες ενδομήτρια..
7. Όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό με ανοικτές βλάβες του Κ.Ν.Σ.

B. Δυνητικές

1. Ηλικία του πατέρα >55 χρόνια.
2. Πρώιμη έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία υψηλής δόσης (κατά τις πρώτες 3 εβδομάδες της κύησης.)
3. Σε μητέρες με παθήσεις του θυρεοειδούς.
4. Όταν υπάρχει ιστορικό με προβλήματα αναπαραγωγής (μακροχρόνια στειρωση, απνειλημμένες αυτόματες εκτρώσεις, κύηση ύστερα από πρόκληση ωθυλοακιορρηξίας).
5. Σε ζευγάρια που ζητούν ελαχιστοποίηση των γνωστών μικρών κινδύνων.

Τι είναι το A τέστ

Το A τέστ είναι η πλέον διαδεδομένη μέθοδος,

Ξεχωρίζει μια ομάδα γυναικών που θα πρέπει να κάνει προγεννητικό έλεγχο, δεν μας βγάζει διάγνωση.

Δείχνει την πιθανότητα που έχει η έγκυος να γεννήσει παιδί με χρωμοσωματική ανωμαλία.

Η μελέτη γίνεται από το αίμα της μέλλουσας μαμάς.

Υπερηχογραφία

Η μέθοδος των υπερήχων άρχισε να χρησιμοποιείται από το 1977 στην Ελλάδα.

Εφαρμόζεται εκτεταμένα στα κρατικά μαιευτικά τμήματα και στα σύγχρονα ιδιωτικά μαιευτήρια. Η υπερηχογράφηση είναι ανώδυνη μέθοδος, διοχέτευσης δέσμης υπερήχων με τους οποίους μπορούμε να βλέπουμε σε οθόνη να αποτυπώνονται σε φωτογραφίες τα διάφορα ενδοκοιλιακά όργανα.

Οι υπέρηχοι δεν είναι ακτινοβολία τύπου ακτίνων, αλλά διοχέτευση δέσμης υπερήχων. Δεν πρέπει να μπερδευτεί η υπερηχογραφία με την ακτινογραφία.

Η υπερηχογραφία εφαρμόζεται ευρύτατα σε πολλές ειδικότητες της ιατρικής όπως καρδιολογία, ουρολογία, χειρουργική γυναικολογία.

Στη γυναικολογία οι υπέρηχοι συντελούν στο να διαγνωσθούν τα έσω γεννητικά όργανα, η τοπογραφική θέση και η σύσταση της μήτρας, της ωοθήκης κ.α. ώστε να καθοριστούν οι προϋποθέσεις που βοηθούν στο να γίνει πιο συγκεκριμένη η διάγνωση.

Πότε πρέπει να γίνεται η υπερηχογραφία

Μετά από καθυστέρηση πέντε εβδομάδων περίπου, υπάρχει δυνατότητα να διαπιστωθεί εγκυμοσύνη και στην συνέχεια να ελεγχθεί η ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Με την εφαρμογή των υπερήχων στην αρχή της εγκυμοσύνης μπορεί να διαγνωστεί:

α) Μιά πολύδυμη εγκυμοσύνη.

β) Να εντοπισθεί η θέση του πλακούντα μέσα στην μήτρα. Δηλαδή αν είναι επιχείλιος, παραχείλιος, επιπωματικός. γ) Μπορούν να διαγνωστούν τυχόν διαμαρτίες που αφορούν την διάπλαση του εμβρύου.

Η έγκαιρη διάγνωση των παθολογικών καταστάσεων έχει μεγάλη σημασία για την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης και την επιτυχή εξέλιξη ττου τοκετού.

Αμνιοκέντηση:

Στην Ελλάδα πρωτοεφαρμόσθηκε το 1975 για προγεννητικό έλεγχο από τον καθηγητή Κ. Πρεβεδουράκη.

Πώς γίνεται : Στην αρχή γίνεται ένα υπερηχογράφημα, έτσι είναι γνωστή η ακριβή θέση του πλακούντα και του εμβρύου. Στη συνέχεια γίνεται παρακέντηση με μία ειδική βελόνα στον αμνιακό σάκο στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα της εγκύου. Στη συνέχεια αναρροφούν 20κ.ε. περίπου αμνιακό υγρό το οποίο εξετάζουν οι γενετιστές στο εργαστήριο.

Σήμερα η αμνιοπαρακέντηση θεωρείται η πιό διαδεδομένη μέθοδος για προγεννητικό έλεγχο, με πολύ υψηλό ποσοστό επιτυχίας 97%-99%.

Αμνιογραφία-Εμβρυογραφία

Είναι ακτινολογική μέθοδος που σκιαγραφεί την κοιλότητα της μήτρας μαζί με το έμβρυο. Η σκιαγράφηση επιτυγχάνεται με υδατοδιαλυτή σκιερή ουσία μετά από αμνιοπαρακέντηση.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η ήβη είναι μια χρονική περίοδος της ζωής, στην οποία συμβαίνει ένα σύνολο μεταβολών στην φυσική κατάσταση και στον χαρακτήρα του παιδιού. Οι γονάδες (όρχεις και ωθήκες αρχίζουν την κανονική τους λειτουργία, το παιδί ωριμάζει, ενηλικιώνεται και αποκτά το τελικό του ύψος.

Η εφηβεία είναι σαν κάτι καινούργιο στον έφηβο, το οικογενειακό και στο κοινωνικό περιβάλλον, προκαλεί ένα έντονο STRESS και υποχρεώνει την οικογένεια να αλλάζει και διευρύνει τις δομές της. Οι σωματικές αλλαγές παρουσιάζονται κατά το 11^ο με 13^ο έτος της ηλικίας. Στο κορίτσι η έναρξη της ήβης χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη των μαστών, την έναρξη της τρίχωσης του εφηβαίου και των μασχάλων, την ανάπτυξη του σκελετού και την έναρξη της περιόδου.

Στο αγόρι παρατηρείται από την τρίχωση στο εφηβαίο και στις μασχάλες, την αύξηση της μυϊκής δύναμης και του βάρους, την ανάπτυξη του σκελετού και των γεννητικών οργάνων.

Σ' αυτή την χρονική περίοδο, η συμπεριφορά του εφήβου χαρακτηρίζεται από ερειστικότητα, πρόκληση και αλλαγή του κεφίου. Από ψυχολογικής πλευράς, χαρακτηριστικό είναι η λειτουργία της αφαιρετικής σκέψης και η ικανότητα για συναισθηματικές αλλαγές.

Υπάρχει μια ιδιαίτερη ευαισθησία όσον αφορά τις συνέπειες για κάθε πράξη, τον έλεγχο των φαντασιώσεων και την συμπάθεια προς τους ξένους προβληματισμούς.

Όσον αφορά την οικογένεια, από τη μια πλευρά προσπαθεί να κρατήσει την σωστή της και από την άλλη να προετοιμάσει τα παιδιά να φύγουν από το οικογενειακό περιβάλλον. Το παιδί πρέπει να ορίσει την ταυτότητά του, ανεξάρτητα από την εξουσία των γονέων. Η εφηβεία, όμως, σαν μεταβατικό στάδιο, περιέχει έναν γενικότερο προβληματισμό, γιατί απλά οι έφηβοι δεν έχουν μάθει ακόμη να χρησιμοποιούν τις αλλαγές αυτές που συντελούνται.

Η ποιότητα, η ποσότητα και η διάρκεια του προβληματισμού αυτού θα εξαρτηθεί από την οικογενειακή δομή και συγκεκριμένα από την σχέση των γονιών

και τις σχέσεις του με τους άλλους γονείς.

Αυτό που χρειάζεται ο έφηβος είναι ενημέρωση του τι συμβαίνει πραγματικά. Επίσης και οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται για το τι συμβαίνει στα παιδιά τους και χρειάζεται ήπιος διάλογος μεταξύ τους.

Η ενημέρωση των νέων πάνω σε θέματα γενετήσιας αγωγής πρέπει να ξεκινάει από την παιδική ηλικία. Η ολοκληρωμένη ενημέρωση, βοηθά το παιδί να σχηματίσει ολοκληρωμένη γνώμη για το σεξ και δύσκολα παρασύρεται, βοηθώντας συγχρόνως τους συνομηλικούς του προτρέποντας τους για ενημέρωση όσον αφορά τα θέματα της σεξουαλικής αγωγής.

Το παιδί αρχίζει να μαθαίνει για την ύπαρξη και τις διαφορές των γεννητικών οργάνων στο 6ο με 7ο έτος της ηλικίας, ενώ τα παιδιά με αδέρφια του ίδιου φύλου αποκτούν νωρίτερα αυτή την εμπειρία.

Τα πρώτα μηνύματα σεξουαλικής αγωγής τα παίρνει το παιδί από την οικογένεια και ιδιαίτερα από την μητέρα, επειδή με αυτή έρχεται σε μεγαλύτερη επαφή, χωρίς βέβαια να υποβαθμίζονται οι ευθύνες του πατέρα.

Η εκπαίδευσή της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία πρέπει να γίνεται σταδιακά και προοδευτικά και ανάλογα με την σχολική βαθμίδα και τα μαθήματα να έχουν διαλογικό χαρακτήρα. Η διδασκαλία πρέπει να γίνεται από ειδικευμένα άτομα (γιατροί, μαίες, ψυχολόγοι).

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά, όχι μόνο επειδή οι γονείς κατέχονται από προκαταλήψεις, αλλά γιατί δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις να πληροφορήσουν τα παιδιά τους σωστά. Και οι γονείς και τα παιδιά πιστεύουν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να διδάσκεται στα σχολεία, είτε στο δημοτικό είτε στο Γυμνάσιο, από άτομα με ειδικές γνώσεις πάνω σ, αυτό το θέμα.

Ζητήματα που αφορούν την εγκυμοσύνη στην εφηβεία, αναπτύχθηκαν σε μια γρήγορη αλλαγή του κοινωνικού περιεχομένου. Οι οικογένειες με έναν γονέα διπλασιάστηκαν μεταξύ 1959 -1983, όπως και το ποσοστό των παιδιών που ζουν με την μητέρα τους.

Ο αριθμός των εφήβων πατέρων που ζούν χωριστά από ένα έστω παιδί τους τριπλασιάστηκε μεταξύ 1979 -1983. (Davis 1989).

Μια δεύτερη μεγάλη κοινωνικά αλλαγή τα τελευταία 30 χρόνια, είναι η αύξηση στον αριθμό των γυναικών που δουλεύουν έξω από το σπίτι. Το ποσοστό των παιδιών και εφήβων με εργαζόμενες μητέρες αυξήθηκε από το 45% το 1960 στο 62% το 1980. Αυτή η αλλαγή δίνει σε πολλές έφηβες του 1980 ένα μητρικό μοντέλο, που είναι μόνο χωρισμένο και δουλεύει εκτός σπιτιού. (Davis 1989).

Οι πιο φανεροί κίνδυνοι και οι πιο εύκολοι να καταγραφούν, είναι οι φυσικοί κίνδυνοι για την έφηβη μητέρα. Το πιο σοβαρό, είναι ο θάνατος από τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης, για τα κορίτσια κάτω των 15 ετών, όπου το ποσοστό είναι 60% πιο υψηλό, εν συγκρίσει με τις γυναίκες 20-24 ετών. (Davis 1989).

Παρόλο που υπάρχει κάποια αμφισβήτηση σχετικά με το πόσο η ηλικία και η βιολογία συνεισφέρουν στο αποτέλεσμα, οι έφηβες μητέρες των 15 ετών και κάτω είναι σε αυξημένο κίνδυνο για κεφαλομυελική δυσαναλογία, αναιμία, τοξιναιμία, υπέρταση και κολπικές μολύνσεις.

Αυτό τα προβλήματα συχνά είναι μυϊκά και αναφέρονται αργά λόγω αργοπορημένης ή ανεπαρκούς προγεννητικής φροντίδας για τις έφηβες, που μπορεί να μη συνειδητοποιήσουν και να μην δεχτούν ότι είναι έγκυες, παρά μόνο όταν θα είναι αρκετά αργά πού δεν θα μπορούν να πληρώσουν.

Τα παιδιά των δεκαπεντάχρονων μητέρων, σε σύγκριση με τα παιδιά μητέρων μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν διπλάσια πιθανότητα να έχουν βάρος κάτω των 2.100 γραμ. στην γέννηση και τριπλάσια πιθανότητα να πεθάνουν στις επόμενες 28 ημέρες της ζωής. (McAparnev - Hendee 1989).

Το γεγονός του υψηλού ρυθμού θανάτου των νεογνών των πολύ νεαρών μητέρων, οφείλεται κυρίως στο μεγάλο ποσοστό χαμηλού βάρους νεογνών. Η προγεννητική φροντίδα φαίνεται να μειώνει αυτή την νοσηρότητα και θνησιμότητα. Προηγούμενες έρευνες έχουν αναφερθεί στο ότι οι έφηβες μητέρες με το ίδιο βάρος εγκυμοσύνης, έχουν μικρότερα νεογέννητα από μεγαλύτερες μητέρες. (McAparnev - Hende 1989).

Έγινε αποδεκτό ότι ανάμεσα στις γρήγορα αναπτυσσόμενες έφηβες, οι δια-

τροφικές απαιτήσεις της εγκυμοσύνης ίσως είναι μεγαλύτερες από ότι στις ενήλικες γυναίκες, και ότι αυτή η αυξανόμενη ζήτηση συμπληρώνεται με τις ανάγκες του εμβρύου. Αποτελέσματα έρευνας (1974-19i9), έδειξαν ότι ο κίνδυνος ενός πρόωρου νεογνού, αυξάνεται πολύ σε έφηβες κάτω των 15 ετών και σε έφηβες που έλαβαν αργά προγεννητική φροντίδα. (Eiscer 1984).

Αυτοί οι δύο παράγοντες επηρεάζονται από την υπευθυνότητα και την οικονομική ικανότητα. Οι κίνδυνοι όμως που μας φοβίζουν περισσότερο, είναι οι ψυχολογικοί και οι μορφωτικοί, αποτελέσματα του συνδυασμού των μειωμένων γονικών παραγόντων των εφήβων και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Καθυστερημένη αντίληψη, προβλήματα συμπεριφοράς και ψυχολογικές ελλείψεις, είναι αποτελέσματα των παραπάνω.

Σε μελέτες που ασχολήθηκαν για την σχέση μητέρας και παιδιού, βρήκαν ότι νεαρές έφηβες μητέρες, είναι λιγότερο υπομονετικές, συγκαταβατικές, συνεργάσιμες και ευαίσθητες προς τα παιδιά τους, τους πρώτους χρόνους της ζωής τους, από ότι μεγαλύτερες μητέρες. (McAparney - Hendee 1989). Αργότερα αυτά τα παιδιά έχουν πιο δραματικά προβλήματα, χρειάζονται θεραπευτική φροντίδα, επαναλαμβάνουν τάσεις και σταματούν το σχολείο σε μεγαλύτερο ποσοστό από άλλα παιδιά. Έχουν καταγραφεί ακόμα, άπια συναισθηματικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων και της επιθετικότητας, ορμητικότητας, τεμπελιάς, ανικανότητας ελέγχου του θυμού, χρήσης ναρκωτικών και πρόωμη σεξουαλική εμπειρία σε παιδιά από έφηβες μητέρες.

Το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη στην εφηβεία οδηγεί τους γονείς σε σταμάτημα από το σχολείο, σε ανεπιθύμητες γεννήσεις, σε οικονομική εξάρτηση δεν είναι απόλυτο. Παρόλα αυτά πολλοί έφηβοι γονείς ζουν στην φτώχεια. Στις Η.Π.Α. το 54% των οικογενειών που ηγούνται από μια γυναίκα, ήταν κάτω από τα όρια της φτώχειας το 1984, εν συγκρίσει με το 12,5% των οικογενειών με δύο γονείς. (Davis1989).

Το 1985, 75% των οικογενειών που ηγούνται από μια γυναίκα κάτω των 25 ετών ζούσαν στην φτώχεια. (ΜιΑμιαπεγ - Hendee 1989).

Μια έρευνα έδειξε, ότι έφηβες μητέρες συμπληρώνουν λιγότερη μόρφωση από

αυτές που καθυστερούν την εγκυμοσύνη. (Davis 1989).

Επίσης φτάνουν σε χαμηλότερο επίπεδο επαγγελματικής επιτυχίας με χρονοβόρα αποτελέσματα και νιώθουν λιγότερο ικανοποιημένες σε σχέση με τα πνευματικά τους προσόντα. Έφηβες μητέρες που έχουν ένα παιδί, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ξαναμείνουν έγκυες και πάλι.

Μια έφηβη σεξουαλικά δραστήρια, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να χρησιμοποιήσει ναρκωτικά από μια όχι σεξουαλικά δραστήρια.

Οι έφηβες μητέρες αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις και τις απαιτήσεις της πρώιμης μητρότητας με λιγότερη ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, προσθέτοντας και τις περιβαντολλογικές και τις οικονομικές πιέσεις, σε σχέση με τις ενήλικες. Έτσι οδηγούνται σε πολύ αγχώδεις καταστάσεις, από τις οποίες για να ξεφύγουν χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά π ακόμα το κάπνισμα και το οινόπνευμα.

Για τους εφήβους πατέρες δεν έχει γίνει ακόμα συστηματική έρευνα. Μελέτες που έχουν γίνει έδειξαν ότι και αυτοί έχουν προβλήματα υγείας, μόρφωσης, συμπεριφοράς και ναρκωτικών. (Mi Anarney- Hewdee 1989).

Περίπου το 39% των εφηβικών κυήσεων τελείωσαν με τεχνητή έκτρωση και περίπου το 1 /3 από όλες τις τεχνητές εκτρώσεις στις ΗΠΑ γίνονται από γυναίκες κάτω των 20 ετών.

Υλικά και μέθοδοι

Στην έρευνα που έγινε, πήραμε στοιχεία από 156 ιστορικά του νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ και 116 ιστορικά του μαιευτηρίου ΕΛΕΝΑ, για το έτος 1991.

Το σύνολο των ιστορικών ήταν 272, για έφηβες γυναίκες που έμειναν έγκυες. Συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες στην έρευνά μας, όσον αφορά την είσοδό μας στα αρχεία των νοσοκομείων και την συλλογή ακριβών πληροφοριών, λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης των ιστορικών.

Τα στοιχεία που συλλέξαμε είναι τα εξής:

Από τις 272 έφηβες, οι 40 από αυτές ήταν αλλοδαπές σε ποσοστό 14,7%. Από αυτές 20% ήταν έγγαμες σε ποσοστό 76,8% και άγαμες 52 σε ποσοστό 19%.

Χωρίς στοιχεία είχαμε 11 σε ποσοστό 4%. Παρατηρήσαμε τα εξής: Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων εγκύων (90,4%) έχει σταματήσει το σχολείο, δεν έχει κάποια εξωτερική απασχόληση και ασχολείται με οικιακά. Όσον αφορά τους συζύγους, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι εργάτες (21%). Το πνευματικό και κοινωνικό τους επίπεδο λοιπόν προέρχεται από χαμηλά κοινωνικά στρώματα.

Παρατηρήσαμε ότι, οι περισσότερες έφηβες ήταν έγγαμες και μετά την μελέτη των ιστορικών, βρήκαμε ότι πολλές παντρεύτηκαν αφού έμειναν έγκυες. Αυτό δείχνει την αντίληψη που επικρατεί στη χώρα μας για την οικογένεια.

Όσον αφορά τον τόκο των εφήβων βρήκαμε τα εξής στοιχεία . 3 Από τις 272 έφηβες, εισήχθησαν για παρακολούθηση 18 (6,6%) επειδή παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα κατά την διάρκεια της κύησης.

Λόγοι καισαρικής τομής ισχιακή προβολή, δυσαναλογία, αλλοίωση παλμών, παράταση, ολνγάμνιο, υπερτονία μήτρας, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και δυσκαμψία τραχήλου.

Από τα νεογνά που γεννήθηκαν, 224 ήταν ζώντα και 8 ήταν νεκρά, ποσοστά 95,3 και 3,4% αντίστοιχα

Από τις έφηβες που εξετάσαμε τα ιστορικά τους, παρουσίασαν επιπλοκές είτε οι ίδιες είτε τα νεογνά τους (ζώντα), οι 76 σε ποσοστό 27,94%. Από αυτές 31 ήταν 19 ετών σε ποσοστό 40,78%, 17 ήταν 18 ετών σε ποσοστό 22,36%, 16 ήταν 17 ετών σε ποσοστό 21,05%, 9 ήταν 16 ετών σε ποσοστό 11,84%, 1 ήταν 15 ετών, ποσοστό 1,31% και τέλος δύο ήταν 14 ετών, ποσοστό 2,62%.

Είναι σημαντικό πιστεύουμε, ότι πρέπει να αναφέρουμε, πως το 1/4 περίπου των γυναικών αυτών, παρουσίασαν κάποια επιπλοκή, είτε κατά την διάρκεια της κύησης, είτε του τοκετού παρουσίασε κάποιο πρόβλημα το νεογνό τους. Όπως είδαμε υπήρχαν και οι δύο έφηβες των 14 ετών, οι οποίες παρουσίασαν και οι δύο πρόβλημα. Η πιθανότητα λοιπόν να εμφανιστεί επιπλοκή ανά ηλικία, είναι 100%. Επίσης 100% υπάρχει η πιθανότητα να εμφανιστεί επιπλοκή όσον αφορά και τον τοκετό. Έτσι πέμπτη η έφηβος του πίνακα 9 που βρήκαμε στα ιστορικά, παρουσιάζει επιπλοκή.

Προτάσεις πρόληψης στην εφηβεία

Η πρόληψη της εγκυμοσύνης στην εφηβεία περιλαμβάνει τρία επίπεδα: την πρωτογενή των δευτερογενών και την τριτογενή πρόληψη.

Στην πρωτογενή πρόληψη, σκοπός μας είναι η καθυστέρηση της αρχής της σεξουαλικής δραστηριότητας για να αποφύγουμε την εγκυμοσύνη στην εφηβεία. Αυτή επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους, όπως αλλαγή στις πολιτιστικές μας συνήθειες, με την συμμετοχή ειδικών στην διδασκαλία της σεξουαλικότητας και με την εισαγωγή του θέματος στο σχολικό πρόγραμμα. Με την δευτερογενή πρόληψη, σκοπός μας είναι να αποφύγουμε την εγκυμοσύνη στην εφηβεία, ενθαρρύνοντας την αντισύλληψη σε σεξουαλικά ενεργούς εφήβους.

Με την τριτογενή πρόληψη σκοπός μας είναι να αποφύγουμε την νοσηρότητα στις νεαρές μητέρες και τα παιδιά τους, μέσω της συνεχούς προγεννητικής φροντίδας και παρακολούθησης.

Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, πρέπει να τονιστούν όλες οι απόψεις στις έγκυες εφήβους, ώστε να μπορέσουν να αποφασίσουν αν θα συνεχίσουν την εγκυμοσύνη ή όχι. Αν η έφηβος αποφασίσει να συνεχίσει την εγκυμοσύνη, η προγεννητική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει και νοσηλευτικές υπηρεσίες και ψυχολογική υποστήριξη

Σε περίπτωση που η έφηβος αποφασίσει να διακόψει την εγκυμοσύνη, πρέπει να της τονίσουμε τους κινδύνους που διατρέχει από μια έκτρωση και ότι δεν είναι ο ιδανικός τρόπος αντισύλληψης. Οι συμβουλές και η καθοδήγηση περιλαμβάνουν και τους νεαρούς εφήβους πατέρες.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Οι γιατροί και οι υπεύθυνοι για τη δημόσια υγεία προσπαθούν με αυξημένο ενδιαφέρον να καταλάβουν τα αποτελέσματα της προγεννητικής έκθεσης σε φάρμακα και στο αλκοόλ. Στις αρχές της δεκαετίας του 60 οι σημαντικές επιπτώσεις της θαλιδομίδης έστρεψαν την προσοχή του κοινού στους πιθανούς κινδύνους τη χρήσης φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ανησυχία για τις παρενέργειες των συνήθως χρησιμοποιούμενων ψυχοδραστικών φαρμάκων αυξήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 70 με την περιγραφή του «εμβρυϊκού συνδρόμου οινοπνεύματος». Στα μέσα δε της δεκαετίας του '80 η χρήση της κοκαΐνης από εγκύους γυναίκες έγινε πιο συνήθως και οι εμφανείς της συνέπειες αποτέλεσαν αρχή ανησυχίας.

Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και διαταραχή στη συμπεριφορά του νεογνού (δυσκολία στη διατήρηση εγρόγορσης, ευερεθιστότητα κλπ) αποτελούν τα πιο συνήθη αποτελέσματα της προγεννητικής επίδρασης ενός φαρμάκου, ειδικά ενός ψυχοδραστικού φαρμάκου.

Η συνήθεια μιας εγκύου να χρησιμοποιεί περισσότερα από ένα φάρμακα και η παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου, ειδικά η ελλιπής διατροφή της μητέρας, καθιστούν δύσκολο να απομονώσουμε τα αποτελέσματα ενός και μόνο φαρμάκου.

Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού είναι ακόμη δυσκολότερο να προσδιοριστούν, γιατί η δυσκολία ελέγχου των προγεννητικών μεταβλητών αναμιγνύεται με τις επιπτώσεις που έχει στο παιδί το μεταγεννητικό του περιβάλλον.

Γι' αυτό το λόγο, η ανάπτυξη ενός παιδιού που έχει επηρεαστεί από έκθεση σε φάρμακα γίνεται περισσότερο κατανοητή, μέσω ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου αποτελούμενου από προγεννητικούς και μεταγεννητικούς παράγοντες.

Προγεννητικές επιδράσεις

Μερικά φάρμακα επηρεάζουν το έμβρυο έμμεσα, μειώνοντας την τροφοδοσία

από τη μητέρα του με σύσπαση των αγγείων της μητροπλακουντιακής μονάδας έχοντας ως αποτέλεσμα την υποξία και τη μειωμένη μεταφορά θρεπτικών συστατικών στο παιδί. Ψυχοδραστικές ουσίες διαπερνούν τον πλακούντα και τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, επηρεάζοντας πιθανώς το αναπτυσσόμενο ΚΝΣ άμεσα.

Η προγεννητική χρήση κοκαΐνης, μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών συνδέονται με μικρότερο περίμετρο κρανίου που συνεπάγεται σημαντική επίπτωση στον εγκέφαλο.

Άλλες ειδικές επιδράσεις έχουν περιγραφεί αλλά οι κλινικές τους συνέπειες παραμένουν άγνωστες.

Πρόκειται για νευροπαθολογικές διαταραχές που συνδέονται με προγεννητική χρήση αλκοόλ, σύνδρομο αποστέρησης που συνδέονται με προγεννητική χρήση αλκοόλ, σύνδρομο αποστέρησης που συνδέεται με την ηρωίνη και τη μεθαδόνη, και ηλεκτροεγκεφαλογραφικές διαταραχές ύπνου, συνδεόμενες με τη μαριχουάνα και το αλκοόλ.

Οι τύποι των επιδράσεων και η σοβαρότητα τους από την προγεννητική έκθεση στα ψυχοδραστικά φάρμακα και το αλκοόλ, εξαρτώνται από παράγοντες που είναι δύσκολο ή κάποτε αδύνατον να προσδιοριστούν στις κλινικές έρευνες.

Πρώτον, η ποσότητα, συχνότητα και η διάρκεια της χρήσης των ναρκωτικών είναι σημαντικές. Οι γυναίκες που σταματούν το ποτό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν νεογέννητα των οποίων το βάρος είναι παρόμοιο με αυτό νεογνών των οποίων οι μητέρες δεν είχαν πει ποτέ. Παρόμοια ευρήματα περιγράφησαν για την προγεννητική χρήση κοκαΐνης μολονότι τα νεογέννητα μητέρων που διέκοψαν τη χρήση κοκαΐνης είναι το πιθανό να έχουν κάποια νευρολογική διαταραχή ή διαταραχή συμπεριφοράς.

Κατά δεύτερο λόγο, παράγοντες όπως το κάπνισμα, η ελλιπής διατροφή και η χρήση μαριχουάνας που συνδέονται με χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ συνεισφέρουν προσθετικά ή συνεργικά στο άμεσο αποτέλεσμα των ουσιών αυτών.

Κατά τρίτο λόγο, γενετικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο, π.χ. η χολινε-

διαμορφώνεται, καθώς και η προσπάθεια απόχης από αυτά, είναι πιθανόν να κάνουν τη μητέρα λιγότερο ευαίσθητη στα μηνύματα του παιδιού για ενεργοποίηση και τροφή. Αυτός ο συνδυασμός χαμηλής διεγερτικότητας εξαιτίας των άμεσων επιδράσεων των προγεννητικών φαρμάκων και της μειωμένης φροντίδας από τη μητέρα, οδηγούν σ' ένα φαύλο κύκλο εγκατάλειψης που καταλήγει σε καθυστέρηση της ανάπτυξης του παιδιού.

Μεταξύ των προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, η βία χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ από μια έγκυο ή από τον πατέρα του παιδιού, δημιουργεί ένα συγκεκριμένο περιβάλλον που αυξάνει την πιθανότητα να γίνει η γυναίκα θύμα βιαιότητας κατά την εγκυμοσύνη. Τα παιδιά της είναι πιθανόν να γίνουν μάρτυρες βίας μέσα στο σπίτι τους ή ακόμη και θύματα. Μεταξύ λοιπόν των πολλών συνεπειών στην ανάπτυξη και τη συμπεριφορά, είναι και (η ανάπτυξη διαταραχής από μετατραυματικό stress PTSD: Post-traumatic stress disorder), που περιλαμβάνει μειωμένο έλεγχο των παρορμήσεων, ροπή προς τον κίνδυνο και επιδειξιμανία ή αντίθετα συναισθηματική παραίτηση και αυξημένη εσωστρέφεια.

Οι γυναίκες δε που χρησιμοποιούν ναρκωτικά και αλκοόλ έχουν και άλλα προβλήματα διανοητικής υγείας ή παρεμφερείς νοσηρές καταστάσεις, ειδικά κατάθλιψη. Η κατάθλιψη των μητέρων, φάνηκε να είναι συνδεδεμένη με ψυχοσωματικά συμπτώματα σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, με τραυματισμούς, μαθησιακά προβλήματα, διαταραχή της προσοχής και κατάθλιψη.

Ας σκεφτούμε ένα παιδί που γεννήθηκε μετά από 38 εβδομάδων κύηση από μια μητέρα - χρήστη κοκαΐνης, που δεν διατρεφόταν σωστά κατά την εγκυμοσύνη και Δεχόταν ελάχιστη προγεννητική φροντίδα. Μετά από τρεις ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο, το παιδί είναι ηπίος υποτονικό και έχει ελάχιστες αντιδράσεις. Η μητέρα αισθάνεται κατάθλιψη, γι' αυτό και συνεχίζει να χρησιμοποιεί κακαΐνη για να αισθανθεί καλύτερα. Η παθητικότητα του παιδιού της προκαλεί αισθήματα ανεπάρκειας, βαθαίνοντας την κατάθλιψή της και την εξάρτηση από την κοκαΐνη. Το παιδί σπανίως παράγει ήχους, το αίσθημα ανεπάρκειας και κατάθλιψης αυξάνει, ενώ παράλληλα συνεχίζεται η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ. Στην ηλικία των 2 ετών, η γλωσσική και διανοητική ανάπτυ-

στεράση, το βασικότερο ένζυμο για το μεταβολισμό της κοκαΐνης ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Μολονότι είναι μειωμένο στις περισσότερες γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη, σε λίγες γυναίκες παραμένει το ίδιο ή ουσιαστικά αυξάνει. Επομένως, η διάρκεια της έκθεσης του εμβρύου στην κοκαΐνη εξαρτάται από τα επίπεδα της μητρικής χολινεστράσης. Επίσης, η γενετική «προικοδότηση» του εμβρύου μπορεί να αποτελέσει έναν ακόμη παράγοντα. Σε μια μελέτη διζυγωτικών διδύμων μιας αλκοολικής μητέρας, το ένα δίδυμο είχε επηρεαστεί περισσότερο από το FAS απ' ότι το άλλο.

ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ.

Ο εγκέφαλος του νεογέννητου έχει μια αξιοσημείωτη δυνατότητα προσαρμογής. Μελέτες σε ζώα δείχνουν ότι, μολονότι τα κατεστραμμένα εγκεφαλικά κύτταρα δεν αντικαθίστανται, νέες συναπτικές συνδέσεις δημιουργούνται ή συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου αναπτύσσουν νέες λειτουργίες για να αντικαταστήσουν αυτές που χάθηκαν από την κατεστραμμένη περιοχή. Η ευπλαστικότητα είναι μεγαλύτερη στο νεογέννητο παρά στον ενήλικα, και αυτή διευκολύνεται από ένα ευνοϊκό περιβάλλον φροντίδας.

Σύμφωνη με αυτή την έρευνα σε ζώα έρευνα σε ανθρώπους τα τελευταία 20 χρόνια, επιβεβαιώνει τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος και της φροντίδας από τους γονείς. Μεταξύ των βρεφών των εκτεθειμένων σε οποιούχα προγεννητικώς, η ποιότητα του μεταγεννητικού περιβάλλοντος σε σύγκριση με την ποσότητα των οποιούχων που πήρε η μητέρα, φάνηκε να τα επηρεάζει περισσότερο.

Η χρήση ναρκωτικών ή και αλκοόλ από τους γονείς είναι συνήθως συνδεδεμένη με ανεπαρκή φροντίδα, που μπορεί να περιλάβει την κακομεταχείριση, ακόμη Δε και την εγκατάλειψη του παιδιού.

Συγκεκριμένη συμπεριφορά, προερχόμενη από μητέρες-χρήστες περιλαμβάνει διαταγές, αποδοκιμασία, απειλές.

Ακόμη, σε βράφη με χαμηλή διεγερτικότητα ίσως πρέπει να αναζητήσουμε την αιτία σε ανεπαρκή φροντίδα από τις μητέρες τους. Αν η μητέρα έχει εθιστεί στα ναρκωτικά, τα άμεσα αποτελέσματα αυτού του εθισμού και η συμπεριφορά που

ξη του παιδιού είναι πλέον καθυστερημένη.

Ποια είναι η αιτία της καθυστέρησης της ανάπτυξης αυτού του παιδιού; Είναι η βιολογική ευπάθεια σε σχέση με την από τη μητέρα διατροφή ή την προγεννητική έκθεση στην κοκαΐνη; Η είναι ή κατάθλιψη της μητέρας και τα ανεπαρκή περιβαλλοντικά ερεθίσματα, που οδηγούν σ' αυτό το αποτέλεσμα;

Ένα μοντέλο ανάπτυξης πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλους αυτούς τους παράγοντες που ο καθένας τροποποιεί και ενδυναμώνει τον άλλο. Από κοινού πλέκουν ένα πολύπλοκο σχέδιο, που δε μπορεί να γίνει κατανοητό με την εξέταση ενός μεμονωμένου κινδύνου.

ΚΟΚΑΪΝΗ

Η κοκαΐνη που όπως γνωρίζουμε, είναι παρόμοια με τις αμφεταμίνες στη δομή και τη λειτουργία, έχει διεγερτικές ιδιότητες.

Η κοκαΐνη επηρεάζει πολλαπλά νευρομεταβιβαστικά συστήματα στο ΚΝΣ, περιλαμβανομένου δοπαμινεργικού και του συστήματος νορεπινεφρίνης. Μπλοκάρει την προσυναπτική επαναπρόσληψη αυτών των νευρομεταβιβαστών, καταλήγοντας σε ένα μεγαλοποιημένο μήνυμα, οφειλόμενο στην υπερβολική ποσότητα αυτών των χημικών παραγόντων στη μετασυναπτική μεμβράνη.

Μπλοκάροντας την προσυναπτική επαναπρόσληψη της δοπαμίνης (DA) στο ΚΝΣ, αυξάνοντας τη σύνθεση DA στο μετεσυναπτικό νεύρωμα, η κοκαΐνη παράγει μια νευροχημική μεγέθυνση της αντίδρασης της ευχαρίστησης δημιουργώντας μια αυξημένη αίσθηση δύναμης, ευφορίας και σεξουαλικής διέγερσης. Αυτή η αντίδραση διογκωμένης ευχαρίστησης εγκαινιάζει μια συμπεριφορά αναζήτησης των ναρκωτικών, που είναι τόσο επίμονη ώστε να έχει παρατηρηθεί σε πειράματα με ποντίκια να πιέζουν τους μοχλούς για να πάρουν την κοκαΐνη, μέχρι που πεθαίνουν από υπερβολική δόση.

Σε χρόνια χρήση, η κοκαΐνη οδηγεί σε εξάντληση της DA στο ΚΝΣ, που πιστεύεται ότι προκαλεί καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η υπεραγρύπνηση και η διέγερση του περιφερειακού συμπαθητικού συστήματος, που προκαλούνται από τη χρήση κοκαΐνης, είναι αποτέλεσμα της επίδρα-

σης της κοκαΐνης στο μεταβατικό σύστημα της νορεπινεφρίνης (NE).

Στο ΚΝΣ, η NE ρυθμίζει την κατάσταση εγρήγορσης και την επαγρύπνηση.

Στο περιφερειακό νευρικό σύστημα αυξάνει την καρδιακή συχνότητα και αντιδραστικότητα του καρδιακού μυός, την πίεση του αίματος, την περιφερειακή μυϊκή αντιδραστικότητα, ενώ προκαλεί διέγερση στη συμπεριφορά, που συνδέεται με την αντίδραση «fight or flight».

Η κοκαΐνη μπλοκάρει την επαναπρόσληψη της NE στο προσυναπτικό χώρο, αυξάνει τη σύνθεση NE και ρυθμίζει τους NE υποδοχείς στο μετασυναπτικό νευρώνα, καταλήγοντας σε μια συσσώρευση NE στη νευρική σύναψη και έναν πολλαπλασιασμό των υπό τη μεσολάβησή της NE μηνυμάτων.

Περνά τον πλακούντα με απλή διάχυση και διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Η κοκαΐνη έχει βρεθεί σε συγκεντρώσεις στονεγκέφαλο 4 φορές υψηλότερες από την ανώτερη συγκέντρωση πλάσματος.

Αφού μεταβολιστεί αρχικά από το ήπαρ και τις χολινεστεράσες του πλάσματος σε αδρανείς, διαλυτούς στο νερό μεταβολίτες, εκκρίνεται από τους νεφρούς στα ούρα και από τη χολή στη γαστρεντερική οδό.

Η δραστηριότητα της χολινεστεράσης είναι συνήθως χαμηλή στο έμβρυο και στη έγκυο γυναίκα, έτσι αυτά τα πρόσωπα θα ήταν αναμενόμενο να είναι σχετικά περισσότερο αναισθητα στην κοκαΐνη, εξαιτίας μακράς έκθεσης οφειλόμενης σε μειωμένο μεταβολισμό. Σε κάποιες γυναίκες, όμως τα επίπεδα χολινεστεράσης παραμένουν τα ίδια ή και αυξάνουν κατά την εγκυμοσύνη, το οποίο μπορεί να εξηγεί την ποικιλία στις επιδράσεις της έκθεσης στη κοκαΐνη στις μητέρες και τα έμβρυα.

Οι αγγειοδραστικές επιδράσεις της κοκαΐνης είναι υπεύθυνες για την πρόκληση επιπλοκών όπως πρόωρου τοκετού, φτωχής ανάπτυξης του εμβρύου, συγγενών ανωμαλιών και αιμορραγικών και κυστικών αλλοιώσεων στο ΚΝΣ. Μολονότι η χρήση κοκαΐνης από τη μητέρα συνδέεται με πρόωρη γέννηση σε κάποιες μελέτες, το εύρημα αυτό δεν ισχύει καθολικά.

Η κοκαΐνη προκαλεί σύσπαση των αιμοφόρων αγγείων του πλακούντα, οδη-

γώντας σε υποξαιμία του εμβρύου και μειωμένη μεταβίβαση θρεπτικών ουσιών.

Τα εκτεθειμένα στην κοκαΐνη βρέφη είχαν μι συμμετρική καθυστέρηση της ανάπτυξης, που υποδεικνύει μια χρόνια επίδραση ή μια επίδραση που άρχισε νωρίς στην κυοφορία. Σε αυτά τα βρέφη επίσης παρατηρούνται μειωμένες αποθήκες λίπους και ισχνή σωματική διάπλαση, καταστάσεις που συνήθως συνδέονται με κακή μητρική διατροφή, ακόμη και όταν διατροφικοί δείκτες όπως το μητρικό βάρος σε σχέση με το ύψος και το πρόσθετο βάρος της εγκύου από την εγκυμοσύνη ήταν στατιστικώς φυσιολογικά.

Μια συστηματική μελέτη σχετικά με τις επιδράσεις της προγεννητικής έκθεσης σε κοκαΐνη στον εγκέφαλο ανέφερε ότι το 35% των ασυπτωματικών βρεφών που έχουν εκτεθεί σε διεγερτικά (κοκαΐνη, αμφεταμίνη), 3 ημέρες της ζωής τους έδειξαν είτε ηχοπυκνωτικές είτε υπόηχες εστίες, υποδεικνύουσες βλάβες των αγγείων του ΚΝΣ.

Η κατανομή των βλαβών στα εκτεθειμένα σε κοκαΐνη νεογέννητα (βασικά γάγγλια, μετωπικός λοβός) διέφερε από την κατανομή που παρατηρείται στα άρρωστα νεογέννητα. Η κλινική σημασία αυτών των αλλοιώσεων είναι άγνωστη, αλλά η ύπαρξή τους δικαιολογεί περαιτέρω διερεύνηση και παρακολούθηση.

Η έκθεση στην κοκαΐνη μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ενισχυτικό σε κάποια βρέφη με προδιάθεση στην επιληψία. Μολονότι δεν έχει αποδειχθεί ότι η κοκαΐνη προκαλεί συγγενείς ανωμαλίες, μπορεί να παίζει πρωταρχικό ρόλο στη δημιουργία τους.

Οι παρατηρούμενες ανωμαλίες, μπορεί να έχουν Προκληθεί από την αγγειοσύσπαση.

Μειωμένη ροή αίματος στην μητροπλακουντιακή μονάδα, μπορεί αν προκαλέσει καταστροφή υπαρχουσών δομών ή αλλοιωμένη μορφογένεση αναπτυσσόμενων δομών, οδηγώντας έτσι σε αυτές τις ανατομικές ανωμαλίες. Παροδικές διαταραχές όπως η διαστολή των αιμοφόρων αγγείων της ίριδας, που μπορεί να συνδέονται με ενδομητριακό stress, έχουν αναφερθεί σε εκτεθειμένα σε κοκαΐνη βρέφη.

Οι αντιδράσεις του εγκεφαλικού στελέχους σε ακουστικά ερεθίσματα σε νεογέννητα έδειξαν μεγάλη λανθάνουσα περίοδο, υποδεικνύουσα νευρολογική βλάβη ή δυσλειτουργία στο ακουστικό σύστημα.

Άλλη μελέτη έδειξε αυξημένο το χρόνο μεταβίβασης ακουστικού μηνύματος στα εκτεθειμένα σε κοκαΐνη νεογνά, που επανέρχονταν στο φυσιολογικό, όταν έφταναν στους 3-6 μήνες.

Τα χαρακτηριστικά του κλάματος των νεογνών που προγεννητικά είχαν εκτεθεί σε κοκαΐνη, ήταν σύμφωνα με 2 πρότυπα. Το ένα χαρακτηρίστηκε ως "ευσυγκίνητο" και υποθέτουμε ότι προκαλείται από δευτερεύουσες επιδράσεις καθυστέρησης της ενδομητρίακής ανάπτυξης.

Μια μελέτη έδειξε ότι τα επίπεδα στο αίμα της διυδροξυφαινοαλανίνης (πρόδρομη ουσία της NE) στα εκτεθειμένα σε κοκαΐνη νεογνά, ήταν υψηλά.

Οι υψηλές συγκεντρώσεις της NE στο αίμα συνδέονταν με φτωχή αντιδραστικότητα σε ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα (πρόβλημα προσανατολισμού σε σχέση με την πηγή του ερεθίσματος). Τα επίπεδα των συγκεντρώσεων NE στο αίμα δεν υποδεικνύουν τα επίπεδα στο ΚΝΣ. Οι νευροδιαβιβαστικές αλλοιώσεις πρέπει να οφείλονται αποκλειστικά σε χρόνιο stress, συνδεόμενο με προκλημένη από την κοκαΐνη αγγειοστένωση και υποξία στη μήτρα.

Εάν, λοιπόν, αναγνωρισθούν προβλήματα συμπεριφοράς και ανάπτυξης, είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί τι μέρος τους επακόλουθο ελλιπούς φροντίδας των βρεφών και τι μέρος οφείλεται στην προγεννητική έκθεση στην κοκαΐνη.

ΟΠΙΟΥΧΑ.

Τα οπιούχα περιλαμβάνουν μια ομάδα φυσικών αλκαλοειδών οπίου (24) και τα χημικά παράγωγά τους. Περιλαμβάνουν τη μορφίνη, την κωδεΐνη, την ηρωΐνη και την υδροχλωρική μεπεριδίνη.

Η χημική δομή της μεθοδόνης είναι διαφορετική από αυτή των οπιούχων, αλλά οι φαρμακολογικές της ιδιότητες είναι παρόμοιες.

Στους ενήλικες ο χρόνος ημιζωής της ηρωΐνης είναι 4 ώρες, και της μεθαδόνης, 23 ώρες. Όμως, ο χρόνο ημιζωής της μεθαδόνης στα νεογέννητα είναι 32,

ώρες.

Τα οπιούχα επενεργούν στο ΚΝΣ, συνδεόμενα με συγκεκριμένα σημεία που αφορούν συνάψεις νευρών, και που φυσιολογικά δεσμεύουν τους φυσικούς νευροδιαβιβαστές, τα ενδογενή οπιούχα.

Τα οπιούχα προκαλούν αναλγησία, μειωμένο άγχος, καλύτερη διάθεση, υπνηλία και μια θόλωση των αισθήσεων. Επίσης προκαλούν καταστολή της αναπνοής, διαστολή περιφερικών αγγείων και μειωμένη εντερική περισταλτικότητα.

Η ανοχή, η ανάγκη για αυξανόμενη δόση του ναρκωτικού για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα και η φυσιολογική εξάρτηση που απολήγει στο σύνδρομο αποστέρησης, επέρχονται με μακροχρόνια χρήση οπιούχων.

Μόνο ένα μικρό μέρος, οποιαδήποτε και αν είναι η δόση του οπιούχου, πέραν τον αιμτοεγκεφαλικό φραγμό. Το μεγαλύτερο μέρος συγκεντρώνεται στους νεφρούς, πνεύμονες, ήπαρ και εκκρίνονται στα ούρα, μετά από γλυκουρονιδίαση.

Στις Η.Π.Α. 10.000 παιδιά γεννιούνται κάθε χρόνο από γυναίκες που χρησιμοποιούσαν οπιούχα ναρκωτικά, συνήθως ηρωίνη ή μεθαδόνη, κατά την εγκυμοσύνη. Τα οπιούχα διαπερνούν τον πλακούντα και έχουν απευθείας επίδραση στο έμβρυο (μειωμένη σωματική ανάπτυξη, σύνδρομο νεογνικής αποστέρησης). Έμμεσες συνέπειες απορρέουν από το χαοτικό τρόπο ζωής της τοξικομανούς μητέρας (φτωχή διατροφή, ανεπαρκής φροντίδα).

Σε βρέφη εκτεθειμένα σε ηρωίνη η μεθαδόνη στη μήτρα, πολλές μελέτες έχουν αναφέρει χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, μολονότι το εύρημα δεν είναι καθολικό.

Τα οπιούχα φαίνονται να επηρεάζουν την ενδομητρική ανάπτυξη, αν και στο 18^ο μήνα τα βρέφη φτάνουν το φυσιολογικό μέγεθος.

Πολλοί ερευνητές έχουν υποδείξει ότι το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, μπορεί να συνδέεται με φτωχή μητρική διατροφή κατά την εγκυμοσύνη. Η συμμετοχή σε πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη κατά την εγκυμοσύνη, έχει συν-

δεθεί με φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου και μειωμένη εμβρυϊκή θνησιμότητα, σε σύγκριση με τις περιπτώσεις που συνεχίζεται η χρήση ηρωίνης. Το εύρημα αυτό όμως δεν είναι καθολικό.

Τα εκτεθειμένα προγεννητικώς σε οπιούχα βρέφη τείνουν να έχουν μικρότερη περίμετρο κρανίου. Στα 3 όμως έτη, δεν υπάρχει διαφορά στην περίμετρο κρανίου μεταξύ των εκτεθειμένων σε οπιούχα παιδιών και των υγιών υπό έλεγχο.

Οι εθισμένες γυναίκες χρησιμοποιούν οπιούχα καθημερινά, εξαιτίας σοβαρού αισθήματος αποστέρησης που περιλαμβάνει εφίδρωση, πονοκεφάλους, κοιλιακούς πόνους, διάρροια και γενικό αίσθημα ανησυχίας και ταραχής, όταν διακόψουν τη χρήση.

Όπως ένας εθισμένος, το έμβryo προσαρμόζεται βιοχημικά στα οπιούχα, που συνδέονται με αντίστοιχους υποδοχείς σε ποικίλους ιστούς του σώματος, περιλαμβανομένου και του ΚΝΣ.

Όταν το μωρό γεννηθεί, η παροχή οπίου σταματά απότομα. Η ουσία που ήδη έχει συνδεθεί στους ιστούς συνεχίζει να μεταβολίζεται και συμπτώματα αποστέρησης ή σύνδρομο νεογνικής αποστέρησης παρουσιάζονται, όταν τα επίπεδα οπίου πέσουν πολύ χαμηλά. Ανάρρωση έχουμε, όταν ο μεταβολισμός του βρέφους προσαρμοστεί στην απουσία του οπιούχου.

Τα οπιούχα εκκρίνονται σε μικρές ποσότητες στο μητρικό γάλα, έτσι τα βρέφη που τρέφονται με αυτό από μητέρες-χρήστες, συνεχίζουν να δέχονται τις ουσίες και να διατηρούν την εξάρτησή τους από αυτές. Το σύνδρομο αποστέρησης του νεογνού χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως εφίδρωση, διάρροια και εμετοί. Ως προς τη συμπεριφορά, τα βρέφη με το σύνδρομο αυτό είναι πολύ ευέξαπτα, νευρικά και με δυσκολία στην εγρήγορση. Δυσκολεύονται επίσης να συνηθίσουν το φως, και μετά από επαναλαμβανόμενα ερεθίσματα φωτός συνήθως γίνονται υπερευερέθιστα και απαρηγόρητα. Αυτά τα βρέφη Δε μπορούν να αισθανθούν αναπαυτικά και συχνά έχουν εκδορές στους αγκώνες και τα γόνατα, γιατί κινούνται ακατάπαυστα.

Έρευνα για τις επιδράσεις έκθεσης των νεογνών σε οπιούχα έγινε με μη θεραπευμένους ηρωίνομανείς, και με εθισμένους που είχαν εισαχθεί σε προγράμμα-

τα συντήρησης με μεθαδόνη. Οι περισσότερες μελέτες έδειξαν μικρή διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Η πρώτη διαφορά είναι ο χρόνος εμφάνισης και η διάρκεια των συμπτωμάτων αποστέρησης, που διαφέρουν εξαιτίας του διαφορετικού χρόνου ημιζωής της κάθε ουσίας από αυτές. Η αποστέρηση από την ηρωίνη αρχίζει μέσα στις πρώτες 24h και διαρκεί 10 ημέρες, ενώ η αποστέρηση από τη μεθαδόνη αρχίζει μεταξύ 2-7 ημερών και διαρκεί 3 έως 8 εβδομάδες.

Περίπου το 40-50% και το 70-90% των εκτεθειμένων παιδιών σε ηρωίνη και μεθαδόνη αντίστοιχα, εμφανίζουν σύνδρομο αποστέρησης που περιλαμβάνει αικινησία, διαταραγμένο ύπνο και εμετούς, μπορεί να συνεχιστεί έως και 6 μήνες, αλλά και απαιτεί θεραπεία με φάρμακα.

Η θνητότητα που σχετίζεται με το σύνδρομο αποστέρησης των νεογνών μπορεί να μειωθεί με φαρμακολογική αντιμετώπιση.

Ο Finnegan ανέπτυξε ένα σύστημα βαθμολόγησης της συμπεριφοράς των βρεφών για να αναγνωρίζεται η αποστέρηση και να απεικονίζεται η πρόοδος και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Περιλαμβάνονται σ' αυτό 21 συμπτώματα που, συνήθως, εκτιμώνται κάθε 4h.

Όταν ο βαθμός είναι 8 ή υψηλότερος για 3 συνεχείς εκτιμήσεις, γίνεται φαρμακολογική παρέμβαση. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι παρηγορητικά (φαινοβαρβιτάλη).

Η δοσολογία αυξάνεται όταν οι βαθμοί ξεπεράσουν τους δέκα, και μειώνεται κάθε μέρα, εάν οι βαθμοί παραμένουν κάτω από 8. Μετά το πέρας της θεραπείας οι μετρήσεις συνεχίζονται για 3-5 μέρες για να βεβαιωθούμε ότι συμπτώματα δε θα επανεμφανιστούν με τη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι.

Κάποια βρέφη παρουσιάζουν ηπιότερο σύνδρομο αποστέρησης διατηρώντας βαθμούς κάτω από 8 και δεν απαιτούν θεραπεία με φάρμακα. Είναι όμως υπερευαίσθητα στους ερεθισμούς και βοηθούνται από ένα περιβάλλον όπου τα ερεθίσματα είναι μειωμένα. Ο χαμηλός φωτισμός και η έλλειψη θορύβων επιβάλλονται. Επίσης, το άγγιγμα του βρέφους πρέπει να ελαχιστοποιηθεί.

ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Τα οπιούχα επηρεάζουν τόσο το ΚΝΣ όσο και τη σωματική ανάπτυξη και επομένως απειλούν τη μεταγεννητική ανάπτυξη του παιδιού. Μελέτες σε εκτεθειμένα σε οπιούχα βρέφη, δείχνουν φυσιολογικά επίπεδα διανοητικής ανάπτυξης, με βάση την κλίμακα Bayley.

Τα παιδιά των εθισμένων έχουν αυξημένη εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και μαθησιακών δυσκολιών, είτε έχουν μεγαλώσει σ' ένα περιβάλλον διαμορφωμένο από τη χρήση τέτοιων ουσιών.

Άλλη μελέτη αναφέρει αυξημένη δραστηριότητα και έλλειψη συγκέντρωσης, φτωχικό κινητικό συντονισμό τόσο σε λεπτές όσο και σε χονδροειδείς κινήσεις, και καθυστέρηση στη διαμόρφωση προφορικού λόγου σε παιδιά εκτεθειμένα σε μεθαδόνη στην μήτρα.

Είναι δύσκολο στην περίπτωση αυτή να διαχωρίσουμε τη βιολογική ευπάθεια που οφείλεται σε προγεννητική έκθεση σε ναρκωτικά από την περιβαλλοντική ευπάθεια που οφείλεται σε περιβάλλον διαμορφωμένο από τη χρήση τέτοιων ουσιών, στοιχείο που κατ' επανάληψη έχει αναφερθεί.

Κάθε προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων του εκτεθειμένου προγεννητικώς σε ναρκωτικά παιδιού, πρέπει να έχει πλατιά βάση που να κινείται συνδυαστικά τόσο στο χώρο της βιολογικής όσο και της περιβαλλοντικής ευπάθειας.

Η βελτίωση των περιβαλλοντικών παραγόντων αφορά άμεσα σε θεραπεία απεξάρτησης της μητέρας.

Απαιτείται η παροχή κατάλληλων ερεθισμάτων στις μητέρες για να βοηθήσουν στην ενίσχυση της ανάπτυξης των παιδιών τους, καθώς και ενίσχυση της αυτοεκτίμησής τους με την αναγνώριση των θετικών αλληλεπιδράσεών τους με αυτά. Η εμπειρία των μέχρι τώρα προγραμμάτων έχει δείξει ότι οι μητέρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχτούν τη θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά, αν πιστέψουν ότι αποτελεί μέρος των προσπαθειών τους να φροντίσουν τα παιδιά τους.

Επομένως, η καλύτερη ευκαιρία να απαλλαγούν τα παιδιά από τις επιπτώ-

σεις της προγεννητικής εκθεσης σε ναρκωτικά μπορεί να δημιουργήσει με την ενεργό σύνδεση των υπηρεσιών παιδικής ανάπτυξης με προγράμματα απεξάρτησης από τα ναρκωτικά στο οικογενειακό περιβάλλον.

ΤΟΚΕΤΟΣ

Τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων φαινομένων, με τα οποία το κύημα, από την κοιλότητα της μήτρας, εξέρχεται, μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα, στο εξωτερικό περιβάλλον. Τον τοκετό χαρακτηρίζει η έξοδος βιώσιμου εμβρύου, δηλαδή ηλικίας μεγαλύτερης των 28 εβδομάδων που επειδή αυτό έρχεται στη ζωή "γεννιέται" ο τοκετός λέγεται και "γέννηση" ή "γέννα". Έτσι μπορούμε να πούμε πως τοκετός είναι ο μηχανισμός της γέννησης.

ΑΙΤΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τα αίτια έναρξης του τοκετού παραμένουν άγνωστα αλλά υπεύθυνοι παράγοντες θεωρούνται οι παρακάτω:

- 1) Τα οιστρογόνα. Αυτά προκαλούν αύξηση της ακτινομυοσύνης, της τριφωσφορικής αδενοσίνης και της τριφωσφατάσης που συμμετέχουν στην συστολή, ενώ προκαλούν αύξηση των ιόντων καλίου, μείωση των ιόντων νατρίου και κινητοποίηση ιόντων ασβεστίου στα μυϊκά κύτταρα.
- 2) Η προγεστερόνη. Πιστεύεται ότι η προγεστερόνη απευθαισθητοποιεί το μυομήτριο στη δράση της ωκυτοκίνης. Έτσι στο μεγαλύτερο τμήμα του μυομητρίου επιτρέπει την συστολή, επειδή βρίσκεται σε μειωμένη ποσότητα, ενώ αναστέλλει τη συστολή του τμήματος του μυομητρίου πίσω από τον πλακούντα που βρίσκεται σε αυξημένες ποσότητες. Για τον παραπάνω λόγο ο πλακούντας δεν αποκολλάται κατά τις έντονες ωδίνες.
- 3) Η ωκυτοκίνη. Συμμετέχει πιθανόν στην έκκριση προσταγλανδινών.
- 4) Οι προσταγλανδίνες E1, E2, F1a, και F2a έχουν μητροσυσταλτική δράση, επειδή ίσως παρεμποδίζουν την δέσμευση του ασβεστίου από το κυτταρόπλυμα.
- 5) Η φωσφολιπάση A2. Αυτή προέρχεται από τον πλακούντα και τους υμένες. Συμμετέχει στην παραγωγή των προσταγλανδινών.

6) Απελευθέρωση - παραγωγή αραχιδινικού... και αδρενεργικοί μηχανισμοί όπως ο ερεθισμός του τραχήλου μετά από δακτυλική αποκόλληση των υμένων προκαλούν έναρξη τοκετού.

7) Το έμβρυο. Η συμμετοχή διαφόρων βιοχημικών και ορμονικών ουσιών.

Προκειμένου να εξελιχθεί ο τοκετός δύο είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις: οι ωδίνες της μήτρας και η διαστολή του τραχήλου.

Ωδίνες. Η λέξη ωδίνα χαρακτηρίζει την σύσπαση του μυομητρίου, που προάγει τον τοκετό, και διακρίνονται σε γνήσιες και νόθες.

1) Γνήσιες ωδίνες. Αυτές χαρακτηρίζουν και προάγουν τον τοκετό και συνοδεύονται με πόνο, γι αυτό επικράτησε ο όρος άρχισαν οι πόνοι. Είναι ρυθμικές, διαρκούν 35"-50" και αναμεσά τους μεσολαβεί χρονικό διάστημα 3'-4' που λέγεται παύλα. Κάθε ωδίνα εμφανίζει αρχή, ακμή και παρακμή. Η συχνότητα των ωδίνων αυξάνεται με την πρόοδο του τοκετού. Στην αρχή αυτές έρχονται κάθε 20', ύστερα κάθε 5', και προς το τέλος της διαστολής του τραχήλου κάθε 1'. Η παύλα η οποία μεσολαβεί ανάμεσα στις ωδίνες είναι απαραίτητη για την αποφυγή εμβρυϊκής υποξυγοναιμίας από διαταραχή της μητροπλακουντικής ροής του αίματος. Τις γνήσιες ωδίνες διακρίνουμε σε διασταλτικές, εξωθητικές και υστεραίες.

α) Οι διασταλτικές, γιατί αυτές προκαλούν διαστολή του τραχήλου στο πρώτο στάδιο του τοκετού, είναι ρυθμικές και εμφανίζονται με συχνότητα 5-20 κάθε ώρα.

β) Οι εξωθητικές, γιατί αυτές εξωθούν το έμβρυο στο δεύτερο στάδιο του τοκετού και διακρίνονται από τις πρώτες γιατί έχουν μεγαλύτερη διάρκεια, προκαλούν μεγαλύτερο πόνο στην επίτοκο και γιατί εμφανίζονται σε συχνότητα 5-8 κάθε 10 λεπτά.

γ) Οι υστεραίες, γιατί βοηθάνε την έξοδο του πλακούντα στο τρίτο στάδιο του τοκετού και συνοδεύονται με ελάχιστο ή ανύπαρξτο πόνο και τανυσμό.

Η ένταση του πόνου που αισθάνεται η επίτοκος στην διάρκεια κάθε γνήσιας ωδίνας, εξαρτάται από το στάδιο του τοκετού.

2) Νόθες ωδίνες. Αυτές διακρίνονται σε προπαρασκευαστικές και επανορθωτικές.

α) Οι προπαρασκευαστικές είναι άρρυθμες και εμφανίζονται στις πρωτότοκες 4-5 εβδομάδες πριν από τον τοκετό, για να διαστείνουν το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο και να εξαλείψουν τον τράχηλο, ενώ στις πολυτόκες δεν εμφανίζονται, γιατί το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο ανοίγει με την επίδραση των γνήσιων ωδίνων. Η έγκυος αισθάνεται ελαφρά οσφυαλγία και ο πυθμένας της μήτρας σε κάθε τέτοια ωδίνα γέρνει προς τα πάνω και εμπρός. Έτσι, ο κάθετος άξονας της μήτρας συμπίπτει με τον κάθετο άξονα του γεννητικού σωλήνα.

β) Οι επανορθωτικές είναι άρρυθμες, εμφανίζονται από τον όγδοο μήνα της εγκυμοσύνης και έχουν σκοπό να καθορίσουν τη θέση, το σχήμα και την προβολή του εμβρύου.

Στάδια τοκετού

Ο φυσιολογικός τοκετός στην εξελιξη του περνάει από τρία στάδια: Το στάδιο της διαστολής του τραχήλου ή πρώτο στάδιο, το στάδιο εξώθησης του εμβρύου ή δεύτερο στάδιο και το στάδιο της αποκόλλησης και της εξόδου του πλακούντα, δηλαδή της υστεροοτοκίας ή τρίτο στάδιο.

Πρώτο στάδιο ή στάδιο διαστολής. Το πρώτο στάδιο του τοκετού αρχίζει με την έναρξη των γνήσιων ωδίνων και την διαστολή του τραχήλου και τελειώνει, όταν η διαστολή συμπληρωθεί (τελεία). Η διάρκεια του τοκετού δεν είναι σταθερή και ποικίλλει ανάλογα με την συχνότητα και την ένταση των ωδίνων, την ποιότητα του τραχήλου, το μέγεθος του εμβρύου, την προβολή και την θέση της προβολής του. Αν το στάδιο της διαστολής διαρκέσει παραπάνω από 12 ώρες, τότε δεν θεωρείται φυσιολογικό.

Διαιρείται σε λανθάνουσα και ενεργό φάση. Η λανθάνουσα φάση διαρκεί 8 ώρες μέσα στις οποίες ο τράχηλος διαστέλλεται μέχρι 2 εκ. ενώ η ενεργός φάση διαρκεί 8 περίπου ώρες μέσα στις οποίες η διαστολή γίνεται τελεία, διαμέτρου 10 εκ., με μέση ταχύτητα διαστολή 0,7 εκ./ώρα για τις πρωτότοκες και 5 εκ./ώρα για τις πολύτοκες. Στις πολύτοκες οι φάσεις αυτές, ιδίως η ενεργός είναι συντομότερες. Το θυλά-

κιο, δηλ. η μοίρα των υμένων που προβάλλει μέσα από τον διαστελλόμενο τραχήλο, συμβάλλει στην ομαλή διαστολή του, εμποδίζει την είσοδο μικροβίων και προστατεύει το έμβρυο. Η ακεραιότητα του θυλακίου ελέγχεται με την άμεση παρατήρηση του αμνιακού υγρού που εξέρχεται από τον τραχήλο ή με το χάρτη του ηλιοτροπίου. Όταν υπάρξει ρήξη των υμένων, λόγω της αλκαλικότητας του αμνιακού υγρού το ερυθρό του ηλιοτροπίου χρωματίζεται κυανούν, ενώ το κυανούν ή ουδέτερο παραμένει αναλλοίωτο. Τα αποτελέσματα είναι αντίθετα στο όξινο περιβάλλον του κόλπου με αέριους τους υμένες.

Οι συστολές του τοκετού γίνονται ρυθμικές, επώδυνες, συχνότερες και εντονότερες.

Κατά την διάρκεια του 1ου σταδίου του τοκετού παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία της επιτόκου ενώ έχει προηγηθεί υποκλυσμός και ευτρεπισμός των έξω γεννητικών οργάνων της. Στη συνέχεια παρακολουθούνται οι συστολές της μήτρας και η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου με το ηλεκτροκαρδιοτοκογράφημα, το Doppler ή το κοιλιοσκόπιο. Επίσης, προσδιορίζονται το σχήμα, η προβολή, η θέση της προβολής με τους χειρισμούς του Leopold και τη δακτυλική ψηλάφηση.

Παράλληλα εκτιμάται κατά διαστήματα το ύψος του εμβρύου από το επίπεδο των ισχιακών ακανθών και η πρόοδος της διαστολής του τραχήλου.

Για την λέπτυνση και την διαστολή του τραχήλου, χορηγούνται συνήθως μυοχαλαρωτικά σκευάσματα π.χ. πεθιδίνη ή Buscopan.

Επίσης για την αναλγησία της μητέρας χορηγείται, η πεθιδίνη σε δόση 100-200mg.

Αυτή είναι δυνατόν να συνδυαστεί με την προμαζίνη για την ελάττωση της ναυτίας.

Τα παραπάνω φάρμακα καταστέλουν την αναπνευστική λειτουργία του εμβρύου.

Στην περίπτωση που το νεογνό είναι επηρεασμένο κατά την έξοδό του, θα πρέπει να χορηγηθεί η Ναλοξόνη ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά.

Στην αναλγησία περιλαμβάνεται και η επισκληρίδια αναισθησία που γίνεται στις γυναίκες που δεν θέλουν αν αισθάνονται τους πόνους του τοκετού.

Η μέθοδος αυτή που προτείνεται από πολλούς γυναικολόγους, πρέπει να εκτελείται από ειδικό αναισθησιολόγο και να παρακολουθείται από τον ίδιο σε όλη την διάρκεια του τοκετού. Το μειονεκτημά της είναι ότι μετά την χορήγηση του φαρμάκου, η επίτοκος πρέπει να παραμείνει ξαπλωμένη σε πλάγια θέση για την αποφυγή της υπότασης. Στην περίπτωση που παρατηρείται μείωση της συχνότητας ή της έντασης των συστολών της μήτρας, τότε επιβάλλεται η χορήγηση των σκευασμάτων ωκυτοκίνησης σε συνεχή έγχυση (1014 σε 1 λίτρο δεξτρόζης 5%).

Ο ρυθμός της έγχυσης και η πυκνότητα του διαλύματος προοδευτικά αυξάνονται ανάλογα με την ευαισθησία του μυομητρίου και την εξέλιξη του τοκετού.

Οι έντονες ωδίνες με σωστή θέση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου επιταχύνουν την διαστολή του τραχήλου.

Δεύτερο στάδιο ή στάδιο εξώθησης. Το στάδιο αυτό αρχίζει, όταν η διαστολή του τραχήλου γίνει τελεία, και τελειώνει, όταν το έμβρυο εξέλθει από τον πυελογεννητικό σωλήνα.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο μηχανισμός του τοκετού είναι το σύνολο των παθητικών κινήσεων του εμβρύου με τις οποίες διέρχεται τον πυελογεννητικό σωλήνα. Οι κινήσεις αυτές είναι η κάθοδος η κάμψη, η έκταση και οι στροφές, που εκτελούνται από την προβάλουσα μοίρα του εμβρύου κατά την διελευσή της από τα διάφορα επίπεδα του πυελογεννητικού σωλήνα. Ο μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού περιλαμβάνει την εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας, την κάμψη, την κάθοδο, την εσωτερική στροφή, την έκταση, και την εξωτερική στροφή (αποκατάσταση.)

Εμπέδωση

Η εμπέδωση θεωρείται ότι έχει πραγματοποιηθεί, όταν οι δύο βρεγματικοί όγκοι έχουν περάσει την είσοδο της πυέλου.

Η πρόοδος της καθόδου προσδιορίζεται με την καμπύλη του Casus

Στο ύψος των ισχιακών ακανθών τοποθετείται το μηδέν και υπολογίζεται η θέση της προβάλλουσας μοίρας σε εκατοστά.

Η εμπέδωση της κεφαλής γίνεται με 3 τρόπους.

α) Ισοκλινής. Τα δύο μισά της κεφαλής, πρόσθιο και οπίσθιο, βρίσκονται στο ίδιο ύψος μέσα στο ανώτερο πυελικό στόμιο. Η οβελιαία ραφή βρίσκεται ακριβώς στην μέση και η κεφαλή είναι κάθετη στο ύψος της εισόδου.

β) Ανισοκλινής με οπίσθιο ασυγκλιτισμό. Η εμπέδωση γίνεται με το οπίσθιο βρεγματικό που βρίσκεται βαθύτερα ενώ το πρόσθιο βρεγματικό βρίσκεται ψηλότερα. Η οβελιαία ραφή βρίσκεται πιο κοντά στο πρόσθιο τοίχωμα της πυέλου και ο άξονας του εμβρύου βρίσκεται προς τα πίσω του άξονα του ανώτερου πυελικού στομίου. Ο οπίσθιος ασυγκλιτισμός είναι και ο συνηθέστερος τρόπος εμπέδωσης της κεφαλής.

γ) Ανισοκλινής με πρόσθιο ασυγκλιτισμό. Το πρόσθιο βρεγματικό βρίσκεται βαθύτερα από το οπίσθιο. Η ενσφήνωση δηλ. γίνεται με το πρόσθιο βρεγματικό. Η οβελιαία ραφή βρίσκεται πιο κοντά στο οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου και ο άξονας του εμβρύου βρίσκεται μπροστά από τον άξονα του ανώτερου πυελικού στομίου.

Ο ασυγκλιτισμός διορθώνεται προοδευτικά κατά την κάθοδο της κεφαλής. Μέσα στην κοιλότητα της πυέλου, η εμπέδωση είναι πιά ισοκλινής.

Στη συνέχεια η εξέλιξη του τοκετού ακολουθεί 6 χρόνους.

1ος κάμψη της κεφαλής και προσαρμογή στο ανώτερο πυελικό στόμιο

2ος κάθοδος της κεφαλής μέχρι το πυελικό έδαφος

3ος εσωτερική στροφή κεφαλής

4ος έκταση της κεφαλής και εξοδός της

5ος εξωτερική στροφή κεφαλής και εσωτερική στροφή ώμων

6ος έξοδος κορμού.

Κάμψη - κάθοδος

Με την ρήξη του θυλακίου και τις δυνάμεις που ασκούνται από τις ωδίνες και την αντίσταση του τοιχώματος της πυέλου η κεφαλή κάμπτεται προοδευτικά το ινίο

κατέρχεται, ο πώγωνας πιέζεται πάνω στο στέρνο, η κεφαλή προβάλλει με την υποβοηγηματική διάμετρο 9,5 εκ. γι αυτό ψηλαφάται μόνο η μικρή πηγή, ενώ η μεγάλη παραμένει ψηλά. Η κάμψη αυτή διευκολύνει σημαντικά την εμπέδωση της κεφαλής που έχει σαν συνέπεια την καθοδό της. Η προοδευτική κάμψη της κεφαλής υποβοηθάει την κάθοδο. Οι δύο δηλ. πρώτοι χρόνοι του μηχανισμού του τοκετού ενώ περιγράφονται χωριστά, αποτελούν στην ουσία μια μόνη σύνθετη κίνηση. Στις πρωτότοκες συνήθως η εμπέδωση δηλ. η κάθοδος και η κάμψη της κεφαλής στο ανώτερο της ευρυχωρίας έχουν συντελεστεί ήδη κατά το τέλος της εγκυμοσύνης, δηλ. πριν την έναρξη του τοκετού, ενώ στην πολύτοκο συμβαίνει κατά.

Εσωτερική στροφή

Όταν η κεφαλή με την καθοδό της φτάσει στο επίπεδο των ισχιακών ακανθών αρχίζει να στρέφεται από την αριστερή θέση προς τα εμπρός.

Κάθε συστολή ωθεί το ινίο προς τα κάτω και εμπρός, προκαλώντας την στροφή του ινίου προς την πρόσθια μεσότητα της πυέλου, δηλ. προς την ηβική σύμφυση. Η μικρή αυτή κίνηση καθόδου και στροφής θυμίζει κίνηση βίδας. Η οβελιαία ραφή καταλαμβάνει την πρόσθια και οπίσθια διάμετρο του κατώτερου πυελικού στομίου, η μικρή πηγή ψηλαφάται κάτω από την ηβική σύμφυση, ενώ το μέτωπο και η μεγάλη πηγή στρέφονται προς τα πίσω. Η στροφή αυτή της κεφαλής προς τα εμπρός, αποτελεί τον τρίτο χρόνο του μηχανισμού δηλ. την εσωτερική στροφή. Στις οπίσθιες θέσεις της ινιακής προβολής, η εσωτερική στροφή είναι οπίσθια, δηλ. το ινίο στρέφεται από την οπίσθια αριστερή ή δεξιά θέση προς τον κόκκυγα.

Έκταση

Οι εξωθητικές ωδίνες ωθούν την κεφαλή που βρίσκεται ακόμη σε κάμψη πάνω στο περίνεο. Η οπίσθια μοίρα του περινέου, από τον δακτύλιο μέχρι τον κόκκυγα διατείνεται και ο κόκκυγας ωθείται προς τα πίσω. Το μέτωπο διέρχεται την κορυφή του κόκκυγα και ολόκληρη η κεφαλή γλυστρώντας κάτω από την ηβική σύμφυση αρχίζει να εξέρχεται προοδευτικά και να ανασηκώνεται μπροστά από την ηβική σύμ-

φυση. Τέλος από την σχισμή του αιδίου εξέρχονται οι δύο βρεγματικοί όγκοι ενώ συμπληρώνεται και επιτείνεται η έκταση της κεφαλής μέχρι να εξέλθουν οι μετώπιοι όγκοι. Ακολουθεί η έξοδος του προσώπου και του πώγωνα, ενώ παράλληλα υποχωρεί η έντονη διάταση του περινέου. Η κεφαλή τώρα έχει στραμμένο το πρόσωπο προς το δακτύλιο και το ινίο κάτω από την ουρύθρα. Έτσι συμπληρώνεται και ο τέταρτος χρόνος του μηχανισμού του τοκετού. Στις οπίσθιες θέσεις της προβολής, όταν εξελίσσεται ο τοκετός, η διολίσθηση του ινίου γίνεται κάτω από τον κόκκυγα και η έκταση της κεφαλής προς τα πίσω.

Εξωτερική στροφή:

Όταν η κεφαλή αρχίζει να εξέρχεται από την σχισμή του αιδίου, οι ώμοι εισέρχονται στο ανώτερο πυελικό στόμιο με προσαρμογή της διακρωμιακής διαμέτρου σε μια λοξή διάμετρο του ανώτερου πυελικού στομίου και ειδικά στη δεξιά λοξή διάμετρο, αν η θέση της ινιακής προβολής είναι αρ., πρόσθια. Η κεφαλή την ώρα που εξέρχεται έχει στραμμένο το πρόσωπο προς τα κάτω. Αμέσως μετά κάνει στροφή 45 μοιρών προς τα αριστερά, για να αποκατασταθεί η φυσιολογική σχέση του με τους ώμους που βρίσκονται στη δεξιά λοξή διάμετρο της πυέλου.

Η στροφή αυτή της κεφαλής λέγεται αποκατάσταση. Όταν οι ώμοι φτάσουν στο πυελικό έδαφος στρέφονται έτσι ώστε η διακρωμιακή διάμετρος 12 εκ., να προσαρμόζεται στην προσθιοπίσθια διάμετρο του κατώτερου πυελικού στομίου. Ο πρόσθιος ώμος άρχεται κάτω από την ηβική σύμφυση και ο οπίσθιος στο κοίλο του ιερού οστού. Η εσωτερική αυτή στροφή των ώμων προκαλεί την εξωτερική στροφή της κεφαλής, που βρίσκεται ήδη έξω από την σχισμή του αιδίου, προκαλεί δηλαδή την συνέχιση της στροφής των 45 μοιρών μέχρι την συμπλήρωση των 90 μοιρών. Έτσι μετά από την εσωτερική προσθιοπίσθια τοποθέτηση των ώμων, η κεφαλή στρέφεται τελείως προς το ένα πλάγιο, αριστερό ή δεξιό ανάλογα με την θέση της προβολής.

Οι κινήσεις αυτές συνιστούν τον πέμπτο χρόνο. Στις οπίσθιες θέσεις της ινιακής

προβολής η εσωτερική στροφή των ώμων προκαλεί εξωτερική στροφή της κεφαλής, που είναι στραμμένη προς τα πάνω στην αριστερή ή την δεξιά πλάγια θέση.

Έξοδος κορμού

Η έξοδος του κορμού που αποτελεί τον έκτο χρόνο γίνεται εύκολα χωρίς ιδιαίτερες λεπτομέρειες.

Κύριο μέλημα του μαιευτήρα κατά την έξοδο του εμβρύου είναι η αποφυγή της ρήξης του περινέου. Αυτό επιτυγχάνεται με την αναχαίτηση της κεφαλής του εμβρύου που γίνεται με το αριστερό χέρι του μαιευτήρα, ενώ παράλληλα με το δεξί υποστηρίζει το περίνεο της γυναίκας.

Ο μαιευτήρας μπορεί να βοηθήσει την εξωτερική στροφή της κεφαλής με τα χέρια του καθώς επίσης και την έξοδο του πρόσθιου και οπίσθιου ώμου, με έλξη της κεφαλής διχαλωτά από τον λαιμό, πρώτα προς τα κάτω και μετά προς τα πάνω.

Μετά την έξοδο του εμβρύου και την συλληψή του από τα πόδια γίνεται αποσπόγγιση του στόματος του από τις βλέννες και αποκοπή του ομφάλιου λώρου μεταξύ των δύο αιμοστατικών λαβίδων Kocher.

γ) Τρίτο στάδιο (Υστεροτοκία) :

Με την ολοκλήρωση του δεύτερου σταδίου, αρχίζει το τρίτο στάδιο που τελειώνει με την έξοδο του πλακούντα και τους υμένες από τα γεννητικά όργανα.

Παράλληλα αρχίζει η αποκόλληση του πλακούντα που περατώνεται με την επανεμφάνιση των συστολών. Η αποκόλληση συντελείται με δύο μηχανισμούς α) με την δημιουργία οπισθοπλακουντικού αιματώματος (κεντρική αποκόλληση) που εκτείνεται προς τα έξω και β) με την περιφερική αποκόλληση που επεκτείνεται προς το κέντρο. ..Αυτή εκδηλώνεται με άμεση εμφάνιση αίματος από τον κόλπο ενώ στην κεντρική αποκόλληση το αίμα θα εμφανιστεί μετά την πλήρη αποκόλληση του πλακούντα. Η αποκόλληση των υμένων υποβοηθείται με τη συστροφή του πλακούντα

μεταξύ των χεριών του μαιευτήρα.

Ακολουθεί έλεγχος του δίσκου του πλακούντα, των κοτυληδόνων των υμένων και του ομφάλιου λώρου με τα αγγεία του. Η δακτυλική επισκόπηση της μήτρας επιβάλλεται όταν υπάρχει υπόνοια κατακράτησης πλακούντα.

Η συσταλτικότητα του μυομητρίου εξασφαλίζεται με την παρεντερική χορήγηση μητροσταλτικών ουσιών (ωκυτοκίνη, αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ολύρας, μεθεοζίνη).

Τέλος ελέγχονται το περίνεο, το αιδίο, ο κόλπος και ο τράχηλος. Στην περίπτωση που υπάρχει ρήξη και τραυματισμός γίνεται συρραφή, ενώ οι συχνοί μαιευτικοί χειρισμοί απαιτούν την κάλυψη της γυναίκας με αντιβιοτικά.

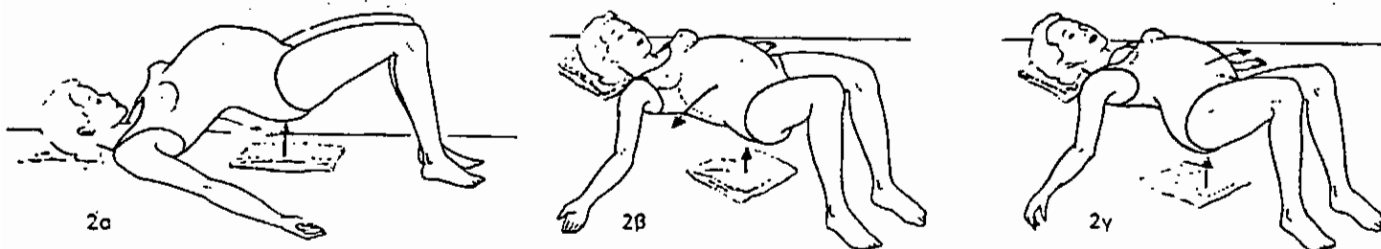
Η λεχωίδα παρακολουθείται επί δίωρο και ελέγχονται τα ζωτικά σημεία, το ύψος του πυθμένα της μήτρας και η απώλεια αίματος.

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

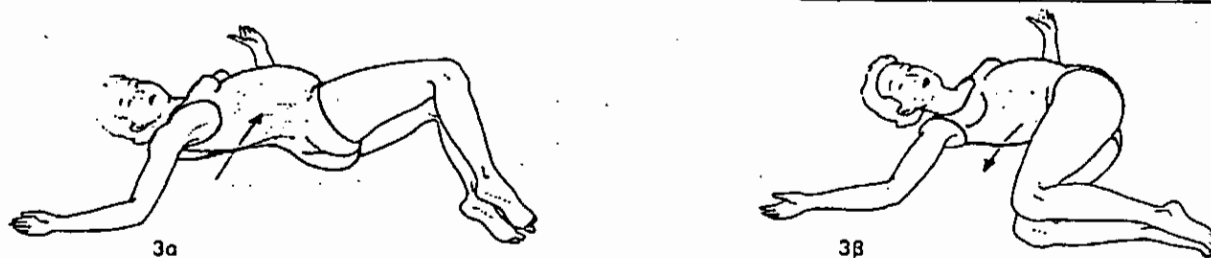
Εκτός από τους γενικούς κανόνες υγιεινής, η έγκυος μπορεί μετά από ιατρική συμβουλή να κάνει μερικές απλές ασκήσεις γυμναστικής, για να διατηρήσει την ευκινησία και την ελαστικότητα των μυών της.



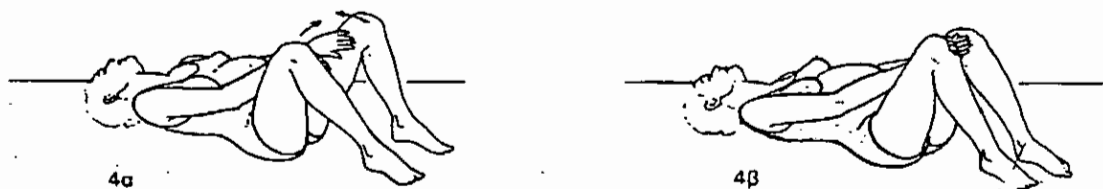
Στέκεστε στην πρώτη θέση, με την πλάτη να σχηματίζει τόξο και ύστερα κάθεστε πάνω στις φτέρνες πλησιάζοντας όσο το δυνατόν πιο πολύ το κεφάλι στα γόνατα. Ανασηκώνετε το σώμα και κρατώντας το κεφάλι κοντά στο πάτωμα τεντώνετε τη ράχη σε τόξο, πιέζοντας τους κοιλιακούς μυς. Αυτή η άσκηση κρατά τεντωμένους τους μυς του λαιμού, του θώρακα και των βραχιόνων.



Ανάσκελα, με το κεφάλι ακουμπισμένο σ' ένα μαξιλάρι, τα χέρια ανοιχτά προς τα έξω και τα πόδια διπλωμένα, σηκώνετε τη ράχη κρατώντας την ωμοπλάτη ακουμπισμένη στο πάτωμα και πηγαиноφέρνετε την κοιλιά δεξιά - αριστερά εναλλάξ. Ξαναγυρνάτε στην αρχική θέση. Αυτή η άσκηση είναι πολύ σημαντική για την ενίσχυση των μυών της πλάτης.



Ανάσκελα, με τα χέρια ανοιχτά γυρισμένα προς τα πάνω, κρατώντας την ωμοπλάτη στο πάτωμα και τα πόδια διπλωμένα σε ορθή γωνία, γυρνάτε το σώμα πρώτα αριστερά και ύστερα δεξιά. Με την άσκηση αυτή γυμνάζονται σταδιακά και αρμονικά οι μυς της κοιλιάς, της πλάτης και των ποδιών.



Μια άσκηση «πίεσης». Ξαπώνετε ανάσκελα με τα πόδια διπλωμένα προς την κοιλιά και με τα χέρια ανάμεσα στα γόνατα. Πιέζετε με τα μπράτσα τεντωμένα τα πόδια προς τα έξω, ενώ με τα πόδια πιέζετε τα γόνατα να ξανακλείσουν. Αυτή η άσκηση δυναμώνει τους μυς των ποδιών και του περινέου (το κατώτερο τμήμα της λεκάνης).

ΑΣΚΗΣΗ ΠΡΩΤΗ

Εισπνοή - Εκπνοή

Είμαστε ξαπλωμένες σ ένα στρώμα εντελώς χαλαρωμένες. Κουνάμε πόδια - δώθε πόδια -

χέρια - κεφάλι. Παίρνουμε βαθιά εισπνοή με τη μύτη - στόμα κλειστο. Εκπνοή με ανοιχτό το στόμα χείλη σουφρωμένα και προτεταμένα όσο μπορούμε πιο αργά (σφυριχτά) (σαν να σβήνουμε ένα φανταστικό κεράκι).

ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ

Χαλάρωμα των μυών στα δάκτυλα

Εισπνοή βαθιά - ταυτόχρονα σφίγγουμε τα δάκτυλα των ποδιών.
εκπνοή- δάκτυλα χαλαρωμένα.

ΑΣΚΗΣΗ ΤΡΙΤΗ

Χαλάρωμα των μυών στα πέλματα

Εισπνοή βαθιά - ταυτόχρονα σφίγγουμε τα πέλματα των ποδιών προς τα κάτω.
Εκπνοή - πέλματα χαλαρωμένα.

ΑΣΚΗΣΗ ΤΕΤΑΡΤΗ

Γύμνασμα μείζονα θωρακικού

1. Στεκόμαστε όρθιες σε ελαφριά διάσταση με τα χέρια στη μέση.
2. Εκτείνουμε το ένα χέρι και το πηγαίνουμε από την έκταση προς τα πίσω.
3. Το επαναφέρουμε στην έκταση και μετά στη μέση.
4. Επαναλαμβάνουμε με το άλλο χέρι.

ΑΣΚΗΣΗ ΠΕΜΠΤΗ

Ανοίγουμε ελαφρά τα πόδια και κάνουμε κυκλάκια από τον αστράγαλο και κάτω προς τα μέσα και έξω και από τα έξω προς τα μέσα.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΤΗ

Χαλάρωμα γάμπας

Ξαπλωμένες σε ευθεία στάση - χαλαρωμένες και χωρίς μαξιλάρι.

1. Αρχίζουμε με λυγισμένο το δεξί πόδι πατώντας με όλο το πέλμα στο στρώμα.

2. Τεντώνουμε το δεξί πόδι όσο μπορούμε πιο ψηλά.
Χωρίς να πιέζουμε την κοιλιά.
3. Λυγίζουμε το δεξί πόδι χωρίς να ακουμπάει στο στρώμα.
4. Ευθειάζουμε το δεξί πόδι χαμηλά πάνω από το στρώμα και το κρατάμε λίγο.
5. Ερχόμαστε στην αρχική στάση. Συνεχίζουμε με το αριστερό πόδι.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΒΔΟΜΗ

Χαλάρωμα κοιλιακών μυών

1) Ψαλίδι πλάγιο

Σηκώνουμε ελαφρά τα πόδια από το στρώμα και τα ανοίγουμε όσο μπορούμε αργά - αργά.

2) Κλείνουμε τα πόδια αργά - αργά. Και μετά τα κατεβάζουμε στο στρώμα.

ΑΣΚΗΣΗ ΟΓΔΟΗ

Γυμνασμά ισχύων

ΜΑΘΗΜΑ 3ον

ΔΙΑΙΤΑ

1) Τι τρώμε σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Δίαιτα

Φαγητά χωρίς αλάτι τρεις εβδομάδες πριν από τον τοκετό, τσιγάρο, ποτά, λιπαρά, ψωμί, σούπες, ΟΧΙ σάλτσες, σπόρ και μεγάλα ταξίδια, καφέ τσάι, γλυκά, πατάτες.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΝΑΤΗ

Μυς λαιμού και πλήρης χαλάρωση

1. Καθόμαστε οκλαδόν, είμαστε πλήρως χαλαρωμένες και έχουμε τα μάτια κλειστά. Το

κεφάλι ελαφρώς χαλαρωμένο από τον ώμο και αρχίζουμε σιγά -σιγά και κυκλικά να

γυρίζουμε το κεφάλι μας από δεξιά πίσω αριστερά και μπροστά.

2. Το επαναλαμβάνουμε αρχίζοντας από αριστερά.

ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΚΑΤΗ

1. Καθόμαστε οκλαδόν ,οι αγκώνες ακουμπάνε στα γόνατα και το κεφάλι είναι κρεμασμένο
μπροστά χαλαρωμένες με μάτια κλειστά.
2. Εισπνέουμε βαθιά και ταυτόχρονα ανασηκωνομαστε. Η πλάτη είναι ευθειασμένη εντελώς
και τα χέρια ακουμπάνε σταθερά στα γόνατα.
3. Εκπνοή αργά - αργά. Επανερχόμαστε στην αρχική στάση μας. Στρίβουμε το κεφάλι
δεξιά - αριστερά, αργά -αργά -χαλάρωση.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΝΔΕΚΑΤΗ

Ψαλιδι πάνω -κάτω

ΜΑΘΗΜΑ ΤΕΤΑΡΤΟΝ

ΑΥΘΥΠΟΒΟΛΗ

Ο εγκέφαλος δέχεται σήμα ότι το δόντι πονάει και αν πραγματικά πονάει δίνει σήμα στο δόντι και πονάς .Τότε εμείς όλη τη μέρα σκεφτόμαστε το δίοτι και πονάμε σκαλίζοντάς το με την γλώσσα μας και έτσι ο εγκέφαλος γεμίζει με πόνο. Αν όμως ασχοληθούμε με κάτι άλλο π.χ φτιάχνοντας φαγητό, αυτόματα το μισό του εγκεφάλου γεμίζει φαγητό. Αν φτιάχνοντας φαγητό βάλουμε και το ραδιόφωνο ένα μέρος του εγκεφάλου γεμίζει από μουσική,έτσι αυτόματα ο πόνος χωρίζεται στα τρία: -1/3 πονόδοντος, 1/3 φαγητό, 1/3 ραδιόφωνο. Ο πόνος περιορίζεται στο 1/3. Αν όμως πάμε σινεμά με πονόδοντο και το έργο είναι ενδιαφέρον σιγά- σιγά αρχίζει και μας ενοχλεί το δόντι πιο λίγο. Τέλος ξεχναμε τον πόνο όταν το φιλμ είναι πολύ ενδιαφέρον και μας αρέσει,γιατί το ενδιαφέρον του φιλμ γέμισε όλο τον εγκέφαλο .Μόλις όμως τελειώσει το φιλμ και παψει το ενδιαφέρον μας για το φιλμ ,αρχίζει ο πόνος σιγά -σιγά να δυναμώνει.

ΣΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΣΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΚΑΙ Ο ΑΝΩΔΙΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Καθε μυς έχει ανάγκη οξυγόνου. Το οξυγόνο στις συστολές έχει ακόμα μεγαλύτερη σημασία για την καλή οξυγόνωση του εμβρύου. Επειδή την ώρα του τοκετού το εμβρυο είναι υποχρεωμένο να περάσει το γεννητικό σωλήνα , κάνει καμπυεις και στροφές κα παίρνει άβολη θεση.Δηλαδή κατα κάποιο τρόπο πιέζεται και για αυτό δεν οξυγονώνεται καλά.Ακόμη με κάθε σύσπαση που υφίσταται η μήτρα από τις εξωθητικές δυνάμεις, τεντώνουν οι μύς της και δίνουν αρκετό οξυγόνο στο εμβρύο. Με το τέντωμα των μυών πιέζονται τα νεύρα της μήτρας και έτσι έχουν τον πόνο. Αν κλείσουμε με το ένα χέρι μας σφιχτά βλέποθμε ότι το ένα τμήμα είναι χαλαρό .Για αυτό με την εφαρμογή της γρήγορης αναπνοής

(λαχάνιασμα), πετυχαίνουμε το χαλάρωμα των μυών της μήτρας και την πλήρη οξυγονωση του εμβρύου. Δηλαδή έχουμε εξάλειψη των συσπάσεων και καλή οξυγόνωση του εμβρύου και όλα αυτά στηρίζονται στη δύναμη της αυθυποβολής που είπαμε πιο πάνω.

ΑΣΚΗΣΗ ΔΩΔΕΚΑΤΗ

Γυμνασμά περινέου

1. Μαζεύουμε τα πόδια . Δηλαδή έχουμε τα γόνατα λυγισμένα και ανοιχτά και σφίγγουμε το περίνεο προς τα κάτω δηλαδή το σπρώχνουμε και το κρατάμε όσο μπορούμε .
2. Χαλάρωση, επανερχόμαστε στην αρχική μας στάση.

ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΚΑΤΗ ΤΡΙΤΗ

Χαλάρωμα πλάτης (χωρίς μαξιλάρι)

- 1) Λυγίζουμε τα γόνατα και τα δύο μαζί.
- 2) Εισπνοή βαθια με τα ταυτόχρονο σήκωμα της λεκάνης μεχρι να σχηματιστει καμάρα
(γέφυρα)
- 3) Εκπνοή αργά -αργά με ταυτόχρονη επαναφορά στην αρχική μας στάση.

ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΚΑΤΗ ΤΕΤΑΡΤΗ

Χαλάρωμα μηρών

- 1) Λυγίζουμε και τα δύο πόδια μαζί.
- 2) Ανοίγουμε όσο μπορούμε τους μηρούς.
- 3) Επανερχόμαστε στην αρχική μας στάση.

ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΚΑΤΗ ΠΕΜΠΤΗ

Μυς πλάτης, ράχης, μέσης

- 1) Έχετε στάση της υπερίφανης δηλαδή κάνετε μια υπερλόρδωση εξαιτίας της εγκυμοσύνης σας.
- 2) Για να ευθειάσετε την σπονδυλική σας στήλη δεν έχετε παρά να φέρετε τον δεξιό γοφό σας προς τα πίσω πατώντας το πέλμα σταθερά. Το ίδιο γίνεται και με το αριστερό πόδι.

ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΚΑΤΗ ΕΚΤΗ

Μυς μηρών

1) Λυγίζουμε τα γόνατα . Κρατιόμαστε με τα χέρια από μία καρέκλα και σιγά σιγά κατεβαί

νουμε προς τα κάτω όσο πιο χαμηλά μπορούμε.Κρατιόμαστε γερά με το ένα χέρι και το

άλλο πιάνει το γόνατο και σιγά-σιγά απλώνουμε το ένα πόδι προς το πλάι ακουμπώντας

στη φτέρνα .Το γυρίζουμε δεξιά - αριστερα. Κατόπιν το επαναφέρουμε στην καθιστή

στάση.

2) Επαναλαμβάνουμε με το άλλο.

3) Κρατιόμαστε γερά με τα δύο χέρια και ανασηκωνόμαστε.

ΜΑΘΗΜΑ 5ο

ΧΑΛΑΡΩΣΗ

Κλείστε τα μάτια. Πάρτε μια αναπαυτική θέση, ξαπλωμένες δοκιμάστε να αισθανθήτε το σώμα σας με όλη σας την προσοχή μέσα στο δωμάτιο. Αφήστε σιγά-σιγά να βγεί έξω από εσάς η ανυπομονησία. Ακούτε τους εξωτερικούς θορύβους αλλά δεν πρέπει να σας ενωχλούν. Ακούτε επίσης και την φωνή της μαίας που σας κάνει ανώδυνο τοκετό αλλά ούτε αυτή πρέπει να σας ενοχλεί καθόλου. Ας προσπαθήσουμε τώρα να χαλαρώσουμε το δικό μας σώμα αλλά πριν από την χαλάρωση πρέπει να μελετήσουμε το σώμα μας. Αρχίζουμε από τα πόδια. Δοκιμάστε να αισθανθείτε πτέρνες, πέλματα και δάκτυλα των ποδιών σας. Δοκιμάστε να αισθανθείτε δάκτυλα, αστραγάλους, γάμπες. Σφίξτετα ένα-ένα κοντραροντάς τα πάνω στο στρώμα και χαλαρώστε. Αυτό το κοντράρισμα προς τα έξω βοηθάει να χαμηλώσει η δύναμη των μυών. Δοκιμάστε να αισθανθείτε τα γονατά σας και το δέρμα από τις γάμπες σας, εσωτερικά και εξωτερικά αρχίζοντας από τα δάκτυλα των ποδιών σας μέχρι πάνω στην κοιλιά. Σφίξτε τους κοιλιακούς σας μύς και χαλαρώστε. Δοκιμάστε να αισθανθείται τις ευχάριστες κινήσεις του δικού σας παιδιού μέσα στην μήτρα σας. Δοκιμάστε να αισθανθείται τους μύς της πλάτης σας από την επαφή της πάνω στο στρώμα. Αν εσείς έχετε πόνο σε κάποιο μέρος της πλάτης της μέσης σας δοκιμάστε με ψυχραιμία να κινήσετε λίγο τους μύς σε αυτή την περιοχή για να ξεμουδιάσει. Δοκιμάστε να αισθανθείται τους ώμους σας και την απόσταση μεταξύ τους, το κεφάλι σας τα μαγουλά σας το σαγόني σας, τα μάτια σας μέσα στις κόνχες τους με τις βλεφαρίδες τα φρύδια και τα βλέφαρα, την μύτη σας με τον αέρα που μπαίνει και βγαίνει από αυτήν, τα αυτιά σας και την μεταξύ τους απόσταση. Εντείνετε την προσοχή σας μέσα στον χώρο και ακούστε τον ήχο των δύο

αυτιών σας σαν δύο τρομπέτες και εσείς μείνετε καλμαρισμένες και ήσυχες. Καλμάρετε και ησυχάστε. Κάθε εκπνοή στο δικό σας σώμα ξαναέρχεται πάντοτε περισσότερο βαριά σαν μολύβι. Εσείς καλμάρεται και ησυχάστε. Χαλαρώστε. Ο εξωτερικός θόρυβος που ακούτε δεν πρέπει να σας ανησυχεί. Φανταστείτε μια εικόνα ότι είστε ξαπλωμένες στον ήλιο ή μέσα σε ένα ζεστό μπάνιο. Αισθανθείτε αυτή την ευχάριστη επαφή της ζέστης σε κάθε κομμάτι του σωματός σας. Εσείς μείνετε χαλαρωμένες και ήσυχες. Αισθανθείτε την ευχάριστη ζεστασιά σε όλο σας το σώμα. Την μέρα του δικού σας τοκετού δοκιμάστε να μείνετε όσο πιο ήρεμες μπορείτε και χαλαρωμένες. Σε κάθε σύσπαση της μήτρας δοκιμάστε να μείνετε όσο πιο πολύ μπορείτε ήρεμες κάνοντας το λαχάνιασμα. Για να βοηθήσετε τον δικό σας τοκετό πρέπει να ξέρετε πώς και πότε να χρησιμοποιήσετε αυτά που έχετε μάθει. Ακούστε προσεκτικά τί θα σας λένε ο γιατρός και η μαία που θα βρίσκονται στην αίθουσα τοκετού.

ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑΤΑ

Το λαχάνιασμα γίνεται με γρήγορες επιπόλαιες αναπνοές σε ίσα χρονικά διαστήματα. Για να πετύχουμε το λαχάνιασμα: βάζουμε μικρά κομματάκια χαρτιού στην ράχη της παλάμης του ενός χεριού μας. Αφού την κλείσουμε πρώτα σφιχτά προσπαθούμε να λαχανιάσουμε πάνω από τα χαρτάκια σε απόσταση 15 εκ. από το στόμα θα πρέπει τα χαρτάκια να τρεμοπαίζουν και όχι να πέφτουν. Δοκιμάστε πολλές φορές και το αποτέλεσμα θα είναι θετικό.

ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΚΑΤΗ ΕΒΔΟΜΗ

Λαχάνιασμα

1. Ξαπλωμένες πάντα στο στρώμα και χαλαρωμένες αρχίζουμε με εισπνοή ολόκληρη -

εκπνοή ολόκληρη- εισπνοή μισή και λαχάνιασμα.

ΕΙΔΗ ΣΥΣΤΟΛΗΣ (ΩΔΙΝΩΝ -ΠΟΝΩΝ)

1. Προπαρασκευαστικές (προετοιμασία τοκετού)
2. Επανορθωτικές (στάση, θέση, σχήμα, εμβρυο.)
3. Μικροσυστολές (ανταλλαγή της ύλης)
4. Διασταλτικές (διαστολή τραχήλου)
5. Εξωθητικές
6. Υστερόπονοι(πλακούντας ή ύστερο)

ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΣΤΟΛΗΣ

- Αρχή

- Ακμή
- Παρακμή
- Παύλα

Από τη στιγμή που θα αρχίσουν οι συστολές αρχίζει η επίτοκος να εφαρμόσει αυτά που έχει μάθει δηλαδή

1. Λαχάνιασμα
2. Αυθυποβολή - Αυτοσυγκέντρωση

Αναπνοές - Λαχάνιασμα για την εξοθδετέρωση της σύσπασης. Αυτοσυγκέντρωση.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΞΩΘΗΣΕΩΣ

Τα πόδια σε γυναικολογική θέση , δηλαδή τα χέρια αγκαλιάζουν τους μηρούς κάτω από τα γόνατα , τους κρατούν και τραβούν ανοιχτά επάνω και έξω τα χέρια λυγισμένα στους αγκώνες. Το κεφάλι σηκωμένο από το στρώμα και το σαγόνι ακουμπάει στο στήθος. Παίρνουμε βαθειά εισπνοή με τη μύτη. Το στόμα κλειστό. Ταυτόχρονα σηκώνουμε το κεφάλι προς το στήθος και σπρώχνουμε τον αέρα προς τα κάτω. Δηλαδή ο αέρας προσέχουμε να μη βγει από το στόμα και τη μύτη και να μην σφιγγόμαστε στο πρόσωπο. Χρησιμοποιούμε τους κοιλιακούς μυς και σπρώχνουμε προς τα κάτω. Πιο επιστημονικά γίνεται το εξής : οι πνεύμονες που έχουν γεμίσει αέρα πιέζουν το διάφραγμα , που και αυτό με τη σειρά του πιέζει την μήτρα συγχρόνως οι κοιλιακοί μυς εξωθούν με δύο - τρία σφιξίματα το παιδί σας έχει γεννηθεί.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η διαδικασία του μηχανισμού τοκετού εξελίσσεται γρηγορότερα (από μια γυναίκα που δεν γνωρίζει μαθήματα ανώδυνου τοκετού) και χωρίς επιπλοκές, γιατί αν η γυναίκα αρχίσει να σφύγγεται νωρίτερα από ό,τι πρέπει δημιουργεί τα εξής προβλήματα: Μεγαλώνει το χρονικό διάστημα του τοκετού. Μπορεί να κάνει κακό στη μήτρα της (ρήξη τη μήτρας) με αποτέλεσμα να κινδυνεύσει εκείνη τη στιγμή αφενός άμεσα η ζωή της, γιατί ο γιατρός θα αναγκαστεί εσπευμένα να τη χειρουργήσει και να της αφαιρέσει τη μήτρα, που σημαίνει μόνιμο ακρωτηριασμό και στειρότητα της γυναίκας αφετέρου να χάσει το παιδί της. Πέρα όμως από αυτό που είναι ακραία περίπτωση, αν σφίγγεται νωρίτερα και δεν συνεργάζεται με τον ιατρό και τη μαία, που της κάνει ψυχοπροφυλαχτική, κινδυνεύει το παιδί να μην πάρει τη σωστή θέση και αναγκαστικά να υποβληθεί σε καισαρική τομή. Ή ακόμα με το να σφίγγεται νωρίτερα δημιουργεί κίνδυνο στο παιδί λόγω κακής αιμάτωσης του, γιατί το παιδί οξυγονώνεται από τη μήτρα από τον ομφάλιο λώρο. Με το σφίξιμο της γυναίκας λοιπόν το παιδί δεν οξυγονώνεται καλά και κινδυνεύει να πεθάνει ή να γεννηθεί με προβλήματα. Επειδή μπορείτε να χρησιμοποιήσετε άλλους μυς, τους κοιλιακούς και έτσι η έξοδος παραμένει ελεύθερη με την καλή κατεύθυνση των δυνάμεων των κοιλιακών μυών μειώνεται σημαντικά η διάρκεια εξώθησής. Στην εξώθηση μεγάλο ρόλο παίζει το διάφραγμα. Με τον αέρα που παίρνουμε, σπρώχνουμε το διάφραγμα με το μείζονα θωρακικό μυ, το διάφραγμα πιέζει τον πυθμένα της μήτρας, ενώ ταυτόχρονα δουλεύουν οι κοιλιακοί μύες.

ΛΟΧΕΙΑ

Είναι το διάστημα μετά τον τοκετό (περίπου 40 μέρες όσο κρατούν τα λόχει-υγρά ορροαιματηρά από τον κόλπο.)

ΔΙΑΙΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Φαγητά

- Ναι φρούτα (2-3 τη μέρα)
- Ναι σαλάτες
- Όχι σούπες
- Όχι λιπαρά
- Όχι γλυκά
- Όχι αλάτι
- Τρώτε λίγο και κάθε φορά που σηκώνεστε από το τραπέζι να νοιώθετε ότι μπορείτε να ξαναφάτε, δηλαδή να έχετε ανάλαφρο στομάχι.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

- Ποδήλατο για τους κοιλιακούς μύες
- Για την μέση που με την εγκυμοσύνη παίρνει μερικούς πόντους επικύψεις, στροφές του κορμιού δεξιά -αριστερά.
- Γέφυρα
- Κυκλάκια στα πόδια δεξιά - αριστερά
- Ψαλίδι πλάι πάνω -κάτω.

ΤΟ ΥΓΙΕΙΝΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η παλιά άποψη ότι η μέλλουσα μητέρα χρειάζεται να «τρώει για δύο», δεν θεωρείται πλέον δικαιολογημένη. Στις ημέρες μας, η ποιότητα και όχι η ποσότητα του διαιτολογίου θεωρείται σημαντικότερη. Στις ημέρες μας, η ποιότητα και όχι η ποσότητα του διαστολογίου θεωρείται σημαντικότερη. Η καλής ποιότητας διατροφή θα σας βοηθήσει να διατηρηθείτε υγιείς, ενώ θα προσφέρει στο μωρό σας όλα τα θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του. Θα βοηθήσει επίσης το σώμα σας να προετοιμαστεί για τον θηλασμό του μωρού, σε περίπτωση που θέλετε να το θηλάσετε.

Οι ανάγκες σας σε θερμίδες

Η ποσότητα των θερμίδων ή τροφών με ενέργεια που χρειάζεται καθημερινά ένα άτομο, εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από τον ρυθμό του μεταβολισμού κάθε ατόμου και τα επίπεδα της σωματικής του δραστηριότητας

Παρ' ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χρειάζεσθε περισσότερη από την συνηθισμένη, θερμιδική ενέργεια, για να ανταποκριθείτε στις απαιτήσεις του μωρού σας και να μπορέσετε να αποθηκεύσετε λίπος για να διευκολύνετε αργότερα τον θηλασμό, είναι μάλλον απίθανο ότι θα χρειασθείτε μεγαλύτερες, από το κανονικό ποσότητες τροφίμων με υψηλή θερμιδική ενέργεια.

Αυτό συμβαίνει, επειδή οι αυξημένες ανάγκες σας αντισταθμίζονται από την ελάττωση της σωματικής σας δραστηριότητας και την ελάττωση του βασικού ρυθμού του μεταβολισμού.

ΜΕΤΑΛΛΙΚΑ ΑΛΑΤΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Τα μεταλλικά άλατα και οι βιταμίνες είναι απαραίτητα για την υγεία. Ωστόσο, χρειάζονται σε μικρές ποσότητες που τις συναντούμε στις περισσότερες τροφές. Αν ακολουθείτε ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο, δεν πρέπει να παίρνετε συμπληρώματα, εκτός εάν σας τα έχει συστήσει ο γιατρός σας.

ΑΣΒΕΣΤΙΟ

Το ασβέστιο είναι απαραίτητο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για τον

σχηματισμό των οστών και των δοντιών του εμβρύου.

Οι καλύτερες πηγές ασβεστίου είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, όπως το γάλα και το κίτρινο τυρί. Άλλες τροφές πλούσιες σε ασβέστιο είναι τα σκουροπράσινα φυλλώδη λαχανικά, τα ψάρια με μαλακά κόκαλα, όπως οι σαρδέλες σε κονσέρβα και ο κονσερβοποιημένος σολομός, τα ψημένα φασόλια, τα αυγά τα αποξηραμένα βερούκοκκα, τα αμύγδαλα και το σουσάμι. Αν δεν τρώτε γαλακτοκομικά προϊόντα συμβουλευθείτε τον γιατρό σας σχετικά με εναλλακτικά προϊόντα που μπορείτε να καταναλώσετε, για να καλύψετε τις ανάγκες σας σε ασβέστιο.

ΣΙΔΗΡΟΣ

Ο σίδηρος είναι απαραίτητος για την παραγωγή της αιμοσφαιρίνης. Αυτή είναι μία ζωτικής σημασίας πρωτεΐνη που βρίσκεται στα ερυθρά αιμοσφαίρια και μεταφέρει το οξυγόνο σε όλους τους ιστούς του σώματος και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στο βρέφος. Η ανεπάρκεια σιδήρου οδηγεί σε αναιμία, που οδηγεί σε συμπτώματα κούρασης, αδυναμίας, ωχρότητα και δυσκολία στην αναπνοή.

Στις τροφές πλούσιες σε σίδηρο περιλαμβάνονται το κόκκινο κρέας, τα αυγά, οι σαρδέλες σε κονσέρβα ή φρέσκιες, το ενισχυμένο ψωμί με δημητριακά, οι ρίζες και το φύλλωμα πράσινων λαχανικών, μερικά φρούτα, οι ξηροί καρπού, τα αποξηραμένα καρυκεύματα. Ο σίδηρος απορροφάται πολύ πιο εύκολα να τρώτε μαζί με τις τροφές που είναι πλούσιες σε σίδηρο και τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C.

Να θυμάστε ότι η υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων που περιέχουν σίδηρο μπορεί να είναι τοξική. Γι' αυτό να μην παίρνετε ποτέ συμπλήρωμα σιδήρου χωρίς να ρωτήσετε το γιατρό σας.

ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΣ

Ο Ψευδάργυρος χρειάζεται για την ανάπτυξη των οστών, του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος του μωρού σας. Η απορρόφηση του ψευδάργυρου από τις τροφές ωστόσο, αυξάνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έτσι αν ακολουθείται ένα κανονικό υγιές διαιτολόγιο, δεν θα πρέπει να χρειασθείτε επι-

πλέον ποσότητες ψευδάργυρου.

Στις πηγές του ψευδάργυρου περιλαμβάνονται τα στρείδια, το κόκκινο κρέας, το ψάρι κονσέρβας, η αποξηραμένη μαγιά μπύρας, τα δημητριακά με αλεύρι ολικής αλέσεως, τα αυτά, οι ξηροί καρποί και το κίτρινο τυρί.

ΚΑΛΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Προσπαθήστε να παίρνετε τρία κύρια γεύματα την ημέρα. Να θυμάστε ακόμα ότι ένα σάντουιτς με γέμιση πλούσια σε πρωτεΐνες όπως τυρί, τόνο ή ζαμπόν, μπορεί να είναι πιο θρεπτικό από ένα μαγειρεμένο φαγητό, εφόσον συνοδεύεται από σούπα γιαούρτι σαλάτα και ένα φρέσκο φρούτο.

ΒΟΥΛΗΜΙΑ

Η βουλημία για κάποιο συγκεκριμένο φαγητό, όπως το τουρσάκι είναι συνηθισμένο φαινόμενο στην εγκυμοσύνη. Αντίθετα πάλι μπορεί να αναπτύξετε ένα είδος αποστροφής για ορισμένα φαγητά ή ποτά, όπως ο καφές. Ικανοποιήστε την αδικαιολόγητη βουλημία σας, αρκεί όμως, να μην ξεφύγετε από το διαιτολόγιο σας και αποκλείσετε άλλες απαραίτητες τροφές ή φάτε τόσο πολύ ώστε να παρουσιάσετε δυσπεψία.

Αν νοιώθετε μια ακατανίκητη τάση να φάτε πράγματα που δεν τρώγονται, όπως χώμα (μια κατάσταση γνωστή σαν πίκια), συζητήστε την τάση σας αυτή με τον γιατρό.

ΔΙΑΙΤΕΣ ΓΙΑ ΧΟΡΤΟΦΑΓΟΥΣ

Παρ' ότι το κρέας που αποτελεί μια σημαντική πηγή άμεσα απορροφούμενου σιδήρου, θα απουσιάζει από το διαιτολόγιό σας, η απορρόφηση του σιδήρου από τις φυτικές τροφές μπορεί να ενισχυθεί με την μεγαλύτερη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε βιταμίνη C.

Ρωτήστε τον γιατρό σας αν είναι πιθανό να χρειασθείτε συμπλήρωμα μεταλλικών αλάτων και βιταμινών, για να είστε βεβαία ότι παίρνετε όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεστε εσείς και το μωρό σας.

ΑΝΗΛΙΚΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Επειδή οι έφηβες γυναίκες εξακολουθούν να αναπτύσσονται και οι ίδιες, οι ανάγκες τους για θρεπτικά συστατικά είναι μεγαλύτερες από εκείνες μιας ενήλικης εγκύου. Οι ανάγκες τους σε ασβέστιο είναι μεγαλύτερες και χρειάζονται επιπλέον ελαφρώς μεγαλύτερες ποσότητες πρωτεϊνών και θερμίδων.

Ακόμα ο κίνδυνος εμφάνισης αναιμίας μπορεί να είναι υψηλότερος. Γι' αυτό οι ανήλικες μητέρες είναι πολύ περισσότερο πιθανό να χρειάζονται συμπλήρωμα σιδήρου και άλλων στοιχείων, στα πλαίσια του προγράμματος της προγενετικής τους περίθαλψης.

Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

Επειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η φυσική ανοσία που έχετε προς τις λοιμώξεις τείνει να ελαττώνεται, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να προφυλαχθείτε μήπως πάθετε λοιμώξεις από σαλμονέλα ή λιστέρια.

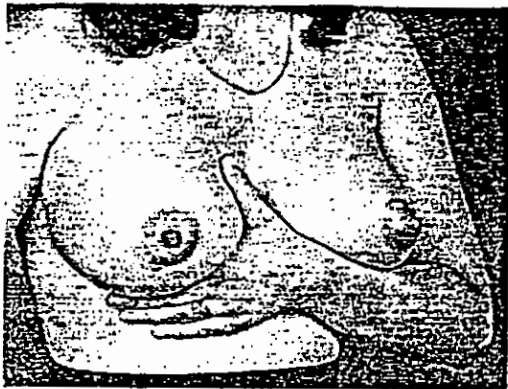
Γι' αυτό το σκοπό, θα χρειασθεί να πάρετε έκτακτα προστατευτικά μέτρα σε σχέση με την υγιεινή και την προετοιμασία της τροφής σας και να αποφεύγετε τις τροφές που ενδέχεται να έχουν μολυνθεί με παρόμοια μικρόβια ή τοξίνες μικροβίων.

Να αποφεύγετε τα μαλακά τυριά (που ίσως παρασκευάζονται από μη παστεριωμένο γάλα και όλους τους τύπους πατέ). Να μην τρώτε ωμό ή όχι καλά μαγειρεμένο κρέας, ωμά ή όχι καλά βρασμένα αυγά και έτοιμες όχι πολύ καλά βρασμένα αυγά και έτοιμες όχι πολύ καλά πλυμένες σαλάτες.

Προσέξτε τα έτοιμα μαγειρεμένα κατεψυγμένα φαγητά και τα έτοιμα για κατανάλωση πουλερικά και άλλα κρέατα. Αυτά θα πρέπει να ζεσταίνονται πολύ καλά σε θερμοκρασία βρασμού. Πάντοτε να φυλάτε σε ξεχωριστά μέρη του ψυγείου σας τα μαγειρεμένα από τα ωμά κρέατα. Να πίνετε μόνο γάλα που έχει παστεριωθεί, ή αποστειρωθεί (ή έχει τη σφραγίδα UHT υπερθερμανθεί). Να χρησιμοποιείτε όλα τα τρόφιμα μόνο έως την ημερομηνία «λήξης» τους.

με τον κορμό της κάθετο.

β) Σωστό κράτημα του στήθους,
με τα τέσσερα δάκτυλα από κάτω
από το στήθος και τον αντίχειρα
επάνω σε απόσταση από τη σκούρα



περιοχή - την θηλαία άλω.

γ) Σωστό κράτημα του μωρού,
δηλαδή το μωρό είναι ξαπλωμένο
στο πλάι με το πρόσωπο προς
το στήθος της μητέρας και η
μητέρα το υποβαστάζει από τον
αυχένα. Όταν το μωρό ψάχνοντας να



βρει το στήθος της μητέρας, ανοίγει
καλά το στόμα του, η μητέρα σπρώχνει

ελαφρά το κεφαλάκι προς το στήθος της.
Ποτέ το στήθος της προς το στόμα
του μωρού.



Έτσι το μωρό παίρνει μέσα στο
στόμα του τμήμα της θηλαίας άλω
σε ίσια απόσταση γύρω από τη
βάση της θηλής και δεν πιπιλίζει
την θηλή. Με τη σωστή θέση
θηλασμού το μωρό παίρνει
περισσότερη ποσότητα γάλακτος



δεν τραυματίζονται οι θηλές
και προλαμβάνεται η υπερφόρτιση
των μαστών.



Προσοχή! Λάθος θέση θηλασμού

Η απόλυτη προσφορά και υπεροχή του μητρικού γάλακτος έναντι οποιουδήποτε άλλου είναι από όλους παραδεκτή.

Οι πληροφορίες προέρχονται, τόσο εμπειρικά από πανάρχαια χρόνια όσο και επιστημονικά τις τελευταίες δεκαετίες. Με την πάροδο των χρόνων νέα επιστημονικά στοιχεία προστίθενται και αυξάνουν την παραδοχή για την τελειότητα του μητρικού γάλακτος και είναι σίγουρο πως η διαδικασία αυτή θα εξακολουθήσει στο διηνεκές.

Γεγονός είναι ότι δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην πιστεύει στην υπεροχή του μητρικού θηλασμού, παρ' όλα αυτά η μητέρες που θηλάζουν τα βρέφη τους στη χώρα μας είναι ακόμα η μειοψηφία. Γίνεται σαφές ότι δεν αρκεί η γνώση ώστε να υιοθετηθεί η σωστή συμπεριφορά της μάνας προς το παιδί της συμπεριφορά που θα αναγνωρίζει ότι το ανθρώπινο δικαίωμα είναι το δικαίωμα του νεογνού να τραφεί με το γάλα της μητέρας του.

Το ανθρώπινο βρέφος είναι το μόνο από όλα τα βρέφη του ζωικού βασιλείου, το οποίο αντικρίζει την μητέρα του κατά πρόσωπο στην διάρκεια του θηλασμού.

Τη στιγμή αυτή εκτός το γάλα το οποίο παίρνει, δημιουργείται και ένας θεμέλιος λίθος μιας άρρηκτης σχέσης μεταξύ τους.

Ο μητρικός θηλασμός για να γίνει τρόπος ζωής για κάθε μητέρα νεογνό πρέπει να βοηθήσουμε όλοι.

Η επιθυμία αυτή στάθηκε σαν την κινητήρια δύναμη στην επιλογή του μητρικού θηλασμού σαν το θέμα αυτής της εργασίας με κύριο σκοπό να προάγει τη γαλουχία ως την ιδανικότερη μορφή διατροφής του νεογνού και να μεταδώσει το πνεύμα καθώς και το ιερό πάθος όλων των υποστηρικτών για το αναφαίρετο αυτό ανθρώπινο δικαίωμα, το δικαίωμα του μητρικού θηλασμού που αποκτά ο άνθρωπος μόλις έλθει στη ζωή.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Ανατομία μαστού

Ο μαστός είναι ένας εξωκρινής αδένας. Οι μαστοί στην ώριμη γυναίκα αποτελούν δυο ημισφαιρικές προεξοχές του δέρματος στο πρόσθιο μέρος του θώρακα από την 3η έως την 7η πλευρά και από το στέρνο ως τη μασχάλη. Επίσης είναι σε θέση να εκκρίνουν γάλα, σε αντίθεση με τον άντρα όπου οι μαστοί είναι υποανάπτυκτοι.

Αρχίζει να αναπτύσσεται ταυτόχρονα με τη δημιουργία των ωαρίων των ωοθηκών και διεγείρεται από μια αύξηση της ποσότητας των γεννητικών ορμονών της γυναίκας.

Οι μαστοί ανήκουν στους οσμηγόνους αδένες και αποτελούνται από τον μαστικό αδένα, το στρώμα και το δέρμα.

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς. Τα λόβια σχηματίζονται από πολλές κυψελίδες.

Ο κάθε λοβός σχηματίζεται από πολλά λόβια καθώς και τους γαλακτοφόρους πόρους. Οι γαλακτοφόροι πόροι ενώνονται σε έναν κεντρικό γαλακτοφόρο πόρο ή αγωγό όπου στην διάρκεια της γαλουχίας μεταφέρουν το γάλα από τις κυψελίδες όλων των λοβίων κάθε λοβού και καταλήγουν στη θηλή. Οι γαλακτοφόροι πόροι πριν καταλήξουν στη θηλή διευρύνονται και σχηματίζουν αντίστοιχες ληκύθους που χρησιμεύουν σαν δεξαμενές συλλογής του γάλακτος.

Το στρώμα αποτελείται από το περιμαστικό λίπος, το συνδετικό ιστό, αιμοφόρα, λεμφοφόρα αγγεία και τα νεύρα.

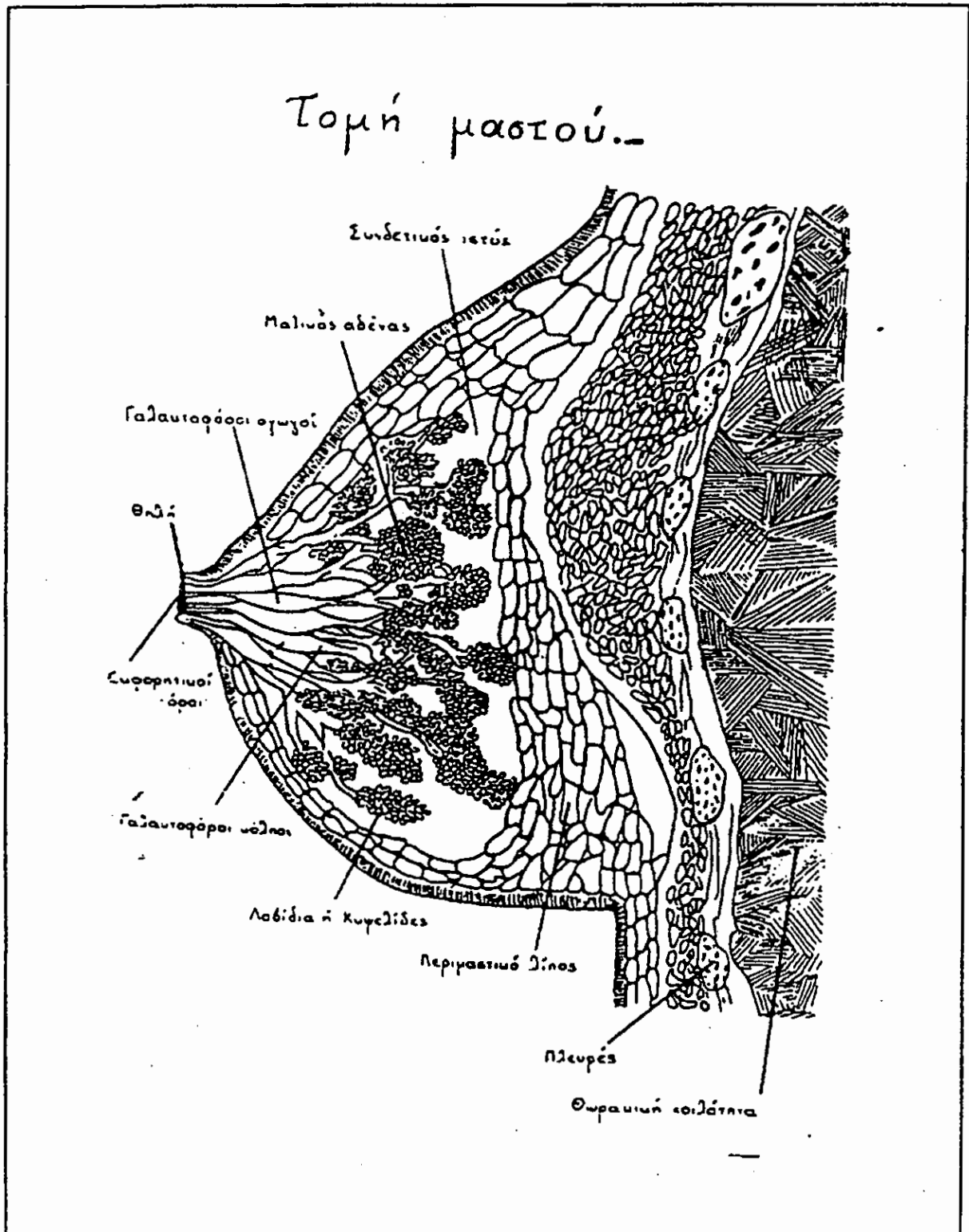
Ο μαστός περιλαμβάνει τη θηλή, τη θηλαία άλω, δηλαδή τη σκούρα περιοχή γύρω από τη θηλή και το γενικό δέρμα.

Η θηλή έχει επίσης σκούρο χρώμα, φέρνει θηλώματα μέσα από τα οποία προβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι.

Στη θηλή και γύρω από την άλω η επιφάνεια είναι ανώμαλη και μάλιστα

περισσότερο στην περίοδο της εγκυμοσύνης, επειδή υπάρχουν άφθονοι σμηγματογόνοι αδένες (ΦΥΜΑΤΙΑ. MONTGOMERY) και απολήξεις νεύρων.

Παρ' όλες τις λαϊκές δοξασίες ο όγκος των μαστών δεν είναι ανάλογος της ικανότητας έκκρισης γάλακτος στην εγκυμοσύνη.



Κύκλος μαστού

Η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει κατά την ήβη, παρ' όλο που η υποτυπώδης μορφή των μαστικών αδένων υπάρχει από πολύ νωρίτερα, στο νεογέννητο και μπορεί να παράγει έκκριση τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννησή του. Οι μαστικοί αδένες των αγοριών και των κοριτσιών είναι όμοιοι πριν από την ήβη.

Στη νεογνική ηλικία: Οι ορμόνες που κυκλοφορούν στο αίμα της μητέρας μερικές φορές διόγκωση των μαστών του νεογέννητου και έκκριση πρωτογάλακτος. Αυτό κρατά λίγες μέρες και περνά μόνο του. Οι μητέρες δεν πρέπει να πειράζουν τους μαστούς των μωρών τους, γιατί υπάρχει κίνδυνος να τους μολύνουν.

Στην ήβη: Με την επίδραση των ορμονών μεγαλώνει το στήθος γιατί αυξάνει το στρώμα που αποτελείται από συνδετικό ιστό λίπος, αγγεία και νεύρα. Σε μικρότερο βαθμό αναπτύσσονται οι κυψελίδες που διακλαδίζονται και σχηματίζουν τα λόβια.

Στην ενήλικη γυναίκα: Η ποσότητα του λίπους του μαστού καθορίζει το σχήμα του. Μέσα στο λιπώδη ιστό υπάρχουν 15 - 25 λοβοί. Κάθε λοβός μοιάζει με δέντρο. Οι κυψελίδες είναι (τα φύλλα του δέντρου). Οι μικροί γαλακτοφόροι πόροι συμβάλλουν στον κυρίως γαλακτοφόρο πόρο (τον κορμό) του δέντρου. Αυτός με τη σειρά του εκβάλλει στη θηλή, όπου υπάρχουν 15 -25 ανοίγματα, ένα για κάθε γαλακτοφόρο πόρο, αντίστοιχα.

Στην εγκυμοσύνη: Σε αυτή την περίοδο αυξάνει η ορμονική δραστηριότητα με αποτέλεσμα να μεγαλώνουν και κατά συνέπεια τα λόβια, οι λοβοί και γαλακτοφόροι πόροι.

Το μέγεθος του μαστού αυξάνει κατά το ένα τρίτο. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης συχνά ο μαστός εκκρίνει πύαα ή πρωτόγαλα, η σύσταση του και η θρεπτική αξία του οποίου θα αναπτυχθούν παρακάτω

Φυσιολογία παραγωγής γάλακτος

Κατά τη διάρκεια της κύησης ο μαζικός αδένας και γενικότερα ο μαστός δέχεται τις απαραίτητες εκείνες ορμονικές επιδράσεις, που θα τον καταστήσουν ικανό να ανταποκριθεί στη λειτουργική επάρκεια κατά τη λοχεία. Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, ο κάθε μαστός αυξάνει το βάρος του κατά 400 γρ. περίπου, ενώ διπλασιάζεται η αιμάτωσή του.

Πιο συγκεκριμένα αυξάνονται και αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι, αναπτύσσονται οι λοβοί του αδένου και υπερπλάσσονται τα επιθηλιακά κύτταρα των κυψελίδων.

Η κυριότερη επίδραση της προγεστερόνης συνιστάται στην προαγωγή της ωρίμανσης των κυψελιδικών κυττάρων, που μετατρέπονται σε εκκριτικά. Η δράση της προλακτίνης κατά την κύηση είναι συνεργιστική με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη.

Αμέσως μετά τον τοκετό, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη ανταγωνίζονται τη δράση της προλακτίνης για την παραγωγή γάλακτος, ενώ για την εγκατάσταση της φυσιολογικής γαλουχίας φαίνεται να υπεισέρχεται και η δράση της αυξητικής ορμόνης της κορτιζόλης, της θυροξίνης και της ινσουλίνης.

Βασική προϋπόθεση για εγκατάσταση της γαλουχίας αποτελεί η ελάττωση των επιπέδων οιστρογόνων, και προγεστερόνης που κατά τη διάρκεια της κύησης είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα σε αντίθεση με την προλακτίνη, που κατά την εγκυμοσύνη είναι ελαττωμένη περίπου σε συγκεντρώσεις 2 -3 φορές υψηλότερες από τις παρατηρούμενες εκτός κύησης,

Τα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης μειώνονται δραστικά μετά τον τοκετό ενώ η προλακτίνη αρχίζει να εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης σε μεγάλες ποσότητες, έτσι ώστε να αρχίσει η παράγωγή μητρικού γάλακτος.

Η παραγωγή και η έκκριση του γάλακτος ελέγχεται από την προλακτίνη η οποία επιδρώντας στο εκκριτικό επίπεδο των κυψελιδικών κυττάρων του μαζικού αδένου μετατρέπει τα αμινοξέα, τα ιχνοστοιχεία, τα λιπίδια της γλυκόζης και διάφορα άλλα συστατικά του πλάσματος σε καζεΐνη, γαλακτοσφαιρίνες,

γαλακτολιπίδια, λακτόζη και άλλα συστατικά του γάλακτος.

Η παραγωγή του μητρικού γάλακτος στην ουσία βασίζεται στην μετατροπή αυτή.

Η εκροή του γάλακτος από το μαστό αποτελεί δραστηριότητα που ελέγχεται από τα επίπεδα ωκυτοκίνης του ορού. Κατά το θηλασμό με τις θηλαστικές κινήσεις του νεογνού ενεργοποιείται το λεγόμενο αντανακλαστικό απελευθέρωσης ωκυτοκίνης η οποία προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των εκφορητικών πόρων του μαζικού αδένου, με αυτό τον τρόπο να διευκολύνεται η αποτελεσματικότητα των θηλαστικών κινήσεων του νεογνού. Αυτό δεν συμβαίνει με την προλακτίνη που εκκρίνεται μόνο με το θηλασμό.

Από την συνολική ποσότητα του γάλακτος, το οποίο λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, ένα μέρος είναι ήδη έτοιμο ενώ το υπόλοιπο συντίθεται και εκκρίνεται στην διάρκεια του.

Η φύση έχει εξασφαλίσει με έναν ιδανικό αυτορυθμιζόμενο μηχανισμό ώστε η παραγωγή του γάλακτος να εξαρτάται και να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του νεογνού, φυσικά με την προϋπόθεση ότι του προσφέρεται ο μαστός κάθε φορά που τον αναζητά.

Για αυτό η διατήρηση μιας κανονικής - φυσιολογικής γαλουχίας βασίζεται στο θηλασμό σε κανονικά διαστήματα και φυσικά το άδειασμα των μαστών που είναι το πιο δραστικό ερέθισμα για την έκκριση γάλακτος.

Προλακτίνη - Ωκυτοκίνη

Όπως αναπτύχθηκε παραπάνω η εγκατάσταση της γαλουχίας κατά την λοχεία στηρίζεται κυρίως στην έκκριση της προλακτίνης και ωκυτοκίνης.

Η προλακτίνη είναι πεπτίδιο λίγο υδατοδιαλυτό. Παράγεται στα οξύφιλα κύτταρα του Π.Λ.Υ. Η παραγωγή και η έκκριση της ρυθμίζεται από τον υποθάλαμο με εκλυτικούς και ανασταλτικούς παράγοντες με κυριότερο τον PIF (FROLACTIN INHIBITING FACTOR).

Ο PIF φυσιολογικά παράγεται σε αυξημένες ποσότητες και ο ρυθμός έκκρισης PRL είναι μικρός. Όταν ανασταλεί η παραγωγή PIF όπως γίνεται στη διάρ-

κεια της γαλουχίας τότε παρατηρείται άρση της αναστολής έκκρισης προλακτινης δηλαδή αυξημένα ποσά προλακτινης στο αίμα. Η κύρια δράση της προλακτινης είναι η διέγερση του μαστικού αδένα της γυναίκας για παραγωγή και έκκριση γάλακτος. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και το θηλασμό η τιμή της προλακτινης παράγεται σε αυξημένα ποσά (προς το τέλος της κύησης η τιμή της στο αίμα είναι δεκαπλάσια του φυσιολογικού).

Η αυξημένη παραγωγή, όπως στην περίοδο του θηλασμού, προκαλεί μείωση της παραγωγής των γοναδοτροπινών, που έχει σαν συνέπεια να μην γίνεται ρήξη του ωοθηλακίου και η γυναίκα να παραμένει στείρα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Όσο αναφορά την ωκυτοκίνη χημικώς είναι οκταπεπτίδιο και εκκρίνεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Δρα στις λείες μυϊκές ίνες των κυψελίδων του μαστού προκαλώντας τη σύσπαση τους και έτσι εκροή του γάλακτος κατά το θηλασμό.

Ο θηλασμός και ο ερεθισμός των γεννητικών οργάνων αποτελούν ερεθίσματα για την έκκριση της ωκυτοκίνης.

Μητρικό γάλα

Το μητρικό γάλα αντιπροσωπεύει την πιο πλήρη και ισορροπημένη τροφή που το νεογνό μπορεί να χωνέψει. περιέχει τις σωστές ποσότητες πρωτεΐνης, υδατανθράκων, μεταλλικών αλάτων και βιταμινών που απαιτούνται για την ανάπτυξη τον μωρού.

Πύαο ή Πρωτόγαλα

Τους τελευταίους μήνες της κύησης και τις πρώτες 72 ώρες μετά τον τοκετό οι μαστοί δεν παράγουν γάλα. Παράγουν όμως ένα αραιό κίτρινο υγρό. Η περιεκτικότητά του σε λεύκωμα είναι τριπλάσια σε σύγκριση με το κανονικό γάλα. Είναι πλουσιότερο σε βιταμίνες Α, Β, Ε σε μεταλλικά άλατα ενώ σε λίπος και υδατάνθρακες έχει λιγότερη περιεκτικότητα από το κανονικό γάλα, για

αυτό και είναι πιο εύπεπτο. Το σπουδαιότερο είναι ότι περιέχει πολλά αντισώματα ανεκτίμητης αξίας τα οποία προστατεύουν τα νεογνά από τις λοιμώξεις. Επίσης σημαντικό ρόλο έχει και η υπατική του λειτουργία γιατί βοηθά τις δυο πρώτες ημέρες στον καθαρισμό του πεπτικού συστήματος από το μυκόνιο που περιέχεται στα έντερα πριν τον τοκετό. Κατά τις πρώτες ημέρες το μωρό πρέπει να τοποθετείται τακτικά στο στήθος, εφ' ενός για να τρέφεται με πρωτόγαλα και αφετέρου να συνηθίζει τη διαδικασία του θηλασμού.

Μερικές γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βγάζουν κανονικά πύαο, άλλες μόνο λίγες σταγόνες και άλλες καθόλου. Σε όλες τις περιπτώσεις είναι ικανές να θηλάσουν.

Μεταβατικό γάλα

Μετά την τρίτη ημέρα περίπου από τον τοκετό το πύαο μετατρέπεται σε μεταβατικό γάλα. Το υγρό αυτό που είναι το πραγματικό γάλα, εκκρίνεται από τον μαστό ανάμεικτο με πρωτόγαλα και δείχνει πλούσιο και κρεμώδης σε σύγκριση με το πιο υδαρές γάλα που παρατηρείται μερικές μέρες μετά. Καθώς αραιώνει, η πρωτεΐνη και τα αντισώματα αυξάνονται, και σε δυο εβδομάδες η μεταβατική φάση τελειώνει, και ο μαστός παράγει το κανονικό μητρικό γάλα.

Ώριμο γάλα

Περίπου την έβδομη με δέκατη ημέρα το γάλα γίνεται ώριμο. Το χρώμα του είναι προς το άσπρο και η σύσταση του είναι πιο λεπτόρευστη από το πύαο. Το γάλα αυτό είναι υγρό ευχάριστης οσμής και γεύσης. Το γεγονός ότι η σύσταση του είναι λεπτόρευστη δε σημαίνει ότι έχει μικρότερη θρεπτική αξία, αλλά ότι αλλάζει σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού. Έτσι το πιο υδαρές αρχικό γάλα κατευνάζει τη δίψα ενώ το ύστερο γάλα με τα αυξανόμενα λιπαρά και τις πρωτεΐνες ικανοποιεί την πείνα. Το ώριμο γάλα περιέχει σε ορισμένες αναλογίες όλες τις θρεπτικές ουσίες όπως λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπη, ανόργανα άλατα, βιταμίνες και αντισώματα που δεν έχουν τα τεχνητά γάλατα και το κάνουν την αναντικατάστατη τροφή του νεογέννητου.

Στο γάλα υπάρχουν όλες οι βιταμίνες εκτός της Κ, ανοσοσφαιρίνες IGA, IGM, IGG σε μικρή περιεκτικότητα μετά την πρώτη εβδομάδα, λευκά αιμοσφαίρια.

Τα λιπαρά οξέα του γάλακτος, συντίθενται στο μαστό την λακτόζη. Οι κυριότερες πρωτεΐνες είναι η α και β λακτοσφαιρίνη και καζεΐνη. Τέλος περιέχει αντιτοξίνες, ιντερφερόλη, λυσοζύμη, λακτοφερίνη και τα συμπληρώματα G₃ και G₄ και άλλα.

Ημερήσια παραγωγή μητρικού γάλακτος

Η ποσότητα που παράγεται το 2ο 24ωρο είναι περίπου 120CM³, το 3ο 24ωρο σε 180CM³ και το 4ο 24ωρο σε 240CM³. Προς το τέλος της δεύτερης εβδομάδας το ποσό υπολογίζεται σε 180 CM³ ανά θηλασμό. Τα προσλαμβανόμενα υγρά από τη μητέρα δεν φαίνεται να επηρεάζουν την ποσότητα του γάλακτος.

Διαφορές μητρικού γάλακτος αγάλακτος αγελάδας

- Η περιεκτικότητα σε ενέργεια του μητρικού γάλακτος είναι περισσότερη από το γάλα της αγελάδας.

-Το λεύκωμα του αγελαδινού γάλακτος έχει μικρότερη βιολογική αξία σε ότι αφορά στην απορρόφηση του από το έντερο και στην περιεκτικότητά του σε απαραίτητα αμινοξέα, από εκείνη του μητρικού.

-Ποσοτική διαφορά δεν υπάρχει μόνο ποιοτική. Το αγελαδινό έχει περισσότερα κατώτερα κεκορεσμένα λιπαρά οξέα.

-Η λακτόζη στο μητρικό γάλα είναι 7% ενώ στο γάλα της αγελάδας 4, 5%.

-Τα περισσότερα ανόργανα στοιχεία (Ca, P, Na, K, CL) βρίσκονται σε μεγαλύτερες ποσότητες στο γάλα της αγελάδας αλλά η σχέση τους στο μητρικό γάλα είναι καλύτερη και αφομοιώνονται εύκολα.

-Ο σίδηρος και στα δυο γάλατα δεν βρίσκεται σε αφθονία αλλά ο σίδηρος του

μητρικού γάλακτος απορροφάται εύκολα.

-Η βιταμίνη C είναι περισσότερη στο μητρικό γάλα και η βιταμίνη D ποιοτικά καλύτερη.

-Τα αντισώματα του μητρικού γάλακτος είναι αρκετά και προστατεύουν το βρέφος από τις λοιμώξεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ-Σύσταση πρωτογάλακτος, μεταβατικού, ώριμος και γάλακτος αγελάδας.

	ΠΡΩΤΟΓΑΛΑ	ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ	ΩΡΙΜΟ	ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΑΣ
		(1- ημ.)	(6-10 ημ.)	(μετά 10ημ.)
Ενέργεια KCAL	5	74	71	69
Ολικά στερεά G	12, 8	13, 6	12, 4	12,7
Λίπος G	2, 9	3, 6	3, 8	3, 7
Γαλακτοσακχαρο G	5, 3	6, 6	7, 0	4, 8
Πρωτεΐνη G	2, 7	1, 6	1, 2	3, 3
Τέφρα G	0, 33	0, 24	0, 21	0,12
ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΑΛΑΤΑ				
Ασβέστιο MG	31	34	33	125
Μαγνήσιο MG	4	4	4	12
Κάλιο MG	74	64	55	138
Νάτριο MG	48	29	15	58
Σίδηρος MG	0,09	0,04	0,15	0,10
Καζεΐνη MG	1, 2	0,7	0,4	2,8

ΤΑ ΠΟΛΛΑ «ΔΩΡΑ» ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ

ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ-ΠΟΛΙΤΕΙΑ

1. Προστασία της μητέρας από τον καρκίνο του μαστού

2. Μείωση της συχνότητας του καρκίνου του ενδομητρίου.

3. Προστασία από την οστεοπόρωση.

4. Σε σημαντικό ποσοστό προφύλαξη από σύντομη νέα εγκυμοσύνη.

5. Ικανοποίηση για την ολοκλήρωσή της σαν γυναίκα - μητέρα.

6. Προαγωγή της ψυχικής υγείας της μητέρας κατά την περίοδο της λοχείας.

7. Ευκολία στην σίτιση και στις εξόδους με το παιδί.

8. Οικονομία.

1. Ο μητρικός θηλασμός είναι οικολογικός, αστείρευτος πόρος, ευεργετικός για τον πλανήτη και το παιδί.

2. Μείωση της νοσηρότητας: περισσότερα γερά παιδιά.

3. Μείωση εξόδων φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

4. Μείωση εξόδων αγοράς ξένου γάλακτος

ΤΑ ΠΟΛΛΑ «ΔΩΡΑ» ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

1. Ιδανική σύνθεση των συστατικών του μητρικού γάλακτος για την σωματική ανάπτυξη του παιδιού.
2. Προστασία από λοιμώξεις:
 - αναπνευστικού συστήματος
 - γαστρεντερικού συστήματος.
3. Προστασία από:
 - ιώσεις
 - αλλεργίες
 - αναιμία.
4. Αύξηση της επιβίωσης των προώρων.
5. Αύξηση του δείκτη νοημοσύνης.
6. Προστασία από τον κίνδυνο νεανικού διαβήτη.
7. Ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου.
8. Βελτίωση του λόγου σε παιδιά με σχιστίες.
9. Μείωση της τερηδόνας.
10. Πρόληψη για την παχυσαρκία.
11. Πρόληψη για μελλοντικό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.
12. Η πιο κατάλληλη τροφή για πολλές αρρώστιες της νεογνικής, βρεφικής και παιδικής ηλικίας:
 - σύνδρομο δυσαπορρόφησης
 - δυσανεξία στο γάλα της αγελάδας
 - επίμονη διάρροια
 - ελκώδης κολίτιδα
 - νεκρωτική εντεροκολίτιδα
 - χειρουργικές επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος
 - σπλαιμία
 - ανεπάρκεια της I.G.A. ανοσοφαιρίνης
 - μεταμόσχευση μυελού των οστών.
13. Συμβολή στη διαμόρφωση υγιούς προσωπικότητας.
14. Συμβολή στην πρεμία του βρέφους λόγω ειδικής ορμόνης στο μητρικό γάλα.
15. Συμβολή στο κτίσιμο της ψυχικής υγείας του παιδιού.

Πλεονεκτήματα - Αντενδείξεις θηλασμού

Για να γίνει κατανοητή η αξία του μητρικού θηλασμού πρέπει να αναφερθούν όλα τα πλεονεκτήματα που καθιστούν το μητρικό θηλασμό σαν αναντικατάστατο και ως τον ιδανικότερο τρόπο διατροφής κάθε βρέφους.

* Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά στην ποσότητα που πρέπει και η σύνθεση του διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες του βρέφους.

* Προστασία από λοιμώξεις λόγω των αντισωμάτων που περιέχει, και παράλληλα ενδυναμώνουν το ανοσοποιητικό τους σύστημα.

* Προφυλάσσει από τον κίνδυνο πιθανού νεανικού διαβήτη,

* Βοηθά στη προστασία του νεογνού και βρέφους από αλλεργικές εκδηλώσεις π. χ άσθμα, έκζεμα κ. α.

* Για το πρόωρο νεογνό το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή.

* Λιγότερες πιθανότητες αιφνίδιου θανάτου.

* Προστασία από αβιταμίνωση D και σιδηροπενία.

* Ελάττωση του κινδύνου υποκαλιαιμίας.

* Αφομειώνεται πιο εύκολα, πιο εύπεπτο και έτσι συμβάλλει την καλύτερη λειτουργία του πεπτικού (αποφυγή κολικών, διάρροιας, γαστρεντερίτιδας κ. α) και του αναπνευστικού συστήματος.

* Είναι ελεύθερο μικροβίων μέχρι την παράγωγή του και πηγαίνει κατευθείαν στον καταναλωτή χωρίς να παρεμβάλλονται άλλοι παράγοντες.

* Η πιο κατάλληλη τροφή για πολλές αρρώστιες της νεογνικής, βρεφικής και παιδικής ηλικίας.

- σύνδρομο δυσαπορρόφησης.
- δυσανεξία στο γάλα της αγελάδας.
- επίμονη διάρροια.
- ελκώδης κολίτιδα.
- νεκρωτική εντεροκολίτιδα :

- χειρουργικές επεμβάσεις του πεπτικού. συστήματος.
- σπηλαιμία.
- μεταμόσχευση μυελού των οστών.

* Η διαδικασία του θηλασμού δηλαδή η ρυθμική κίνηση του πάνω και κάτω σαγόνιου του μωρού έχει σαν αποτέλεσμα να δυναμώνουν οι μύες και τα ούλα του, ενώ τα δόντια είναι πιο γερά και χωρίς μελλοντικά προβλήματα.

* Ο θηλασμός δίνει την δυνατότητα στο βρέφος να συμμετέχει ενεργά στην διαδικασία διατροφής.

* Συμβάλλει στην ηρεμία λόγω ειδική ορμόνης στο μητρικό γάλα (καλεομορφίνη που ανήκει στην κατηγορία των ενδομορφινών)

* Συμβολή στη διαμόρφωση υγιούς προσωπικότητας και χτίσιμο της ψυχικής υγείας του παιδιού που αποτελούν απλά επακόλουθο μιας επίκτητης αμοιβαίας προσαρμογής.

* Όσο αναφορά από την πλευρά της μητέρας ο μητρικός θηλασμός προστατεύει τόσο το βρέφος όσο και τη μητέρα του από πιθανή παχυσαρκία. Συγκεκριμένα όσο αφορά τη μητέρα το επιπλέον λίπος που συγκεντρώθηκε στο σώμα στη διάρκεια της κύησης καταναλώνεται κατά την παραγωγή του μητρικού γάλακτος.

* Μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ενδομήτριου.

* Ικανοποίηση για την. ολοκλήρωση της σαν γυναίκα-μητέρα.

* Καθυστερεί την ωορρηξία (φυσική αντισύλληψη - φυσικά επιβάλλεται και επιπλέον αντισύλληψη).

* Προστασία της μητέρας από τον καρκίνο του μαστού.

* Δεν επιφέρει καμιά κακή επίπτωση στο σχήμα και το μέγεθος των μαστών.

* Το μητρικό γάλα παρέχεται χωρίς καμιά προετοιμασία στη σωστή θερμοκρασία και μέσα στο δικό του αποστειρωμένο χώρο και επιπλέον είναι το πιο οικονομικό είδος διατροφής.

* Βοηθά στην γρήγορη και φυσιολογική παλινδρόμηση της μήτρας γιατί

αντανεκλαστικά βοηθά στην έκκριση ωκυτοκίνης.

* Αποτελεί προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη μητέρας κατά την περίοδο της λοχείας. Επιπλέον δημιουργία γερών δεσμών ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί.

Δυσκολίες - Αντενδείξεις θηλασμού

Υπάρχουν περιπτώσεις, που ο θηλασμός δεν εξαρτάται από την διάθεση της μητέρας, αλλά και από την υγεία της και ακόμη την υγεία και τη γενική κατάσταση του μωρού της. Με αποτέλεσμα ο θηλασμός να παρεμποδίζεται από αιτίες ικανές να επιβάλλουν την υποχρεωτική διακοπή του για μικρότερο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάλογα με την βαρύτητα των καταστάσεων άλλες πάλι φορές οι περιπτώσεις είναι αρκετά σοβαρές ώστε να μην επιτρέπεται καθόλου η έναρξη και εγκατάσταση της γαλουχίας.

1) Παθολογικές καταστάσεις της μητέρας, όπως ανοιχτή φυματίωση, ο θηλασμός δεν επιτρέπεται γιατί υπάρχει κίνδυνος να μεταδοθεί η αρρώστια στο μωρό και η κατάσταση της μητέρας να επιδεινωθεί. Επίσης βαριές καρδιοπάθειες, χρόνια νεφρίτιδα, ψυχικά νοσήματα, βαρεία αναιμία, επιληψία, AIDS, σηψαιμία σακχαρώδης διαβήτη, η CMV φλεγμονή, νοητική καθυστέρηση, Ηπατίτιδα, ναρκομανής, αλκοολική και τέλος άλλες σοβαρές μεταδοτικές αρρώστιες όπως κοκίτης, οστρακιά, τυφοειδής πυρετός, διφθερίτιδα ο θηλασμός μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας της μητέρας.

2). Μερικές φορές υπάρχουν και ανατομικά προβλήματα όπως όχι καλά αναπτυγμένοι μαστοί, ανωμαλίες θηλών όπως επίπεδες η εισέχουσες θηλές ή έλλειψη θηλής, ώστε είναι αδύνατη η σύλληψη τους από το νεογνό.

3). Συγγενής αγαλακτία (είναι σπανιότατη)

4). Βαριά μαστίτιδα, εφόσον έχει διαπυηθεί και χρειάζεται χειρουργική επέμβαση.

5). Ραγάδες. Αποτελούν προσωρινή αντένδειξη, συνήθως αναβάλλεται ο θηλασμός για 1-2 ημέρες κατά τις οποίες το γάλα απομυζείται και χορηγείται

με θήλαστρο στο νεογνό.

Από την πλευρά του νεογνού άλλα αίτια διακοπής θηλασμού είναι : α). Ο ίκτερος που οφείλεται αποδεδειγμένα στο μητρικό γάλα. β). Διάφορες ανατομικές ανωμαλίες όπως, λαγόχειλο, λυκόστομα ατρησία ρινικών χοανών, ατρησία φάρυγγα, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, σύνδρομο PIERRE-ROBIN γ). Μεταβολικά νοσήματα όπως γαλακτοζαιμία και φαινυλκετονουρία νεογνού. δ). Τέλος κάποια γενικά αίτια, μεγάλη προωρότητα, βαριές λοιμώξεις, βλάβες Κ. Ν. Σ. (αιμοραγίες, εγκεφαλοπάθειες) και κωματώδης καταστάσεις.

Προετοιμασία της μέλλουσας μητέρας πριν και μετά τον τοκετό

Το αν θα θηλάσει η γυναίκα ή όχι το μωρό της είναι μια απόφαση που πρέπει να πάρει αρκετά πριν τον τοκετό, ώστε να μπορέσει να προετοιμαστεί κατάλληλα. Στην απόφασή της αυτή το σπουδαιότερο ρόλο παίζει η συνεχή πληροφόρηση, τόσο της ίδιας όσο και του οικογενειακού της περιβάλλοντος, που θα τη στηρίξει και θα την προτρέψει, στα καταλληλότερα προς πληροφόρηση άτομα; όπως π. χ μια μαία, νοσηλεύτρια.

Αν εξαιρέσουμε ακραίες καταστάσεις όπου η μέλλουσα μητέρα είναι τελείως αρνητική στο θέμα αυτό οι υπόλοιπες που με οποιοδήποτε τρόπο είναι πεπεισμένες για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και θέλουν ειλικρινά να θηλάσουν το παιδί τους, τότε καλό θα είναι να αρχίσουν να προετοιμάζονται από το 1^ο κιάλας τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Κύριος σκοπός της προετοιμασίας είναι η προστασία του μαστού ο οποίος συνεχώς μεγαλώνει και βαραίνει και να διαμορφωθούν οι κατάλληλες θηλές για τον όσο δυνατόν επαρκέστερο και πιο ανώδυνο θηλασμό.

Λόγω της αυξημένης αγγείωσης και μεγέθους η κάθε μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να φορά σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έναν στηθόδεσμο καλής εφαρμογής που να ανασηκώνει το στήθος να είναι ελαστικό ώστε να αυξάνει σε μέγεθος ανάλογα με το μέγλωμα του στήθους, να προλαμβάνει την απόφραξη των πόρων και να υποβαστάζει ικανοποιητικά τους μαστούς. Έτσι ο κίνδυνος εμφάνισης ραγάδων και χαλάρωσης περιορίζεται αισθητά.

Καλό θα ήταν η μέλλουσα μητέρα στην καθημερινή υγιεινή φροντίδα μαστών

και θηλών να συμπεριλαμβάνει τη χρήση κάποιας φυτικής ελαιώδους ουσίας κάνοντας μασάζ στη θηλή, ανεξάρτητα από την στιλπνότητα και ελαστικότητα των θηλών με μια λιπαρή ουσία που η φύση έχει μεριμνήσει να εκκρίνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από τα φυμάτια MONTGOMERY. Επιπλέον κατά τη διάρκεια του μασάζ καλό θα ήταν να κινεί ελαφρά τη θηλή μεταξύ δείκτη και αντίχειρα έλκοντας προς τα έξω. Βοηθά τη θηλή να προβάλλει, ώστε να τη συλλομαβάνει ευκολότερα το νεογνό.

Αν οι θηλές είναι επίπεδες θα πρέπει να φορά την ειδική ασπίδα όσο το δυνατόν περισσότερο που θα καταστήσει τις θηλές κατάλληλες για θηλασμό.

Αν στις τελευταίες εβδομάδες πριν τον τοκετό η γυναίκα πιέζει την άλω σαν να θέλει να βγάλει γάλα και αφού βγάλει 2 σταγόνες, σταματά. Κατόπιν αλείφει τη θηλή με το πύαρ που βγήκε, το οποίο περιέχει λίπος, που λιπαίνει το δέρμα και αντιλοιμωγόνους παράγοντες γεγονός που θα προετοιμάσει τους αδένες, για την έκκριση του μητρικού γάλακτος.

Είναι καλό και για την μητέρα και το νεογέννητο να θηλάσει αμέσως μόλις γεννηθεί γιατί όπως αναφέρθηκε ο θηλασμός υποκινεί την παραγωγή ωκυτοκίνης που οδηγεί τη μήτρα να συσπάται και να αποβάλλει τον πλακούντα αμέσως μετά τη γέννα.

Δεν υπάρχει ανησυχία για το πως θα καταπιεί το νεογνό, το φυσιολογικό αντανακλαστικό, του να θέλει να θηλάσει είναι πολύ ισχυρό και έχει αυτή την ικανότητα.

Στη διάρκεια της λοχείας επιβάλλεται ένας καλής εφαρμογής, αλλά ευρύχωρος στηθόδεσμος κατάλληλος - ειδικός για θηλασμό.

Είναι πολύ σημαντικό ο μαστός αλλά κυρίως οι θηλές να παραμένουν στεγνές και καθαρές, η λεχωΐδα θα πρέπει να πλένει τα χέρια της με νερό και σαπούνι κάθε φορά που χρειάζεται να πιάσει το στήθος της αλλά να μην σκουπίζει της θηλές με το μαντήλι ή με πετσέτα του προσώπου της. Θα πρέπει ειδικά για να χρησιμοποιεί καθαρή και απορροφητική πετσέτα η οποία να αλλάζεται συχνά. Το ίδιο και με τον στηθόδεσμο αν βρέχεται με γάλα.

Η φροντίδα του στήθους, η περιογή γύρω από τις μασχάλες θα πρέπει να

πλένονται με χλιαρό νερό και ένα ουδέτερο σαπούνι πριν από κάθε θηλασμό και μόνο με νερό μετά το θηλασμό. Μερικοί συμβουλεύουν τη χρήση κρέμας με βιταμίνη Α, ή κάποια φυτική ελαιώδη ουσία που θα διατηρεί την ελαστικότητα τους.

Η Χρήση διάφορων αντισηπτικών ή άλλων μέσων καθαρισμού όχι μόνο δεν είναι απαραίτητη αλλά κάνει το δέρμα πιο ευπαθές

Τέλος το νεογνό είναι απαραίτητο να αλλάζεται πριν από κάθε θηλασμό, ενώ το πρόσωπο, τα μάτια και η μύτη του πρέπει να είναι καθαρά πριν αρχίσει να θηλάζει.

Έναρξη θηλασμού

Εφόσον όλα πηγαίνουν καλά πρέπει να αρχίσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα το πρώτο κιόλας 24 ωρο.

Οι καινούριες αντιλήψεις θέλουν το παιδί να θηλάσει αμέσως μετά τον τοκετό, πριν κοπεί ο ομφάλιος λώρος. Μ' αυτό τον τρόπο ηρεμεί, γιατί συνεχίζεται ο δεσμός του με τη μητέρα, δεν ξεχνά το αντανακλαστικό του θηλασμού και δεν χάνει το βάρος.

Έχει ερευνηθεί ότι στα παιδιά που θήλασαν το πρώτο ημίωρο, ο θηλασμός πέτυχε. Αν για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορεί να θηλάσει αμέσως, πρέπει να το κάνει οπωσδήποτε στο πρώτο 6 ωρο. Μετά από τις ώρες αυτές ακολουθεί μια περίοδος ενεργητικότητας του νεογνού που χαρακτηρίζεται από αφύπνιση, έναρξη θηλασμού και την έξοδο μυκωνίου. Έτσι η χορήγηση τροφής νωρίς ή μετά 4-6 ώρες έχει μειώσει τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας και υπερχολερυθριναιμίας τις πρώτες 3 ημέρες ζωής του νεογνού. Ο τρόπος με τον οποίο θα αρχίσει ο θηλασμός θα αποτελέσει υπόδειγμα για το μέλλον. Ο χώρος στον οποίο γίνεται ο θηλασμός γίνεται ιδανικός όταν είναι ήσυχος, με την κατάλληλη θερμοκρασία και γλυκαίνει με την ψυχική ηρεμία της μητέρας

Σωστός τρόπος θηλασμού

Πριν αρχίσει ο θηλασμός, θα πρέπει να προετοιμαστεί τόσο η μητέρα όσο και το μωρό. Ο τρόπος που κρατά το μωρό στην αγκαλιά, η στάση που παίρνει την ώρα του θηλασμού έχουν μεγάλη σημασία όχι μόνο για το μωρό αλλά και για την ίδια. Η πιο αναπαυτική θέση είναι η ημικαθιστή ή καθιστή στο κρεβάτι με τα πόδια λυγισμένα ή στηριζόμενα σε υπόβαθρο. Σε αυτή την περίπτωση βοηθά πολύ ένα μαξιλάρι ιδιαίτερα όταν φέρει τραύματα στην περιοχή του περινέου. Σε περίπτωση καισαρικής τομής η μητέρα είναι δυνατόν να θηλάζει το νεογνό τοποθετώντας σε οριζόντια θέση στο κρεβάτι, οπότε π ίδια, ενώ βρίσκεται κλινήρης προσφέρει το μαστό δίνοντας τη σχετική για το σκοπό αυτό κλίση στο σώμα της. Η καλύτερη θέση και στάση του νεογνού κατά το θηλασμό είναι εκείνη κατά την οποία αυτό στηρίζεται στο βραχίονα υποβασταζόμενο από το αντιβράχιο της συστοίχου προς το προσφερόμενο μαστό πλευράς. Το κεφάλι του νεογνού αφήνεται να εκτείνεται πέραν του αγκώνα για να αποφεύγεται η κάμψη του λαιμού. Η μητέρα κάμπει ελαφρά προς τα εμπρός, το κορμό της ώστε να φαίνεται η θηλή του μαστού κοντά στο στόμα του νεογνού και όχι το αντίθετο. Σε περίπτωση που ο μαστός είναι υπερτροφικός είναι σκόπιμη η παρεμβολή του δείκτη και του μέσου δακτύλου πάνω και κάτω από τη θηλή πιέζοντας το μαστό ώστε να προβάλλει η θηλή.

Διάφορες στάσεις θηλασμού



Τις πρώτες φορές που φέρνει στο στήθος το μωρό είναι πιθανό να χρειάζεται λίγη ενθάρρυνση και βοήθεια για να βρει τη θηλή. Όπως και να έχουν τα πράγματα με λίγη υπομονή το νεογνό καθοδηγούμενο από το αντανακλαστικό της αναζήτησης κατευθύνει το στόμα προς τη θηλή με τον απλό ερεθισμό που, προέρχεται από την επαφή της με το δέρμα των παρειών του. Έχοντας τοποθετήσει τελικά τα χείλη στην περιφέρεια της άλω το νεογέννητο ξεκινά την προσπάθεια απομύζησης του μητρικού γάλακτος. Όταν όλα διεξάγονται κανονικά η μητέρα είναι σε θέση να καταλάβει ότι το νεογνό έχει προοκληθεί στο μαστό με το σωστό τρόπο.

Δεν πρέπει να παραληφθεί και η περίπτωση θηλασμού των διδύμων. Η μητέρα δεν πρέπει να ανησυχεί για την επάρκεια γάλακτος γιατί είναι αρκετό και για τα δυο νεογνά. Μπορεί εάν εξυπηρετείται να τα θηλάσει και τα δυο συγχρόνως. Πάνω σε δυο μαξιλάρια τα κρατάμε με τα πόδια τους προς τη μασχάλη και με τα χέρια στηρίζονται τα κεφαλάκια τους. Ένας άλλος τρόπος είναι να θηλάζει πρώτα το ένα και μετά το άλλο διαθέτοντας ένα μαστό για το καθένα, εναλλάξ.

Αρκετά σημαντικό, μετά το θηλασμό η μητέρα θα πρέπει να φροντίσει να αποβληθεί ο αέρας που κατάπιε το νεογέννητο κατά το θηλασμό. Για αυτό θα πρέπει να το κρατά όρθιο, στηρίζοντας το στον ώμο της ή μπρούμητα στα πόδια της τρίβοντας την πλάτη του να ρευτεί. Αν αυτό δεν συμβεί σε λίγα λεπτά αλλάζει θέση και μετά από 15 λεπτά το βγάζει από το κουνάκι του με το κεφαλάκι του και ολόκληρο τον κορμό στο πλάι και χωρίς μαξιλάρι (ποτέ ανάσκελα υπάρχει κίνδυνος εισροφής)

Με τη σωστή θέση θηλασμού τέλος πετυχαίνει. Να παίρνει το μωρό περισσότερη ποσότητα γάλακτος. Να μην μένει συνέχεια στο στήθος και να αποφεύγεται ο τραυματισμός της θηλής, που είναι αιτία αποτυχίας του θηλασμού και προλαμβάνει το σπαργάνωμα των μαστών.

Συχνότητα γευμάτων - Διάρκεια θηλασμού

Έχει αποδειχθεί ότι μετά από 5 λεπτά το νεογνό έχει ήδη πάρει το 75% της

ποσότητας που πίνει. Για αυτό δεν χρειάζεται παραπάνω από 15 - 20 λεπτά.

Σαν γενικό κανόνα φροντίζει να κρατάει το μωρό στο μαστό για όσο διάστημα δείχνει ενδιαφέρον να θηλάσει. Η μητέρα θα καταλάβει τότε χάνει το ενδιαφέρον του με το δικό του ξεχωριστό τρόπο (μπορεί να αρχίσει να παίζει με το μαστό, να βάζει και να βγάζει τη θηλή από το στόμα του, ίσως να αποτραβηχθεί ή να το πάρει ο ύπνος).

Αν δείξει ότι χόρτασε από το ένα στήθος, θα πρέπει το επόμενο τάισμα να αρχίσει από τον άλλο μαστό, συνήθως τα μωρά έχουν ανάγκη συχνών ταισμάτων. Τα μωρά που θηλάζουν ίσως να χρειάζονται περισσότερα ταισματα από εκείνα που γευματίζουν με μπιμπερό, γιατί αφομοιώνουν το γάλα τους πιο γρήγορα. Συνήθως προτιμούν γεύματα κάθε 2 ή 3 ώρες. Πολλά μωρά προτιμούν συχνούς θηλασμούς μικρής διάρκειας, ενώ κάποια άλλα μεγάλης διάρκειας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως οι πρώτες 40 ημέρες είναι περίοδος μαθήσεως και για τις μητέρες και για τα μωρά τους.

Οι ανάγκες διατροφής εκφρασμένες σε γραμμάρια, αυξάνουν προοδευτικά από τη δεύτερη μέχρι την έβδομη μέρα μετά τη γέννηση. Την 8^η ημέρα το νεογνό είναι σε θέση να θηλάσει 70γρ. στο γεύμα και αυτό μένει σταθερό για όλο το υπόλοιπο του πρώτου μήνα της ζωής και η συχνότητα είναι συνήθως κάθε τρεις ώρες. Όταν φτάσουν 2-3 μηνών κάθε 4 ώρες. Τα περισσότερα νεογνά όταν γίνουν τριών μηνών μετά το τελευταίο βραδινό γεύμα κοιμούνται όλη τη νύχτα, όμως αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να καταργηθεί το νυχτερινό τάισμα παρά μόνο στην περίπτωση που το παιδί κοιμάται ολονυχτίς.

Ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες το μωρό συνήθως ξυπνά τη νύχτα για να θηλάσει. Μερικά νεογνά ξυπνούν τη νύχτα για αρκετούς μήνες είτε θηλάζουν, είτε όχι. Είναι εύκολο να το αντιμετωπίσει, παίρνοντας το στην αγκαλιά της, θηλαζοντάς το. Πολλά μωρά χάνουν βάρος μετά τη γέννα, είτε θηλάζουν, είτε όχι μπορεί να περάσουν και τρεις εβδομάδες για να επανέλθουν στο βάρος που είχαν όταν γεννήθηκαν. Είναι αρκετό ένα ζύγισμα μια φορά το μήνα. Αν παίρνει 500-1000γρ. κάθε μήνα είναι αρκετά.

ΠΙΝΑΚΑΣ

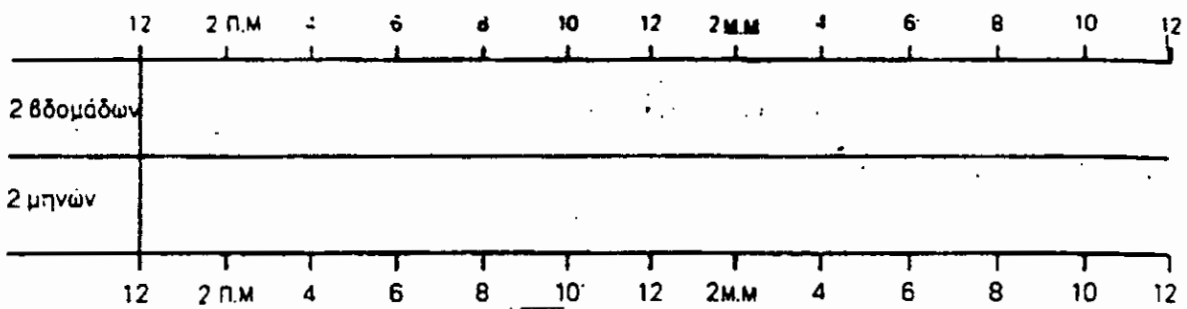
Συχνότητα ταΐσμάτων

φορά το μήνα .Αν παίρνει 500-1000γρ. κάθε μήνα είναι αρκετά.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Συχνότητα ταΐσμάτων

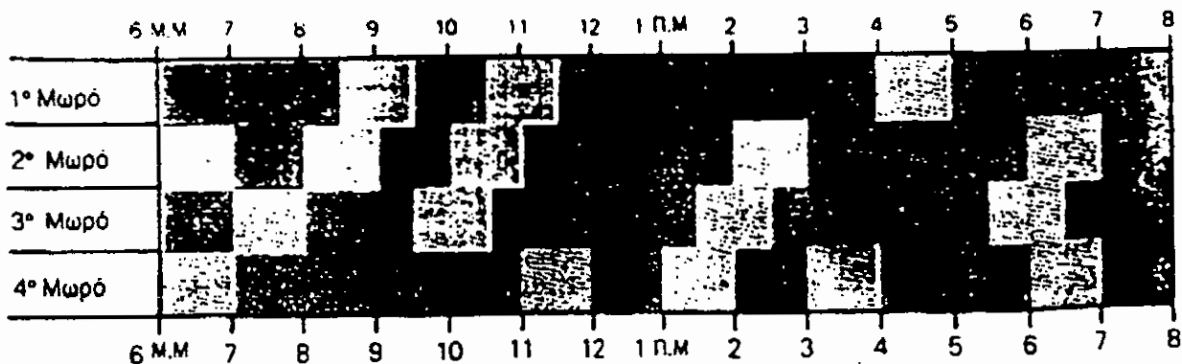
* = τάισμα



Πως αλλάζει η συχνότητα ταΐσμάτων

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει τις ώρες που θέλουν να φάνε τέσσερα διαφορετικά μωρά ηλικίας τεσσάρων εβδομάδων .

• Τρώει • Κοιμάται



Πως αλλάζει η συχνότητα ταΐσμάτων

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει τις ώρες που θέλουν να φάνε τέσσερα διαφορετικά μωρά ηλικίας τεσσάρων εβδομάδων.

Γενικοί κανόνες που πρέπει να ακολουθούνται για έναν επιτυχημένο θηλασμό

α). Η άμεση μετά τον τοκετό τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας.

β). Η παραμονή του νεογνού μαζί με τη μητέρα, ώστε να θηλάζει σύμφωνα με τις απαιτήσεις του. Τις πρώτες δυο έως τρεις εβδομάδες ακολουθείται η τακτική της συχνότητας του θηλασμού, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του νεογνού.

γ). Το καλύτερο ερέθισμα για την παραγωγή γάλακτος είναι το πλήρες άδειασμα και των δυο μαστών

δ). Η τήρηση των κανόνων καθαριότητας (πλύσιμο χεριών της μητέρας, πλύσιμο των θηλών πριν από κάθε θηλασμό) προφυλάσσει: από επιπλοκές, που θα επηρεάσουν την εξέλιξη του θηλασμού.

ε). Η σωστή θέση της μητέρας και του νεογνού, είναι σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχία του θηλασμού

στ). Η άτεχνη διακοπή των θηλαστικών κινήσεων προδιαθέτει σε ραγάδες και εκδορές της θηλής, με αποτέλεσμα τον επώδυνο θηλασμό ή και την ανάπτυξη μαστίτιδας. Ο πιο ορθός τρόπος είναι να γίνεται απλή έλξη του άνω χείλους, ώστε να διακόπτεται η δημιουργία κενού στη στοματική κοιλότητα

ζ). Οι δυσκολίες που τυχόν θα προκύψουν, κατά την εξέλιξη του θηλασμού, θα πρέπει να εξηγηθούν με σαφήνεια στη μητέρα ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη συναισθήματος απογοήτευσης, που πολύ γρήγορα θα οδηγήσει στην αποτυχία του θηλασμού.

θ). Ο σημαντικότερος ίσως παράγων για επιτυχία του θηλασμού είναι η σωστή τοποθέτηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που θα ενημερώσει τη μητέρα. Η πειθώ, η λεπτότητα και η αποφασιστική αλληλεπίδραση θα

προφυλάξουν τη μητέρα από αισθήματα ανοχής, ώστε αβίαστα να αποφασίσει για την λύση που της αρμόζει.

Ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες και διατροφή θηλάζουσας μητέρα

Η θηλάζουσα μητέρα πρέπει να διατηρήσει τις συνήθειες διατροφής της εγκυμοσύνης. Η επιβάρυνση του μητρικού οργανισμού από την γαλουχία έχει υπολογισθεί ότι αντιμετωπίζεται με την χορήγηση 500 έως 600 θερμίδων επιπλέον των καθημερινών αναγκών της θηλάζουσας που αντιπροσωπεύουν τις ανάγκες της λειτουργίας του μαζικού αδένος και της παραγωγής των θρεπτικών ουσιών που περιέχονται στο μητρικό γάλα. Ένα μέρος των θερμιδικών αυτών αναγκών μπορεί να καλυφθεί από τα 3, 5 χιλιόγραμμα λίπους που αποκτήθηκαν κατά την κύηση ώστε στην πραγματικότητα η απαιτούμενη ποσότητα θερμίδων είναι πολύ μικρότερη. Έτσι με μια ελαφρά ενίσχυση του διαιτολογίου της μπορεί να έχει και την ωφέλεια της απαλλαγής της από το παραπάνω βάρος που πήρε κατά την εγκυμοσύνη της. Εκτός από τις θερμιδικές ανάγκες συνιστάται 20g σε λεύκωμα, 20 % σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία κατά 33% σε ασβέστιο, φώσφορο και μαγνήσιο και κατά 50% σε φολικό οξύ. Για την πρόληψη των παραπάνω θρεπτικών συστατικών η θηλάζουσα μητέρα θα πρέπει να καταναλώνει ακατέργαστες τροφές που είναι πλούσιες σε βιταμίνες, λαχανικά με φύλλα (σπανάκι, παντζάρι), φασολάκια, σικώτι, δημητριακά ολικής αλέσεως, φρούτα όπου είναι πηγές φυτικού οξέως. Η πρόσληψη ασβεστίου θα πρέπει να στηρίζεται από διάφορες διατροφικές πηγές (γαλακτοκομικά προϊόντα, ξηροί καρποί κ.τ.λ) και όχι από τη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων που πολλές φορές είναι επικίνδυνη, αφού η μεγάλη πρόσληψη ασβεστίου παρεμποδίζει την πρόσληψη σιδήρου, ψευδαργύρου και άλλων χρήσιμων ιχνοστοιχείων. Επιπλέον προκαλεί υπερασβεστιουρία, υπερασβεστιαϊμία και βλάβη στην νεφρική λειτουργία.

Η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων επιβάλλεται σε περίπτωση που η θηλάζουσα είναι αναιμική κυρίως την πρώτη εβδομάδα με τη λήψη σιδήρου.

Τέλος η διατροφή με κρέας, ψάρι, αυγά, κοτόπουλο και λαχανικά καλύπτει

νται οι ανάγκες σε ψευδάργυρο, μαγνήσιο, φώσφορο. Γενικά η θηλάζουσα μητέρα δεν πρέπει να τρώει για δυο ή η διάρκεια του θηλασμού δεν είναι η κατάλληλη στιγμή για να αρχίσει μια διαίτα αδυνατίσματος. χρειάζεται επιπλέον υγρά για αυτό θα πρέπει να παίρνει αρκετές ποσότητες υγρών ημερησίως όσο συχνά θέλει ακόμα και την ώρα του θηλασμού, αφήνοντας καλύτερα την δίψα της να την οδηγήσει.

Ιδιαίτερα προσεκτική πρέπει να είναι με την πρόσληψη τροφών που συχνά ενοχοποιούνται για την εμφάνιση αλλεργικών καταστάσεων όπως (πακεταρισμένες τροφές, σαλάμι, λουκάνικα).

Ολοκληρώνοντας θα πρέπει να αποφεύγει τα λίπη, διατηρημένα και πικάντικα φαγητά, τα οινοπνευματώδη ποτά, τα πολλά γλυκά, την κατάχρηση καφέ και τσαγιού και φυσικά το κάπνισμα.



Μικτή διατροφή - Ατομική τράπεζα μητρικού γάλακτος- Αποθηλασμός

Η μικτή διατροφή επιβάλλεται όταν ο μητρικός θηλασμός δεν επαρκεί για την διατροφή του βρέφους ή όταν η μητέρα επανέρχεται στην εξωοικιακή της εργασία ή κάθε λογής κοινωνικές υποχρεώσεις της οπότε εκτός την χρησιμοποίηση του μητρικού γάλακτος γίνεται συμπλήρωση του με ξένο γάλα.

Ο τρόπος αυτός διατροφής του βρέφους είναι προτιμότερη από την τεχνητή

και μπορεί να ακολουθήσει δυο μεθόδους

1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΩΣ. Με τη μέθοδο αυτή το ξένο γάλα χορηγείται αμέσως μετά το θηλασμό σαν συμπλήρωμα και μπορεί να αφορά όλα ή μερικά από τα γεύματα του.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην πλήρη αντικατάσταση ενός ή περισσότερων γευμάτων με ξένο γάλα.

Το μητρικό γάλα όπως παρουσιάστηκε αποτελεί την ιδανικότερη πηγή διατροφής αλλά στις περιπτώσεις όμως ανεπάρκειας ή αντενδείξεως του θηλασμού προτιμάται η χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος ή σαν δεύτερη εκλογή ενός κατά το ήμισυ αποβουτυρομένου. Είναι δυνατόν σε περιπτώσεις ανάγκης, να χορηγηθεί και αφυδατωμένο γάλα (εβαπορέ), ενώ η χορήγηση συμπυκνωμένου ζαχαρούχου γάλακτος, πρέπει να αποφεύγεται, τουλάχιστον κατά τους πρώτους μήνες ζωής γιατί ενώ είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες, υπολείπεται κυρίως σε λεύκωμα.

Ωστόσο η μικτή και αργότερα η τεχνητή διατροφή δεν είναι καθόλου εύκολη τόσο για το βρέφος όσο και για τη μητέρα γι αυτό η εγκατάσταση της να γίνει σταδιακά ώστε να προσαρμοστούν ομαλά. Επειδή το πρόβλημα παραμένει άλυτο για όλες εκείνες τις μητέρες που επέλεξαν συνειδητά το θηλασμό, όμως είναι αναγκασμένες να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις έχουν τη δυνατότητα αρκεί να το θέλουν πραγματικά το αδιέξοδο να λυθεί με την δημιουργία ατομικής τράπεζας μητρικού γάλακτος.

Με τον όρο αυτό εννοούμε την διατήρηση του μητρικού γάλακτος στο ψυγείο για να χορηγηθεί όταν η μητέρα απουσιάζει από το σπίτι. Οπότε ένας ή δυο θηλασμοί αντικαθίστανται με μητρικό γάλα από την ατομική τράπεζα μητρικού γάλακτος χωρίς την ανάγκη μικτής διατροφής. Για να τεθεί σε εφαρμογή η ατομική τράπεζα μητρικού γάλακτος θα πρέπει να ακολουθηθούν τα εξής.

- Όλα τα σκεύη που θα χρησιμοποιηθούν θα πρέπει να είναι αποστειρωμένα με διάλυμα MILTON για μισή ώρα τουλάχιστον.

- Το στήθος κάθε πρωί θα πρέπει να πλένεται με ουδέτερο σαπούνι και νερό, ενώ τις επόμενες φορές πριν και μετά από κάθε θηλασμό ή συλλογή γάλακτος

μόνο με νερό.

- Η συλλογή του μητρικού γάλακτος γίνεται: α). Συλλογή με τα χέρια, β). Συλλογή με θήλαστρο, γ). Συλλογή με ηλεκτρικό θήλαστρο δ). Συλλογή με τη χρήση ασπίδας θηλασμού.

Διατήρηση του μητρικού γάλακτος

Γίνεται με δυο τρόπους:

1. Στο ψυγείο σε θερμοκρασία +4° C

Σε αυτή τη θερμοκρασία το γάλα μπορεί να διατηρηθεί για 24 ώρες. Το πρόσωπο που θα φροντίζει το βρέφος κατά την απουσία της μητέρας, πρέπει αφού βγάλει το μπιμπερό από το ψυγείο, το τοποθετεί μέσα σε ένα δοχείο με χλιαρό νερό για να ζεσταθεί. Μπορεί να διατηρηθεί σε θερμοκρασία δωματίου για 2 ώρες, γι αυτό καλό θα είναι να χρησιμοποιούνται μικρά μπιμπερό των 120 CM³ εάν το βρέφος πεινά περισσότερο, τότε ζεσταίνεται και δεύτερο.

2. Στην κατάψυξη σε θερμοκρασία 20° C.

Όταν το γάλα που μαζεύτηκε πρόκειται να χρησιμοποιηθεί μετά από 24 ώρες, τοποθετείται στην κατάψυξη, όπου μπορεί να διατηρηθεί για 3 μήνες τουλάχιστον σε θερμοκρασία - 20° C.

Το πρόσωπο που προσέχει το βρέφος, επιλέγει το μπιμπερό με την παλαιότερη ημερομηνία. Αφήνει να ζεσταθεί στη θερμοκρασία δωματίου και μετά σε χλιαρό νερό. Το ξεπαγωμένο γάλα χωρίς να ζεσταθεί, μπορεί να διατηρηθεί στο ψυγείο στους +4° C για 4- 8 ώρες μόνο.

Είναι πολύ σημαντικό ότι πολλές μητέρες εφαρμόζουν τη μέθοδο της ατομικής τράπεζας μητρικού γάλακτος ώστε να μην αναγκάζονται πρόωρα να στερούν από τα βρέφη τους τα οφέλη της φυσικής διατροφής. Ολοκληρώνοντας θα πρέπει να αναφερθεί και η διατροφή του πρόωρου νεογέννητου η οποία δεν είναι απλή. Υπάρχουν προβλήματα που έχουν σχέση με αυτά όπως:

1. Τα πολύ περιορισμένα ενδογενή θρεπτικά αποθέματα του πρόωρου νεογέννητου. Υπολογίστηκε ότι τα ενδογενή θρεπτικά αποθέματα ενός πρόωρου

1000gr, είναι αρκετά για να επιβιώσει μόνο επί 4 ημέρες χωρίς εξωγενή χορήγηση θρεπτικών ουσιών.

2. Οι ανώριμοι και ασυντόνιστοι μηχανισμοί θηλασμού και κατάποσης.

3. Η ασθενής κινητικότητα του εντέρου

4. Η ανωριμότητα άλλων πεπτικών και απορροφητικών μηχανισμών.

Για τον καλύτερο τρόπο διατροφής του πρόωρου νεογέννητου θα πρέπει να υπολογιστούν οι ανάγκες τους σε θρεπτικές ουσίες, η μέγιστη σχέση μεταξύ τους και η θέση του μητρικού γάλακτος ή ξένου ειδικού για πρόωρα γάλακτος ώστε να επιτυγχάνεται φυσιολογική τους ανάπτυξη και σωματική τους δομή.

Τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος για την διατροφή του χαμηλού και πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογέννητου είναι πολλά. α). Η σύνθεση των αμινοξέων των πρωτεϊνών του . β). Το ανυπολόγιστης αξίας μη πρωτεϊνικό κλάσμα. γ). Το διαφορετικό προφίλ των λιπαρών οξέων λινολειακού και λινολενικού. δ). Η ευπεπτότητα των πρωτεϊνών και λιπιδίων. ε). Η ύπαρξη ενζύμων ζ). Τα ζωντανά κύτταρα. η). Οι αντιμικροβιακοί παράγοντες. 8). Οι ανοσοσφαιρίνες

Μειονεκτήματα είναι η ανεπάρκεια ορισμένων συστατικών για την κανονική ανάπτυξη των παιδιών αυτών, κυρίως το ποσό της ολικής πρωτεΐνης και μετάλλων ιδιαίτερα ασβεστίου και φωσφόρου. Η ανεπάρκεια αυτή αφορά το ώριμο αναμεμιγμένο παστεριωμένο γάλα μητέρων που γεννούν τελειόμηνα.

Αρκετά σημαντικό είναι ότι το γάλα των μητέρων που γεννούν πρόωρα παιδιά έχει υψηλότερη περιεκτικότητα πρωτεϊνών 20% περισσότερο νατρίου, χλωρίου, μαγνησίου, σιδήρου, χαλκού, ψευδαργύρου, αυξημένη ποσότητα λίπους και αυξημένη ποσότητα της IGSA ανοσοσφαιρίνη.

Ακόμα το πρόωρο μητρικό γάλα έχει αυξημένη ενεργειακή πυκνότητα Για το λόγο αυτό το νωπό πρόωρο γάλα της μητέρας τους είναι η καταλληλότερη τροφή για τα παιδιά του χαμηλού και πολύ χαμηλού βάρους γέννησης.

ΜΕΤΑΛΛΑ

ΝΑ: Το πρόωρο νεογέννητο με το γάλα της μητέρας τους εξασφαλίζει το Να

που του χρειάζεται και δεν υπάρχει κίνδυνος υπονατριαιμίας. Αν το χορηγούμενο γάλα είναι ώριμο αναμεμιγμένο παστεριωμένο και το πολύ χαμηλού βάρους νεογέννητο ακόμη και αν ανέχεται 200ML / DAY μητρικό γάλα, δεν εξασφαλίζει την αναγκαία ποσότητα Na και θα πρέπει να γίνεται έλεγχος του Na του πλάσματος.

K: Ακόμη και για το πολύ χαμηλού βάρους νεογέννητο το K που απορροφάται από το μητρικό γάλα είναι επαρκές.

CL: Οι ανάγκες του πρόωρου νεογέννητου σε CL καλύπτονται με 130ML/DAY μητρικού γάλακτος.

CA, P: Παρά την μεγάλη απορρόφηση Ca και P δεν καλύπτονται οι ενδομητρικές ανάγκες του. Για το λόγο αυτό συνιστάται προσθήκη

P και Ca.

MG: Όσον αφορά το μαγνήσιο η ποσότητα που λαμβάνεται από το μητρικό γάλα είναι επαρκής.

FE: Στα πρόωρα νεογέννητα χρειάζεται συμπλήρωμα σιδήρου 2-2, 5 ML/DAY που πρέπει να αρχίσει από την 8η εβδομάδα και να συνεχιστεί μέχρι και 12-15 μήνες, για τον κίνδυνο της σιδηροπενικής αναιμίας.

Zn: Όταν το πρόωρο νεογέννητο παίρνει μητρικό γάλα των πρώτων 4 μηνών της γαλουχίας, καλύπτονται οι ανάγκες του σε Zn ανάγκες του σε Zn ακριβώς όπως στην ενδομήτρια ζωή.

CU: Με 200 ML/DAY μητρικού γάλακτος οι ανάγκες του πρόωρου νεογέννητου σε CU που είναι 50 ML/ DAY καλύπτονται επαρκώς.

Άλλα ιχνοστοιχεία μετάλλων που θεωρούνται στοιχειώδη για την διατροφή του πρόωρου όπως το σελήνιο, το ιώδιο οι αναγκαίες ποσότητες καλύπτονται με το μητρικό γάλα. Δεν υπάρχουν πληροφορίες για την ανάγκη εμπλουτισμού με μαγγάνιο. Η περιεκτικότητα σε χρώμιο, ίσως δεν είναι ικανοποιητική αλλά ο εμπλουτισμός σε χρώμιο δεν είναι ρουτίνα. Για το μολυβδένιο θεωρείται επαρκής η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος. Εμπλουτισμός με μολυβδένιο μπορεί να αυξάνει την αποβολή του CU και δεν συνιστάται δια τα πρόωρα. Η

περιεκτικότητα του φθορίου είναι πιθανόν ικανοποιητική για τις ελάχιστες ανάγκες για τον σχηματισμό των, οστών και των οδόντων.

Προϋπόθεση για την χορήγηση μητρικού γάλακτος είναι να υπάρχει μητρικό γάλα. Πριν λίγα χρόνια στις μητέρες που γεννούσαν πρόωρα κατά κανόνα γινόταν διακοπή γαλουχίας. Σήμερα οι μητέρες ενθαρρύνονται ιδιαίτερα και βοηθούνται να διατηρήσουν την γαλουχία τους και την επάρκεια του γάλακτος τους μέχρι την ημέρα που τα παιδιά τους θα μπορέσουν να θηλάσουν από το στήθος. Εν τω μεταξύ βγάζουν το γάλα τους για να χορηγηθεί στο νεογέννητο με καθετήρα από το νοσηλευτικό προσωπικό ή και από αυτές τις ίδιες όταν κρίνεται δυνατόν διότι η συμμετοχή των μητέρων στην του πρόωρου παιδιού τους όπως αλλαγμα, κράτημα στην αγκαλιά, τάισμα, θήλασμα, βοηθά αυτές και τα παιδιά τους ψυχολογικά.

Αποθηλασμός

Ο αποθηλασμός είναι μια σημαντική φάση στην ζωή της μητέρας και του παιδιού. Πριν από χρόνια η μητέρα θηλάζε. το παιδί της για καιρό, πολλές φορές ως τον πρώτο και καμία φορά και τον δεύτερο χρόνο της ζωής του.

Ο δεσμός μητέρας - παιδιού έγινε τρόπος ζωής. Η μαλακή, τρυφερή και ζεστή μητρική αγκαλιά, το ζεστό μυρωδάτο στήθος θα πρέπει να αντικατασταθεί με γεύματα αποτελούμενα από αραιές πολτοποιημένες τροφές και ζωικής προελεύσεως γάλα. Είναι παραδεκτό ότι τουλάχιστον τους έξι πρώτους μήνες πρέπει να παίρνει μόνο το γάλα της μητέρας του. Εάν ωστόσο η μητέρα αισθάνεται ευτυχισμένη με το θηλασμό, μπορεί να τον συνεχίσει όσο θέλει.

Οπότε το 1 εξάμηνο μόνο γάλα. Μπορεί να δοθεί χυμός πορτοκαλιού τον 5^ο μήνα. Ακολουθεί η φρουτόκρεμα η οποία αντικαθιστά το 2^ο γεύμα. Η φρουτόκρεμα γίνεται με φρέσκα φρούτα καλό είναι να ξεκινά ένα -ένα φρούτο ξεχωριστά για να εντοπιστεί μια ενδεχόμενη μη καλή ανοχή σε κάποιο φρούτο. Τον 6^ο μήνα δίνεται η κρέμα στο 4^ο γεύμα και λίγο αργότερα (6, 5 μήνα περίπου) ή κρεατοχορτόσουπα ή κοτόπουλα με χορταρικά. Στον 7^ο -8^ο μήνα χορηγείται ψάρι. αγγό. Κάθε νέα τροφή θα πρέπει να χορηγείται σταδιακά (2-2 κονταλά-

κια) μέχρι να αντικαταστήσει ένα γεύμα το γάλα.

Ο αποθλασμός γίνεται σταδιακά. Αρχικά αντικαθίσταται ο θηλασμός γύρω στις 10:00 π.μ με φρουτόκρεμα στη συνέχεια ο απογευματινός γύρω στις 12:00 μ.μ με κρεατοχορτόσουπα, ο πρωινός και τελευταίος ο βραδινός.

Για να τελειώσει ο θηλασμός η μητέρα αρχίζει σταδιακά να αντικαθιστά τα γεύματα θηλασμού, με καινούργιες τροφές θηλάζοντας αραιότερα και κατά συνέπεια θα έχει λιγότερο γάλα. Αυτός ο τρόπος βοηθά το θηλασμό να τελειώνει ανώδυνα τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος.

Διαταραχές γαλουχίας

Προβλήματα στήθους Αντιμετώπιση

Κατά το θηλασμό είναι δυνατόν να παρουσιαστούν κάποιες διαταραχές που μπορεί να οφείλονται σε λάθος τακτική της μητέρας κατά τη διάρκεια του, είτε όχι. Όλες αυτές οι περιπτώσεις θα πρέπει να βασίζονται στην υπομονή και επιμονή της θηλάζουσας σε συνδυασμό με την υπεύθυνη και σωστή καθοδήγηση κάποιου ειδικού στην περίπτωση που αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Οι πιο συνήθεις διαταραχές της γαλουχίας.

α). Η υπερφόρτωση των μαστών: Είναι η πιο συχνή διαταραχή μεταξύ 4ου 5ου και 6ου 24 ωρου μετά τον τοκετό. Παρατηρείται διόγκωση, διάταση του δέρματος, οι μαστοί γίνονται ερυθροί και επώδυνη. Συγχρόνως η λεχвіδα αισθάνεται βάρος, τάση στους μαστούς, πόνο και πυρετό, ο οποίος διαρκεί συνήθως ένα έως δυο 24ωρα. Η υπερφόρτωση των μαστών μπορεί να προδιαθέτει σε φλεγμονή ή να αποτελέσει αιτία ελαττώσεως της γαλακτοφορίας. Θεραπευτικά χορηγούνται παυσίπονα, τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα και υποβοηθείται η αφαίρεση μικρής ποσότητας γάλακτος. Με την εγκατάσταση όμως της γαλουχίας και μάλιστα όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τον τοκετό η επιπλοκή αυτή αποκαθίσταται πλήρως.

β). Η γαλακτοκήλη: Είναι η άθροιση ποικίλης ποσότητας γάλακτος σε έναν από τους μεγάλους γαλακτοφόρους πόρους, λόγω δυσκολίας στην παροχέτευση του. Δημιουργείται έτσι τοπική επώδυνη διόγκωση, χωρίς άλλη συμπτωματολογία.

γία. Κατά κανόνα η επιπλοκή αυτή αυτοιάται και μόνο σε μερικές περιπτώσεις χρειάζεται να εφαρμοσθεί παρακέντηση, ενώ η εξαίρεση της επιβάλλεται σε ακραίες περιπτώσεις.

γ). Η εισολκή των θηλών και οι επίπεδες θηλές: Η αντιμετώπιση αρχίζει από την εγκυμοσύνη με ασκήσεις έλξεως ή ασπίδες. Αν οι δυσκολίες συνεχίζονται μπορεί να χρησιμοποιηθεί τεχνητή θηλή στην αρχή που γεμίζει με γάλα. Αφού το νεογνό θηλάσει έτσι λίγα λεπτά βγαίνει η τεχνητή θηλή και γίνεται προσπάθεια να συλλάβει τη φυσική. Αυτό που πραγματικά θα την βοηθήσει είναι η πρόθυμη διάθεση, Η επιμονή και υπομονή της, αν έχει επιλέξει συνειδητά το μητρικό θηλασμό ως την πιο σωστή μορφή διατροφής του παιδιού της.

Σε ανυπέροβλητες δυσχέρειες διακόπτεται ο θηλασμός.

δ). Οι υπεράριθμοι μαστοί: Δεν είναι τόσο σπάνιοι, όσο πιστεύεται. Συνήθως παρουσιάζονται κατά ζεύγη κάτω από το επίπεδο των μαστών στα θωρακικά και κοιλιακά τοιχώματα. Άλλες θέσεις όπου μπορούν να ευρεθούν είναι η μασχάλη, οι ώμοι, οι βουβωνικές χώρες και οι μηροί. Ο συνήθης αριθμός υπεράριθμων μαστών είναι 2 έως 4, έχουν περιγραφεί όμως και μέχρι 10. Οι υπεράριθμοι μαστοί κατά την εγκατάσταση της γαλουχίας διογκώνονται και γίνονται ευαίσθητοι. Συνήθως η κατάσταση αυτή υποχωρεί αυτόματα, χωρίς ιδιαίτερη θεραπευτική αγωγή.

ε). Ραγάδες των μαστών: Προκαλούνται από παρατεταμένο θηλασμό λόγω διαβροχής του δέρματος, ή σε υπερτροφική θηλή και ακόμη όταν έλκεται απότομα η θηλή από το στόμα του νεογνού ενώ αυτό συνεχίζει ακόμη να απομυζά. Οι ραγάδες είναι δυνατόν να αποτελέσουν και πύλη εισόδου μικροβίων που προκαλούν μαστίτιδα. Επίσης το νεογνό παρουσιάζει ψευδομέλαινα επειδή στο θηλασμό καταπίνει αίμα μαζί με το γάλα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ραγάδων περιλαμβάνει :

- Τη σωστή τοποθέτηση του νεογνού στο μαστό.
- Την προσφορά της λιγότερο ευαίσθητης θηλής κατά τον θηλασμό και μάλιστα λίγο νωρίτερα από την στιγμή που θα επιθυμήσει το νεογνό ώστε να αποφευχθεί ο υπερβολικός ερεθισμός της θηλής.

- Την απαλή έλξη της κάτω σιαγόνας του νεογνού λίγο πριν το τέλος του θηλασμού, έτσι ώστε να απελευθερωθεί αβίαστα η θηλή.

- Την απόθεση μικρής ποσότητας μητρικού γάλακτος πάνω στις ερεθισμένες θηλές μετά από κάθε θηλασμό εξαιτίας των αντιμικροβιακών ιδιοτήτων που διαθέτει.

- Την αποφυγή εναπόθεσης αλοιφών και αντισηπτικών στις θηλές που τις καθιστούν περισσότερο ευπαθείς.

- Την αποφυγή στηθόδεσμου όσο οι θηλές θα παραμένουν ερεθισμένες (γενικά χαλαρά και άνετα ρούχα).

- Την έκθεση των θηλών γυμνών στον ατμοσφαιρικό αέρα και τον ήλιο καθημερινά για 1-2 λεπτά, εξαιτίας της επουλωτικής δράσης των ηλιακών ακτίνων.

- Την διακοπή του θηλασμού για 8 το πολύ ώρες (2-3 γεύματα) ώστε να ξεκουραστούν οι θηλές, συνοδευόμενη από άντληση του γάλακτος με το χέρι ή με αντλία για να αποφευχθεί η υπερφόρτωση και να δοθεί χρόνος για επούλωση.

- Την αυστηρή καθαριότητα των θηλών με σαπούνι μόνο μια φορά την ημέρα (κάθε πρωί) και με σκέτο νερό πριν και μετά το θηλασμό. Σε περίπτωση που οι θηλές είναι πολύ ερεθισμένες βοηθά πολύ το καθημερινό πλύσιμό τους με φρεσκοφτιαγμένο χλιαρό χαμήλι.

Τέλος ολοκληρώνοντας χρήσιμη θα ήταν και η αναφορά σε μερικούς κανόνες πρόληψης ραγάδων των θηλών του μαστού που η αυστηρή τήρηση τους από τις θηλάζουσες μητέρες θα μείωνε στο ελάχιστο την πιθανότητα εμφάνισης τους.

Το νεογνό να έχει προσκολληθεί σωστά στο μαστό, δηλαδή να μην μασουλά με τα ούλα τη θηλή, αλλά τα ούλα του να αγκυστρώνονται στην άλω.

Τα ρουθούνια του νεογνού να είναι καθαρά και ελεύθερα για να αναπνέει από τη μύτη. Γιατί εάν αφήνει τη θηλή για να αναπνεύσει και την ξαναπιάνει κακοποιεί τη θηλή.

Το νεογνό να μην κοιμάται στο μαστό με την θηλή μέσα στο στόμα.

Στο τέλος κάθε θηλασμού η μητέρα να μην τραβά το νεογνό από το μαστό.

αλλά να πιέζει τα μάγουλα και το πηγούνι για να αφήσει μόνο του τη θηλή ή να σηκώνει το πάνω χείλος ώστε να διακόπτει το θηλασμό.

Φυσικά να φροντίζει για την υγιεινή και καθαριότητα των μαστών με καθημερινό λουτρό και ιδιαίτερη περιποίηση των θηλών πριν και μετά το θηλασμό χρησιμοποιώντας φυσικά και όχι χημικά προϊόντα.

Άλλες διαταραχές της γαλουχίας είναι.

α). Η αγαλακτία, η απουσία δηλαδή έκκρισης γάλακτος.

β). Η υπεργαλακτία, που είναι μια κατάσταση ακριβώς αντίθετη από την προηγούμενη. Αυτή είναι αποτέλεσμα υπερδιέγερσης του μαζικού αδένου. Συνήθως αυτοϊάται.

γ). Η παράταση της γαλουχίας. Η ανωμαλία αυτή είναι αποτέλεσμα

της συνέχισης του θηλασμού πέραν των 6 μηνών και συνοδεύεται συνήθως από υπερπαλινδρόμηση της μήτρας. Η επίμονη έκκριση γάλακτος σε συνδυασμό με αμηνόρροια και υποοιστρογοναιμία συνιστά το σύνδρομο CHIARI-FRONMEL, που συνοδεύεται από συνύπαρξη μικροαδενωμάτων της υπόφυσης.

δ). Η γαλακτόρροια συνιστάται στη συνεχή ροή γάλακτος από τον ένα ή και τους δυο μαστούς. Συνήθως η κατάσταση αυτή αυτοϊάται και η υποτροπή της κατά διαστήματα δεν αποκλείεται. Επίσης ο καλύτερος τρόπος για να διατηρεί η μητέρα τις θηλές της στεγνές είναι να τοποθετεί μέσα από το στηθόδεσμο ειδικές απορροφητικές επικαλύψεις για τους μαστούς.

ε). Η κακής ποιότητας έκκριση γάλακτος είναι αποτέλεσμα λήψης διαφόρων φαρμάκων ή τοξικών ουσιών από τη μητέρα ή ακόμη και ύπαρξη τοπικών ή συστηματικών φλεγμονών.

Εκτός από τις ανωμαλίες αυτές της γαλουχίας η συχνότερη και σημαντικότερη για τη μητέρα και το έμβρυο είναι η ανάπτυξη της μαστίτιδας.

Η μαστίτις ανάλογα με τα ανατομικά στοιχεία του μαστού που αφορά, χαρακτηρίζεται σαν διάμεσος και αφορά το συνδετικό υπόστρωμα, παρεγχυματώδης η οποία προσβάλλει τους γαλακτοφόρους πόρους και το μαζικό αδένου και αποστηματοποίηση των φυματίων του MONTGOMERY.

Το απόστημα των φυματίων του MONTGOMERY, αποτελεί σπάνια και μικρής σημασίας επιπλοκή. Η παρουσία του όμως επιβάλλει τη διακοπή του θηλασμού από την πάσχουσα πλευρά και διάνοιξη του αποστήματος, σε περίπτωση που δεν θα υποχωρήσει με την αντιβίωση. Ο θηλασμός θα συνεχιστεί μετά την επούλωση του εγχειρητικού τραύματος ή την υποχώρηση της φλεγμονής.

Η διάμεση μαστίτις είναι συνήθως το αποτέλεσμα λεμφαγγειακής επινέμησης του συνδετικού υποστρώματος από ραγάδες ή διαβρώσεις της θηλής που φλεγμένουν. Η μορφή αυτή της μαστίτιδας είναι η πιο συχνή και συνήθως αναπτύσσεται κατά τις 10 πρώτες ημέρες της λοχείας. Εμφανίζεται συνήθως με πυρετό και ρίγος και αυτή η κλινική εικόνα διακόπτει μια μέχρι τότε ομαλή πορεία της λοχείας. Ο πόνος δεν αποτελεί σταθερό σύμπτωμα, έτσι ώστε να χρειάζεται διαφορική διάγνωση από άλλες εμπύρετες καταστάσεις της λοχείας. Η ψηλάφηση αποκαλύπτει ευαισθησία και σημεία φλεγμονής από τη θηλή μέχρι των περιφέρειων, του μαστού. Βαθμιαία αναπτύσσονται εντονότερος πόνος, οίδημα και ερυθρότης. Σε περίπτωση μη υποχώρησης της φλεγμονής με τη χορήγηση αντιβιοτικών το δέρμα αντίστοιχα με την εστία της φλεγμονής παχύνεται και προοδευτικά διαπιστώνονται σημεία κλυδασμού της αποστηματοποιημένης περιοχής.

Η παρεγχυματώδης μαστίτις οφείλεται σε επέκταση της φλεγμονής από ραγάδες ή διαβρώσεις της θηλής μέσα στον αυλό των γαλακτοφόρων πόρων και το μαζικό αδένιο. Είναι λιγότερο συχνή από την προηγούμενη μορφή και εκδηλώνεται με πυρετό και γενική αδιαθεσία. Η παρεγχυματώδης μαστίτιδα καταλήγει πιο συχνά σε αποστηματοποίηση. Η ψηλάφηση αποκαλύπτει την ανάπτυξη μιας περιγεγραμμένης ευαίσθητης περιοχής του μαστού που αντιστοιχεί σ' ένα λοβό του αδένιο. Εάν η φλεγμονή δεν υποχωρήσει με τη συντηρητική αγωγή, η ψηλάφουσα μάζα γίνεται σκληρή, εξέρουθη και προοδευτική το δέρμα της περιοχής αυτής τραχύνεται και διαπιστώνεται η ύπαρξη κλυδασμού.

Από άποψη μικροβιακής αιτιολογίας της μαστίτιδας, ανεξάρτητα της εντόπισης της, ενοχοποιείται ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και σπανιότερα ο αιμολυτικός στρεπτόκοκκος, οι οποίοι υφίστανται στο ρινοφάρυγγα και στα μάτια του

νεογνού. Η ύπαρξη των μικροοργανισμών αυτών στο νεογνό δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από παθολογικές εκδηλώσεις, ενώ άλλες φορές συνοδεύεται από επιμόλυνση του τραύματος του ομφαλού ή δερματίτιδα. Κύρια πηγή επιμόλυνσης του νεογνού είναι οι μικροβιοφορείς του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Για το λόγο αυτό η εμφάνιση της μαστίτιδας πολλές φορές παίρνει επιδημικές διαστάσεις σε συγκεκριμένα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η θεραπεία της μαστίτιδας συνιστάται στην χορήγηση αντιβίωσης, η οποία πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 10 ημέρες και να είναι αιτιολογημένη. Πριν από την έναρξη αντιβίωσης παίρνεται καλλιέργεια από το γάλα. Τις περισσότερες φορές, όπως προαναφέρθηκε, απομονώνεται ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο περιμένοντας την εργαστηριακή επιβεβαίωση, είναι σκόπιμο να χορηγούνται δραστικά για το μικροοργανισμό αυτό αντιβιοτικά. Επιπλέον χορηγούνται παυσίπονα.

Στις περιπτώσεις που η φλεγμονή δεν υποχωρεί με την χορηγούμενη αντιβίωση, η εξέλιξη της μαστίτιδας οδηγεί, όπως προαναφέρθηκε, στο σχηματισμό αποστήματος. Η ύπαρξη κλυδασμού επιβάλλει την υπό αντιβιοτική κάλυψη διάνοιξη και παροχέτευσή του. Η διατομή του αποστήματος θα πρέπει να γίνεται στο κέντρο της περιοχής του κλυδασμού και ακτινοειδώς με κατεύθυνση προς τη θηλή του μαστού, ώστε να αποφευχθεί η καταστροφή εκφορητικών πόρων. Μετά τη διάνοιξη διεκπεραιώνεται ο δείκτης και διασπώνται οι δοκίδες διαφράγματα του αποστήματος, ώστε να είναι δυνατή η πληρέστερη παροχέτευση του πύον. Στη συνέχεια τοποθετείται παροχευτική γάζα για ένα 24 ωρο. Η υποχώρηση των συμπτωμάτων και βελτίωση της κλινικής εικόνας κατά κανόνα είναι άμεση.

Σε όλες τις περιπτώσεις μαστίτιδας και κυρίως μετά από αποστηματοποίηση της περιοχής ο θηλασμός πρέπει να διακόπτεται για τους παρακάτω λόγους:

1. Είναι πολύ επώδυνος για την μητέρα.
2. Το γάλα στην κυριολεξία αποτελεί καλλιεργητικό υλικό για τα μικρόβια, που ενοχοποιούνται και επομένως είναι ακατάλληλο για το νεογνό.
3. Η πιθανή ύπαρξη του αιτιολογικού μικροβιακού παράγοντα στο ρινοφά-

ρυγγα του νεογνού, θα επανατροφοδοτήσει το αίτιο της μαστίτιδας.

Ο τρόπος διακοπής του θηλασμού γίνεται τόσο φαρμακευτικά με ουσίες που καταστέλλουν την έκκριση προλακτίνης (π.χ βρωμοκρυπτίνη), όσο και μηχανικά με αφαίρεση μεγάλης ποσότητας γάλακτος και περιέδεση των μαστών με επιδέσμους πάνω από το στήθος γύρω από τον θώρακα.

Τελειώνοντας δεν πρέπει να παραληφθεί και ο καρκίνος του μαστού ο οποίος όταν πρωτοεμφανιστεί κατά τη γαλουχία παρουσιάζει ταχύτερη εξέλιξη. Ο προσβεβλημένος μαστός είναι μεγαλύτερος και η θηλή επιπεδώνεται ή εισέλκεται. Το δέρμα του μαστού παχύνεται και είναι οιδηματώδες. Η απουσία σημείων φλεγμονής και ευαισθησίας βάζει άμεσα την υποψία ύπαρξης κακοήθειας. Η διάγνωση γίνεται με την βιοψία της βλάβης.

Σε όλες τις περιπτώσεις η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία γι αυτό.

-Σχολαστική καθαριότητα των μαστών και το σωστό τρόπο θηλασμού ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία ραγάδων.

-Σχολαστική καθαριότητα των χεριών και του προσώπου του νεογνού (κυρίως τα μάτια και τη μύτη ιδιαίτερα αν φέρουν εκκρίσεις)

-Σχολαστική καθαριότητα των χεριών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού πριν από κάθε εξέταση των μαστών.

-Τέλος, αποφυγή συνομιλίας πάνω από ένα γυμνό μαστό, κυρίως κατά τη διάρκεια της εξέτασης για την αποφυγή του κινδύνου διασποράς παθογόνων σταγονιδίων.

Ανησυχίες και Απορίες κάθε νέας μητέρας

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια εξήγησης μερικών από τις πιο συνηθισμένες απορίες κάθε νέας μητέρας, έτσι ώστε η θηλάζουσα, γνωρίζοντας τον τρόπο αντιμετώπισης οποιουδήποτε προβλήματος εμφανιστεί στην πορεία του θηλασμού.

Ανησυχώ ότι με το θηλασμό θα χαλάσει το στήθος μου.

Είναι λάθος. Με το τέλος του θηλασμού το στήθος παίρνει το σχήμα και το μέγεθος που είχε πριν. Άλλωστε κατά την εγκυμοσύνη το στήθος μεγαλώνει και βαραίνει είτε θηλάσει είτε η μητέρα, είτε όχι. Ακόμη ο θηλασμός προστατεύει το μαστό από την τόσο συχνή ασθένεια της εποχής μας, τον καρκίνο του μαστού. Μελέτες έδειξαν ότι προσβάλλονται σε μεγαλύτερο ποσοστό μαστοί που δεν θηλάστηκαν.

Ανησυχώ γιατί στο πρώτο μου παιδί το γάλα μου κόπηκε γρήγορα.

Όταν θηλάζεται σωστά το γάλα δεν κόβεται, γιατί ο θηλασμός υπακούει το νόμο ζήτηση-προσφορά. Από εσάς εξαρτάται να διατηρήσετε το θηλασμό όσο χρόνο θέλετε. Η λύση είναι απλή. Κάθε φορά που το νεογνό ή το βρέφος πεινά δώστε του ΜΟΝΟ το γάλα σας. Και κάτι άλλο, μην σας πιάνει άγχος, μη στεναχωριέστε.

Ανησυχώ γιατί κάθε φορά που θηλάζει το μωρό μου λερώνεται και οι κενώσεις του είναι διαρροϊκές.

Εφόσον το νεογνό είναι ζωηρό, τρώει καλά, κοιμάται ήσυχα, αναπτύσσεται και μόνο θηλάζει, δεν πρέπει να ανησυχείτε όσες κενώσεις και αν έχει, ακόμη κι αν είναι διαρροϊκές, όπως δεν πρέπει να ανησυχείτε αν περάσουν αρκετές ημέρες χωρίς να ενεργηθεί.

Έχω δίδυμα και ανησυχώ μήπως δεν φτάσει το γάλα και για τα δύο μου παιδιά Όπως είπαμε ο θηλασμός υπακούει στο νόμο ζήτηση προσφορά.

Έτσι ο οργανισμός σας θα προσαρμοστεί σε μεγαλύτερη προσφορά λόγω την μεγαλύτερης ζήτησης. Φροντίστε να μην κουράζεστε ιδιαίτερα, να τρώτε σωστά και δοκιμάστε να θηλάζετε συγχρόνως αν σας βολεύει, και τα δυο σας παιδιά για να εξοικονομήσετε χρόνο.

Το μωρό μου είναι 3μηνών. Δεν είχα κανένα πρόβλημα με το θηλασμό. Τώρα όμως κάθε φορά που θηλάζει κλαίει, αφήνει το μαστό και μου δίνει την εντύπωση ότι ψάχνει και δεν βρίσκει γάλα.

Μην ανησυχείτε καθόλου και μη βιάζεστε να δώσετε συμπλήρωμα ξένου γάλακτος. να μικρό ποσοστό παιδιών γύρω στο τρίτο με τέταρτο μήνα εμφανί-

ζουν αυτό το φαινόμενο. Αφήστε το ελεύθερο να φάει όποτε θέλει και μη το πιέζετε. Αυτή η ακαταστασία κρατά λίγες μέρες και το βρέφος ξαναβρίσκει το πρόγραμμα του. Το ίδιο συμβαίνει πάλι σε μικρό ποσοστό παιδιών, όταν έλθει η περίοδος στην μητέρα την πρώτη μέρα κάθε περιόδου.

Το πρώτο μου παιδί το έκανα με καισαρική τομή και δεν θήλασα. Τώρα όμως θέλω να θηλάσω, μπορώ;

Αφού θέλετε μπορείτε. Τα υπεύθυνα πρόσωπα θα σας βοηθήσουν. Στην αρχή θα ευκολότερα να θηλάζετε ξαπλωμένη και γυρισμένη στο πλάι ώστε το νεογνό να μην ακουμπάει στο τραύμα της κοιλιακής χώρας.

Όταν έρχομαι σε σεξουαλική επαφή, τρέχει από το στήθος μου γάλα.

Μην ανυσηχείτε. Δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Κατά την ώρα του οργασμού παράγεται ωκυτοκίνη που όπως είπαμε είναι η υπεύθυνη ορμόνη για την ροή του γάλακτος. Η λύση είναι απλή. Προτιμήστε να θηλάσετε πρώτα και μετά να έρθετε σε σεξουαλική επαφή.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Νεογνικός ίκτερος από μητρικό θηλασμό

Το γεγονός ότι ο μητρικός θηλασμός έχει αντικαταστήσει κατά μεγάλο μέρος την τεχνητή διατροφή έγινε γρήγορα αντιληπτό ότι υπήρξε αύξηση της συχνότητας του νεογνικού ικτέρου σε νεογνά που θηλάζαν.

Ο ίκτερος αυτός που συνδέεται με το μητρικό θηλασμό, μπορεί να εμφανιστεί νωρίς (την 3η-4η μέρα ζωής) και να διαρκέσει λίγες ημέρες, αποκαλείται **πρωίμος ίκτερος**. Ενώ αν εμφανιστεί μετά την πρώτη εβδομάδα της ζωής και διαρκέσει αρκετό χρονικό διάστημα καλείται **όψιμος ίκτερος**.

Ο έλεγχος των περιπτώσεων αυτών δεν απέδειξε αιμόλυση ή βλάβη

του ήπατος. Υποστηρίζεται ότι ο ίκτερος οφείλεται σε έκκριση της 3,20 PREGNANEDIOL στο μητρικό γάλα, αν και μερικοί ερευνητές δεν δέχονται την παραπάνω ερμηνεία.

Αν σταματήσει ο θηλασμός ο ίκτερος υποχωρεί μέσα σε 2-6 μέρες, ενώ η επάνοδος στο θηλασμό προζαλεί συνήθως και πάλι άνοδο της χοληρυθμίνης.

Επειδή η εμφάνιση παθολογικού ικτέρου από μητρικό θηλασμό είναι σπάνια, οι ενδείξεις διακοπής του θηλασμού πρέπει να περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες η υπερχολερυθριναιμία παρατείνεται και διατηρείται σε σχετικώς υψηλά επίπεδα, ενώ ο λεπτομερής έλεγχος για τη διαπίστωση άλλων αιτιών του ικτέρου απέβει άκαρπος.

Αιμορραγική νόσος του νεογνού, βιταμίνη Κα και θηλασμός

Η αιμορραγική νόσος του νεογνού, παρουσιάζεται συνήθως κατά τις πρώτες ημέρες της ζωής και είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας της βιταμίνης Κ. Είναι γνωστό ότι για να συντεθούν στο ήπαρ ορισμένοι παράγοντες ΙΙ (προθρομβίνης, προκομβερτίνης και άλλων παραγόντων είναι απαραίτητη η παρουσία της βιταμίνης Κ.

Η βιταμίνη Κ, που προσλαμβάνεται με τις τροφές είναι αυτή που βρίσκεται κυρίως στα πράσινα φύλλα των λαχανικών (π.χ. σπανάκια) και λιγότερο στο συκώτι. Κατά τις πρώτες ημέρες ζωής, η ανεπάρκεια της βιταμίνης Κ οφείλεται κυρίως στην έλλειψη της εντερικής χλωρίδας και στην ανεπαρκή πρόσληψη της βιταμίνης Κ από το γάλα ιδίως των νεογνών που θηλάζουν. Το γυναικείο γάλα περιέχει μικρότερη ποσότητα βιταμίνης Κ, από το γάλα αγελάδας. Για τους παραπάνω λόγους το βρέφος που θηλάζει αποκλειστικά κινδυνεύει να παρουσιάσει έλλειψη βιταμίνης Κ.

Κλινικά έχουμε την α). ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΜΟΡΦΗ που συμβαίνει κατά κανόνα σε νεογνά που θηλάζουν και εμφανίζουν το 2^ο -3^ο 24ωρο -ης ζωής με αιμοραγία από τους βλενογόνους ή τον ομφαλό τους. β). ΟΨΙΜΗ ΜΟΡΦΗ εμφανίζεται στο τέλος του 1^{ου} μήνα ή και αργότερα και αφορά σχεδόν αποκλειστικά νεογνά που θηλάζουν και δεν τους έχει χορηγηθεί προληπτικά βιταμίνη Κ. Η όψιμη εκδηλώνεται με εγκεφαλική αιμορραγία (50% των περιπτώσεων). γ). Περιγράφεται και η ΠΡΩΙΜΗ ΜΟΡΦΗ που παρουσιάζεται αμέσως μετά τον τοκετό σε νεογνά μητέρων που έπαιρναν αντιεπιληπτικά ή αντιπηκτικά παράγωγα δικουραρόλης τα οποία ανταγωνίζονται τη βιταμίνη Κ. Σε αυτές τις περιπτώσεις η αιμορραγική διάθεση είναι σοβαρή και έχουμε εγκεφαλική αιμορραγία ή και αιμορραγία από όλα τα συστήματα και όργανα.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα και κυρίως η κλασσική και όψιμη μορφή, που είναι και οι συχνότερες αποτρέπονται με τη προφυλακτική χορήγηση 1MG φυσικής βιταμίνης K ενδομυϊκά σε κάθε νεογνό αμέσως μετά τη γέννηση του. Η δόση αυτή αποτρέπει κάθε κίνδυνο πρώιμης ή όψιμης αιμορραγική* νόσου του νεογνού είτε αυτό τρέφεται με το γάλα της αγελάδος, είτε αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό

ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Κ

Αυτά που κυκλοφορούν σήμερα στην χώρα μας είναι :

ΚΑΡΑΒΙΤ (χρωπεί): Μenaδιόνη (K3) για ενδομυϊκά και ενδοφλέβια (πολύ αργά) χορήγηση.

ΚΟΝΑΚΙΟΝ (ROCHE): Φυτομεταδιόνη ή Φυτομεναδιόνη (K1) για ενδομυϊκή μόνο χρήση.

Διάπλαση γναθοπροσωπικού συστήματος και θηλασμός

Το γναθοπροσωπικό σύστημα είναι ένα βασικό τμήμα του ανθρώπινου οργανισμού. Ο ρόλος του είναι σημαντικός και πολλαπλός γιατί το πλέγμα αυτό των σκληρών και μαλακών του ιστών αποτελεί, από την μια, την αρχή του αναπνευστικού συστήματος και πεπτικού και από την άλλη, συμβάλλει ουσιωδώς στην επικοινωνία του ανθρώπου και μέσω αυτής, στην ομαλή ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο και στην ποιότητα ζωής του.

Το γναθοπροσωπικό σύστημα αποτελείται, όπως αναφέρθηκε από μαλακούς ιστούς (μυς-βλεννογόνους) νευρικά δίκτυα και σκληρούς ιστούς (οστικός ιστός, οστεΐνη, οδοντίνη, αδαμαντίνη). Αρκεί η διαταραχή του οποιουδήποτε στοιχείου για να έχουμε ανεπάρκεια διάφορου βαθμού. Οτιδήποτε μπορεί να παραβλάψει, ιδίως στις ταχύρυθμες περιόδους, τη σύμφωνα με τον γενετικό κώδικα αύξηση και ανάπτυξη ενός ή περισσότερων στοιχείων του συστήματος, είτε στεροητικά, είτε ενεργητικά ασκεί επίδραση στη διαμόρφωση του. Το γάλα, λοιπόν, και ο τρόπος λήψης του επηρεάζει την αύξηση-ανάπτυξη του γναθοπροσωπικού συστήματος τόσο από πλευράς προσφοράς θρεπτικών ουσιών, όσο και από πλευράς του τρόπου με τον οποίο προσλαμβάνεται, όπως έχουν δείξει αρκετές

—Μητρικός θηλασμός και γναθοπροσωπικό σύστημα—

Η επίδραση του μητρικού θηλασμού στο βρέφος γίνεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους. Τη διαιτητική και ψυχολογική πλευρά που έχουν προαναφερθεί πολλά, ενώ για την λειτουργική πλευρά θα αναφερθούμε παρακάτω.

Αναφέρεται ότι το γναθοπροσωπικό σύστημα αρχίζει να θεμελιώνεται κατά την 4η εμβρυϊκή εβδομάδα και αναπτύσσεται με ταχύ ρυθμό τόσο κατά την προγεννητική όσο και την μεταγεννητική περίοδο.

Τα νεογέννητα παρουσιάζουν κατά κανόνα, έναν εμφανή οπισθογναθισμό της κάτω γνάθου σε σχέση με την άνω κατά ποσοστό 80% και σε έκταση 5-6 Μ.Μ. Μια εβδομάδα μετά τον τοκετό υπό την προϋπόθεση του μητρικού θηλασμού, ο οπισθογναθισμός αυτός περιορίζεται στο 1-1, 5 Μ.Μ ενώ μετά 5-8 μήνες η σχετική θέση της κάτω γνάθου είναι πια φυσιολογική. Γίνεται έτσι κατανοητό γιατί κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους υπάρχει επιτακτική ανάγκη άσκησης του νευρομυελολειτουργικού συστήματος του στόματος. Η άσκηση αυτή συνιστάται από την συντονισμένη εκτέλεση μιας ρυθμικής αλληλουχίας κινήσεων των γνάθων και των άλλων ανατομικών στοιχείων του στόματος (χειλιών, γλώσσας, παρειών) και πραγματοποιείται με την απομύζηση, την υποτυπώδη μάσηση, την προώθηση του γάλακτος προς τον οισοφάγο και την κατάποση. Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος από στοματική άποψη για τον οποίο ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τον τέλειο τρόπο λήψη τροφής για το βρέφος.

—Τεχνητή διατροφή του βρέφους & γναθοπροσωπικά σύστημα—

Υπάρχουν μερικές φορές καταστάσεις που κάνουν αδύνατη την διατροφή του βρέφους με μητρικό θηλασμό (ασθένειες της μητέρας,

τραυματικές καταστάσεις του μαστού και της θηλής, νευροψυχικές διαταραχές, υποχρεωτική λήψη φαρμάκων από τη μητέρα κ.α). Όλα αυτά συν εκείνες που προκαλούν πρόωρη διακοπή του θηλασμού οδηγούν στην τεχνητή διατροφή του βρέφους. Η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας επιτρέπει σήμερα την παραγωγή γάλακτος περίπου εφάμιλλου από θρεπτική και υγιεινή είναι αφορητή με το μητρικό γάλα.

Αντίθετα όμως η σημασία του σχεδίου και των υλικών κατασκευής των θηλάστρων πέρασε για πολύ καιρό απαρατήρητη και μόνο πρόσφατα της αποδόθηκε η αρμόζουσα προσοχή. Τα παραδοσιακά θηλάστρα με μεγάλη οπή έχουν ένα σημαντικό αριθμό μειονεκτημάτων:

-Παρέχουν μεγάλες ποσότητες γάλακτος με αποτέλεσμα το νεογνό

να αδυνατεί να μιμηθεί τις τόσο απαραίτητες για την ανάπτυξη του γναθοπροσωπικού συστήματος κινήσεις θηλασμού. Επιπλέον επί υπερδοσολογίας μπορεί να γίνουν πρόξενοι παχυσαρκίας.

-Η τεχνητή διατροφή διαρκεί μόνο 5-8 MIN σε αντίθεση 15-20 MIN του μητρικού θηλασμού και έτσι αξιοποιείται μόλις το 1/60 των κινήσεων του του μητρικού θηλασμού. Με αποτέλεσμα την πιο πίσω από το κανονικό τοποθέτηση της γλώσσας (σύνδρομο γλωσσόπτωσης) τη μη επαρκή ανάπτυξη της κάτω γνάθου (κάτω υπογναθισμός), τη συμπίεση από τις παρειές προς την υπερώα με κατάληξη το στενογναθισμό και τέλος ερεθισμούς στην περιοχή των αμυγδαλών, αναπνευστικά προβλήματα, ωτίτιδες κτλ. Η βιομηχανία θηλάστρων συνειδητοποιώντας τα προβλήματα αυτά, έχει σχεδιάσει και παράγει μια νέα γενιά θηλάστρων, που τείνουν προς τη πληρέστερη δυνατή απομίμηση της υφής του οχήματος και της λειτουργίας της μητρικής θηλής.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ -ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Ο μητρικός θηλασμός είναι στενά συνδεδεμένος με κοινωνικούς οικονομικούς παράγοντες, καθώς και αντίστοιχες κοινωνικές τάξεις, με αποτέλεσμα να καθίσταται πρωταρχικό στοιχείο ανθρώπινης αναγκαιότητας Την κάμψη του θηλασμού διαδέχθηκε η απροσδόκιτη βιολογική άνοδος, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την αναθεώρηση των παλαιότερων τάσεων και απόψεων.

Ουσιαστικές αιτίες για την αναθεώρηση του θηλασμού υπήρξαν το

βιωτικό - οικονομικό επίπεδο, η σεξουαλική απελευθέρωση και η κατάλληλη ενήμερωση και προβολή του θέματος. Οι διάφορες έρευνες που έλαβαν χώρα τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό έχουν σαν στόχο να γίνει ακόμη πιο κατανοητή η αξία του μητρικού θηλασμού, τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία γενικότερα. Αναμφίβολα η καθιέρωση του απαιτεί ανάλογες προσπά-

θειες, από τις κοινωνίες, με την ανάλογη προβολή, ενίσχυση του θέματος, εκπαίδευση των μητέρων, ούτως ώστε ο μητρικός θηλασμός να αποτελέσει καθοριστικό μέσο ανθρώπινης διατροφής.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στην Κρήτη, η μελέτη περιλαμβάνει 402 μητέρες από τους τέσσερις νομούς της Κρήτης που γέννησαν στη διάρκεια των ετών 1987,1988 και 1989. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που απάντησαν οι μητέρες είχε σαν σκοπό τη διερεύνηση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού και των παραγόντων που σχετίζονται με την εγκατάσταση και διατήρηση του. Οι 273 μητέρες (67%) θήλασαν τα παιδιά τους για διάστημα 10-39 ημερών. Στους επόμενους μήνες τα ποσοστά των μητέρων που θήλασαν παρουσίασαν προοδευτική μείωση και τον 6^ο μήνα ήταν 65%. Παράγοντες που επηρέασαν το θηλασμό ήταν η ηλικία της μητέρας(μητέρες πάνω από 30 ετών θηλάζουν λιγότερο τα παιδιά τους, πιθανόν γιατί κουράστηκαν για να τα αποκτήσουν), η μόρφωση της μητέρας, ενώ ο τόπος διαβίωσης, η εξωοικιακή εργασία και ο αριθμός των τοκετών της μητέρας δεν φαίνεται να επηρέασαν την απόφαση της.

Μια άλλη έρευνα περιλαμβάνει 1608 μητέρες, βρεφών 12 μηνών περίπου του νομού Έβρου. Οι μητέρες απάντησαν σε συγκεκριμένο

ερωτηματολόγιο που είχε σαν σκοπό την διερεύνηση της συχνότητάς του μητρικού θηλασμού σαν αποκλειστικού τρόπου διατροφής στα παιδιά του νομού Έβρου. Βασική διαπίστωση ήταν ότι το 70,5% των μητέρων θηλάζουν, χωρίς να υπάρχει διαφορά μεταξύ των μητέρων της αστικής και αγροτικής περιοχής. Επιπλέον η μόρφωση, η εξαρτημένη εξωοικιακή εργασία και η κακή πληροφόρηση επηρεάζουν τον θηλασμό.

Μια τρίτη έρευνα είχε σκοπό την συγκριτική μελέτη δυο ομάδων από 90 μητέρες που θήλασαν ή αρνήθηκαν να θηλάσουν τα παιδιά τους. Από τις 90 μητέρες οι 38 θήλασαν τα παιδιά τους (Α΄ ΟΜΑΔΑ) και οι 52 αρνήθηκαν να τα θηλάσουν (Β΄ ΟΜΑΔΑ).

Οι δυο ομάδες συγκρίθηκαν σε παραμέτρους που έχουν σχέση με την κοινωνική τάξη, το οικογενειακό και το μαιευτικό ιστορικό την περίοδο κνήσεως και

τοκετού, τη στάση απέναντι στο θηλασμό. Από τη σύγκριση των δυο ομάδων διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που θηλάσαν τα παιδιά τους, σε σχέση με τις μητέρες που αρνήθηκαν, να τα θηλάσουν, έχουν σε μεγαλύτερη αναλογία τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Κατάγονται από αγροτικές περιοχές.
- 2) Είναι λιγότερο μορφωμένες.
- 3) Ασχολούνται με τα οικιακά και λιγότερο με άλλα επαγγέλματα.
- 4) Έχουν περισσότερα αδέρφια.
- 5) Έχουν χαμηλό εισόδημα.
- 6) Η σύλληψη του παιδιού τους ήταν επιθυμητή.
- 7) Θέλουν να αποκτήσουν και άλλο παιδί.
- 8) Επιθυμούσαν να έχει το παιδί τους διαφορετικό φύλο.
- 9) Γέννησαν με καισαρική τομή.
- 10) Οι πολυτόκες είχαν θηλάσει τα προηγούμενα παιδιά τους.
- 11) Χαρακτήρισαν ευχάριστη τη διαδικασία του θηλασμού.
- 12) Θεωρούν επικίνδυνη την τεχνητή διακοπή του.
- 13) Πιστεύουν ότι είναι αμαρτία να μη θηλάσει μια γυναίκα το παιδί της.

Η στάση και ο ρόλος της νοσηλεύτριας απέναντι στο μητρικό θηλασμό

Το μητρικό ένστικτο πιθανόν να μην είναι αρκετά αναπτυγμένο πριν από τον τοκετό και η γυναίκα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ίσως να μην έχει αποφασίσει αν θα θηλάσει.

Η νοσηλεύτρια έχει υποχρέωση να βοηθήσει την έγκυο, να της εξηγήσει τα πλεονεκτήματα, τις προσφορές του θηλασμού τόσο για το νεογνό, όσο και για εκείνη και να την πείσει να προσπαθήσει.

Ωστόσο είναι πολύ σημαντικό η συνεργασία αυτή να μη στηρίζεται στην αδιάκριτη παρέμβαση της νοσηλεύτριας και την αδιάλλακτη εμμονή της σε διά-

φορα θέματα, όπως κατά την παροχή βοήθεια για την έναρξη του μητρικού θηλασμού, σε αντιδιαστολή προς την αδιαμαρτήριτη ανοχή της νέας μητέρας που οφείλεται στην άγνοια και στην απειρία της.

Μέσα στα καθήκοντα της νοσηλεύτριας περιλαμβάνεται η παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών για την φροντίδα, την υγιεινή και την προετοιμασία του μαστού προς γαλουχία. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι πρόθυμη να βοηθήσει, να ενθαρρύνει, να συμπαρασταθεί, να συμβουλευθεί, τη μέλλουσα μητέρα τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Αυτό απαιτεί από τη μαία υπομονή, χρόνο και επιθυμία να επιτύχει το σκοπό της. Ενώ συγχρόνως, διδάσκει, επιδεικνύει, εξηγεί και το σπουδαιότερο είναι να ενθαρρύνει και να επιβεβαιώνει τη μητέρα στις προσπάθειες της. Επίσης θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στις νέες μητέρες να αναλαμβάνουν εξολοκλήρου την φροντίδα του βρέφους και όχι οι νοσηλεύτρια να εργάζονται για εκείνες ώστε με αυτό τον τρόπο η συνεργασία να οδηγήσει σε ικανοποιητικότερα αποτελέσματα τόσο για τις μητέρες και για τα βρέφη όσο και για εκείνες που τους παρέχουν τη φροντίδα τους.

Ο καλύτερος τρόπος για να υλοποιηθούν όλα τα παραπάνω δεν είναι άλλος από τη φιλότιμη προσπάθεια της νοσηλεύτρια να συνειδητοποιήσει το ρόλο της σε όλους τους τομείς και ειδικά σ' αυτόν του μητρικού θηλασμού και να χρησιμοποιήσει τις πρακτικές & θεωρητικές της γνώσεις για την έναρξη ενός συστηματικού προγράμματος προσπαθειών με σκοπό την παροχή φροντίδων υγιεινής.

Η αναβίωση του μητρικού θηλασμού εξαρτάται κυρίως από την βελτίωση της βασικής εκπαίδευσης των νοσηλεύτριων, δεν αρκεί να τους πούμε: ο μητρικός θηλασμός είναι καλός εφαρμόστε τον..... πολύ καλή εκπαίδευση πρέπει να γίνεται στους γιατρούς και τις αδελφές.

Υποστήριξη πρέπει να υπάρχει μετά τον τοκετό τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο σπίτι, διαφορετικά θα χαθεί όλη η προετοιμασία. Αυτό βέβαια προϋποθέτει την διασύνδεση μεταξύ νοσοκομείου, γιατρού και μαίας.

Επιπλέον σημαντική είναι η βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν τα μέσα μαζικής ενημερώσεως, που με συζητήσεις και διάφορες άλλες εργασίες γίνω

από το θέμα αυτό, θα συμβάλλουν στην προβολή του μητρικού θηλασμού ως του ιδανικότερου είδους διατροφής της νέας αυτής ύπαρξης που θα βοηθήσει την υγεία ανάπτυξη του, αλλά και στην καλλιέργεια της τόσο πολύτιμης ψυχικής επαφής με την μητέρα με αποτέλεσμα και την ψυχική του υγεία.

Πως θα θηλάσετε σωστά

Ο θηλασμός αρχίζει το συντομότερο δυνατό, ακόμη και αμέσως μετά τον τοκετό

Κάθε πρωί κάνετε μπάνιο καθαριότητας πλένοντας το στήθος σας, τις πτυχές κάτω από αυτό και τις μασχάλες σας με σαπούνι και νερό. Τις επόμενες φορές πλένετε το στήθος, πριν και μετά το θηλασμό μόνο με νερό. Μη χρησιμοποιείτε αντισηπτικά ξηραίνουν τη φυσική λιπαρότητα της θηλής και έτσι τραυματίζεται ευκολότερα. Τα χέρια σας τα σαπουνίζετε πριν από κάθε θηλασμό, γιατί έτσι προφυλάγεται το μωρό σας από πολλές μολύνσεις και αρρώστιες

Όταν δεν θηλάζετε φοράτε πάντα ένα καθαρό και κατάλληλο στηθόδεσμο και φροντίζετε οι θηλές να είναι καθαρές και στεγνές

Την ώρα του θηλασμού η θέση σας να είναι αναπαυτική. Εσείς θα βρείτε την κατάλληλη θέση

Αν θηλάζετε καθιστή, ένα μαξιλάρι στα γόνατά σας θα σας βοηθήσει. Το μωρό σας πρέπει να είναι ξαπλωμένο στο πλάι και γυρισμένο προς το στήθος σας. Με το ένα χέρι κρατάτε το στήθος σας από κάτω και με την παλάμη του άλλου χεριού σας κρατάτε το κεφαλάκι του από τον αυχένα. Όταν το μωρό σας ψάχνοντας ανοίξει καλά το στόμα του φροντίζεται το κάτω χείλος τους να βρίσκεται κάτω από τη βάση της θηλής σας και τότε σπρώχνετε ελαφρά το κεφαλάκι του προς το πλήθος σας. Με την κίνηση αυτή το μωρό παίρνει στο στόμα του τμήμα της θηλαίας άλω, σε ίση απόσταση πάνω και κάτω από τη θηλή σας. Ακριβώς σε αυτή την περιοχή αντιστοιχούν οι γαλακτοφόροι λήκυθοι που με το θήλασμα πιέζονται και το μωρό παίρνει μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος και δεν τραυματίζονται οι θηλές. Ακόμη αφού τοποθετηθεί το μωρό καλά στο στήθος σας φροντίζετε να κρατάτε το κεφαλάκι του σε μικρή κλίση προς τα πίσω

έτσι ώστε το πηγουνάκι του να ακουμπά στο στήθος σας.

Το μωρό σας πρέπει να θηλάζει τη θηλαία άλω, δηλαδή τη σκούρα περιοχή γύρω στη θηλή σας

Προσέξτε: επαναλαμβάνουμε. Όταν λέμε θηλάζει την θηλαία άλω, σημαίνει το τμήμα της άλω, σε ίση απόσταση γύρω από τη βάση της θηλής, εκεί που αντιστοιχούν οι γαλακτοφόροι λήκυθοι.

Για να πετύχετε τη σωστή θέση θηλασμού, κρατάτε το στήθος σας με τα τέσσερα δάκτυλα από κάτω και τον αντίχειρα επάνω, κοντά στη θηλαία άλω, για να την πιέζετε ελαφρά κατά τη διάρκεια του θηλασμού και έτσι να μη κλείνεται η μυτούλα του μωρού.

Δεν δίνετε το στήθος στο μωρό αλλά επαναλαμβάνουμε, σπρώχνετε ελαφρά με την παλάμη του άλλου σας χεριού, το κεφαλάκι του μωρού προς το στήθος σας. Έτσι το μωρό αρπάζει τη θηλαία άλω και δεν πιπιλίζει τη θηλή. Με τη σωστή θέση θηλασμού πετυχαίνετε: να παίρνει το μωρό περισσότερη ποσότητα γάλακτος. Να μη μένει συνέχεια στο στήθος σας. Αποφεύγεται ο τραυματισμός της θηλής σας, που είναι αιτία αποτυχίας του θηλασμού και προλαμβάνετε το σπάρνωμα των μαστών σας και το πέτρωμα του γάλακτος.

Αν δεν καταφέρετε τη σωστή θέση θηλασμού και τραυματίστηκαν οι θηλές σας, μην απελπίζεστε, ζητείστε από τα υπεύθυνα πρόσωπα να σας βοηθήσουν. Μη διακόπτετε το θηλασμό. Μη βάζετε αλοιφές στη θηλή. Όσες αλοιφές και αν βάλετε αν δεν θηλάζετε σωστά, οι θηλές θα ξανατραυματιστούν. Ενώ αν δεν γίνει καινούργιο τραύμα, το παλαιό θα επουλωθεί μόνο του. Αν θηλάζετε σωστά, δεν πονάτε, τότε έχετε τη σωστή θέση θηλασμού.

Τι δεν πρέπει να ξεχνάτε

Αναπαυτική θέση την ώρα του θηλασμού με τον κορμό σας κάθετο

Σωστό κράτημα του στήθους

Το μωρό ξαπλωμένο στο πλάϊ - Όχι ανάσκελα με γυρισμένο το κεφάλι προς το στήθος σας.

Σωστό κράτημα του μωρού από τον αυχένα

Όταν το μωρό ψάχνει να βρει το στήθος σας, το κάτω χέιλος του να βρίσκεται σε κάποια απόσταση κάτω από τη βάση της θηλής σας.

Όταν το στόμα του είναι καλά ανοιχτό σπρώχνετε ελαφρά το κεφαλάκι του προς το στήθος σας. Ποτέ το στήθος σας προς το στόμα του μωρού.

ΤΑ ΠΟΛΛΑ «ΔΩΡΑ» ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ιδανική σύνθεση των συστατικών του μητρικού γάλακτος για την σωματική ανάπτυξη του παιδιού.

Προστασία από λοιμώξεις:

αναπνευστικού συστήματος

γαστρεντερικού συστήματος.

Προστασία από:

ιώσεις

αλλεργίες

αναιμία.

Αύξηση της επιβίωσης των προώρων.

Αύξηση του δείκτη νοημοσύνης.

Προστασία από τον κίνδυνο νεανικού διαβήτη.

Ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου.

Βελτίωση του λόγου σε παιδιά με σχιστίες.

Μείωση της τεριδόνας.

Πρόληψη για την Παχυσαρκία.

Πρόληψη για μελλοντικό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.

Η πιο κατάλληλη τροφή για πολλές αρρώστιες της νεογνικής, βρεφικής και παιδικής ηλικίας:

σύνδρομο δυσαπορρόφησης

δυσανεξία στο γάλα της αγελάδας

επίμονη διάρροια

ελκώδης κολίτιδα

νεκρωτική εντεροκολίτιδα

χειρουργικές επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος

σηψαιμία

ανεπάρκεια της I.G.A. ανοσοσφαιρίνης

μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Συμβολή στη διαμόρφωση υγιούς προσωπικότητας.

Συμβολή στην ηρεμία του βρέφους λόγω ειδικής ορμόνης στο μητρικό γάλα.

Συμβολή στο κτίσιμο της ψυχικής υγείας του παιδιού.

ΓΑΛΑΤΑ

NATIVA 1: Περιέχει απομεταλλωμένο ορό γάλακτος, πλήρες γάλα, λακτόζη, φοινικαίλαιο κοκκαφοινικέλαιο, έλαιο ηλιοτροπίου, λίπος γάλακτος, κιτρικό ασβέστιο, βιταμίνες, θειικό σίδηρο, θειικό ψευδάργυρο, θειικός χαλκός και ιωδιούχο κάλιο

NATIVA2: Περιέχει μερικώς αποβουτυρομένο γάλα, λακτόζη, φοινικέλαιο κακοφοινικέλαιο, έλαιο ηλιοτροπίου, βιταμίνες, θειικός σίδηρος, θειικός ψευδάργυρος, θειικός χαλκός και ιωδιούχο κάλιο.

Buiqoz1: Περιέχει πλήρες γάλα, απομμετεγμένο ορό γάλακτος, ζάχαρη, λακτόζη, φυτικά λιπαρά λίπος γάλακτος, κιτρικό ασβέστιο, θειικός σίδηρος, θειικός ψευδάργυρος, θειικός χαλκός, ιωδιούχο κάλιο και βιταμίνες.

Buiqoz2: Περιέχει μερικώς αποβουτηρομένο γάλα, ζάχαρη, άμυλο αραβοσίτου, λακτόζη, αραβοσιτέλαιο, θειικό σίδηρο, θειικό ψευδάργυρο, θειικό χαλκό, ιωδιούχο κάλιο και βιταμίνες.

MILUPA1: Περιέχει σκόνη γάλακτος με φυτικά λίπη, Μαλτοδεξτρίνη, λακτόζη, διαλυτά άμυλα (χωρίς γλουτένη), γλυκόζη φρουκτόζη, βιταμίνες (A, B₁, B₂, B₆, B₁₂, C)

MILUPA2: Περιέχει σκόνη αποβουτυρωμένου γάλακτος, σκόνη γάλακτος με φυτικά λίπη, λακτόζη, γλυκόζη, φρουκτόζη, Μαλτοδεξτρίνη, διαλυτό άμυλο (χωρίς γλουτένη) και βιταμίνες.

MILUPA APTAMIL: Περιέχει Αποβουτυρωμένη σκόνη γάλακτος, φυτικό λίπος, λακτόζη, μίγμα βιταμινών (A, P₃, B₁, B₂, B₁₂, B₆, C, E)

FRISOLAC H: Περιέχει Αφαλατομένο ορό γάλακτος, λακτόζη, φυτικά λίπη, αποβουτυρωμένο γάλα, λεκιθίνη σόγιας, χλωριούχο ασβέστιο, ιωδιούχο κάλιο, θειικό υποσίδηρο, θειικό ψευδάργυρο, θειικό μαγγάνιο, κιτρικό νάτριο, χλωριούχο χαλκό, παλμιτική βιταμίνη A, βιταμίνη D₃, οξική α-τοκοφερόλη, φυτοναδιόνη, ασβορβικό οξύ (βιτ C), υδροχλωρική οκταμίνη, υδροχλωρική πυριδοξίνη, φολικό οξύ, νιασιναμίδιο.

ALMIRON 1: Περιέχει απομονωμένη πρωτεΐνη ορού γάλακτος, φυτικό λίπος, μερικώς αποβουτυρωμένο γάλα, λακτόζη, μετλάματα και βιταμίνες έχει εμπλουτισθεί με 36 mg ταυρίνη.

MIRON2: Περιέχει Αποβουτυρωμένο γάλα, αμυλοσιρόπιο, κρέμα γάλακτος (40% λίπος), φυτικό λίπος, μεταλλικά άλατα, βιταμίνες, άρωμα, αιθυλοβανιλίνη και βανιλίνη.

SIMILAC infant formula: Ομοιογενές τροποποιημένο προϊόν γάλακτος σε σκόνη, παρασκευαζόμενο ειδικά για διατροφή βρεφών που περιέχει αποβουτυρωμένο γάλα, λακτόζη, φυτικά έλαια, βιταμίνες (ασκορβικό οξύ, οξική - α - τοκοφερόλη, νικοτιναμίδιο, παντοθενικό ασβέστιο, παλμιτική βιταμίνη A, θειαμίνη, ριβοφλαβίνη, πυροδοξίνη, φυλλικό οξύ, φυλοκινόννη, βιταμίνη D₃, βιοτίνη, κυανοκοβαλαμίνη) και Άλατα (θειικό ψευδάργυρο, θειικό σίδηρο, θειικό χαλκό, θειικό μαγγάνιο) και ταυρίνη.

SIMILAC with irai: Περιέχει ακριβώς ότι και το προηγούμενο.

Bebelac prema: Στα 100gr σκόνης περιέχονται: Λίπος γάλακτος 5,3 gr, φυτικό λίπος 15,7 gr περιλαμβάνει λινολεϊκό οξύ 3,3 gr, πρωτεΐνες 12 gr οι οποίες αποτελούνται από ορό γάλακτος 7,2 gr και καζεΐνη 4,8 gr λακτόζη 52,3 gr δεξτρομαλτόζη 8,6 gr, υγρασία 3,0 gr μεταλλικά άλατα 3,1 gr βιταμίνη A 1500 TN,

Βιτ D₃, 300 IN, Βιτ E. 7IN, Βιταμίνη C 49 mgr, Βιτ B1 0,3 mgr, Βιτ B2 1,8 mgr, βιοτίνη 9 mgr, φολικό οξύ 34 mgr, κοιλίνη 98 mgr (α 470 mgr, ρ 235 mgr, Fe 3,4 mgr, Na 200 mgr, K 620 mgr T 63 mgr, Mg mgr, Cu 300 mgr, CT 360 mgr 2h 4 mgr, Mn 25 mgr.

NAN 1: Περιέχει απομεταλλωμένο ορό γάλακτος, πλήρες γάλα, λίπος γάλακτος φυτικό λίπος, γαλακτοζάχαρο, κιτρικό ασβέστιο, χλωρικά χλωριούχο μαγνήσιο, βιταμίνες, θειικό χαλκό και ιωδιούχο κάλιο.

NAN 2: Περιέχει πλήρες γάλα, λακτόζη, αραβοσιτέλαιο, βιταμίνες (A, D, E, C, θειαμίνη, ριβοφλοβίνη, Νιασίνη, B₆, B₁₂, K), θειικό σίδηρος, θειικό ψευδάργυρο και ιωδιούχο κάλιο.

MATERNA Normali: Περιέχει λιπαρές ουσίες, πρωτεΐνες, λακτόζη, Μεταλλικά άλατα, υγρασία 2,5 % και Δι και πολυσακχαρίτες.

MATERNA Complet: Περιέχει λιπαρές ουσίες, πρωτεΐνες, λακτόζη, Μεταλλικά άλατα, Υγρασία.

MATERNA special:

Περιέχει λιπαρές ουσίες, πρωτεΐνες, λακτόζη, Δ1 και πολυσακχαρίτες, υγρασία.

MILUPA HN25:

Περιέχει σκόνη γάλακτος αποβουτυρωμένο, σκόνη γάλακτος με φυτικά λίπη, άμυλα αραβοσίτου, σκόνη μπανάνας και μήλου, καζεΐνη νατρίου, μαλτοδεξτρίνη, ρύζι, μαγειρ. Άλας, κιτρικό ασβέστιο, μίγμα βιταμινών και ζάχαρη βανιλίνης.

ΡΟΦΗΜΑΤΑ

MILURA Κίντερετε:

100 gr σε κοκκώδη μορφή περιέχουν εκχύλισμα από βότανα 3%, δεξτρόζη 91%, υγρασία 6%

BEBELAC:

Περιέχει εκχύλισμα μαράθου, μένις, χαμομηλιού, μελισσοβοτάνου, γλυκάνισου, θυμαριού και γλυκόριζας.

ΜΠΙΣΚΟΤΑ

ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Farleys Rusks:

Περιέχει σιτάλευρο, ζάχαρη, φυτικό λίπος, ανθρακικό ασβέστιο, φωσφορικό τριασβέστιο, γαλακτοματοποιητής (E471), σίδηρο ανηγμένο, νιασιναμίδιο, βιταμίνες B1,B2 ΚΑΙ D.

Vitabis:

Περιέχει αλεύρι, ζάχαρη, φυτικό λίπος, γάλα σε σκόνη, αυγά, σιρόπι γλυκόζης και φρουκτόζης, εκχύλισμα βύνης, αλεύρι σόγιας, μπέκιν πάουντερ (διττανθρακικό νάτριο, μονόξινο φωσφορικό ασβέστιο), αλάτι, βανιλίνη, βιταμίνες (B1,B2,B3,B6,PP), κιτρικό σίδηρο.

Nutrix + μέλι, βιταμίνες, σίδηρο:

Περιέχει σιτάλευρο, ζάχαρη, φυτικά λίπη (σογιέλαιο, φοινικέλαιο, ηλιέλαιο), νερό, αυγά, αραβοσιτάλευρο, πλήρες γάλα σε σκόνη, ρυζάλευρο, μέλι, βελτιωτικά αλεύρων: ανθρακικό νάτριο και αμμώνιο, σόγια, αλάτι, βιταμίνες (B1,B2,B3,B6,C,PP), σίδηρο και άρωμα βανίλιας.

ΚΡΕΜΕΣ

NOYNOY farine lactee:

Περιέχει λιπαρά, πρωτεΐνες, λακτόζη, σακχαρόζη, δεξτρίνη, μαλτόζη, άμυλο, μεταλλικά άλατα, υγρασία, βιταμίνες A1,B1,D3, ενέργεια.

NOYNOY creme:

Περιέχει λιπαρά, πρωτεΐνες, ρυζάλευρο, λακτόζη, σακχαρόζη, μεταλλικά άλατα, υγρασία, βιταμίνες C,A,D3, σίδηρο, ενέργεια.

BEBELAC creme vanillia:

Περιέχει σκόνη-γάλακτος, ρυζάλευρο, ζάχαρη, βανίλια, βιταμίνες, μεταλλικά άλατα.

BEBELAC farine lactee:

Περιέχει σιτάλευρο, γάλα πλήρες σκόνη, ζάχαρη, εκχύλισμα βύνης, γάλα αποβουτυρωμένο σκόνη, ανθρακικό ασβέστιο, καραμελέ, βιταμίνες, βανίλια.

BEBELAC fruti creme Γάλα + 4 φρούτα:

Περιέχει γάλα πλήρες, σιτάλευρο, ζάχαρη, σκόνη μήλο, αχλάδι, μπανάνα, χυμό πορτοκάλι, άμυλο αραβοσίτου, μέλι, ανθρακικό ασβέστιο, βιταμίνες.

BEBELAC Biski cream:

Περιέχει σιτάλευρο, ζάχαρη, γάλα πλήρες σκόνη, ρυζάλευρο, ταπιόκα, λεκιθίνη από σόγια, ανθρακικό ασβέστιο, μαγιά, αλάτι, βιταμίνες, βανίλια.

MILUPA Κρέμα με ρύζι, βανίλια και γάλα:

Περιέχει ρύζι, αποβουτυρωμένο γάλα, σακχαρόζη, φυτικό λίπος, μαλτοδεξτρίνη, άμυλο αραβοσίτου, πλήρες γάλα, δεξτρόζη, μίγμα βιταμινών (A1,B1,B2,B6,B12BC,E), βανίλια, βανιλίνη

MILUPA κρέμα με μπισκότα και γάλα:

Περιέχει ρύζι, σιτάρι, ηβρία, μπισκότα, αποβουτυρωμένο γάλα, φυτικό λίπος, μαλτοδεξτρίνη, ζάχαρη, μίγμα βιταμινών (A,B1,B2,B6,B12BC,E)

MILUPA κρέμα γάλακτος με τροπικά φρούτα:

Περιέχει αποβουτυρωμένο γάλα, σκόνη πλήρους γάλακτος, φυτικό λίπος, βρώμη, δεξτρόζη, σακχαρόζη, μαλτοδεξτρίνη, ανανά, μπανάνες, μήλα, ροιάνθεμο, μίγμα βιταμινών (A,B1,B2,B6,B12,C,E)

MILUPA Κρέμα με σοκολάτα, φουντούκι και γάλα:

Περιέχει σιμιγδάλι σιταριού, αποβουτυρωμένο γάλα, ζάχαρη, φυτικό λίπος, Μολτοδεξτρίνη, σκόνη σοκολάτας, σκόνη πλήρους γάλακτος, σκόνη φουντουκιών, δεξτρόζη, μίγμα βιταμινών, βανίλια, βαννιλίνη.

MILUPA farine lactee: Περιέχει σιμιγδάλι σιταριού, σκόνη πλήρους γάλακτος, αποβουτυρωμένο γάλα, φυτικό λίπος, βανίλια, Μαλτοδεξτρίνη, δεξτρόζη, ζάχαρη, μίγμα βιταμινών.

MILUPA Κρέμα γάλακτος με 5 φρούτα:

Περιέχει ρύζι, αραβόσιτο, αποβουτυρωμένο γάλα, φυτικά λίπη, ζάχαρη, δεξτρόζη, βερούκοκα, μπανάνες, μήλα, αχλάδια, πορτοκάλια, βανίλια, μείγμα βιταμινών (A,B1,B2,B6,B12,C,E).

MILUPA Κρέμα γάλακτος με μπανάνες:

Περιέχει ρύζι, αποβουτυρωμένο γάλα, φυτικό λίπος, δεξτρόζη, ζάχαρη, μαλτοδεξτρίνη, μπανάνες, λεμόνι, μίγμα βιταμινών (A,B1,B2,B6,B12,C,E).

NUTRICIA Κρέμα με μπισκότα:

Περιέχει πλήρες γάλα, σκόνη, ζάχαρη, προεψημένο άλευρο πέντε δημητριακών (ρουζάλευρο, σιτάλευρο, άλευρα σικάλεως, βρώμης και κριθαριού), μέλι μίγμα βιταμινών (A1,B1,B6,B12,C,D).

NUTRICIA Φρουτόκρεμα με 2 φρούτα:

Περιέχει πλήρες γάλα, σκόνη, προεψημένο σιτάλευρο, ζάχαρη, μέλι, ψίχα (σε νιφάδες) από φρέσκα πορτοκάλια και μπανάνες, μίγμα βιταμινών (A,B1,B2,B6,B12,C,D)

NUTRICIA Φρουτόκρεμα με 4 φρούτα:

Περιέχει πλήρες γάλα σκόνη, προεψημένο σιτάλευρο, ζάχαρη, μέλι, ψίχα (σε νιφάδες) από φρέσκα βερούκοκα, μήλα, πορτοκάλια και μπανάνες, μίγμα βιταμινών.

NURTICIA Φρουτόκρεμα μπανάνα:

Περιέχει ομογενοποιημένο και αποβουτυρωμένο γάλα σκόνη, ζάχαρη, ψημένο αραβοσιτάλευρο, ριζάλευρο, σιτάλευρο, φυτικό λίπος, νιφάδες μπανάνας, βιταμίνες και σίδηρο.

NUTRICIA farine lactee:

Περιέχει πλήρες γάλα σκόνη, προεψημένο και ελαφρώς καβουρδισμένο σιτάλευ-

ρο, με προσθήκη ζάχαρης και δεξτρίνης - μολτόζης. Είναι εμπλουτισμένη με όλες τις αναγκαίες βιταμίνες και γαλακτικό σίδηρο.

NUTRICIA Κρέμα βανίλια:

Περιέχει ομογενοποιημένο και αποβουτυρωμένο γάλα σκόνη, ψημένο ρυζάλευρο, ζάχαρη, φυτικό λίπος, βιταμίνες και σίδηρο.

NESTLE Cerelec Φρουτόκρεμα με μήλο, ανανά, μπανάνα και πορτοκάλι:

Περιέχει πλήρες γάλα, σιτάλευρο, ζάχαρα (λακτόζη, καλαμοσάκχαρο, άμυλο - δεξτρίνη) μπανάνα, μήλο, ανανάς και πορτοκάλι.

NESTLE Sinlac:

Περιέχει άλευρο με 5 δημητριακά (σίτου, ρυζιού, κριθής, σίκαλης και βρώμης), ανόργανα άλατα, βιταμίνη Β1, άρωμα βανίλιας.

NESTLE Rilacte κρέμα βανίλιας με ρυζάλευρο:

Περιέχει πλήρες γάλα, ρυζάλευρο, ζάχαρα (λακτόζη, καλαμοσάκχαρο, μαλτόζη και άμυλο-δεξτρίνη), βιταμίνες, ανόργανα άλατα και ελαφρό άρωμα βανιλίνης.

NESTLE farine lactee:

Περιέχει σιτάλευρο, πλήρες γάλα σε σκόνη, ζάχαρη, δεξτρίνη, μαλτόζη, λυσίνη (0.45%), βανιλίνη, βιταμίνες Α, D, Β1, Β2, Ε, ΡΡ, παντοθενικό ασβέστιο.

ΓΙΩΤΗΣ farine lactee:

Περιέχει άλευρο σίτου, γάλα πλήρες σε σκόνη, καλαμοσάκχαρο όλα σε προεψημένη μορφή, ελαφρά αρωματισμένη με βανιλίνη.

ΓΙΩΤΗΣ cremita:

Περιέχει γάλα πλήρες σε σκόνη, άλευρο ορύζης, καλαμοσάκχαρο όλα σε προεψημένη μορφή, ελαφρά αρωματισμένη με βανιλίνη.

ΓΙΩΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ:

Περιέχει προεψημένο άλευρο από σιτάρι, ρύζι, αραβόσιτο, βρώμη, καλαμοσάκχαρο, αλάτι, βανιλίνη. Αναμειγνύεται απευθείας με γάλα, φρουτοχυμούς, σούπες ή πολτό από λαχανικά, κρέας, ψάρι.

ΓΙΩΤΗΣ Άνθος ορούξης:

Περιέχει λιπαρά, πρωτεΐνες, καλαμοσάκχαρο, υδατάνθρακες, ανόργανα άλατα, θερμίδες.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΕΠΙΣΚΕΥΕΙΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΓΕΝ. ΑΙΜΑΤΟΣ

ΓΕΝ. ΟΥΡΩΝ

ΣΠΙΤΗΡ.
ΠΙΣΣΗ

ΠΑΛΑΟΙ

ΒΑΡΟΣ
ΣΩΜΑΤΟΣ

Γράφεται με κόκκινο μελάνι στο Κέντρο και με μπλε στις επισκέψεις στο σπίτι.

Διατηρείται για 10 χρόνια

ΔΕΛΤΙΟ ΜΗΤΡΩΤΗΤΑΣ

ΑΡ. ΜΗΤΡ.
ΤΟΚΟΣ

ΟΙΚΟΓ. ΑΡΙΘ.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Τ. Ε. Ρ.

ΑΡΙΘ. ΠΕΡΙΠΤ.

Π. Η. Τ.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Rhesus EMM. Coombs Ομάδα Αίματος Wassermann Kahn

ΒΕΒΤΑΣΕΙΣ

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝ. ΑΙΜΑΤΟΣ ΓΕΝ. ΟΥΡΩΝ ΑΡΤΗΡ. ΠΙΕΣΗ ΠΑΛΜΟΙ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Κώδικας: Τ.Ε.Ρ. Τελευταία έμμηνος ρύση.—Π.Η.Τ. πιθανή ημέρα τοκετού.

Παρ. Α-239/82 Αριθ. τυπ. 2002228α

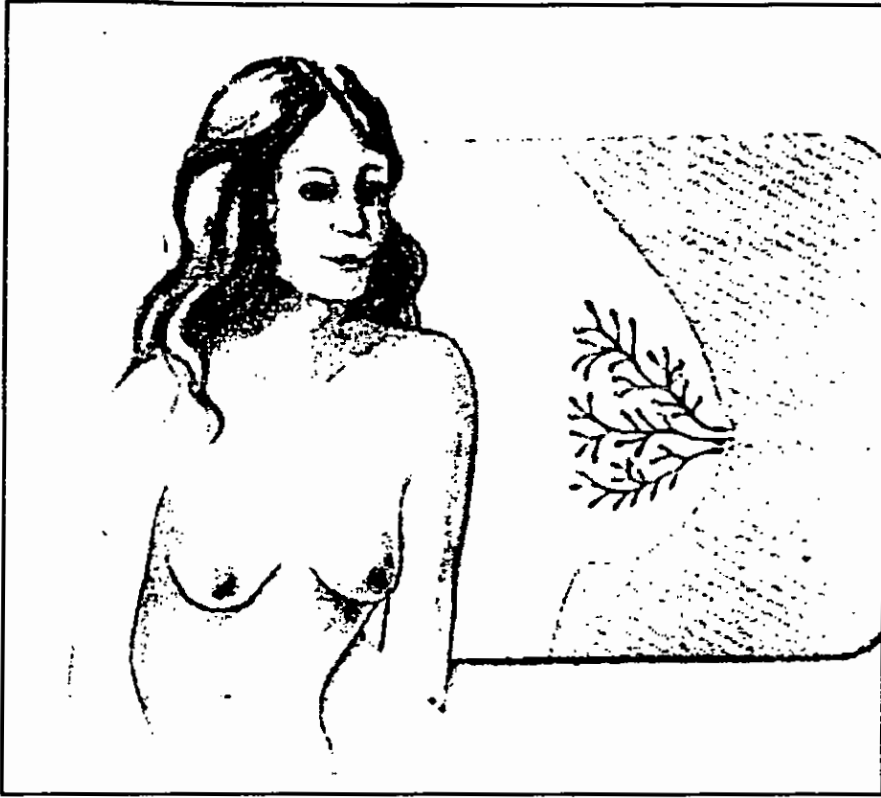
Στη νεογνική ηλικία.



Στην ήβη.



Στην ενήλικη γυναίκα.



Στην εγκυμοσύνη.



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

(Συμπληρώνεται μαζί με την επόμενη σελ. κατά την παράδοση του Βιβλιαρίου)

Η ΜΗΤΕΡΑ

Όνομα.....

Επώνυμο.....

Τόπος και ημερομηνία γέννησης.....

Εθνικότητα και τόπος καταγωγής.....

Επάγγελμα.....

Κατάσταση υγείας: τωρινή.....

προηγούμενες παθήσεις.....

Ασφάλιση.....

Ο ΠΑΤΕΡΑΣ

Όνομα.....

Επώνυμο.....

Τόπος και ημερομηνία γέννησης.....

Εθνικότητα και τόπος καταγωγής.....

Επάγγελμα.....

Κατάσταση υγείας: τωρινή.....

προηγούμενες παθήσεις.....

Ασφάλιση.....

ΑΔΕΛΦΙΑ.....

.....

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ	Υπογραφή Σφραγίδα
Ομάδα αίματος Rhesus	
Αλλεργία: - φάρμακα - άλλες ουσίες	
Έλλειψη ενζύμου G.6.P.D.	
Κληρονομικά και άλλα χρόνια νοσήματα (π.χ. αιμολυτικές αναιμίες, σακχ. διαβήτης, κ.λπ.)	
Λοιμώδη νοσήματα	

ΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ
(πρώτη εξέταση μετά τη γέννηση)

Βάρος	Μήκος	Περίμετρος κεφαλιού

Βαθμολόγηση APGAR.....

Κυάνωση:.....

Έκλαψε αμέσως:.....

Κρίση άπνοιας:.....

Πήρε οξυγόνο..... Πόσο χρ. διάστημα:.....

Θεραπευτική αγωγή:.....

Μπήκε σε θερμοκοπίδα:..... Πόσες μέρες:.....

Λιτίδα:.....

Παρουσίασε: - λοίμωξη;

- σπασμούς;

- ίκτερο;

Χολερυθρίνη:

A.Φ.Μ.:

Φάρμακα που χορηγήθηκαν:.....

Λιμοληψία για G6PD, PKU, TSH

Ημερομηνία αιμοληψίας.....

Μονογραφή (λήπτη).....

Σφραγίδα και υπογραφή γιατρού

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
(κατά την έξοδο από το μαιευτήριο)

Βάρος σώματος:.....

Νεογνικά αντανακλαστικά:.....

Ισχύα.....

Γεννητικά όργανα.....

Οίδημα.....

Ίκτερος.....

Φυσιολογικό κλάμα.....

Δύσπνοια.....

Κυάνωση.....

Καρδιακοί τόνοι.....

Ηπατομεγαλία.....

Σπληνομεγαλία.....

Αντίδραση στον ήχο.....

Αντίδραση στο φως.....

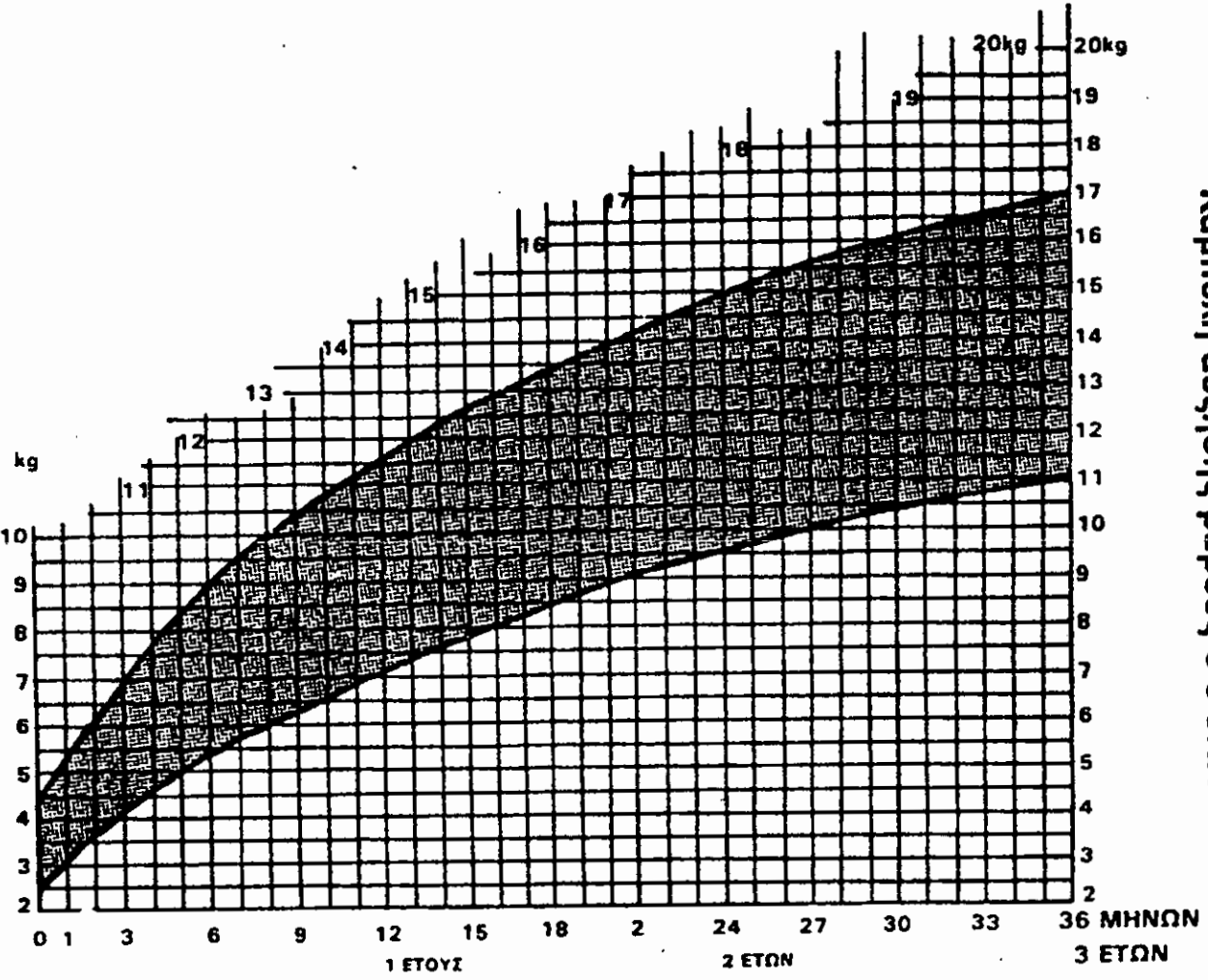
Συγγενείς ανωμαλίες.....

Άλλες πληροφορίες και παρατηρήσεις.....

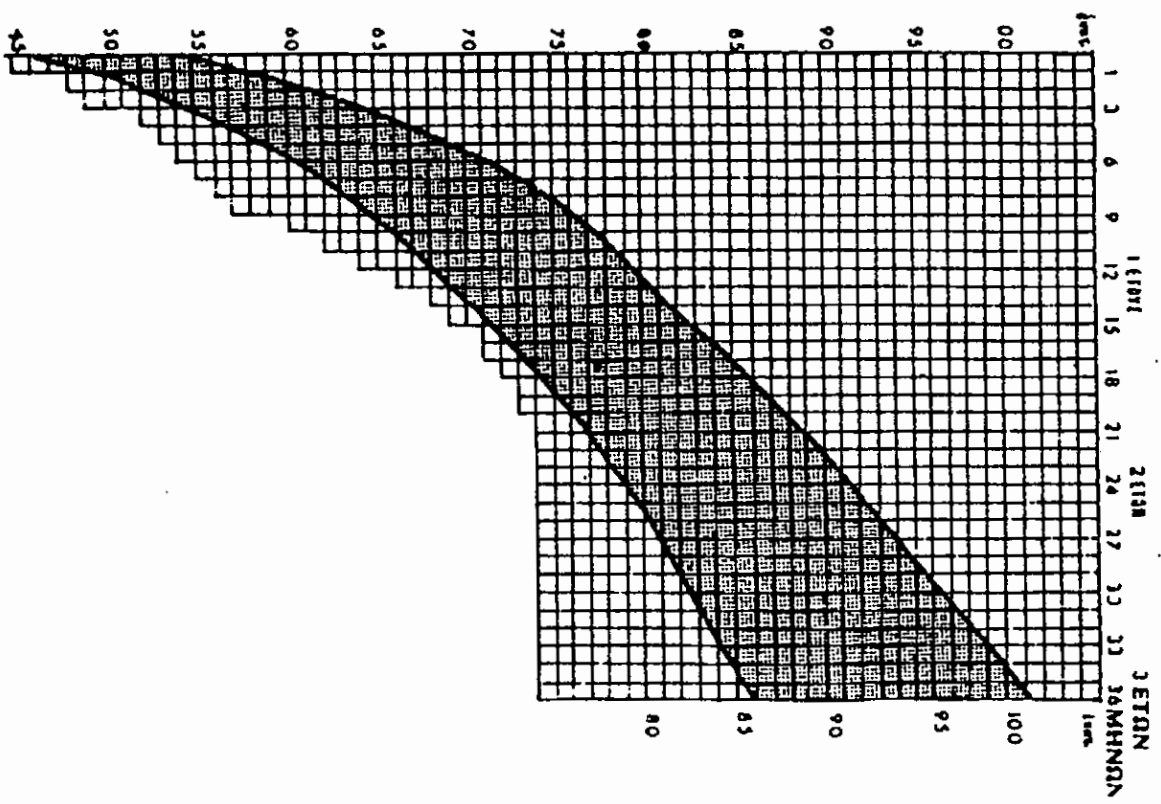
Ημερομηνία.....

Σφραγίδα και υπογραφή γιατρού.....

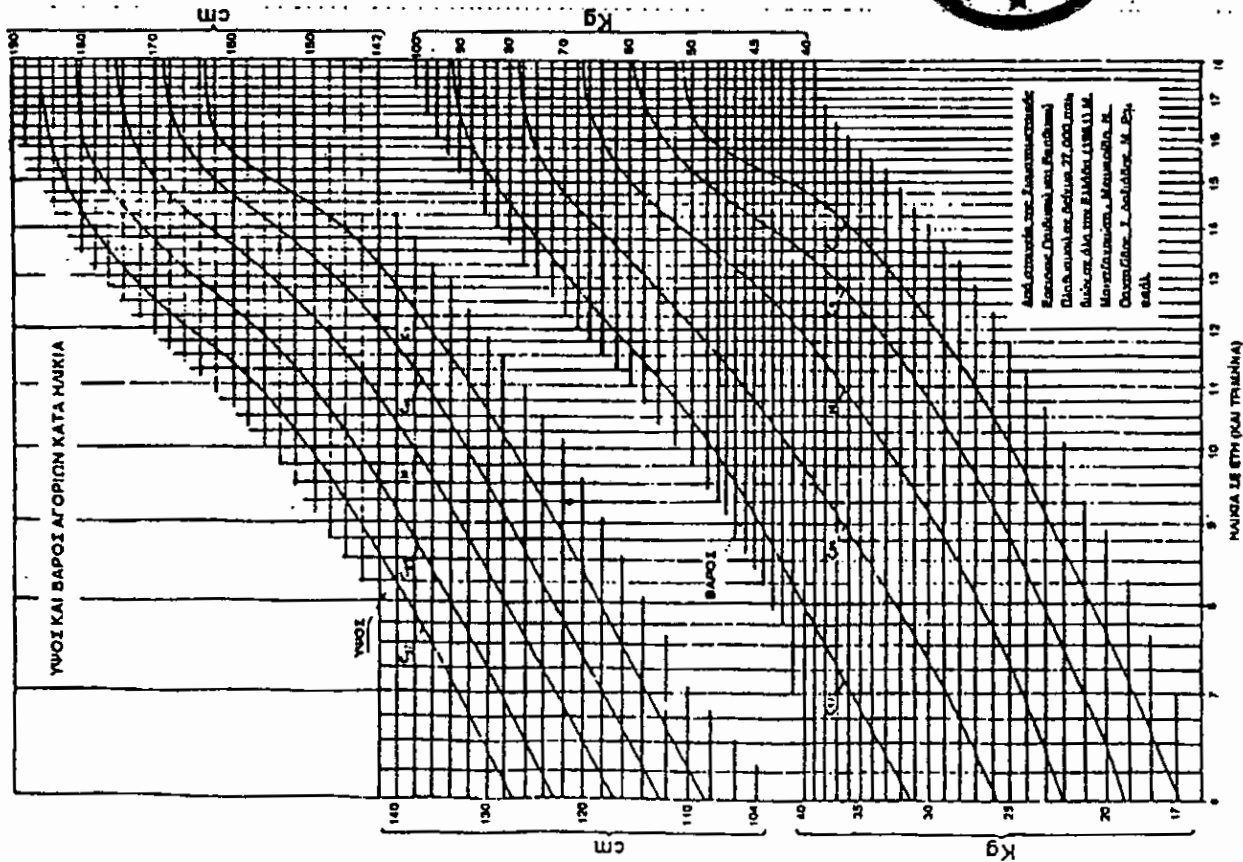
Καμπύλη αύξησης βάρους 0-3 ετών



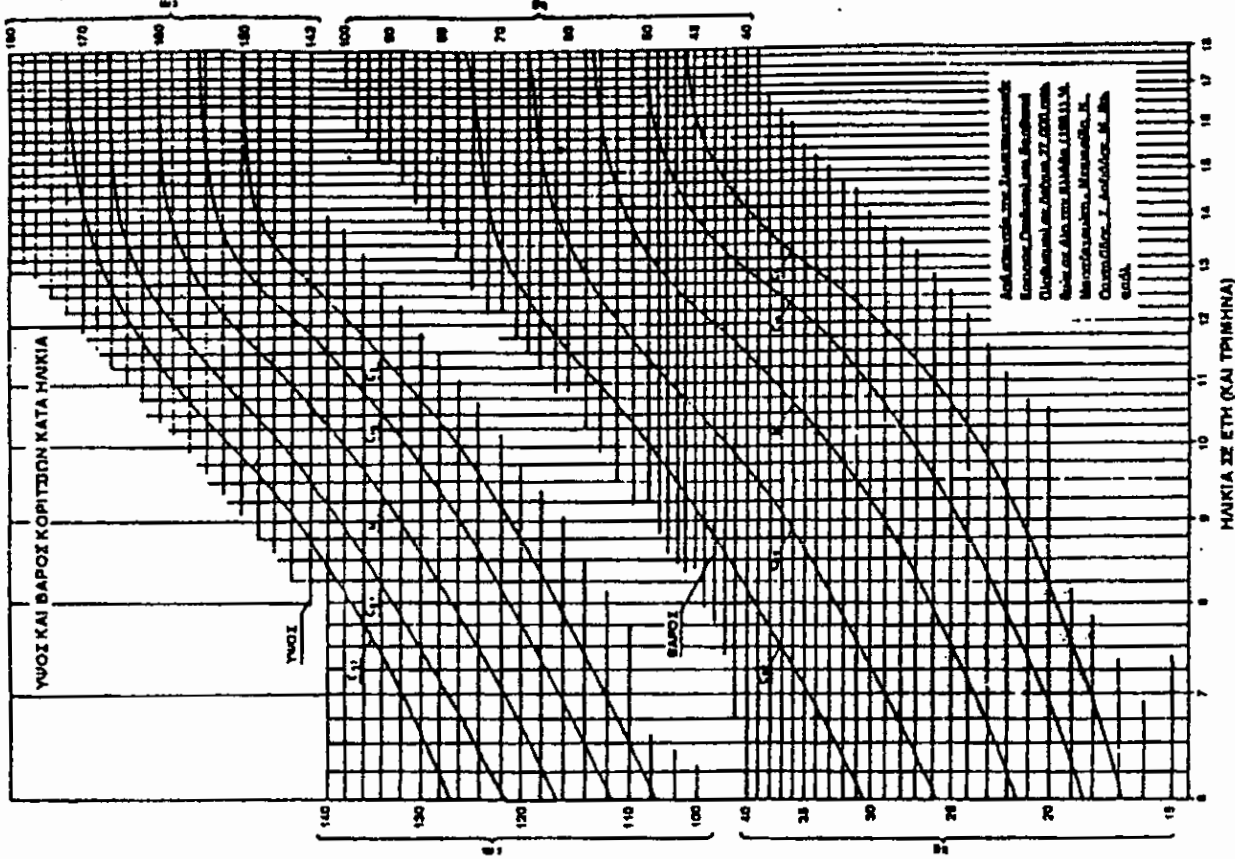
Καμπύλη αύξησης ύψους 0-3 ετών



ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΑ ΑΝΑΠΙΥΞΗΣ
 Ύψος και Βάρος αγοριών από 6-18 ετών



Ύψος και Βάρος κοριτσιών από 6-18 ετών



Από: Γ. ΑΝΔΡΕΑΣ, Γ. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΑΚΗ
 ΕΚΔΟΣΗ: 1981
 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
 Αθήνα, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025