

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΘΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

**ΠΑΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΣΟΦΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΣΠΑΣΙΑ**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	
1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
2. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
4. Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	4
4. α) ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟ ΑΙΔΟΙΟ	4
4. β) ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	10
5. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	19
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	23
6. α) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	23
6. β) ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	24
6. γ) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	28
7. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	29
7. α) ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	29
7. β) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ	43
8. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	46
9. α) ΠΟΡΕΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ 19 ^ο ΜΗΝΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	48
β) Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ, ΤΟΥ ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ, ΤΟΥ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΣΑΚΟΥ ΚΑΙ ΥΓΡΟΥ	60
10. ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	68
10. 1) ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ	68
10. 2) ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ – ΚΡΑΤΗ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ (ΚΟΛΟΜΒΙΑ – ΓΟΥΑΤΕΜΑΛΑ – ΛΟΥΪΖΙΑΝΑ – ΧΙΛΗ)	79
10. 3) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ	85
10. 4) ΣΩΣΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	90
10. 5) ΓΙΟΓΚΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	91
10. 6) ΚΙΡΣΟΙ – ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ – ΚΡΑΜΠΕΣ	92
10. 7) ΚΑΛΣΟΝ – ΚΑΛΤΣΑΚΙΑ – ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ	97
10. 8) ΡΑΒΔΩΣΕΙΣ	98
10. 9) ΚΟΡΣΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	100

10. 10) ΥΓΙΕΙΝΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	101
10. 11) ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ – ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ	103
10. 12) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΔΟΝΤΙΑ	106
10. 13) ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	107
10. 14) ΕΜΕΤΟΙ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	107
10. 15) ΥΠΝΟΣ – ΥΠΝΗΛΙΑ – ΑΨΠΝΙΑ	108
10. 16) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΒΛΑΠΤΟΥΝ (ΦΑΡΜΑΚΑ – ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ – ΑΛΚΟΟΛ – ΚΑΠΝΙΣΜΑ – ΚΑΦΕΣ)	110
10. 17) ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	118
10. 18) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Rh ⁻	119
10. 19) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ – ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ – ΤΑΜΠΟΥ – ΗΘΗ – ΕΘΙΜΑ ΣΕ ΙΤΑΛΙΑ, ΓΡΟΙΛΑΝΔΙΑ, ΜΑΛΑΙΣΙΑ, ΤΑΓΚΟ ΚΑΙ ΚΙΝΑ	121
10. 20) ΤΑΞΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	124
10. 21) ΖΩΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	126
10. 22) ΖΩΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	126
11. ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΕΞΑΚΡΙΒΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ	128
11. 1) ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΒΡΥΪΚΩΝ ΑΠΩΛΕΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΑΔΕΖΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ	129
11. 2) ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	133
11. 3) ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	136
11. 4) ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΕΝΖΥΜΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	136
11. 5) ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΠΑΛΜΟΥ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΤΩΝ ΣΥΣΠΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	137
11. 6) ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΗΣ	140
12. ΠΟΛΥΔΥΜΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ – ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΥΛΕΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ	141
13. ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	147
14. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	148
14. 1) ΕΦΗΒΕΣ ΕΓΚΥΕΣ	149
14. 2) ΠΑΡΗΛΙΚΕΣ ΕΓΚΥΕΣ	150
14. 3) ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	151
15. ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	153

16. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	160
16. α) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	160
16. β) ΣΤΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΜΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΕΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΗΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	161
16. γ) ΣΤΑ «ΠΙΣΤΕΥΩ» ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	161
17. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	165

Β΄ ΜΕΡΟΣ : ΤΟΚΕΤΟΣ

18. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΚΕΤΟΥ	169
- ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ	169
- ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ	169
- ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ	170
- ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΩΝ	171
19. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ	174
20. ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ	181
21. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	183
21. α) ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ 1 ^{ΟΥ} ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	185
21. β) ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ 2 ^{ΟΥ} ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	192
21. γ) ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ 3 ^{ΟΥ} ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	200
22. ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ	205
23. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΡΓΑΡ	208
24. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΔΥΣΚΟΛΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	209
25. ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	211
26. ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	215
27. ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	218
28. ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΠΙΤΙΒΙΕ (ΓΑΛΛΙΑ)	220
28. α) ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ – ΘΕΣΕΙΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	220
28. β) ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ	228
29. ΑΦΡΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ	232

30. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ, ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	234
31. ΤΟΚΕΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ	237
32. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	240
32. α) ΣΤΙΣ ΗΠΑ	244
32. β) ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	245
33. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΓΓΛΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑ	246
34. ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	250
35. ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ	254
36. ΛΟΧΕΙΑ	258
36. α) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	258
36. β) ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	265
37. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ ΚΑΙ ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ, ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	267
38. ΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ	270
39. ΘΗΛΑΣΜΟΣ	274
40. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΒΡΕΦΟΥΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ ΚΑΙ ΣΤΗ Ν. ΓΟΥΪΝΕΑ	279
41. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΚΑΙ ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	281
42. ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ	284
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	287
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	288

Α' ΜΕΡΟΣ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα μεγάλο μέρος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που περιμένουν παιδί, οφείλεται δυστυχώς σε παρανοήσεις, σε παλιές προλήψεις και επίσης σε λαθεμένες προκαταλήψεις. Είναι καιρός η νέα γενιά των γυναικών, σωστά πληροφορημένη να αντιμετωπίζει πιο υπεύθυνα και πιο επιστημονικά το θέμα της εγκυμοσύνης, του τοκετού, της λοχείας αλλά και της υγιεινής του σώματος και της προληπτικής αντιμετώπισης πολλών προβλημάτων. Σήμερα μπορούμε να παρακολουθήσουμε την εξέλιξη του εμβρύου και την κατάστασή του γενικότερα σε ολόκληρη την κύηση καθώς επίσης την υγεία και την όλη «πορεία» της εγκυμοσύνης και μάλιστα με αρκετά μεγάλη ακρίβεια.

2. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

- Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτριά μας κ.Λέφα, που είχε την ευθύνη της επιμέλειας και μας υπέδειξε τον τρόπο συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας.
- Ευχαριστούμε τον μαιευτήρα κ. Ιωάννη Πατερινό, που είχε την καλοσύνη να μας «προσφέρει» πολύτιμες πληροφορίες για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μερικές γυναίκες στο παρελθόν δέχονταν την κατάσταση της εγκυμοσύνης παθητικά. Σήμερα όμως όλο και περισσότερες γυναίκες θέλουν να γνωρίζουν όλο και περισσότερα για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, τη λοχεία, το θηλασμό. Μια έγκυος γυναίκα θα πρέπει να γνωρίζει τι την ωφελεί και τι την βλάπτει, τι είναι φυσιολογικό και τι παθολογικό. Ακόμα να έχει την ικανότητα της συνειδητής επιλογής σε καταστάσεις που την αφορούν άμεσα για να μπορεί να κρίνει τις υποδείξεις, τις εξηγήσεις, τις παρατηρήσεις, ώστε υπεύθυνα και συνειδητά να ακολουθεί αυτό που θα την ωφελήσει. Οι γνώσεις, η αυτοπεποίθηση, η σιγουριά και η ψυχική γαλήνη, αυξάνονται ή ελαττώνονται ανάλογα με το δυναμικό των ανθρώπων που της παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη. Η έγκυος, πρέπει να κρατάει στην ψυχή και στα χέρια της, την δύναμη, την γνώση, την αυθεντία της γέννας του μωρού της. Να είναι μαέστρος στη δική της γέννα!

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Τα όργανα της αναπαραγωγής στη γυναίκα χωρίζονται σε εξωτερικά και εσωτερικά.

Τα εξωτερικά, μαζί με τον κόλπο, χρησιμεύουν για την συνουσία, ενώ τα εσωτερικά για την ανάπτυξη και τη γέννηση του εμβρύου.

4. α) ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟ ΑΙΔΟΙΟ

Το εφηβαίο: Είναι ένα έπαρμα με λιπώδη ιστό. Βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και στο επάνω μέρος του αιδοίου. Μετά την εφηβεία, το δέρμα του σκεπάζεται από τρίχες, που η κατανομή τους είναι διαφορετική από εκείνη στον άνδρα, έτσι ώστε στη γυναίκα να σχηματίζουν ένα τρίγωνο. Η βάση αυτού του τριγώνου βρίσκεται στο επάνω μέρος της ηβικής σύμφυσης, ενώ μερικές τρίχες κατεβαίνουν προς τα μεγάλα χείλη.

Τα μεγάλα χείλη: Είναι δύο λιπώδεις πτυχές του δέρματος, που αρχίζουν από το εφηβαίο και καταλήγουν πίσω στο περίνεο, όπου ενώνονται ακριβώς στη μέση. Είναι το αντίστοιχο του οσχέου στον άνδρα. Έχουν και αυτά τρίχες μετά την εφηβεία, αλλά μόνο στην εξωτερική

επιφάνεια. Πολλοί σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται εκεί. Εκτός από το λιπώδη ιστό, υπάρχει ένα πλέγμα με πολλές φλέβες, όπου πολλές φορές, από κακώσεις, δημιουργούνται αιματώματα.

Τα μικρά χείλη: Είναι λεπτές πτυχές του δέρματος, τελείως άτριχες, με σμηγματογόνους αδένες και λίγους ιδρωτοποιούς. Είναι υπέρυθρες και υγρές στην όψη. Λέγονται και νύμφες. Ενώνονται στο επάνω μέρος του αιδοίου. Το μέγεθος και το σχήμα τους διαφέρουν. Είναι εξαιρετικά ευαίσθητα μορφώματα και με πολλές νευρικές απολήξεις.

Στο επάνω μέρος όπου ενώνονται, τα δύο μικρά χείλη σχίζονται σε δύο πτυχές. Η μία έρχεται πάνω από την κλειτορίδα και σχηματίζει τη λεγόμενη πόσθη της κλειτορίδας, ενώ η άλλη έρχεται κάτω από την κλειτορίδα και σχηματίζει το χαλινό της.

Στο πίσω άκρο όπου καταλήγουν τα μικρά χείλη, δημιουργείται ο λεγόμενος σκαφοειδής βόθρος, που εξαφανίζεται στις πολύτοκες.

Κλειτορίδα: Παριστάνει το υποτυπώδες πέος της γυναίκας. Είναι ένα μικρό κυλινδρικό στυτικό σώμα. Προεξέχει ανάμεσα από τις δύο πτυχές που σχηματίζουν στην ένωσή τους τα μικρά χείλη. Αποτελείται από τη βάλανο, το σώμα και τα δύο σκέλη. Στο σώμα βρίσκονται τα σηραγγώδη σώματα. Τα σκέλη συνεχίζονται και καταλήγουν στη μέση γραμμή κάτω από το τόξο της ηβικής σύμφυσης. Η βάλανος σπάνια ξεπερνά το μισό εκατοστό και, επειδή υπάρχουν εκεί νευρικές απολήξεις, είναι πολύ ευαίσθητο όργανο. Είναι το κυριότερο όργανο της ηδονής (ερωτογόνο).

Πρόδρομος του κόλπου: Έχει σχήμα μύδαλου. Το οξύ άκρο είναι προς το χαλινό της κλειτορίδας και το αμβλύ προς το σκαφοειδή βόθρο. Εκεί υπάρχουν τα εξής μορφώματα:

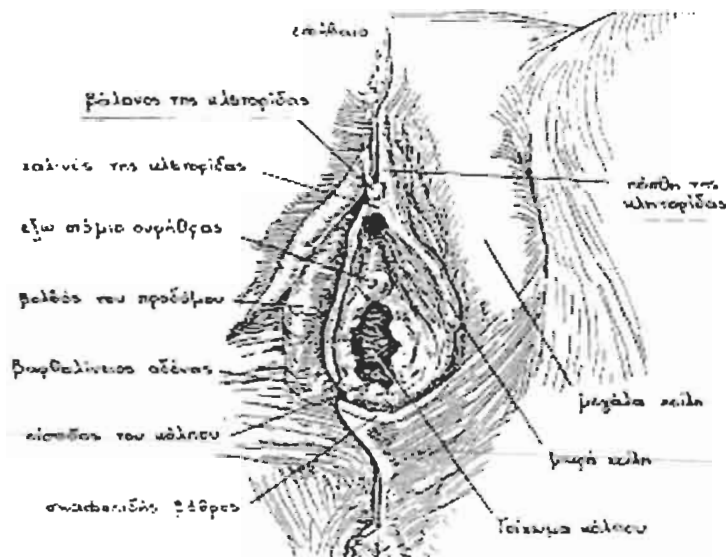
Το έξω στόμιο της ουρήθρας, που βρίσκεται περίπου 2 εκ. κάτω από την κλειτορίδα, με άνοιγμα 4-5 χιλιοστά και πολύ κοντά στην είσοδο του κόλπου. Δεξιά και αριστερά από το στόμιο της ουρήθρας, βρίσκονται δύο άλλα στόμια, που δε φαίνονται και είναι οι πόροι των αδένων του Skene.

Οι βολβοί του προδόμου, βρίσκονται ο ένας δεξιά και ο άλλος αριστερά. Έχουν κι αυτοί σχήμα μύγδαλου, αποτελούνται από φλέβες ελικοειδείς και είναι στυτικοί ιστοί. Στον τοκετό τραυματίζονται πολλές φορές και δημιουργούν αιματώματα ή μεγάλη αιμορραγία.

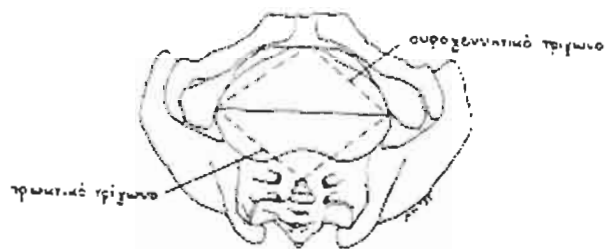
Οι βαρθολίνειοι αδένες, που βρίσκονται πιο χαμηλά από τους βολβούς του προδόμου, είναι ο ένας δεξιά και ο άλλος αριστερά. Η διάμετρός τους είναι περίπου 1 εκ. Οι πόροι τους εκβάλλουν στο όριο που ενώνεται ο παρθενικός υμένας με τα μικρά χείλη, στο κάτω τριτημόριο του στομίου του κόλπου.

Παρθενικός υμένας και στόμιο της εισόδου του κόλπου. Το στόμιο της εισόδου του κόλπου βρίσκεται στο κάτω μέρος του προδόμου και στις παρθένες καλύπτεται από τα μικρά χείλη. Όταν το εκθέσουμε, θα δούμε πως είναι σχεδόν κλεισμένο από το μεμβρανώδη παρθενικό υμένα. Ο παρθενικός υμένας, που παρουσιάζει διαφορές στο σχήμα, έχει συνδετικό ιστό, ελαστικές και κολλαγόνες ίνες. Στο νεογνό βρίθεται από αγγεία και είναι παχύς. Επειδή, όπως είπαμε παραπάνω, έχει πολλών ειδών σχήματα, όταν είναι κροσσωτός, με δυσκολία διαπιστώνουμε τη «ρήξη του υμένα». Γι'αυτό χρειάζεται προσοχή για να ξεχωρίζουμε τις αλλαγές του παρθενικού υμένα μετά από συνουσία, που έχουν περισσότερο ιατροδικαστική σημασία. Όταν η ρήξη είναι πρόσφατη, η διάγνωση είναι εύκολη. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που δε γίνεται ρήξη παρθενικού υμένα μετά από συνουσία. Οι αλλαγές μετά τον τοκετό είναι τόσο μεγάλες, ώστε δεν υπάρχει καμία δυσκολία στη διάγνωση.

Υπάρχει μια παθολογική κατάσταση, που λέγεται **ατρησία** του παρθενικού υμένα. Είναι σπάνια και, σε αυτή την περίπτωση, κλείνει τελείως το άνοιγμα του κόλπου, με αποτέλεσμα να μη βγαίνουν τα έμμηνα προς τα έξω.



ΣΧΗΜΑ 1: Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της αναπαραγωγής. Το αιδοίο



ΣΧΗΜΑ 2: Κάτω στόμιο οστέινης πύελου χωρίς τα μαλακά μόρια

Το περίνεο: Το περίνεο αντιστοιχεί στο κάτω μέρος της πυέλου, που τα όριά της είναι: Εμπρός η ηβική σύμφυση, πίσω ο κόκκυγας και πλάγια τα ισχιακά κυρτώματα.

Έχει σχήμα ρόμβου και το άνοιγμα αυτό καλύπτεται από δέρμα, λίπος και ισχυρούς μύες.

Χωρίζεται σε δύο μέρη από μία γραμμή που περνάει ανάμεσα από τα δύο ισχιακά κυρτώματα:

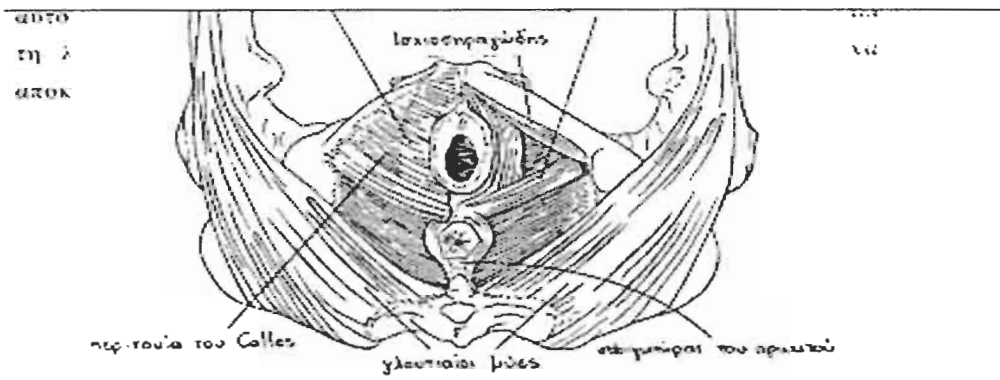
- α. Το ουρογεννητικό τρίγωνο και
- β. Το πρωκτικό τρίγωνο (σχήμα 2).

Οι μύες που καλύπτουν το άνοιγμα αποτελούνται από 3 στιβάδες. Η πιο βαθιά ή η πάνω στιβάδα λέγεται και διάφραγμα της πυέλου. Αποτελείται από έναν ισχυρό μυ που λέγεται ανελκτήρας του πρωκτού. Η μεσαία στιβάδα έχει τον στο βάθος εγκάρσιο μυ του περινέου και το σφικτήρα της ουρήθρας.

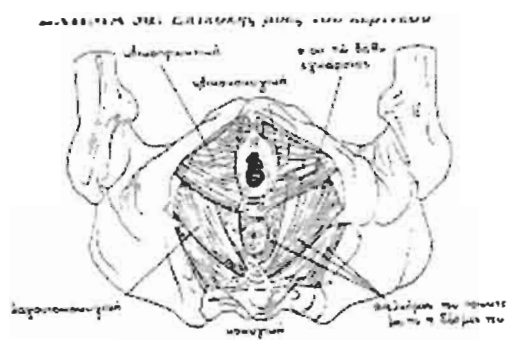
Η κάτω στιβάδα που είναι πιο κοντά στο δέρμα έχει τους εξής μύς:

- α. Τον ισχιοσυραγγώδη.
- β. Το βολβοσυραγγώδη.
- γ. Τον επιπολής εγκάρσιο του περινέου, και
- δ. Το σφικτήρα του πρωκτού (σχήμα 3).

Οι μύες αυτοί συγκλίνουν στη μεσαία γραμμή σε ένα σημείο στο κέντρο, ανάμεσα στον πρωκτό και τον κόλπο. Έχουν **μεγάλη σημασία**, γιατί στη διάρκεια του τοκετού παθαίνουν αυτόματες ρήξεις, εκτός και αν αυτός που διενεργεί τον τοκετό επέμβει την κατάλληλη στιγμή και κάμει τη λεγόμενη περινεοτομή, οπότε μετά θα πρέπει και να ξέρει να αποκαταστήσει την ατομική τους ακεραιότητα.



ΣΧΗΜΑ 3.α): Επιπολής μύες του περινέου



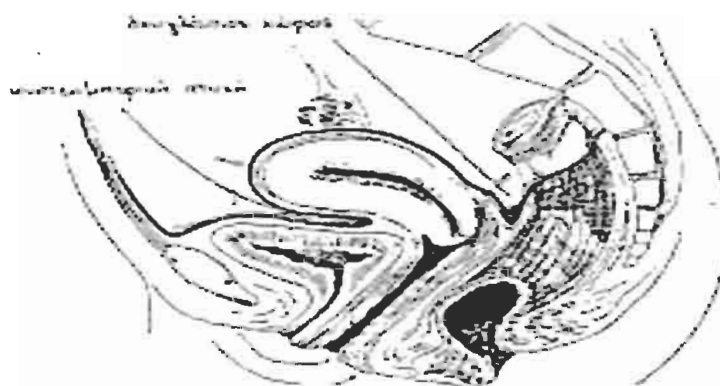
ΣΧΗΜΑ 3.β): Οι εν τω βάθυ μύες του περινέου

4. β) ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Μήτρα: Είναι μυώδες όργανο που καλύπτεται στο μεγαλύτερο μέρος του από το περιτόναιο. Η κοιλότητα της μήτρας καλύπτεται εσωτερικά (είναι φοδραρισμένη) από το ενδομήτριο. Κατά την κύηση, η μήτρα χρησιμοποιείται για να δεχτεί, να κρατήσει και να θρέψει το κύημα, που τελικά θα το εξωθήσει την ώρα του τοκετού. Την τελευταία αυτή λειτουργία την καταφέρει με το μυϊκό χιτώνα, ενώ τις άλλες με το ενδομήτριο, που είναι και ο βλεννογόνος χιτώνας της.

Η μήτρα, στη γυναίκα που δεν είναι έγκυος, βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη εμπρός και το ορθό πίσω. Το κάτω μέρος της, ο τράχηλος, προβάλλει μέσα στον κόλπο.

Το περιτόναιο, έτσι όπως σκεπάζει τη μήτρα στο εμπρός και στο πίσω τοίχωμά της, δημιουργεί εμπρός, εκεί όπου η ουροδόχος κύστη έρχεται σε επαφή με τη μήτρα, ένα μικρό κόλπωμα που λέγεται **κυστερομητρική πτυχή**, ενώ, στο πίσω μέρος, το κόλπωμα αυτό είναι πιο βαθύ και λέγεται **δουγλάσιος χώρος** (σχήμα 4).

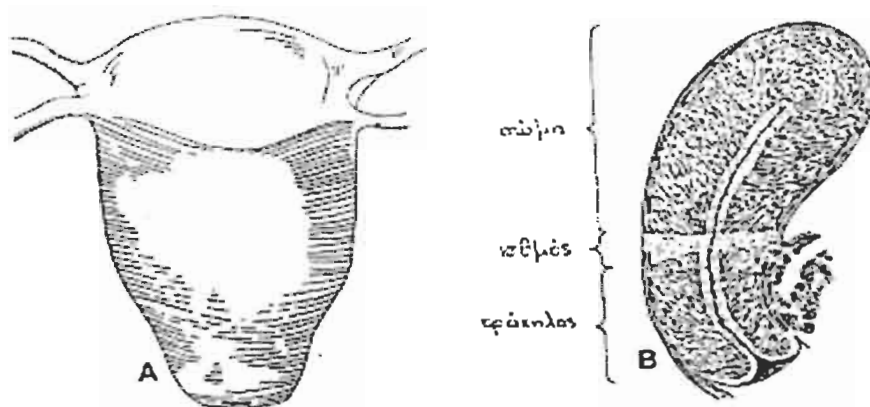


ΣΧΗΜΑ 4: Κυστεομητρική πτυχή και δουγλάσιος χώρος

Η μήτρα μοιάζει με ένα αχλάδι πατημένο από εμπρός προς τα πίσω. Διακρίνονται δύο άνισα μέρη:

Το επάνω, που είναι τριγωνικό και λέγεται σώμα και

Το κάτω, που είναι κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος (σχήμα 5).



ΣΧΗΜΑ 5: Μήτρα, **A:** εξωτερικά μπρος, **B:** σε οβελιαία τομή

Οι Ωαγωγοί ή Σάλπιγγες: ξεκινούν από τις γωνίες της μήτρας που λέγονται κέρατα. Το μέρος που είναι ανάμεσα από δύο κέρατα λέγεται πυθμένας.

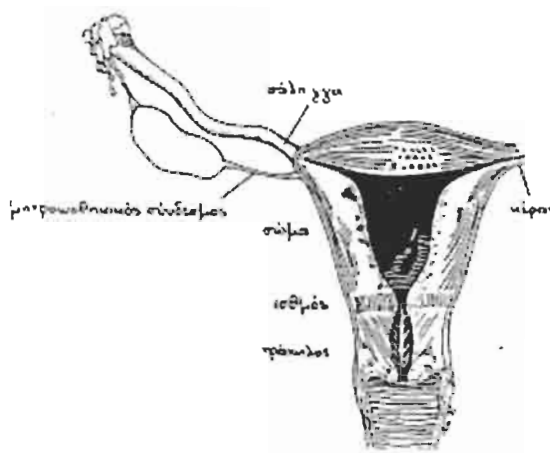
Υπάρχουν πολλές παραλλαγές στο μέγεθος και στο σχήμα της μήτρας. Αυτό εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας και τον αριθμό των τοκετών. Έτσι, από 2,5-3εκ. που είναι πριν την εφηβεία, μπορεί να φτάσει και τα 10εκ. ακόμη, στη μεγάλη πολύτοκη. Το ίδιο συμβαίνει και με το βάρος από 50g μπορεί να φτάσει τα 80g. Εκείνο που αλλάζει επίσης με την ηλικία είναι και η σχέση του μήκους του τραχήλου με το σώμα της μήτρας. Ενώ πριν την εφηβεία είναι τα 2/3 τράχηλος και το 1/3 σώμα, στη γυναίκα που έχει γεννήσει είναι τα 2/3 της σώμα και το 1/3 τράχηλος.

Επειδή το εμπρός και το πίσω τοίχωμα της μήτρας έρχονται σχεδόν σε επαφή, η κοιλότητα μοιάζει με σχισμή. Ενώ η κοιλότητα του τραχήλου μοιάζει με άτρακτο και έχει δύο ανοίγματα (σχήμα 6). Ένα προς τα μέσα

και ένα προς τα έξω, που λέγονται στόμια του τράχηλου. Σε μια τομή κατά μέτωπο, η κοιλότητα φαίνεται σαν τρίγωνο.

Μετά την εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει σε μέγεθος. Το ενδομήτριο και το μυομήτριο ατροφούν.

Το σημείο που ο τράχηλος έρχεται σε επαφή με το σώμα της μήτρας λέγεται ισθμός και έχει μεγάλη σημασία στην εγκυμοσύνη, γιατί δημιουργεί το λεγόμενο **κατώτερο τμήμα της μήτρας**.



ΣΧΗΜΑ 6: Μήτρα σε κατά μέτωπο τομή

Ο Κόλπος: Είναι ένας ινομυώδης σωλήνας, που αρχίζει από το αιδοίο και καταλήγει στη μήτρα. Βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και το ορθό. Είναι το γυναικείο όργανο της συνουσίας και μέρος του σωλήνα από όπου θα περάσει το έμβρυο κατά τη γέννησή του. Έχει την ικανότητα να παίρνει μεγάλες διαστάσεις, όπως γίνεται στον τοκετό. Το επάνω μέρος του κόλπου είναι τυφλό. Εκεί προβάλλει ο τράχηλος της μήτρας. Στην ένωση με τον τράχηλο δημιουργούνται οι θόλοι: ο μπροστινός, ο πίσω, και οι δύο πλάγιοι. Οι θόλοι αυτοί έχουν μεγάλη

σημασία, γιατί, καθώς το τοίχωμα του κόλπου είναι πολύ λεπτό, μπορούμε, ανάμεσα από τους θόλους αυτούς, να ψηλαφούμε τα εσωτερικά γεννητικά όργανα.

Ο κόλπος αποτελείται από:

α. Από ένα επιθήλιο πολύστιβο και πλακώδες, που τα κύτταρά του δεν έχουν κερατίνη ουσία όπως το δέρμα και

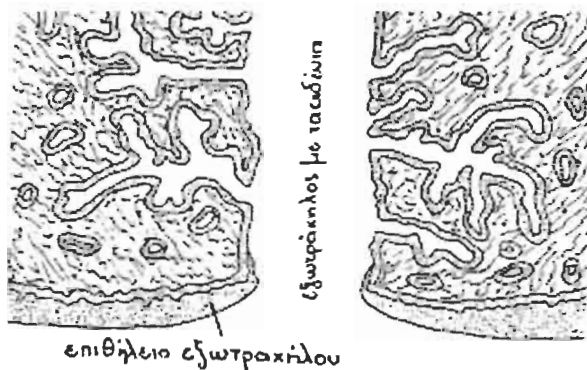
β. Από έναν ινομύδη χιτώνα μαζί με συνδετικό ιστό.

Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου είναι πολύ ανώμαλη, ιδιαίτερα στις νέες και άτοκες γυναίκες. Παρουσιάζει εγκάρσιες παχύνσεις του βλεννογόνου, που λέγονται ρυτίδες του κόλπου. Αυτές ελαττώνονται με την ηλικία και όταν μπει η γυναίκα στην εμμηνόπαυση εξαφανίζονται τελείως. Η εξέταση των κυττάρων του επιθηλίου του κόλπου, που πέφτουν, μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για τον ωοθηκικό κύκλο, δηλαδή σε ποιο στάδιο βρίσκεται ο ωοθηκικός κύκλος. Στη γυναίκα που δεν είναι έγκυος, ο κόλπος είναι υγρός, από εκκρίσεις που βγαίνουν από τη μήτρα. Κατά την εγκυμοσύνη υπάρχει μια υπερέκκριση, που αποτελείται από κύτταρα που πέφτουν και αρκετά βακτηρίδια ή και κόκκους. Το pH των εκκρίσεων του κόλπου αλλάζει με το στάδιο του κύκλου. Πριν από την εφηβεία είναι περίπου 6,8-7,2, ενώ στις ενήλικες είναι γύρω στα 4-5. Ο κόλπος έχει άφθονη αιμάτωση που προέρχεται από τα πολλά αγγεία της πυέλου.

Ο τράχηλος της μήτρας: Έτσι όπως προσφύεται στον κόλπο, διαιρείται σε δύο μέρη: Το υπερκολπικό και το ενδοκολπικό, όπου βλέπουμε και το έξω στόμιο του τράχηλου με το μπροστινό και πίσω χείλος του. Αυτό, ανάλογα με την ηλικία και τους τοκετούς, αλλάζει σχήμα και μέγεθος. Οι τελευταίες έρευνες που έγιναν από τον Buckingham και τους συνεργάτες του το 1960, 1965, έχουν αποδείξει πως ένας φυσιολογικός τράχηλος έχει μόνο 10% μυϊκές ίνες, ενώ το μεγαλύτερο μέρος είναι συνδετικός ιστός, αγγεία και ελαστικός ιστός. Το

πέραςμα από το βασικό κολλαγόνο ιστό του τράχηλου στο μυϊκό ιστό του σώματος είναι αρκετά απότομο. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι, στη διάρκεια του τοκετού, η ικανότητα να διαστέλλεται ο τράχηλος είναι το αποτέλεσμα του διαχωρισμού που παθαίνει το κολλαγόνο εκείνη τη στιγμή.

Το εσωτερικό του τράχηλου, ο **ενδοτράχηλος**, έχει πολλούς αδένες που παράγουν βλέννα. Υπάρχει ένα ορισμένο σημείο που τελειώνει ο ενδοτράχηλος με το αδενικό του επιθήλιο και αρχίζει το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο (σχήμα 7).



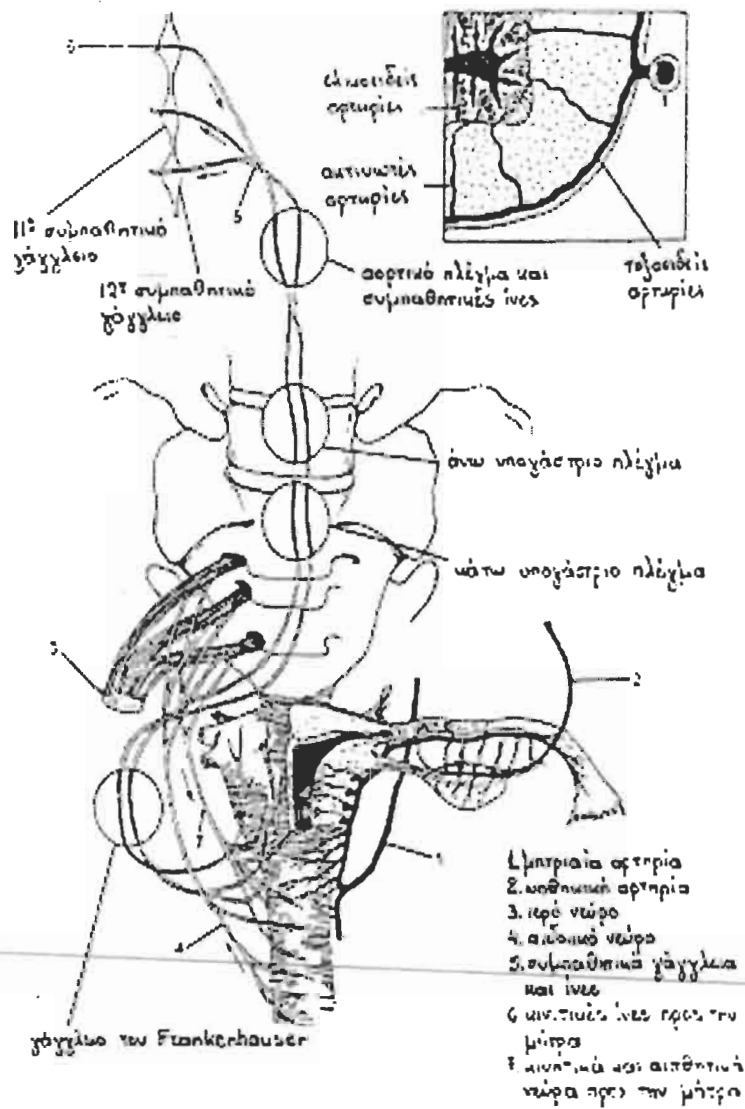
ΣΧΗΜΑ 7: Υφή τραχήλου

Εκεί ακριβώς, σε περίπτωση φλεγμονής ή τραύματος, το πλακώδες επιθήλιο καλύπτει το αδενικό επιθήλιο. Το φαινόμενο αυτό λέγεται πλακώδης μετάπλαση και έχει μεγάλη σημασία, όπως θα δούμε στη γυναικολογία.

Για ορμονικούς λόγους, ανάλογα με το στάδιο του ωοθηκικού κύκλου, δημιουργούνται στον ενδοτράχηλο ορισμένες αλλαγές, όπως και στο ενδομήτριο.

Το ενδομήτριο: Είναι ο βλεννογόνος χιτώνας της μήτρας, που καλύπτει εσωτερικά το μυομήτριο της γυναίκας που δεν είναι έγκυος. Έρχεται σε άμεση επαφή με το μυϊκό χιτώνα επειδή δεν υπάρχει υποβλεννογόνος. Είναι λεπτός, υπέρυθρος και μοιάζει με βελούδινη μεμβράνη. Στην περίοδο της αναπαραγωγής, το ενδομήτριο αλλάζει πάχος από 0,5-5 χιλιοστά και έχει επιφάνεια με επιθήλιο που καλύπτει πολλούς αδένες και πολλά μικρά αγγεία. Οι αδένες αυτοί, σε κατάσταση ηρεμίας, μοιάζουν με τα δάκτυλα ενός γαντιού. Τα κύτταρά τους είναι κυλινδρικά και ορισμένα στην επιφάνειά τους έχουν κρόσσια. Παρουσιάζουν μάλιστα δόνηση από πάνω προς τα κάτω. Αρχίζει δηλαδή η δόνηση από τα κωδωνικά στόμια των σαλπίνγων και φτάνει ως το έξω στόμιο του τράχηλου. Ένα αλκαλικό υγρό βγαίνει από τους αδένες και χρησιμεύει για να διατηρείται η κοιλότητα της μήτρας υγρή.

Ο τρόπος που αιματώνεται η μήτρα από τα αγγεία της έχει μεγάλη σημασία για το φαινόμενο της εμμηνόρροιας και της εγκυμοσύνης. Καθώς η μητριάια και η ωοθηκική αρτηρία έρχονται για να αιματώσουν τη μήτρα, οι κλάδοι τους έχουν αρχίσει να μπαίνουν στο τοίχωμα της μήτρας και φτάνουν στο μέσο του πάχους του τοιχώματος της μήτρας (σχήμα 8), όπου αρχίζουν να δημιουργούν καινούργιες διακλαδώσεις, τις **τοξοειδείς αρτηρίες**, όπως λέγονται. Από εκεί ξεκινούν πιο μικρές αρτηρίες, που έρχονται με κάθετη φορά προς το ενδομήτριο και λέγονται **ελικοειδείς αρτηρίες**. Οι αρτηρίες αυτές είναι η συνέχεια των **ακτινωτών μικρών αρτηριών** και τρέφουν το ενδομήτριο. Στις τελευταίες αυτές αρτηρίες επιδρούν οι ορμόνες και συγκεκριμένα δημιουργείται και μία σύσπαση.

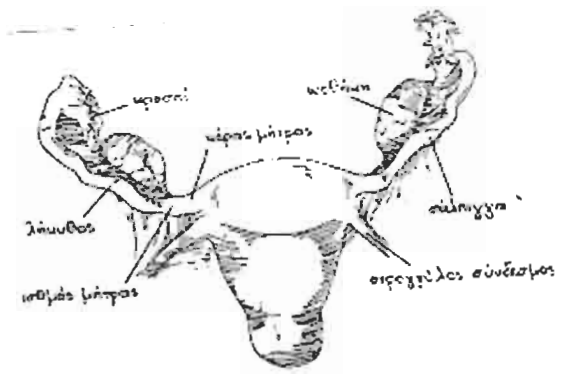


ΣΧΗΜΑ 8: Βλέπουμε δεξιά την αγγείωση και αριστερά τη νεύρωση της μήτρας

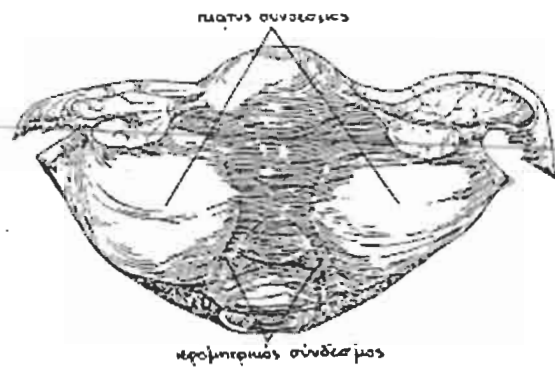
Το μυομήτριο: Είναι το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας. Αποτελείται από δέσμες από λείες μυϊκές ίνες, που ενώνονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Οι μυϊκές ίνες είναι πιο πολλές στις εσωτερικές παρά στις εξωτερικές στιβάδες, καθώς επίσης τα πλάγια τοιχώματα έχουν πολύ λιγότερες από το εμπρός και το πίσω. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γίνονται ορισμένες αλλαγές, που θα δούμε παρακάτω.

Η μήτρα έχει ορισμένους συνδέσμους όπως:

- α.** Τους δύο **στρογγυλούς** συνδέσμους που αρχίζουν λίγο πιο κάτω από την αρχή των σαλπίνγων και πηγαίνουν προς το βουβωνικό πόρο. Οι σύνδεσμοι αυτοί, ενώ στη μη έγκυο γυναίκα έχουν διάμετρο 3,5 χιλιοστά, στην έγκυο παρουσιάζουν μεγάλη υπερτροφία και το μήκος τους πολλαπλασιάζεται.
- β.** Τους δύο **ιερομητρικούς** συνδέσμους που ξεκινούν από το πίσω μέρος του τράχηλου και πηγαίνουν προς τον τρίτο ιερό σπόνδυλο, αφού περικυκλώσουν το ορθό.
- γ.** Τους δύο **πλατιούς** συνδέσμους που αποτελούν δεξιά και αριστερά την πτυχή του περιτόναιου ανάμεσα στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου και το πλάγιο τοίχωμα της μήτρας. Εκεί υπάρχουν τα μεγάλα αγγεία (αρτηρίες, φλέβες και λεμφικά) της μήτρας.
- δ.** Το επάνω και έξω των πλατιών συνδέσμων που έρχονται σε επαφή με το τοίχωμα της πυέλου δημιουργεί τον **κρεμαστήρα** σύνδεσμο της ωοθήκης (σχήμα 9). ⁽¹⁾



ΣΧΗΜΑ 9.α): Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα όπως φαίνονται από την εμπρός επιφάνεια



ΣΧΗΜΑ 9.β): Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα όπως φαίνονται από την πίσω επιφάνεια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

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

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

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

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

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

Το σπερματοζωάριο νικητής προχωράει στο βάθος. Στη διαδρομή χάνει τη μακριά κινητή ουρά του! Το κεφάλι, που περιέχει τον πυρήνα,

σιγά-σιγά μεγαλώνει και γίνεται σε όγκο τόσο όσο και ο πυρήνας του ωαρίου! Σιγά – σιγά οι δύο πυρήνες συγχωνεύονται και γίνονται ένας. Το **σπερματοζώαριο** καταθέτει 23 χρωμοσώματα, με τη μισή κληρονομιά από τον πατέρα στο μελλοντικό μωρό.

Το **ωάριο** επίσης καταθέτει 23 χρωμοσώματα, άλλη μισή κληρονομιά από τη μητέρα στο μελλοντικό μωρό. Καθένα από τα χρωμοσώματα φέρει το DNA των γονέων.

Έτσι, μπορούν να γεννηθούν άπειροι διαφορετικοί γενετικοί συνδυασμοί.

Κάθε συνδυασμός έχει τη δική του ιδιαιτερότητα, που είναι μοναδική! Κάθε συνδυασμός μπορεί να παράγει ένα διαφορετικό μωρό!

Από την στιγμή της γονιμοποίησης το μωρό έχει εξασφαλίσει την προσωπική γενετική του ταυτότητα. Είναι μοναδικό!

Ο Φρανσουά Ζακομπ λέει: Ο άνθρωπος, χάρη στη σεξουαλικότητα δεν αναπαράγεται αλλά παράγει, δεν αντιγράφεται αλλά δημιουργεί!

Οι κληρονομικές καταθέσεις των γονιών **ενώνονται, αναπαράγουν, δημιουργούν, γεννούν.**

Το πρώτο κύτταρο ενός νέου εμβρύου σχηματίστηκε, ένα μωρό, μετά από εννέα μήνες θα γεννηθεί, μια ζουλούα ακόμη μέσα στις τόσες άλλες. Οι δύο πυρήνες συγχωνευμένοι πια σ'έναν, θα προχωρήσουν σιγά-σιγά κατά μήκος της σάλπιγγας προς το εσωτερικό της μήτρας. Σπάνια η διαδρομή δεν είναι εύκολη, είτε γιατί οι σάλπιγγες είναι περισσότερο λεπτές, είτε γιατί φλεγμαίνουν και το ωάριο δεν μπορεί να προχωρήσει, με αποτέλεσμα να εγκατασταθεί μέσα στη σάλπιγγα, ενώ σπάνια μέσα στην κοιλιά ή στην ωοθήκη.

Στην περίπτωση αυτή έχουμε την εξωμήτριο εγκυμοσύνη, που σπάνια εξελίσσεται πέρα από το δεύτερο ή τρίτο μήνα. Συνήθως καταλήγει σε

ρήξη της σάλπιγγας και αιμορραγία. Επακολουθεί χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση της όλης κατάστασης.

Οι πρώτες εβδομάδες της ζωής του εμβρύου

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

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

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

Γύρω στην πέμπτη ημέρα τα κύτταρα είναι εκατό και πολύ γρήγορα δισεκατομμύρια.

Τα κύτταρα τώρα αυξάνουν σε όγκο και διαφοροποιούνται. Άλλα θα γίνουν μύες, άλλα δέρμα, άλλα διάφορα βιολογικά όργανα. Καθώς όμως το ωάριο πηγαίνει προς τη μήτρα, τα αποθέματα τροφής που είχε το κυτταρόπλασμα, αρχίζουν να εξαντλούνται. Μετά 3-4 μέρες διαδρομή το γονιμοποιημένο ωάριο φθάνει μέσα στη μήτρα.⁽²⁾

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ



Ένα ώριμο κίλο μέσα στο κεντρικό τοίσιμα της αυτίπιγας. Άρακι, θα σωματηξει σπυρματωζαρια θα κωμμοπαλθί:



Το σπυρματωζαριο πρσοπαλθί κη κηδάλκω στο ωασιο θα το κεταφίσει:



Η κωμμοπαλθση γινίκε! Το σπυρματωζαριο νικηίης το ωασιο για κη γίνει ένα με το ωασιο. Μπα από ίντα πρκες θα γέννηθα κησ ήμοροσ μερει:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η διάγνωση της εγκυμοσύνης τις πρώτες εβδομάδες βασίζεται στα υποκειμενικά συμπτώματα που η ίδια η έγκυος αισθάνεται και αναφέρει στο ιστορικό της. Τις περισσότερες φορές η ίδια η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι είναι έγκυος, πριν τη διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Η οριστική διάγνωση όμως θα γίνει από την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις.

6. α) ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Από τα πρώτα συμπτώματα που αναφέρει η γυναίκα στο ιστορικό της είναι η διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Η αξιολόγηση της αναστολής της εμμήνου ρύσεως πρέπει να γίνει με προσοχή, ιδιαίτερα εάν η γυναίκα αναφέρει διαταραχές της εμμήνου ρύσεως ή περιόδους αμηνόρροιας. Όσο μεγαλύτερη είναι η περίοδος της αμηνόρροιας σε μια γυναίκα με απόλυτα κανονική έμμηνο ρήση, τόσο πιο αξιόπιστο είναι το σύμπτωμα.

Διαφορετική διάγνωση, θα πρέπει να γίνει από λειτουργικές, οργανικές ή ψυχικές διαταραχές ή καταστάσεις, που δρουν στον υποθάλαμο – υπόφυση – ωθήκες και προκαλούν αμηνόρροια. Εξάλλου συχνά παρατηρείται μικρή αιμορραγία, τύπου εμμήνου ρύσεως, σε εγκύους γυναίκες.

Συμπτώματα από τους μαστούς αισθάνεται η έγκυος από τις πρώτες ημέρες της εγκυμοσύνης. Τα συμπτώματα αυτά συμβαδίζουν με τις

αλλαγές που παρατηρούνται στους μαστούς με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Οι αλλαγές στους μαστούς, που διαπιστώνονται με την κλινική εξέταση, αποτελούν σοβαρά διαγνωστικά σημεία.

Η ναυτία και ιδιαίτερα ο πρωινός εμετός είναι συχνό σύμπτωμα στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Η συχνουρία και πολλές φορές το βάρος και η τάση στο υπογάστριο είναι συμπτώματα που αισθάνεται η έγκυος από πολύ νωρίς στην εγκυμοσύνη. Παρατεταμένη συχνουρία, ιδιαίτερα αν συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα, όπως πόνο, τσούξιμο, θα πρέπει να εξετάζονται με προσοχή, διότι πιθανόν να έχουν παθολογική αιτιολογία.

Τα σκιρτήματα του εμβρύου, που αισθάνεται η έγκυος, από τη 16^η-20^η εβδομάδα αποτελούν σύμπτωμα εγκυμοσύνης. Οι πολυτόκες αντιλαμβάνονται τα σκιρτήματα πιο νωρίς από ότι οι πρωτοτόκες, λόγω της εμπειρίας τους από προηγούμενες εγκυμοσύνες. Τα σκιρτήματα του εμβρύου, που γίνονται αντιληπτά μόνο από την έγκυο, δεν μπορούν να αξιολογηθούν διαγνωστικά, εάν αναφέρονται από άτομο με έντονη επιθυμία για τεκνοποίηση.

6. β) ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η διαπίστωση των αλλαγών που συμβαίνουν στα γεννητικά όργανα από την αρχή της εγκυμοσύνης είναι από τα πιο αξιόπιστα κλινικά σημεία.

Σημείο του Hegar: Χαρακτηρίζεται από την μαλθακότητά του ισθμού της μήτρας. Είναι από τα πρώτα κλινικά σημεία, που γίνεται αντιληπτό από την 4^η με 5^η εβδομάδα, κατά τη γυναικολογική εξέταση. Εάν τα δύο δάκτυλα του δεξιού χεριού τοποθετηθούν στον πρόσθιο κοιλιακό θόλο και το αριστερό χέρι στα κοιλιακά τοιχώματα, πάνω από την ηβική σύμφυση, διαπιστώνεται η μαλθακότητα του ισθμού σε βαθμό που τα δάκτυλα των δύο χεριών σχεδόν ενώνονται. Η μαλθακότητα του ισθμού μπορεί να

υπάρχει σε καταστάσεις εκτός εγκυμοσύνης, όπως σε παρατεταμένη δράση του ωχρού σωματίου. Η εξέταση καλό είναι να αποφεύγεται σε εγκύους με ιστορικό εκτρώσεων.

Σημείο Noble: Το σώμα της μήτρας διογκώνεται και παίρνει σφαιρικό σχήμα από την 8^η-12^η εβδομάδα. Γίνεται αντιληπτό, εάν τα δύο δάκτυλα μέσα στον κόλπο τοποθετηθούν στους πλάγιους θόλους.

Μαλθακότητα και υπεραιμία του τραχήλου και του κόλπου.

Γίνεται αντιληπτή γύρω στην 8^η-9^η εβδομάδα κύησης. Με την επισκόπηση διαπιστώνεται υπεραιμία του κόλπου και του τραχήλου, ενώ οι βλεννογόνοι παίρνουν ερυθμοκύανη χροιά. Με την κολπική εξέταση γίνεται αισθητή η μαλθακότητα του τραχήλου.

Εξωτερική και εσωτερική αντιτυπία του εμβρύου: Γύρω στη 16^η εβδομάδα εγκυμοσύνης μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία του εμβρύου μέσα στον εμβρυϊκό σάκο με την εξωτερική και ή την εσωτερική αντιτυπία.

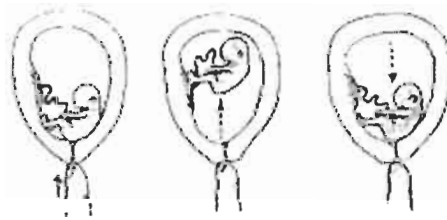
Εξωτερική αντιτυπία: Οι παλάμες των δύο χεριών τοποθετούνται στα πλάγια των κοιλιακών τοιχωμάτων, η μία απέναντι στην άλλη. Με μία απότομη πίεση, που ασκείται από τη μία παλάμη, γίνεται αντιληπτό ένα ελαφρό χτύπημα στην άλλη παλάμη από το έμβρυο, που παθητικά μετακινείται μέσα στον εμβρυϊκό σάκο.

Εσωτερική αντιτυπία: Με τα δύο δάκτυλα μέσα στον κόλπο ασκείται μια απότομη πίεση στο σώμα της μήτρας, το σώμα του εμβρύου μετακινείται μέσα στον εμβρυϊκό σάκο και χτυπά σαν μπάλα τις άκρες των δακτύλων μέσα στον κόλπο.

Συστολές Braxton – Hicks: Είναι ανώδυνες συστολές, που γίνονται αισθητές μετά την 20^η εβδομάδα κύησης με την ψηλάφηση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Γίνονται περισσότερο έντονες μετά την 35^η εβδομάδα.

Οι συστολές αυτές βοηθούν την κυκλοφορία του αίματος στη μήτρα και την αιμάτωση του πλακούντα. Επίσης συμβάλλουν στη δημιουργία του κατώτερου τμήματος της μήτρας.

Η σταδιακή ρυθμική αύξηση της μήτρας που αντιστοιχεί με την ηλικία της αμηνόρροιας, είναι χαρακτηριστικό φαινόμενο της εγκυμοσύνης.



ΣΧΗΜΑ 10: *Εσωτερική αντιτυπία*



ΣΧΗΜΑ 11

Αλλαγή στο σχήμα της μήτρας



ΣΧΗΜΑ 12

Σημείο του Hegar

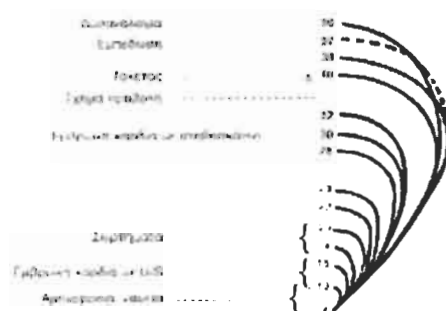
Καρδιακός παλμός του εμβρύου: Η ακρόαση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών με στηθοσκόπιο ή κοιλιοσκόπιο είναι συνήθως δυνατή μετά την 20η εβδομάδα κύησης. Εάν τα κοιλιακά τοιχώματα της εγκύου είναι λεπτά και η θέση του εμβρύου ευνοϊκή, η ακρόαση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών είναι δυνατή και νωρίτερα κατά την 17^η εβδομάδα.

Η συχνότητα των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών είναι 120-140 ανά λεπτό και επομένως εύκολα ξεχωρίζουν από το σφυγμό της εγκύου.

Είναι όμως απαραίτητο οι εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί να εξετάζονται συγχρόνως με το σφυγμό της μητέρας και να συγκρίνεται η συχνότητα. Η ανίχνευση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών είναι δυνατή από την 9-10 εβδομάδα κύησης με τη βοήθεια ειδικών ανιχνευτών, που λειτουργούν με υπέρηχους.

Κινήσεις του εμβρύου: Αυτές γίνονται αντιληπτές μετά την 20η εβδομάδα, κατά την κοιλιακή ψηλάφηση από τη μαία ή το γιατρό. Επίσης η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου από τον εξετάζοντα, μετά την 20η εβδομάδα, είναι διαγνωστικό σημείο.

Η αύξηση της βασικής θερμοκρασίας της εγκύου: Κατά την εγκυμοσύνη η βασική θερμοκρασία της δεύτερης φάσης του γεννητικού κύκλου διατηρείται στα ίδια υψηλά επίπεδα.⁽³⁾



ΣΧΗΜΑ 13: Συμπτώματα και διαγνωστικές τεχνικές ανάλογα με την ηλικία

6. γ) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Υπερηχογράφημα: Επιτρέπει τη διάγνωση της εγκυμοσύνης από την 5^η εβδομάδα. δε χρησιμοποιείται συνήθως για τη διάγνωση της εγκυμοσύνης, αλλά έχει πολλές άλλες ενδείξεις.

Ακτινογραφία: Από την 14^η εβδομάδα κύησης ο σκελετός του εμβρύου είναι ορατός στην ακτινογραφία. Εάν για οποιονδήποτε λόγο ζητηθεί να γίνει ακτινογραφία, θα πρέπει να προτιμηθεί η πλάγια θέση. Μ'αυτόν τον τρόπο μειώνεται η πιθανότητα εφίππευσης των οστών του εμβρύου με τα οστά της λεκάνης της μητέρας. Αυτή η μέθοδος είναι χρήσιμη σε περιπτώσεις ενδομήτριου θανάτου, όπου στην ακτινογραφία φαίνεται η εφίππευση των οστών του κρανίου.

Οι εργαστηριακές ανοσοβιολογικές εξετάσεις: Στηρίζονται στην ανίχνευση χοριακής γοναδοτροπίνης (HCG) στα ούρα και τον ορό του αίματος.

Η εργαστηριακή επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης της εγκυμοσύνης συνήθως δεν είναι απαραίτητη. Η διάγνωση της εγκυμοσύνης δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στις εργαστηριακές εξετάσεις αλλά και στην κλινική εξέταση. Οι μέθοδοι ανίχνευσης της χοριακής γοναδοτροπίνης στα ούρα είναι βιολογικές και ανοσοβιολογικές.

Οι ανοσοβιολογικές μέθοδοι γίνονται θετικές μετά τη 10^η-12^η ημέρα από την αναμενόμενη έμμηνο ρύση.

Οι βιολογικές μέθοδοι απαιτούν πειραματόζωα και η εκτέλεσή τους είναι μακροχρόνια, γι'αυτό και δε χρησιμοποιούνται.

Οι ραδιοαναστολογικές μέθοδοι για τον προσδιορισμό της χοριακής γοναδοτροπίνης στον ορό του αίματος επιτρέπουν και τον ποσοτικό προσδιορισμό της. Η διάγνωση της εγκυμοσύνης μπορεί να γίνει από την 9^η ημέρα μετά την ωοθυλακιορρηξία.⁽⁶⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

7. α) ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ

Όλες οι αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό της εγκύου γυναίκας είναι αποτέλεσμα της επίδρασης των ορμονών. Αυτές οι αλλαγές είναι απαραίτητες, για την ανάπτυξη του εμβρύου, προετοιμάζουν τους μαστούς για την παραγωγή γάλακτος και το σώμα της εγκύου για τον τοκετό.

Η ψυχολογία της γυναίκας επίσης επηρεάζεται από τις ορμονικές αλλαγές. Αυτές οι αλλαγές μαζί με άλλους εξωγενείς παράγοντες, όπως μόρφωση και συμπεριφορά των οικείων, προετοιμάζουν την έγκυο για την μητρότητα.

Είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε λεπτομερώς αυτές τις αλλαγές, για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και την προετοιμασία της εγκύου για τον τοκετό και τη μητρότητα.

Αλλαγές στο γεννητικό σύστημα

Εξωτερικά όργανα και κόλπος: Οι σημαντικότερες αλλαγές στα εξωτερικά γεννητικά όργανα, οφείλονται στη μεγάλη υπεραϊμία. Αυτή η υπεραϊμία μπορεί να προκαλέσει ελαφρό οίδημα και σπανιότερα κίρσους του αιδοίου. Ο κόλπος γίνεται υπεραϊμικός και το χρώμα του από ροζ

γίνεται ιώδες (σημείο Chadwick's). Αυτή η υπεραϊμία και οι μεταβολές στον υποβλενογγόνιο συνδετικό ιστό επιτρέπουν την απαραίτητη διάταση του κόλπου στον τοκετό, ώστε να διευκολυνθεί η δίοδος του εμβρύου.

Το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του κόλπου γίνεται πιο παχύ και αποφολιδωμένα σκαφοειδή κύτταρα βρίσκονται κατά σωρούς στο κολπικό υγρό. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι μπορεί να εκτιμηθεί η παραγωγή της προγεστερόνης και η καλή ορμονική κατάσταση της κύησης από την ύπαρξη αυτών των κυττάρων, στο κολπικό επίχρισμα.

Η αυξημένη παραγωγή από τη διάσπαση του γλυκογόνου από το γαλακτοβάκιλλο, προκαλεί μείωση του pH του κολπικού υγρού (γίνεται περισσότερο όξινο) σε 4,5 έως 5, μ'αποτέλεσμα την αύξηση της αντιμικροβιακής δράσης.

Μήτρα: Η μήτρα είναι το όργανο που παρουσιάζει τις μεγαλύτερες αλλαγές κατά τη διάρκεια της κύησης και αυτό, για ν'ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ανατροφής του εμβρύου. Το ενδομήτριο, που στην εγκυμοσύνη ονομάζεται φθαρτός, γίνεται παχύτερο και παρουσιάζει υπερτροφία των αδένων του, με μεγάλα φθαρτικά κύτταρα, πλούσια σε γλυκογόνο και λιποειδή, ιδιαίτερα στον πυθμένα και στο ανώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας. Αυτές είναι και οι περιοχές όπου συνήθως γίνεται και η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Ο φθαρτός εξασφαλίζει ένα περιβάλλον πλούσιο σε γλυκογόνο στο ωάριο μέχρι τη δημιουργία του πλακούντα.

Μυομήτριο: Η αύξηση του όγκου του σώματος της μήτρας στην αρχή της κύησης και μέχρι την 20η εβδομάδα οφείλονται κατά κύριο λόγο στην υπεραϊμία και υπερπλασία των μυϊκών ινών. Ενώ, μετά την 20η εβδομάδα, στη υπερτροφία των μυϊκών ινών. Η αύξηση αυτή συντελείται με την επίδραση των οιστρογόνων.

Συγκεκριμένα το μήκος κάθε μυϊκής ίνας αυξάνεται από 0,05 χιλιοστά σε 0,2 έως 0,6 εκατοστά. Το μέγεθος της μήτρας αυξάνεται από 7,5x5x2,65εκ. σε 30x23x20εκ.

Το βάρος αυξάνεται από 60gr σε 900gr. Η χωρητικότητα της μήτρας επίσης αυξάνεται θεαματικά από 500gr σε 5000gr και μέχρι τα 8000gr.

Το πάχος του μυομητρίου μειώνεται σταδιακά στη διάρκεια της κύησης από 0,25 χιλιοστά τη 18^η εβδομάδα σε 0,005 έως 0,01 χιλιοστά στο τέλος της κύησης.

Η ικανότητα αυτή της μήτρας να εκτείνεται οφείλεται στη μυοχαλαρωτική ιδιότητα της προγεστερόνης και τις συστολές Braxton Hikes, υπάρχουν μικρές ινιδιακές συστολές που έχουν σκοπό την τόνωση της αιμάτωσης και τη διατήρηση του τόνου του μυομητρίου. Ο τόνος αυτός του μυομητρίου εξισορροπεί την ενδοαμνιακή πίεση.

Στις περιπτώσεις που υπάρχει μειωμένη αντίσταση του μυομητρίου, όπως συμβαίνει στην ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου εξαιτίας της ενδοαμνιακής υδροστατικής πίεσης είναι δυνατή η προβολή του αμνιακού σάκου και η πρόωρη ρήξη των υμένων.

Η εσωτερική στιβάδα με τις κυκλικές μυϊκές ίνες περιβάλλει τα κέρατα της κύησης και ιδιαίτερα κατά τον τοκετό βοηθά στη δημιουργία του κατώτερου τμήματος της μήτρας και τη διάτασή του. Η μεσαία στιβάδα με τις λοξές μυϊκές ίνες δρα αιμοστατικά πιέζοντας τα στόμια των αγγείων μετά την έξοδο του πλακούντα. Η εξωτερική στιβάδα με τις κάθετες μυϊκές ίνες, κατά τον τοκετό, βοηθά στη διαστολή του τραχηλικού στομίου και την κάθοδο του εμβρύου στο γεννητικό σωλήνα.

Αιμάτωση της μήτρας: Υπολογίζεται ότι η αιμάτωση της μήτρας αυξάνεται κατά 50ml ανά λεπτό την 10η εβδομάδα της κύησης και περίπου 200 έως 600ml ανά λεπτό στο τέλος της κύησης. Οι σπειροειδείς μητρικές αρτηρίες, αυξάνονται σταδιακά κατά την κύηση, γίνονται ευθείες και μεταφέρουν αίμα στους μεσολάχιους χώρους. Το φλεβικό αίμα από

τη μήτρα και τους μεσολάχνιους χώρους μεταφέρεται στην κάτω κοίλη φλέβα με τις ωοθηκικές φλέβες.

Σχήμα και μέγεθος της μήτρας: Η μήτρα αυξάνεται σταδιακά και συμμετρικά σ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η αύξηση αυτή είναι χαρακτηριστική της ηλικίας της εγκυμοσύνης και αποτελεί σοβαρό κλινικό εύρημα στην παρακολούθηση της εγκυμοσύνης. Αμέσως μετά την εμφύτευση του βλαστιδίου στο βλεννογόνο της μήτρας, το ανώτερο τμήμα της μήτρας αρχίζει να διευρύνεται υπό την επίδραση των οιστρογόνων. Το σώμα της μήτρας γίνεται στρογγυλό προκειμένου να εξασφαλίσει την απαραίτητη χωρητικότητα για το έμβρυο, τον πλακούντα και το αμνιακό υγρό.

Ο ισθμός γίνεται πιο μαλακός και διευρύνεται.

Αυτή είναι η αρχή της διαφοροποίησης του ανωτέρου τμήματος της μήτρας από το κατώτερο, που συμπληρώνεται τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Αυτό προκαλεί πίεση στα γύρω σπλάχνα.

Ήδη από την 12^η εβδομάδα κύησης η μήτρα δεν έχει πλέον την πρόσθια κλίση και κάμψη, έχει υψωθεί πάνω από την ηβική σύμφυση στη μεγάλη λεκάνη, συχνά παίρνει μια κλίση και στροφή προς τα δεξιά. Αυτή η κλίση οφείλεται στην πίεση του παχέος εντέρου, που καταλαμβάνει το αριστερό τμήμα της λεκάνης. Τη 12^η εβδομάδα κύησης, το ύψος του πυθμένα της μήτρας ψηλαφείται ακριβώς πάνω από την ηβική σύμφυση. Την 36^η εβδομάδα ο πυθμένας της μήτρας έχει φθάσει στην ξιφοειδή απόφυση στις πρωτοτόκες, ενώ στις πολυτόκες φτάνει την ξιφοειδή απόφυση την 40η εβδομάδα. Η χαλάρωση των αρθρώσεων της λεκάνης και των μυών του δαπέδου της λεκάνης μαζί με το σχηματισμό του κατώτερου τμήματος της μήτρας διευκολύνουν την κάθοδο του εμβρύου.

Στις πρωτοτόκες επίσης το κεφάλι του εμβρύου εμπεδώνεται στη μικρή λεκάνη μετά την 36^η εβδομάδα της κύησης.



ΣΧΗΜΑ 14: Ύψος του πυθμένα ανάλογα με την ηλικία κύησης

Ο τράχηλος: Με την επίδραση της προγεστερόνης τα τραχηλικά κύτταρα εκκρίνουν βλέννη, η οποία γίνεται πυκνότερη και αδιαπέραστη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πυκνή βλέννη σχηματίζει ένα πώμα που προστατεύει το κύημα από ανιούσα μόλυνση. Το μήκος του τραχήλου παραμένει 2,5cm σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γίνεται όμως οιδηματώδης, μαλακός, κυανέρυθρος υπό την επίδραση των οιστρογόνων. Τα σημεία αυτά αποτελούν διαγνωστικά συμπτώματα στην αρχή της εγκυμοσύνης.

Τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης ο τράχηλος γίνεται περισσότερο μαλακός και αρχίζει να εξαλείφεται. Οι προσταγλαδίνες (Prostaglandins) που εκκρίνονται από τα τραχηλικά κύτταρα επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην προετοιμασία του τραχήλου για τον τοκετό.

Αλλαγές στο κυκλοφορικό σύστημα

Είναι γνωστό ότι η εγκυμοσύνη προκαλεί σημαντικές αλλαγές στο κυκλοφορικό σύστημα. Πρόσφατες μελέτες όμως απέδειξαν ότι οι

περισσότερες αλλαγές συμβαίνουν στην αρχή της εγκυμοσύνης και είναι αποτέλεσμα ορμονικών μάλλον παραγόντων παρά μηχανικών.

Η καρδιά φαίνεται ότι αυξάνει σε μέγεθος περίπου 10%. Αυτή η αύξηση πιθανόν να οφείλεται σε διάσταση ή σε υπερτροφία. Η θέση της καρδιάς αλλάζει επίσης. Η καρδιά μετατοπίζεται προς τα αριστερά και επάνω με ελαφρά στροφή προς τα εμπρός.

Ο όγκος του αίματος ανά λεπτό αρχίζει ν'αυξάνεται από το πρώτο τρίμηνο και φτάνει το υψηλότερο επίπεδο περί την 20η εβδομάδα. Η αύξηση αυτή είναι αποτέλεσμα της αύξησης κυρίως του όγκου του πλάσματος και κατά δεύτερο λόγο των ερυθροκυττάρων. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια αυξάνονται, προκειμένου ν'ανταποκριθούν στις απαιτήσεις για περισσότερο οξυγόνο.

Λόγω της γρήγορης αύξησης του πλάσματος και της αναλογικά βραδύτερης αύξησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη μειώνονται. Η μείωση της τιμής της αιμοσφαιρίνης είναι περισσότερο έντονη περί την 34^η εβδομάδα, οπότε ο όγκος του πλάσματος είναι στο υψηλότερο επίπεδο. Μετά την 34^η εβδομάδα η αιμοσφαιρίνη αυξάνεται ελαφρά μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Τα χαμηλότερα αποδεκτά όρια αιμοσφαιρίνης κατά την κύηση είναι 11-12g/dl αίματος.

Κάθε εγκυμοσύνη επιβαρύνει τον οργανισμό της μητέρας με 800 χιλιοστά σιδήρου. Από αυτά, τα 300 χιλιοστά προορίζονται για τις ανάγκες της μητέρας. Το έμβρυο παίρνει τον σίδηρο που χρειάζεται από τη μητέρα ενεργητικά δια του πλακούντα. Οι ανάγκες του εμβρύου σε σίδηρο είναι μεγαλύτερες τις τελευταίες 4 εβδομάδες της εγκυμοσύνης.

Οι ανάγκες της εγκύου σε φιλικό οξύ είναι επίσης, αυξημένες, ιδιαίτερα το τελευταίο τρίμηνο. Το φολικό οξύ (Folic Acid) είναι υδροδιαλυτή βιταμίνη και βρίσκεται στα σπλάχνα των ζώων, δημητριακά,

λαχανικά, ξηρούς καρπούς. Απορροφάται από το λεπτό έντερο. Από έρευνες φαίνεται ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της έλλειψης του φολικού οξέως και της συχνότητας των πρόωρων τοκετών και της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα.

Παράγοντες πήξεως: Το ινωδογόνο, και ιδιαίτερα οι παράγοντες του 7,8 και 10 καθώς και τα αιμοπετάλια είναι αυξημένα και έτσι μεταβάλλεται ο χρόνος ροής και πήξεως από 12 σε 8 λεπτά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το μεγαλύτερο κίνδυνο θρόμβωσης και εμβολής.

Τα λευκά αιμοσφαίρια: Τα λευκά αιμοσφαίρια αυξάνονται σταδιακά κατά την εγκυμοσύνη. Η σημαντικότερη αύξηση αφορά στα ουδετερόφιλα, τα οποία αυξάνουν την φαγοκυτταρική βακτηριολυτική ιδιότητα του αίματος.

Τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών IgA, IgG και IgM μειώνονται, προφανώς σαν αποτέλεσμα της αύξησης του όγκου του αίματος και της καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος.

Η ροή του αίματος: Το μεγαλύτερο μέρος της αυξημένης ροής του αίματος κατευθύνεται στη μήτρα. Το 80% πηγαίνει στον πλακούντα. Το αίμα ωθείται στους μεσολάχιους χώρους επιτρέποντας την ανταλλαγή των αερίων και των θρεπτικών συστατικών. Η ροή του αίματος αυξάνεται επίσης στους νεφρούς και έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της απέκκρισης. Η αυξημένη ροή στο δέρμα μειώνει τη θερμοκρασία που προέρχεται από τον εμβρυϊκό μεταβολισμό.

Αρτηριακή πίεση: Στη φυσιολογική εγκυμοσύνη δεν παρατηρούνται μεταβολές, ούτε στη συστολική, ούτε στη διαστολική αρτηριακή πίεση. Η αύξηση στον όγκο του αίματος εξισορροπείται από μειωμένη περιφερειακή αντίσταση. Τα τοιχώματα των αρτηριών χαλαρώνουν και διαστέλλονται υπό την επίδραση της προγεστερόνης πάνω στις λείες μυϊκές ίνες. Η αρτηριακή πίεση πέφτει ελαφρά το πρώτο τρίμηνο και συνεχίζει να πέφτει στο δεύτερο τρίμηνο, για να επανέλθει στο επίπεδο

του πρώτου τριμήνου κατά το τέλος της εγκυμοσύνης. Στη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου οι αλλαγές στην αρτηριακή πίεση μπορεί να προκαλέσουν λιποθυμίες. Στο τέλος της εγκυμοσύνης η έγκυος πρέπει ν'αποφεύγει την ύπτια θέση, διότι μπορεί να προκαλέσει υπόταση. Η εγκύμων μήτρα πιέζει την αορτή μειώνοντας έτσι τον όγκο του φλεβικού αίματος. Η πίεση της βραχιονίου αρτηρίας δεν είναι ίδια με την πίεση των άλλων κεντρικών αρτηριών και γι'αυτό πολλοί πιστεύουν ότι η αρτηριακή πίεση δεν πρέπει να εξετάζεται με την έγκυο σε ύπτια θέση.

Κάθε μεταβολή (αύξηση ή μείωση) της αρτηριακής πίεσης άνω των 30mm Hg από την αρχική τιμή πρέπει να θεωρείται παθολογικό σύμπτωμα.

Αλλαγές στο αναπνευστικό σύστημα

Η αναπνευστική συχνότητα δε μεταβάλλεται κατά την εγκυμοσύνη, αλλά υπάρχει μία αύξηση του ποσού του εκπνεόμενου αέρα από 7 σε 11lit ανά λεπτό. Παρατηρείται επίσης μια υπεραιμία στο βλεννογόνο των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Η υπεραιμία αυτή είναι αποτέλεσμα της δράσης των οιστρογόνων και για το λόγο αυτό είναι συχνές οι ρινορραγίες κατά την κύηση.

Στο τέλος της εγκυμοσύνης ο θώρακας διευρύνεται έτσι, ώστε να διατηρείται η χωρητικότητα της θωρακικής κοιλότητας παρά την πίεση που ασκεί η αυξανόμενη μήτρα πάνω στο διάφραγμα.

Η αναπνοή γίνεται περισσότερο αποτελεσματική και αυτό οφείλεται:

- α. Στην αύξηση της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων.
- β. Στην αύξηση του εισπνεόμενου αέρα.
- γ. Στην αύξηση της δυνατότητας της ανταλλαγής των αερίων από αυξημένες σε έκταση κυψελίδες και

δ. Στη δράση της προγεστερόνης στο κέντρο της αναπνοής στον υποθάλαμο, που, μειώνοντας την ουδό του $p\text{CO}_2$ αυξάνει την αποβολή CO_2 από το έμβρυο.

Αλλαγές στο πεπτικό σύστημα

Τα οιστρογόνα με την υγροσκοπική δράση τους επιδρούν στα ούλα και τα κάνουν οίδηματώδη, με αποτέλεσμα να ματώνουν αρκετά συχνά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η σιελόρροια που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη οφείλεται πιθανόν στην ανικανότητα κατάποσης από την έγκυο, που αισθάνεται ναυτία και κατά άλλους στην αυξημένη παραγωγή σιέλου.

Οι μεταβολές στο pH του στόματος ευνοούν την εμφάνιση τερηδόνας και περιοδοντικών παθήσεων.

Οι έγκυοι γυναίκες συχνά έχουν μεταβολές στην προτίμηση τροφών. Επίσης αυξάνεται η όρεξη. Η απορρόφηση της γλυκόζης είναι μειωμένη από αυτή των μη εγκύων γυναικών.

Η χωρητικότητα του εντέρου επίσης μειώνεται στο τέλος της εγκυμοσύνης, λόγω της πίεσης της μήτρας. Η χαλάρωση του σφιγκτήρα του καρδιακού στομίου του στομάχου προκαλεί παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου και καούρες. Η δίοδος της τροφής στο λεπτό έντερο γίνεται αργά για τη μεγαλύτερη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Στο παχύ έντερο η απορρόφηση του ύδατος είναι αυξημένη κι αυτό προδιαθέτει σε δυσκοιλιότητα.

Αλλαγές στο δέρμα

Η ενεργοποίηση της παραγωγής της μελαχρωστικής είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία σκουρόχρωμων κηλίδων στο πρόσωπο, τους μαστούς

και για το χρωματισμό της λευκής γραμμής από τον ομφαλό έως την ηβική σύμφυση. Η εμφάνιση των κηλίδων στο πρόσωπο δημιουργεί το χαρακτηριστικό προσωπείο, γνωστό σαν μητρικό χλόασμα.

Εξαιτίας της διάτασης των κοιλιακών τοιχωμάτων, ιδιαίτερα κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και της διάτασης του δέρματος, συχνά δημιουργούνται στο δέρμα κυανέρυθρες ραβδώσεις χαρακτηριστικές της εγκυμοσύνης. Οι ραβδώσεις αυτές παραμένουν μετά την εγκυμοσύνη και παίρνουν χρώμα λευκό.

Η αύξηση της αιμάτωσης του δέρματος, η αύξηση της θερμοκρασίας κατά 0,5Cο και η αγγειοδιαστολή που προκαλείται από την προγεστερόνη προκαλούν αύξηση της εφίδρωσης.

Αλλαγές στο σκελετό

Η προγεστερόνη προκαλεί χαλάρωση των μυών και των συνδέσμων στις αρθρώσεις της λεκάνης. Η ηβική σύμφυση χαλαρώνει καθώς και η ιεροκοκκυγική άρθρωση, η οποία στον τοκετό επιτρέπει στον κόκκυγα να κινείται προς τα πίσω και έτσι διευρύνεται η έξοδος της λεκάνης.

Αυτή η χαλάρωση των συνδέσμων και των αρθρώσεων είναι περισσότερο αισθητή στο τέλος της εγκυμοσύνης και έχει σκοπό να διευρύνει τη χωρητικότητα της μικρής λεκάνης και έτσι να διευκολύνει την κάθοδο και κατά τον τοκετό την έξοδο του εμβρύου.

Το χαρακτηριστικό βάδισμα των εγκύων και ο πόνος στην οσφύ κατά τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης επίσης είναι αποτέλεσμα της χαλάρωσης των συνδέσμων και των μυών της λεκάνης.

Η στάση του σώματος της εγκύου αλλάζει προκειμένου ν' ανταποκριθεί στην αλλαγή του κέντρου βάρους, που μετατοπίζεται. Ιδιαίτερα εάν τα κοιλιακά τοιχώματα είναι χαλαρά, η εγκύμων μήτρα

πιέζει προς τα εμπρός και η έγκυος κλίνει προς τα πίσω, για να ισορροπήσει αυξάνοντας έτσι τη λόρδωση στην οσφύ.

Βάρος του σώματος: Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την αύξηση βάρους στην έγκυο. Ο ρυθμός μεταβολισμού της μητέρας, το βάρος του εμβρύου, οι διαιτητικές συνήθειες, η ύπαρξη εμετών ή διάρροια, το κάπνισμα είναι μερικοί από αυτούς.

Ο ρυθμός της αύξησης του βάρους στην εγκυμοσύνη δεν είναι ίδιος σε όλες τις εγκύους και δεν είναι εύκολο να ορισθούν τα ανώτερα φυσιολογικά όρια αύξησης ανά εβδομάδα. Το σύννηθες είναι: 2kgr, τις πρώτες 20 εβδομάδες, και μετά 500gr κάθε εβδομάδα μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, συνολικό βάρος 12kgr περίπου.

Αύξηση μεγαλύτερη από 1500gr ανά εβδομάδα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή γιατί η υπερβολική αύξηση βάρους μπορεί να είναι σύμπτωμα προεκλαμψίας.

Η εναπόθεση λίπους στους ιστούς είναι συχνό φαινόμενο στην εγκυμοσύνη. Δεν υπάρχει ικανοποιητική αιτιολογία, πιθανόν να είναι προληπτικός μηχανισμός ασφάλειας για τη μητέρα και το έμβρυο σε περίπτωση έλλειψης τροφής αργότερα στην εγκυμοσύνη.

Αλλαγές στο μεταβολισμό

Μεταβολισμός του νερού: Υπάρχει μία συνεχής αύξηση του νερού στο σώμα της εγκύου. Η αύξηση αυτή δικαιολογείται από την αύξηση του όγκου του αίματος, των μαστών, της μήτρας, του αμνιακού υγρού, 2½lit νερού υπολογίζεται ότι κατακρατούνται στους ιστούς με τη μορφή οιδήματος. Το οίδημα είναι σύννηθες φαινόμενο στην εγκυμοσύνη, ακόμα και στα χέρια και το πρόσωπο και δεν αποτελεί παθολογικό σύμπτωμα, εκτός εάν συνοδεύεται από λευκωματουρία ή και υπέρταση.

Μεταβολισμός των μετάλλων: Η μητέρα και το έμβρυο έχουν ακόμη ανάγκη από μεγαλύτερες ποσότητες μετάλλων και βιταμινών και ιδιαίτερα σιδήρου. Οι επιστήμονες διαφωνούν ως προς την ποσότητα σιδήρου που χρησιμοποιεί η μητέρα και το έμβρυο, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά σίγουρα για τις ανάγκες του εμβρύου και του πλακούντα απαιτούνται 300-450gr για την αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων της μητέρας 290-400mg και 150-350mg για την αντιμετώπιση της απώλειας αίματος κατά τον τοκετό και τη λοχεία.

Μεταβολισμός των υδατανθράκων: Ο μεταβολισμός της γλυκόζης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχει πλήρως διερευνηθεί, αν και ο σακχαρώδης διαβήτης συχνά εμφανίζεται κατά την κύηση. Είναι γνωστό ότι το έμβρυο χρησιμοποιεί μόνο γλυκόζη για τις ανάγκες του σ' ενέργεια και ότι υπάρχει συνεχής εφοδιασμός γλυκόζης από το μητρικό οργανισμό.

Μεταβολισμός λευκωμάτων: Πολλά ένζυμα και πρωτεϊνικές ορμόνες εμφανίζονται στην εγκυμοσύνη, όπως η πλακουντιακή γαλακτογόνος ορμόνη (Human Placental Lactogen). Οι σφαιρίνες α1, α2 και β' αυξάνονται, ενώ δεν είναι γνωστό, εάν υπάρχει αύξηση της γ' σφαιρίνης.

Γενικώς τα λευκώματα και ιδιαίτερα η λευκωματίνη μειώνονται κατά το πρώτο τρίμηνο και παραμένουν στα ίδια επίπεδα μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης.

Αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα

Ορμόνες της υπόφυσης (Pituitary Hormones): Ο πρόσθιος λοβός της υπόφυσης μεγαλώνει. Οι ορμόνες A.C.T.H. (Adrenocorticotrophic) και η θυρεοειδοτρόπος (thyrotrophic) αυξάνουν τη δράση τους, από την αρχή της εγκυμοσύνης. Η παραγωγή της F.S.H. (Follicle stimulating) ορμόνης και της L.H. (Luteinising) ορμόνης αναστέλλεται από την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα.

Ο οπίσθιος λοβός της υπόφυσης αυξάνει την παραγωγή της ωκυτοκίνης (oxytocin) κατά την εγκυμοσύνη, αν και η δράση της εμποδίζεται από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη.

Θυρεοειδικές ορμόνες (Thyroid hormones): Ο θυρεοειδής αδένας αυξάνει σε μέγεθος, σαν αποτέλεσμα της μείωσης της τιμής του ιωδίου στο πλάσμα του αίματος. Η αύξηση αυτή δεν ακολουθείται και από αύξηση της δραστηριότητάς του. Η δράση της T4 θυροξίνης εμποδίζεται από πρωτεΐνη δέσμευσης της θυροξίνης, που παράγεται από το ήπαρ υπό την επίδραση των οιστρογόνων. Έτσι, αν και ο θυρεοειδής αδένας αυξάνει σε μέγεθος, η παραγωγή θυροξίνης διατηρείται στα φυσιολογικά επίπεδα.

Επινεφρίδια: Η παραγωγή των κορτικοστεροειδών ορμονών αυξάνεται και πιθανόν να είναι η αιτία της γλυκοζουρίας στην εγκυμοσύνη. Επίσης αυτές θεωρούνται υπεύθυνες για την υπέρταση και τις ραβδώσεις στο δέρμα.

Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα

Η περισσότερο εμφανής αλλαγή στο ουροποιητικό σύστημα κατά την εγκυμοσύνη είναι η διάταση της νεφρικής πυέλου και των ουρητήρων. Η διάταση αυτή οφείλεται στη χαλάρωση, που αποδίδεται στη δράση της προγεστερόνης στο μυϊκό χιτώνα. Η διάταση είναι πιο έντονη δεξιά λόγω της πίεσης της εγκύμωνος μήτρας.

Επίσης οι νεφροί αυξάνουν σε μέγεθος κατά 1cm και σε βάρος κατά 500gr.

Στους νεφρούς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διαπιστώνεται αύξηση της πλασματοκάθαρσης με αποτέλεσμα τη μείωση της ουρίας και κρεατίνης στο αίμα. Περισσότερες από 50% των εγκύων παρουσιάζουν γλυκοζουρία, που είναι αποτέλεσμα της αυξημένης πλασματοκάθαρσης, η οποία δε συνοδεύεται από ανάλογη επαναπορρόφηση της γλυκόζης στα

σπειροειδή σωληνάκια. Επειδή και ο σακχαρώδης διαβήτης επίσης προκαλεί γλυκοζουρία, στην κλινική εξέταση θα πρέπει να ερευνηθεί, πριν η γλυκοζουρία της εγκυμοσύνης αποδοθεί στην αυξημένη πλασματοκάθαρση.

Η νεφρική λειτουργία στην εγκυμοσύνη επηρεάζεται από τη στάση του σώματος της εγκύου. Όταν η έγκυος είναι ξαπλωμένη, υπάρχει αύξηση της ροπής των ούρων.

Αλλαγές στους μαστούς

Οι αλλαγές στους μαστούς είναι αποτέλεσμα της ορμονικής δράσης. Εμφανίζονται από την αρχή της εγκυμοσύνης και είναι τόσο χαρακτηριστικές, ώστε αποτελούν διαγνωστικά σημεία της εγκυμοσύνης. Τα οιστρογόνα επιδρούν και αναπτύσσουν τους γαλακτοφόρους πόρους και η προγεστερόνη τον αδενικό ιστό. Η πλακτίνη (Prolactin) επιδρά στην παραγωγή του πύατος (colostrum).

Οι αλλαγές στους μαστούς κατά ηλικία εγκυμοσύνης είναι:

0-4^η εβδομάδα: Αίσθηση βελονισμών και διάτασης, που αποδίδεται στην αύξηση της αιμάτωσης.

4^η-6^η εβδομάδα: Αύξηση των μαστών και επώδυνη διάταση, που αποδίδεται στην ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και του αδένου.

6^η-8^η εβδομάδα: Ορατές, διευρυμένες φλέβες.

8^η-12^η εβδομάδα: Εμφανίζονται τα φυμάτια του Montgomery στη άλω. Επίσης εμφανίζεται χλόασμα (σκούρες κηλίδες) γύρω από την άλω. Εκκρίνεται ορώδες υγρό από τη θηλή που τη διατηρεί μαλακή.

12^η-16^η εβδομάδα: Εκκρίνεται το πύαρ.

Τελευταίο τρίμηνο: Αυξάνεται η παραγωγή του πύατος, το οποίο μπορεί να ρέει από τους μαστούς. Η θηλή γίνεται περισσότερο προεξέχουσα και κινητή με την επίδραση της προγεστερόνης. (4)

7. β) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Η εγκυμοσύνη συνοδεύεται από έναν αριθμό βιολογικών και σωματικών αλλαγών που συχνά βιώνονται με αμφιθυμία και σύγχυση τόσο από τη γυναίκα όσο και από το σύντροφό της. Οι σωματικές αλλαγές που είναι αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης δεν είναι ανάλογες με οποιεσδήποτε αλλαγές που οφείλονται σε άλλες αιτίες. Είναι η σχέση της γυναίκας με τη θηλυκότητά της και με τη μητρότητα που προσδιορίζουν το βίωμα της εγκυμοσύνης στο βιολογικό επίπεδο και χρωματίζουν ανάλογα την αίσθηση που δημιουργούν οι αλλαγές στο σώμα.

Η γυναίκα που απορρίπτει ή αρνείται το σώμα της θα θεωρήσει την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα δύσκολες ή και αντιφατικές εμπειρίες (Hees-Stauthamer, 1985, Oakley, 1980). Ο Menninger (1943) αποδίδει τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης στην απόρριψη του γυναικείου ρόλου, ενώ μετριοπαθέστερες απόψεις τα ερμηνεύουν με βάση τις αναπόφευκτες συγκρούσεις και την αμφιθυμία (Chertok, 1973) Gressot (1959), υιοθετώντας μια περισσότερο γνωστική προσέγγιση, αναφέρεται στην αδυναμία συγκερασμού των αντιφατικών στοιχείων της προσωπικότητας.

Αυτή η αδυναμία παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις αν αναλογιστούμε τις κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες μέσα στις οποίες συντελείται η εγκυμοσύνη. Για παράδειγμα, δεν μπορεί κανείς να παραγνωρίσει την κοινωνικά προσδιορισμένη αντίφαση που ζει η γυναίκα της σύγχρονης δυτικής κοινωνίας ανάμεσα στο προβαλλόμενο στερεότυπο της γυναικείας ομορφιάς και στην αρχέτυπη εικόνα του μητρικού συμβόλου. Το πρότυπο

της γυναικείας ομορφιάς και θηλυκότητας, όπως προβάλλεται σήμερα, δεν έχει κανένα κοινό στοιχείο με τη γυναικεία μορφή στην εγκυμοσύνη.

Η εικόνα της αδύνατης γυναίκας με τα στενά μπλουτζίν, τους τονισμένους ώμους, το μικρό ελεύθερο στήθος, έτσι όπως παρουσιάζεται μέσα από τις διαφημίσεις, την τηλεόραση, τον Τύπο, αντιστρατεύεται την εικόνα του μητρικού συμβόλου, της πληθωρικής γυναίκας, με τους φαρδύς γοφούς, το πλούσιο στήθος και τις τονισμένες θηλές. Συχνά η έγκυος γυναίκα που δεν έχει τύχει, παρά μόνο σπάνια, να παρακολουθήσει άλλη εγκυμοσύνη μέσα στον οικείο χώρο της, τρομάζει με τις αλλαγές που υφίσταται το σώμα της και σκέπτεται ότι πρέπει να οπλιστεί με υπομονή για να ξεπεράσει μια άσχημη, κουραστική και γεμάτη στερήσεις περίοδο της ζωής της. Κουραστική κυρίως, διότι πρέπει να διαχωρίζει επιμελώς το ρόλο της γυναίκας από το ρόλο της μελλοντικής μητέρας.⁽⁵⁾

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι συχνά οι έγκυες γυναίκες κατηγορούνται από τους τρίτους, αλλά και από τους γιατρούς, ότι το άγχος τους και η αγωνία τους είναι παράλογα συναισθήματα. Οι φόβοι των γυναικών, ότι κάτι μπορεί να συμβεί στο μωρό τους ή σε αυτές τις ίδιες, θεωρούνται αβάσιμοι και αδικαιολόγητοι. Συχνά επίσης το άγχος αυτό ερμηνεύεται σαν ένα παθολογικό φαινόμενο. Από άλλους πάλι εκφράζεται η άποψη ότι το άγχος είναι μια αντίδραση προσαρμογής και ότι ακριβώς αυτή η αντίδραση διευκολύνει την ανάπτυξη μιας επιτυχημένης αντιμετώπισης. Οι Lumley & Astbury (1982) υποστηρίζουν ότι και οι δύο θέσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν κάποιο μέρος της αλήθειας.

Δεν μπορεί να αμφισβητηθεί πως η έγκυος γυναίκα είναι πιο ευάλωτη και ευπαθής. Τη χαρακτηρίζει μια ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση υπερευαισθησίας. Ο Winnicott (1956) περιγράφει την «*πρωταρχική μητρική έγνοια ή ανησυχία*», που αρχίζει τον τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης και διαρκεί μέχρι και τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, σαν μια

ειδική ψυχιατρική κατάσταση, η οποία κάτω από άλλες συνθήκες θα χαρακτηριζόταν παθολογική.

Γενικά φαίνεται να υπάρχει συμφωνία, πως οι περισσότερες γυναίκες στην εγκυμοσύνη δεν παρουσιάζουν αυξημένες ψυχοπαθολογικές διαταραχές έχουν όμως ρεαλιστικές αγωνίες και φόβους γύρω από τον τοκετό και την υγεία του βρέφους.⁽⁹⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η ακριβής γνώση της ηλικίας του εμβρύου επιβάλλεται για τη γενική μαιευτική διευθέτηση. Γι' αυτό πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στο σπουδαίο αυτόν υπολογισμό. Η μονάδα που χρησιμοποιούμε κλινικά πρέπει να είναι η κάθε συμπληρωμένη βδομάδα κύησης.

Ο μέσος όρος διάρκειας της κύησης υπολογίζεται από την 1^η μέρα της τελευταίας εμμηνόρροιας και είναι 280 μέρες. Αυτό έχει επιβεβαιωθεί και από έρευνες του Nakano Που έγιναν το 1972. Ένας εύκολος τρόπος για να βρούμε την πιθανή ημερομηνία τοκετού είναι να προσθέσουμε 7 ημέρες στην ημερομηνία της τελευταίας εμμηνόρροιας και να αφαιρέσουμε 3 μήνες. Π.χ. Η τελευταία εμμηνόρροια 1 Ιανουαρίου και 7 δίνει 8 Ιανουαρίου, έξω 3 μήνες, μας δίνει 8 Οκτωβρίου.

Ο κλινικός γιατρός χρησιμοποιεί σαν ηλικία της κύησης την ηλικία της εμμηνόρροιας. Ο βιολόγος και ο εμβρυολόγος χρησιμοποιούν την ηλικία της γονιμοποίησης, που τυπικά είναι 2 εβδομάδες μικρότερη. Συνηθίζεται η εγκυμοσύνη να χωρίζεται σε 3 τρίμηνα. Το κάθε ημερολογιακό τρίμηνο αντιστοιχεί με 13 εβδομάδες. Το μέτρημα αυτό δεν είναι απόλυτο και πρέπει να αποφεύγεται. Όπως είπαμε παραπάνω, μονάδα μέτρησης της κύησης του 3^{ου} τριμήνου, διευθετείται διαφορετικά, ανάλογα με το αν συμβαίνει στην αρχή ή στο τέλος του 3^{ου} τριμήνου. Ακόμα και μια βδομάδα περισσότερο ή λιγότερο έχει την ανάλογο επίπτωση στο έμβρυο.

Ο μειωτικός πίνακας που υπάρχει παρακάτω, (Πίνακας 1) μας δίνει αμέσως την πιθανή ημερομηνία τοκετού.⁽⁷⁾

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ιανουάριος Οκτώβριος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Ιανουάριος Νοέμβριος
Φεβρουάριος Νοέμβριος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8	Φεβρουάριος Δεκέμβριος
Μάρτιος Δεκέμβριος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8	Μάρτιος Ιανουάριος
Απρίλιος Ιανουάριος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7	Απρίλιος Φεβρουάριος
Μάιος Φεβρουάριος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Μάιος Μάρτιος
Ιούνιος Μάρτιος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ιούνιος Απρίλιος
Ιούλιος Απρίλιος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Ιούλιος Μάιος
Αύγουστος Μάιος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Αύγουστος Ιούνιος
Σεπτέμβριος Ιούνιος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Σεπτέμβριος Ιούλιος
Οκτώβριος Ιούλιος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Οκτώβριος Αύγουστος
Νοέμβριος Αύγουστος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Νοέμβριος Σεπτέμβριος
Δεκέμβριος Σεπτέμβριος	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Δεκέμβριος Οκτώβριος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9. α) ΠΟΡΕΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ 1^ο-9^ο ΜΗΝΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Ένας άνθρωπος γεννιέται

Πρώτος μήνας: Περίπου την 21^η μέρα της ζωής του το έμβρυο δεν ξεπερνά τα δύο χιλιοστά, μικρότερο από ένα κόκκο ρυζιού! Στο εσωτερικό σχηματίζεται ο νωτιαίος μυελός που έχει πάχος κλωστής.

Στο ένα άκρο σχηματίζεται ένα εξόγκωμα. Είναι το μελλοντικό κεφάλι, μέσα στο οποίο υπάρχει ήδη ένας στοιχειώδης εγκέφαλος. Στο άλλο άκρο σχηματίζεται ένα εξόγκωμα πιο μικρό, που αργότερα θα είναι η επόληξη της σπονδυλικής στήλης, ο κόκκυγας.



Η καρδιά είναι υποτυπώδης, και δε μοιάζει καθόλου με τη μορφή που θα έχει μερικούς μήνες αργότερα.

Την καρδιά τώρα αποτελεί ένας σωλήνας, που σχηματίζεται από τη συνένωση δύο αιμοφόρων αγγείων στα οποία παρατηρούνται σπασμωδικές συστολές.

Η κυκλοφορία είναι υποτυπώδης η καρδιά πάλλεται λειτουργεί!

Κατά την εμβρυϊκή ζωή το φλεβικό και το αρτηριακό αίμα ανακατεύονται διαμέσου της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας. Μόλις όμως το έμβρυο αποχωρισθεί από τον πλακούντα και αρχίσει να αναπνέει από τους πνεύμονες, καταργείται η λειτουργία ορισμένων διόδων της καρδιάς, όπως είναι ο αράντειος πόρος, ο βοτάλειος πόρος, το ωοειδές τρήμμα και οι ομφαλικές αρτηρίες. Έτσι το φλεβικό αίμα κυκλοφορεί από τη στιγμή αυτή χωριστά από το αρτηριακό.

Σε περίπτωση που οι πόροι αυτοί δεν κλείσουν αλλά παραμείνουν ανοιχτοί, έχουμε τις περιπτώσεις των καρδιοπαθειών.

Η εμβρυϊκή καρδιά αρχίζει να λειτουργεί την τέταρτη εβδομάδα της εγκυμοσύνης περίπου. Η συχνότητα των καρδιακών παλμών του εμβρύου είναι 130-150 το λεπτό. Τα αρσενικά έμβρυα παρουσιάζουν λιγότερους και δυνατότερους καρδιακούς παλμούς, ενώ τα θηλυκά έμβρυα συχνότερους και ασθενέστερους. καλό θα είναι να μην βασιζόμαστε σε αυτό το φαινόμενο για να πούμε αν το έμβρυο είναι αγόρι ή κορίτσι.

Τον πρώτο μήνα το έμβρυο έχει μήκος 5 χιλιοστόμετρα. Σε τίποτα δεν μοιάζει με ανθρώπινη μορφή. Περισσότερο μοιάζει με γυρίνο. Στο ένα άκρο το κεφάλι – εξόγκωμα σχηματίζει ορθή γωνία με την πλάτη. Στην κοιλιά, η καρδιά, σαν μια προεξοχή, πίσω από μια μικρή απόφυση σε σχήμα ουράς.

Θεμέλιο για σωστή δομή και εξέλιξη

Δεύτερος μήνας: Οι δύο πρώτοι μήνες είναι το θεμέλιο για τη σωστή δομή και την πιο πέρα εξέλιξη του εμβρύου. Τους υπόλοιπους επτά μήνες θα εξελιχθούν και θα τελειοποιηθούν τα διάφορα συστήματα.

Στην αρχή του δεύτερου μήνα το κεφάλι του εμβρύου αρχίζει μέρα με τη μέρα να ξεχωρίζει καθαρά από τη ράχη. Στο πρόσωπο διαγράφονται τα μάτια, το στόμα, τα χείλη, η μύτη, που μπορούν **φανταστικά να υποτεθούν** και που μέρα με τη μέρα παίρνουν μια πιο συγκεκριμένη ανθρώπινη μορφή.

Τα άκρα έχουν την όψη έκφυσης που σιγά-σιγά μακραίνουν και φαρδαίνουν. Τα κάτω άκρα έχουν αρχικά το ίδιο μήκος με τα άνω άκρα για να διαφοροποιηθούν μέρα με τη μέρα και από ακαθόριστες εκφύσεις να μοιάζουν με πτερύγια.

Στο πρόσωπο, τα μάτια τώρα φαίνονται καθαρά. Είναι πολύ απομακρυσμένα το ένα από το άλλο. Βρίσκονται σχεδόν στις άκρες του φαλακρού ρόδινου κεφαλιού. Στο εσωτερικό του οργανισμού το πεπτικό σύστημα διαγράφεται με την εμφάνιση του στομαχιού.

Στο τέλος της εβδομης εβδομάδας αρχίζει η οστεοποίηση του σκελετού, που θα συνεχισθεί για πολλά χρόνια και θα τελειοποιηθεί με την ενηλικίωση του ανθρώπου.

Μέσα σε 15 ημέρες 110 κομμάτια μαλακών ιστών θα μεταβληθούν μέρα με τη μέρα σε σκληρυνόμενα οστά, που θα μπορούν να κινούνται στις αρθρώσεις.

Είναι πια 3 εκατοστά και μοιάζει με άνθρωπο.

Από το έμβρυο ξεφεύγει ένα κορδόνι που καταλήγει σε ένα σπόγγο με κόκκινες και γαλάζιες ραβδώσεις. Έτσι όπως φαίνεται συνδεδεμένο με τον πλακούντα μοιάζει να το νανουρίζει, να το φροντίζει, να το τρέφει.

Είναι η ίδια η μάνα του. Όλα είναι φτιαγμένα τόσο σωστά, τόσο λογικά! Είναι δυνατό να λένε πως το ανθρώπινο πλάσμα είναι μια παραξενιά της φύσης και όχι μεγαλείο. Δημιούργημα του Θεού: Έχει συμοληρωθεί η όγδοη εβδομάδα. Το βάρος του είναι 11 γραμμάρια, όσο ένα δακτυλίδι!

Μέσα σε δύο μήνες το έμβρυο ώρα με την ώρα, μέρα με τη μέρα, έκτισε, σχημάτισε και δημιούργησε την ανθρώπινη υπόστασή του. Και όλα αυτά συμβαίνουν με ένα ρυθμό που φέρνει ίλιγγο!

Κορίτσι ή αγόρι;

Τρίτος μήνας: Μήνας τρίτος. Ο πλακούντας είναι τέλεια σχηματισμένος, ενώ ο ομφάλιος λώρος σχηματισμένος και κλειστός, μακραίνει και ξεπροβάλλει από την κατώτερη άκρη του σώματος.

Το πρόσωπο αρχίζει να παίρνει πιο ανθρώπινη μορφή. Τα μάτια συμπλησιάζουν μεταξύ τους, τα βλέφαρα αναπτύσσονται και καλύπτουν το μάτι, για να προστατέψουν το βολβό που διπλασιάζεται. Το στόμα, τα χείλη, η μύτη και τα ρουθούνια καθαρά. Τα αυτιά μοιάζουν με δύο μικρές σχισμές στο πλάι. Τα πόδια μακραίνουν πιο γρήγορα απ'ότι τα χέρια. Στα δάκτυλα αρχίζουν να δημιουργούνται τα νύχια. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αρχίζουν να διαφοροποιούνται.

Αν και το φύλο του εμβρύου είναι ήδη καθορισμένο από τη στιγμή της σύλληψης, έως τη στιγμή αυτή είχε ταυτόχρονα γυναικεία και ανδρικά γεννητικά όργανα. το φύλο του εμβρύου φαίνεται τώρα πιο καθαρά, εάν είναι αγόρι ή κορίτσι.

Στο εσωτερικό του οργανισμού το συκώτι έχει σημαντικά αναπτυχθεί, τα νεφρά κάνουν την εμφάνισή τους. Τα έντερα σχηματίζονται και αρχίζουν να περιελίσσονται.



Το γένος του μωρού φαίνεται καθαρά!

Η οστεοποίηση του σκελετού συνεχίζεται, η σπονδυλική στήλη διαγράφεται καθαρά. Το δέρμα είναι τόσο λεπτό και διάφανο που από κάτω φεγγίζει όλο το αγγειακό σύστημα. Το έμβρυο τώρα μπορεί και κινεί ελαφρά και αδύναμα τα χέρια, τα πόδια, σφίγγει τις γροθιές του, κουνάει το κεφαλάκι και ακόμη ανοίγει το στόμα και καταπίνει.

Προς το παρόν η μητέρα δεν αισθάνεται τα σκιρτήματα του εμβρύου. Μέσα σε ένα μήνα το μήκος του εμβρύου τριπλασιάστηκε και το βάρος του τετραπλασιάστηκε: Είναι πια τριών μηνών έχει μήκος 9 εκατοστά, και βάρος 45γρ., ένα σωστό μωράκι, ένας άνθρωπος ακόμη.

Τα πρώτα σκιρτήματα

Τέταρτος μήνας: Το πρόσωπο διαγράφεται καθαρά, έχει ανθρώπινη μορφή, ενώ το κεφάλι είναι σχετικά ανάλογο με το υπόλοιπο σώμα. Το σώμα καλύπτεται από το δέρμα και φαίνεται διάφανο και καλυμμένο από λεπτότατο χνούδι.

Οι αδένες αρχίζουν να λειτουργούν, όπως είναι οι σμηγματογόνοι οι ιδρωτοποιοί και ακόμη οι αδένες του πεπτικού συστήματος, της χολής και του στομαχιού.

Στο κεφάλι αρχίζουν να εμφανίζονται τα πρώτα μαλλιά! Στα γεννητικά όργανα διαγράφονται καθαρά τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, η κλειτορίδα, ακόμη και η πόσθη. Τα όργανα αναπαραγωγής μπουμπούκιασαν κιόλας!

Η καρδιά κτυπά δυο φορές ταχύτερα από ότι χτυπά στον ενήλικο. Το έμβρυο τώρα αρχίζει να λικνίζεται μέσα στον αμνιακό σάκο, που περιέχει υγρό. Αυτό είναι μια αλμυρή διάλυση, που το βοηθά να μην υπολογίζει το νόμο της βαρύτητας και το προφυλάσσει από τα τραντάγματα που άθελα προκαλούν οι κινήσεις της μητέρας, μάλιστα, του προσφέρει τον πρώτο καιρό τροφή. Σύμφωνα με μια πολύπλοκη και δύσκολα κατανοητή διαδικασία, κατορθώνει να καταπίνει ένα μέρος, να απορροφά ένα άλλο, ένα ακόμη να αποβάλλει και να ξαναρχίζει από την παραγωγή! Έτσι η κατάποση χρησιμεύει αφ'ενός για να ρυθμίσει την ποσότητα του αμνιακού υγρού και αφ'ετέρου για να πάρει το έμβρυο από το αμνιακό υγρό 18% από τις πρωτεΐνες που του χρειάζονται και 13% από το άζωτο. Έτσι ρυθμίζει μόνο του τις βιολογικές του ανάγκες.

Σε σχετικά πειράματα ο **De Snoo** έδειξε ότι όταν βάλουν ζαχαρίνη στο αμνιακό υγρό το έμβρυο το καταπίνει με μεγαλύτερη ταχύτητα, ενώ όταν βάλουν Lipiodol (έχει δυσάρεστη γεύση) το έμβρυο κάνει μορφασμούς και κλαίει!

Τριγύρω του υπάρχει μια ατέλειωτη αναταραχή. Μια εισπνοή – εκπνοή ασταμάτητη, ένα λαχάνιασμα, ένα μυρμήγκιασμα, ένα φούσκωμα, ένα θρόισμα, μια αέναη έκρηξη, κινήσεις που η έγκυος μητέρα αισθάνεται σαν φτερούγισμα, σαν σκίρτημα μέσα στα σπλάχνα της! Στο κατά Λουκά Ευάγγελο η Ελισάβετ λει (κατά Λουκάν 1,44) *«Μόλις ήχησε στα αυτιά μου η φωνή του χαιρετισμού σου σκίρτησε από χαρά το βρέφος μέσα στα σπλάχνα μου».*



Έρευνες απέδειξαν επίσης ότι:

Το έμβρυο ανοίγει τα μάτια από τη δεκάτη έκτη εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής του. Ακόμη, γυμνάζει όλο και πιο συχνά τα μέλη του, καθώς προχωρά η ενδομήτρια ζωή του. Στο τέλος του τέταρτου μήνα το μήκος του εμβρύου είναι δεκαέξι εκατοστά και το βάρος του 270γρ.

Άκουσμα πρώτων καρδιακών παλμών

Πέμπτος μήνας: Το δέρμα τώρα από διάφανο γίνεται μεταξένιο με ένα χνούδινο στρώμα, που αρχίζει από το πρόσωπο, απλώνεται και καλύπτει όλη την επιφάνεια του σώματος. Τώρα αρχίζουν οι σμηγματογόνοι αδένες να παράγουν ένα λιπαρό έκκριμα το **σμήγμα**, που χρησιμεύει για να μη μουσκεύει το δέρμα του εμβρύου από το αμνιακό υγρό. Τα γεννητικά όργανα φαίνονται πιο καθαρά. Η κλειτορίδα, τα μεγάλα χείλη παίρνουν πια μια τελειότερη συγκεκριμένη μορφή.

Το έμβρυο αρχίζει τώρα πια να κινείται πιο ζωηρά μέσα στη μήτρα. Οι κινήσεις του, που όπως είπαμε, λέγονται **σκιρτήματα**, τώρα γίνονται πιο θαρρετές, πιο ζωηρές και ακόμη πιο συχνές, όσο θα προχωρεί η εγκυμοσύνη και όσο αυτό θα μεγαλώνει.

Τα σκιρτήματα θα λιγοστεύουν όταν πλησιάζει ο τοκετός. Τότε ο χώρος που έχει στη διάθεσή του μέρα με τη μέρα ελαττώνεται και δεν έχει ευχέρεια στις κινήσεις του. Ψάχνει, ψάχνει να βρει βολική θέση για να βουλευτεί. Όταν η μαμά κοιμάται, το μωρό αρχίζει να κινείται. Όταν η μαμά συζητά ηρεμεί, αφουγκράζεται και ακούσει, έχει ήδη αισθήσεις.

Περίπου αυτή την εποχή, μερικές φορές και πολύ νωρίτερα ακούγονται οι καρδιακοί παλμοί με το στηθοσκόπιο.



*Εγκυμοσύνη στον πέμπτο μήνα
Προσέξτε τη θέση της και τη σχέση της με τα γειτονικά όργανα*

Βρισκόμαστε στο τέλος του πέμπτου μήνα ή της εικοστής εβδομάδας (καλό θα είναι να γνωρίζουμε ότι στο εξωτερικό η εγκυμοσύνη μετρείται όχι με τους μήνες αλλά με τις εβδομάδες). Την εποχή αυτή, έχει αποδειχθεί ότι το έμβρυο έχει συναισθηματικές και ακουστικές αντιδράσεις, δηλαδή μπορεί να αντιληφθεί ήχους του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Στο τέλος του 5^{ου} μήνα το έμβρυο έχει μήκος 25 εκ. και βάρος 600 γρ. Η μεγάλη περίοδος της ανάπτυξης σταματά εδώ.

Το μήκος του θα διπλασιασθεί, το βάρος του όμως θα εξαπλασιαστεί, αφού τα 600γρ. θα γίνουν περίπου 3.300 γρ. Το έμβρυο την εποχή αυτή γεννιέται ζωντανό, δεν φωνάζει όμως ούτε και είναι βιώσιμο. Στον θώρακα φαίνονται οι καρδιακοί παλμοί και μερικές φορές αναπνευστικές κινήσεις που σιγά-σιγά σβήνουν.

Το έμβρυο αντιδρά στους ήχους

Έκτος μήνας: Είναι ο μήνας με τις εκπλήξεις! Έχει μήκος 35εκ. και βάρος 1.000γρ. Ζυγίζει κιόλας ένα κιλό! Το σμήγμα καλύπτει όλο το σώμα του μέρα με τη μέρα. Τα βιολογικά συστήματα αναπτύσσονται, τελειοποιούνται, είναι όμως τόσο ανώριμο ακόμη!

Προς το τέλος του έκτου μήνα θα έχει περίπου διαμορφωθεί βιοσωματικά. Οι αισθητήριες ικανότητες αναπτύσσονται και εξελίσσονται στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής. Πριν από τον έβδομο μήνα καμιά αίσθηση δεν είναι τέλεια αναπτυγμένη. Οι αισθήσεις αναπτύσσονται προοδευτικά, λένε οι ερευνητές, με μια θαυμαστή αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

Η **Μαρί Κλαιρ Μπυσνέ** ειδικευμένη στη φυσιολογία της ακουστικής, στο Μαιευτήριο Μπωτελόκ του Παρισιού ερευνά με μια μορφή φτάνουν οι ήχοι στο έμβρυο. Ακόμη μελετά τις αντιδράσεις του εμβρύου στους ήχους. Ένα τέτοιο πείραμα που έγινε είναι και το εξής:

Ο ειδικός που κάνει το υπερηχογράφημα, εντοπίζει το σημείο που βρίσκεται το κεφαλάκι του εμβρύου. Σε απόσταση 25εκ. τοποθετείται το μεγάφωνο που εκπέμπει ήχο σαν το βόμβο του αεροπλάνου, μετά από δευτερόλεπτα ο ρυθμός της καρδιάς του εμβρύου επιταχύνεται, όταν

αυξήθηκε η ένταση του ήχου για να ηρεμήσει σε λίγο. Ενώ στην οθόνη φαίνεται καθαρά η κίνηση των χεριών και των ποδιών!



Έκπληξη προκαλεί ότι: Όταν ο ήχος επαναληφθεί οι αντιδράσεις ελαττώνονται και μετά την τέταρτη με πέμπτη επανάληψη εξαφανίζονται! Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται **εξοικείωση**. Ο γιατρός **Άλφρεντ Τοματίς** υποστηρίζει ότι: η ακοή του εμβρύου είναι ολοκληρωμένη στους τεσσεράμισι μήνες, ότι το έμβρυο ακούει τους ήχους που παράγει η μητέρα μέσω των οστών και επηρεάζεται ο ψυχισμός του.

Ακούει δυνατούς ήχους, απαλούς ήχους, μουσική.

Τα εβδομηνίτικα

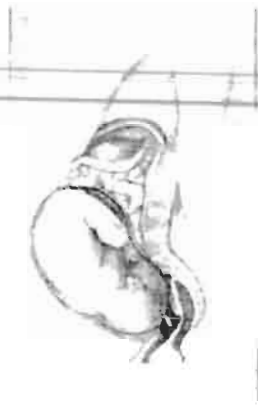
Έβδομος μήνας: Η παράδοσή μας πιστεύει ότι τα έμβρυα είναι πιο αδύνατα τον όγδοο μήνα από ότι τον έβδομο. Ο Ιπποκράτης, πατέρας της ιατρικής, πίστευε ότι τα παιδιά γεννιούνται χρησιμοποιώντας δική τους δύναμη.

Έλεγε, ότι τον έβδομο μήνα προσπαθούσαν χρησιμοποιώντας τη δύναμή τους να γεννηθούν. Όταν δεν είχαν αρκετή δύναμη, ξαναπροσπαθούσαν τον όγδοο μήνα, πολλές φορές όμως επειδή ήδη ήταν κουρασμένα από την πρώτη προσπάθεια πέθαιναν.

Τον έβδομο μήνα το έμβρυο έχει μορφή γεροντική, το δέρμα του είναι ζαρωμένο και στεγνό χωρίς ίχνος λίπους να το στηρίζει. Τα νεύρα και οι μύες αρχίζουν να τελειοποιούνται, τα αισθητήρια όργανα αναπτύσσονται.

Το σώμα του είναι αδύνατο και λεπτεπίλεπτο. Το εφταμηνίτικο έμβρυο μόλις γεννηθεί, αναπνέει, φωνάζει, κουνάει χέρια και πόδια προς κάθε σημείο και ανοιγοκλείνει τα μάτια του. Η κόρη του ματιού όμως είναι ακόμη σκεπασμένη με μια λεπτή μεμβράνη.

Κάθε μέρα, κάθε εβδομάδα, μήνας που περνά το έμβρυο χτίζει, προσθέτει, τελειοποιεί, προσαρμόζει, ευαισθητοποιεί κάθε οργανικό λειτουργικό τους σύστημα.



*Εγκυμοσύνη στον έβδομο μήνα:
Το μέγALLOWMA του εμβρύου απωθεί όλο
και περισσότερο τα γειτονικά όργανα*

Ένα τέλειο μωρό!

Όγδοος μήνας: Τα διάφορα οργανικά συστήματα έχουν σχηματισθεί! Μερικά ήδη λειτουργούν και άλλα θα λειτουργήσουν αμέσως μετά τη γέννηση του εμβρύου, όπως το στομάχι, τα έντερα, τα νεφρά.

Η καρδιά υπολειτουργεί, μιας και όταν το έμβρυο γεννηθεί, αλλάζει ο τρόπος λειτουργίας της. Το δέρμα είναι τώρα λιγότερο κόκκινο και πάει να γίνει τριανταφυλλί. Έχει περισσότερο λίπος και είναι λιγότερο ζαρωμένο. Το χνούδι σιγά-σιγά εξαφανίζεται και το δέρμα καλύπτεται από κιτρινωπό λίπος που εκκρίνουν οι σμηγματογόνοι αδένες. Έχει βάρος 2.500γρ. και μήκος 40εκ. Αν γεννηθεί τώρα, έχει πολλές πιθανότητες να ζήσει.

Ο μήνας της αναμονής

Ένατος μήνας - Τα χαρακτηριστικά του εμβρύου είναι: Το μήκος, το βάρος, οι περιμέτροι και οι διάμετροι του κεφαλιού και του κορμιού του, οι αναλογίες των άκρων, ο τέλειος σχηματισμός των γεννητικών οργάνων, τα μαλλιά στο κεφαλάκι του. Στη μύτη και στα αυτιά το δέρμα γίνεται πιο σκληρό.

Ακόμη τα νυχάκια των ποδιών φθάνουν ως την άκρη των δακτύλων και τα νύχια των χεριών ξεπερνούν τα δακτυλάκια! Ο θύμος αδένας είναι πολύ μεγάλος, ο σπλήνας το ίδιο και το συκώτι του ακόμη μεγαλύτερο, ξεπερνά τις πλευρές και γεμίζει σχεδόν την κοιλιά του.

Το ότι κάνει το έμβρυο πιπίλα με το δάκτυλό του είναι αποδεδειγμένο μια και μερικά γεννιούνται με το δάκτυλο γδαρμένο από το πολύ βύζαγμα!

Τώρα κουνιέται περισσότερο από κάθε άλλη φορά. Έχουν υπολογισθεί έως και 200 κινήσεις την ημέρα.

Είναι πια έτοιμο να γεννηθεί. Ζυγίζει κατά μέσο όρο 3.250γρ. και έχει μήκος 50εκ. Είναι πια ένα τέλειο νεογνό, όχι όμως και τέλειος άνθρωπος.

Η ενδομήτρια ζωή τελείωσε, ένα άλλο στάδιο ανάπτυξης θα αρχίσει. Μόνο μετά από μερικά χρόνια θα συμπληρωθεί η ανάπτυξή του, η άνθισή του, η αυτοτέλεια και η ολοκλήρωσή του.⁽²⁾



*Εγκυμοσύνη στον ένατο μήνα
Το μέγλωμα του εμβρύου
έχει κάνει κατάληψη του χώρου!*



*Εγκυμοσύνη στον ένατο μήνα
Όπως φαίνεται όταν ανοίξει
το τοίχωμα της κοιλιάς*

9. β) Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΤΟΥ ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ, ΤΟΥ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΣΑΚΟΥ ΚΑΙ ΥΓΡΟΥ

Πως τρέφεται και αναπνέει το έμβρυο

Στη συνέχεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης θα αναφερθούμε στον τρόπο που το έμβρυο μέσα στη μήτρα τρέφεται και αναπνέει.

Το οξυγόνο και η τροφή είναι στοιχεία εντελώς απαραίτητα για την ανάπτυξή του. Στην εμβρυϊκή ζωή όμως το έμβρυο δεν χρησιμοποιεί το

στόμα, ούτε και το πεπτικό σύστημα για να τραφεί. Επίσης, δε λειτουργούν οι πνεύμονες για να αναπνεύσει.

Τις δύο αυτές λειτουργίες στην εμβρυϊκή ζωή αναλαμβάνουν ο πλακούντας ή ύστερο και ο ομφάλιος λώρος ή λούρος όπως τον λένε πολλές.

Στη Μαιευτική, τα δύο αυτά όργανα τα ονομάζουνε προσαρτημένα όργανα, γιατί είναι προσωρινά μιας και μετά τον τοκετό είναι πια άχρηστα.

Ο τοκετός τελειώνει μόνο αού βγει το ύστερο, ο πλακούντας. Τότε μόνο λέμε πως η μητέρα λευτερώθηκε, ο τοκετός τελείωσε. Ο πλακούντας και ο ομφάλιος λώρος είναι όργανα εξαρτώμενα το ένα από το άλλο. Το καθένα όμως έχει δική του καθορισμένη εργασία.

Τι είναι ο πλακούντας ή ύστερο ή ντύμα

Διευθυντή ορχήστρας χαρακτήρισαν τον πλακούντα στο πέμπτο διεθνές συνέδριο που έγινε στη **Γαλλία**. Η λέξη πλακούντας στην αρχαία ελληνική γλώσσα καθώς και στην αντίστοιχη λατινική Placenta, σημαίνει γλύκισμα και όταν έχει σχηματισθεί και τελειοποιηθεί, έχει λένε, την εμφάνιση σπογγώδους γλυκίσματος.

Το έμβρυο στην αρχή της ζωής του τρέφεται από το πρωτόπλασμα του ωαρίου και ακόμη ίσως από ουσίες που απορροφά από τα τοιχώματα της σάλπιγγας, την ώρα που περνά από εκεί.

Μόλις όμως φθάσει μέσα στη μήτρα, ακουμπά στο τοίχωμά της, που λέγεται ενδομήτριο. Τότε το εξωτερικό περίβλημα του ωαρίου βγάζει χιλιάδες μικρές ίνες που χώνονται και ριζώνουν στο ενδομήτριο.

Οι ίνες αυτές, που τις λέμε χοριακά τριχίδια, με διαπήδηση και διήθηση αντλούν από το μητρικό οργανισμό **οξυγόνο, υδατάνθρακες,**

λεύκωμα, λίπος, λιποειδή, άλατα, σίδηρο, γαλακτοζάχαρη, βιταμίνες και ορμόνες.

Τα χοριακά τριχίδια πολλαπλασιάζονται την τέταρτη εβδομάδα.

Τώρα σε ένα τμήμα του εξωτερικού περιβλήματος του ωαρίου οι ίνες αντικαθίστανται από λεία επιφάνεια, που την λένε **εμβρυϊκή** επιφάνεια.

Στο υπόλοιπο τμήμα, που υπάρχουν τα χοριακά τριχίδια, αυτά πολλαπλασιάζονται, αναπτύσσονται και διακλαδιζόμενα χώνονται βαθύτερα στο ενδομήτριο της μήτρας.

Έτσι σχηματίζεται ο πλακούντας.

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

Στη μητρογενή επιφάνεια διακρίνουμε ομάδες από χοριακά τριχίδια. Οι ομάδες αυτές ονομάζονται κοτυληδόνες και υπολογίζονται στο τέλος της εγκυμοσύνης σε οκτώ έως δώδεκα.

Σε τι χρησιμεύει ο πλακούντας:

Μετά την ένατη εβδομάδα και σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο πλακούντας αναλαμβάνει τη διατροφή και την οξυγόνωση του εμβρύου.



Ο πλακούντας παίρνει από το μητρικό αίμα τις πρώτες ύλες και το οξυγόνο και τα μεταβιβάζει διαμέσου του ομφαλίου λώρου στο έμβρυο.

Ο πλακούντας είναι το πιο παραγωγικό όργανο του εμβρύου! Δέκα εβδομάδες μετά τη σύλληψη, όταν ο πλακούντας δεν ζυγίζει πιο πολύ από 50γρ., η συνολική παραγωγή του σε πρωτεΐνες, υπολογίζεται στο 1,5 γρ. την ημέρα. Στο τέλος της εγκυμοσύνης φτάνει τα 7,5 γρ. την ημέρα.

Κανένα άλλο όργανο, ούτε και αυτό το παραγωγικό συκώτι, δεν συνθέτει με τέτοιο ρυθμό πρωτεΐνες. Κανένα άλλο όργανο δεν έχει τον ενεργητικό μεταβολισμό του πλακούντα!

Πόσο μεγάλος είναι ο πλακούντας

Το βάρος του πλακούντα στο τέλος της εγκυμοσύνης είναι 500-1000γρ. και εξαρτάται από το βάρος του εμβρύου, όσο μεγαλύτερο είναι το έμβryo, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο πλακούντας.

Οι σχέσεις τους είναι ανάλογες και εξαρτημένες μεταξύ τους.



Το μπωλ - αμνιακός σάκος με το αμνιακό υγρό

Τι είναι ο ομφάλιος λώρος

Ας τον φανταστούμε σαν ένα σχοινί, που αποτελείται από τρία μικρότερα σχοινιά στριμμένα μεταξύ τους σε ένα, καλυμμένα με επίστρωμα ζελατινώδους ουσίας.

Ο ομφάλιος λώρος αποτελείται από **δύο** αρτηρίες και **μια** φλέβα, που περιβάλλονται και προστατεύονται από την πίεση με ζελατινώδη ουσία, που λέγεται **βαρθώνιος** πηκτή.

Ο ομφάλιος λώρος φυτρώνει πάνω στον πλακούντα, πότε κεντρικά, πότε περιφερειακά και πότε επιχείλια για να καταλήξει στο κέντρο της κοιλιάς του εμβρύου.

Συνήθως το μήκος του είναι 50-70εκ. Μερικές φορές όμως μπορεί να φτάσει 1 μέτρο ή και 1,5μ μέτρο.

Όταν είναι πολύ μακρύς μπορεί να τυλιχτεί γύρω από το σώμα, τα άκρα ή το λαιμό του εμβρύου, χωρίς αυτό να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα για τη ζωή του εμβρύου, μια και οι αρτηρίες και η φλέβα

προστατεύονται ικανοποιητικά από τη βαρθώνιο πηκτή. Σπάνια δένεται κόμπο και μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα την ώρα του τοκετού.

Τι χρησιμεύει ο ομφάλιος λώρος

Διαμέσου του ομφαλίου λώρου μεταφέρονται στο έμβρυο οι θρεπτικές ουσίες και το οξυγόνο, που πήρε και επεξεργάστηκε ο πλακούντας από το αίμα της μητέρας.

Ακόμη μεταφέρει από το έμβρυο τις άχρηστες ουσίες στον πλακούντα, ο οποίος, με τη σειρά του τις διοχετεύει στη γενική κυκλοφορία της μητέρας.

Τι είναι ο αμνιακός σάκος

Τον αμνιακό σάκο θα πρέπει να τον φανταστούμε σαν ένα πολύ μεγάλο μπαλόνι που μέσα του πλέει το έμβρυο. Το περίβλημά του αποτελείται από δύο μεμβράνες σχεδόν ενωμένες μεταξύ τους. Την **εξωτερική** μεμβράνη, που αποτελείται από συνδετικό ιστό και λέγεται **χόριο** και την **εσωτερική** μεμβράνη, το **άμνιο**, ενωμένο πάντα απ'έξω με το χόριο. Αυτές σχηματίζουν τον αμνιακό σάκο, όπου πλέει το έμβρυο.

Τι είναι το αμνιακό υγρό (τα νερά)

Το άμνιο (αμνιακό επιθυλάκιο) παράγει ένα υγρό ή όπως τα λέμε κοινά **τα νερά**. Είναι στην αρχή, καθαρό, αργότερα όμως ανακατεύεται με σμήγμα, τρίχες και επιθήλιο του δέρματος του εμβρύου και γίνεται θολό.

Το αμνιακό υγρό περιέχει φωσφορικά και χολικά άλατα και έχει αντίδραση αλκαλική.

Η ποσότητά του αυξάνει όσο προχωρεί η εγκυμοσύνη. Στους έξι μήνες είναι περίπου 1 κιλό. Στο τέλος της εγκυμοσύνης φθάνει το 1 έως 1½ κιλό. Σπάνια υπάρχει πολύ μεγαλύτερη ποσότητα νερού.

Η υπερβολική ποσότητα ονομάζεται **πολυάμνιο** ή **υδράμνιο**. Το πολυάμνιο προκαλεί στη γυναίκα ενοχλήματα (**βάρος, πόνο, δύσπνοια**), ακόμη τεντώνει πολύ τα τοιχώματα της μήτρας, έτσι ώστε το έμβρυο παίρνει ανώμαλη θέση. Σπάνια επίσης λιγοστεύει πιο κάτω από τα φυσιολογικά όρια το αμνιακό υγρό και έχουμε **ολιγάμνιο**. Ο τοκετός τότε είναι στεγνός, σπανιότατα το σώμα του εμβρύου επηρεάζεται.

Σε τι χρησιμεύουν τα νερά

Τα νερά, σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης χρησιμεύουν στο να **προστατεύουν** το έμβρυο από τις εξωτερικές επιδράσεις, όπως είναι τα κτυπήματα και οι συστολές της μήτρας. Έτσι, εξασφαλίζουν την ελεύθερη ανάπτυξη στις κινήσεις του εμβρύου. Ακόμη προστατεύουν **την ομφαλίδα** από κάθε πίεση, που θα μπορούσε να προκαλέσει διαταραχές στην κυκλοφορία του εμβρύου. Τα νερά διατηρούν πάντα μια σταθερή θερμοκρασία γύρω από το έμβρυο. Την ώρα του τοκετού τα νερά σχηματίζουν θυλάκιο, που είναι μαλακό και ομοιόμορφο και χρησιμεύει για να βοηθά στη **διαστολή του τραχήλου**. Όταν το θυλάκιο σπάσει την ώρα του τοκετού, βοηθά το έμβρυο να γλιστρήσει μαλακά, γρήγορα και σχεδόν ανώδυνα.

Μορφολογικές ανωμαλίες στη διάπλαση του πλακούντα

Φυσιολογικά το σχήμα του πλακούντα είναι στρογγυλό. Μερικές φορές όμως παρουσιάζει χαρακτηριστικές μορφολογικές παραλλαγές π.χ. είναι χωρισμένος σε δύο ή τρεις λοβούς και τον ονομάζουμε **δίλοβο** ή **τρίλοβο** πλακούντα.

Μερικές φορές πάλι έχουμε ένα πλακούντα μετρίου μεγέθους και άλλο μικρότερου μεγέθους παραπλεύρως. Τότε το μικρότερο τον ονομάζουμε **παραπλακούντα**.

Γενικά ο μορφολογικές ανωμαλίες του πλακούντα δεν επηρεάζουν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Είναι δυνατόν όμως να δημιουργήσουν προβλήματα τη ώρα της εγκυμοσύνης. **Γι'αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή και προσεκτική επισκόπηση του πλακούντα μετά την υστεροτοκία.**

Θέση του πλακούντα στη μήτρα

Φυσιολογικά ο πλακούντας προσφύεται και αναπτύσσεται στον πυθμένα της μήτρας. Σε αναλογία 1:200 εγκυμοσύνης ο πλακούντας προσφύεται σε θέση που μπορεί να προβληματίσει την εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Αιτίες που προδιαθέτουν σε ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα είναι:

- Κακώσεις του ενδομητρίου από εκτρώσεις, αποξέσεις.
- Ουλές του ενδομητρίου από προηγούμενες εγχειρήσεις (πλαστικές, αφαίρεση ινομυωμάτων)
- Ινομώματα και άλλοι όγκοι της μήτρας που εμποδίζουν την πρόσφυση του πλακούντα.⁽¹⁵⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

10. 1) ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η σωστή διατροφή παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας μας.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η σωστή διατροφή εξασφαλίζει γερά θεμέλια για τη μελλοντική ζωή του παιδιού, μιας και η ζωή του αρχίζει από τη στιγμή της σύλληψης.

Έχει αποδειχθεί, ότι από την ενδομήτρια ζωή μπαίνουν οι βάσεις για σωστή ανάπτυξη που θα προφυλάξουν από παθολογικές καταστάσεις και προβληματισμούς, όχι μόνο τη μητέρα, αλλά και το μωρό.

Έρευνα, των **Brown 1966, Diena & Dellinger, 1969, Werner, 1979**, δείχνουν ότι, κυρίως ο εγκέφαλος του εμβρύου επηρεάζεται αρνητικά από την ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών στη διατροφή της μητέρας, επειδή, τα κύτταρα του εγκεφάλου του εμβρύου, τους πρώτους έξι μήνες της εγκυμοσύνης αναπτύσσονται τόσο ραγδαία, όσο ποτέ άλλοτε στην μετέπειτα ζωή του.

Η σωστή διατροφή, έχει ζωτική σημασία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί αφ'ενός ολόκληρος ο μητρικός οργανισμός υπερλειτουργεί για να ανταπεξέλθει στις βιολογικές αλλαγές που η εγκυμοσύνη επιβάλλει, και αφ'ετέρου γιατί μέσα σε εννέα μήνες θα πρέπει να αναπτυχθεί, να τελειοποιηθεί και να γεννηθεί ένα γερό μωρό.

Εάν η διατροφή δεν είναι σωστή σε ποιότητα και ποσότητα αυτό έχει σαν αποτέλεσμα προβλήματα στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Η έλλειψη βιταμινών στη δίαιτα της μητέρας, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ασθενικό μωρό ή και αποβολή. στις φτωχές τάξεις που οι μητέρες δεν μπορούν να έχουν σωστή διατροφή, συνήθως μητέρες και νεογέννητα υποφέρουν από αρρώστιες και επιπλοκές που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί με σωστή διατροφή και ιατρική παρακολούθηση. Η σωστή διατροφή προλαμβάνει τη γέννηση ασθενικών παιδιών, πρόωρων τοκετών, λοιμώξεων, αναιμιών. Στην **Αγγλία**, στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, οι έγκυες γυναίκες, είχαν ειδικά δελτία διατροφής. Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας μειώθηκε από 38% σε 28%, δηλαδή 10%!⁽²⁾

Το να τρώει για δυο είναι επικίνδυνο

Το πώς διατρέφεται μια μέλλουσα μητέρα δεν είναι χωρίς σημασία.

Γι' αυτό οι συμβουλές για τη διατροφή είναι ένα σπουδαίο μέρος της παρακολούθησης της εγκύου από τον γιατρό. Είναι τελείως λανθασμένη η άποψη που επικρατεί, ότι η έγκυος πρέπει να "τρώει για δύο" από πλευράς ποσότητας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να παίρνουν στην εγκυμοσύνη τους πολύ περισσότερο βάρος από ότι είναι σωστό και υγιεινό. Η αύξηση του βάρους στο διάστημα της εγκυμοσύνης δεν θα πρέπει να ξεπερνά κατά μέσο όρο τα 11 κιλά. Αυτό βέβαια ισχύει για τις γυναίκες, που πριν από την εγκυμοσύνη είχαν το κανονικό βάρος για το ανάστημά τους. Γυναίκες, που πριν από την εγκυμοσύνη είχαν μικρότερο βάρος του κανονικού, μπορούν να πάρουν στην εγκυμοσύνη και περισσότερα από 11 κιλά χωρίς αυτό να δημιουργεί προβλήματα. Αντίθετα γυναίκες, που πριν από την εγκυμοσύνη είχαν ήδη μεγαλύτερο του κανονικού βάρους, πρέπει να προσέξουν πάρα πολύ, να μην ξεπεράσουν το επιτρεπόμενο για την εγκυμοσύνη βάρος. Δεν επιτρέπεται

φυσικά κατά κανένα λόγο να κάνουν δίαιτα αδυνατίσματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες, που είναι παχιές.

Αυτό θα ήταν επικίνδυνο και για τη μητέρα και για το παιδί. Αυτό ισχύει και για την προκατάληψη, ότι το παιδί θα γίνει μικρό και ο τοκετός θα είναι έτσι ευκολότερος, όταν η μητέρα τρώει λίγο. Αυτή η τακτική βάζει σε κίνδυνο μητέρα και παιδί.

Η αύξηση του βάρους δεν είναι βέβαια ίδια σε όλους τους μήνες της εγκυμοσύνης. Στους πρώτους τρεις μήνες πολλές γυναίκες δεν παίρνουν καθόλου βάρος. Στο διάστημα του δεύτερου τρίτου της εγκυμοσύνης, δηλαδή από τον τέταρτο ως τον έκτο μήνα η αύξηση είναι 250 με 400γρ. την εβδομάδα κατά μέσο όρο. Η αύξηση βάρους είναι μεγαλύτερη στο διάστημα από την 25^η μέχρι την 36^η εβδομάδα εγκυμοσύνης από 400 μέχρι 500γρ. την εβδομάδα.

Στις τελευταίες 2 με 4 εβδομάδες οι πιο πολλές γυναίκες παίρνουν μόνο πολύ λίγο ή καθόλου βάρος. Είναι καλό η έγκυος να ελέγχει καθημερινά η ίδια το βάρος της.⁽⁸⁾

Για να πάρετε μόνο 11 κιλά θα πρέπει να καταναλώσετε περίπου 2.500-2.900 θερμίδες την ημέρα. Εάν όμως δεν θέλετε να ξεπεράσετε το βάρος των 10 κιλών, ίσως χρειασθεί να μειώσετε τις θερμίδες.

Σημαντικός περιορισμός των θερμίδων μπορεί να έχει δυσάρεστα επακόλουθα. Ας έχουμε υπόψη μας ακόμη ότι προς το τέλος της εγκυμοσύνης ο οργανισμός έχει μεγαλύτερη ανάγκη από περισσότερες θερμίδες.

Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες είναι το πιο απαραίτητο θρεπτικό συστατικό για την ανάπτυξη του ανθρώπινου οργανισμού. στις πρωτεΐνες βρίσκονται τα αμινοξέα που αποτελούν τα βασικά δομικά στοιχεία που φτιάχνουν τα

κύτταρα και τους ιστούς που συνθέτουν βασικά όργανα όπως οι μύες, τα κόκαλα. κ.ά. Οι πρωτεΐνες βοηθούν στο σχηματισμό των ιστών της μήτρας, του εμβρύου και του πλακούντα.

Η ποιότητα και ο τύπος των πρωτεϊνών ποικίλλουν. Άφθονες πρωτεΐνες, υπάρχουν στο κρέας στα πουλερικά, στα ψάρια, στα αυγά, στα όσπρια (φασόλια, φακές, ρεβίθια κ.ά.) στα τυριά, στους ξηρούς καρπούς.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού η διατροφή θα πρέπει να περιέχει τουλάχιστον 30% περισσότερες πρωτεΐνες, για να μπορέσει ο οργανισμός να τα βγάλει πέρα στις αυξημένες δραστηριότητες και ανάγκες του. Στην εγκυμοσύνη, η ανεπάρκεια πρωτεϊνών μπορεί να προκαλέσει την έγκυο **οιδήματα** (πρήξιμο).

Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες χρησιμεύουν στον οργανισμό σαν άμεση πηγή ενέργειας που είναι απαραίτητη στη λειτουργία του οργανισμού. Οι υδατάνθρακες παρέχουν άμεση ενέργεια, επειδή διασπώνται μέσα στο στομάχι και απορροφώνται γρήγορα από τον οργανισμό για να χρησιμοποιηθούν.

Η όλη αυτή διεργασία διάσπασης είναι που δίνει στον οργανισμό ενέργεια. Γι'αυτό η γλυκόζη βοηθά στη ναυτία της εγκυμοσύνης. Οι υδατάνθρακες επίσης διατηρούν το σάκχαρο μέσα στο αίμα σε φυσιολογική τιμή και προσφέρουν ενέργεια στον οργανισμό.

Οι **απλοί υδατάνθρακες** είναι τα **σάκχαρα**. Υπάρχουν διάφορες μορφές σακχάρων. Όπως η γλυκόζη από το μέλι, η φρουκτόζη από τα φρούτα η μαλτόζη, λακτόζη, γαλακτόζη από το γάλα. Οι **πολύπλοκοι υδατάνθρακες** είναι **φυτικής προέλευσης** και βρίσκονται άφθονοι στο άμυλο, στα σιτηρά, στις πατάτες, στα λάχανα, στο κουνουπίδι, στα

καρότα. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να γίνεται σωστή επιλογή υδατανθράκων.⁽²⁾

Διπλές ανάγκες σε βιταμίνες

Επίσης οι ημερήσιες ανάγκες σε βιταμίνες αυξάνονται στο διπλάσιο στην εγκυμοσύνη. Αυτές μπορούν να καλυφθούν με φρέσκα φρούτα, λαχανικά, και σαλάτες. Δεν πρέπει βέβαια να το παρακάνει κανείς. Περισσότερα από 250 με 400 γρ. φρούτα την ημέρα μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στη χώνευση και ακόμα να προκαλέσουν μεγάλη αύξηση του βάρους. Επειδή όμως η έλλειψη βιταμινών μπορεί να προκαλέσει διάφορες ενοχλήσεις, όπως σιελόρροια, νευρόπονους, αναιμία, αιμορραγίες στα ούλα, κατάπτωση, τερηδόνα, κλπ., πολλοί γιατροί δίνουν πάντα στις εγκύους βιταμίνες, που εξυπηρετούν βέβαια τον ίδιο σκοπό. Τα βιταμινούχα σκευάσματα πρέπει να θεωρούνται στις κανονικές δόσεις σαν τροφές κι όχι σαν φάρμακα.⁽⁸⁾

Βιταμίνη Α

Η βιταμίνη Α είναι η βιταμίνη της ανάπτυξης και της ζωτικότητας του οργανισμού.

Ενισχύει την αντίσταση του οργανισμού και την υγεία της όρασης. Η έλλειψή της προκαλεί μείωση της ανάπτυξης, νυκταλωπία, δηλαδή μείωση της ανάπτυξης σε λίγο φως, ξηροδερμία του βλεννογόνου.

Η μεγάλη έλλειψή της μπορεί να προκαλέσει και τύφλωση ακόμα. Βρίσκεται κυρίως στο γάλα και τα προϊόντα του, στο κρέας, στα ψάρια, στο συκώτι, στα αυγά. Άφθονη βρίσκεται στο μουρουνέλαιο. Ακόμη στο λάδι και στους ξηρούς καρπούς, στις πράσινες σαλάτες, στα καρότα.

Βιταμίνη Β

Η βιταμίνη Β είναι η βιταμίνη που **συμβάλλει** στην καλή υγεία του νευρικού συστήματος, στην ανάπτυξη του σώματος, στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, στη λειτουργία της καρδιάς και του πεπτικού συστήματος.

Η **έλλειψή** της προκαλεί πολυνευρίτιδα, μειώνει την ικανότητα συγκέντρωσης, αυξάνει τη νευρική και το άγχος. **Βρίσκεται κυρίως στους δημητριακούς καρπούς, στα όσπρια, στον κρόκο του αυγού, στο συκώτι, στους ξηρούς καρπούς.**

Βιταμίνη C

Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του σώματος, των οστών και των δοντιών. Διατηρεί σε καλή κατάσταση τα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων. Συντελεί στην πρόληψη της αναιμίας και της αιμορραγίας.

Ενισχύει την αντίσταση του οργανισμού απέναντι στις λοιμώξεις, βοηθά στην επούλωση των τραυμάτων.

Η έλλειψή της προκαλεί αναιμία, αιμορραγίες, βλάβες στα οστά και σκορβούτο.

Βρίσκεται κυρίως στα εσπεριδοειδή, λεμόνια, πορτοκάλια, μανταρίνια, σε όλα τα πράσινα λαχανικά, τη ντομάτα, το γάλα, τα αυγά, το κρέας, στο συκώτι σε μικρή ποσότητα.

Βιταμίνη D

Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη των οστών, την απορρόφηση και τη χρησιμοποίηση του ασβεστίου, του φωσφόρου και του σιδήρου.

Η έλλειψή της προκαλεί καθυστέρηση της ανάπτυξης στην ενδομήτρια ζωή, την βρεφική και την παιδική ηλικία. Η έλλειψή της επίσης προκαλεί κακή οδοντοφυΐα, τερηδόνα, ραχίτιδα, οστεομαλακία.

Βρίσκεται κυρίως στο γάλα, και τα προϊόντα του, βούτυρο, αυγά, κρέας, ψάρια, μωρουδέλαιο. Ο ίδιος ο οργανισμός παρασκευάζει τη βιταμίνη D με την επίδραση ηλιακών ακτίνων.

Βιταμίνη E

Η βιταμίνη E λέγεται και τοκοφερόλη (τόκον-φέρω), γιατί είναι η βιταμίνη της αναπαραγωγής.

Η έλλειψή της προκαλεί στειρώση στον άντρα και τη γυναίκα, επίσης βλάβες στο νευρικό και μυϊκό σύστημα. Επηρεάζει επίσης την ευεξία του οργανισμού.

Με έλλειψη βιταμίνης E ο οργανισμός καταναλώνει μεγαλύτερη ποσότητα οξυγόνου από ότι χρειάζεται.

Βρίσκεται στο λάδι, στο καλαμποκέλαιο, στα όσπρια, στα φασόλια και στα πράσινα χορταρικά, ιδίως μαρούλια, στο συκώτι, στον κρόκο αυγών, επίσης στο κρέας και στο γάλα.

Βιταμίνη K

Η βιταμίνη K είναι απαραίτητη για την πήξη του αίματος. Η έλλειψή της προκαλεί αυξημένη τάση για αιμορραγία, ιδίως στα νεογέννητα. Είναι χρήσιμη στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Βρίσκεται στο συκώτι, κρόκο αυγών, βούτυρο, λάδι, στα πράσινα χόρτα, στο κουνουπίδι, στη ντομάτα στο κριθάρι.

Ασβέστιο

Το ασβέστιο έχει μεγάλη σημασία για τον οργανισμό γιατί έχει για πρωταρχικό του σκοπό τη στείρωση και τη συντήρηση των οστών.

Επίσης είναι απαραίτητο για το σταμάτημα της αιμορραγίας, ρυθμίζει τη λειτουργία της καρδιάς και είναι απαραίτητο για τη φυσιολογική λειτουργία του νευρικού και μυϊκού συστήματος.

Η έλλειψή του προκαλεί καθυστέρηση της ανάπτυξης στην εμβρυϊκή και βρεφική ηλικία, ενώ στην εφηβική ηλικία προκαλεί οστεομαλακία.

Επίσης οι γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, όταν δεν τρέφονται σωστά, ο οργανισμός παίρνει ασβέστιο από τα οστά τους και το δίνει στο έμβρυο ή στο βρέφος, με αποτέλεσμα την οστεομαλακία των οστών της λεκάνης (διάσταση της ηβικής σύμφυσης) πόνοι των συνδέσμων της μήτρας, κράμπες, νευραλγίες, νευρικότητα, αϋπνία, προβλήματα με τα δόντια. Θα πρέπει οι έγκυες να παίρνουν συμπλήρωμα ασβεστίου και σιδήρου, ώστε να αποφύγουν την πιθανότητα ανεπάρκειας αυτών των ουσιών.

Βρίσκεται στο γάλα και τα προϊόντα του. Ιδιαίτερα στο τυρί, στα όσπρια, στους δημητριακούς καρπούς, ξηρούς καρπούς, στα αυγά, στη μαρίδα, στα λαχανικά.

Σίδηρος

Ο σίδηρος αποτελεί το κύριο συστατικό της αιμοσφαιρίνης του αίματος, που μεταφέρει το οξυγόνο στα κύτταρα και στο έμβρυο.

Το έμβρυο παίρνει σίδηρο από τον οργανισμό της μητέρας και το εναποθηκεύει στο συκώτι του για να το χρησιμοποιήσει στη διάρκεια του θηλασμού.

Στη διάρκεια του τοκετού θα χρειασθεί πολύ οξυγόνο (το παρέχει η αιμοσφαιρίνη) για τις ανάγκες της μήτρας και του εμβρύου. Συνήθως τα αποθέματα του οργανισμού είναι φτωχά, γι' αυτό οι πιο πολλές έγκυες παίρνουν συμπληρωματικά χάπια σιδήρου.

Η έλλειψή του, προκαλεί αναιμία, αδυναμία, ζάλη, ανορεξία, πονοκέφαλο, εύκολη κόπωση.

Βρίσκεται στο συκώτι, σπλήνα, μεδούλι, κρόκο αυγού, όσπρια, ιδίως φακή, ξηρούς καρπούς, κακάο, σταφίδα, δαμάσκηνα, σύκα, πράσινα χόρτα, ιδίως στο σπανάκι.⁽²⁾

Προσοχή στα λίπη!

Η έγκυος χρειάζεται πολύ λίγα λίπη. Συχνά το λίπος χρησιμοποιείται τόσο πολύ στα φαγητά μας, ώστε να μη δικαιολογείται. Ειδικοί διαιτολόγοι λογάριασαν, ότι στην εποχή μας καταναλώνονται ημερησίως κατά κεφαλή περισσότερο από 120γρ. λίπος. Αυτό για μια υγιεινή διατροφή και όχι μόνο σε περίπτωση εγκυμοσύνης, είναι πάρα πολύ. Στην εγκυμοσύνη μάλιστα τα πολλά λίπη είναι επικίνδυνα. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται ευκολότερα διαταραχές του μεταβολισμού και επιβαρύνεται άσκοπα το συκώτι. 50 με 60 γρ. λίπους ημερησίως είναι καλά και αρκετά για μια έγκυο. Ακόμα και στη φτωχή σε λίπη διατροφή περιέχονται στη βασική ημερήσια τροφή περίπου 25 με 30γρ.λίπη. Γι' αυτό η έγκυος δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί περισσότερα από 25-30γρ. λίπη την ημέρα στα φαγητά της. Δεν είναι λίγες οι γυναίκες, που χρωστούν το μεγάλο βάρος, που παίρνουν στην εγκυμοσύνη, στο γεγονός, ότι ανάμεσα στα γεύματά τους τρώνε ψωμί με βούτυρο. Προτιμότερο είναι να πίνουν ένα ποτήρι γάλα.⁽⁸⁾

Το Νερό – Απαραίτητος σύντροφος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Οι ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού σε νερό έχουν υπολογιστεί στον ενήλικα 30-40γρ., νερό κατά κιλό βάρους.

Δηλαδή, μια γυναίκα που ζυγίζει περίπου εξήντα κιλά πρέπει να ξοδεύει 1.800γρ. νερό. Θα πρέπει επίσης να υπολογίσουμε όχι μόνο το νερό που ξοδεύουμε με τα τρόφιμα, δηλαδή το νερό που περιέχεται στις διάφορες τροφές, σούπες, γάλα, λαχανικά φρούτα.⁽²⁾

Αντίθετα με την πλατιά διαδεδομένη άποψη, ή έγκυος δεν πρέπει με κανένα τρόπο να παίρνει λίγα υγρά. Ένα με ενάμισι λίτρο την ημέρα όχι μόνο επιτρέπεται, αλλά είναι απαραίτητο. Αν είναι δυνατόν, να πίνει καθημερινά μισό λίτρο γάλα, επειδή περιέχει πολύ λεύκωμα, ασβέστιο και φωσφόρο. Φρέσκοι *χυμοί φρούτων* επιτρέπονται μέχρι μισό λίτρο την ημέρα. Δεν συνιστώνται μεγαλύτερες ποσότητες χυμών φρούτων, γιατί περιέχουν πολλές θερμίδες.⁽⁸⁾

Ας έχετε υπόψη ότι:

- Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η εφίδρωση αυξάνει. Έτσι αποβάλλονται διαμέσου των ιδρωτοποιών αδένων από τον οργανισμό άφθονα υγρά.
- Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα νεφρά υπερλειτουργούν για να αποβάλλουν τις άχρηστες ουσίες περισσεύουν από τη μητέρα και το έμβρυο. Τα άφθονα υγρά, ξεπλένουν τα νεφρά, τους ουρητήρες, την ουροδόχο κύστη της εγκύου. Αποτέλεσμα; διευκόλυνση της λειτουργίας των νεφρών και πρόληψη για να μην έχουμε νεφροπάθειες, κυστίτιδα, ουρηθρίτιδα κ.ά.

- Το νερό εξασφαλίζει στον οργανισμό απαραίτητα ιχνοστοιχεία, κάλιο, ασβέστιο, μαγνήσιο κ.ά.
- Το νερό ενυδατώνει τον οργανισμό της εγκύου αλλά και την επιδερμίδα της, με αποτέλεσμα λεία και ελαστική επιδερμίδα, ώστε εύκολα να διατείνεται και να προσαρμόζεται στις ανάγκες της εγκυμοσύνης.
- Πίνετε νερό αρκετή ώρα **πριν** το φαγητό. Χορταίνει και προκαλεί τον μεταβολισμό. Όταν πίνετε νερό, στη διάρκεια του φαγητού ή μετά, τα πεπτικά ένζυμα διαλύονται. Έτσι επιβραδύνεται και δυσκολεύεται η λειτουργία της χώνεψης.⁽²⁾

Αλάτι και εγκυμοσύνη

Το αλάτι μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό ρυθμίζει την ποσότητα του νερού που κατακρατείται. Όσο περισσότερο αλάτι παίρνετε, τόσο και η ποσότητα του νερού που χρειάζεται για να το διαλύσει αυξάνει.

Οι ιστοί φορτωμένοι με περίσσιο νερό χάνουν την ελαστικότητα και διασταλτικότητα τους με αποτέλεσμα να μην μπορούν να λειτουργήσουν σωστά τη μέρα του τοκετού.

Οπωσδήποτε το αλάτι δεν είναι υπεύθυνο για την παχυσαρκία, οιδήματα, κυτταρίτιδα. Είναι όμως υπεύθυνο για την υψηλή πίεση και τις καρδιακές ανωμαλίες που προκαλούνται από αυτό.

Καλά θα κάνετε λοιπόν να αποφύγετε τη μεγάλη χρήση του αλατιού.

Η έγκυοι θα πρέπει να προσέχει πολύ το αλάτι, ιδιαίτερα στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Όλα τα άλλα καρυκεύματα επιτρέπονται σε λογικά όρια, όταν δεν είναι αλμυρά. Αυτό ισχύει για το μαύρο και κόκκινο πιπέρι, το κάρυ και τα μυρωδικά.

Τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης καλά θα κάνετε να ελαττώσετε όσο περισσότερο μπορείτε το αλάτι, για να ελαττωθεί ο κίνδυνος της λευκωματουρίας.⁽¹⁰⁾

10. 2) ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ – ΚΡΑΤΗ ΚΟΛΟΜΒΙΑ, ΓΟΥΑΤΕΜΑΛΑ, ΛΟΥΪΖΙΑΝΑ, ΧΙΛΗ) ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Κακή θρέψη και συναφείς παράγοντες: Οι μελέτες της σχέσης μεταξύ μητρικής διατροφής, προγενετικής ανάπτυξης και υγείας του νεογέννητου υποδηλώνουν ότι και οι λιγότερο ακραίες περιπτώσεις υποσιτισμού αυξάνουν τους κινδύνους για το έμβρυο. Είναι, όμως, δύσκολο να απομονωθούν οι επιδράσεις της κακής θρέψης, γιατί οι υποσιτιζόμενες μητέρες συχνά ζουν σε στερημένο περιβάλλον όπου η στέγαση, η υγιεινή, η παιδεία και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι εξίσου ανεπαρκείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Επιπλοκές τοκετού γυναικών χαμηλού εισοδήματος, στο San Diego της Καλιφόρνιας, που είχαν ή δεν είχαν προγενετική ιατρική φροντίδα

(ανά 100 γεννήσεις)

ΕΠΙΠΛΟΚΗ	Γυναίκες που δεν είχαν προγενετική φροντίδα	Γυναίκες που είχαν προγενετική φροντίδα
Πρόωρη ρήξη των μεμβρανών	13	2
Ανησυχητικοί εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί	10	5
Προωρότητα	13	2
Χαμηλό βάρος γέννησης (κάτω των 2.500 γρ.)	21	6
Χαμηλή βαθμολογία στην Κλίμακα Apgar (ένδειξη άμεσου κινδύνου)	8	2
Παραμονή στο μαιευτήριο πέραν των τριών ημερών	24	12
Προγενετικός θάνατος	4	1

ΠΗΓΗ: Moore et al., 1986

Ο Πίνακας 2 δείχνει πόσο σημαντική μπορεί να είναι η προγενετική φροντίδα για τις μητέρες με χαμηλό εισόδημα και για τα παιδιά τους. Οι έγκυοι με χαμηλό εισόδημα έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από ασθένειες ή να είναι απλώς εξασθενημένες, σε σύγκριση με γυναίκες που ζουν σε πιο άνετες συνθήκες. Τα παιδιά τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από ποικίλες συγγενείς ανωμαλίες και ασθένειες και να είναι πρόωρα.

Επίσης, για τις μητέρες χαμηλού εισοδήματος, οι πιθανότητες να πεθάνουν τα παιδιά τους κατά τον τοκετό, ή λίγο μετά, είναι αυξημένες, όπως δείχνουν πολυάριθμες μελέτες που έγιναν σε διάφορα μέρη του κόσμου, συμπεριλαμβανομένων και των **Ηνωμένων Πολιτειών**.

Βεβαίως, δεν μπορούμε πάντοτε να αποδώσουμε τον υποσιτισμό στην έλλειψη τροφίμων. Μελέτες σε βιομηχανικές και μη βιομηχανικές κοινωνίες έδειξαν ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της τροφής που λαμβάνουν οι μελλοντικές μητέρες. Για παράδειγμα, οι Σιριόνο της **Νοτίου Αμερικής** πιστεύουν ότι τα χαρακτηριστικά του ζώου που τρώει μια γυναίκα όταν είναι έγκυος, θα μεταφερθούν στο αγέννητο παιδί της. Έτσι, δεν επιτρέπεται στις εγκύους να τρώνε κρέας νυχτοπιθήκου, γιατί τα παιδιά τους μπορεί να αναπτύξουν την τάση να μένουν ξάγρυπνα τη νύχτα. Το κρέας του ιαγουάρου απαγορεύεται επίσης, γιατί υπάρχει ο φόβος μιας “*αθόρυβης γέννησης*” (θνησιγένεια).

Στην **Ηνωμένες Πολιτείες**, οι επιλογές διατροφής ποικίλλουν ακόμη και μέσα στην ίδια κοινωνική τάξη. Μια μελέτη για την υγεία των βρεφών που γεννήθηκαν από αγρότισσες χαμηλού εισοδήματος, οι οποίες θεωρήθηκαν ότι είχαν “*επαρκείς έως καλές*” ή “*ανεπαρκείς έως ανεπαρκέστατες*” συνήθειες διατροφής, βρήκε ότι οι μελλοντικές μητέρες που έτρωγαν περισσότερες θρεπτικές τροφές είχαν σαφώς υγιέστερα βρέφη.

Η δυνατότητα πρόληψης ή τουλάχιστον μείωσης των βλαβερών επιπτώσεων του υποσιτισμού και του στερημένου περιβάλλοντος, έχει αποδειχθεί από διάφορες μελέτες. Σύμφωνα με το βασικό σχεδιασμό τέτοιου είδους μελετών, οι μέλλουσες μητέρες που δέχονται συμπληρωματική τροφή και ιατρική περίθαλψη, συγκρίνονται με τις μέλλουσες μητέρες που δεν έχουν τέτοιες παροχές. Ένα από τα μεγαλύτερα προγράμματα παρέμβασης, σχεδιασμένο να αξιολογήσει τις επιδράσεις ενός μαζικού προγράμματος συμπληρωματικής τροφής για γυναίκες, βρέφη και παιδιά – που ονομάστηκε WIC – ξεκίνησε με πρωτοβουλία της κυβέρνησης των **Ηνωμένων Πολιτειών**, το 1972. Στις γυναίκες χαμηλού εισοδήματος που πήραν μέρος στο πρόγραμμα, δόθηκαν κουπόνια για τροφές όπως γάλα, αβγά, χυμούς και ξερά φασόλια. Τα

βρέφη τους είχαν σημαντικά λιγότερα προβλήματα υγείας σε σύγκριση με τα βρέφη αντίστοιχης ομάδας γυναικών που δεν είχαν πάρει μέρος στο πρόγραμμα.

Μια μελέτη 280 βρεφών στην **Κολομβία**, υποστηρίζει το συμπέρασμα ότι οι συμπληρωματικές τροφές, των οποίων η παροχή αρχίζει στο μέσο της κύησης και συνεχίζεται επί 3½ χρόνια, προάγει την ανάπτυξη των παιδιών στις περιοχές όπου κυριαρχεί ο υποσιτισμός. Όταν αξιολογήθηκαν στην ηλικία των τριών ετών, τα παιδιά που είχαν λάβει συμπληρωματική τροφή βρέθηκαν να είναι κάπως ψηλότερα και βαρύτερα από τα παιδιά ομάδας χωρίς συμπληρωματική τροφή. Όταν τα συμπληρώματα τροφής συνδυάζονταν με πρόγραμμα επισκέψεων κατ'οίκον, που είχε στόχο να βοηθήσει τις οικογένειες στην προώθηση της ανάπτυξης των παιδιών, τα οφέλη ήταν εμφανή ακόμη και ύστερα από τρία χρόνια μετά το τέλος του προγράμματος.

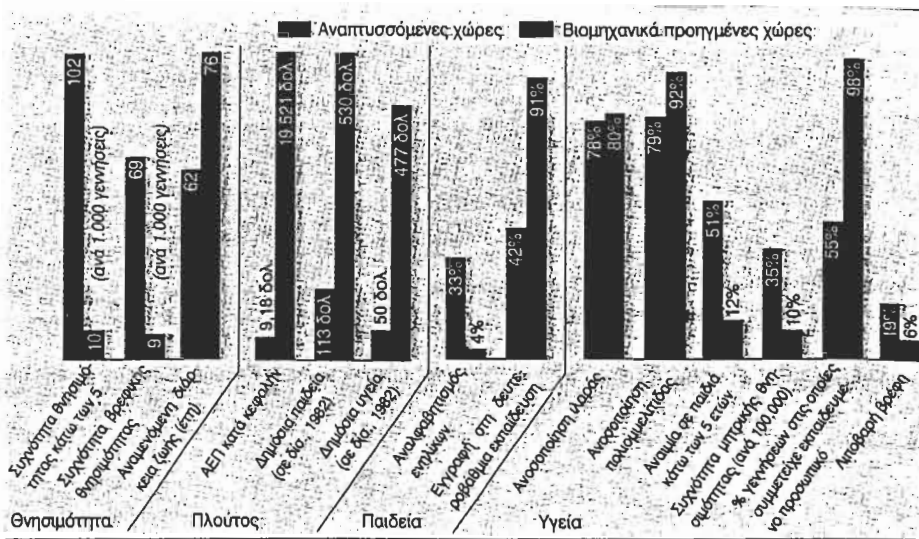
Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι η διατροφή της μητέρας είναι σημαντική όχι μόνο για τη σωματική υγεία του παιδιού αλλά και για τη νοητική του ανάπτυξη. Ο Ernesto Pollitt και οι συνεργάτες του (1993) αναφέρουν μια μακρόχρονη μελέτη των επιδράσεων της συμπληρωματικής τροφής στην ανάπτυξη των παιδιών των αγροτικών περιοχών της **Γουατεμάλας**. Σε ένα χωριό, δόθηκε στις μητέρες, προς το τέλος της εγκυμοσύνης και στα παιδιά τους για τα πρώτα δύο χρόνια συμπληρωματική τροφή με υψηλό περιεχόμενο πρωτεϊνών. Όταν συγκρίθηκε η νοητική απόδοση των παιδιών αυτών με την απόδοση των παιδιών γειτονικού χωριού, τα οποία είχαν λάβει μόνο συμπλήρωμα των πρωτεϊνών είχαν υψηλότερη απόδοση. Αυτές οι ευνοϊκές επιδράσεις εξακολουθούσαν να είναι εμφανείς και στην εφηβεία.

Σε μια μελέτη παιδιών των οποίων, οι μητέρες είχαν συμμετάσχει στο πρόγραμμα WIC, στη **Λουϊζιάνα**, παρατηρήθηκε ότι οι έντονες διαφορές της νοητικής εξέλιξης των παιδιών εξαρτώντο από το πότε οι μητέρες άρχισαν να δέχονται τα συμπληρώματα διατροφής. Τα παιδιά

αξιολογήθηκαν με διάφορες νοητικές μετρήσεις όταν ήταν έξι ή επτά ετών και είχαν ήδη πάει σχολείο. Τα παιδιά εκείνα των οποίων οι μητέρες είχαν πάρει συμπλήρωμα διατροφής κατά τους τελευταίους τρεις μήνες της κύησης – την περίοδο που ο εγκέφαλος του εμβρύου παρουσιάζει ιδιαιτέρως ταχεία ανάπτυξη – απέδωσαν πολύ καλύτερα από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πάρει συμπληρωματική διατροφή μετά τη γέννηση.

Η επαρκής διατροφή της μητέρας μπορεί να είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη του εμβρύου, αλλά οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις του προγενετικού υποσιτισμού επηρεάζονται εξίσου σοβαρά από την επάρκεια του διαιτολογίου του παιδιού και των περιβαλλοντικών συνθηκών στο οποίο βρίσκεται μετά τη γέννησή του. Τις χειρότερες επιπτώσεις υφίστανται τα παιδιά που υποσιτίζονται τόσο όταν είναι μέσα στη μήτρα όσο και μετά τη γέννησή τους. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν συνεχώς προβλήματα υγείας και ανεπάρκεια στις νοητικές λειτουργίες. Παρόλα αυτά, όταν η συμπληρωματική τροφή συνδυάζεται με πρόγραμμα διδασκαλίας των γονιών για το πώς να συναλλάσσονται αποτελεσματικά με τα παιδιά τους, οι αρνητικές επιπτώσεις του πρώιμου υποσιτισμού μειώνονται σημαντικά.

Τα παιδιά που γεννήθηκαν σε κατάσταση υποσιτισμού εμφανίζουν απάθεια, δεν ανταποκρίνονται και είναι ευερέθιστα. Οι αρνητικές συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς εμφανίζονται σε μια μελέτη που βρήκε ότι τα μονίμως υποσιτιζόμενα νήπια του **Σαντιάγκο της Χιλής** έχουν λιγότερες πιθανότητες να δημιουργήσουν ασφαλή συναισθηματικό δεσμό με τη μητέρα τους, σε σύγκριση με παιδιά των οποίων το βάρος εμπίπτει στο φυσιολογικό εύρος της ηλικίας τους.



ΣΧΗΜΑ 16:

Σε πολλές χώρες του κόσμου, οι κακές οικονομικές συνθήκες δημιουργούν σειρά παραγόντων κινδύνου. Για παράδειγμα, οι κακές συνθήκες υγιεινής και η έλλειψη παιδείας των γονιών επηρεάζουν αρνητικά την ευημερία και την υγεία του βρέφους (προσαρμογή από την UNOCEF, 1995)

Η απάθεια και η ερεθιστικότητα κάνουν τη συναλλαγή με τα βρέφη αυτά δύσκολη, πράγμα που εντείνει τα ήδη υπάρχοντα προβλήματά τους.

Τα ευρήματα αυτά πρέπει να αντιμετωπιστούν με επιφύλαξη γιατί δεν βασίζονται πάντοτε σε προσεκτικά ελεγχόμενες μελέτες αλλά οι γενικές ενδείξεις υποδηλώνουν σαφώς ότι η βλάβη που υφίστανται εκατομμύρια παιδιά σε ολόκληρο τον κόσμο οφείλεται στον υποσιτισμό, τόσο πριν όσο και μετά τη γέννησή τους. τα περισσότερα από τα παιδιά αυτά δεν έχουν συμπληρωματική τροφή και ακόμη περισσότερα δεν έχουν υψηλής

ποιότητας εκπαιδευτική βοήθεια. Το αντίθετα, αντί για βοήθεια αντιμετωπίζουν έναν χείμαρρο κινδύνων από τους οποίους ο υποσιτισμός δεν είναι παρά μια λεπτομέρεια. (σχήμα 16). Ο Συνδυασμός των συνθηκών οδηγεί σε μεγάλη θνησιμότητα και συντομότερη διάρκεια αναμενόμενης ζωής.⁽²³⁾

10. 3) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η φροντίδα του στήθους έχει μεγάλη σημασία όχι μόνον για λόγους αισθητικούς, αλλά και για λόγους βιολογικούς.

- Από την πρώτη κιόλας επίσκεψη πρέπει να εξεταστεί το στήθος, μήπως οι αδένες είναι ερεθισμένοι ή υπάρχει όγκος που θα πρέπει να ελεγχθεί.
- Ελέγχεται η ανατομική κατάσταση των θηλών, αν είναι μικρές ή μεγάλες ή εισέχουσες και δίνονται οι ανάλογες συμβουλές.

Σε περίπτωση που οι θηλές δεν έχουν σχηματισθεί, είναι **εισέχουσες** ή επίπεδες, θα πρέπει από τον 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης η έγκυος να αρχίσει να κάνει μασάζ και να τραβά μαλακά τη θηλή με το δείκτη και τον αντίχειρα προς τα έξω για να σχηματισθεί.

Τον τελευταίο μήνα της εγκυμοσύνης θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν ασπίδες (θηλών), είδος μικρού πλαστικού μπωλ, που τοποθετείται μέσα στο στήθδεσμο και με την αρνητική πίεση που δημιουργεί βοηθά στο να σχηματιστούν οι θηλές.

Τα αποτελέσματα είναι θετικά

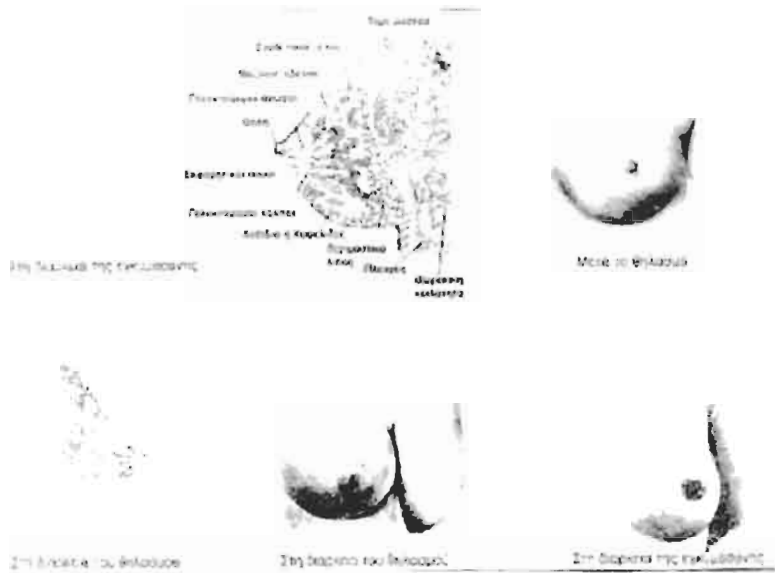
- Το στήθος και οι θηλές καθημερινά θα πρέπει να σαπουνίζονται με γλυκερινούχο σαπούνι και να ξεβγάζονται καλά.

- Αν οι θηλές βγάζουν πύαρ τοποθετείστε μια γαζούλα καθαρή ή ειδικά επιθέματα για να μη λερώνεστε.
- Καθαρίζετε όσο πιο συχνά μπορείτε το στήθος σας από το πύαρ, γιατί δημιουργεί κρούστες, όταν ξεραθεί, με αποτέλεσμα να φράσσουν οι πόροι της θηλής.
- Αν οι κρούστες έχουν κάνει στρώμα, συμβαίνει μερικές φορές, να δημιουργούν και πρόβλημα ακόμη, τοποθετείστε κομπρέσες με αμυγδαλέλαιο, θα μαλακώσουν τις κρούστες και θα καθαρίσει το στήθος γύρω από την άλω.⁽²⁾

Ο σωστός στηθόδεσμος

Οι αδένες του στήθους (οι μαζικοί αδένες) αυξάνονται σημαντικά ήδη από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Έτσι μπορεί να δημιουργηθεί αίσθημα βάρους και τάσης στο στήθος. Σε κάθε περίπτωση οι μέλλουσες μητέρες θα έπρεπε να φορέσουν ένα καλό στηθόδεσμο, μόλις διαπιστώσουν κάποια αύξηση του στήθους. Ο στηθόδεσμος πρέπει βέβαια να εφαρμόζει καλά, δεν πρέπει όμως να είναι στενός. Γι'αυτό είναι βασικό, να έχει κανείς για ρεζέρβα πάντα ένα μεγαλύτερο νούμερο, γιατί το στήθος μεγαλώνει συνεχώς.

Ο στηθόδεσμός πρέπει να στηρίζει κυρίως το κάτω μέρος του στήθους και να εμποδίζει μ'αυτό τον τρόπο να κρεμάσει και να πιέζεται σ'αυτό το σημείο το στήθος από τον αδένα, που μεγαλώνει και το γάλα που παράγεται. Μ'αυτό τον τρόπο προνοούμε και για αργότερα, ώστε να μην κρεμάσει το στήθος. Η ζώνη του στηθόδεσμου μπορεί να είναι μερικά εκατοστά φαρδιά. Με κανένα τρόπο όμως δεν επιτρέπεται να εμποδίζει την αναπνοή. Ακόμα οι τιράντες να είναι φαρδιές και απαλές.⁽¹¹⁾



Μασάζ στήθους

Πολύ λίγες είναι οι έγκυες γυναίκες που ασχολούνται με την προληπτική φροντίδα και περιποίηση του στήθους. Ακόμη λιγότεροι είναι οι γιατροί που φροντίζουν να δίνουν σαφείς και συγκεκριμένες οδηγίες γι' αυτού του είδους τα προβλήματα.

Η πλειονότητα, όμως των λεχωϊδων μετά τον τοκετό υποφέρει, πονά, προβληματίζεται με το στήθος.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι λεχώνες να καταφεύγουν στην απλή και συμφέρουσα λύση για τους τρίτους: στην τεχνητή διατροφή με μπιμπερό. Η προληπτική όμως φροντίδα του στήθους είναι βασική υποχρέωση απέναντι στον ίδιο τον εαυτό τους.

Είναι πολύ πιο εύκολο, απλό, ανώδυνο και ανέξοδο να προλάβουμε τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν, παρά να τα θεραπεύσουμε αφού εκδηλωθούν.

Καλό θα είναι από τον 7^ο μήνα της εγκυμοσύνης η μέλλουσα μαμά να αρχίσει το μασάζ τους στήθους πριν από το μπάμιο για 2-3 λεπτά, γιατί

αυτό θα τη βοηθήσει πολύ στο να μπορεί μόνη της να φροντίσει το στήθος της και να το κοντρολάρει.

Η τεχνητή του μασάζ είναι η ακόλουθη:

- Αλείψτε τις παλάμες σας με παραφινέλαιο ή μια λιπαρή κρέμα.
- Πιάστε το στήθος σας με τα δύο σας χέρια. Οι δύο αντίχειρες βρίσκονται στην επάνω επιφάνεια του στήθους και τα δάχτυλα στην κάτω επιφάνεια. Με το δείκτη και τον αντίχειρα πιέζεται η θηλή και βγάζει μερικές σταγόνες γάλακτος.
- Οι κινήσεις θα πρέπει να κατευθύνονται από την περιφέρεια προς τη θηλή, μια και αυτή είναι η φορά που έχουν οι γαλακτοφόροι-πόροι. Το μασάζ βοηθά στο να αποφραχτούν και να διευρυνθούν οι γαλακτοφόροι πόροι του στήθους και το γάλα εύκολα να ρέει κατά την περίοδο της λοχείας.
- Οι θηλές επίσης σκληραίνουν και δεν δημιουργούν ραγάδες (σκασίματα) στη διάρκεια του θηλασμού.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΤΗΘΟΥΣ



Άσκηση Α Κάθιστη, κάθιστε σταυροπόδι με τα πόδια απλωτά μπροστά σας. Φέρτε τα χέρια σας να αγγίσουν το στήθος σας.

Φέρτε το αριστερό χέρι να αγγίξει το δεξιό και αντίστροφα τον πτερυγιοειδή του χεριού σας. Προσπαθήστε να πιεζαρώσετε με τα χέρια τα γόνατά σας. Βαθμύδια: 30 δευτερόλεπτα ή 10 έως 15 λεπτά, 3 φορές την εβδομάδα.

Η στάση αυτή σας ωφελεί ακόμη γιατί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά από την γέννησή της, η κατάσταση της υγείας του πνεύμονα και των νεύρων έχει στην ουσία άμεσο την επίδραση των μυών του θώρακα για διαστολή της αναπνευστικής και της χαλάρωσής της μετά τον τοκετό.

Άσκηση Β Κάθιστη, κάθιστε σταυροπόδι. Φέρτε τα χέρια σας κλεισμένα πάνω από το κεφάλι σας και γιγνιέτε το σώμα και δεξιά. Αλλάξτε χέρια και επαναλάβετε το από την αντίθετη πλευρά. Και η άσκηση αυτή τόνισι τους μύες του θώρακα και σας βοηθά να χητέ στα 2 ώριμους και χαλάρωσής.



Άσκηση Γ Κάθιστη, κάθιστε σταυροπόδι. Φέρτε τα χέρια από πλευρά σας και προσπαθήστε να πιεζαρώσετε σε τρεις χρόνους ανεβαίνοντας έως το τρίτο. Σιγχρόνως ανεμίζετε βράδια και με ριθός.



Άσκηση Δ Κάθιστη σταυροπόδι, κλίση την πλάτη και τα χέρια απλωτά και βράδια κινείστε τα χέρια σας βεβαιώνοντας από τον ώμο σας, διαγράψτε φωνή κινάου. Επαναλάβετε εναλλάξ δεξιά και αριστερά η άσκηση αυτή διατηρεί την ελαστικότητα των μυών του θώρακα και της πλάτης και διακομίζε, σε αναπνευστικές κινήσεις και στη χαλάρωσή.

10. 4) ΣΩΣΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Όταν το στήθος αφήνεται να πέφτει ελεύθερο προς τα εμπρός, ιδίως σε έγκυες γυναίκες που έχουν μεγάλο στήθος, τότε συμβαίνει το εξής:

Το σώμα από το βάρος του στήθους γέρνει προς τα εμπρός, με αποτέλεσμα να κυρτώνει η σπονδυλική στήλη, που την αναγκάζει να βρίσκεται συνεχώς τεταμένη και σε διάταση, έχει σαν αποτέλεσμα τον πόνο στη μέση, πρόβλημα που απασχολεί ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μερικές φορές θα αντιληφθείτε τον εαυτό σας να βάζετε τα χέρια σας στη μέση δεξιά και αριστερά, προσπαθώντας να συγκρατήσετε τη μέση σας, καθώς και να γέρνετε ελαφρά προς τα πίσω χαλαρώνοντας τη σπονδυλική σας στήλη.

Η στάση αυτή είναι χαρακτηριστική στις ευτραφείς έγκυες γυναίκες, οι οποίες προσπαθούν με αυτό τον τρόπο να χαλαρώσουν και να ξεκουράσουν τη σπονδυλική τους στήλη από τη μόνιμη διάταση.

Όταν κάθεστε στην πολυθρόνα, στην καρέκλα, στον καναπέ, για πολλή ή λίγη ώρα, συνηθίστε να κάθεστε σωστά.

Μην ταλαιπωρείτε τη σπονδυλική σας στήλη γέρνοντας προς τα μπρος. Είναι μια στάση που βολεύει λόγω του βάρους που έχει το στήθος.

Όταν κάθεστε και γέρνετε προς τα μπρος δεν κάνετε τίποτε άλλο από το να ταλαιπωρείτε τη σπονδυλική σας στήλη, αφού την υποχρεώνετε να μένει σε διάταση για όση ώρα κάθεστε.

Όταν κάθεστε, προσπαθήστε να φέρετε το κάθισμά σας, τον πωπό σας, όσο πιο παράλληλα μπορείτε με την πλάτη του καθίσματος.

Μην αφήνετε κενό, ελεύθερο χώρο μεταξύ πλάτης και καθίσματος. Αν υπάρχει κενό διάστημα, χρησιμοποιείστε ένα μαξιλάρι.

Με τη στάση αυτή η σπονδυλική στήλη ευθυγραμμίζεται, χαλαρώνει και σεις αισθάνεστε άνετα και ξεκούραστα. Ακόμη με τη σωστή θέση και στάση της σπονδυλικής στήλης αποφεύγετε τον τόσο ενοχλητικό πόνο της μέσης, που προβληματίζει τις περισσότερες έγκυες γυναίκες.

Όταν στέκεστε όρθια συνηθίστε να έχετε τα πόδια σας σε ελαφρά διάσταση και όχι το ένα κοντά στο άλλο.

Με τη σωστή στάση το σώμα σας έχει καλύτερη ισορροπία, ενώ εσείς αισθάνεστε πιο σταθερά και βολικά. Το βάρος του σώματος σας μοιράζεται ίσα και στα δύο πόδια και δεν ταλαιπωρείστε μονόπλευρα.⁽²⁾

Πόνοι στη μέση

Πολλές γυναίκες υποφέρουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης από πόνους στη μέση. Αυτοί οι πόνοι έχουν σχέση με την αλλαγή της επιβάρυνσης του σώματος, λόγω της μεγαλωμένης μήτρας. Εδώ βοηθούν πολύ οι γυμναστικές ασκήσεις για τη διόρθωση της στάσης και ο ύπνος πάνω σε σκληρό στρώμα.⁽¹²⁾

10. 5) ΓΙΟΓΚΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η γιόγκα: το αρχαιότερο σύστημα προσωπικής ανάπτυξης στον κόσμο, ανάπτυξης που περιλαμβάνει το σώμα, το νου, το πνεύμα έχει την καταγωγή της στην **Ινδία**.

Η γιόγκα διαθέτει και ένα ειδικό πρόγραμμα για εγκύους με το οποίο στοχεύει τόσο να δώσει την δυνατότητα στην έγκυο μητέρα να βιώσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την περίοδο της εγκυμοσύνης της, όσο και να τη προετοιμάσει σωστά για τον τοκετό.

Η μέθοδος περιλαμβάνει ασκήσεις για τους μυς (ασάνες), αναπνευστικές ασκήσεις (πριναγιόμα) και ασκήσεις χαλάρωσης (γιόγκα νίντρα).

Αγάνα: σημαίνει κατάσταση της ύπαρξης στην οποία μπορείς να παραμείνεις σταθερός, ήρεμος, ήσυχος, και άνετος, σωματικά και νοητικά. Οι ασάνες είναι μάλλον στάσεις που πρέπει να κρατιούνται, παρά ασκήσεις που εκτελούνται αργά και στοχαστικά, σε συνδυασμό με διαφραγματική αναπνοή.

Οι ασκήσεις της προσαγιάμα: Είναι αναπνευστικές ασκήσεις που συνδυάζουν τους τρεις βασικούς τύπους αναπνοής (υψηλή θωρακική – ελαφριά, πλευρική – μέση και διαφραγματική – βαθιά. Στην προναγιόμα υπάρχουν τρία μέρη σε κάθε αναπνοή – η εισπνοή το κράτημα και η εκπνοή, με ιδιαίτερη έμφαση στο παρατεταμένο κράτημα και την εκπνοή.

Η γιόγκα νίντρα: Είναι μία μέθοδος χαλάρωσης που στοχεύει στη φυσική και νοητική ισορροπία και βασίζεται στην περιφορά της συνειδητότητας από τα διάφορα μέρη του σώματος και στον εσωτερικό οραματισμό.

Ακόμη στο πρόγραμμα εκπαίδευσης της εγκύου περιλαμβάνεται ο διαλογισμός.⁽²¹⁾

10. 6) ΚΙΡΣΟΙ – ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ - ΚΡΑΜΠΕΣ

Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν πως οφείλονται σε ορμονικές αλλαγές, που επηρεάζουν ορισμένα τμήματα του κυκλοφοριακού συστήματος.

Στην περίοδο αυτή, η εγκυμοσύνη, γίνεται αφορμή για να ανατραπεί η ευαίσθητη ισορροπία που υπάρχει και να παρουσιασθούν τα πρώτα προβλήματα.

Κιρσοί: Είναι μικρές σακούλες, που δημιουργούνται σε διάφορα σημεία των αγγείων, όταν τα τοιχώματα χάσουν την ελαστικότητά τους. Συνήθως εμφανίζονται το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, κατά το οποίο η ορμονική αναστάτωση του οργανισμού είναι μεγάλη.

Οι γυναίκες που έχουν προδιάθεση στις κυκλοφοριακές ανωμαλίες, δεν πρέπει να ανησυχούν, γιατί με το να έχουν ή να μην έχουν προδιάθεση στους κιρσούς δεν επηρεάζεται καθόλου η εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Η ηλικία της γυναίκας και ο αριθμός των παιδιών που έχει μπορεί επίσης να ευθύνονται για την εμφάνιση των κιρσών.

Οι στατιστικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι μετά την ηλικία των 30 χρόνων οι 7 γυναίκες στις 10 παρουσιάζουν κιρσούς στην περίοδο της εγκυμοσύνης.

Συμπτώματα: Κόπωση στα πόδια, πιο πολύ στο ένα πόδι, κράμπες, συνήθως τη νύκτα, πρήξιμο στους αστραγάλους, φαγούρα, κάψιμο, πόνος. Άλλες γυναίκες νιώθουν έντονα τα συμπτώματα και άλλες αν και έχουν μεγάλους κιρσούς δεν αισθάνονται καμιά ενόχληση.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Σε περίπτωση που οι κιρσοί σας ενοχλούν και σας δημιουργούν πρόβλημα, θα ανακουφιστείτε αν χρησιμοποιήσετε ειδικές ελαστικές κάλτσες που συγκρατούν τα αγγειακά τοιχώματα και ανακουφίζουν την κυκλοφορία.
- Ακόμη μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ελαστικούς επίδεσμους, αν υπάρχουν κιρσοί σε ένα ορισμένο σημείο. Τον ελαστικό επίδεσμο θα πρέπει να βάζετε και να βγάζετε πριν σηκωθείτε από το κρεβάτι. Η επίδεση θα πρέπει να αρχίζει από κάτω προς τα πάνω και να αφήνει τα δάκτυλα ελεύθερα.
- Η σωστή στάση των άκρων θα σας ξεκουράσει και θα σας ανακουφίσει. Τοποθετείστε μαξιλάρια κάτω από το στρώμα σας στο

ύψος των ποδιών, τα πόδια θα είναι ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα με αποτέλεσμα να ξεφουσκώσουν οι φλέβες και να ανακουφιστείτε. Μπορείτε ακόμη να χρησιμοποιήσετε κύβους κάτω από τα πόδια του κρεβατιού με τον ίδιο αποτέλεσμα.⁽²⁾

Φλεβίτιδα

Ένα συχνό πρόβλημα στην εγκυμοσύνη είναι η φλεβίτιδα που επιδεινώνεται, ή συχνά πρωτοεμφανίζεται στη διάρκειά της. Η αιτία βρίσκεται σε μια διάταση των αγγείων σε συνδυασμό με την πιο δύσκολη επαναφορά του αίματος από τα πόδια προς το κέντρο. Οι πολύτοκες έχουν πολύ συχνότερα φλεβίτιδα από ότι οι πρωτοτόκες. Κυρίως όταν οι εγκυμοσύνες, ακολουθούν σύντομα η μια την άλλη, οι φλεβίτιδες δημιουργούνται πολύ εύκολα. Για να αποφύγουν τη φλεβίτιδα, θα πρέπει οι έγκυες να στέκονται όρθιες όσο γίνεται πιο λίγο, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Το περπάτημα είναι οπωσδήποτε λιγότερο βλαβερό από την ορθοστασία. Μια άλλη σπουδαία προφυλακτική μέθοδος είναι το «κεκλιμένο επίπεδο», που βοηθάει επίσης πολύ κι όταν ήδη υπάρχουν ενοχλήματα από φλεβίτιδα. Όταν λέμε «κεκλιμένο επίπεδο» εννοούμε το ανασήκωμα του κάτω μέρους του κρεβατιού κατά 8 με 10εκ. Αυτή η κλίση δεν είναι δυσάρεστη, διευκολύνει όμως πολύ την επαναφορά του αίματος από τα πόδια. Όταν η φλεβίτιδα είναι πολύ έντονη, καλά θα είναι να τυλίγονται τα πόδια το πρωί με ελαστικό επίδεσμο ή να φοριούνται ελαστικές κάλτσες. Ας στην περιοχή της φλεβίτιδας παρουσιαστεί κοκκινίλα ή πόνος, τότε πρόκειται μάλλον για φλεγμονή της φλέβας (θρομβοφλεβίτιδα), οπότε πρέπει αμέσως να επέλθει απαραίτητα ο γιατρός. Μια επιφανειακή θρομβοφλεβίτιδα δεν είναι τόσο σοβαρή, γιατί πολύ σπάνια είναι επίφοβη μια πνευμονική εμβολή.

Πολύ σπανιότερη, αλλά και πολύ πιο επικίνδυνη είναι η θρόμβωση των φλεβών στο βάθος, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η μέλλουσα μητέρα την αντιλαμβάνεται από τους έντονους πόνους και το πρήξιμο του ενός ποδιού. Σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να γίνει οπωσδήποτε θεραπεία στο νοσοκομείο, που θα εφαρμοστεί από τον γιατρό.

Κράμπες

Αρκετές γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης υποφέρουν από οδυνηρές κράμπες. Οπωσδήποτε οι κράμπες δε χαρακτηρίζονται σαν ιδιαίτερο σύμπτωμα της εγκυμοσύνης.

Οι κράμπες συνήθως οφείλονται σε ξαφνικές και ακούσιες συσπάσεις των μυών, που η αιτία τους παραμένει άγνωστη.

Μερικοί αιτιολογούν την κούραση και ακόμη την έλλειψη ασβεστίου και μαγνησίου.

Σε μερικές περιπτώσεις οφείλονται σε ορμονική ανωμαλία και παρουσιάζονται με μια συχνότητα σχεδόν καθορισμένη.

Λίγες είναι οι έγκυες που δεν έχουν μεγάλη ή μικρή προσωπική εμπειρία για το πόσο επώδυνη και ενοχλητική είναι η κράμπα.

Συνήθως παρουσιάζονται μετά από κόπωση, πολύωρο περπάτημα, πολύωρη ορθοστασία, έντονη σωματική προσπάθεια και ακόμη παρουσιάζονται συχνά σε άτομα που βρίσκονται στη θάλασσα και κολυμπούν.

Οι κράμπες προσβάλλουν μόνο ένα μυ, συχνά προσβάλλουν το γαστροκνήμιο (τη γάμπα) και άλλοτε προσβάλλουν μια ολόκληρη ομάδα μυών.

Η κράμπα αφήνει το ξαφνικό οδυνηρό αίσθημα της μυϊκής σύσπασης, ένα τοπικό σπασμό, όπως τον χαρακτηρίζουν στην ιατρική.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Για τις κράμπες γενικά που δεν οφείλονται σε καθορισμένα αίτια δεν υπάρχει κανένα ειδικό φάρμακο. Μερικοί γιατροί δίνουν συμπλέγματα βιταμινών.
- Αν η κράμπα σας προσβάλλει ενώ είσαστε ξαπλωμένοι τότε θα πρέπει να σηκωθείτε όρθια και να κάνετε μερικά βήματα, ρίχνοντας το βάρος του σώματός στο πόδι που έχει προσβληθεί από κράμπα.
- Ένα ελαφρό μασάζ κατά μήκος του ποδιού που προσεβλήθη λύνει πιο γρήγορα το σπασμό και ανακουφίζει την περιοχή που έχει προσβληθεί από την κράμπα.
- Δεν έχει αποδειχτεί αν ωφελούν οι θερμές ή ψυχρές κομπρέσες, γιατί άλλες φορές παρουσιάζονται οι κράμπες στην ψύξη (την ώρα που κολυμπάμε) και άλλες φορές όταν έχουμε ζεσταθεί πολύ (όταν είμαστε ξαπλωμένες στο κρεβάτι).

Η περιποίηση των κουρασμένων ποδιών

Τα πόδια πρέπει να έχουν ιδιαίτερη περιποίηση στην εγκυμοσύνη, γιατί σηκώνουν μεγάλο βάρος. Οι διάφορες παθήσεις των ποδιών μπορεί να επιδεινωθούν στην εγκυμοσύνη. Γι'αυτό όταν υπάρχει *πλατυποδία* ή ανωμαλίες των δακτύλων, είναι απαραίτητα τα ορθοπεδικά στηρίγματα. Το κέντρο βάρους του σώματος μεταφέρεται στην εγκυμοσύνη, όλο και πιο μπροστά, πράγμα που αντισταθμίζεται αυτομάτως από την σπονδυλική στήλη. Τα ψηλά τακούνια προκαλούν πτώση του σώματος προς τα εμπρός. Αποτέλεσμα είναι η επιδείνωση της στάσης, με λόρδωση στην οσφύ, στριμμένη λεκάνη και τεντωμένους μυς στους μηρούς και τους γλουτούς. Γι'αυτό οι μέλλουσες μητέρες πρέπει να φορούν έγκαιρα χαμηλά

τακούνια, ένα μέχρι τρία εκατοστά το πολύ, που να είναι και αρκετά χοντρά.⁽¹³⁾

10. 7) ΚΑΛΣΟΝ, ΚΑΛΤΣΟΥΝΙΑ, - ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ

Καλτσόν, καλτσάκια

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης προτιμείστε τα καλτσόν.

Αν η κοιλιά είναι μεγάλη ζητήστε τα ειδικά καλτσόν για την εγκυμοσύνη. Είναι μπροστά στην κοιλιά σουρωτά και κουμπώνουν δεξιά αριστερά με κουμπιά αυξομειώνοντας το φάρδος του καλτσόν. Το χειμώνα προτιμάτε τα βαμβακερά καλτσόν, είναι ζεστά και έχουν μεγάλη αντοχή.

Μερικές, φορούν καλτσάκια που σταματούν κάτω από το γόνατο. Προσοχή να μην πιέζουν τα πόδια σας, κοιτάξτε αν αφήνει σημάδια η καλτσοδέτα. Αν ναι, καταργείστε τα. Εμποδίζουν τη σωστή κυκλοφορία του αίματος που όπως είπαμε έχει τις δυσκολίες της μιας και όλο το βάρος της κοιλιάς πιέζει τα αγγεία της κυκλοφορίας του ποδιού.

Παπούτσια

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο όγκος και το βάρος του σώματος αυξάνουν προοδευτικά.

Πολλές έγκυες γυναίκες την περίοδο αυτή χάνουν την ισορροπία τους όταν στέκονται. Αν προσέξετε θα δείτε ότι δε στέκονται σταθερά, όταν η απόσταση των ποδιών είναι μικρή.

- Για να έχετε σταθερή ισορροπία φέρτε τα πόδια σας ελαφρά σε διάσταση όταν στέκεστε όρθια.

- Φοράτε παπούτσια με σταθερή βάση αν προβληματίζεστε. Αν όχι μπορείτε να φοράτε τακούνι, όχι όμως πολύ ψηλό.
- Αποφύγετε τις μπότες και τα μποτίνια. Δυσκολεύουν την κυκλοφορία του αίματος στα πόδια σας και βαραίνουν τις κινήσεις και τη σιλουέτα.
- Καλό θα είναι τα παπούτσια να είναι αρκετά φαρδιά, γιατί τα πόδια προς το τέλος της εγκυμοσύνης πρήζονται.

10. 8) ΡΑΒΔΩΣΕΙΣ ή ΡΑΓΑΔΕΣ

Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης τα κοιλιακά τοιχώματα μαλακώνουν, χαλαρώνουν και τεντώνουν.

Σε μερικές έγκυες, οι ίνες του δέρματος της κοιλιάς ανοίγουν σε κυκλικά ακανόνιστα, μεγάλα και μικρά στίγματα, πρώτα στο κάτω μέρος της κοιλιάς και μερικές φορές στους μηρούς και στο στήθος. Τα στίγματα αυτά τα λέμε **υποδερμικές ραβδώσεις ή ραγάδες του δέρματος**. Συνήθως εμφανίζονται μετά από μεγάλη αύξηση βάρους.

Όταν πρωτοεμφανιστούν έχουν χρώμα ανοικτό τριανταφυλλί ή σκούρο προς το θαλασσί-γκρι.

Οι παλιές ραγάδες από προηγούμενη εγκυμοσύνη έχουν χρώμα ανοικτό ροζ ή λευκό.

Που οφείλονται;

Μερικοί υποστηρίζουν ότι οι ραβδώσεις οφείλονται σε καθαρά ορμονικούς λόγους. Ο ακριβής ορμονικός μηχανισμός που προκαλεί τις ραβδώσεις δεν είναι γνωστός γι' αυτό και δεν μπορούμε να κάνουμε πολλά πράγματα για να τις προλάβουμε.

Απόλυτη αποτελεσματική θεραπεία δεν υπάρχει. Στην αναχαίτιση της ορμονικής διαταραχής, βοηθά η σωστή αναλογία και επάρκεια βιταμινών και πρωτεΐνης.

Η διατροφή θα πρέπει επίσης να είναι πλούσια σε ζωικές και φυτικές πρωτεΐνες. Ανάλογα με το μέγεθος της κοιλιάς οι μυες απομακρύνονται ο ένας από τον άλλο και σχηματίζουν στο κέντρο μια γραμμή που την ονομάζουμε λευκή γραμμή.

Το κενό διάστημα μεταξύ των μυών της κοιλιάς φθάνει μερικές φορές και τα 11 εκατ.

Όταν η έγκυος είναι όρθια, τα σπλάχνα πέφτουν προς τα κάτω και η μήτρα γέρνει προς τα εμπρός. Ο ομφαλός ακολουθεί το μέγεθος της κοιλιάς, Τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης ο ομφαλός είναι κοίλος, αργότερα ισοπεδώνεται και σιγά –σιγά βγαίνει προς τα έξω.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Αποφύγετε να παίρνετε πολλά κιλά. Ελαττώστε τη χρήση αλατιού στη διατροφή σας.
- Τονώστε τους μύες της κοιλιάς με κατάλληλες ασκήσεις, που θα δυναμώσουν, θα αυξήσουν και θα τονώσουν τον μυϊκό τόνο των τοιχωμάτων της κοιλιάς, Οι ασκήσεις είναι ειδικά επιλεγμένες και τις εφαρμόζουν κατά τη φυσιολογική εγκυμοσύνη. Σε μια εγκυμοσύνη χωρίς προβλήματα (αιμορραγία, αποβολές, κ.ά.) μπορείτε να αρχίσετε να ασκείτε το σώμα σας από τον 4^ο μήνα.
- Τονώστε και δραστηριοποιείτε την κυκλοφορία των μυών της κοιλιάς με εντριβές. Χρησιμοποιείτε γάντι μπάνιου και όχι τρίχινο γιατί είναι σκληρό. Προτιμήστε για τις εντριβές μια τονωτική λοσιόν.

- Μετά το ντους, αφού σκουπιστείτε, επαλείψτε το σώμα σας με μια κρέμα πλούσια σε βιταμίνες και εκχυλίσματα. Οι μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων της κοιλιάς εμποτίζονται με τα θρεπτικά συστατικά, τονώνονται, δραστηριοποιούνται, μαλακώνουν και αυτό τις βοηθά να διασταλούν και να τεντωθούν μαλακά, χωρίς προβλήματα και αβαρίες.⁽²⁾

10. 9) ΚΟΡΣΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο κορσές εγκυμοσύνης κανονικά δεν χρειάζεται καθόλου. Οι μυς της κοιλιάς είναι αρκετά ισχυροί για να σηκώσουν το βάρος, το ίδιο και οι μυς της πύελου και της πλάτης. Μια γυμναστική του σώματος που θα γίνεται τακτικά, κρατάει τους μυς σε φόρμα. Κορσέδες, που φοριούνται νωρίς, και χωρίς λόγο, δημιουργούν χαλαρότητα στους μυς της κοιλιάς: Κάθε μυς, που τον απαλλάσσουμε από την εργασία του, χαλαρώνει και αν αυτό γίνεται συνεχώς, ατροφεί!

Μια αδυναμία των μυών, που προϋπάρχει, μπορεί να εξισορροπηθεί με τον κορσέ. Αυτό το βοηθητικό μέσο μπορεί να δώσει τους τελευταίους 2 με 3 μήνες μια σχετική ανακούφιση και να εμποδίσει την χαλάρωση, όμως δεν μπορεί να υποκαταστήσει το στήριγμα, που προσφέρουν οι μυς, και οι δεσμοί. Μόνο οι γυμνασμένοι μυς έχουν την απαραίτητη δύναμη, που θα χρειαστεί στον τοκετό, δηλαδή μυς που λειτουργούσαν ελεύθερα, και δεν έχουν αποδυναμωθεί από το συνεχές φόρεμα του κορσέ. Εξαιρέσεις, που υποχρεώνουν το φόρεμα του κορσέ, είναι μια ιδιοσυγκρασιακή αδυναμία των μυών, ο κίνδυνος καταγμάτων και η παράλυση ορισμένων μυϊκών ομάδων μετά από πολιομυελίτιδα.

Πρέπει όμως εδώ να αφήσουμε το γιατρό να το κάνει. Αν σε κάποια πρωτότοκο, τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης τεντώνουν πολύ οι

μυς και παρουσιαστούν πόνοι και βάρος στην πλάτη και τη νεφρική χώρα καθώς και στο κάτω μέρος της κοιλιάς, πίεση στην κύστη και δυσκολία στο περπάτημα, τότε πιθανόν να είναι απαραίτητος ο κορσές. Τέτοια συμπτώματα παρουσιάζονται, π.χ. όταν υπάρχει μεγάλη παραγωγή εναμνίου (υγρών) ή πρόκειται για δίδυμα και μεγάλο παιδί. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός, που την παρακολουθεί. Αυτός μόνο μπορεί να αποφασίσει, αν θα φορέσει η έγκυος κορσέ ή όχι.

Οι καλτσοδέτες και οι κάλτσες που έχουν και καλτσοδέτα, απαγορεύονται στην εγκυμοσύνη. Εμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος στα πόδια και διευκολύνουν τον σχηματισμό φλεβίτιδας, ή επιδεινώνουν αυτή που ήδη υπάρχει.⁽¹¹⁾

10. 10) ΥΓΙΕΙΝΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης οι κολπικές εκκρίσεις αυξάνουν, μερικές φορές μάλιστα ενοχλούν.

Στις πτυχές του αιδοίου, στις πτυχές του πρωκτού μαζεύονται σμήγμα, βλέννες, ακαθαρσίες, τρίχες, που εύκολα μπορεί να δημιουργήσουν μολύνσεις, προβλήματα και ταλαιπωρίες. Είναι απαραίτητο, ιδιαίτερα στην περίοδο της εγκυμοσύνης να φροντίζεται με σχολαστικότητα η περιοχή της ουρήθρας του κόλπου, του πρωκτού. **Συνήθως οι βακτηριδιακές μολύνσεις, οι μυκητιάσεις έρχονται συχνά από την περιοχή του πρωκτού (έντερο) και προκαλούν ουρηθρίτιδες, κυστίτιδες, ανιούσες μολύνσεις στα νεφρά, κολπίτιδες, μυκητιάσεις.**

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Πλένετε καθημερινά τα εξωτερικά γεννητικά όργανα με άφθονο χλιαρό νερό και γλυκερινούχο σαπούνι. Πλένεστε και σκουπίζεστε πάντα από

μπρος προς τα πίσω. Με την κίνηση αυτή αποφεύγετε να φέρεται μικρόβια από τον πρωκτό (έντερο), που συνήθως υπάρχουν, στην ουρήθρα, στον κόλπο, με κίνδυνο την μόλυνση.

- Πάντα μετά την κένωση να **πλένεστε**. Το σκούπισμα και καθάρισμα με χαρτί τουαλέτας δεν σας εξασφαλίζει καθαριότητα! Εγκυμονεί κινδύνους, μόλυνσης. Συνηθίστε στην εγκυμοσύνη το πλύσιμο με άφθονο νερό. Το σχολαστικό πλύσιμο σας προφυλάσσει από **κυστίτιδες, ουρηθρίτιδες, κολπίτιδες**.
- Αν οι τρίχες του αιδοίου είναι πολλές μη διστάσετε να τις **κουρέψετε**, ιδίως αν έχετε πολλά υγρά. Το τρίχωμα επιβραδύνει την εξαέρωση των αδενικών εκκρίσεων και έτσι διατηρεί την υγρασία και την δυσάρεστη οσμή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- Τα εσώρουχά σας ας είναι βαμβακερά. Έχουν μεγαλύτερη ελαστικότητα, απορροφητικότητα και είναι πιο τρυφερά με το σώμα. Αλλάζετε και δύο φορές την ημέρα εσώρουχο. Όταν ξεχαστεί το εσώρουχο γίνεται εστία αναπαραγωγής μικροβίων και μολύνσεων.
- Αποφεύγετε τις κολπικές πλύσεις. Ας έχετε υπόψη ότι, ιδιαίτερα τον τελευταίο μήνα της εγκυμοσύνης το στόμιο του τραχήλου, ιδίως στις πολύτοκες, μπορεί κάπως να έχει διασταλεί. Έτσι οι κολπικές πλύσεις ενδέχεται να προκαλέσουν πρόωρη ρήξη του θυλακίου (να σπάσουν νερά). Ακόμη μπορεί να μπουν υγρά, από τον χαλαρωμένο τράχηλο, στην κοιλότητα της μήτρας. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, υπάρχει κίνδυνος να αναπτυχθεί ενδομήτρια μόλυνση, που μπορεί να βάλει σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου.

10. 11) ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ - ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ

Δυσκοιλιότητα

Η έγκυος που δεν είχε πρόβλημα με την κένωση του εντέρου, αν διατρέφετε σωστά και ακολουθεί βασικούς κανόνες υγιεινής διατροφής, συνήθως δεν έχει δυσκοιλιότητα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην εγκυμοσύνη, η μήτρα αυξάνει υπερβολικά σε όγκο, με αποτέλεσμα να πιέζει τα γειτονικά όργανα που είναι το έντερο και η ουροδόχος κύστη.

Το έντερο, ορθό ή απευθυσμένο, όπως ονομάζεται στην ιατρική ορολογία, όταν πιέζεται από τον όγκο της μήτρας, χάνει τον τόνο του, δηλαδή την ικανότητά που έχει να συστέλλει και να διαστέλλει τα τοιχώματά του, να δουλεύει.

Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν επίσης πως οι ορμόνες της εγκυμοσύνης έχουν χαλαρωτική επίδραση στον τόνο των μυών του εντέρου. Έτσι, τα κόπρανα παραμένουν στο έντερο, γίνεται απορρόφηση των υγρών συστατικών που περιέχουν με αποτέλεσμα δύσκολα να αποβάλλονται. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης θα πρέπει να αποφεύγετε την πολυφαγία που προσθέτει δουλειά στο έντερο και να επιδιώκετε τη σωστή διατροφή.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Προτιμάτε τα πράσινα φρέσκα λαχανικά και τα φρέσκα φρούτα, σύκα, δαμάσκηνα, σταφύλια, πορτοκάλια σας βοηθούν ιδιαίτερα.
- Η υπερβολική χρήση ζωικού λευκώματος (κρέας, ψάρι) το ζωικό λίπος (βούτυρο, γάλα) καθώς και αλάτι έχουν κακή επίδραση πάνω στην ανταλλαγή της ύλης στην εγκυμοσύνη.
- Προτιμάτε το λάδι. Επίσης το σπορέλαιο είναι ελαφρύ και εύπεπτο, καθώς και το φρέσκο βούτυρο.

- Τη ζάχαρη να την αντικαταστήσετε με μέλι.
- Προτιμάτε το ψωμί που έχει πίτουρο (μαύρο, σταρένιο).
- Συνηθίστε να πηγαίνετε στην τουαλέτα τακτές ώρες.
- Αν εργάζεστε προτιμείστε να πηγαίνετε στην τουαλέτα του σπιτιού σας, όπου το περιβάλλον είναι πιο ζεστό και γνώριμο. Μη βιάζεστε, αφιερώστε λίγο χρόνο. Είναι απαραίτητο να είστε χαλαρές και ήρεμες χωρίς τη σκέψη πως κάποιος περιμένει από έξω.
- Αν έχετε διάθεση να πάτε στην τουαλέτα, πηγαίνετε αμέσως και μην το αναβάλλετε για λίγο αργότερα, είναι μια όχι καλή άσκηση για το έντερο.
- Αν δυσκολεύεστε, προτιμείστε να χρησιμοποιήσετε ελαφρά καθαρτικά, όπως το γάλα μαγνησίας.
- Πολύ καλά αποτελέσματα μπορείτε να έχετε αν χρησιμοποιήσετε βότανα. Υπάρχει μια ποικιλία από βότανα με θετικά αποτελέσματα. Δοκιμάστε τα.
- Αποφύγετε τα δραστικά καθαρτικά, γιατί προκαλούν έντονους κολπικούς πόνους. Το ίδιο επίσης συμβαίνει και με το κλύσμα. Οι μέθοδοι αυτοί μπορεί να έχουν δυσάρεστα αποτελέσματα και να σας προβληματίσουν.
- Μετά από κάθε αφόδευση να πλένεστε καλά με χλιαρό νερό και να σκουπίζεστε πομπαριστά με μαλακή πετσέτα.
- Καλό θα σας κάνει να βάλετε βαζελίνη γύρω στο έντερο, για να διατηρείται η περιοχή εκεί ελαστική και να μην έχετε προβλήματα με ραγάδες και αιμορροΐδες.
- Όσο αφορά τα υπακτικά που είναι πολύ δραστικά, μπορεί να προκαλέσουν ακόμα και αποβολή, η μέλλουσα μητέρα πρέπει πάντα να

αφήνει την εκλογή του κατάλληλου και ακίνδυνου υπακτικού στο γιατρό.

Αιμορροΐδες

Οι αιμορροΐδες είναι φλέβες διασταλμένες στο τέλος του ορθού εντέρου. Εμφανίζονται συχνά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η μήτρα, με την αύξηση του όγκου της δημιουργεί προβλήματα στην κυκλοφορία του αίματος με αποτέλεσμα τη διαστολή των τοιχωμάτων των φλεβών. Οι αιμορροΐδες συνήθως δημιουργούν προβλήματα όταν υπάρχει δυσκοιλιότητα.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Μετά από κάθε αφόδευση να πλένεστε με άφθονο κρύο νερό και γλυκερινούχο σαπούνι από εμπρός προς τα πίσω. Σκουπίζετε με μαλακό χνουδωτό πετσετάκι πομπαριστά, μην τις τρίβετε.
- Βάλτε επάνω κρύες κομπρέσες. Βρέξτε με κρύο νερό ένα μαλακό πετσετάκι ή τρίψτε πάγο και τυλίξτε τον σε μαλακό πετσετάκι.
- Υπάρχουν ειδικές αλοιφές-υπόθετα που περιέχουν τοπικό αναισθητικό και ανακουφίζουν αμέσως.
- Επαλείψτε τις αιμορροΐδες με λίγη βαζελίνη για να είναι μαλακές. Συνηθίστε να βάζετε μετά τη βαζελίνη κομπρέσα με βαμβάκι για να μην τρίβονται πάνω στο εσώρουχο. Όταν είναι στεγνές σκάνε και δημιουργούν ραγάδες. Προσοχή να μην δημιουργήσετε ραγάδες γιατί μπορεί να μολυνθούν μιας και υπάρχει λύση συνεχείας του δέρματος.
- Χρησιμοποιείτε εσώρουχα βαμβακερά, που είναι μαλακά όχι νάιλον και στενά γιατί ερεθίζουν.

- Σε περίπτωση που σας ενοχλούν πολύ, προσπαθήστε να μην κάθεστε πάνω στον πωπό σας, αλλά στο πλάι για να ξεκουραστούν από την πίεση του βάρους.
- Μη φοράτε εφαρμοστά εσώρουχα, κολάν, παντελόνια, οι αιμορροΐδες τρίβονται, ερεθίζονται, φλεγμαίνουν, πονούν.
- **Υπομονή**, όσο υπάρχουν φροντίστε της, μετά τον τοκετό υποχωρούν, ηρεμούν, εξαφανίζονται, ξεχνιούνται!⁽⁸⁾

10. 12) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΔΟΝΤΙΑ

Η περιποίηση των δοντιών είναι πολύ σπουδαία. Δεν είναι απαραίτητος μόνο ο έλεγχος στον τρίτο και έκτο ή έβδομο μήνα. Πρέπει να πλένετε τα δόντια δύο φορές την ημέρα με μαλακή βούρτσα και να κάνετε μασάζ στα ούλα. Δεν είναι καθόλου απαραίτητο να καταστραφούν τα δόντια στο διάστημα της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, όπως πιστεύουν πολλοί. Βέβαια γι'αυτό χρειάζεται κάποια αυτοπειθαρχία. Κυρίως πρέπει να αποφεύγονται τα πολλά ζυμαρικά και τα γλυκά.

Η τερηδόνα εμφανίζεται πολύ συχνότερα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Γι'αυτό το λόγο η μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να επισκεφθεί δύο με τρεις φορές τον οδοντίατρο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης της και μάλιστα κι όταν δεν έχει ενοχλήματα. Αντίθετα με τη γνώμη του κόσμου, κάθε θεραπεία των δοντιών είναι δυνατή και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ο οδοντίατρος πρέπει μόνο να λάβει υπόψη ότι λόγω του κύματος δεν επιτρέπεται η νάρκωση, επειδή ελαττώνεται το οξυγόνο στο αίμα της μητέρας.

Στα προφυλακτικά μέτρα υπάγεται και η χορήγηση ασβεστίου. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους τρεις με τέσσερις τελευταίους μήνες, που γίνεται

μεταφορά ασβεστίου από τη μητέρα προς το παιδί, επειδή το παιδί σε αυτό το διάστημα εναποθέτει ασβέστιο στα οστά του. Οι ανάγκες σε ασβέστιο, είναι τότε τόσο μεγάλες, που καλύπτονται από τη διατροφή, μόνο όταν η μητέρα πίνει πολύ γάλα και πολλά προϊόντα του, όπως τυρί, μυζήθρα, κλπ. Συνιστάται επίσης να παίρνει χάπια ασβεστίου. Θα πρέπει ωστόσο να αναφέρουμε ότι οι ανάγκες σε ασβέστιο της μητέρας, που θηλάζει, είναι πολύ μεγαλύτερες, από ότι της εγκύου στους τελευταίους μήνες.⁽⁸⁾

10. 13) ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η περιποίηση του δέρματος

Και το δέρμα χρειάζεται περιποίηση περισσότερο από κάθε άλλη φορά. Λόγω της αυξημένης κυκλοφορίας του αίματος και της σχετικής υπερλειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου στο διάστημα της εγκυμοσύνης, η μέλλουσα μητέρα κρυώνει μεν λιγότερο, αλλά στο ζεστό καιρό ζεσταίνεται και πιο εύκολα. Το δέρμα της είναι μαλακότερο, πιο απαλό και στο τέλος της εγκυμοσύνης ξηρό και πολλές φορές παρουσιάζει φαγούρα. Συνιστάται η περιποίηση με ένα καλό λάδι σώματος. Στο καθημερινό πρόγραμμα της εγκύου ανήκει βέβαια και η περιποίηση του σώματος με νερό και σαπούνι.⁽¹³⁾

10. 14) ΕΜΕΤΟΙ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η ναυτία και οι εμετοί στον πρώτο καιρό της εγκυμοσύνης μπορούν να θεωρηθούν, μέχρι ένα βαθμό φυσιολογικοί. Κι όταν ακόμα για ένα

διάστημα η έγκυος κάνει εμετό κάθε πρωί, δεν είναι επικίνδυνο, όταν η τροφή παραμένει στο στομάχι και η έγκυος δεν χάνει βάρος.

Γι'αυτήν την ακίνδυνη μορφή των εμετών της εγκυμοσύνης, εδώ και ολόκληρες γενεές συμβουλεύουν να προγευματίζει η έγκυος στο κρεβάτι και να σηκώνεται μετά από 1 με 2 ώρες αργότερα, πράγμα που έχει μεγάλη επιτυχία. Αν όμως οι εμετοί εμφανίζονται τόσο συχνά, έτσι που να μην κρατάει η έγκυος κανένα γεύμα, τότε πρέπει οπωσδήποτε να επισκεφθεί το γιατρό. Αυτός θα πρέπει να διαπιστώσει, αν πρόκειται για «υπερέμεση της εγκυμοσύνης». Αυτή η κατάσταση είναι μια αρρώστια που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Οι επίμονοι εμετοί, που οδηγούν σε απώλεια βάρους της εγκύου και που επηρεάζουν τη γενική της κατάσταση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πρέπει να θεραπεύονται με τα κατάλληλα φάρμακα. Οι εμετοί στην εγκυμοσύνη είναι η μόνη εξαίρεση στον κανόνα να αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν τα φάρμακα. Γιατί έχει αποδειχτεί ότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάστασης αυτής, δεν βλάπτουν το κύημα. Αντίθετα, μπορεί να δημιουργηθούν διαταραχές στην ανάπτυξη του παιδιού, όταν δεν θεραπεύεται ή δεν θεραπεύεται επαρκώς, η «υπερέμεση της εγκυμοσύνης».⁽¹⁰⁾

10. 15) ΥΠΝΟΣ – ΥΠΝΗΛΙΑ – ΑΨΠΝΙΑ

Από πειράματα που έχουν γίνει σε έγκυες γυναίκες σχετικά με τη διάρκεια και το είδος του ύπνου, αποδεικνύεται ότι οι έγκυες γυναίκες παρουσιάζουν μείωση της φάσης R.E.M. (Rapid eye movement) (ταχεία κίνηση των ματιών).

Η διαταραχή του ύπνου οφείλεται τις πιο πολλές φορές σε λειτουργικά προβλήματα που δημιουργεί η εγκυμοσύνη. Ο οργανισμός λειτουργεί εντατικά για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις βιολογικές απαιτήσεις της

εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα κόπωση, ένταση, υπερένταση, δύσπνοια, δυσπεψία, βάρος.

Ακόμη ψυχολογικοί προβληματισμοί συνοδεύουν τα όνειρα και ταρασσουν τον ύπνο.

Αν ο εφιαλτικός και διακεκομμένος ύπνος συνεχιστεί, ιδίως μετά τη γέννα, μπορεί να έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική ισορροπία.

Όμως, ο ήρεμος, άνετος και ευτυχισμένος ύπνος είναι απαραίτητος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

Τουλάχιστον πρέπει να κοιμάστε 8-10 ώρες την ημέρα. Η κάθε έγκυος αντιδρά διαφορετικά στο θέμα του ύπνου.

Άλλες έγκυες δεν επηρεάζονται καθόλου, άλλες έχουν υπνηλία και μερικές έχουν πρόβλημα ύπνου.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Αποφύγετε τον καφέ, το αλκοόλ, τα αναψυκτικά. Η καφεΐνη που περιέχεται σε ένα φλιτζάνι καφέ συνεχίζει να κυκλοφορεί στο αίμα για 6 ώρες!
- Έχετε υπόψη ότι το χαμομήλι, το τσάι του βουνού, ο χυμός ντομάτας, καρότου, δρουν σαν υπνωτικό. Το μαρούλι, το σέλινο, το μάραθο, το δεντρολίβανο, η μέντα σαν ήπια ηρεμιστικά.
- Μπορείτε να κοιμηθείτε σε οποιαδήποτε θέση και στάση σας βολεύει. Μη φοβάστε ότι θα πιέσετε ή θα βλάψετε το μωρό.
- Πριν κοιμηθείτε συνηθίστε να παίρνετε μερικές βαθιές ήρεμες παρατεταμένες εισπνοές – εκπνοές. Σας χαλαρώνουν, σας καλμάρουν, και σας προσφέρουν έναν ήρεμο και γλυκό ύπνο.

- Αν έχετε πρόβλημα στην αναπνοή και δεν σας αφήνει να κοιμηθείτε ήρεμα, βάλτε δύο-τρία μαξιλάρια και σηκώστε το θώρακα ψηλά. Έτσι θα διευκολύνετε την αναπνοή και τον ύπνο σας.

10. 16) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ & ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΒΛΑΠΤΟΥΝ

Φάρμακα και εγκυμοσύνη

Τα φάρμακα είναι χημικές ουσίες που όταν μπουν στον οργανισμό της εγκύου περνούν διαμέσου της κυκλοφορίας της μητέρας (μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας) **στην κυκλοφορία του εμβρύου.**

Η χρήση των φαρμάκων θα πρέπει πάντα να γίνεται με λογική και σύνεση και αφού θεωρηθεί εντελώς απαραίτητη. Η αλόγιστη χρήση και η άγνοια πιθανών παρενεργειών μπορεί να καταλήξει σε σοβαρές επιπτώσεις και προβληματισμούς.

Ακόμη μπορεί να βάλει σε κίνδυνο τη ζωή της εγκύου και του εμβρύου μιας και δεν γνωρίζουμε ποια φάρμακα μπορεί να βλάψουν το έμβρυο.

Στα φάρμακα θα βρείτε οδηγίες χρήσης. Πάντα αναφέρεται αν βλάπτουν την εγκυμοσύνη, το θηλασμό και ακόμη πολλές φορές παραπέμπουν να ερωτηθεί ο ειδικός γιατρός. Φάρμακα κοινής χρήσης, όπως τα αναλγητικά, τα αντιπυρετικά, που γενικά θεωρούνται αβλαβή, μπορεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού να σας βλάψουν αν δεν τα χρησιμοποιείτε σωστά. Σήμερα, κάθε φάρμακο εγκρίνεται επίσημα από τον οργανισμό Φαρμάκων πριν κυκλοφορήσει στα φαρμακεία.

Όμως, ας μη ξεχνάμε τη θαλιδομίδη, κυκλοφόρησε σαν ακίνδυνο ηρεμιστικό για να αποδειχθεί μετά από χρόνια ότι ήταν η αιτία να γεννηθούν εκατοντάδες παιδιά με φωκομελεια! (Τα παιδιά δεν είχαν άκρα, πόδια, ή χέρια, όπως η φώκια).

Ειδικά, στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης που σχηματίζονται τα βασικά όργανα του εμβρύου (οργανογένεση) θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί, προσεκτικοί, συνετοί **στο να παίρνουμε φάρμακα**.

Το πρόβλημα της δράσης των φαρμάκων και η αντιμετώπισή του είναι τεράστια.

Πρέπει οι γυναίκες να εξασφαλίζουν πέρα από την πρόληψη και συμβουλευτική ενημέρωση και καθοδήγηση για τους κινδύνους που διατρέχουν.

Η παρέμβαση θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα και αποτελεσματικά, ώστε να αποφεύγεται η διακοπή της εγκυμοσύνης χωρίς να υποτιμάται ο κίνδυνος της τερατογένεσης.

Ναρκωτικά και εγκυμοσύνη

Τα τελευταία χρόνια η διάδοση των ναρκωτικών παίρνει σοβαρές διαστάσεις και κραυγές αγωνίας άρχισαν να ακούγονται από έγκυες γυναίκες.

Οι ναρκομανείς έγκυες έχουν πιθανότητες αποβολής του εμβρύου, ακόμη μπορεί το έμβρυο να γεννηθεί νεκρό, πρόωρα ή με ίκτερο.

Όταν γεννηθεί συνήθως είναι εθισμένο στα ναρκωτικά. Έχει το χαρακτηριστικό κινητικό τρέμουλο, σπασμούς, δυσκολία στη διατροφή, συνεχές κλάμα. Οι ναρκομανείς έγκυες κινδυνεύουν να γεννήσουν παιδιά με καρδιακές ανωμαλίες, υδροκεφαλία, πολυδακτυλία, ανωμαλίες των άκρων, του ουροποιητικού, του γεννητικού συστήματος.

Αν κάνετε χρήση ναρκωτικών ουσιών, μόλις αντιληφθείτε ότι είστε έγκυος και ακόμη καλύτερα, πριν μείνετε έγκυος συζητήστε το πρόβλημά σας με ειδικό γιατρό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό.

Υπάρχουν λύσεις, υπάρχουν ειδικοί που μπορούν να σας βοηθήσουν, όχι μόνο να απαλλαγείτε από το βραχνά των ναρκωτικών αλλά και να γίνετε μια σωστή και αξιόλογη μητέρα.

Αλκοόλ και εγκυμοσύνη

Μια μπύρα, ένα ποτήρι ροζέ κρασί, λίγο ουζάκι, σε στιγμές κεφιού φέρνουν χαλάρωση, ευεξία, κέφι, ανοίγουν την όρεξη.

Αν όμως έχετε τη συνήθεια να πίνετε συχνά, θα πρέπει να λάβετε σοβαρά υπόψη ότι:

Το αλκοόλ αδυνατίζει τη μνήμη, μειώνει τη διανοητική ικανότητα, φέρνει κατάπτωση, δυσκολεύει την πέψη, φέρνει ανήσυχο ύπνο.

Ερευνητές, λένε πως τα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες που καταναλώνουν αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρουσιάζουν **διανοητική καθυστέρηση, παραμορφώσεις στο πρόσωπο, προβλήματα στην ανάπτυξη του σώματος.**

Το αλκοόλ περνά από τη μητέρα στο έμβryo διαμέσου της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας αμέσως!

Το έμβryo πίνει όσο πίνει και η μαμά του! Μεθυσμένη μητέρα, μεθυσμένο μωράκι! Με τη διαφορά ότι ο οργανισμός του εμβρύου δυσκολεύεται να επεξεργαστεί το αλκοόλ!

Σε ευρωπαϊκό συνέδριο ο καθηγητής Μαιευτικής Ν.Πράπας, είπε ότι μια από τις κυριότερες αιτίες τερατογένεσης είναι το αλκοόλ.

Τόνισε, ότι οι έγκυες ιδιαίτερα το πρώτο τρίμηνο, δεν πρέπει να πίνουν οινοπνευματώδη ποτά γιατί μπορεί να γεννήσουν παιδιά με εμβρυϊκό σύνδρομο οινοπνεύματος. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού δεν πρέπει η γυναίκα να πίνει, οι συνέπειες είναι σοβαρές και ολέθριες όχι μόνο για τη γυναίκα αλλά και για το μωρό της. Ο αλκοολισμός στην εγκυμοσύνη σχετίζεται επίσης με αυξημένο ποσοστό αυτομάτων αποβολών, με μικρό βάρος του πλακούντα και υπολειπόμενο βάρος του νεογνού.

Κάπνισμα & Εγκυμοσύνη

Στην εποχή μας οι καπνίστριες προοδευτικά γίνονται όλο και περισσότερες.

Μελέτες και έρευνας λένε ότι:

Οι καπνίστριες πριν ακόμη μείνουν έγκυες έχουν τις προϋποθέσεις μιας εγκυμοσύνης με προβλήματα. Είναι γνωστό ότι, ακόμη και η σύλληψη μπορεί να δυσκολευτεί και να εμποδιστεί.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο οργανισμός λειτουργεί εντατικά. Το κυκλοφοριακό και το αναπνευστικό επιβαρύνονται ακόμη περισσότερο από την τοξική δράση της νικοτίνης με αποτέλεσμα να διαταράσσονται οι φυσιολογικές λειτουργίες και να υπάρξουν μαιευτικές επιπλοκές και παθολογικά προβλήματα.

Έρευνες λένε ότι:

- Οι έγκυες καπνίστριες είναι περισσότερο επιρρεπείς σε αποβολές και πρόωρους τοκετούς, από τις έγκυες που δεν καπνίζουν.
- Οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν πολύ γεννούν μωρά με μικρότερο βάρος από αυτές που δεν καπνίζουν. Η προωρότητα των

νεογνών, οφείλεται στη μειωμένη οξυγόνωση του αίματος του εμβρύου που προκαλούν τα διάφορα συστατικά του καπνού.⁽²⁾

- Ακόμα και μετά από κανονική κύηση 9 μηνών, τα παιδιά των καπνιστριών ζυγίζουν λιγότερο από τα παιδιά μη καπνιστριών. Η πείρα όμως μας διδάσκει ότι ο γιατρός δεν πρέπει να απαγορεύσει σε μια φανατική καπνίστρια τελείως το κάπνισμα, γιατί παρουσιάζει φαινόμενα εξάρτησης, π.χ. νευρικότητα, 4 με 5 τσιγάρα τη μέρα θεωρούνται αβλαβή, ιδιαίτερα όταν δεν καπνίζονται μέχρι το φίλτρο. Το τελευταίο τρίτο του τσιγάρου είναι καλύτερο να πετιέται, γιατί σε αυτό συγκεντρώνονται πολύ βλαβερές ουσίες, που, όταν καπνίζεται ως το τέλος περνούν στο σώμα της μητέρας.⁽¹⁴⁾
- Η νικοτίνη προκαλεί ανορεξία με συνέπεια την όχι σωστή διατροφή της εγκύου.
- Μελέτες αναφέρουν ότι η νικοτίνη μπορεί να ευθύνεται για μελλοντικά προβλήματα που θα εμφανισθούν στο παιδί.

Όπως, προβλήματα στο νευρικό σύστημα, την καρδιά, τα νεφρά, τα μάτια, ευαισθησίες σε κρυολογήματα, αλλεργίες, δερματίτιδες, καθυστέρηση στο ύψος, στο βάρος, στη διανοητική εξέλιξη του παιδιού, υπερκινητικότητα, νευρικότητα και άλλες διαταραχές.

Η καπνίστρια έγκυος υποχρεώνει το έμβρυο σε **παθητικό κάπνισμα** και συνεχίζει και αργότερα με τη γέννηση του μωρού, μια και πολλές καπνίστριες εξακολουθούν να καπνίζουν και να ρυπαίνουν το περιβάλλον του μωρού. Θα πρέπει, λοιπόν, πατέρας και μητέρα να μην καπνίζουν όταν βρίσκονται στο ίδιο δωμάτιο με το παιδί τους.

Έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά των καπνιστών υποφέρουν συχνότερα από κολικούς, αναπνευστικές παθήσεις, βρογχίτιδες.

Στον Καναδά λένε: «όταν οι γονείς καπνίζουν, τα παιδιά βήχουν». Έρευνα επίσης έδειξε ότι η έγκυος γυναίκα μπορεί να θεωρηθεί ότι καπνίζει όταν βρίσκεται σε δωμάτιο που υπάρχουν καπνιστές.

Ακόμη και το παθητικό κάπνισμα μπορεί να βλάψει την έγκυο και το έμβρυο.

Πολύ προσεκτική θα πρέπει να είναι η καπνίστρια λεχώνα στην περίοδο του θηλασμού.

Ας μη ξεχνάμε ότι περνάει περίπου μισή ώρα μετά το κάπνισμα τσιγάρου, για να μην βρεθούν ίχνη νικοτίνης στο γάλα της λεχώνας.

Στα παιδιά των γυναικών που καπνίζουν παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των συγγενών διαμαρτιών. (Homtellerger και συνεργάτες).

Σε ερευνητική εργασία (τον Serois et al., 1985) που έγινε σε γονείς που καπνίζουν 15-20 τσιγάρα το 24ωρο, μετρήθηκε η νικοτίνη στο παιδί. Οι υπολογισμοί έδειξαν ότι το παιδί «καπνίζει» 80 τσιγάρα το χρόνο!

Το 1982 η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία αναγνώρισε το κάπνισμα σαν μια από τις σπουδαιότερες πηγές ρύπανσης του περιβάλλοντος και σοβαρή απειλή για την υγεία των καπνιστριών, βρέθηκε αύξηση κατά 50% των συγγενών καρδιοπαθειών.

Σε έρευνα (Dougherty and Jones 1982) παρατηρήθηκε ότι οι καπνίστριες γεννούν πιο συχνά κορίτσια!

Στο μαιευτήριο Έλενας το 1993 σε έρευνα που έγινε από μαίες (Αντωνίου Ε. και συνεργάτες) σε 120 γυναίκες, το 23,3% ήταν καπνίστριες, από αυτές το 71,42% γέννησαν κορίτσια!

Ο καπνός αυξάνει τις τοξίνες στο αίμα, με αποτέλεσμα να ελαττώνεται το οξυγόνο, να καταστρέφεται η βιταμίνη C και ο ψευδάργυρος. Οι Cole et al., σε έρευνα βρήκαν ότι:

Το κάπνισμα ελαττώνει τη μεταφορά οξυγόνου στο αίμα της μητέρας και του νεογνού.

Αν έχετε τη συνήθεια να καπνίζετε, να ελαττώσετε τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζετε στο ελάχιστο και βαθμιαία να σταματήσετε το κάπνισμα.

Εν τω μεταξύ θα σας ωφελήσει να τρώτε άφθονα πράσινα λαχανικά, φρέσκα φρούτα και να παίρνετε συμπλήρωμα βιταμίνης C.

Όταν το κάπνισμα ελαττωθεί, σταματήσει, η αναπνοή θα γίνει ελεύθερη και καθαρή, το δέρμα φωτεινό, τα μαλλιά θα γίνουν λαμπερά, θα αποκατασταθεί η γεύση. Οι φαρυγγίτιδες, βρογχίτιδες, τα καρδιαγγειακά προβλήματα περιορίζονται.

Πώς θα καταφέρετε να κόψετε το κάπνισμα

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης τα κίνητρα για να σταματήσετε το κάπνισμα είναι ισχυρά.

Αφορούν τη δική σας υγεία, την υγεία του μωρού σας.

Μέχρι σήμερα δεν έχει κυκλοφορήσει στην αγορά φάρμακο με θαυματουργές θεραπευτικές ιδιότητες. Ας έχετε υπόψη ότι:

Βιταμίνες της ομάδας Β, το ασβέστιο, ο σίδηρος, το μαγνήσιο και ακόμη το ποτάσιο, ελαττώνουν τη διάθεση για τσιγάρο, καφέ αλκοόλ!

Ενώ οι ηλιόσποροι, οι ντομάτες και οι μελιτζάνες έχουν ορισμένες ιδιότητες παρόμοιες με εκείνες της νικοτίνης.

Σε ειδικά κέντρα εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές μέθοδοι που έγιναν αποδεκτές από το κοινό.

Οι μέθοδοι είναι: ο βελονισμός, η ωτοθεραπεία, η μεσοθεραπεία, οι ομαδικές θεραπείες.

Καφές & Εγκυμοσύνη

Ο καφές βλάπτει στην εγκυμοσύνη;

Είναι μια ερώτηση που ακούμε πολύ συχνά.

Ας έχουμε υπόψη ότι:

Η καφεΐνη βρίσκεται στον καφέ, στο τσάι, στα αναψυκτικά τύπου κόλα, στη σοκολάτα σε μίγματα για γλυκά κ.ά.

Το 90% των εγκύων αναφέρουν ότι παίρνουν καφεΐνη από διάφορες πηγές.

Η καφεΐνη αυξάνει τους καρδιακούς παλμούς, ερεθίζει το νευρικό σύστημα, επιταχύνει το βασικό μεταβολισμό.

Η καφεΐνη εύκολα περνά στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί στον πλακούντα, στο έμβρυο, στο αμνιακό υγρό, στο μητρικό γάλα!

Μέχρι τη δεκαετία 1970-1989 δεν υπήρχαν αποδεικτικά στοιχεία (έρευνες, μελέτες, παρατηρήσεις) ότι η καφεΐνη βλάπτει το έμβρυο.

Το 1980 ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων, ανακοίνωσε συμβουλευτική ενημέρωση προς τις έγκυες και συνιστούσε να περιοριστεί η χρήση της καφεΐνης. Η ανακοίνωση στον τύπο έλεγε: *«Γνωρίζουμε ότι η καφεΐνη περνά τον πλακούντα και φθάνει στο έμβρυο. Γνωρίζουμε ότι είναι διεγερτική ουσία και έχει δράση φαρμακευτική. Γίνονται έρευνες για περισσότερα στοιχεία για την πιθανή σχέση της καφεΐνης και των γενετικών ανωμαλιών. Συνιστούμε στις μέλλουσες μητέρες να αποφεύγουν την κατάχρηση».*

- Μελέτη των **Aldridge** και συνεργατών δείχνει ότι: η κατανάλωση καφεΐνης μπορεί να προκαλέσει μειωμένη μεταφορά θρεπτικών ουσιών από τον πλακούντα στο έμβρυο!

- Μελέτη του **Linn** και των συνεργατών δείχνει ότι: δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στη λήψη της καφεΐνης και στην καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου! Ωστόσο, μελέτη των **River-Calmlin** δείχνει ότι: Βρέθηκε στο πλάσμα του αίματος των νεογνών που θήλαζαν ποσά καφεΐνης τα οποία εξαφανίστηκαν όταν η μητέρα σταμάτησε να παίρνει καφεΐνη!

Τα νεογνά εκδηλώνουν τη στέρηση καφεΐνης με δυσκολίες στη σίτιση, εμετούς, ευερεθιστικότητα, υπερβολικό κλάμα, προβλήματα στον ύπνο.

Η καφεΐνη φαίνεται επίσης να επηρεάζει την πίεση του αίματος. Οι έγκυες με υπέρταση θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικές, ας ελαττώνουν στο ελάχιστο την καφεΐνη, ας προσπαθήσουν να σταματήσουν να τη γεύονται.

Τα συμπτώματα της στέρησης της καφεΐνης εμφανίζονται με άγχος, κατάθλιψη, νευρικότητα, τρέμουλο.

Οι έγκυες οι θηλάζουσες μητέρες, όλες οι γυναίκες που έχουν τη συνήθεια να πίνουν καφέδες, να καπνίζουν, ας προσπαθήσουν να περιορίσουν, να κόψουν, να σταματήσουν τις ολέθριες συνήθειες τουλάχιστον στην περίοδο της μητρότητας.

Προσπαθήστε να αντικαταστήσετε προοδευτικά την καφεΐνη με χυμούς φρούτων αραιωμένους με νερό, με ροφήματα από βότανα (χαμομήλι – φασκόμηλο) με δροσερό νεράκι, φρούτα εποχής.⁽²⁾

10. 17) ΕΜΒΟΛΙΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι εμβολιασμοί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Πολλές γυναίκες ρωτούν γι' αυτό το θέμα, επειδή θέλουν να κάνουν ένα μακρινό ταξίδι και πολλές χώρες απαιτούν συγκεκριμένους

εμβολιασμούς. Αυτό που συνήθως χρειάζεται είναι ο δαμαλισμός, - ο εμβολιασμός εναντίον της ευλογιάς, - που απαγορεύεται όμως στην εγκυμοσύνη, γιατί οι ζωντανοί ιοί της ευλογιάς, που περιέχει το εμβόλιο, περνούν στο έμβρυο και μπορούν να το βλάψουν. Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται το εμβόλιο για τον κίτρινο πυρετό και το εμβόλιο από το στόμα για την πολιομυελίτιδα. Αν π.χ. ο ιός της ευλογιάς περάσει στο παιδί στους πρώτους 3 μήνες της εγκυμοσύνης υπάρχει κίνδυνος μιας συγγενούς ανωμαλίας. Στους επόμενους μήνες της εγκυμοσύνης μπορεί το παιδί να νοσήσει από ευλογιά. Στην εγκυμοσύνη συνιστώνται το εμβόλιο του τετάνου και το ενέσιμο εμβόλιο της πολιομυελίτιδας. Και στις δύο περιπτώσεις μάλιστα, το παιδί προστατεύεται μετά τον τοκετό από τα αντισώματα που δημιούργησε η μητέρα και που περνούν και στο παιδί.

Αν λοιπόν προκύψει θέμα εμβολιασμού, ας ρωτήσει κανείς το γιατρό, που έχει αναλάβει την παρακολούθηση της εγκύου, αν μπορεί να γίνει κατά την εγκυμοσύνη ο συγκεκριμένος εμβολιασμός.

Επειδή η ερυθρά είναι πολύ συχνή και το παιδί διατρέχει κίνδυνο, αν τυχόν η μητέρα νοσήσει τους πρώτους τρεις μήνες, καλό θα είναι να ελέγχεται το αίμα της μητέρας για την ύπαρξη αντισωμάτων κατά της ερυθράς, ήδη πριν από την πρώτη εγκυμοσύνη.

Αν δεν υπάρχουν αντισώματα, μπορούμε να προστατέψουμε τη γυναίκα με ένα εμβολιασμό.⁽³⁾

10. 18) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ & ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ Rh⁻

Τι είναι ο παράγοντας Ρέζους

Δύο επιστήμονες, ο **Landsteiner** και ο **Wiener**, μετά από μελέτες που έκαναν με πειραματόζωα πιθήκους, από όπου και η ονομασία (Λατινικά rhesus), το 1940 ανακάλυψαν τον παράγοντα ρέζους στο αίμα του

ανθρώπου. Ο παράγοντας ρέζους είναι μια ουσία που βρίσκεται μέσα στο αίμα. Στους πιο πολλούς ανθρώπους (86%) η ουσία αυτή καλύπτει τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Τότε λέμε ότι το Ρέζους είναι θετικό (Rh^+).

Όταν όμως η ουσία αυτή δεν καλύπτει τα ερυθρά αιμοσφαίρια, λέμε ότι το Ρέζους είναι αρνητικό (Rh^-). Αν σε ένα άνθρωπο Rh^+ γίνει μετάγγιση αίματος Rh^- ο οργανισμός αντιδρά στον παράγοντα Rh^+ με τη δημιουργία αντισωμάτων.

Τότε τα αντισώματα καταστρέφουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια που φέρουν Rh^+ και τα προϊόντα των κατεστραμμένων αιμοσφαιρίων μπαίνουν στην κυκλοφορία του αίματος και προκαλούν τοξικές καταστάσεις για τον οργανισμό. Η ανακάλυψη τους βοήθησε στο να μπορέσουν να εξηγηθούν επιπλοκές που συνέβαιναν μετά από μεταγγίσεις αίματος, που έως τότε είχαν μείνει ανεξήγητες.

Απαραίτητα, λοιπόν, κάθε έγκυος γυναίκα, θα πρέπει να ελέγχει τον παράγοντα Ρέζους από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης.

Αν είστε Ρέζους αρνητική (Rh^-)

Θα πρέπει να γίνει εξέταση Ρέζους του πατέρα.

- Αν ο πατέρας είναι αρνητικός, τότε και το παιδί θα είναι αρνητικό και δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας.
- Αν ο πατέρας είναι θετικός, θα πρέπει να γίνει εξέταση για να διαπιστωθεί αν είναι φορέας γονιδίων. Αν είναι φορέας, τότε το έμβρυο έχοντας γονίδια Rh^- (από τα δικά σας) και γονίδια Rh^+ έχει πιθανότητα να πάθει αιμόλυση και να κινδυνεύσει.
- Αν ο πατέρας έχει μόνο γονίδια Rh^+ τότε το παιδί διατρέχει μεγάλο κίνδυνο.

10. 19) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ – ΤΑΜΠΟΥ – ΗΘΗ – ΕΘΙΜΑ σε ΙΤΑΛΙΑ, ΓΡΟΙΛΑΝΔΙΑ, ΜΑΛΑΙΣΙΑ, ΤΑΓΚΟ – ΚΙΝΑ

Η επιθυμία, η διάθεση για σεξ και η απόλαυση του ποικίλει από έγκυο σε έγκυο, από μήνα σε μήνα, από μέρα σε μέρα στην ίδια εγκυμοσύνη.

Οι σεξολόγοι Μάστερς και Τζόνσον που μελέτησαν τις σεξουαλικές αντιδράσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λένε πως 1/3 των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρουσίασαν μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας το πρώτο τρίμηνο. Συνήθως μείωση επιθυμίας παρουσιάζουν οι γυναίκες που έχουν εμετούς, ναυτία, καούρες, ξινίλες, ζαλάδες κόπωση.

Αιτίες που μπορεί να επηρεάσουν τη διάθεση για σεξουαλικές σχέσεις

Ψυχολογικοί προβληματισμοί είναι αιτίες που μπορεί να μειώσουν τη διάθεση για σεξουαλική επαφή στον άνδρα και στη γυναίκα. Βασική αιτία είναι η ιδέα που έχει η γυναίκα για το εαυτό της.

Η έγκυος βλέπει την κοιλιά της να μεγαλώνει, το στήθος της να φουσκώνει, η μεσούλα να ευθυγραμμίζεται, τα μπράτσα και οι μηροί να γίνονται αγνώριστα.

Πολλές έγκυες ντρέπονται για το σώμα τους, δεν θέλουν να εμφανιστούν γυμνές, ακόμη καις την εξέταση προσπαθούν να καλύψουν το σώμα τους με τα ρούχα, το σεντόνι.

Δεν θέλουν να εμφανιστούν γυμνές ούτε στον άντρα τους.

Ορμονικές αυξομειώσεις μπορεί να επηρεάσουν απότομα την ψυχική διάθεση της εγκύου και κατ'επέκταση τη σχέση των συζύγων.

Το στήθος μερικές φορές, τους πρώτους μήνες ευαισθητοποιείται τόσο που και το άγγιγμα ακόμη μπορεί να προκαλεί πόνο.

Τα γεννητικά όργανα υπεραιμούν, υπερτροφούν, φουσκώνουν, αυξάνει η ευαισθησία τους. Μερικές φορές μπορεί να προβληματίσουν τη σεξουαλική επαφή. Η έγκυος να αισθάνεται έντονα την πίεση, να πονάει, να ενοχλείται, να μην αισθάνεται, να μη νιώθει σεξουαλική πληρότητα.

Οι Lumley & Astbury, 1982 με βάση τα ερευνητικά τους πορίσματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, η απαγόρευση των σεξουαλικών σχέσεων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μοιάζει άτοπη.

- Οι σπασμοί που συνοδεύουν τον οργανισμό συνήθως ευαισθητοποιούν τη μήτρα προοδευτικά, ώστε να αποδώσει καλύτερα στον τοκετό.
- Το μωρό είναι ασφαλές μέσα στη μήτρα, ώστε καμία φυσική σεξουαλική δραστηριότητα δεν το βλάπτει.
- Το μωρό προστατεύεται από τον αμνιακό σάκο που το περιβάλλει και ακόμα ο τράχηλος φράσσεται από παχιά βλέννα, που τον προστατεύει σαν πώμα.

Αιτίες που το σεξ μπορεί να σας προβληματίσει

Υπάρχουν περιπτώσεις που η σεξουαλική αποχή στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης επιβάλλεται, μιας και οι κίνδυνοι μιας αποβολής είναι περισσότεροι.

- Εάν έχουν προηγηθεί στείρωση, εκτρώσεις, αποβολές. Εάν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχετε μικροαιμορραγίες (προδρομικός ή παραχείλιος πλακούς).

- Εάν υπάρχουν ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας (κάμψη της μήτρας, δίκερος, μήτρα κ.ά.)
- Εάν έχει προηγηθεί συρραφή του τραχηλικού στομίου (περίδεση τραχήλου).
- Εάν σπάσουν τα νερά (ρήξη θυλακίου) γιατί το έμβρυο δεν προφυλάσσεται, έρχεται σε άμεση επαφή με τον κόλπο και εύκολα μπορεί να μολυνθεί.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ – ΤΑΜΠΟΥ – ΗΘΗ ΕΘΙΜΑ σε ΙΤΑΛΙΑ, ΓΡΟΙΛΑΝΔΙΑ, ΜΑΛΑΙΣΙΑ, ΤΑΓΚΟ – ΚΙΝΑ

- Ο σεξολόγος **Μπίλι Ταλίνι**, σε έρευνα που έκανε στην **Ιταλία** απέδειξε ότι: Στους δύο άνδρες ο ένας μειώνει τη σεξουαλική του δραστηριότητα γιατί φοβάται μη βλάψει το έμβρυο!
- Μερικές φυλές, όπως η φυλή **ΣΗΜΟ** στο **Μπουρκίνα Φάσο**, η φυλή **ΝΤΑΓΚΩΝ** στο **Μαλί**, η φυλή **ΝΟΥΟΙ** στη **ΓΡΟΙΛΑΝΔΙΑ**, πιστεύουν πως η σεξουαλική επαφή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης κάνει καλός τους συζύγους και στο έμβρυο, που απολαμβάνει τη συναισθηματική πληρότητα των γονιών του.
- Στη φυλή **ΓΙΝΑΚ ΤΣΟΥ** στην **Κίνα**, η έγκυος Κινέζα πηγαίνει στο σπίτι των γονιών της έως ότου γεννήσει.
- Στη **Μαλαισία** στο **Τάγκο** και στην **Κίνα** αποφεύγουν τις σεξουαλικές σχέσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Οι Εσκιμώοι πιστεύουν πως οι σεξουαλικές εκκρίσεις συντελούν στο να γεννηθεί ένα γερό και όμορφο μωρό!⁽²⁾

10. 20) ΤΑΞΙΔΙΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Σχετικά με τα ταξίδια, τα σπορ, τη γυμναστική, την κοινωνική δραστηριότητα στην περίοδο της εγκυμοσύνης οι γνώμες των ειδικών είναι διχασμένες. Ένας θα σας επιτρέψει να ταξιδέψετε με αεροπλάνο, ενώ ένας άλλος δε θα σας το επιτρέψει και μάλιστα θα σας αναπτύξει θεωρίες που ούτε θα μπορούσατε να τις φανταστείτε. Το ερώτημά σας θα είναι: Τα ταξίδια μπορούν να βλάψουν την εγκυμοσύνη;

Οποσδήποτε οι δονήσεις και τα κουνήματα του αυτοκινήτου ή του τραίνου με το συντονισμό που δημιουργούνται, είναι δυνατόν να ευαισθητοποιήσουν την ερεθισιμότητα της μήτρας και να προκαλέσουν την έναρξη συστολών ή και ρήξη του θυλακίου, με αποτέλεσμα πρόωρο τοκετό και διακοπή της εγκυμοσύνης.

Σε περίπτωση που έχουν προηγηθεί της εγκυμοσύνης στείρωση, αποβολές, πρόωρος τοκετός, πρόωρη ρήξη θυλακίου ή ορμονικά προβλήματα, καλά θα κάνετε να είστε προσεκτικές και επιφυλακτικές για κάθε ενδεχόμενο. Μια αφορμή μπορεί να γίνει αιτία για νέες περιπέτειες με δυσάρεστα αποτελέσματα.

Αν πρέπει οποσδήποτε να ταξιδέψετε, ζητήστε από το γιατρό να σας δώσει συνταγή με τα απαραίτητα φάρμακα για τις πρώτες μέρες σε περίπτωση που θα σας παρουσιασθεί πρόβλημα. Έτσι δε θα χάσετε πολύτιμο χρόνο ψάχνοντας να βρείτε που θα πρέπει να απευθυνθείτε. Αν επίσης, βρίσκεστε σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, πριν ταξιδέψετε, βεβαιωθείτε για μια φορά ακόμη ότι η εγκυμοσύνη σας, είναι φυσιολογική, χωρίς κανένα παθολογικό πρόβλημα.

Ταξιδεύοντας με αυτοκίνητο

- Αν το ταξίδι σας είναι μακρινό, καλό θα είναι το αυτοκίνητο να έχει καλή συσπανσιόν. Αν δεν έχει, καθίστε πάνω σε ένα μαξιλάρι, το οποίο

θα ελαττώσει τις δονήσεις. Άλλο ένα μαξιλάρι βάλτε πίσω στη μέση σας για να ευθυγραμμιστεί η σπονδυλική στήλη και να μη σας πονά η μέση στο τέλος του ταξιδιού.

- Αποφύγετε τους ανώμαλους δρόμους. Αν ο οδηγός συναντήσει λακκούβες και δεν μπορεί να τις παρακάμψει σηκωθείτε από το κάθισμά σας, ενεργοποιηθείτε και μην κάθεστε παθητικά.
- Θα πρέπει να αποφεύγει ο οδηγός τα απότομα φρεναρίσματα τη μεγάλη ταχύτητα, την αλλαγή λωρίδων και τα συχνά στοπ.
- Εάν η διαδρομή είναι μεγάλη, προγραμματίστε στάσεις για να ξεμουδιάσετε και να φάτε ένα φρούτο δροσερό.
- Μην παραλείπετε στη διάρκεια της διαδρομής να ουρείτε συχνά, η γεμάτη κύστη δεν ενοχλεί μόνο, εγκυμονεί κινδύνους (κυστίτιδα κ.ά.).

Ταξιδεύοντας με αεροπλάνο

Αν αποφασίσετε να ταξιδέψετε με αεροπλάνο θα πρέπει να έχετε υπόψη σας ότι όταν θα πάτε να βγάλετε εισιτήριο θα πρέπει να έχετε βεβαίωση γιατρού που να βεβαιεί ότι η εγκυμοσύνη σας δεν είναι μεγαλύτερη από 7½ μηνών. Δηλαδή οι αεροπορικές εταιρίες δε δέχονται έγκυες γυναίκες μετά τη συμπλήρωση των 35 εβδομάδων κύησης.

Ταξιδεύοντας με πλοίο

Το ταξίδι με πλοίο δεν αντενδείκνυται. Προσέξτε όμως να μην έχετε προδιάθεση για ναυτία. Αν το ταξίδι είναι μακρινό, βεβαιωθείτε ότι το πλοίο διαθέτει γιατρό.⁽²⁹⁾

10. 21) ΖΩΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι γυναίκες που επιθυμούν παιδιά, φοβούνται και με το δίκιο τους, την τοξοπλάσμωση. Τα πρωτόζωα που την προκαλούν, μπορούν να περάσουν στο έμβρυο και να το βλάψουν. Εννοείται, ότι αυτό συμβαίνει μόνο, αν η πρώτη μόλυνση με το τοξόπλασμα έγινε στην προκείμενη εγκυμοσύνη. Όποια θέλει να είναι σίγουρη εξετάζει πριν από την εγκυμοσύνη το αίμα για ειδικά αντισώματα.

Αν υπάρχουν, δεν υφίσταται κίνδυνος για νέα μόλυνση και φυσικά ούτε κίνδυνος να υποστεί κάποια βλάβη, το έμβρυο αργότερα σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Στην ηλικία της αναπαραγωγής 70-80% των γυναικών έχουν αντισώματα για την τοξοπλάσμωση.

Μια γυναίκα, όπου δεν έχει αντισώματα της τοξοπλάσμωσης, θα πρέπει στο διάστημα της εγκυμοσύνης να τρώει καλοψημένο κρέας για να μην υπάρχει κίνδυνος μόλυνσεως. Επίσης να αποφεύγεται η επαφή με γάτες. Κύριοι ξενιστές της τοξοπλάσμωσης είναι οι γάτες και όχι, όπως πίστευαν για πολύ καιρό τα σκυλιά.

10. 22) ΣΠΟΡ

Τα είδη των σπορ, που προκαλούν ισχυρούς κλονισμούς του σώματος, και φυσικά και των γεννητικών οργάνων, και που μπορεί να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό, πρέπει φυσικά να αποφεύγονται οπωσδήποτε. Σ'αυτά περιλαμβάνονται, η ιπασία, το σκι, το τένις, το πατινάζ και προπαντός φυσικά η μοτοσικλέτα. Επίσης οι κοπιαστικές ορειβασίες πρέπει να αποφεύγονται οπωσδήποτε. Λίγο ποδήλατο επιτρέπεται όταν μάλιστα διευκολύνει τη γυναίκα στους δρόμους, που έχει να κάνει καθημερινά. Μακρές ποδηλασίες είναι βέβαια βλαβερές. Επιτρέπεται κυρίως το κολύμπι. Βέβαια κι εδώ δεν πρέπει να κολυμπάνε σαν να κάνουν αγώνες.

Τις 4 τελευταίες εβδομάδες προ του τοκετού πρέπει να αποφεύγεται και το κολύμπι.⁽³⁵⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ, ΠΟΥ ΕΞΑΚΡΙΒΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ

Στα τελευταία είκοσι χρόνια, οι έρευνες για να γνωρίσουμε καλύτερα το έμβρυο και το άμεσο περιβάλλον του, προχώρησαν τόσο πολύ, που έφτασαν στο σημείο να ξέρουμε από πριν και την «ποιότητα» του απογόνου.

Αυτό έχει μεγάλη σημασία όταν σκεφτούμε πως το έμβρυο έχει πιο πολλές πιθανότητες θνησιμότητας και νοσηρότητας από όσες η μητέρα του και γενικά θεωρείται μια ύπαρξη που έχει ανάγκη την επιστήμη και το γιατρό πριν ακόμη γεννηθεί!

Έξι είναι οι ειδικές τεχνικές, που χρησιμοποιούνται σήμερα:

1. Η αμνιοπαρακέντηση, η αμνιοσκόπηση και η εμβρυοσκόπηση.
2. Η υπερηχοτομογραφία
3. Οι ακτινολογικές εξετάσεις
4. Ο προσδιορισμός ορισμένων ορμονών και ενζύμων στο πλάσμα και στα ούρα της μητέρας.
5. Η παρακολούθηση του καρδιακού παλμού και ταυτόχρονα των συσπάσεων της μήτρας με ειδικά ηλεκτρονικά μηχανήματα και ο προσδιορισμός των φυσικοχημικών αλλαγών στο εμβρυϊκό αίμα.
6. Η μελέτη της τροφοβλάστης.

Από αυτές τις μεθόδους άλλες είναι επικίνδυνες κι άλλες πολύ δαπανηρές. Σύμφωνα όμως με στατιστικές από το 1970, από τότε που άρχισαν να εφαρμόζονται, καθώς και η δημιουργία ειδικών μονάδων εντατικής παρακολούθησης του νεογνού, μαζί με την πλατύτερη χρησιμοποίηση της καισαρικής τομής για να αποφεύγεται ένας τραυματικός τοκετός, η νεογνική θνησιμότητα παρουσίασε μιαν αξιοσημείωτη πτώση από 30 στα χίλια σχεδόν 10 στα χίλια.

11. 1) Η ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Με τη μέθοδο αυτή, μπορούμε να πάρουμε αμνιακό υγρό για να μελετήσουμε διάφορα συστατικά του, ή αντίθετα για να εγχύσουμε κάποια ουσία στον αμνιακό σάκο για ορισμένο σκοπό. Π.χ. σκιερή ουσία που καταπίνει το έμβρυο και την παρακολουθούμε με ακτινογραφία.

Η τεχνική της είναι απαραίτητο να γίνεται με **χειρουργική ασηψία**, και όχι όπως αναφέρεται ακόμα και σε ξένα συγγράμματα, να γίνεται στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων, επειδή ο κίνδυνος για μόλυνση είναι μεγάλος, όχι μόνο για τη μητέρα, μα και για το αμνιακό υγρό, όταν αυτό προορίζεται για καλλιέργεια.

Η παρακέντηση πραγματοποιείται αφού γίνει τοπική αναισθησία στο δέρμα της κοιλιάς. Γίνεται με βελόνα Νο 20-22 και μήκους 10εκ., ανάλογα με το μέγεθος που έχει το τοίχωμα της κοιλιάς, Συνηθισμένα παίρνουμε 20-30ml αμνιακό υγρό, όταν η κύηση φτάσει στη 15^η ως την 18^η εβδομάδα, ανάλογα με το τι θέλουμε να εξακριβώσουμε.

Τρεις είναι οι μεγάλοι κίνδυνοι από αυτή την τεχνική:

α) Τραύμα που μπορεί να προκληθεί στο έμβρυο ή στον πλακούντα και σπάνια στον ομφάλιο λώρο ή σε κάποιο όργανο της μητέρας.

β) Λοίμωξη.

γ) Αυτόματη εκβολή ή πρόωρος τοκετός.

Γι' αυτό είναι απαραίτητο, πριν γίνει η αμνιοπαρακέντηση, να προσδιοριστεί η θέση του πλακούντα με τους υπερήχους. Σε μητέρες που έχουν ρέζους αρνητικό, επειδή υπάρχει πιθανότητα να τρυπηθεί ο πλακούντας και να έρθει σε επαφή αίμα της μητέρας με αίμα του εμβρύου, **συνίσταται να δίνεται στη μητέρα αντί Rho σφαιρίνη**, αν αυτή δεν είναι ευαισθητοποιημένη στον παράγοντα ρέζους.

Η εμβρυϊκή θνησιμότητα από αμνιοπαρακέντηση είναι 4%. Μετά από δεύτερη προσπάθεια για αμνιοπαρακέντηση ή όταν η βελόνα είναι χοντρή, η πιθανότητα εμβρυϊκής θνησιμότητας μεγαλώνει περισσότερο.

Χρειάζεται προσοχή ώστε το αμνιακό υγρό να μην περιέχει αίμα, γιατί σε πολλές αναλύσεις μεταβάλλεται το αποτέλεσμα.⁽¹⁾

Συχνότητα εμβρυϊκών απωλειών μετά από αμνιοπαρακέντηση, σύμφωνα με Αμερικανικές και Καναδέζικες μελέτες



Αμερικανικές και Καναδέζικες μελέτες έδειξαν ότι η αμνιοπαρακέντηση έχει μικρούς μόνο κινδύνους για το έμβρυο, που ανέρχονται περίπου στο 0,3%. Οι μελέτες αυτές υποστηρίζουν ότι, δεν υπάρχει αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης ορθοπεδικών προβλημάτων και αναφέρουν ότι η ψυχοκινητική εξέλιξη των νεογνών αυτών ήταν φυσιολογική (Πίνακας 3).

Συμπερασματικά υποστηρίζουν ότι η εκτίμηση της αξίας και της αξιοπιστίας της διαγνωστικής αμνιοπαρακέντησης στο 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σε κάθε επίτοκο πρέπει να γίνεται μετά από τη σύγκριση των πιθανοτήτων ανίχνευσης συγγενούς εμβρυϊκής ανωμαλίας και του κινδύνου από την επέμβαση.⁽²⁵⁾

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΜΒΡΥΪΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Μελέτη	Η.Π.Α.		ΚΑΝΑΔΑΣ		Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ	
	Ασθενείς	Ομάδα ελέγχου	Ασθενείς	Ομάδα ελέγχου	Ασθενείς	Ομάδα ελέγχου
Επίτοκες	1040	992	1020	-	2428	2428
Εμβρυϊκές απώλειες (%)	3,5	3,2	3,2	-	3,6	1,9

Η μέτρηση της Α εμβρυϊκής πρωτεΐνης

Η μέθοδος αυτή έχει μεγάλη σημασία. Όταν αυτή ανιχνεύεται στο αίμα της μητέρας και βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, αποδεικνύεται ανωμαλία στο νευρικό σύστημα του εμβρύου.

Η ουσία αυτή παράγεται στο συκώτι του εμβρύου και από τα ούρα του εμβρύου απεκκρίνεται στο αμνιακό υγρό. Μια μικρή ποσότητα περνάει από τον αμνιακό σάκο στο αίμα της μητέρας.

Αν ερευνήσουμε την ποσότητα της Α εμβρυϊκής πρωτεΐνης στο αίμα της μητέρας και στο αμνιακό υγρό, μπορούμε να εξακριβώσουμε:

- α) Ανωμαλίες στο νευρικό σύστημα, όπως ανεγκεφαλία και δισχιδής ράχη.
- β) Συγγενείς ανωμαλίες στα νεφρά.
- γ) Ατρησία στο δωδεκαδάκτυλο και τον οισοφάγο.
- δ) Συγγενή νέφρωση κλπ.

Η εξέταση αυτή της Α εμβρυϊκής πρωτεΐνης γίνεται σε ειδικευμένα εργαστήρια και δε θεωρείται εξέταση ρουτίνας. Η μέτρησή της όμως επιβάλλεται να γίνεται όποτε γίνεται αμνιοπαρακέντηση.

Η αμνιοσκόπηση: Είναι μια μέθοδος που με τη βοήθεια ενός ειδικού οργάνου που λέγεται αμνιοσκόπιο, κάτω από ορισμένες συνθήκες (όταν υπάρχει μια μικρή διαστολή στον τράχηλο), μπορούμε να δούμε το χρώμα που έχει το αμνιακό υγρό, έτσι όπως φαίνεται πίσω από τις εμβρυϊκές μεμβράνες στο κύημα.

Ιστορικά αναφέρουμε τη μέθοδο αυτή που χρησιμοποιούσαν στα τελευταία χρόνια για να προσδιορίσουν παράταση στην κύηση ή κάποια δυσχέρεια στο έμβρυο.

Με την αμνιοσκόπηση βλέπουμε ανάμεσα από τις μεμβράνες το αμνιακό υγρό που αρχίζει να γίνεται χρωματισμένο.

Σήμερα, για να διαγνώσουμε τα παραπάνω, δε χρησιμοποιούμε πια τη μέθοδο αυτή. Χρησιμοποιούμε μόνο το αμνιοσκόπιο σαν ένα μέσο, για να πάρουμε ένα μικρό δείγμα αίματος από το τριχωτό της κεφαλής του

εμβρύου, για να μετρήσουμε το pH του αίματος στη διάρκεια του τοκετού εφόσον υπάρξει ρήξη θυλακίου.

Η εμβρυοσκόπηση: Είναι μια καινούργια τεχνική χρησιμοποιώντας ένα ειδικό ενδοσκόπιο που περνάμε μέσα στο αμνιακό σάκο. Προηγούμενα έχει γίνει τοπική αναισθησία στο δέρμα της κοιλιάς της μητέρας, για να μπορέσουμε να τρυπήσουμε με ειδικό τροκάρ το κοιλιακό τοίχωμα, τη μήτρα και τον αμνιακό σάκο ταυτόχρονα.

Η τεχνική αυτή πραγματοποιείται αφού προηγούμενα εντοπίσουμε με υπερήχους τη θέση του πλακούντα. Με τη μέθοδο αυτή μπορούμε:

- α) Να δούμε όλο το έμβρυο (αν και η εικόνα που δίνει το εμβρυοσκόπιο είναι μόνο 4εκ. από την επιφάνεια που έχει το σώμα του εμβρύου).
- β) Να κάνουμε βιοψίες δέρματος.
- γ) Να πάρουμε αίμα από αγγεία του πλακούντα, με πολύ ειδικές βελόνες, για να διαγνώσουμε ορισμένες κληρονομικές μεταβολικές αρρώστιες του εμβρύου, όπως είναι οι αιμοσφαιρινοπάθειες (θαλασσαιμία) και η αιμοφιλία.

Η χρήση της μεθόδου αυτής είναι περιορισμένη και βρίσκεται στο πειραματικό στάδιο, επειδή οι κίνδυνοι είναι μεγάλοι σε σύγκριση με άλλες μεθόδους που αναφέραμε πριν.

11. 2) Η ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Με τη μέθοδο αυτή εκμεταλλευόμαστε την ηχώ από τους υπερήχους που παράγονται σε ειδικό μηχάνημα. Μετά από κατάλληλη επεξεργασία με ηλεκτρονική συσκευή, δημιουργείται ένα είδος «τομών» στο όργανο του σώματος που εξετάζουμε που φαίνεται στην οθόνη ενός καθοδικού

σωλήνα. Έτσι έχουμε πολύ καθαρές εικόνες από τις «τομές» που έχουν τα διάφορα όργανα του σώματος.



Υπερηχονογραφία

Η υπερηχοτομογραφία είναι ίσως η μέθοδος με τα καλύτερα διαγνωστικά αποτελέσματα, σε σύγκριση με όλες τις άλλες βιοχημικές μεθόδους, που χρησιμοποιούμε για να διαπιστωθεί η καλή κατάσταση του εμβρύου.

Έχουμε τρεις διαφορετικούς τύπους μηχανημάτων υπερηχοτομογραφίας:

1. Ο τύπος A-scan. Μ' αυτόν μετράμε το μέγεθος μόνο ενός οργάνου π.χ. το μέγεθος του κεφαλιού.
2. Ο τύπος B-scan. Μ' αυτόν γίνεται ένα είδος οπτικής τομής, έτσι που να φαίνεται στο σχήμα, το μέγεθος και η θέση ενός οργάνου.
3. Ο τύπος M-Mode (M από τη λέξη motion=κίνηση) ή Real time. Ο τύπος αυτός έχει έναν ειδικό πομποδέκτη υπερήχων, που παράγει πολλαπλά συστήματα υπερήχων, με αποτέλεσμα να μπορούμε να βλέπουμε στην εικόνα και κινήσεις όπως είναι η καρδιακή κίνηση, ο σφυγμός των αγγείων ή οι αναπνευστικές κινήσεις του θώρακα.

Οι κλινικές εφαρμογές είναι πολλές και χρήσιμες όπως:

Η διάγνωση μιας εγκυμοσύνης σε αρχικό στάδιο, το μέγεθος του εμβρύου και ο ρυθμός της αύξησής του, ο προσδιορισμός του αριθμού των εμβρύων. Το σπουδαιότερο είναι ότι μπορούμε, με τον τύπο M-Mode, να μετρήσουμε την αμφιβρεγματική διάμετρο που έχει το κεφάλι του εμβρύου και να προσδιορίσουμε έτσι με ακρίβεια την ηλικία της κύησης σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη. Η επανάληψη της εξέτασης αυτής μας πληροφορεί για τη σωστή ανάπτυξη του εμβρύου. Συγκρίνοντας τις διαμέτρους του κεφαλιού, του θώρακα και της κοιλιάς το μήκος του μηριαίου οστού, ή το μήκος από την κεφαλή έως τους γλουτούς του εμβρύου, μπορούμε να πληροφορηθούμε αν υπάρχει μικροκεφαλία, υδροκεφαλία, ή ανεγκεφαλία, ακόμη και να προσδιορίσουμε, με αρκετή προσέγγιση, το βάρος του εμβρύου.

Με μεγάλη ευκολία και ακρίβεια προσδιορίζεται:

- α) Το μέρος που έχει εμφυτευτεί ο πλακούντας.
- β) Μια παθολογική μορφή του πλακούντα, όπως η υδατιδώδης μήλη κύηση
- γ) Αν το αμνιακό υγρό βρίσκεται σε φυσιολογική ποσότητα.

Τέλος χρησιμεύει και στη γυναικολογία γιατί μπορεί να προσδιορίσει όγκους στην πύελο, όπως κύστεις στην ωοθήκη ή ινομυώματα στη μήτρα κλπ.

Εκτός από τις κινήσεις που κάνουν τα διάφορα μάλη του εμβρύου, που φαίνονται εύκολα, παρατηρούμε ακόμη και τη συχνότητα που το έμβρυο αδειάζει και γεμίζει την ουροδόχο κύστη του.

11. 3) ΟΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πριν εφαρμοστούν οι υπέρηχοι σαν διαγνωστικό μέσο στη μαιευτική και τη γυναικολογία, είχαν περιγραφτεί και γίνονταν πολύ συχνά ακτινογραφικές διαγνωστικές εξετάσεις. Αυτές ήταν η απλή ακτινογραφία της κοιλιάς που γινόταν:

- α) Για να διαπιστωθούν ορισμένες ανωμαλίες στο σκελετό, όπως είναι η υδροκεφαλία ή η ανεγκεφαλία.
- β) Για να προσδιοριστεί η ηλικία της κύησης. Ο προσδιορισμός αυτός γινόταν παρατηρώντας τους πυρήνες οστέωσης σε ορισμένα οστά.

Οι αμνιογραφίες ήταν ένα άλλο είδος εξέτασης, που γινόταν μετά από εισαγωγή σκιερής ουσίας μέσα στον αμνιακό σάκο. Με την αμνιογραφία παρατηρούσαμε αν το έμβρυο κατάπινε καλά το αμνιακό υγρό ή προσδιορίζαμε τη θέση του πλακούντα. Η μέθοδος αυτή προσδιόριζε ακόμη και ανωμαλίες στον πλακούντα όπως την υδατιδώδη μήλη.

Σήμερα οι τεχνικές αυτές δε χρησιμοποιούνται πια και αναφέρονται μόνο για ιστορικούς λόγους.

11. 4) Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΕΝΖΥΜΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Για την παραγωγή, το μεταβολισμό και την κάθαρση των ορμονών έχουμε:

- α) Το ανθρώπινο πλακουντιακό λακτογόνο (hPL) που ανιχνεύουμε στο πλάσμα της μητέρας και η οιστριόλη, που μπορούμε να τη μετρήσουμε στο πλάσμα ή στα ούρα της μητέρας. Προσδιορίζοντας αυτές τις

ορμόνες, ανάλογα με την ποσότητα που ελέγχουμε, βρίσκουμε αν η λειτουργία της μητροπλακουντικής μονάδας γίνεται σωστά.

- β) Η χοριακή γοναδοτροπίνη, που μας επιτρέπει να παρακολουθήσουμε μια κύηση στα αρχικά της στάδια ή να προσδιορίσουμε νεοπλασία στην τροφοβλάστη.

Οι καινούργιες έρευνες μελετούν νέες ορμόνες που τα θετικά τους αποτελέσματα θα μάθουμε στα επόμενα χρόνια.

11. 5) Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΠΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ (ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΙΑ)

Ιστορικά όσο αφορά τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου, πρέπει να αναφέρουμε τα εξής:

Από τότε που ο Γάλλος Laennec, γύρω στο 1821, ανακάλυψε το στηθοσκόπιο, ορισμένοι μαιευτήρες άρχισαν να παρακολουθούν τους παλμούς του εμβρύου στη διάρκεια του τοκετού.

Ο Von Winkel, το 1893, δημοσίευσε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία, τη σημασία της βραδυκαρδίας του εμβρύου στη διάρκεια του τοκετού σε σχέση με την ικανοποιητική ή όχι κατάσταση του νεογνού μετά τη γέννηση. Από τότε ως το τέλος της δεκαετίας του 1960, η σημασία του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου ήταν τόσο μεγάλη, ώστε ένα από τα πιο σπουδαία στοιχεία στην εκπαίδευση του μαιευτήρα ή της μαιίας ήταν να παρακολουθούμε τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου σε όλη τη διάρκεια του τοκετού με το παλιό στηθοσκόπιο του Laennec, αυτό που ονομάζουμε εμείς κοιλιοσκόπιο. Και

μάλιστα αν και σήμερα, υπάρχουν νεότερα μηχανήματα, το κοιλιοσκόπιο δεν παύει να χρησιμοποιείται σε όλο τον κόσμο και να είναι το όργανο που μπορεί εύκολα κανένας να παρακολουθεί τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου.

Η τεράστια πρόοδος που έγινε τα τελευταία χρόνια στην ηλεκτρονική συνετέλεσε στο να ανακαλυφτούν ειδικά μηχανήματα, που μπορούν όχι μόνο να ανιχνεύουν τον καρδιακό ρυθμό του εμβρύου από την 12^η εβδομάδα της κύησης, αλλά και να δίνουν τη δυνατότητα και στην ίδια την έγκυο, εκτός από το μαιευτήρα και τη μαία, να τον ακούσει.

Τα μηχανήματα αυτά από το 1965 και μετά, άρχισαν να διαδίδονται στις **ΗΠΑ** στην αρχή και αργότερα σε όλο τον κόσμο.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 ο ερευνητής E.Hop στην **Αμερική**, ο Hammacher στη **Γερμανία** και ο Caldeiro – Barcia στην **Ουρουγουάη**, άρχισαν να πειραματίζονται με ειδικά μηχανήματα που χρησιμοποιούν ειδικά κυκλώματα ηλεκτρονικών υπολογιστών (computers), που όχι μόνο ανιχνεύουν **συνέχεια** τον καρδιακό παλμό, μα ακόμα μπορούν να αναλύουν τη χρονική διαφορά που υπάρχει σε χιλιοστά του δευτερολέπτου, ανάμεσα σε ένα εμβρυϊκό παλμό και τον επόμενο του κ.ο.κ.

Τα μηχανήματα αυτά έχουν ακόμα τη δυνατότητα να καταγράφουν σε ειδικό χαρτί τους καρδιακούς παλμούς, ώστε να φαίνεται αμέσως τη διαφορά στο ρυθμό που έχουν οι παλμοί μεταξύ τους.

Με έναν ακόμη πιο εύκολο τρόπο, το ίδιο μηχανήμα μπορεί να ανιχνεύει και ταυτόχρονα να καταγράφει στο ίδιο χαρτί τις συσπάσεις της μήτρας και τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου. Τα μηχανήματα αυτά ονομάζονται διεθνώς καρδιοτοκογράφοι (από τη λέξη τόκος = τοκετός).

Σήμερα όλοι οι ερευνητές που ασχολούνται με την **καρδιοτοκογραφία** συμφωνούν πως ένα υγιές έμβρυο πρέπει οπωσδήποτε να παρουσιάζει διαφορά ανάμεσα στον ένα παλμό και τον επόμενο του. Η διαφορά αυτή πρέπει να είναι το λιγότερο από 5 έως 10 παλμούς στο κάθε λεπτό.

Κλινικές εφαρμογές: Από το 1965 ως το 1975 χρησιμοποιούσαν τους καρδιοτοκογράφους στη διάρκεια του τοκετού μόνο όταν είχαν να κάνουν με κύηση υψηλού κινδύνου π.χ. πρόκληση τοκετού σε διαβητικές ή προεκλαμπτικές μητέρες, σε περιπτώσεις που το έμβρυο ήταν μικρότερο από το κανονικό σε μέγεθος για την ηλικία της κύησης, σε παρατάσεις κύησης κλπ.

Οι έρευνες όμως έχουν αποδείξει πως ο καρδιοτοκογράφος μπορεί να χρησιμοποιηθεί **και πριν από τον τοκετό**, για να εξακριβώσουμε την καλή κατάσταση που έχει το έμβρυο όταν υπάρχει κάποια υποψία γι' αυτή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, μπορούμε να κάνουμε δύο πράγματα:

α) Να γίνει η καρδιοτοκογραφία **χωρίς να ερεθίζεται η μήτρα με ωκυτοκίνη** ώστε να κάνει συσπάσεις. Οι αγγλοσάξωνες την ονομάζουν “Non stress test”.

β) Με ωκυτοκίνη (“Stress test”).

Τη δοκιμασία αυτή τη θεωρούμε θετική ή ύποπτη θετική όταν παρουσιάζεται σε κάθε σύσπαση **βραδυκαρδία, μετά όμως από το ζενίθ της σύσπασης της μήτρας**, οι καρδιακοί παλμοί παρουσιάζουν βραδυκαρδία και επανέρχονται στο φυσιολογικό πριν γίνει η επόμενη σύσπαση.

Ένα άλλο ύποπτο σημείο για την κατάσταση του εμβρύου είναι και η **έλλειψη διαφοράς στη συχνότητα** που πρέπει να υπάρχει από τον ένα καρδιακό παλμό στον επόμενο. Το φαινόμενο αυτό θέλει μεγάλη προσοχή, γιατί μπορεί να παρουσιαστεί όταν το έμβρυο κοιμάται ή όταν χορηγούνται διάφορα φάρμακα για αναλγησία στη διάρκεια του τοκετού. Στις περιπτώσεις αυτές, το φαινόμενο είναι παροδικό.

Σε πολύ σύγχρονα μαιευτικά κέντρα του εξωτερικού, μέσα σε κάθε αίθουσα παρακολούθησης του τοκετού υπάρχουν καρδιοτοκογράφοι. Όλες οι πληροφορίες μπορούν να συγκεντρώνονται σε μια κεντρική οθόνη, μακριά από τις αίθουσες παρακολούθησης. Έτσι, οι διάφορες αλλαγές στον καρδιακό

ρυθμό, όπως και η συχνότητα των συσπάσεων παρακολουθούνται ταυτόχρονα για πολλές επίτοκες μητέρες.

11. 6) Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΗΣ

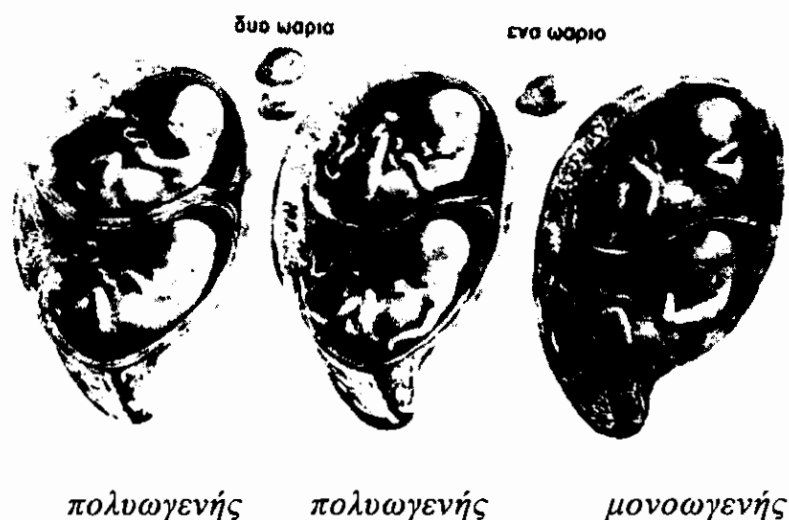
Είναι μια νέα τεχνική που πραγματοποιείται γύρω στη 10η με 11^η εβδομάδα της κύησης. Με τη βοήθεια του υπερηχοτομογράφου προσδιορίζουμε με απόλυτη ακρίβεια τη θέση του πλακούντα (τροχοβλάστη). Μετά από προσεκτική αντισηψία του κόλπου. Μια ειδική λαβίδα μπαίνει στον τράχηλο της μήτρας. Κάτω από συνεχή υπερηχοτομογραφικό έλεγχο οδηγείται σε μian άκρη του πλακούντα (τροφοβλάστη). Στο σημείο αυτό παίρνουμε ένα μικρό τεμαχίδιο από την τροφοβλάστη που στέλνουμε σε ειδικό εργαστήριο γενετικής για να μελετηθούν τα χρωμοσώματα των κυττάρων της τροφοβλάστης του εμβρύου.

Η μελέτη των χρωμοσωμάτων γίνεται τώρα με μια απλή βαφή των κυττάρων και έτσι κερδίζουμε τον χρόνο των τριών εβδομάδων περίπου, που χρειάζεται για να γίνει ο έλεγχος των χρωμοσωμάτων των κυττάρων του εμβρύου, όταν αυτά τα παίρνουμε με αμνιοπαρακέντηση για καλλιέργεια.

Αυτόν τον χρόνο τον εκμεταλλευόμαστε σε περίπτωση που χρωμοσωματικές ανωμαλίες δείξουν ότι πρέπει να γίνει διακοπή της κύησης.⁽¹⁾

ΠΟΛΥΔΥΜΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ – ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΥΛΕΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ

ΔΙΔΥΜΑ



Πολύδυμη εγκυμοσύνη

Δίδυμα, τρίδυμα, τετράδυμα, πολύδυμα.

Πολύδυμη εγκυμοσύνη, έχουμε όταν μέσα στη μήτρα αναπτύσσονται συγχρόνως δύο ή περισσότερα έμβρυα. Ανάλογα με τον αριθμό τους έχουμε, δίδυμα, τρίδυμα, τετράδυμα. κλπ.

Η συχνότητα της πολύδυμης εγκυμοσύνης είναι ανάλογη με τη γονιμότητα της φυλής και κυρίως είναι κληρονομική. Παρατηρείται πιο συχνά στις πολύτοκες παρά στις πρωτότοκες.

Σύμφωνα με το νόμο Hellin μια δίδυμη εγκυμοσύνη αντιστοιχεί σε 80 εγκυμοσύνης.

Μια τρίδυμη στις 6.400 εγκυμοσύνης μια τετράδυμη στις 215.000.

Σπανιότατες περιπτώσεις εξαδύμων και επταδύμων αναφέρονται. Στο Βέλγιο, στο νοσοκομείο «*Βασίλισσα Φαμπιόλα*» γεννήθηκαν εξάδυμα από τη Ρία Γκαντέιν, πτυχιούχο αδελφή, στο νοσοκομείο που γέννησε.

Σήμερα στο φαινόμενο της πολλαπλής εγκυμοσύνης βάζει το χεράκι του και ο άνθρωπος.

Οι επιστήμονες, στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τα ζευγάρια που πάσχουν από πρωτοπαθή στειρότητα, χορηγούν διάφορες υποφυσιακές ορμόνες, οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν την ωρίμανση πολλών ωαρίων με αποτέλεσμα πρόκληση πολλαπλής εγκυμοσύνης. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, συχνά ακούμε και βλέπουμε πολλαπλές εγκυμοσύνες, δίδυμα, πολλά δίδυμα.

Πολυωγενής εγκυμοσύνη: Πολλά ωάρια, γονιμοποιούνται από πολλά σπερματοζωάρια. Τα πολυωγενή πολύδυμα μοιάζουν μεταξύ τους μόνο σαν αδέρφια.

Μονοωγενής εγκυμοσύνη: Ένα ωάριο γονιμοποιείται από ένα σπερματοζωάριο που στην αρχή της εμβρυϊκής ζωής (μορίδιο) χωρίζεται σε δύο ομάδες με όλα τα στοιχεία της ανεξάρτητης κυτταρικής εξέλιξης.

Έτσι έχουμε την ανάπτυξη δυο εμβρύων σε κοινό αμνιακό σάκο και κοινό πλακούντα.

Τα έμβρυα έχουν το ίδιο φύλο, την ίδια ομάδα αίματος, τα ίδια δακτυλικά αποτυπώματα και μοιάζουν μεταξύ τους.

Η γέννηση διδύμων είναι συχνότερη στις ψυχρές χώρες. Στη Σκανδιναβία 1,4% , στη Γαλλία 1,3%, στην Ελλάδα 0,6%.

ΠΟΛΥΔΥΜΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ



Διάγνωση πολύδυμης εγκυμοσύνης

Η διάγνωση της πολύδυμης εγκυμοσύνης είναι δύσκολο να γίνει στην αρχή της εγκυμοσύνης.

Συνήθως, ο δυσανάλογος όγκος της μήτρας, δημιουργεί υποψία, που μπορεί όμως να οφείλεται και σε μεγαλόσωμο έμβρυο ή περισσότερο αμνιακό υγρό.

Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης, στη μαιευτική εξέταση, με την ψηλάφηση, βρίσκονται περισσότερα άκρα, δύο κεφάλια, δύο ράχες, ακούγονται καθαρά δύο ξεχωριστές εστίες καρδιακών παλμών.

Σήμερα, η διάγνωση γίνεται από την **όγδοη** εβδομάδα της εγκυμοσύνης με την εφαρμογή της υπερηχογραφίας. Το υπερηχογράφημα δείχνει τα δύο έμβρυα, τη θέση του πλακούντα. Ακόμη μας επιτρέπει να ελεγχθεί η εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Εξέλιξη πολύδυμης εγκυμοσύνης

Η πολύδυμη εγκυμοσύνη μπορεί να εξελιχθεί φυσιολογικά, χωρίς ιδιαίτερους προβληματισμούς.

Όμως η έγκυος που έχει περισσότερα από ένα μωρά θα πρέπει να είναι προσεκτική, επιφυλακτική και υπό παρακολούθηση (επισταμένη).

- Θα πρέπει να παρακολουθείται σε οργανωμένο μαιευτικό τμήμα πολύ πιο συχνά από τις έγκυες που περιμένουν ένα μωρό, τουλάχιστον κάθε 20 μέρες.
- Θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική και εκλεκτική με τη διαίτά της. Ας ελαττώσει όσο μπορεί το αλάτι, τα λίπη.
- Θα πρέπει να κάνει ανάλυση ούρων τουλάχιστον κάθε 20 μέρες (ιδιαίτερα ελέγχεται το λεύκωμα – ζάχαρο).
- Θα πρέπει να ελέγχεται συχνά η αύξηση του βάρους.
- Θα πρέπει να ξεκουράζεστε όσο το δυνατόν περισσότερο, χωρίς να ακινητοποιηθείτε.

Μπορεί στην πολύδυμη εγκυμοσύνη να εμφανισθούν παθολογικές καταστάσεις: υδράμνιο, νεφροπάθεια, εκλαμψία, διαβήτης. Επίσης, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι μηχανικές διαταραχές εμφανίζονται νωρίτερα, μια και ο όγκος της μήτρας είναι μεγαλύτερος, όπως δύσπνοια, κίρσοι κ.ά.

Οι σεξουαλικές σχέσεις, αν δεν υπάρχουν παθολογικά προβλήματα, δεν απαγορεύονται.⁽²⁾

Συχνότητα πολύδυμης κύησης ενδεικτική της φυλετικής κατανομής

Η συχνότητα εμφάνισης της πολύδυμης εγκυμοσύνης διέπεται γενικά από τον εξής κανόνα: εάν 1:N είναι η συχνότητα δίδυμης κύησης σε ένα σύνολο πληθυσμού, τότε η συχνότητα για την τρίδυμη κύηση είναι $1:N^2$, για την τετράδυμη $1:N^3$, κ.ό. Στη λευκή φυλή η συχνότητα για τη δίδυμη κύηση είναι περίπου 1:80, οπότε μια τρίδυμη κύηση παρατηρείται στις 6400 και μια τετράδυμη στις 512.000 κύσεις.

Αν όμως θελήσουμε να αναλύσουμε περισσότερο τη συχνότητα, παρατηρούμε ότι, ενώ η μόνο-ωογενής δίδυμη κύηση παρουσιάζεται παγκοσμίως στο σχετικά σταθερό ποσοστό 2,3-4‰, δε συμβαίνει το ίδιο και με τη δι-ωογενή. Πράγματι η ικανότητα για ταυτόχρονη ωρίμανση και γονιμοποίηση περισσότερων από ένα ωαρίων εμφανίζει συχνότητα που εξαρτάται από τη φυλή, την ηλικία, την κληρονομικότητα και άλλους δευτερεύοντες παράγοντες.

Σχετικά με τη φυλετική κατανομή (Πίνακας 4) φαίνεται ότι διωογενής δίδυμη κύηση παρουσιάζεται μάλλον σπάνια στην κίτρινη φυλή, εμφανίζει μια μέση συχνότητα στη λευκή φυλή και σχετικά αυξημένη συχνότητα στη μαύρη φυλή. Παράλληλα η καμπύλη της συχνότητας εμφανίζει άνοδο αναλόγως της ηλικίας της μητέρας (Πίνακας 5) μέχρι την ηλικία των 40 ετών και ακολουθεί πτώση μέχρι το κλιμακτήριο. Όσον αφορά την κληρονομικότητα είναι γνωστό ότι η ιδιότητα της πολύ-ωορρηξίας μεταβιβάζεται από μητέρα σε κόρη.⁽²⁵⁾

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΔΙΟΓΕΝΟΥΣ ΔΙΔΥΜΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΦΥΛΕΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ

Ιαπωνία	1,3 ‰
Η.Π.Α.	12 ‰
Δ.Νιγηρία	49 ‰

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (‰) ΔΙΔΥΜΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Κάτω από 20	6,4
20-24	8,7
25-29	11,6
30-34	14,6
35-39	16,8
40-44	13,1
45-49	6,8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Ναυτία – Εμετοί

Προεκλαμψία

Εκλαμψία

Αιμορραγία κατά την εμφύτευση

Τραχηλίτιδα

Πολύποδας τραχήλου

Καρκίνος τραχήλου

Αυτόματη έκτρωση

Αναπόφευκτη έκτρωση

Τελεία έκτρωση

Ατελής έκτρωση

Μύλη κύηση ή υδατιδώδης μύλη

Έκτοπη ή εξωμήτρια κύηση

Προδρομικός Πλακούς

Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα

Ανωμαλίες πήξεως του αίματος

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Εκτός από τους ιατρικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν μια κύηση σαν υψηλού ή χαμηλού κινδύνου, σχέση με τις κυήσεις υψηλού κινδύνου έχουν και δημογραφικοί παράγοντες, είτε γιατί επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας της εγκύου, είτε γιατί επηρεάζουν δυσμενώς την συστηματική παρακολούθηση της εγκύου.

Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Η ηλικία της εγκύου: κάτω από 18 ετών ή πάνω από 35.
- Το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των γονέων.
- Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων.
- Η μονογονεϊκή οικογένεια.
- Το ανεπιθύμητο παιδί.
- Η κακή φυσική κατάσταση και κακή διατροφή της εγκύου, που συνήθως συνυπάρχει με την μικρή ηλικία εγκύου, το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της εγκύου.
- Το ανάστημα της εγκύου, εάν είναι κάτω των 150 εκατοστών.
- Το είδος εργασίας της εγκύου.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η μαία – νοσηλεύτρια καλείται να ζητήσει τη βοήθεια των ειδικών και να συνεργαστεί μαζί τους για τη καλύτερη διεκπεραίωση της κύησης και του τοκετού.

Σήμερα γίνεται μεγάλη προσπάθεια στην πρόληψη κυήσεων υψηλού κινδύνου, την πρόληψη εμβρυϊκών θανάτων, την πρόληψη γέννησης πρόωρων νεογνών και νεογνών με συγγενείς ανωμαλίες ή με νοητική καθυστέρηση.

Την δυνατότητα επίλυσης αυτών των προβλημάτων έχουν δώσει προγράμματα περιγεννητικής φροντίδας που ήδη έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται σε όλες τις χώρες.

14. 1) ΕΦΗΒΕΣ ΕΓΚΥΕΣ

Η ηλικία της εγκύου έχει σοβαρή επίδραση στην υγεία της και το αποτέλεσμα της κύησης. Οι ηλικίες υψηλού κινδύνου είναι η περίοδος της εφηβείας (και ιδιαίτερα στη περίπτωση που η έφηβος είναι κάτω των 16 ετών) και οι υπερήλικες άνω των 35 ετών, ιδιαίτερα εάν είναι πρωτότοκες. Ο αριθμός των εφήβων εγκύων συνεχώς αυξάνει και στην χώρα μας. Από αυτές ένα ποσοστό 40% περίπου φθάνουν στον τοκετό. Ιδιαίτερο κίνδυνο παρουσιάζουν οι έγκυες ηλικίας κάτω των 16 ετών στις οποίες η εγκυμοσύνη έχει τις σοβαρότερες επιπτώσεις βιολογικά, κοινωνικά, συναισθηματικά.

Η Birch (1986) σε έρευνά της, βρήκε ότι οι έφηβες έγκυοι στη πλειοψηφία τους δεν είχαν γενετήσια διαπαιδαγώγηση στο σχολείο ή στην οικογένεια.

Μια από τις μεγαλύτερες διαφορές από την εγκυμοσύνη, στην ώριμη ηλικία, είναι η καθυστέρηση στην διάγνωση και την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης. Όσο νεώτερη είναι η έφηβος τόσο λιγότερο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τα πρώτα συμπτώματα της εγκυμοσύνης.

Η συχνότητα των τεχνητών εκτρώσεων είναι αυξημένη, τρεις στις τέσσερις κυήσεις καταλήγουν σε αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση. Οι κίνδυνοι από τις τεχνητές εκτρώσεις είναι αυξημένοι, καθώς η ασφάλεια μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας κύησης. Η συχνότερη επιπλοκή είναι οι ρήξεις στον τράχηλο της μήτρας.

Η πιθανότητα εμφάνισης ιατρικών επιπλοκών αυξάνεται σε νεαρές έφηβες όπου η σωματική τους ανάπτυξη είναι σε εξέλιξη και ο σκελετός της λεκάνης δεν έχει διαμορφωθεί οριστικά.

Οι συχνότερες μαιευτικές επιπλοκές, κατά σειρά εμφάνισης είναι:

- α) Αναιμία.
- β) Η υπερβολική αύξηση βάρους και προεκλαμψία.
- γ) Η υπολειπόμενη αύξηση βάρους του εμβρύου .

Επίσης,

- δ) Οι ανώμαλες προβολές του εμβρύου, και
- ε) Οι επιπλοκές του τοκετού.

14. 2) ΠΑΡΗΛΙΚΕΣ ΕΓΚΥΕΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των παρήλικων εγκύων γυναικών πάνω από το 35^ο έτος. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν σε γυναίκες που οι ίδιες ή ο σύντροφός τους είναι άτομα καριέρας, δηλαδή έχουν δώσει προτεραιότητα στην επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος κατά την εγκυμοσύνη αυτών των γυναικών, είναι η αυξημένη πιθανότητα χρωματοσωματικών ανωμαλιών, όπως το σύνδρομο Down, με συχνότητα 1:1923 κυήσεις γυναικών ηλικίας 20 ετών, 1:885 κυήσεις γυναικών ηλικίας 30, 1:109 κυήσεις γυναικών ηλικίας 40 ετών και 1:32 κυήσεις γυναικών ηλικίας 45 ετών.

Επίσης αυξημένη πιθανότητα πρόωρου τοκετού η γέννηση νεογνού μικρού βάρους έχουν και οι παρήλικες πρωτοτόκες γυναίκες. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός γυναικών ηλικίας πάνω από 35 ετών πρέπει να θεωρείται υψηλού κινδύνου, ανεξάρτητα από τον τόκο της γυναίκας.

Η παρήλιξη πρωτοτόκος γυναίκα έχει αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσει στην εγκυμοσύνη αυτόματη έκτρωση, υπέρταση, προεκλαμψία, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Συνήθως, ο τοκετός είναι μεγαλύτερης διάρκειας λόγω της ακαμψίας της πυέλου και της ανελαστικότητας του κόλπου και του περινέου, αλλά και λόγω της αυξημένης ανησυχίας και του άγχους της επιτόκου. Για τους ίδιους λόγους είναι αυξημένη κι η πιθανότητα καισαρικής τομής.

14. 3) ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η πρόληψη των κυήσεων υψηλού κινδύνου και της γέννησης παιδιών με συγγενείς ανωμαλίες ή με μικρό βάρος, απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικών επιστημόνων Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και της Πολιτείας, όπως και του ζευγαριού.

Στην εποχή μας, μεγάλη σημασία, έχει η ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας, η διαπαιδαγώγηση και η πρόληψη, όπως και η αντιμετώπιση και η θεραπεία των ανωμαλιών.

Σε αυτή την προσπάθεια, η μαία – νοσηλεύτρια παίζει σημαντικό ρόλο. Είναι δικό της έργο να προετοιμάσει τα ζευγάρια για γονεϊκότητα, ώστε και οι δύο να φτάνουν στη σύλληψη υγιείς και έτοιμοι κοινωνικά και ψυχικά. Κάθε εγκυμοσύνη πρέπει να είναι επιθυμητή και προγραμματισμένη ή να γίνεται επιθυμητή το συντομότερο δυνατό, τουλάχιστον μέσα στο πρώτο τρίμηνο.

Έρευνες σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό, 80-85% των παιδιών που νοσηλεύτηκαν προέρχονταν από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Στην διάρκεια αυτής της προετοιμασίας, είναι δυνατόν να προσδιοριστούν οι γυναίκες που σε επόμενη εγκυμοσύνη υπάρχει πιθανότητα να ενταχθούν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, όπως οι διαβητικές γυναίκες, οι υπέρτασικές, Rhesus αρνητικές, γυναίκες με προηγούμενες αυτόματες ή τεχνητές εκτρώσεις.

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Λοιμώξεις

Οι λοιμώξεις κατά τη κύηση επιβαρύνουν τη έγκυο αλλά και το κύημα.

Ακόμη και εάν δεν υπάρξει προσβολή του εμβρύου, η λοίμωξη της μητέρας μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο έμβρυο, μέσω διαφόρων μηχανισμών όπως πυρετός, υποξία, υπογλυκαιμία κλπ. Η αύξηση της θερμοκρασίας της εγκύου προκαλεί ταχυκαρδία στο έμβρυο και ο υψηλός πυρετός μπορεί να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση ή πρόωρο τοκετό.

Οι πιθανές επιδράσεις της λοίμωξης της εγκύου στο έμβρυο είναι:

- Η αυτόματη έκτρωση.
- Ο πρόωρος τοκετός.
- Ο ενδομήτριος θάνατος.
- Οι συγγενείς ανωμαλίες.
- Νεογνό που θα πάσχει από την ασθένεια.
- Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου.

- Νεογνό φαινομενικά υγιές με προβλήματα που θα εμφανιστούν αργότερα.

Ουρολοιμώξεις

Γυναίκες που παρουσιάζουν προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος, είναι απαραίτητο να προγραμματίσουν την εγκυμοσύνη τους, όταν η κατάστασή τους έχει σταθεροποιηθεί και μετά από συμβουλή του γιατρού.

Η παρακολούθηση και η φροντίδα κατά την κύηση έχει σκοπό, εκτός των άλλων, να διαγνωσθεί έγκαιρα πιθανή υπέρταση και να παρακολουθείται στενά η λειτουργία των νεφρών με συχνές μετρήσεις του λευκώματος και της κρεατινίνης στα ούρα. Να καθοριστεί το διαιτολόγιο της εγκύου ανάλογα με τα ευρήματα των εξετάσεων. Να αξιολογείται συχνά η κατάσταση του εμβρύου καθώς είναι συχνός ο πρόωρος τοκετός ή η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου.

Ερυθρά

Εάν η έγκυος μολυνθεί τις πρώτες δώδεκα εβδομάδες υπάρχει πιθανότητα 90% να εμφανίσει το έμβρυο συγγενείς ανωμαλίες μετά την 12^η εβδομάδα και μέχρι την 16^η οι πιθανότητες μειώνονται στο 25%.

Εάν η μόλυνση της εγκύου γίνει μετά την 16^η εβδομάδα, οι συγγενείς ανωμαλίες είναι ακόμη σπανιότερες. Οι συγγενείς ανωμαλίες που προκαλεί η ερυθρά είναι ενδομήτρια ανάπτυξη, συγγενής καταρράκτης, συγγενής καρδιοπάθεια, ηπατοσπληνική διόγκωση, ίκτερος, αιμορραγία, εξάνθημα και μικροκεφαλία.

Έρπης

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων μπορεί να καταστεί επικίνδυνος για το έμβρυο εάν η μόλυνση γίνει στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 10% αυτών των εμβρύων θα γεννηθούν με σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες.

Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (H.I.V. ή A.I.D.S)

Ο ακριβής χρόνος της μετάδοσης του ιού από την έγκυο στο έμβρυο δεν είναι καθορισμένος, αλλά είναι γνωστό ότι η μετάδοση γίνεται διαπλακουντικά. Ο ιός έχει βρεθεί σε έμβρυα 13 και 20 εβδομάδων ακόμη και στο αίμα του ομφάλιου λώρου.

Ιογενείς ηπατίτιδες

Περίπου 10% των ασθενών με οξεία μορφή ηπατίτιδας B γίνονται φορείς με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο. Οι χρόνιες φορείς έγκυες με θετικό αυστραλιανό αντιγόνο (Hbs Ag) και αντιγόνο ηπατίτιδας B (Hbe Ag) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να μεταδώσουν τον ιό στο νεογνό τους.

Οι έγκυες που παρουσιάζουν οξεία ηπατίτιδα B τις πρώτες 20 εβδομάδες της κύησης σπάνια μεταδίδουν τη νόσο στο έμβρυο, εκτός εάν καταστούν μόνιμοι φορείς. Εάν η έγκυος μολυνθεί στο τελευταίο τρίμηνο, έχει αυξημένες πιθανότητες (60%) να μολυνθεί το έμβρυό της.

Τοξοπλάσμωση

Η γάτα είναι η κυριότερη πηγή μόλυνσης. Στη μη έγκυο γυναίκα δεν απαιτείται θεραπεία. Θέμα όμως θεραπείας τίθεται στην έγκυο.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας το έμβρυο παρακολουθείται υπερηχογραφικά κάθε δύο εβδομάδες και εάν διαπιστωθεί μόλυνση του εμβρύου, η θεραπευτική ομάδα πρέπει να συζητήσει την πιθανότητα διακοπής της εγκυμοσύνης.

Λοίμωξη από μυκόπλασμα

Τα μυκοπλάσματα *Hominis* και *Ureolyticum* προκαλούν κολπίτιδες και τραχηλίτιδες, στις δε έγκυες και λεχώνες ουρολοίμωξη.

Χοριοαμνιονίτιδα

Χοριοαμνιονίτιδα ονομάζεται η φλεγμονή του χορίου του αμνίου και πολλές φορές και του αμνιακού υγρού.

Η συχνότερη επιπλοκή της είναι η πρόωρη ρήξη θυλακίου και ο πρόωρος τοκετός.

Φυματίωση

Η μετάδοση της νόσου στο έμβρυο δια του πλακούντα είναι πιθανή, αλλά σπάνια.

Η κακή γενική κατάσταση της εγκύου δεν αποκλείεται να επηρεάσει την ανάπτυξη του εμβρύου.

Διαβήτης

Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερη στις διαβητικές μητέρες.

Εάν ο διαβήτης δεν ελέγχεται ικανοποιητικά κατά τη σύλληψη και στο πρώτο τρίμηνο, ο κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών είναι αυξημένος.

Από τις συγγενείς ανωμαλίες, οι πλέον συχνές στα νεογνά διαβητικών μητέρων είναι η αγεννεσία του ιερού οστού και οι νευρολογικές δυσμορφίες, όπως του νωτιαίου μυελού και οι δυσμορφίες των νεφρών και της καρδιάς.

Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και η ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου.

Τα παιδιά των διαβητικών μητέρων είναι συνήθως υπέρβαρα.

Αναιμίες και κύηση

Για το έμβρυο η αναιμία της μητέρας αυξάνει τον κίνδυνο ανοξίας και υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης.

Σιδηροπενική αναιμία

Είναι η συχνότερη αναιμία στην κύηση. Το 95% των αναιμιών στην κύηση οφείλονται στην ανεπαρκή πρόσληψη σιδήρου από τη διατροφή και την ανεπαρκή απορρόφηση σιδήρου.

Η μαία - νοσηλεύτρια προκειμένου να διοργανώσει το διαιτολόγιο της εγκύου, πρέπει να γνωρίζει ότι η ποσότητα σιδήρου που απορροφάται δεν είναι ίδια σε όλα τα είδη τροφών. Ο σίδηρος των λαχανικών απορροφάται

κατά 10-20% της υπάρχουσας ποσότητας. Το ασκορβικό οξύ, το σάκχαρο των χυμών των φρούτων και η βιταμίνη C, βοηθούν στην απορρόφηση του σιδήρου.

Αντίθετα, το τσάι και ο καφές εμποδίζουν την απορρόφηση σιδήρου.

Η χορήγηση σιδήρου το πρώτο τρίμηνο εγκυμοσύνης πρέπει να αποφεύγεται λόγω της παρουσίας της ναυτίας και των εμετών.

Οι ανάγκες της εγκύου σε σίδηρο θα εμφανιστούν το τρίτο τρίμηνο διότι αυξάνονται και οι ανάγκες του εμβρύου σε σίδηρο.

Η παρεντερική χορήγηση σιδήρου πρέπει να αποφεύγεται σε γυναίκες που παρουσιάζουν προβλήματα από το ήπαρ και τους νεφρούς, καθώς επίσης και σε γυναίκες που γνωρίζουν ότι είναι επιρρεπείς σε αλλεργίες.

Στην περίπτωση ενδοφλέβιας χορήγησης η μαία - νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί στενά την έγκυο κατά τη διάρκεια της έγχυσης και επί 24 ώρες μετά για συμπτώματα αλλεργίας και αναφυλακτικού shock.

Αναιμίες από ανεπάρκεια φυλικού οξέος και Βιταμίνες B12

Στην αναιμία από ανεπάρκεια φυλικού οξέος, τα ερυθρά αιμοσφαίρια μειώνονται σε αριθμό, αλλά αυξάνονται σε μέγεθος (μεγαλοβλαστική ή μακροκυτταρική αναιμία). Οι επιπλοκές που είναι πιθανόν να προκληθούν από την έλλειψη του φυλικού οξέος είναι για την μητέρα λοιμώξεις, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, αιμορραγία και για το έμβρυο συγγενείς ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης.

Δρεπανοκυτταρική Αναιμία

Ο κίνδυνος για αυτές τις έγκυες είναι ότι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν λοιμώξεις και ιδιαίτερα του ουροποιητικού συστήματος, θα εμφανίσουν έντονη αναιμία έστω και αν τους χορηγείται σίδηρος και φυλικό οξύ και συχνότερα εμφανίζουν σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να φθάσουν στον θάνατο.

Η μαιευτική – νοσηλευτική φροντίδα έχει σκοπό να προληφθούν καταστάσεις που προδιαθέτουν σε επιπλοκές.

Μεσογειακή Αναιμία

Εάν διαπιστωθεί ότι η έγκυος είναι φορέας της νόσου, θα πρέπει να παρακολουθείται από μαιευτήρα, ο τοκετός θα πρέπει να προγραμματισθεί σε ανάλογο μαιευτικό κέντρο. Εάν και οι δύο γονείς είναι φορείς επίσης, την ευθύνη της παρακολούθησης θα έχει ο μαιευτήρας, ενώ η μαία – νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει για λήψη και εξέταση τροφοβλάστης την 8^η με 9^η εβδομάδα της κύησης, ή, εάν η εγκυμοσύνη έχει προχωρήσει, για την λήψη εμβρυϊκού αίματος με εμβρυοσκόπηση την 18^η εβδομάδα κύησης ώστε να προληφθεί η γέννηση παιδιών που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία.⁽¹⁶⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16^ο

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

16. α) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ & ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Ένα ενδιαφέρον παράδειγμα πολιτιστικών διαφορών στην αντίληψη και πραγματοποίηση της συγγενικής και κοινωνικής υποστήριξης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει δοθεί από τον Home, 1983. Αυτός ο ερευνητής βρήκε πολιτιστικές διαφορές σε έγκυες λευκές, μαύρες και αμερικανίδες Ινδιάνες γυναίκες σε δυο πολιτείες της Η.Π.Α. Οι αμερικανοινδιάνες έφηβες θεωρούν ότι ή η οικογένειά τους ή οι «άνθρωποί» τους θα τους προσέχουν, παρόλο που αυτό δεν ήταν πάντα αληθινό στην πράξη. Θεωρούσαν ότι ο πολιτισμός τους είχε σε υψηλή υπόληψη τον θηλυκό τους ρόλο μέσω της εγκυμοσύνης σε μικρή ηλικία. Οι Μαύρες έφηβες έλεγαν ότι οι οικογένειές τους μπορούσαν και μάλιστα τους βοηθούσαν να ανταπεξέλθουν σε όλες τις ανάγκες τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Εξήγησαν ότι, παρόλο που η αναμενόμενη πορεία στον πολιτισμό τους ήταν η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης πριν από τον γάμο και την οικογένεια, καμία δεν υφίσταντο αρνητικές κυρώσεις που δεν έκαναν αυτά. Οι λευκές ενήλικες μητέρες πίστευαν ότι η μητρότητα σε μικρή

ηλικία επέδειχνε αποτυχία και δεν εκτιμείτο αρκετά ή δεν γινόταν αποδεκτή από την κοινωνία. Αυτή η ομάδα των εφήβων λάμβανε μικρή ή και καθόλου οικογενειακή ή κοινωνική υποστήριξη, εκτός από τους φίλους τους και εξέφρασαν φόβους σχετικά με την κάλυψη βασικών αναγκών όπως τροφή και καταφύγιο.

16. β) ΣΤΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΜΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΕΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Ένας άλλος τομέας στον οποίο η πολιτιστική διαφοροποίηση έχει σημαντικές επιπτώσεις, είναι η θεώρηση των γυναικών για μια συγκεκριμένη βοήθεια από τους παροχείς φροντίδας υγείας κατά την διάρκεια της προγεννητικής περιόδου. Η δυτική ιατρική θεωρείται γενικά ότι επικεντρώνεται στην θεραπεία και όχι στην πρόληψη. Επομένως, πολλοί παροχείς φροντίδας υγείας θεωρούν την εγκυμοσύνη ως ένα επικείμενο κίνδυνο, μια φυσιολογική κατάσταση που κάποια στιγμή μπορεί να γίνει παθολογική. Καθώς πολλές Αμερικανικές υποπολιτιστικές ομάδες θεωρούν την εγκυμοσύνη ως μία φυσιολογική κατάσταση, δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ως άρρωστους ή ότι χρειάζονται την θεραπευτική βοήθεια ενός ιατρού, πολλές φορές καθυστερούν ή ακόμη αμελούν να ζητήσουν προγεννητική φροντίδα.

16. γ) ΣΤΑ «ΠΙΣΤΕΥΩ» ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Μία άλλη πολιτιστική διαφοροποίηση συμπεριλαμβάνει «πιστεύω» σχετικά με την δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

«Πιστεύω» είναι κάτι το οποίο θεωρείται πραγματικό ή αληθινό, βασισμένο σε ένα συγκεκριμένο, λογικό ή επεξηγηματικό μοντέλο. Τα προδιαγραφόμενα «πιστεύω», τα οποία εκφράζονται θετικά, περιγράφουν προσδοκίες συμπεριφοράς. τα απαγορευτικά πιστεύω, τα οποία εκφράζονται αρνητικά, περιγράφουν περιορισμένες επιλογές και συμπεριφορές. Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι οι δραστηριότητες της μητέρας και σε ένα μικρότερο βαθμό του πατέρα, επιδρούν στο αποτέλεσμα του νεογέννητου.

Αυτά τα «πιστεύω» αποτελούν προσπάθειες να αυξηθεί μια αίσθηση ελέγχου στο αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης.

Τα θετικά ή προδιαγραμμένα «πιστεύω» μπορεί να περιλαμβάνουν να φοράνε οι γυναίκες συγκεκριμένα ρούχα, όπως το “myseco” που φοράνε ορισμένες παραδοσιακές Ισπανίδες, για να εξασφαλίσουν έναν ασφαλή τοκετό και για να αποφύγουν την πρωινή αδιαθεσία. Αλλά «πιστεύω» και πρακτικές συμπεριλαμβάνουν συγκεκριμένες τελετές όπως η Λευκό Κοχύλι Διαδρομή Γυναίκας στους παραδοσιακούς Ναβάχο και προτάσεις σχετικά με την φυσική και σεξουαλική δραστηριότητα.

Προδιαγραφόμενα «Πιστεύω»

- Να παραμείνει η γυναίκα ενεργή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να βοηθηθεί η κυκλοφορία αίματος του μωρού (Ινδιάνοι Crow).
- Να παραμένει η γυναίκα ευτυχής για να φέρει στο παιδί χαρά και καλή τύχη (Ινδιάνοι Pueblo & Navajo, Μεξικανοί, Ιαπωνέζοι).
- Να κοιμάται ανάσκελα για να προστατεύει το μωρό (Μεξικανοί).
- Να παραμένει ενεργή για να διασφαλιστεί ένα μικρό μωρό και ένας εύκολος τοκετός (Μεξικανοί).

- Να συνεχιστούν οι σεξουαλικές σχέσεις για να λιπανθεί ο γενετικός σωλήνας και να αποφευχθεί ένας ξηρός τοκετός (Αϊτινοί, Μεξικανοί).
- Να συνεχιστούν τα καθημερινά μπάνια και το συχνό λούσιμο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να γίνει ένα καθαρό μωρό (Φιλιππινέζοι).

Απαγορευτικά «Πιστεύω»

- Να αποφευχθεί ο κρύος αέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Μεξικανοί, Αϊτινοί, Ασιάτες).
- Να μην τεντώνεται η γυναίκα πιο πάνω από το κεφάλι της, αλλιώς ο ομφάλιος λώρος θα τυλιχθεί γύρω από το λαιμό του παιδιού (Μαύροι, Ισπανοί, Λευκοί, Ασιάτες).
- Να αποφεύγονται γάμοι και κηδείες, αλλιώς θα προκληθεί κακοτυχία στο παιδί (Βιετναμέζοι).
- Να μην συνεχίζονται οι σεξουαλικές σχέσεις, αλλιώς θα προκληθεί τραυματισμός και σε σας και στο μωρό (Βιετναμέζοι, Φιλιππινέζοι, Samoan).
- Να μη δένει η γυναίκα κόμπους ή σειρήτια ή να επιτρέπει στον πατέρα να τα κάνει αυτά, γιατί θα προκληθεί δύσκολος τοκετός (Ινδιάνοι Navajo).
- Να μην ράβει (Ινδιάνοι, Pueblo, Ασιάτες).

Προκαταλήψεις

- Να αποφεύγονται οι εκλείψεις της σελήνης και το φως της σελήνης, αλλιώς το παιδί θα γεννηθεί με ανωμαλία (Μεξικάνοι).

- Να μην περπατάνε στους δρόμους το μεσημέρι, ή στις 17:00 γιατί αυτό θα εκνευρίσει τα πνεύματα (Βιετναμέζοι).
- Να μην συμπεριληφθεί η γυναίκα σε παραδοσιακές τελετές, γιατί τα πνεύματα θα βλάψουν το παιδί (Ινδιάνοι Navajo).
- Να μην μπλεχτεί με άτομα που κάνουν μάγια, γιατί το παιδί θα φαγωθεί στη μήτρα (Αϊτινοί).
- Να μην ειπωθεί το όνομα του παιδιού πριν τη βάπτιση, αλλιώς το παιδί θα πάθει κακό (Ορθόδοξοι Εβραίοι).
- Να μην φωτογραφίζεται η γυναίκα, αλλιώς το παιδί θα γεννηθεί νεκρό (Μαύροι).⁽³⁰⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17^ο

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΟΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ & ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ισπανοί

- Η εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή σύντομα μετά το γάμο. Η φροντίδα πριν τον τοκετό αναζητείται καθυστερημένα.
- Η εγκυμονούσα μητέρα επηρεάζεται έντονα από την μητέρα της ή την πεθερά της.
- Τα ρεύματα θεωρούνται επικίνδυνα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Η ανικανοποίητη λαχτάρα για φαγητό προκαλεί σημάδια εκ γενετής (βλαντί).
- Παρόμοια στοιχεία παρατηρούνται στη κατάποση στάχτης ή βρωμιάς (όχι συνηθισμένο).
- Το γάλα αποφεύγεται γιατί ευθύνεται για τη γέννηση μεγάλων βρεφών και δύσκολων τοκετών.
- Πολλές προβλέψεις γίνονται για το φύλο του βρέφους.
- Μπορεί να μην είναι αποδεκτό και τρομαχτικό να γίνεται εξέταση του κόλπου από άντρα – νοσηλεύτη.

- Οι γυναίκες χρησιμοποιούν βότανα για την αντιμετώπιση συνηθισμένων παραπόνων για την εγκυμοσύνη.
- Η πόση χαμομηλιού θεωρείται ότι εξασφαλίζει αποτελεσματικό τοκετό.

Αφροαμερικάνοι

- Η αποδοχή της εγκυμοσύνης εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση,
- Η εγκυμοσύνη θεωρείται στοιχείο «άκρας υγείας», το οποίο είναι συχνά ο λόγος για την καθυστέρηση στην αναζήτηση φροντίδας πριν τον τοκετό, ιδίως από τους αφροαμερικανούς χαμηλού εισοδήματος.

Τα παραμύθια των γριών συζύγων περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Το τράβηγμα φωτογραφιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα προκαλέσει τη γέννηση θνησιγενούς τέκνου και το τέντωμα θα προκαλέσει το στραγγαλισμό του παιδιού με τον ομφάλιο λώρο.
- Η μητέρα μπορεί να λαχταρίσει συγκεκριμένα φαγητά, συμπεριλαμβανομένων του κοτόπουλου, των λαχανικών, αργίλου, αμύλου και βρωμιάς.
- Η εγκυμοσύνη μπορεί να θεωρηθεί από τους άντρες σαν δείγμα αντρικής ικανότητας.
- Η προσωπική φροντίδα λαμβάνει χώρα για διάφορες ανησυχίες στην εγκυμοσύνη, συμπεριλαμβανομένων της δυσκοιλιότητας, της ναυτίας, του εμέτου και καούρας.

Ασιάτες

- Η εγκυμοσύνη θεωρείται περίοδος όπου η μητέρα *«έχει ευτυχία μέσα στο σώμα της»*.
- Η εγκυμοσύνη θεωρείται φυσική διαδικασία.
- Υπάρχει έντονη προτίμηση για τις γυναίκες νοσηλεύτριες.
- Οι μητέρες πιστεύουν στη θεωρία του ζεστού και του κρύου.
- Η μητέρα μπορεί να παραλείψει τη σάλτσα σόγιας από τη διαίτά της για την αποφυγή σκουρόχρωμων μωρών.
- Η μητέρα προτιμάει σούπα φτιαγμένη από ρίζες τζινσεγκ σαν γενικό ενδυναμωτικό.
- Το γάλα συνήθως αποκλείεται από τη δίαιτα θεωρείται ότι προκαλεί στομαχική καταπόνηση.
- Η έλλειψη δραστηριότητας ή το ξενύχτι θεωρούνται ότι προκαλούν δύσκολο τοκετό.

Καυκασιανοί – Ευρωπαίοι - Αμερικάνοι

- Η εγκυμοσύνη θεωρείται κατάσταση που απαιτεί ιατρική φροντίδα για τη διασφάλιση της υγείας.
- Έμφαση δίνεται στη φροντίδα από την αρχή της εγκυμοσύνης.
- Υπάρχει ποικιλία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την εγκυμοσύνη και η συμμετοχή ενθαρρύνεται.
- Καθοδηγούμενα από την τεχνολογία.
- Έμφαση δίνεται στη διατροφή.
- Η συμμετοχή του πατέρα εκτιμάται.

- Οι γραπτές πληροφορίες εκτιμώνται.

Ιθαγενείς Αμερικάνοι

- Η εγκυμοσύνη θεωρείται ως φυσική και ομαλή διαδικασία.
- Η φροντίδα πριν τον τοκετό είναι καθυστερημένη.
- Η μητέρα αποφεύγει να σηκώνει βάρη.
- Το τσάι από βότανα ενθαρρύνεται.⁽²⁷⁾

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Β' ΜΕΡΟΣ

ΤΟΚΕΤΟΣ

ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η αιτία αρχής του τοκετού παραμένει ακόμη άγνωστη. Πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί, που πλησιάζουν πολύ τα πειραματικά δεδομένα και είμαστε υποχρεωμένοι να αποδεχόμαστε. Οι επικρατέστερες είναι τέσσερις:

1. Η πρώτη είναι η θεωρία της διέγερσης με την ωκυτοκίνη

Παρατηρούμε στην καθημερινή μας πράξη πως αν χορηγήσουμε σε μια έγκυο, και μάλιστα προς το τέλος της κύησης, ωκυτοκίνη παρεντερικά, η μήτρα θα αρχίσει να διεγείρεται, να συσπάται και να αποβάλλει τελικά το κύημα. Γι'αυτό πάντα θεωρούσαν την ενδογενή ωκυτοκίνη σαν αιτία για έναρξη τοκετού. Οι έρευνες όμως έχουν αποδείξει πως μόνο μετά τον τοκετό, αφού έχει γεννηθεί το έμβρυο, κυκλοφορεί στο αίμα της γυναίκας η ενδογενής ωκυτοκίνη σε μεγάλη ποσότητα και όχι πριν από τον τοκετό.

2. Η δεύτερη είναι η θεωρία της στέρησης της προγεστερόνης

Για πολλά χρόνια οι ερευνητές, δημιουργώντας απότομη πτώση στην τιμή της προγεστερόνης που κυκλοφορούσε στο αίμα που έχουν τα πειραματόζωα είχαν παρατηρήσει (στα πειραματόζωα) πως η μήτρα έκανε συσπάσεις, με αποτέλεσμα να αδειάζει το περιεχόμενό της. Ενώ αντίθετα, η χορήγηση σε μεγάλες δόσεις προγεστερόνης προκαλούσε παράταση στη διάρκεια της κύησης στα πειραματόζωα. Ως σήμερα όμως δεν έχει αποδειχτεί αν πέφτει η τιμή της προγεστερόνης που κυκλοφορεί στο αίμα

της γυναίκας πριν από τον τοκετό. Όμως, όπως θα δούμε στην τέταρτη θεωρία, η προγεστερόνη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, έμμεσα, όσο αφορά τη διάρκεια της κύησης επομένως και την αρχή του τοκετού.

3. Η τρίτη θεωρία είναι η λεγόμενη της εμβρυϊκής κορτιζόλης

Συγκεκριμένα, έρευνες που έκανε το 1973 ο Liggins απέδειξαν πως υπάρχει μια σημαντική σχέση ανάμεσα στον υποθάλαμο, την υπόφυση και τα επινεφρίδια του εμβρύου. Μια σύγκριση με τα πειράματα που έκανε ο ερευνητής αυτός είναι ανάλογη με αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα στον άνθρωπο, σε μια κύηση ενός εμβρύου που παρουσιάζει ανεγκεφαλία. Στην περίπτωση αυτή, παρατηρείται μεγάλη παράταση στην κύηση. Είναι γνωστό πως, επειδή δεν έχει δημιουργηθεί ο εγκέφαλος, η υπόφυση σ'αυτά τα ανεγκέφαλα έμβρυα δεν λειτουργεί σωστά, επομένως και τα επινεφρίδιά τους δεν αναπτύσσονται σωστά και, σαν συνέπεια είναι η παραγωγή κορτιζόλης να είναι μικρή, με αποτέλεσμα να υπάρχει παράταση στην έναρξη του τοκετού. Όμως υπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις στο έμβρυο, όπου η κορτιζόλη δε δημιουργείται στην ποσότητα που θα έπρεπε, και, αν και η παραγωγή της είναι χαμηλή, δεν παρατηρείται παράταση στην έναρξη του τοκετού σ'αυτές τις περιπτώσεις.

Η παρατήρηση αυτή πάνω στα πειραματόζωα του Liggins, που από τα έμβρυά τους αφαιρούσε την υπόφυση ή τα επινεφρίδια, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν παράταση στην έναρξη του τοκετού, είναι ανάλογη με την παράταση στην έναρξη του τοκετού που παρατηρείται στον άνθρωπο στις περιπτώσεις ανεγκεφαλίας. Είναι πολύ πιθανό αυτές οι δύο περιπτώσεις να έχουν μια κοινή οντογονική συνέπεια.

4. Η τέταρτη είναι η θεωρία της δημιουργίας προσταγλανδινών

Οι παρατηρήσεις του ερευνητή Karim, το 1972 πάνω στις προσταγλανδίνες F_{2a} και E_2 , καθώς και η πειραματική απόδειξη πως υπάρχουν ένζυμα που δημιουργούν τις προσταγλανδίνες από τις μεμβράνες του εμβρύου και το γνήσιο φθαρτό, υποδηλώνουν πως οι προσταγλανδίνες παίζουν ένα σπουδαίο ρόλο για να αρχίσει το μυομήτριο να κάνει συσπάσεις. Ακόμα, έχει αποδειχτεί πως οι προσταγλανδίνες, λίγο πριν αρχίσει ο τοκετός, βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα στο αμνιακό υγρό, ενώ στο περιφερικό αίμα της γυναίκας που είναι σε τοκετό, τα παράγωγα από το μεταβολισμό που γίνεται στις προσταγλανδίνες είναι αυξημένα λίγο πριν από τον τοκετό και στην διάρκειά του.

Μια προσεκτική βιοχημική μελέτη που έγινε για τον τρόπο που δημιουργούνται οι προσταγλανδίνες, απέδειξε πως η βασική ουσία είναι το **αραχιδονικό οξύ που εναποθηκεύεται σε κατάσταση εστέρα**, σαν ένα ειδικό γλυκεροφωσfolιπίδιο επάνω στις δύο εμβρυϊκές μεμβράνες, το χόριο και το αμνίο. Στις μεμβράνες αυτές υπάρχει μια ειδική φωσfolιπάση που χρησιμεύει σαν καταλύτης για να γίνει υδρόλυση στο γλυκεροφωσfolιπίδιο και να μετατραπεί αυτό σε αραχιδονικό οξύ. Το αραχιδονικό οξύ είναι και η «*πρόδρομη*» ουσία της προσταγλανδίνης.

Οι προσταγλανδίνες, αφού δημιουργηθούν, πηγαίνουν, είτε προς το αμνιακό υγρό, είτε προς το φθαρτό. Από το φθαρτό οι προσταγλανδίνες περνούν προς το μυομήτριο, που αρχίζει τελικά να κάνει συσπάσεις.

Το ένζυμο που αναφέραμε, η φωσfolιπάση A, παράγεται σε ορισμένα κύτταρα που έχουν οι εμβρυϊκές μεμβράνες και συγκεκριμένα από ειδικά λυσοσώματα που έχουν αυτά τα συγκεκριμένα κύτταρα. Τα λυσοσώματα αυτά, όπως απέδειξαν ορισμένοι ερευνητές το 1976 και συγκεκριμένα η μεμβράνη τους, για να δημιουργήσουν αυτό το ένζυμο **επηρεάζονται από τη προγεστερόνη και τα οιστρογόνα.**

Σύμφωνα με τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε πως η πτώση της τιμής της προγεστερόνης, που κυκλοφορεί στο αίμα της γυναίκας λίγο πριν από την αρχή του τοκετού, αναγκάζει τα λυσοσώματα των κυττάρων των μεμβρανών να παράγουν περισσότερη φωσφολιπάση Α, επομένως να απελευθερώνεται περισσότερο αραχιδονικό οξύ, άρα να δημιουργούνται περισσότερες προσταγλανδίνες.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε το σπουδαίο ρόλο που παίζουν τα οιστρογόνα γενικά σε αυτή τη διαδικασία της αρχής του τοκετού, που παράγονται από τον πλακούντα.

Για να συμβεί όμως αυτό προϋποτίθεται μια σωστή λειτουργία στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια του εμβρύου, επειδή αυτή η λειτουργία επηρεάζει την παραγωγή των οιστρογόνων και ιδιαίτερα της οιστριόλης, από πρόδρομες ουσίες που παράγονται στον πλακούντα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μπορεί να εναποθηκεύεται το αραχιδονικό οξύ επάνω στις μεμβράνες σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Επειδή τα οιστρογόνα επιδρούν θετικά πάνω στη δραστηριότητα της Α φωσφολιπάσης που έχουν οι μεμβράνες, άρα και στην παραγωγή σε αραχιδονικό οξύ, επομένως και προσταγλανδίνες, θα συμβάλουν θετικά στην έναρξη του τοκετού. Όμως η δραστηριότητα αυτή σε όλη τη διάρκεια της κύησης σταματούσε, επειδή υπέρσχυε η επίδραση της προγεστερόνης πάνω στη μεμβράνη των λυσοσωμάτων, αναγκάζοντας την παραγωγή της Α φωσφολιπάσης να είναι πολύ χαμηλή, άρα να μη δημιουργούνται προσταγλανδίνες, επομένως και συσπάσεις.

Δύο σημαντικές παρατηρήσεις άλλων ερευνητών το 1974 και το 1975 ήταν:

- α) Εάν χορηγήσουμε ασπιρίνη σε μια έγκυο, παρατείνεται η κύηση, γιατί όπως είναι γνωστό, η ασπιρίνη σταματά τη μετατροπή του αραχιδονικού οξέος σε προσταγλανδίνη.

β) Εάν βάλουμε μέσα στον αμνιακό σάκο αραχιδονικό οξύ που δεν είναι εστεροποιημένο, μετά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, θα προκαλέσουμε τοκετό και αποβολή του εμβρύου.

Οι παρατηρήσεις αυτές οδήγησαν στη δημιουργία ενός συμπλέγματος δηλαδή από αμνιακό υγρό, εμβρυϊκές μεμβράνες και γνήσιο φθαρτό. Θεωρείται σαν μια «μονάδα» που δίνει «σήματα» ή απαντά σε «σήματα», που τελικά ξεκινούν τον τοκετό, στη φυσιολογική εγκυμοσύνη του ανθρώπου.

Αν και ακόμα και σήμερα όλα αυτά τα βιοχημικά γεγονότα που «κηρύσσουν» την έναρξη του τοκετού δεν είναι με απόλυτη ακρίβεια καθορισμένα, όπως στη δεκαετία του 1970-1980 όλες αυτές οι ερμηνείες φαίνεται να είναι πολύ σημαντικές για το φαινόμενο αυτό του τοκετού, που παλαιότερα ήταν ολότελα ανεξήγητο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Η επίτοκη, όταν εισαχθεί στο μαιευτήριο, πριν από οποιαδήποτε άλλη προετοιμασία για τον τοκετό, πρέπει να προετοιμαστεί ψυχολογικά. Ο γιατρός, οι μαίες, οι φοιτητές, οι σπουδαστές και το νοσηλευτικό προσωπικό που θα πάρουν μέρος στη φροντίδα της επίτοκης πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για να απαντήσουν στα ερωτήματά της. Κάθε επίτοκη κυριεύεται από δυο βασικούς φόβους: μήπως ο τοκετός είναι οδυνηρός και αν το παιδί της θα είναι γερό. Ο Άγγλος ερευνητής G.P.Reed, απέδειξε πως η κυριότερη αιτία που προκαλεί πόνο στο λεγόμενο φυσιολογικό τοκετό, είναι ο φόβος. Γι' αυτό, όλο το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ξέρει να καθησυχάζει με την πειθώ *«όλα θα πάνε καλά, το παιδί θα είναι γερό και ο τοκετός δε θα είναι οδυνηρός, αφού πρόκειται για ένα φυσιολογικό φαινόμενο»*, ιδιαίτερα το **τελευταίο** αυτό η γυναίκα πρέπει να το καταλάβει από την αρχή της εγκυμοσύνης της.

Ενέργειες στην εισαγωγή της επίτοκης

1. Διαπίστωση αν η γυναίκα είναι σε πραγματικό τοκετό

Είναι προτιμότερο να φτάνει μια επίτοκη στο μαιευτήριο από την αρχή του τοκετού, παρά να έρχεται όταν είναι σχεδόν έτοιμη να γεννήσει. Αυτό μπορεί να γίνει από κακή εκτίμηση της εξέλιξης του τοκετού ή αν έχουμε *«ψευδοτοκετό»*.

Αν και είναι δύσκολο μερικές φορές να δούμε αν μια γυναίκα βρίσκεται σε **πραγματική ή «ψευδοτοκετό»**, οι βασικότερες διαφορές **πρώτο** σε ότι αφορά τις συσπάσεις είναι οι εξής: Στον πραγματικό τοκετό οι συσπάσεις έχουν σταθερά μεσοδιαστήματα. Τα μεσοδιαστήματα αυτά γίνονται όλο και μικρότερα ενώ η ένταση που έχουν οι ωδίνες συνέχεια αυξάνονται.

Αντίθετα, στον «ψευδοτοκετό», τα μεσοδιαστήματα είναι ακανόνιστα, αρκετά μεγάλα και η ένταση που έχουν οι ωδίνες παραμένει η ίδια.

Δεύτερο, όσο αφορά τις ενοχλήσεις, δηλαδή τους πόνους, στον πραγματικό τοκετό πιάνουν όλο το μέρος της κοιλιάς και την οσφύ, ενώ αντίθετα στον «ψευδοτοκετό», η γυναίκα τους νιώθει περισσότερο στο χαμηλό μέρος της κοιλιάς.

Τρίτο, όσο αφορά τη διαστολή, στον πραγματικό τοκετό παρατηρείται μία πρόοδος στη διαστολή, ενώ αντίθετα στον «ψευδοτοκετό» δεν παρατηρείται καμία πρόοδος.

Τέλος, **τέταρτο**, εάν χορηγηθούν ηρεμιστικά ή παυσίπονα, στον πραγματικό τοκετό οι συσπάσεις δε σταματούν, ενώ στον «ψευδοτοκετό» σταματούν.

2. Λήψη ενός σύντομου ιστορικού και μια γρήγορη φυσική εξέταση της επίτοκης γίνεται στο τμήμα «Παραλαβής», για να έχουμε μια γρήγορη αντίληψη πάνω στη γενική κατάσταση της γυναίκας και του εμβρύου. Πάντα πρέπει να σημειώνουμε την ώρα που οι συσπάσεις άρχισαν να γίνονται ενοχλητικές. Με την εξέταση της κοιλιάς προσπαθούμε να προσδιορίσουμε το μέγεθος του εμβρύου, την προβολή και ιδιαίτερα τη συχνότητα των παλμών που πρέπει ιδιαίτερα να τους ΕΛΕΓΞΟΥΜΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΜΙΑΣ ΣΥΣΠΑΣΗΣ, μήπως αντιληφθούμε να τους ΕΛΕΓΞΟΥΜΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΜΙΑΣ ΣΥΣΠΑΣΗΣ, μήπως αντιληφθούμε κάποια παθολογική βραδυκαρδία.

3. Σε περίπτωση που η επίτοκη αναφέρει απώλεια υγρών πρέπει να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε αν οι μεμβράνες είναι άθιχτες, ή αν έχει γίνει αυτόματη ρήξη.

4. Μετά από όλα αυτά διενεργείται η κοιλική εξέταση με συνθήκες ασηψίας και με την προϋπόθεση πως η επίτοκη ΔΕΝ αναφέρει πως ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ, περισσότερη από τη μικρή απώλεια αίματος που παρατηρείται με τη θέα της αιματηρής βλέννας.

Η πρώτη αυτή κοιλική εξέταση, που γίνεται με την παραλαβή της επίτοκης, πρέπει να γίνει τόσο προσεκτικά, ώστε να μας δώσει πολλές πληροφορίες και έτσι να αποφύγουμε μόλυνση από βακτηρίδια, η οποία είναι συνέπεια από τις πολλαπλές και συχνές εξετάσεις.

Οι πληροφορίες αυτές είναι οι εξής:

1. Εάν υπάρχει διαγνωστικό πρόβλημα ή υπόνοια πως πρόκειται για ρήξη ενός θυλακίου και δεν είναι φανερό η απώλεια αμνιακού υγρού από τον κόλπο, τότε πρέπει να χρησιμοποιήσουμε αποστειρωμένους κολποδιαστολείς ή μητροσκόπιο και από τον πίσω θόλο. Σε περίπτωση που δεν παρατηρείται σμήγμα ή μηκόνιο, παίρνουμε υλικό και το διατηρούμε για παραπέρα εργαστηριακή έρευνα, για να εξακριβώσουμε αν πραγματικά έχει γίνει ρήξη σε θυλάκιο όπως θα δούμε παρακάτω:

2. Ελέγχουμε την κατάσταση του τραχήλου

Τη σύστασή του (αν είναι μαλακό), το βαθμό της εξάλειψής του, το μέγεθος της διαστολής του, τη θέση του, σε σχέση με την προβάλλουσα μοίρα. αν υπάρχει θυλάκιο πριν από την προβάλλουσα μοίρα και αν αυτό μπορεί να ψηλαφιστεί.

Το βαθμό της εξάλειψης του τραχήλου τον εκφράζουμε σε μήκος, συγκρίνοντας το μήκος του με το μήκος του τραχήλου που δεν έχει κάνει καμία εξάλειψη. Εάν λοιπόν ο τράχηλος έχει «κοντύνει» στο μισό από το συνηθισμένο μήκος του, τότε λέμε πως υπάρχει βαθμός εξάλειψης 50%. Όταν ο τράχηλος εξαλειφτεί και λεπτύνει τόσο όσο και το κατώτερο τμήμα της μήτρας που είναι ακριβώς πίσω του, τότε λέμε πως ο βαθμός εξάλειψής του είναι 100%.

Όσο αφορά τη διαστολή, τη μετράμε σε προσέγγιση την ώρα που το δάκτυλο του εξεταστή ψηλαφίζει τα άκρα και προσπαθεί να υπολογίσει τη **διάμετρο του κύκλου** που σχηματίζεται από τον τράχηλο που διαστέλλεται. Όταν ο τράχηλος έχει τέλεια διαστολή, η διάμετρός του είναι 10εκ., όσο χρειάζεται για να περάσει ένα κανονικό κεφάλι εμβρύου.

Όσο αφορά τη **θέση** του τραχήλου, την χαρακτηρίζουμε σαν «οπίσθια», μέση θέση ή μπροστινή. Δηλαδή, τη σχέση που έχει το στόμιο του τραχήλου με το κεφάλι του εμβρύου.

3. Η προβάλλουσα μοίρα: Με την κοιλική εξέταση επιβεβαιώνεται η προβάλλουσα μοίρα.

4. Ο βαθμός εμπέδωσης: Σε περίπτωση που το κεφάλι είναι πολύ ψηλότερα από τις **ισχιακές άκανθες** τότε, με μια σταθερή πίεση του πυθμένα της μήτρας, με το άλλο χέρι, προσπαθούμε να δούμε αν γίνεται κάποια κάθοδος του κεφαλιού μέσα στην πύελο.

Το βαθμό εμπέδωσης οι αγγλοσάξωνες ονομάζουν (station) = (σταθμός, θέση) και τον προσδιορίζουν έτσι: Όταν το χαμηλότερο επίπεδο της προβάλλουσας μοίρας έχει φτάσει στο επίπεδο των ισχιακών ακανθών, τότε το ονομάζουν βαθμό εμπέδωσης (0) zero station, βαθμός εμπέδωσης (0) μηδέν.

Ο άξονας του πυελογεννητικού σωλήνα πάνω και κάτω από τις ισχιακές άκανθες χωρίζεται σε τρία φανταστικά επίπεδα προς τα πάνω και προς τα κάτω. Όταν η προβάλλουσα μοίρα είναι στο επίπεδο της εισόδου, τότε λέγεται βαθμός εμπέδωσης -3 (station-3) (μείον 3). Ανάλογα μιλάμε και για τους άλλους βαθμούς εμπέδωσης +1, +2 κλπ. Όταν η προβάλλουσα μοίρα είναι στο περίνεο, τότε λέγεται βαθμός εμπέδωσης +3.

Όταν ο βαθμός εμπέδωσης είναι στο σημείο 0, τότε συνηθισμένα το επίπεδο της αμφιβρεγματικής διαμέτρου του κεφαλιού έχει περάσει από το επίπεδο της εισόδου, άρα σύμφωνα με τον ορισμό που δώσαμε παραπάνω έχει γίνει εμπέδωση του κεφαλιού.

Συμβαίνει όμως πολλές φορές να δημιουργηθεί προκεφαλή ή (*"molting"*) καλούπωμα, ή να συμβαίνουν και τα δύο. Και να και στην κοιλική εξέταση φαίνεται πως το ινίο έχει φτάσει στη θέση 0 (μηδέν), όμως να μην έχει δημιουργηθεί εμπέδωση.

Αν βαθμός εμπέδωσης στην εξέλιξη του τοκετού δεν παρουσιάζει πρόοδο, ενώ αντίθετα ο τράχηλος παρουσιάζει κάποια εξέλιξη στη διαστολή του, μάλλον πρόκειται για κεφαλοπυελική δυσαναλογία.

5. Ελέγχεται η αρχιτεκτονική της πυέλου, δηλαδή η διαγώνια διάμετρος, οι ισχιακές άκανθες, τα πλάγια τοιχώματα της πυέλου και το κοίλωμα του ιερού οστού.

6. Ο βαθμός διάτασης του κόλπου και του περινέου

Άλλες ενέργειες που γίνονται με την παραλαβή της επίτοκης

1. Τα ζωτικά σημεία, σφυγμός, αναπνοές, θερμοκρασία και αρτηριακή πίεση είναι από τα πρώτα που ελέγχονται και συμπληρώνεται

το ιστορικό της εισαγωγής, που πρέπει να είναι ολοκληρωμένο και να σημειώνουμε όλα τα παθολογικά ευρήματα. Πρέπει επίσης να σημειώνεται από το υπεύθυνο πρόσωπο πως θα αντιμετωπισθεί κάθε περίπτωση σαν συμπέρασμα στο τέλος του ιστορικού.

2. Ύστερα γίνεται μια καλή πλύση στο περίνεο με σαπούνι πολύ προσεκτικά για να μην μπουν νερά στον κόλπο. Ακολουθεί το ανάλογο ξύρισμα της περιοχής.

3. Η κολπική εξέταση: Μετά από αυτή την προπαρασκευή του περινέου, που γίνεται επάνω στην σκοραμίδα, φορώντας αποστειρωμένα γάντια, ο δείκτης και ο αντίχειρας του ενός χεριού ανοίγουν τα χείλη του αιδοίου, ώστε να φανεί ο πρόδομος του κόλπου, όπου περνάμε μέσα το δεύτερο και το τρίτο δάχτυλο του άλλου χεριού.

Παλιότερα θεωρούσαν την κολπική εξέταση πάρα πολύ επικίνδυνη, επειδή πίστευαν πως μεταφέρονταν πολλά μικρόβια στη μήτρα μέσα από τον διασταλμένο τράχηλο.

Η κολπική όμως εξέταση, που γίνεται με όλη αυτή την προπαρασκευή και προσοχή, είναι ακίνδυνη, και σύμφωνα με νεώτερες έρευνες έχει αποδειχτεί πως δε μεταφέρονται μικρόβια περισσότερα από το αν η εξέταση γινόταν από το ορθό.

4. Ο υποκλυσμός γίνεται σε όλες τις επίτοκες στην αρχή του τοκετού, για να μικρύνει την πιθανότητα για μόλυνση από επακόλουθες αφοδεύσεις, και όχι για να διεγερθεί η μήτρα και να κάνει συσπάσεις, όπως παλιά πίστευαν οι μαιευτήρες.

5. *Εργαστηριακές εξετάσεις* που πρέπει να γίνονται με την εισαγωγή της επίτοκης είναι:

- α) Ο μικροαιματοκρίτης. Μπορούμε να έχουμε απάντηση σε 3 λεπτά.
- β) Σε ένα δοκιμαστικό σωλήνα, με το όνομα της επίτοκης, παίρνουμε μικρή ποσότητα αίματος το αφήνουμε να πήξει και το κρατάμε ως το τέλος του τοκετού για την περίπτωση που θα χρειαστούμε για διασταύρωση.
- γ) Από καθαρό δείγμα ούρων ελέγχουμε το λεύκωμα και το ζάχαρο με την ενδεικτική ταινία που δίνει την απάντηση αμέσως.

6. Αμέσως μετά την εισαγωγή της επίτοκης και, αφού τελειώσουμε την υπόλοιπη γενική φυσική της εξέταση, ξανακοιτάζουμε το ιστορικό της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης. Με όλες αυτές τις πληροφορίες (φυσική εξέταση, ιστορικό), θα οδηγηθούμε σε ένα λογικό σχέδιο για το πώς θα παρακολουθήσουμε την επίτοκη και το έμβρυο σ' όλη τη διάρκεια του τοκετού.

Εφόσον όλα τα ευρήματα είναι φυσιολογικά, **πρέπει να διαβεβαιώσουμε την επίτοκη πως «όλα θα πάνε καλά».**

Ποτέ δεν πρέπει να αναφέρουμε με βεβαιότητα στην επίτοκη και στους συγγενείς της πότε ακριβώς θα τελειώσει ο τοκετός. Γιατί, αν και ξέρουμε πως το πρώτο στάδιο του τοκετού διαρκεί, σε μέσο όρο, τις άτοκες 8 ώρες, ενώ σε αυτές που έχουν γεννήσει 5 ώρες περίπου, υπάρχουν διαφορές. Έτσι, αν πούμε πως ο τοκετός θα τελειώσει σε κάποια ορισμένη ώρα και τελειώσει αργότερα φέρνουμε σε αγωνία τη μητέρα και τους συγγενείς χωρίς λόγο.

ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τον τοκετό για πολλούς κλινικούς λόγους, συνηθίζεται να τον χωρίζουν σε 3 στάδια.

Το πρώτο στάδιο ξεκινάει από τη στιγμή που αρχίζουν οι συσπάσεις της μήτρας. Αυτές πρέπει να έχο7ν τόση συχνότητα, ένταση και διάρκεια, ώστε να δημιουργούν οπωσδήποτε εξάλειψη και διαστολή στον τράχηλο. Το πρώτο στάδιο τελειώνει όταν φτάσει ο τράχηλος σε τέλεια διαστολή και μπορεί να περάσει από μέσα το κεφάλι του εμβρύου. Είναι το στάδιο της εξάλειψης και της διαστολής του τραχήλου.

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού αρχίζει από την τέλεια διαστολή του τραχήλου και τελειώνει με τη γέννηση του παιδιού. Είναι δηλαδή το στάδιο που «αποβάλλεται» το παιδί από το σώμα της μητέρας.

Το τρίτο στάδιο αρχίζει με την «εκβολή» – «απέλαση» του παιδιού και τελειώνει με την εκβολή του πλακούντα. Είναι λοιπόν το στάδιο της αποκόλλησης και της αποβολής του πλακούντα.

Δύο Αμερικανοί ερευνητές, ο Hendricks το 1972 και ο Friedman το 1955, πριν από τα τρία αυτά στάδια που αναφέραμε, πρόσθεσαν ένα άλλο στάδιο, που ο πρώτος ονόμασε «στάδιο πριν τον τοκετό» και ο δεύτερος «λανθάνουσα φάση του τοκετού». Κατά τον Hendricks, το στάδιο αυτό διαρκεί ορισμένες εβδομάδες πριν από τον κλινικό τοκετό. Δημιουργεί ένα μαλάκωμα στον τράχηλο, μιαν εξάλειψη και μια μικρή διαστολή, ενώ ταυτόχρονα το κατώτερο τμήμα της μήτρας αρχίζει να τεντώνεται.

Κατά τον friedman, η φάση αυτή του τοκετού διαρκεί αρκετές ώρες πριν από τον πραγματικό τοκετό. Στη φάση αυτή υπάρχουν συσπάσεις, δεν είναι όμως πολύ συχνές και προξενούν μικρές ενοχλήσεις, αρκετές όμως για να γίνει κάποια αρχή στη διαστολή και την εξάλειψη του τραχήλου.

Σε κλασικά συγγράμματα Μαιευτικής της αγγλοσαξονικής σχολής περιγράφεται ένα τέταρτο στάδιο του τοκετού. Είναι μια περίοδος που διαρκεί μια ώρα μετά την έξοδο του πλακούντα. Στην περίοδο αυτή το μυομήτριο κάνει συσπάσεις και μαζεύεται, ενώ ταυτόχρονα δημιουργείται θρόμβωση στα αγγεία του φθαρτού στο σημείο όπου ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας.

Αν και τα δύο αυτά στάδια, το πριν τον τοκετό ή λανθάνουσα φάση και το τέταρτο στάδιο του τοκετού δεν μπορούν να καθοριστούν τόσο συγκεκριμένα όσο τα γνωστά τρία κλασικά τρία στάδια του τοκετού, δεν παύουν να έχουν μεγάλη σημασία για τον τοκετό σαν σύνολο.⁽¹⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21^ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ορισμοί

Ο φυσιολογικός τοκετός είναι το σύνολο των φυσιολογικών εκείνων λειτουργιών, που αποσκοπούν στην αυτόματη έξοδο του εμβρύου με τους υμένες του, τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα, από τον πυελογεννητικό σωλήνα.

Στις περιπτώσεις εκείνες που είναι απαραίτητη η υποκατάσταση των φυσιολογικών λειτουργιών από διάφορους εγχειρητικούς μαιευτικούς χειρισμούς ή μεθόδους, ο τοκετός παίρνει τον ανάλογο χαρακτηρισμό. Έτσι λοιπόν, χαρακτηρίζεται σαν τοκετός με αναρροφητήρα, τοκετός με εμβρουλκία, τοκετός με εξελκυσμό, με μετασχηματισμό και εξελκυσμό, με καισαρική τομή κ.ά.

Ο φυσιολογικός τοκετός αναφέρεται κατά κύριο λόγο στις περιπτώσεις με κεφαλική προβολή, αφού ακόμη και στην καλύτερη περίπτωση η ισχιακή προβολή προϋποθέτει τη διενέργεια κάποιων μαιευτικών χειρισμών από έμπειρο μαιευτήρα που αν και σχετικά ακίνδυνος για τη μητέρα, εν τούτοις συνεπάγονται σπάνιους μεν αλλά σοβαρούς κινδύνους για το έμβryo.

Η έννοια του φυσιολογικού τοκετού δεν είναι δυνατό, ούτε αποδεκτό, να προσδιορίζεται με αυστηρά και δογματικά πλαίσια. Για το χαρακτηρισμό του ως φυσιολογικού είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη πολλές παράμετροι, όπως η χρονική του διάρκεια, η συνεχής

πρόοδος των διαφόρων επιμέρους παραμέτρων του (διαστολή και εμπέδωση), η γενική κατάσταση της μητέρας και του εμβρύου οι τυχόν κακώσεις που δημιουργούνται στη μητέρα και το έμβρυο, η βαθμολογία των ζωτικών σημείων του νεογνού (δείκτης Apgar) και η μετέπειτα ψυχοσωματική του εξέλιξη.

Η διαδικασία της εξέλιξης του τοκετού δεν είναι απλά και μόνο ένα μηχανικό φαινόμενο. Η σύγχρονη αντίληψη στη μαιευτική πράξη επιδιώκει την κατά το δυνατό τραυματική διεκπεραίωση του τοκετού, ώστε το νεογνό να παραδοθεί στο νεογνολογικό τμήμα με τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις, για μια καλή ανταπόκρισή του στη νεογνολογική φροντίδα.

Με όλα αυτά αποσκοπείτε ο προσδιορισμός της βαθύτερης έννοιας του φυσιολογικού τοκετού, που πολλές φορές όπως γίνεται αντιληπτό, είναι δυνατό να χαρακτηριστεί μόνο αναδρομικά.

Από μια άλλη άποψη ο φυσιολογικός τοκετός είναι ένα αυτόματο και αυτοδύναμο φαινόμενο. Με την έννοια αυτή δε νοείται η αποδοχή της συστηματικής χορήγησης ωδινοποιητικών φαρμάκων.

Η έννοια του φυσιολογικού τοκετού δεν υπόκειται σε καμία διαφοροποίηση, από άποψη ορολογίας, από την ηλικία της κύησης που τυχαίνει να επισυμβεί. Απλά και μόνο ο φυσιολογικός τοκετός χαρακτηρίζεται σαν φυσιολογικός τοκετός, ανώριμου εμβρύου (βάρους 500 έως 999γρ.), πρόωρος φυσιολογικός τοκετός (μέχρι και την 36^η εβδομάδα της κύησης), ώριμος φυσιολογικός τοκετός (από την 37^η έως και την 41^η εβδομάδα) και υπερώριμος ή παρατασιακός φυσιολογικός τοκετός (μετά την 42η εβδομάδα).⁽¹⁷⁾

21. α) ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΟΥ 1^{ου} ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τι λέμε διαστολή

Διαστολή λέμε το άνοιγμα του εσωτερικού μητρικού στομίου, της τραχηλικής κοιλότητας και του εξωτερικού μητρικού στομίου. Το χρονικό διάστημα που θα χρειασθεί η διαδικασία του ανοίγματος ονομάζουμε περίοδο διαστολής.

Πως γίνεται η διαστολή

Όπως ήδη έχουμε πει στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι μύες της μήτρας και ιδιαίτερα του τραχήλου, με την παρουσία της υπεραιμίας, υπερτροφίας, και υπερπλασίας είναι ήδη μαλακοί και ελαστικοί (σαν ζυμάρι).

Με την εμφάνιση των προπαρασκευαστικών συστολών (το σφίξιμο, πέτρωμα της μήτρας που συχνά αισθάνεστε στην εγκυμοσύνη) ο πυθμένας της μήτρας συστέλλεται μαζεύει, γίνεται πιο παχύς και κοντός, ενώ τα τοιχώματα του κατώτερου τμήματος τραβιούνται προς τα πάνω.

Δηλαδή: ενώ το ανώτερο τμήμα της μήτρας παχαίνει, το κατώτερο τμήμα του τραχήλου τραβιέται προς τα πάνω και διαστέλλεται.

Φανταστείτε τη διαδικασία της διαστολής ως εξής:

Πάρτε ένα μπαλόني και αρχίστε να το φουσκώνετε, θα παρατηρήσετε ότι το μπαλόني διαστέλλεται από το κέντρο προς την περιφέρεια δηλαδή ο πυθμένας όλο και λεπταίνει, γίνεται διάφανος ενώ τα τοιχώματα γύρω από την περιοχή του στομίου έχουν διασταλεί πολύ λιγότερο και έχουν χρώμα σκουρότερο. Το αντίθετο συμβαίνει με τη μήτρα: ο πυθμένας παχαίνει, ο τράχηλος λεπταίνει.

Υπολογίστε ότι δε κάθε συστολή, πόνο, όλο και πιο πολύ λεπταίνει το κατώτερο τμήμα για να αρχίσει σιγά-σιγά να ανοίγει, να διαστέλλεται.

Την ώρα του τοκετού να θυμάστε ότι: όσο πιο συχνές και παρατεταμένες είναι οι συστολές τόσο πιο σύντομα θα συμπληρωθεί η διαστολή, το άνοιγμα , για να γεννηθεί το μωρό σας.

Δέχεστε τις συστολές χαλαρή και ήρεμη, είναι η μοναδική ώρα στη ζωή σας που ο πόνος δεν φθείρει τον οργανισμό, αλλά δημιουργεί, προφέρει έργο, λύτρωση!

Αφού ανοίξει, διασταλεί τελείως το εσωτερικό μητρικό στόμιο αρχίζει να διαστέλλεται και το εξωτερικό στόμιο. Οι συστολές γίνονται τώρα όλο και πιο συχνές και τις λέμε διασταλτικές. **Τις αισθάνεστε στη μέση και χαμηλά στην κοιλιά σας.**

Οι συστολές αυτές σπρώχνουν συγχρόνως το αμνιακό υγρό προς το μισανοιγμένο μητρικό στόμιο και σχηματίζουν το θυλάκιο.

Τι είναι το θυλάκιο

Θυλάκιο λέμε τα υγρά του αμνιακού σάκου που βρίσκονται μεταξύ της κεφαλής του εμβρύου και του μητρικού στομίου.

- Το θυλάκιο πιέζει το μητρικό στόμιο μαλακά και το βοηθά στο να διασταλεί γλυκά και ομοιόμορφα και όχι σκληρά και οδυνηρά.
- Το θυλάκιο προστατεύει το έμβρυο από τον κίνδυνο της μόλυνσης.

Πόσο διαρκεί η διαστολή

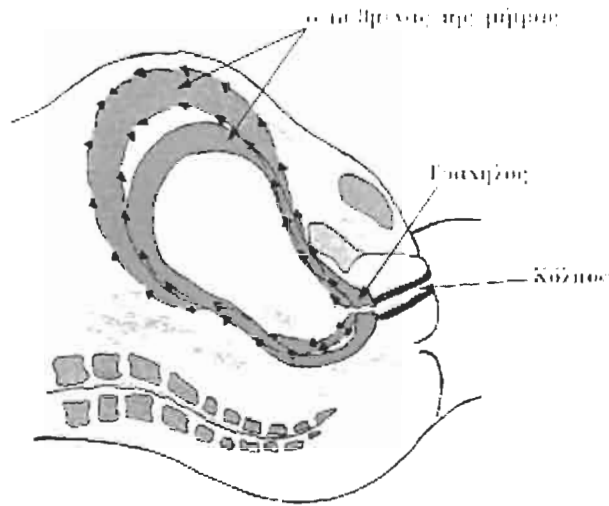
Ο χρόνος που διαρκεί η διαστολή ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα και από τοκετό σε τοκετό. Ακόμη εξαρτάται από πολλούς συνεργαζόμενους παράγοντες:

- Από την υφή του τραχήλου, δηλαδή από τη σύσπαση του τραχήλου αν είναι μαλακός ή σκληρός.
- Από τη συχνότητα των συστολών.
- Από το αν η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου ακουμπά ομοιόμορφα πάνω στο μητρικό στόμιο.
- Από το αν η επίτοκος είναι πρωτότοκος ή δευτερότοκος. Στις πολύτοκες ο χρόνος της διαστολής είναι συντομότερος.

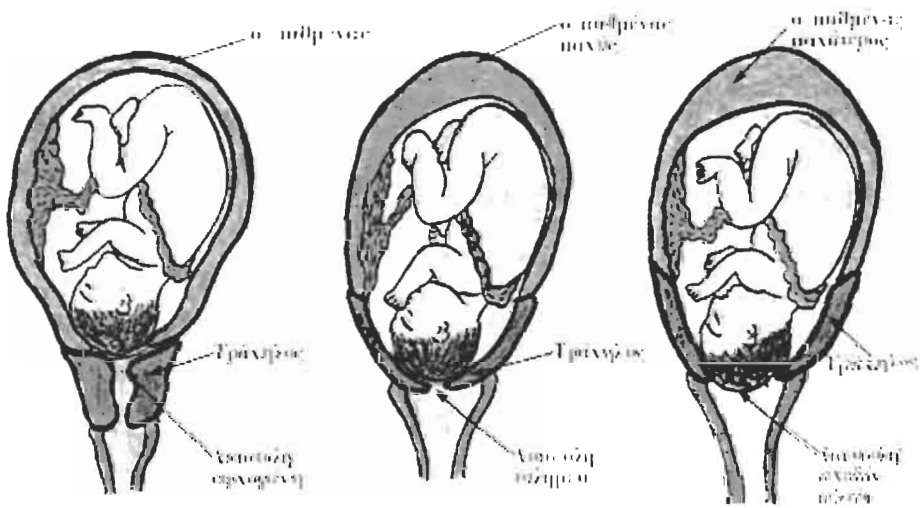
Περίοδος εξώθησης

Όταν η διαστολή συμπληρωθεί, δηλαδή το στόμιο της μήτρας είναι τόσο ανοιχτό (διάμετρος περίπου 11 εκ.) που να χωράει να περάσει το έμβρυο, λέμε ότι έχουμε **διαστολή τελεία**.⁽²⁾

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ



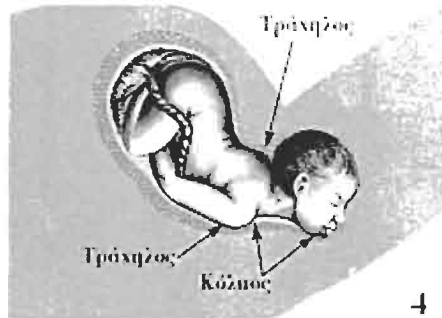
Σε κάθε συστολή, ο πυθμένας της μήτρας συστέλλεται, μαζεύει, γίνεται πιο παχύς και κοντός, ενώ τα τοιχώματα του κατώτερου τμήματος τραβιούνται προς τα πάνω, λεπταίνουν και σιγά-σιγά διαστέλλονται.



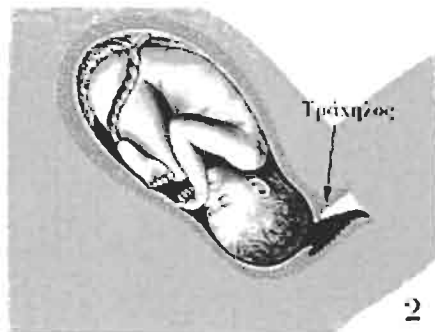
ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ ΕΞΩΘΗΣΗΣ



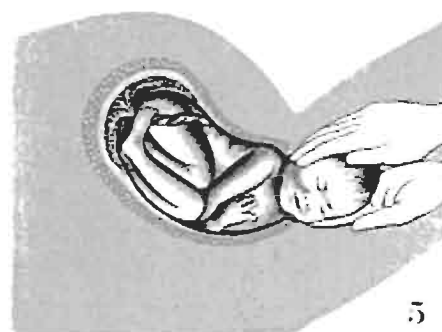
1 Σχεδίαση με άκρως χιτώνιο από μια απόπειρα, είναι η καλύτερη θέση για μια δύσκολη έκταση της κεφαλής, το ριχμένο έτος και ηρριωμένο σπυρίδατο.



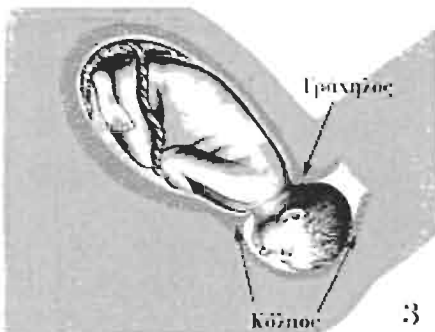
4 Η φωνή του παιδιού είναι πολύ δυνατή, από το κεντρικό του μέρος.



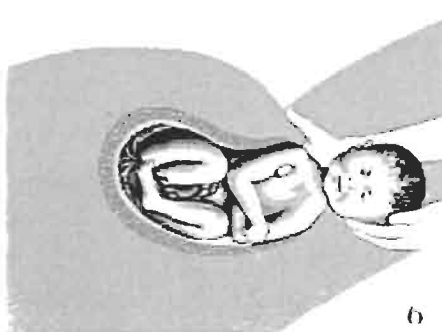
2 Η δύσκολη εκτέλεση συμπιέζονται



5 Εξώθηση του μωρού να ελατρωθεί προς τα έξω



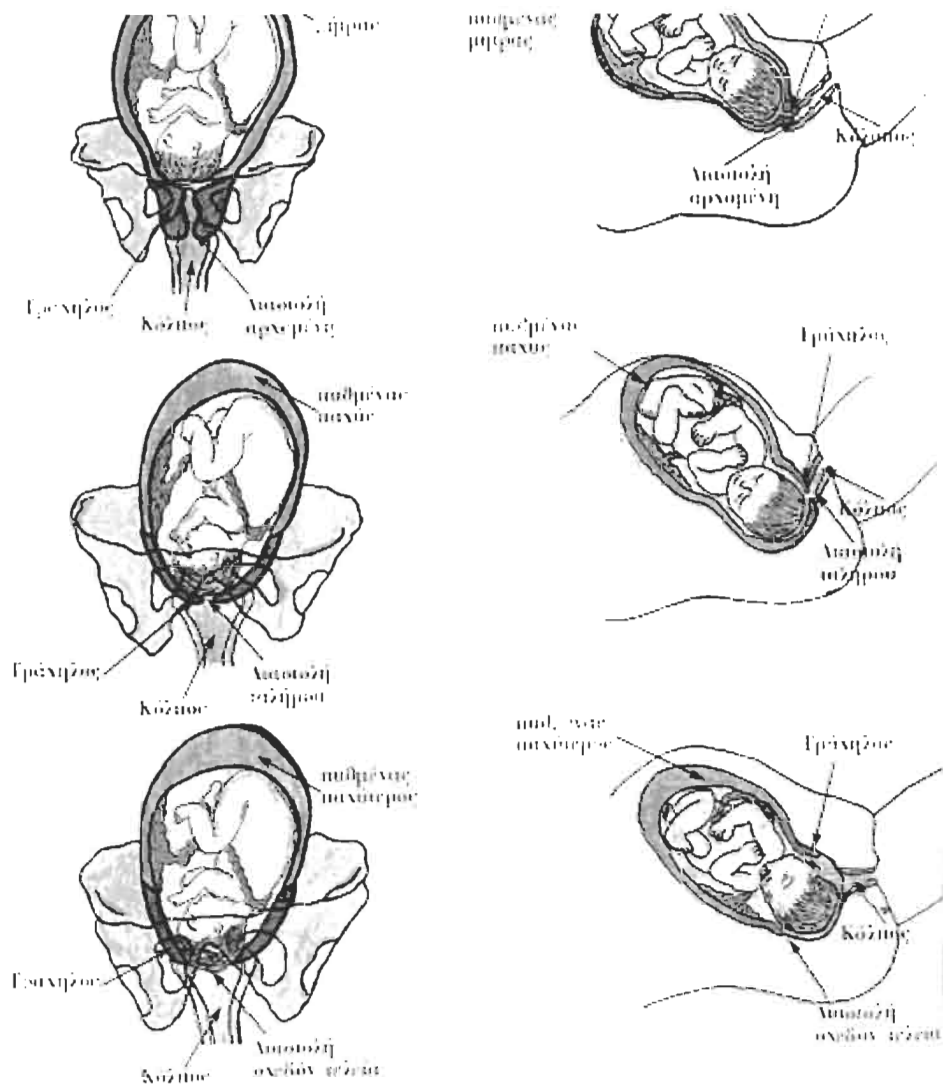
3 Η φωνή του παιδιού είναι δυνατή, εκτός από την



6 Και να γυρίσει

ΦΑΣΕΙΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ

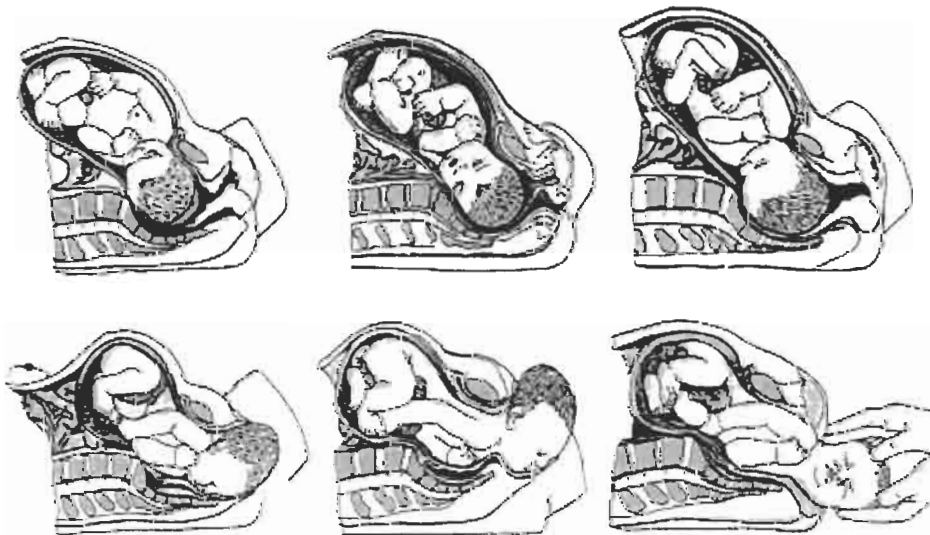
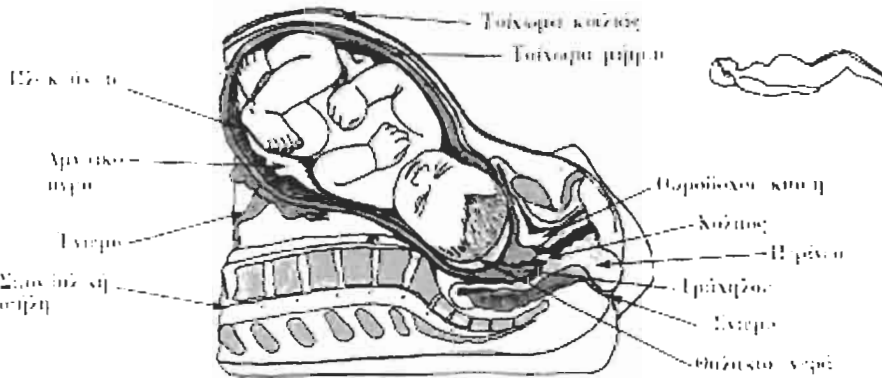
Η διαστολή σιγά-σιγά συμπληρώνετε. Από δύο εκατοστά γίνεται πέντε, επτά εκατοστά για να φθάσει δέκα εκατοστά την ώρα του τοκετού. Εμείς συνηθίζουμε να λέμε έχουμε διαστολή δραχμής, διδράχμου, ταλίρου, μικρής παλάμης, μεγάλης παλάμης, σχεδόν τελεία διαστολή, διαστολή τελεία! Δηλαδή το στόμιο της μήτρας είναι τόσο ανοικτό που το κεφάλι του μωρού, ελεύθερο πια, μπορεί να εξωθηθεί προς τα έξω και να γεννηθεί!!!



ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ - ΕΞΩΘΗΣΗΣ

Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, περίπου τέλος του ογδόου μήνα, τα μωρά παίρνουν την σωστή θέση μέσα στη λεκάνη. Το μωρό προσπαθεί με κλίση και κάμψη της κεφαλής να προσαρμόσει τη μικρότερη διάμετρο της κεφαλής του στη μεγαλύτερη διάμετρο της λεκάνης.

Έτσι, σταθεροποιείται σε μια ευνοϊκή θέση για τον τοκετό. Με τις συστολές, τα πονάκια, το πέτρωμα της κοιλιάς, προωθείται μονιμοποιείται το κεφαλάκι μέσα στη λεκάνη, ώστε να μπει σωστά στο κανάλι της εξόδου. Στη μαιευτική λέμε το κεφαλάκι εμπεδώθηκε, κατέβηκε στη λεκάνη, προετοιμάζεται να έρθει στον κόσμο για να γεννηθεί.



Ο τράχηλος άνοιξε!

Είναι τόσο ανοικτός που το κεφαλάκι του μωρού ελεύθερο πια, μπορεί να εξωθηθεί προς τα έξω και αν γεννηθεί!

21. β) Η ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Με την τέλεια διαστολής τον τράχηλο, αρχίζει το δεύτερο στάδιο του τοκετού και συνηθισμένα η επίτοκη αρχίζει να σφίγγεται. Κι όσο κατεβαίνει η προβάλλουσα μοίρα, τόσο έχει το αίσθημα πως θα αφοδεύσει.

Το στάδιο αυτό κρατάει τις πιο πολλές φορές στις άτοκες περίπου 50 λεπτά και στις πολύτοκες ως 20 λεπτά. Σε πολύτοκες και με πολύ χαλαρό περίνεο μπορεί να είναι υπόθεση και **3 ή 4 καλών** εξώθησεων. Σε άλλες όμως, που οι δυνάμεις της μήτρας δεν είναι τόσο καλές και η πύελος κάπως πιο στενή ή οι δυνάμεις εξώθησης από τη μητέρα να μην είναι καλές για λόγους ειδικής αναισθησίας (επισκληρίδια αναισθησία), τότε το στάδιο αυτό μπορεί να είναι αρκετά πιο μακρύ.

Η συχνότητα στους καρδιακούς παλμούς πρέπει να παρακολουθείται συχνά αν δε διαθέτουμε μηχανήματα για αδιάκοπη παρακολούθηση. Πολλές φορές, σε αυτό το στάδιο, παρατηρούνται βραδυκαρδίες. Εάν όμως είμαστε σίγουροι πως το παιδί θα γεννηθεί μέσα σε λίγα λεπτά, αφήνουμε τον τοκετό να εξελιχθεί από τη φυσική οδό, και εφόσον βέβαια ούτε στο πρώτο στάδιο παρουσίασε βραδυκαρδίες.

Οι βραδυκαρδίες αυτές οφείλονται πάντα σε πίεση του κεφαλιού, αλλά είναι δυνατό να συμβαίνουν και από πιέσεις στον ομφάλιο λώρο από περιτύλιξη ή περιτυλίξεις γύρω από το λαιμό ή στην πλάτη του παιδιού, όσο μάλιστα εξελίσσεται η κάθοδος ή ακόμα από μικρές πρόωρες αποκολλήσεις του πλακούντα, επειδή μικραίνει ο όγκος της μήτρας με την πρόοδο του τοκετού, καθώς κατεβαίνει το κεφάλι μέσα στη λεκάνη.

Καμιά φορά, με την εξώθηση, συμβαίνει η επίτοκη να παρουσιάζει ταχυκαρδία. Τότε χρειάζεται πολύ προσοχή για να μη γίνει σύγχυση με τον καρδιακό ρυθμό του εμβρύου, που παρουσιάζει βραδυκαρδία εμείς να νομίσουμε πως το έμβρυο έχει φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό.

Οι προσπάθειες για εξώθηση, γίνονται αυτόματα και αντανακλαστικά στο δεύτερο στάδιο, αλλά μερικές φορές χρειάζεται κάποιος να βοηθάει και να συμπαραστέκεται στην επίτοκη για να αξιοποιείται αποτελεσματικά όλη αυτή τη προσπάθεια για εξώθηση.

Τα πόδια πρέπει να είναι σε μικρή κάμψη και τα πέλματα να ακουμπάνε στο κρεβάτι. Λίγο πριν αρχίσει η ωδία, η γυναίκα πρέπει να παίρνει βαθιές αναπνοές και όταν ο πόνος φθάσει στο ανώτατο σημείο, να κρατήσει τις αναπνοές της και να κάνει προσπάθεια για εξώθηση.

Όσο κατεβαίνει το κεφάλι προς το περίνεο αποβάλλονται κόπρανα από τον πρωκτό και καλό είναι η περιοχή αυτή να πλένεται αμέσως με γάζα και σαπούνι με νερό.

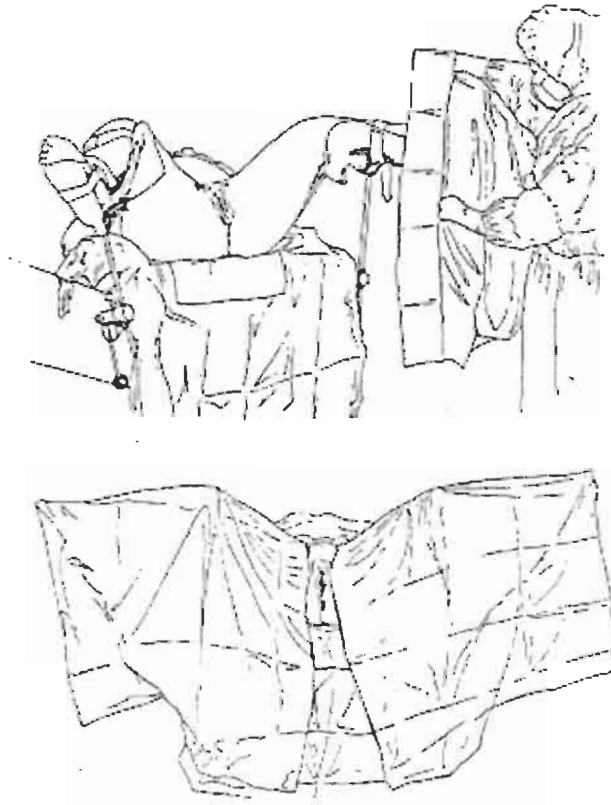
Όσο εξελίσσεται το δεύτερο στάδιο, τόσο τεντώνεται το περίνεο και αρχίζει να φαίνεται το τριχωτό του κεφαλιού. Η γυναίκα τώρα είναι έτοιμη να γεννήσει, οπότε μεταφέρεται από το δωμάτιο παρακολούθησης στην αίθουσα που θα γεννήσει.

Η προπαρασκευή για τη γέννηση του παιδιού περιλαμβάνει τα εξής:

1. Κανένας δεν επιτρέπεται να μπαίνει μέσα στην αίθουσα τοκετού χωρίς μάσκα που να σκεπάζει μύτη και στόμα και σκούφο, καθώς και φόρμα χειρουργείου (παντελόνι, σακάκι χειρουργείου).
2. Η περιοχή του αιδοίου και του περινέου πλένεται και σαπουνίζεται, βάζουμε αποστειρωμένα πανιά στην κοιλιά και στους γλουτούς και σκεπάζουμε τα πόδια με αποστειρωμένα «ποδονάρια», (σχήμα 17).
3. Το κάθε πόδι ακουμπάει σε ειδικό αναβολέα έτσι, ώστε η περιοχή της ιγνύας να είναι σε σημείο άνετο και να μην πιέζεται. πολλές φορές οι επίτοκες, το στάδιο αυτό παραπονιούνται για κράμπα στα κάτω άκρα. Αυτό γίνεται από πίεση που εξασκεί το κεφάλι του παιδιού στα νεύρα της πυέλου. Χρειάζεται συμπαράσταση, εντριβή, επειδή είναι πολύ επώδυνη κατάσταση.

4. Αυτός που θα διενεργήσει τον τοκετό πρέπει να πλύνει τα χέρια του ως τον αγκώνα με βούρτσα, με την κλασική τεχνική που χρησιμοποιούμε στις διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις και να φοράει μακριά μπλούζα χειρουργείου καθώς και αποστειρωμένα γάντια.

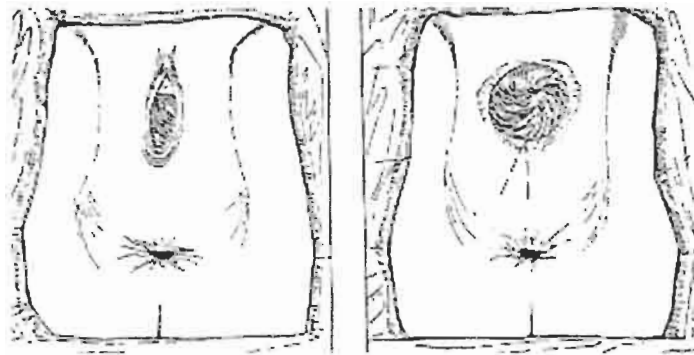
Όλες αυτές οι προετοιμασίες γίνονται επειδή πολλές φορές τα γάντια μπορεί να τρυπήσουν και διάφορα βακτηρίδια που υπάρχουν πάνω στα χέρια, να περάσουν στον πυελογεννητικό σωλήνα.



ΣΧΗΜΑ 17: Προπαρασκευή για τη γέννα στην αίθουσα τοκετού, δημιουργία χειρουργικού πεδίου

Ο Αυτόματος φυσιολογικός τοκετός

α) Η γέννηση του κεφαλιού: Σε κάθε ωδίνα και προσπάθεια για εξώθηση από την επίτοκη, το περίνεο, τεντώνεται και προεξέχει προοδευτικά. Το άνοιγμα του αιδοίου μεγαλώνει από την πίεση που δέχεται από το κεφάλι (σχήμα 18), και, ενώ στην αρχή το άνοιγμα έχει σχήμα ωοειδές, στο τέλος γίνεται κυκλικό. Μόλις τελειώσει η ωδίνα, το άνοιγμα αυτό του αιδοίου μικραίνει προς την έξοδό του, το άνοιγμα του αιδοίου περιβάλλει τη μεγαλύτερη διάμετρο του κεφαλιού του εμβρύου. Σε αυτήν ακριβώς τη στιγμή, πρέπει να γίνει η περινεοτομή, η λεγόμενη από τους Αγγλοσάξονες επισειοτομή ή επισιοτομή από τη λέξη «επίσειον» το προς το αιδοίο μέρος του ήτρου. (Ήτρον: το κάτω μέρος στο υπογάστριο), (σχήμα 18).



ΣΧΗΜΑ 18: Το άνοιγμα του αιδοίου λίγο πριν την γέννηση του κεφαλιού

Η επισιοτομή αν δε γίνει, το περίνεο λεπταίνει τόσο πολύ, ώστε μπορεί να πάθει ρήξη σε κάποια από τις επόμενες εξωθήσεις. Ταυτόχρονα ο πρωκτός τεντώνεται τόσο πολύ, ώστε φαίνεται το μπροστινό τοίχωμα του απευθυσμένου.

Με το να αποφύγουμε την επισιοτομή στο σημείο αυτό ακριβώς του τοκετού, προδιαθέτουμε τη γυναίκα για αυτόματη ρήξη του περινέου, αλλά και για ένα μόνιμο βαθμό χαλάρωσης στους μύες που βρίσκονται

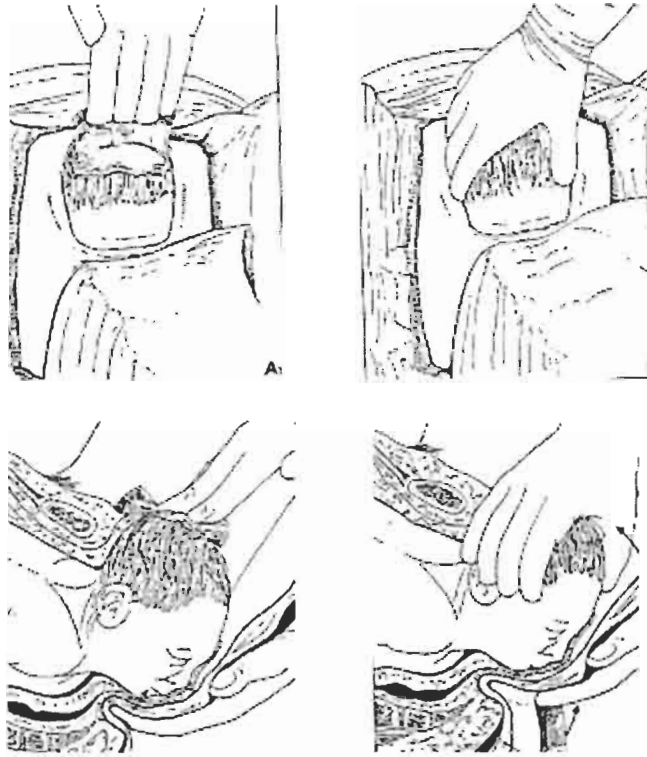
στο δάπεδο της πυέλου, με τα δυσάρεστα επακόλουθα που είναι η κυστεο-ορθοκήλη και η πρόπτωση της μήτρας.

Όταν το κεφάλι τεντώνει το περίνεο τόσο, ώστε η σχισμή του αιδοίου να έχει διάμετρο πάνω από 5εκ., τότε καλύπτουμε με ένα τετράγωνο αποστειρωμένο πανί τη μία παλάμη μας, προστατεύοντας έτσι τα δάκτυλα του χεριού μας από τον πρωκτό, ενώ εξασκούμε μια πίεση προς το πηγούνι του εμβρύου με μια κίνηση προς τα πάνω, ενδιάμεσα από το περίνεο ακριβώς μπροστά από τον κόκκυγα, ενώ το άλλο μας χέρι πιέζει σε ένα ψηλότερο σημείο μπροστά από το ινίο.

Το χειρισμό αυτό έχει περιγράψει οRitgen από το 1855 και επιτρέπει σε αυτόν που διενεργεί τον τοκετό να πραγματοποιήσει τη γέννηση του κεφαλιού κάτω από τον τέλειο έλεγχο των χεριών του.

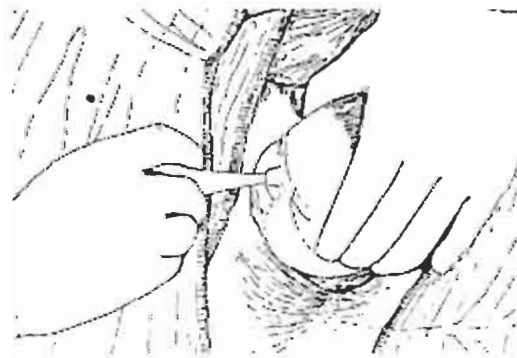
Έτσι σιγά-σιγά γεννιέται το κεφάλι και η βάση του ινίου ακουμπάει στο κάτω μέρος της ηβικής σύμφυσης, ενώ το βρέγμα δηλαδή η μεγάλη πηγή, το μέτωπο και το πρόσωπο περνούν διαδοχικά από το χείλος του περινέου. *(σχήμα 19)*

Σε αυτήν ακριβώς τη χρονική στιγμή (μόλις έχει γεννηθεί το κεφάλι και πριν γεννηθεί ο θώρακας) πρέπει να σκουπίσουμε το πρόσωπο του παιδιού και να αναρροφήσουμε με μίαν ειδική ελαστική σύριγγα (το λεγόμενο πουάρ) τα δύο ρουθούνια. Αυτό γίνεται για να αποφευχθεί μια πιθανή εισρρόφηση αμνιακού υγρού στα πνευμόνια με την πρώτη αναπνοή *(σχήμα 20)*.



ΣΧΗΜΑ 19

Χειρισμός Ritgen για τη γέννηση του κεφαλιού, όπως φαίνεται σε καταμέτωπο όψη (πάνω) και οβελιαία τομή (κάτω)



ΣΧΗΜΑ 20: *Αναρρόφηση στα δύο ρουθούνια με ελαστική σύριγγα (πουάρ)*

Ο επόμενος βασικός χειρισμός, που γίνεται μετά τη γέννηση του κεφαλιού, είναι να βάλουμε ένα δάκτυλο γύρω από το λαιμό του παιδιού για να ψηλαφίσουμε μήπως υπάρχουν περιτυλίξεις της ομφαλίδας. Είναι κάτι που συμβαίνει σε 30% από τους τοκετούς. Τις πιο πολλές φορές δεν επηρεάζει τη γενική κατάσταση που βρίσκεται το έμβρυο, σε ορισμένες όμως περιπτώσεις οι περιτυλίξεις του λώρου είναι τόσο σφιχτές, που μπορεί να προκαλέσουν και υποξία στο έμβρυο.

Εάν η περιτύλιξη δεν είναι σφιχτή, τραβάμε με δύο δάκτυλα τον ομφάλιο λώρο και τον περνάμε από το κεφάλι του εμβρύου για να απελευθερωθεί. Αν αντίθετα είναι πολύ σφιχτή η αγκύλη του λώρου στο λαιμό, βάζουμε δύο λαβίδες στο λώρο, κόβουμε ανάμεσα, απελευθερώνουμε τις αγκύλες και συνεχίζουμε τη γέννηση του παιδιού.

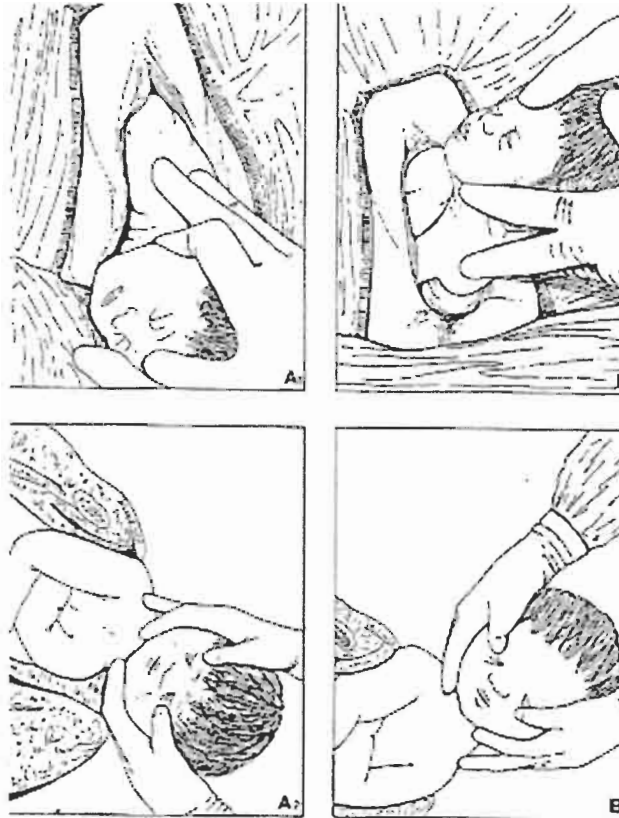
β) Η γέννηση των ώμων: Μετά την γέννηση του κεφαλιού παρατηρούμε πως το πρόσωπο του παιδιού ακουμπάει σχεδόν στον πρωκτό. Μπορούμε να πούμε δηλαδή πως το κεφάλι πέφτει προς τα κάτω.

Όπως ξέρουμε από το μηχανισμό του τοκετού, η επόμενη κίνηση που κάνει το κεφάλι είναι το ινίο που γυρίζει προς το δεξιό ή τον αριστερό μηρό της μητέρας. Έτσι πραγματοποιείται η εξωτερική στροφή που έχουμε περιγράψει στο μηχανισμό του τοκετού. Όταν τελειώσει αυτό, η αμφιακρωμιακή διάμετρος βρίσκεται στην προσθοπίσθια διάμετρο της πυέλου.

Τις πιο πολλές φορές, αμέσως μετά την εξωτερική στροφή, φαίνονται στο αιδόιο οι ώμοι, που γεννιούνται από μόνοι τους.

Καμιά φορά συμβαίνει να καθυστερεί κάπως η γέννηση των ώμων. Τότε συνιστάται να γίνει αμέσως μια μικρή έλξη. Στην περίπτωση αυτή, πιάνουμε απαλά με δύο χέρια το κεφάλι και τραβάμε προς τα κάτω και εμπρός, ώσπου να φανεί ο μπροστινός ώμος. Μετά, η έλξη γίνεται με μια κίνηση προς τα πάνω, οπότε γεννιέται και ο πίσω ώμος.

Το υπόλοιπο σώμα του παιδιού ακολουθεί χωρίς δυσκολία. Στην περίπτωση όμως που και σε αυτό το σημείο υπάρχει μικρή καθυστέρηση, μπορούμε να πραγματοποιήσουμε έλξη, ενώ ταυτόχρονα πιέζουμε ελαφρά τον πυθμένα της μήτρας.



ΣΧΗΜΑ 21: Έλξη για την γέννηση μπροστινού ώρμου (A) και πισινού ώρμου (B) καταμέτωπο και σε τομή

Πάντα πρέπει να αποφεύγουμε να βάζουμε δάκτυλα στις μασχάλες του παιδιού για την έλξη. Υπάρχει κίνδυνος να πάθουν κάκωση τα νεύρα στα επάνω άκρα και να δημιουργηθεί προσωρινή ή και μόνιμη παράλυση.

Πάντα η έλξη γίνεται μόνο στην διεύθυνση του μεγάλου άξονα του παιδιού. Γιατί διαφορετικά, αν η έλξη γίνει λοξά, ο τράχηλος του παιδιού κάμπτεται τόσο, ώστε δημιουργείται μεγάλη έκταση στο βραχιόνιο πλέγμα, με όλα τα δυσάρεστα επακόλουθά της (παραλύσεις κ.ά.).

Αφού γεννηθεί το παιδί, επακολουθεί μια απότομη εκβολή από αμνιακό υγρό, ανακατωμένο με λίγο αίμα.

Στη συνέχεια τοποθετούμε δύο λαβίδες στον ομφάλιο λώρο και κόβουμε ενδιάμεσα. Τέλος τοποθετούμε έναν ειδικό πλαστικό σφιγκτήρα σε απόσταση 2-3 εκ. από το τοίχωμα της κοιλιάς του παιδιού και κόβουμε τον ομφάλιο λώρο.

Από το 1969, 1974 έχουν γίνει έρευνες από τους Yao και Lind, που απέδειξαν πως, μετά την γέννηση του παιδιού, εάν το παιδί κρατηθεί στο επίπεδο του αιδοίου για 3 λεπτά περίπου, θα έρθουν 80ml περίπου αίμα από τον πλακούντα προς το νεογνό. Ενώ, αν κρατήσουμε το παιδί 40εκ. περίπου κάτω από το επίπεδο του αιδοίου, η ίδια ποσότητα που αναφέραμε, μεταφέρεται από τον πλακούντα προς το παιδί σε 30 δευτερόλεπτα. Αυτή η μεταφορά του αίματος από τον πλακούντα προς το παιδί έχει το πλεονέκτημα να ανεβάζει την ποσότητα της αιμοσφαιρίνης στο παιδί, άρα και του σιδήρου.

Αντίθετα αν το παιδί σηκωθεί πιο ψηλά από το επίπεδο του αιδοίου η μεταφορά αίματος από τον πλακούντα προς το έμβρυο είναι ελάχιστη.

21. γ) Η ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Μόλις γεννηθεί το παιδί, προσπαθούμε να εξακριβώσουμε το ύψος και τη σύσταση που έχει ο πυθμένας της μήτρας. Όσο η μήτρα βρίσκεται σε κάποια σύσπαση και δεν παρατηρούμε περισσότερο από το συνηθισμένο αίμα να βγαίνει από το αιδοίο παρακολουθούμε και περιμένουμε να αποκολληθεί ο πλακούντας. Δεν κάνουμε «μασάζ» στη μήτρα. Απλά και μόνο το χέρι πάνω στον πυθμένα και παρατηρούμε μήπως δημιουργείται κάποια ατονία στο όργανο αυτό. Επειδή διάφορες απόπειρες να βγάλουμε τον πλακούντα πριν αποκολληθεί είναι, όχι μόνο ανώφελες, μα και

επικίνδυνες, πρέπει να ξέρουμε πολύ καλά τα επόμενα 4 σημεία της αποκόλλησης του πλακούντα.

1. Η μήτρα γίνεται σφαιροειδής και οπωσδήποτε πιο σκληρή. Αυτό είναι το πρώτο σημάδι.
2. Παρατηρείται μια απότομη εκβολή ποσότητας αίματος.
3. Η μήτρα ανεβαίνει προς την κοιλιά, γιατί την ώρα που ξεκολλά ο πλακούντας πέφτει στο κατώτερο τμήμα και κόλπο κι όλη αυτή η μάζα σπρώχνει τη μήτρα προς τα πάνω.
4. Ο ομφάλιος λώρος προεξέχει περισσότερο από τη σχισμή του αιδοίου, πράγμα που σημαίνει πως ο πλακούντας έχει κατεβεί προς τα κάτω.

Όλα αυτά τα σημεία εμφανίζονται σχεδόν 1-5 λεπτά μετά τη γέννηση του παιδιού. Αυτός που διενεργεί τον τοκετό έχει το νου του να είναι η μήτρα καλά συσπασμένη την ώρα που έχει αποκολληθεί ο πλακούντας.

Εάν η γυναίκα δεν έχει πάρει γενική αναισθησία μπορεί με μια προσπάθεια για εξώθηση να βοηθήσει να βγει ο πλακούντας. Εάν πάλι έχει πάρει αναισθησία, τότε εμείς εξασκούμε μια μικρή πίεση στον πυθμένα της μήτρας και έτσι προωθείται προς τα κάτω ο αποκολλημένος κιόλας πλακούντας.

Η εκβολή του πλακούντα δεν πρέπει ποτέ να γίνεται βίαια και πριν γίνει πλήρης αποκόλληση, επειδή μπορεί να προκληθεί μια σοβαρή επιπλοκή, που λέγεται εκστροφή της μήτρας.

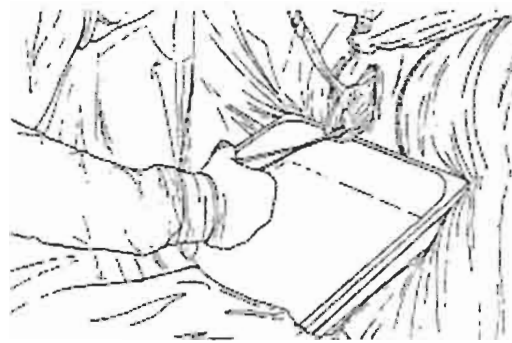
Ποτέ δεν πρέπει να «τραβάμε» τον ομφάλιο λώρο για να βγάλουμε τον πλακούντα από τη μήτρα.

Μόλις φανεί ο πλακούντας στη σχισμή του αιδοίου, σταματάμε την πίεση στον πυθμένα της μήτρας και σηκώνουμε τον πλακούντα με έλξη

στο λώρο, προσπαθώντας να μη σκιστούν οι μεμβράνες και μείνουν μέσα στη μήτρα. Εάν όμως συμβαίνει να αρχίζουν να σκίζονται (οι μεμβράνες) τότε με μια λαβίδα βοηθάμε την έξοδό τους με απαλές έλξεις (Σχήμα 22).

Στη συνέχεια γίνεται εξέταση του πλακούντα για να δούμε αν έχει αποβληθεί όλος από την κοιλότητα της μήτρας.

Εάν υπάρχει απότομη απώλεια αίματος και ο πλακούντας δεν μπορεί να αποκολληθεί ακόμη, τότε γίνεται δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα.



ΣΧΗΜΑ 22: Υπερτοκία: βοήθεια στην έξοδο των μεμβρανών με λαβίδα

Εάν παρατηρήσουμε πως πέρασαν πάνω από 5 λεπτά και δεν έχει αποκολληθεί ο πλακούντας, σημαίνει πως ο μηχανισμός αυτός της αποκόλλησης δε γίνεται όπως πρέπει. Τότε πρέπει να γίνει δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα. Η ενέργεια αυτή παρουσιάζει το μειονέκτημα πως μπορούμε να μεταφέρουμε μικρόβια μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, αλλά και το πλεονέκτημα πως έχουμε λιγότερη απώλεια αίματος στο τρίτο στάδιο.

Στη σημερινή εποχή, η δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα γίνεται πολύ πιο συχνά από όσα παλιά. Συγκεκριμένα, ορισμένοι μαιευτήρες, στο διάστημα που μεσολαβεί από τη γέννηση του παιδιού, την αναρρόφηση των υγρών του ρινοφάρυγγα και το δέσιμο του ομφάλιου λώρου.

πραγματοποιούν τη δακτυλική αποκόλληση και την εκβολή του πλακούντα, αν δεν έχει γίνει αυτόματη αποκόλλησή του.

Η τεχνική αυτή βέβαια γίνεται μόνο και εφόσον ακολουθούμε όλους τους κανόνες της ασηψίας. Και καλό θα είναι **να γίνεται μόνο σε περιπτώσεις που υπάρχει αιμορραγία** στο τρίτο στάδιο.

Το «**τέταρτο στάδιο**» του τοκετού είναι μία κρίσιμη περίοδος που διαρκεί μια ώρα μετά την εκβολή του πλακούντα. Αν και χρησιμοποιούνται ωκυτόκια φάρμακα, υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθεί η λεγόμενη πρόιμη αιμορραγία της λοχείας. Γι' αυτό, στην περίοδο αυτή της μιας ώρας, πρέπει να γίνεται συχνή εκτίμηση της σύσπασης της μήτρας για να γίνει έγκαιρη διάγνωση της χαλάρωσης στον τόνο της μήτρας. Η διάγνωση γίνεται από έμπειρο πρόσωπο, που μπορεί να εκτιμήσει μια παθολογική κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα παρατηρεί την ποσότητα αίματος που βγαίνει από το αιδοίο και τον κόλπο μετά από μian ελαφρά μάλαξη και πίεση στον πυθμένα της μήτρας.⁽¹⁾





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22^ο

ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ

Είναι μία ενεργητική επέμβαση με την οποία το έμβρυο εξάγεται από τον γεννητικό σωλήνα με την βοήθεια εμβρυουλκών, στις περιπτώσεις εκείνες που η επίτοκος δεν μπορεί ή δεν πρέπει να εξωθήσει και να γεννήσει με τις δικές της δυνάμεις.

Οι εμβρυουλκίες χωρίζονται, ανάλογα με το ύψος της κεφαλής του εμβρύου, σε εμβρυουλκίες της υψηλής ευρυχωρίας, μέσης ευρυχωρίας και χαμηλής ευρυχωρίας.

Ενδείξεις για την εκτέλεση εμβρυουλκίας

- Μητρική κόπωση.
- Καταστάσεις που δεν επιτρέπουν στην επίτοκο να εξωθήσει, όπως μεγάλου βαθμού μυωπία, υπέρταση, καρδιοπάθειες.
- Πρόωρος τοκετός.
- Παράταση του δευτέρου σταδίου.

Από μέρος του εμβρύου, οι ενδείξεις είναι:

- Εμβρυϊκή δυσχέρεια.
- Ανώμαλες θέσεις της ινιακής προβολής.
- Ισχιακή προβολή.

Προϋποθέσεις για την εκτέλεση εμβρυουλκίας

- Η διαστολή του τραχηλικού στομίου να είναι τελεία.
- Το θυλάκιο να είναι ερρηγμένο.
- Η προβολή να είναι κεφαλική και να είναι γνωστή η θέση του ινίου.
- Θα πρέπει να έχει χορηγηθεί αναισθησία.
- Οι συστολές της μήτρας να είναι ικανοποιητικές.
- Να έχει δοθεί η συναίνεση της επιτόκου.

Επιπτώσεις στο νεογνό και τη μητέρα

Για την μητέρα, οι επιπτώσεις αφορούν κυρίως στους τραυματισμούς του κόλπου και του περινέου, σπανιότερα του τραχήλου και της ουρήθρας.

Στο νεογνό, πιθανότερες επιπλοκές είναι:

Οι εκχυμώσεις και το κεφαλαιμάτωμα. Και τα δύο θα εξαφανιστούν στα πρώτα 24ωρα μετά τη γέννηση, είναι όμως πιθανόν να επιβαρύνουν τον ίκτερο του νεογνού.

Οίδημα ή αιμορραγία ή ρήξη του δρέπανου ή του σκηνιδίου της παρεγκεφαλίδας, είναι οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι. Το νεογνό πρέπει να νοσηλεύεται και να παρακολουθείται για συμπτώματα εγκεφαλικής κάκωσης.

Εμβρυουλκία με αναρροφητήρα ή συκιουλκία

Η βεντούζα ή συκία εφαρμόζεται στο κρανίο του εμβρύου και αφού δημιουργηθεί οίδημα, και προκεφαλή με την βοήθεια αντλίας,

εφαρμόζεται έλξη. Αποβλέπει στην αποπεράτωση του τοκετού από τον κόλπο.

Απαιτούνται 10-15 λεπτά για την εφαρμογή της.

Οι συχνότερες επιπτώσεις στο νεογνό είναι η προκεφαλή, το κεφαλαιμάτωμα, οι αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς.

Η αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης είναι μικρότερη και ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι μειωμένος στη συκιουλκία από αυτόν που παρουσιάζει η εμβρυουλκία, κατά 15 φορές.⁽³⁴⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 23^ο

ΜΕΘΟΔΟΣ APGAR

Η βαθμολογία APGAR: Έχει μεγάλη σημασία, επειδή κατευθύνει στο αν πρέπει να γίνει ανάνηψη ή όχι. Με βαθμολογία 7-10 δε χρειάζεται τίποτε άλλο από μian αναρρόφηση στο ρινοφάρυγγα. Με βαθμολογία 4-7 είναι τα νεογέννητα που έχουν μέτρια δυσκολία στην αναπνοή, στον τόνο τους και στο χρώμα. Τα αντανακλαστικά τους και ο καρδιακός ρυθμός είναι καλά.

Τα νεογέννητα με APGAR 0-4 βρίσκονται σε πολύ μεγάλη δυσκολία. Σε αυτά πρέπει να γίνεται αμέσως η ανάνηψη, αλλά μόνο από ειδικευμένο πρόσωπο. Στα νεογνά αυτά αν σε 5 λεπτά η βαθμολογία APGAR εξακολουθεί να παραμένει πολύ χαμηλή, οι πιθανότητες για νεογεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα μεγαλώνουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7
Βαθμολογία APGAR⁽¹⁾

Σημεία	0	1	2
Καρδιακή συχνότητα	απούσα	κάτω από 100	πάνω από 100
Αναπνευστική προσπάθεια	απούσα	ακανόνιστη, αργή	καλό κλάμα
Μυϊκός τόνος	νωθρό	μερική κάμψη των άκρων	ενεργητικές κινήσεις
Αντανακλαστικά από ερέθισμα	δεν απαντά	μορφασμός στο πρόσωπο	έντονο κλάμα
Χρώμα	κυανωτικό ή ωχρό	σώμα με άκρα κυανωτικά	ροδόχρωμο τελείως ροδόχρωμο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 24^ο

Ενδείξεις δύσκολου τοκετού

Δυσαναλογία στο μέγεθος του κεφαλιού: του εμβρύου και στο πέρασμα της λεκάνης.

Δυσμορφίες της λεκάνης: πεπλατυσμένη, χωνοειδείς κ.ά.

Ανώμαλο σχήμα: Εγκάρσιο σχήμα ανώμαλη ισχιατό έμβρυο κατεβαίνει με τα πόδια. **Σπάνια.**

Ανώμαλη προβολή: Προσωπική προβολή, μετωπική προβολή. **Σπανιότατα.**

Πρόπτωση ομφαλίδας: Προβάλλει πρώτα ο ομφάλιος λώρος. **Σπανιότατα.**

Αδράνεια της μήτρας: Αδύνατες συστολές που οφείλονται σε υπερένταση της μήτρας, πολλαπλές εγκυμοσύνες, μεγάλο παιδί, παχυσαρκία, ανώμαλη προβολή.

Περιπτώσεις που κοντρολάρονται με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

- **Χρόνια παθολογικά νοσήματα:** Καρδιοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια νεφρίτης, προεκλαμψία κ.ά. Στις περιπτώσεις αυτές, ο μαιευτήρας, πρέπει να συνεργαστεί με ειδικούς στην πάθηση γιατρούς.
- **Εγκάρσιο σχήμα:** Το έμβρυο παίρνει θέση εγκάρσια μέσα στη μήτρα. **Σπανιότατα.**

- **Μετωπική προβολή:** Το έμβρυο προβάλλει με το μέτωπο.
Σπανιότατα.
- **Προσωπική προβολή:** Το έμβρυο προβάλλει με το πρόσωπο.
Σπανιότατα.

Οι σπάνιες αυτές προβολές οφείλονται σε παθολογικές αιτίες όπως κοντός λώρος, ελαττωματική λεκάνη, ινομώματα, κ.ά.⁽²⁸⁾

ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της σύλληψης και της γέννησης είναι η ηλικία κύησης του βρέφους. Η φυσιολογική ηλικία κύησης κυμαίνεται μεταξύ 37 και 43 εβδομάδων. Τα βρέφη που γεννιούνται πριν από την 37^η εβδομάδα θεωρούνται **πρόωρα**. Στις **Ηνωμένες Πολιτείες**, 10 τοις εκατό όλων των γεννήσεων είναι πρόωρες; (Witter, 1993). Οι διαταραχές που οφείλονται στην προωρότητα είναι η τέταρτη σημαντική αιτία της βρεφικής θνησιμότητας. Με τη φροντίδα των ειδικών που προσφέρουν τώρα τα σύγχρονα μαιευτήρια, το ποσοστό της θνησιμότητας των πρόωρων βρεφών μειώνεται συνεχώς. Σήμερα, επιβιώνει το 80 τοις εκατό των βρεφών με βάρος γέννησης 1.020 γρ.

Η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των πρόωρων είναι οι ανώριμοι πνεύμονες. Μια άλλη αιτία, εξαιτίας της οποίας δεν επιβιώνουν τα πρόωρα βρέφη, είναι η ανωριμότητα του πεπτικού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Ακόμη και βρέφη με φυσιολογική ηλικία κύησης, στις πρώτες μέρες της ζωής τους, μπορεί να έχουν δυσκολία στο συντονισμό του πιπιλίσματος, της κατάποσης και της αναπνοής. Ο συντονισμός τους μπορεί να είναι τόσο ανώριμος, ώστε να μην μπορούν να τραφούν απευθείας από το στήθος ή το μπουκάλι και να χρειάζεται ιδιαίτερος εξοπλισμός. Επιπλέον, το ανώριμο πεπτικό τους σύστημα, συχνά, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις συνηθισμένες βρεφικές τροφές, έτσι ώστε να πρέπει να τους χορηγηθούν ειδικές τροφές.

Έχουν εντοπιστεί μερικοί από τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην προωρότητα. τα δίδυμα γεννιούνται συνήθως 3

εβδομάδες νωρίτερα. τα τρίδυμα και τα τετράδυμα ακόμη πιο νωρίς. Πολύ νέες γυναίκες, με ανώριμο αναπαραγωγικό σύστημα και γυναίκες που είχαν πολλές και χρονικά κοντινές εγκυμοσύνες, μπορεί να γεννήσουν πρόωρα. Το ίδιο και οι γυναίκες που καπνίζουν, που δεν έχουν καλή υγεία ή που υποφέρουν από ενδομήτριες μολύνσεις. Η προωρότητα συνδέεται επίσης και με την κοινωνικο-οικονομική θέση. Οι γυναίκες των χαμηλότερων στρωμάτων έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γεννήσουν λιποβαρή ή πρόωρα βρέφη από τις γυναίκες με μεγαλύτερη οικονομική άνεση. Αυτή η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι φτωχότερες γυναίκες πιθανότατα υποσιτίζονται ή πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, ότι δεν έχουν επαρκή ιατροφαρμακευτική φροντίδα πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ότι υποφέρουν από μολύνσεις και ότι έχουν επιπλοκές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πολλές από τις αιτίες της προωρότητας όμως, δεν είναι ακόμη σαφείς. Τουλάχιστον οι μισές από τις πρόωρες γεννήσεις δεν συνδέονται με κανέναν από τους παράγοντες κινδύνου που έχουν ήδη εντοπιστεί.⁽³¹⁾

Τι μπορείτε να κάνετε για να προλάβετε έναν πρόωρο τοκετό

Το σπουδαιότερο, που πρέπει να κάνετε, είναι οι τακτικές επισκέψεις στο γιατρό. Οι ιατρικές εξετάσεις μπορεί να ανακαλύψουν κι άλλες αιτίες πρόωρου τοκετού, όπως η *ανεπάρκεια του τραχήλου* της μήτρας ή μια *πυελονεφρίτιδα*. Όμως σε πολλές περιπτώσεις ο πρόωρος τοκετός μπορεί να προληφθεί με κατάλληλη θεραπεία. Εδώ έχει πολύ μεγάλη σημασία ή αναγνώριση και έγκαιρη θεραπεία της τοξιναιμίας της κύησης. Η μέλλουσα μητέρα άλλωστε δεν πρέπει να εργάζεται βαριά, και δεν θα πρέπει επίσης να ταξιδεύει τους δύο τελευταίους μήνες, της εγκυμοσύνης, ή να μετακομίζει και να αλλάζει τη θέση των επίπλων.

Σημεία μιας επικείμενης πρόωρης γέννησης

Τα συνηθισμένα συμπτώματα ενός επικείμενου πρόωρου τοκετού είναι οι ωδίνες. Μόλις παρουσιαστούν κωλικοειδείς πόνοι στο υπογάστριο, που μοιάζουν με τα ενοχλήματα της περιόδου, πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως ο γιατρός. Το ίδιο ισχύει και για κάθε *αιμορραγία ή έξοδο εναμνίου* (υγρών).

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να κρατήσει την εγκυμοσύνη τόσο, ώσπου το παιδί να έχει καλές πιθανότητες επιβίωσης. Η θεραπεία που είναι προτιμότερο να γίνεται στο νοσοκομείο, είναι κυρίως *αυστηρή παραμονή στο κρεβάτι*. Εκτός αυτού δίνονται *φάρμακα*, που "*ηρεμούν*" τη μήτρα. Αυτό φυσικά δεν πετυχαίνεται πάντα. Πάντως ο γιατρός, λόγω των μικρών πιθανοτήτων, που έχουν τα πρόωρα για να επιζήσουν, θα κάνει ό,τι είναι δυνατόν για να επιμηκύνει την κύηση και να βελτιώσει με αυτό τον τρόπο τις πιθανότητες επιβίωσης του παιδιού.

Ο τοκετός στο νοσοκομείο είναι απαραίτητος

Αν ο πρόωρος τοκετός δεν είναι δυνατόν να ανασταλεί, τότε η τύχη του παιδιού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το να εξελιχθεί ο τοκετός όσο γίνεται πιο ομαλά. Γι'αυτό ο πρόωρος τοκετός πρέπει να γίνεται πάντα στην κλινική και όχι στο σπίτι. Στην εκλογή των παυσίπωνων μέτρων για τη μητέρα στη διάρκεια του τοκετού πρέπει να παίρνεται υπόψη η μεγαλύτερη ευαισθησία του πρόωρου. Γι'αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται και οι μέθοδοι του *ανώδυνου* τοκετού, γιατί αποτελούν ακόμα ένα κίνδυνο για το παιδί. Ο μαιευτήρας θα εξηγήσει στη μητέρα ότι σ'έναν πρόωρο τοκετό, για το καλό του παιδιού, θα πάρει λιγότερα παυσίπωνα από ότι συνήθως. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει, ότι η επίτοκος πρέπει να στερηθεί κάθε παυσίπону. Όλες οι μέθοδοι ανακούφισης, από τον πόνο, που εφαρμόζονται με ενέσεις στους ιστούς της μητέρας είναι ακίνδυνες για το παιδί, και γι'αυτό επιτρέπονται. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να

κάνουμε ανώδυνη την έξοδο του παιδιού και την *επισειοτομή* (το κόψιμο). Η επισειοτομή θεωρείται πολύ σημαντική από όλους τους μαιευτήρες, κυρίως στους πρόωρους τοκετούς, γιατί με τη βοήθεια της μικραίνει ο χρόνος εξωθήσεως. Αυτή η επιβράχυνση της διάρκειας του τοκετού είναι ένα σπουδαίο μέτρο, για να ελαττώσουμε την ταλαιπωρία του πρόωρου από τον τοκετό, κι έτσι να μειώσουμε τους κινδύνους, που διατρέχει.

Η παραπέρα φροντίδα του πρόωρου θα πρέπει να γίνει καλύτερα σε ένα ειδικό τμήμα για πρόωρα.⁽⁸⁾

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Παραδοσιακός τοκετός

Ας προσπαθήσουμε να γυρίσουμε πίσω νοερά με τη φαντασία μας πενήντα, εκατό χρόνια, αιώνες πίσω. Τότε που οι γυναίκες έμεναν έγκυες, γεννούσαν, μεγάλωναν παιδιά μόνες, μόνες και αβοήθητες χωρίς γιατρικά και φόρμουλες.

Οι έγκυες γυναίκες δούλευαν μέχρι την τελευταία ώρα πριν τον τοκετό, έσπερναν, θέριζαν, βοτάνιζαν, ζύμωναν ψωμί, τάιζαν τα ζώα τους, έπλεναν τα ρούχα στο ποτάμι ή στην αυλή του σπιτιού.

Δεν είχε καμία σημασία γι'αυτές αν ήταν χειμώνας, κρύο, χιόνι ή αποπνικτικό ζεστό καλοκαίρι.

Σας έφτανε η ώρα η καλή και ευλογημένη και οι πόνοι άρχιζαν να τη ζώνουν, το πρώτο που φρόντιζε η έγκυος ήταν να ετοιμάσει το σπίτι να είναι φροντισμένο και καθαρό σαν θα ῥθουν η μαμή και οι γειτόνισσες για τη γέννα.

Ἐπλενε, καθάριζε το σπίτι, ζύμωνε, μαγείρευε γι να υπάρχει φαγητό για την οικογένεια. Σαν ερχόταν ο πόνος, σταματούσε τις δουλειές της, έβαζε τα χέρια δεμένα πίσω στη μέση, σήκωνε το κεφάλι ψηλά για να αναπνέει ελεύθερα.

Για τον τοκετό ετοίμαζαν ένα στρώμα που το γέμιζαν με χόρτα, άχυρα, ή τζίβα, για να καθαρίζεται εύκολα.

Συνήθως γεννούσαν δίπλα στο παραγώνι, στην όμορφη γωνιά του τζακιού. Έβαζαν το στρώμα κοντά πιανόντουσαν από το περβάσι του τζακιού και όρθιες σφιγγόντουσαν προς τα κάτω.

Σ'όλη τη διάρκεια που κοιλοπονούσαν δεν ξάπλωναν, τριγύριζαν περπατώντας από γωνιά σε καρέκλα. Σαν τύχαινε να ιδρώνουν, να αισθάνονται λιποθυμιά, τις ράντιζαν με κρασί και αυτό τις βοηθούσε να αναστηλωθούν, να συνέλθουν, να πάρουν πιότερο κουράγιο.

Σαν άρχιζε να ξεμυτά το κεφάλι του μωρού, η ετοιμόγεννη λύγιζε τα γόνατα για να πέσει το μωρό μαλακά πάνω στο στρώμα! Το μωρό είχε γεννηθεί!

Η μαμή έκοβε το λώρο με το ψαλίδι σ'απόσταση 8 εκατοστών από τον ομφαλό. Έδεναν το λώρο με γερή κλωστή και καυτηρίαζαν την άκρη καίγοντας ένα κομματάκι μάλλινο ύφασμα που το έλεγαν **σκουρμπάκι**.

Στον ομφαλό έβαζαν επάνω μια **πιτούλα** που την έφτιαχνε η ίδια η έγκυος. Έπαιρναν τουλπάνι, το έστριβαν με τα δάκτυλα και το έραβαν κυκλικά ώστε να σχηματίσει **την πιτούλα** ή **παπουτσάκι** όπως το έλεγαν.

Στο κέντρο της πιτούλας έβαζαν καφέ για αιμοστατικό και αντισηπτικό. Στη συνέχεια έδεναν την πιτούλα πάνω στον ομφαλό πιεστικά με φασκιά τριγύρω.

Το άνοιγαν μετά από δύο έως πέντε μέρες για να το αντικαταστήσουν. Ο ομφαλός έπεφτε μετά ένα μήνα ή και πιο πολύ. Όλες αυτές τις μέρες καθάριζαν το μωρό τοπικά.

Όταν είχαν πρόβλημα με την υστεροτοκία, σαν αργούσε να πέσει το ντύμα, έτσι έλεγαν τον πλακούντα. έβραζαν σε ένα μεγάλο λεβέτι κριθάρι, και αχνιστό όπως ήταν έβαζαν τη λεχώνα να καθίσει επάνω, μετά από λίγη ώρα το ντύμα έπεφτε! Σπάνια έκανε το ντύμα να πέσει ώρες πολλές!

Οι μαίες εμπειρικές, δεν είχαν καμιά γνώση φυσιολογίας ανατομίας, τις οδηγούσε η εμπειρία, το ένστικτο, η υπομονή.

Δεν γνώριζαν τη θέση, τη στάση και πολλές φορές την τελευταία στιγμή διαπίστωναν την προβολή του εμβρύου.

Όμως τα κατάφερναν, τα ‘βγαζαν πέρα!

Σχεδόν πάντα δεν είχαν περιθώρια επιλογής, πίστευαν πιο πολύ στην εμπειρία τους, στο ένστικτό τους, στην υπομονή τους. Τα κατάφερναν, να ξεγεννάν τις γυναίκες, να τις φροντίζουν, να τις βοηθούν.⁽²⁾

ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η τελευταία δεκαετία του αιώνα μας χαρακτηρίζεται από την τάση της επιστροφής του ανθρώπου στη φύση και τη φυσική ζωή. Σε ολόκληρο το δυτικό κόσμο υπάρχει μια στροφή των γυναικών στο «φυσικό» τοκετό ιδιαίτερη δε έμφαση δίνεται στο χώρο που θα εκτελεστεί ο τοκετός, να είναι δηλαδή όσο γίνεται πιο ζεστός και οικείος ώστε η γυναίκα να νιώθει πως δεν έχει αποκοπεί από το φυσικό της περιβάλλον, το σπίτι της.

Σε αυτό έχουν συμβάλει η ασφάλεια που νιώθουν οι γυναίκες για τον τοκετό τους έχουν περισσότερες γνώσεις από βιβλία, περιοδικά, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, επίσης η εξάλειψη των κινδύνων από μολύνσεις, η τεχνολογία που προσφέρει έγκαιρη διάγνωση σε κάθε παθολογικό σύμπτωμα. Ο τοκετός έχει αρχίσει να αντιμετωπίζεται σαν ένα «χαρμόσυνο» γεγονός και όχι σαν ασθένεια. Οι γυναίκες θέλουν όχι μόνο έναν ασφαλή αλλά και έναν ευχάριστο τοκετό.⁽¹⁸⁾

Περισσότερο λοιπόν είναι *συναισθηματικοί λόγοι*, που συνηγορούν για τον τοκετό στο σπίτι: η επιθυμία να γεννηθεί το παιδί «στον κύκλο της οικογένειας». Αυτοί οι λόγοι πρέπει να ζυγιστούν με προσοχή απέναντι στα πλεονεκτήματα, που προσφέρει το νοσοκομείο.

Αν ο τοκετός θα γίνει στο σπίτι, τότε πρέπει έγκαιρα να αποφασιστούν και να συζητηθούν με την μαία – νοσηλεύτρια και το γιατρό οι *προετοιμασίες*, που πρέπει να γίνουν. Το δωμάτιο, που πρόκειται να γίνει ο τοκετός, πρέπει να μπορεί να αερίζεται καλά, και από την άλλη μεριά να θερμαίνεται καλά. Η θερμοκρασία να είναι 18-20 βαθμοί. Πράγματα, που κρατούν σκόνη, όπως τα χαλιά και τα έπιπλα με χνούδι, δεν πρέπει να

υπάρχουν ή να απομακρυνθούν. Θα πρέπει να σφουγγαρίσουμε το πάτωμα με βρεγμένο πανί. Το κρεβάτι να μην είναι πολύ χαμηλό και να έχει σκληρό στρώμα. Πρέπει να μπορούμε να το πλησιάσουμε και από τις δύο πλευρές. Αν είναι δυνατόν, το κρεβάτι να μη βρίσκεται ούτε ακριβώς δίπλα στο παράθυρο ούτε κοντά στη θέρμανση. Το πιο πρακτικό είναι ένα δωμάτιο ακριβώς δίπλα στο μπάνιο. Κατά τα άλλα πρέπει να υπάρχει μια λεκάνη για την απολύμανση των χεριών. Στα πόδια του κρεβατιού να υπάρχει ένα φως, που να μπορεί να μεταφέρεται με δυνατή λάμπα.⁽¹⁸⁾

Χωρίς να αμφισβητούμε την παραδοσιακή ιατρική πιστεύουμε ότι μπορούμε να ενσωματώσουμε στην καθημερινή μας πράξη μεθόδους και τεχνικές που θα έκαναν τη γέννηση πιο ανθρώπινη χωρίς να μειώνεται ο βαθμός ασφάλειας.⁽¹⁸⁾

ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΠΙΤΙΒΙΕ (ΓΑΛΛΙΑ)

28. α) ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ – ΘΕΣΕΙΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

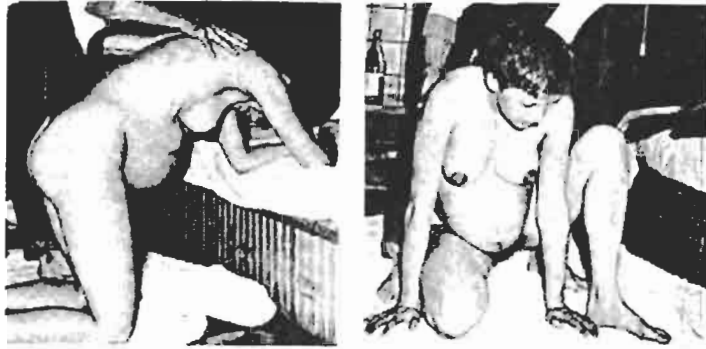
Καθώς το πρώτο στάδιο του τοκετού προχωράει και οι συστολές γίνονται εντονότερες, οι γυναίκες νιώθουν καλύτερα αν βρεθούν σε έναν ήρεμο χώρο με απαλό φωτισμό. Υπακούοντας στο σώμα τους, έχουν ανάγκη να συγκεντρωθούν και ίσως να ενοχλούνται από εξωτερικούς περισπασμούς. Ένα γαλήνιο περιβάλλον μπορεί να διευκολύνει το πέρασμα μιας γυναίκας στον εσωτερικό της κόσμο. Πολλά θηλαστικά, άλλωστε, γεννούν σε σκοτεινές, ήρεμες κι απομονωμένες γωνιές. δε πρέπει λοιπόν να μας εκπλήσσει ότι και τα ανθρώπινα πλάσματα θα ήθελαν τέτοιους χώρους για τη γέννα. Η *salle sauvage* μας είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να ικανοποιεί αυτή την ανάγκη. Στην ιδανική περίπτωση θα έπρεπε να μην υπάρχει κανένα ηχητικό ερέθισμα. Σε μερικές περιπτώσεις η χαμηλή, απαλή μουσική ενισχύει το συναίσθημα ηρεμίας και γαλήνης. Το δωμάτιο είναι αρκετά ζεστό ώστε να μπορεί μια γυναίκα να νιώθει άνετα. Οι περισσότερες βγάζουν τα γυαλιά τους ή τους φακούς επαφής τους για να συγκεντρωθούν ολοκληρωτικά στον εσωτερικό τους κόσμο.

Ενθαρρύνουμε τις γυναίκες στη διάρκεια της γέννας, να εμπιστεύονται τα συναισθήματά τους, να κινούνται όπως τις ευχαριστεί, να παίρνουν όποια στάση βρίσκουν αυθόρμητα ότι τις βολεύει. Μπορούν να περπατούν, να κάθονται, να γονατίζουν, να στηρίζονται σε κάποιον ή σε κάτι, ή να ξαπλώνουν αν το προτιμούν. Έχοντας αυτή την ελευθερία οι γυναίκες σπάνια διαλέγουν να ξαπλώσουν ανάσκελα ή να πάρουν

ημικαθιστή στάση για πολλή ώρα, απλούστατα επειδή έτσι, δεν νιώθουν άνετα. Για τον ίδιο λόγο, οι περισσότερες αποφεύγουν να ξαπλώνουν ανάσκελα την τελευταία περίοδο της εγκυμοσύνης, και προτιμούν να κουλουριάζονται στο πλευρό. Αν μια γυναίκα στη διάρκεια της γέννας ξαπλώνει ανάσκελα και διστάζει να αλλάξει στάση, μερικές φορές υποκύπτουμε στον πειρασμό και της εξηγούμε ότι αυτή η στάση εμποδίζει την μεταφορά οξυγόνου στο μωρό, επειδή επηρεάζει τη ροή του αίματος στη μήτρα, πιέζοντας την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα.

Συνήθως, αυτή η εξήγηση είναι περιττή, γιατί οι περισσότερες γυναίκες, στα αρχικά στάδια της γέννας, από ένστικτο προτιμούν να στέκουν σκυμμένες μπροστά, να στηρίζονται σε κάποιο έπιπλο, ή να πέφτουν στα γόνατα. Δεν είναι τυχαίο ότι τόσο πολλές γυναίκες βρίσκουν μόνες τους αυτή τη στάση και μένουν έτσι για πολλή ώρα. Πραγματικά, στη στάση αυτή οι πόνοι, και ιδιαίτερα οι πόνοι της μέσης ή της πλάτης ελαττώνονται. Επιπλέον, είναι ένα είδος σωματικής αυτοσυγκέντρωσης που διευκολύνει τις γυναίκες να αγνοούν τους εξωτερικούς περισπασμούς. (Αυτή η στάση θυμίζει στάση προσευχής, που συνιστά μια μετάβαση σε μια διαφορετική κατάσταση συνείδησης).





*Η γυναίκα που γεννάει είναι ελεύθερη να πάρει
όποια στάση βρίσκει αυθόρμητα*



Η τρυφερότητα έχει μεγαλύτερη σημασία από την τεχνική

Το γονάτισμα μοιάζει επίσης να παίζει ένα σημαντικό ρόλο από μηχανική άποψη. Στην περίπτωση ισχιακής προβολής, που συχνά είναι η αιτία των πιο παρατεταμένων και δύσκολων τοκετών, διευκολύνει το μωρό μέσα στη λεκάνη να γυρίσει το κεφάλι του. Αφού το βαρύτερο μέρος του μωρού είναι το πίσω, το μωρό θα τείνει να γυρίσει προς το μπροστινό μέρος της μήτρας όταν η γυναίκα είναι στα τέσσερα. Με λίγα λόγια, το περπάτημα, το γονάτισμα, το κάθισμα, η όρθια στάση, το στήριγμα σε κάποιον ή σε κάτι, είναι οι πιο συνηθισμένες βασικές στάσεις τοκετού, αλλά η κάθε μια από αυτές έχει αναρίθμητες παραλλαγές.

Οι μαίες επιβλέπουν για τα βασικά, σιγουρεύονται ότι το δωμάτιο είναι ζεστό, σκοτεινό και ήσυχο, και ότι η κάθε γυναίκα νιώθει ελεύθερη να αλλάζει στάση κατά την επιθυμία της. Προσφέρουν νερό, φρουτοχυμούς, μέλι και ζάχαρη, που παρέχουν στις γυναίκες τα υγρά και τις θερμίδες που χρειάζονται για να τα βγάλουν πέρα με τις απαιτήσεις της γέννας. Εύκολα μπορούμε να διδάξουμε τους άλλους πώς να κάνουν αυτά τα απλά βήματα της διαδικασίας που ακολουθούμε. Αλλά η βοήθεια μιας γυναίκας στη γέννα περιλαμβάνει πολύ περισσότερα από αυτά τα απλά καθήκοντα. Περιλαμβάνει συναισθηματική κατανόηση, διαίσθηση και έμπνευση. Κι αυτό είναι μια τέχνη.

Είναι η διαίσθηση εκείνη που επιτρέπει στη μαία να «νιώσει» αν τα άτομα που συμπαραστέκονται στη διάρκεια της γέννας παίζουν θετικό ή αρνητικό ρόλο. Οι γυναίκες που γεννάνε, συχνά θέλουν να έχουν κάποιον δικό τους μαζί τους, και δείχνουν πως έχουν ανάγκη να δημιουργήσουν μια ξεχωριστή σχέση με ένα τουλάχιστον άτομο, στη διάρκεια της γέννας. Στην κοινωνία μας, αυτό το άτομο είναι συνήθως ο πατέρας του μωρού. Όμως δεν είναι πάντα πολύ καλό για μια γυναίκα να έχει μαζί της τον σύντροφό της. Μερικοί άντρες έχουν ευεργετική επίδραση, ενώ άλλοι απλά καθυστερούν τη διαδικασία του τοκετού. Μερικές φορές ένας υπεραγχώδης πατέρας μπορεί να ανησυχεί και να προσπαθεί να το κρύψει μιλώντας πάρα πολύ. Η φλυαρία του μπορεί να εμποδίσει τη γυναίκα να

συγκεντρωθεί στη γέννα της. Θυμάμαι ένα περιστατικό όπου μια γυναίκα δεν μπορούσε να ξεπεράσει τα οχτώ εκατοστά διαστολής. Όταν ο άντρας της βρήκε για λίγο από το δωμάτιο τότε γεννήθηκε το μωρό τους. Αν και η γυναίκα αυτή μας είχε πει ότι ήθελε να είναι παρών ο άντρας της, το σώμα της έλεγε το αντίθετο.



Ο τρόπος για να προσδιορίσουμε την έναρξη του δευτέρου σταδίου του τοκετού – όταν η διαστολή του τραχήλου είναι πλήρης- διαφέρει εντελώς από τον συνηθισμένο τρόπο της ιατρικής πρακτικής. Οι περισσότεροι γιατροί κάνουν μια κοιλική εξέταση για να αποφασίσουν αν μια γυναίκα πρέπει να αρχίσει την εξώθηση ή όχι. Εμείς συνήθως διακρίνουμε τα διάφορα στάδια του τοκετού χωρίς να κάνουμε εξετάσεις – που έτσι κι αλλιώς πρέπει να γίνονται περιορισμένα. Ξέρουμε ότι το δεύτερο στάδιο του τοκετού έχει αρχίσει όταν μια γυναίκα που στεκόταν όρθια ή περπατούσε θέλει ξαφνικά να καθίσει στα γόνατά της στη διάρκεια των συστολών και νιώθει έντονη επιθυμία να αρπαχτεί από κάποιον ή από κάτι. Αν αυτή και ο σύντροφός της στέκονται πρόσωπο με πρόσωπο ο ένας στην αγκαλιά του άλλου, εκεί η θα κρεμαστεί από το λαιμό τους στη διάρκεια των συστολών. Μπορεί ο σύντροφός της να στέκεται πίσω της, οπότε αυτή θα καθίσει ανακούρκουδα καθώς εκείνος θα τη στηρίζει κρατώντας την από τις μασχάλες. Η γυναίκα τότε θα αφήσει τον εαυτό της ελεύθερο. Καθώς θα φωνάζει, με τον κόλπο της ορθάνοιχτο και τα πόδια της σε διάσταση, θα μοιάζει λες κι ολόκληρο το

σώμα της ανοίγει με μιας. Μπορεί να φτάσει ακόμα και στο σημείο να χαλαρώσει τους σφιγκτήρες της και να αδειάσει το έντερό της. Η χαλάρωση αυτών των μυών και η δυνατή, χαρακτηριστική κραυγή, αντιτίθεται στην πιο βαθιά ριζωμένη κοινωνική συμπεριφορά. Αλλά, μια γυναίκα που γεννάει έχει φτάσει στην τελειότερη ενστικτώδη κατάσταση της συνείδησής της. Με άλλα λόγια, έχει πετύχει τη σωστή ορμονική ισορροπία.

Πολλές γυναίκες στο **Πιτιβιέ** γεννούν καθισμένες ανακούρκουδα ενώ κάποιος τις στηρίζει. Από μηχανική άποψη αυτή είναι η καλύτερη στάση, γιατί έτσι η βαρύτητα λειτουργεί ευεργετικά, περιορίζεται η μυϊκή προσπάθεια και διευκολύνεται η χαλάρωση των μυών του περινέου. Ο βοηθός μπορεί να νιώσει τότε έρχεται η συστολή τοποθετώντας το δεξί του χέρι στο πάνω μέρος της μήτρας. Όταν αρχίζει η συστολή ο βοηθός συνήθως γλιστράει τα χέρια του κάτω από τις μασχάλες της γυναίκας για να πιάσει τα χέρια της, ή να σφίξει τους αντίχειρές της. Στέκεται όρθιος χωρίς να σκύβει μπροστά και γίνεται ένα είδος ανθρώπινης ξαπλώστρας. Αν μια γυναίκα γεννάει καθισμένη ανακούρκουδα μπορούν να τη βοηθήσουν ταυτόχρονα δύο άτομα: ένας που έχει πείρα κι ένας που είναι πολύ αγαπητός στη γυναίκα αλλά δεν έχει ξαναζήσει αυτή την κατάσταση κι αυτό τον κάνει διστακτικό.

Αλλά μια γυναίκα μπορεί επίσης να προτιμήσει να στέκεται πρόσωπο με πρόσωπο με τον σύντροφό της και να κρεμιέται από το λαιμό του, με τα πόδια ανοιγμένα σε διάσταση. Αυτή η στάση, κατά την οποία τα πόδια της γυναίκας στιγμές-στιγμές δεν ακουμπούν το πάτωμα, είναι επίσης εξαιρετικά χρήσιμη. Χαλαρώνει τους μυς της κοιλιάς και του περινέου βοηθώντας έτσι την κάθοδο του μωρού. Αυτός που κρατάει τη γυναίκα μπορεί να βοηθήσει πιέζοντας ελαφρά την κοιλιά της, κάνοντας έτσι ευκολότερο για αυτήν να κρατάει τα πόδια της σε διάσταση.

Αν και το κάθισμα ανακούρκουδα και το κρέμασμα από κάποιον είναι οι συνηθισμένες στάσεις για την εξώθηση στην κλινική μας, αυτό δεν

σημαίνει πως είναι και ο κανόνας. Κάθε γυναίκα είναι ελεύθερη να βρει όποια στάση συμβάλλει στην άνεσή της και στη χαλάρωσή της. Μπορεί να υιοθετήσει μια ποικιλία από ασύμμετρες στάσεις, καθισμένη με το ένα πόδι τεντωμένο μπροστά ή ξαπλωμένη στο πλευρό. Μπορεί αν θέλει να ξαπλώσει, να κουλουριαστεί, μνα καθίσει σε μια καρέκλα ή να πέσει τα τέσσερα. (Αυτή η τελευταία στάση μοιάζει πολύ με το κάθισμα ανακούρκουδα – αν αφήσετε μια γυναίκα που κάθεται ανακούρκουδα, τότε θα πέσει μπροστά και θα στηριχτεί στα χέρια της.

Για να συνοψίσουμε, η διακριτικότητα, το ημίφως, η ηρεμία, η ελευθερία των γυναικών να φωνάζουν και να διαλέξουν τη στάση της γέννας και οι μαιές που είναι προσιτές χωρίς να συμπεριφέρονται ως παρατηρητές, είναι προϋποθέσεις για έναν αυθόρμητο τοκετό.

Τα δυνατά φώτα, οι ξαφνικοί θόρυβοι, τα κρύα μηχανήματα και οι μασκοφορεμένοι εισβολείς, πράγματα χαρακτηριστικά στο περιβάλλον των σύγχρονων νοσοκομείων, μαζί με την απουσία των μαιών, την άρνηση ή την αγνόηση της σπουδαιότητάς τους, και ο περιορισμός των γυναικών που γεννάνε σε αυστηρά καθορισμένες στάσεις – όλα αυτά εμποδίζουν τη γέννα.

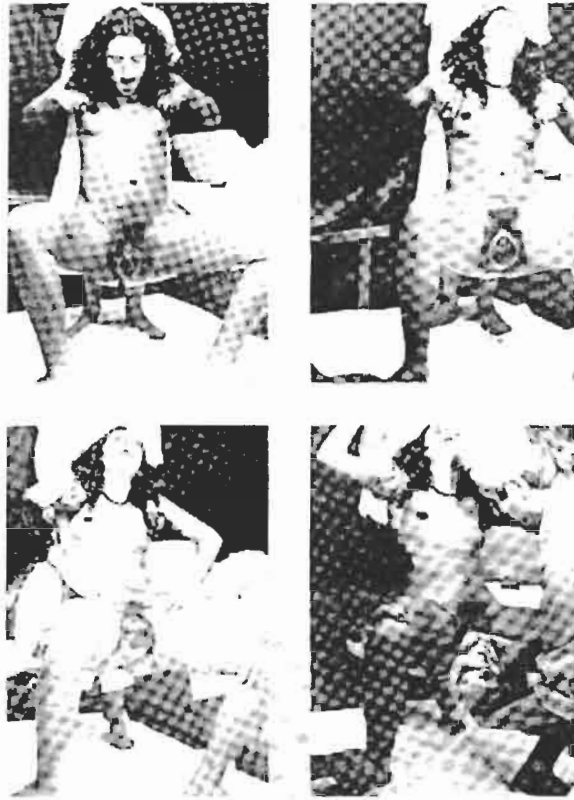


Γέννα στη στάση ανακούρκουδα



Γέννα στη στάση ανακούρκουδα



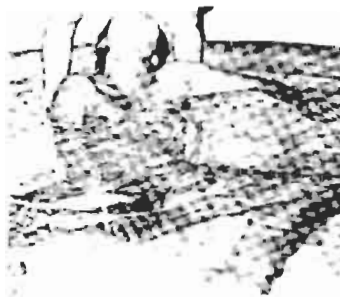


28. β) ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

Μια γυναίκα ακόμα και αν βρίσκεται στο ευνοϊκότερο περιβάλλον, μερικές φορές η διαστολή σταματάει και οι συστολές γίνονται πιο επώδυνες και λιγότερο αποτελεσματικές. Σ'αυτή την περίπτωση, ένα χλιαρό μπάνιο μπορεί μερικές φορές να φέρει κάποια ανακούφιση. Σήμερα, υπάρχουν στην κλινική αυτή που χρησιμοποιεί τη μέθοδο αυτή, δυο μικρές πισίνες που χρησιμοποιούνται γι'αυτό το σκοπό. Μια γυναίκα μπορεί να βυθιστεί στο χλιαρό νερό, ακόμα και μέχρι το λαιμό. Μερικές φορές ένα προσεκτικό χέρι στηρίζει το κεφάλι της ενώ αυτή βουτάει μέχρι τα αυτιά. Στην πισίνα οι συστολές γίνονται ευκολότερες, πιο άνετες, λιγότερο επώδυνες και πιο αποτελεσματικές. Για ένα λόγο: το νερό κάνει μια γυναίκα να μη νιώθει το βάρος της. Έτσι, επιπλέοντας, δεν χρειάζεται να αγωνίζεται πια ενάντια στο βάρος του ίδιου του σώματός της στη

διάρκεια των συστολών. Επιπλέον η ζεστασιά του νερού περιορίζει την έκκριση της αδρεναλίνης και χαλαρώνει τους μυς. Το νερό μπορεί επίσης να ενεργοποιήσει τα Άλφα εγκεφαλικά κύματα, δημιουργώντας μια κατάσταση πνευματικής χαλάρωσης,. Και η χαλάρωση, σε ανταπόδοση, φέρνει τη γρήγορη διαστολή. Συμβαίνει, όταν ένα τοκετός δεν προοδεύει, το άνοιγμα της βρύσης, η θέα και ο ήχος του νερού που τρέχει, να προκαλέσουν τη γέννα πολύ πριν γεμίσει η πισίνα.

Προσπαθούμε να κρατάμε τις πισίνες μας στη διάθεση των γυναικών που έχουν επώδυνες και αναποτελεσματικές συστολές και διαστολή γύρω από πέντε εκατοστά. Αλλά το νερό μπορεί να χαλαρώσει και τις άλλες γυναίκες. Μπορεί να λειτουργήσει ανακουφιστικά σαν εραστής, σαν μητέρα ή σαν μαία. Η έλξη των εγκύων γυναικών από το νερό είναι ακόμα μυστήριο για μας. Πολλές μέλλουσες μητέρες λένε πως γοητεύονται από το νερό. Νιώθουν έντονη την ανάγκη να βουλιάξουν στα κύματα, ή ονειρεύονται πως επιπλέουν, για μεγάλες χρονικές περιόδους. Μερικές γυναίκες που ονειρεύονται έντονα το νερό στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, έλκονται ακόμα περισσότερο από αυτό στη διάρκεια της γέννας. Υπάρχουν όμως κι άλλες που μας λένε ότι το νερό δεν τους αρέσει ή ότι δεν ξέρουν να κολυμπούν. Κι όμως, όταν αρχίζει η γέννα, αυτές οι ίδιες γυναίκες μπορεί ξαφνικά να πάνε στην πισίνα, να μπουν μέσα με ευχαρίστηση και να μη θέλουν να βγουν!



Γέννα στο νερό



Η επίτοκος μπορεί να γεννήσει ακόμα και μέσα στο νερό, κι αυτό είναι μια ενδιαφέρουσα καινούργια εξέλιξη, αποτέλεσμα της χρήσης της πισίνας. Μερικές γυναίκες χαλαρώνουν τόσο πολύ στις πισίνες, ώστε αρνούνται να βγουν από το νερό, ακόμα κι όταν νιώθουν ότι ο τοκετός προοδεύει γρήγορα. Στο **Πιτιβιέ** οι γυναίκες δείχνουν να ξέρουν ότι δεν είναι καθόλου επικίνδυνο να γεννάς μέσα στο νερό. Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για το νεογέννητο, που, στο κάτω-κάτω, έχει γνωρίσει μόνο υδάτινο περιβάλλον. Το μωρό αρχίζει να αναπνέει αέρα με τους πνεύμονές του μόνο αφού ανέβει στην επιφάνεια του νερού και νιώσει ξαφνικά την αλλαγή στην ατμόσφαιρα καις τη θερμοκρασία, για πρώτη φορά.⁽¹⁹⁾

Αυτή η μέθοδος τοκετού που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στο **Πιτιβιέ** της **Γαλλίας** σιγά-σιγά εξαπλώνεται στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, ακόμα και στην **Ελλάδα**.



ΑΦΡΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ

Αφρική και τοκετός

Ως βιολογική διαδικασία, ο τοκετός είναι περίπου ο ίδιος σε όλο τον κόσμο. Η εμπειρία, όμως της γέννησης, ενός παιδιού ποικίλλει ανάλογα με τις παραδόσεις κάθε πολιτισμού. Οι παραδόσεις αυτές υπαγορεύουν στη μητέρα και στην κοινότητα ορισμένες προκαθορισμένες διαδικασίες οι οποίες ακολουθούνται κατά τη γέννηση καθώς και ένα σύνολο προσδοκιών για το πώς πρόκειται να νιώσει.

Σε μερικές κοινωνίες, ο τοκετός θεωρείται κάτι ασήμαντο, μέρος της ρουτίνας στη ζωή μιας γυναίκας. Ας δούμε την παρακάτω περιγραφή μιας γέννας στην κοινωνία των Kung, στην **Αφρικανική έρημο Καλαχάρι**:

Η κοιλιά της μητέρας είχε μεγαλώσει πολύ. Οι πρώτοι πόνοι ήρθαν τη νύχτα και συνεχίστηκαν μέχρι το ξημέρωμα. Εκείνο το πρωί όλοι είχαν πάει να μαζέψουν τροφή. Η μητέρα κι εγώ μείναμε πίσω. Καθίσαμε για λίγο μαζί και μετά εγώ πήγα να παίξω με τα άλλα παιδιά. Αργότερα, γύρισα και έφαγα τα καρύδια που μου είχε σπάσει. Σηκώθηκε και άρχισε να ετοιμάζεται. Της είπα: «Πάμε στο πηγάδι, διψάω», «Όχι» μου απαντά. «Θα πάω να μαζέψω μερικούς καρπούς μονγκόνγκο». Είπα στα παιδιά αντίο και φύγαμε. Δεν υπήρχαν άλλοι μεγάλοι. Περπατήσαμε για λίγο και μετά κάθισε στη ρίζα ενός μεγάλου δέντρου, ακούμπησε την πλάτη της και γέννησε το αδελφάκι μου.

Ένας τέτοιος αβοήθητος και μοναχικός τοκετός είναι σχετικά σπάνιος. Συνήθως, υπάρχουν διάφοροι άνθρωποι γύρω από τη μητέρα, που τη βοηθούν στην διάρκεια του τοκετού. Συχνά, υπάρχει και ένα ιδιαίτερο οίκημα έξω από το χωριό, για το σκοπό αυτό. Χρησιμοποιούνται ειδικές διαδικασίες – όπως η ειδική στάση της μητέρας ή η χορήγηση ποτών από βότανα – που βοηθούν τη μητέρα και το βρέφος στην επικίνδυνη αυτή μεταβατική περίοδο.

Σε πολλούς πολιτισμούς, οι ειδικοί που βοηθούν τη μητέρα ονομάζονται «γιατροί» αν και υπάρχουν τεράστιες διαφορές στις απόψεις περί του τι είναι «ιατρική». Οι Ονίτσα Ίμπο της **Νιγηρίας** θεωρούν την εγκυμοσύνη αρρώστια. Μετά τον τρίτο μήνα, η γυναίκα τίθεται υπό τη φροντίδα του γιατρού και αρχίζει να παίρνει θεραπευτικά βότανα. Ορισμένες τροφές απαγορεύονται και άλλες (όπως η σούπα από φύλλα) συνιστώνται.

Οι γυναίκες της φυλής Νγκόμι, της **Ανατολικής Αφρικής**, θεωρούν τους εαυτούς τους εμπειρογνώμονες, οι άνδρες αποκλείονται τελείως από την όλη διαδικασία. Οι γυναίκες, μάλιστα, αποκρύπτουν όσο το δυνατόν περισσότερο, την εγκυμοσύνη από τους άνδρες τους. Οι γυναίκες ισχυρίζονται ότι «*οι άντρες είναι μικρά παιδιά και δεν μπορούν να ακούσουν όσα έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη*».

Όταν μια γυναίκα μαθαίνει ότι άρχισε ο τοκετός της νύφης της, μεταφέρεται, μαζί με άλλες συγγενείς στην καλύβα της ετοιμόγεννης, διώχνουν το σύζυγο και αρχίζουν τις ετοιμασίες. Απομακρύνουν οτιδήποτε ανήκει στο σύζυγο – ρούχα, εργαλεία και όπλα – και όλα τα αντικείμενα του νοικοκυριού εκτός από τα υφάσματα και τα δοχεία που θα χρησιμοποιηθούν για τη γέννα. Ο άνδρας δεν επιτρέπεται να γυρίσει στην καλύβα του παρά μόνο μετά τη γέννηση του παιδιού.⁽³³⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30^ο

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΟΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ & ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Ισπανοί

- Η χρήση μαμής προτιμάται σε μερικές περιοχές. Η εγκυμονούσα μητέρα μπορεί να προτιμά τη παρουσία της μητέρας της αντί του συζύγου της.
- Μετά τη γέννηση του βρέφους, τα πόδια της μητέρας ενώνονται για να εμποδιστεί η είσοδος αέρα στη μήτρα.
- Έντονη συμπεριφορά λαμβάνει χώρα στη διάρκεια του τοκετού.

Αφροαμερικανοί

- Η χρησιμοποίηση των «γριών μαμή» λαμβάνει χώρα σε αρκετές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών.
- Διάφορες συναισθηματικές αντιμετωπίσεις λαμβάνουν χώρα:
Μερικές φωνάζουν ενώ άλλες επιδεικνύουν στωική συμπεριφορά για να αποφύγουν να τραβήξουν την προσοχή σε αυτές.

- Η συναισθηματική υποστήριξη συχνά παρέχεται από άλλες γυναίκες, κυρίως οι μητέρες τους.

Ασιάτες

- Η μητέρα παρακολουθείται από άλλες γυναίκες κυρίως από την ίδια την μητέρα της.
- Ο πατέρας δεν συμμετέχει ενεργά.
- Ο τοκετός λαμβάνει χώρα στην σιωπή.
- Η καισαρική δεν είναι καλοδεχούμενη.

Κauκασιανοί – Ευρωπαίοι - Αμερικάνοι

- Η γέννηση είναι δημοσίου ενδιαφέροντος.
- Κυριαρχούμενη από την τεχνολογία.
- Ο τοκετός σε ιατρικά ιδρύματα εκτιμάται.
- Ποικίλες συναισθηματικές αντιμετωπίσεις. Στωικότητα ή φωνές.
- Η συμμετοχή του πατέρα είναι αναμενόμενη.
- Ο γιατρός θεωρείται επικεφαλής της ομάδας.

Ιθαγενείς - Αμερικάνοι

- Η μητέρα προτιμά φροντίδα από γυναίκα, αν και ο σύζυγος, η μητέρα ή ο πατέρας μπορούν να βοηθήσουν στον τοκετό.
- Ο τοκετός μπορεί να παρακολουθηθεί από όλη την οικογένεια.

- Τα βότανα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση της διαστολής της μήτρας.
- Η γέννα μπορεί να λάβει χώρα σε θέση οκλαδόν.⁽²⁷⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 31^ο

ΤΟΚΕΤΟΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Ιθαγενείς Αμερικάνοι

Προτίμηση γυναικών ακολούθων (Συνοδοί)

Ναι. Μερικές θέλουν όλη την οικογένεια (Ναβάχο).

Πόνος

Υπομένουν σιωπηλά.

Θέση

Διαλέγουν διάφορες θέσεις, συχνά χρησιμοποιούν καρέκλα τοκετού (Μπουμ).

Φαγητά - Υγρά

Δεν έχουν ιδιαίτερες ανάγκες.

Αφροαμερικάνοι

Προτίμηση γυναικών ακολούθων (Συνοδοί)

Ναι. Προτιμάται ιδίως η μητέρα ή η γιαγιά.

Πόνος

Συνήθως μαθαίνουν να μη δείχνουν αδυναμία ή να μην τραβούν τη προσοχή στις ίδιες.

Θέσεις

Διαλέγουν διάφορες θέσεις.

Φαγητά - Υγρά

Δεν έχουν ιδιαίτερες ανάγκες.

Ασιάτες

Προτίμηση γυναικών ακολούθων (Συνοδοί)

Ναι.

Πόνος

Δεν πρέπει να δείξουν πόνο, ντρέπονται να ουρλιάξουν. Συχνά αποφεύγουν τις φραστικές εκφράσεις. Δεν χρησιμοποιούν φάρμακα (Σαμοανοί).

Θέση

Τους αρέσει να κινούνται αλλά πρέπει να μείνουν ζεστές να μην χάσουν θερμότητα. Φτάνουν στο νοσοκομείο σε κατάσταση προχωρημένου τοκετού. Οκλαδόν θέση (Laotian, Hmong).

Φαγητά - Υγρά

Πίνουν τσάι βοτάνων.

Ισπανοί

Προτίμηση γυναικών ακολούθων (Συνοδοί)

Ναι.

Πόνος

Αντέχουν το πόνο με υπομονή αλλά θεωρείται αποδεκτό να φωνάζουν.

Θέση

Κάνουν μασάζ. Χρησιμοποιούν καρέκλα τοκετού (Μπουμ). Τους αρέσει να τριγυρίζουν, να περπατούν. Φτάνουν στο νοσοκομείο σε κατάσταση προχωρημένου τοκετού.

Φαγητά - Υγρά

Πίνουν τσάι μαντζανίλα (κάνει τις διαστολές της μήτρας εντονότερες).

Αραβικής Καταγωγής

Προτίμηση γυναικών ακολούθων (Συνοδοί)

Ναι.

Πόνος

Εκφράζονται φραστικά. Κλαίνε και φωνάζουν δυνατά. Αρνούνται φάρμακα.

Θέση

Διαλέγουν διάφορες θέσεις

Φαγητά - Υγρά

Δεν έχουν ιδιαίτερες ανάγκες.⁽²⁶⁾

Η ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η καισαρική τομή είναι ο τοκετός κατά τον οποίο το έμβρυο εξάγεται από τη μήτρα ύστερα από διατομή της, διαμέσου μιας εγχειρητικής τομής των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Σήμερα, το ποσοστό των καισαρικών τομών στη **Δυτική Ευρώπη** και στην **Αμερική** ανέρχεται στο 12-24%. Στις **ΗΠΑ** με 4.000.000 γεννήσεις το χρόνο έχει αποδειχθεί ότι το 25% των γυναικών γεννούν με καισαρική τομή ενώ τελευταία γίνονται διεθνώς προσπάθειες μείωσης της συχνότητας των καισαρικών τομών στο 15%.

Στην **Ελλάδα** μετά από έρευνα του 1998 βρέθηκε ότι σε δείγμα 14.120 γυναικών, το ποσοστό των καισαρικών τομών ανερχόταν στο 32%. Από το ποσοστό αυτό των γεννήσεων με καισαρική τομή, το 15,1% ήταν προγραμματισμένες, ενώ το 16,6% ήταν επείγουσες καισαρικές τομές, λόγω άλλων κυρίως ενδείξεων.

Στην **πρώτη κατηγοριών** των προγραμματισμένων ή απαραίτητων καισαρικών τομών, οι κυριότερες ενδείξεις είναι:

1. Οι προηγηθείσες καισαρικές τομές (Π.Κ.Τ.) αντιπροσωπεύουν το 1/3 των ενδείξεων και η επανεκτέλεσή τους επιβάλλεται, όταν:
 - α) Εξακολουθεί να υπάρχει η αρχική ένδειξή της π.χ. δυσαιολογία.
 - β) Υπάρχει λόγος να πιστεύεται ότι η ποιότητα της ουλής δεν είναι καλή, έγινε κακή τεχνική εγχειρητικής συρραφής του τραύματος της μήτρας κλπ.
 - γ) Υπάρχει ανώμαλη προβολή και θέση του εμβρύου.

δ) Έγινε εμπέδωση της κεφαλής του εμβρύου από πολύ νωρίς κατά τον τοκετό.

ε) Πολύδυμη κύηση.

στ) Δυστοκία.

ζ) Υπάρχει υπερδιάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω μεγάλου εμβρύου, πολυαμνίου, υπερπολυτοκίας κλπ.

2. Οι προηγούμενες εγχειρήσεις στο μυομήτριο αποτελούν σοβαρή ένδειξη για καισαρική τομή, καθώς και οι πλαστικές εγχειρήσεις στα γεννητικά όργανα, όπως π.χ. κολπορραφία.
3. Ο προδρομικός πλακούντας, ειδικά ο επιωματικός αποτελεί απόλυτη ένδειξη.
4. Τα ανώμαλα σχήματα και προβολές, που συνοδεύονται συχνά από μεγάλη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.
5. Ο σακχαρώδης διαβήτης της μητέρας, ειδικά αν συνοδεύεται από την ύπαρξη μεγάλου εμβρύου.
6. Η πυελοκεφαλική δυσαναλογία, με τη συμβολή υπέρβαρου κυρίως εμβρύου άνω των 4.000 γραμμαρίων.
7. Η ισχιακή προβολή, όσον αφορά πρωτοτόκες κυρίως μητέρες.
8. Δίδυμη και πολύδυμη κύηση με ανώμαλη κυρίως θέση.
9. Παρήλικες και ανήλικες πρωτοτόκες μητέρες, δηλαδή άνω των 35 και κάτω των 17 ετών.
10. Ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας π.χ. δίκερος μήτρα ή υποπλαστικός κόλπος κλπ.
11. Κακοήθεις νεοπλασίες των οργάνων της πυέλου.
12. Αφροδίσια νοσήματα της μητέρας.

13. Αδράνεια μήτρας, με εξέλιξη τοκετού.

14. Παράταση κήσεως άνευ παρουσίας σημείων έναρξης τοκετού.

15. Προωρότητα.

Στη **δεύτερη κατηγορία**, που αφορά τις επείγουσες καισαρικές τομές υπάγονται οι παρακάτω κύριες ενδείξεις:

1. Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, κεντρική ή περιφερειακή με βιώσιμο έμβρυο.
2. Πρόπτωση ομφαλίδος.
3. Τοξιναιμία, προεκλαμψία, εκλαμψία.
4. Σύνδρομο Help.
5. Απειλούμενη ενδομήτρια ασφυξία του εμβρύου, περιτυλίξεις.
6. Εμβρυϊκή δυσχέρεια κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπως ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία του εμβρύου.
7. Αποτυχία εκτέλεσης τοκετού με εμβρυουλκία κ.ά.
8. Αιμορραγίες κατά τη διάρκεια εκτέλεσης φυσιολογικού τοκετού, όπως ρήξη μήτρας κλπ.

Οι ενδείξεις αυτές, που συμμετέχουν στη σημερινή αύξηση των καισαρικών τομών διεθνώς, γίνονται ευκολότερα γνωστές στη μαία και το γυναικολόγο και σε αυτό συνέβαλε η ραγδαία τεχνολογική και εργαστηριακή εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, μειώνοντας, όπως αναφέραμε, τη μητρική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Μια χειρουργική επέμβαση, όμως, εκτός από το μεγάλο κόστος που έχει – και αυτό αποτελεί ένα από τα σημαντικά μειονεκτήματά της, κυρίως

όσον αφορά την καισαρική τομή – έχει και επιπλοκές. Οι επιπλοκές αυτές, όταν συμβούν, αφορούν τόσο τη μητέρα όσο και το νεογνό ή και τους δύο.

Από αυτές, οι κυριότερες που αφορούν τη μητέρα είναι:

1. Αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας, με αποτέλεσμα συνήθως τη μετάγγιση αίματος στη μητέρα.
2. Μαιευτική ολική υστερεκτομή.
3. Επιβράδυνση εντερικής λειτουργίας (διάταση, μετεωρισμός, δυσλειτουργία, ακόμη και ειλεός).
4. Αντιδράσεις, στη φαρμακευτική αγωγή κατά την εφαρμογή ενός είδους αναισθησίας, όπως αλλεργικές, πτώση της αρτηριακής πίεσεως κ.ά.
5. Θρομβώσεις.
6. Ψυχολογικές επιπλοκές. Αυτές αποτελούν σοβαρό κεφάλαιο για τη μητέρα και πρέπει αν δοθεί πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως από την πλευρά της μαίας.

Η καθυστέρηση της άμεσης επαφής μητέρας-νεογνού μετά τον τοκετό, διαταράσσει την ψυχολογία της γυναίκας, όπως και η καθυστέρηση του θηλασμού. Τα αρνητικά συναισθήματα για τη μη εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού μπορεί να επιφέρουν ακόμα και κατάθλιψη, δημιουργώντας ψυχώσεις κατά την περίοδο της λοχείας.

Τώρα όσον αφορά το νεογνό, οι κυριότερες επιπλοκές που παρατηρούνται από την καισαρική τομή είναι:

1. **Πρόωρος τοκετός:** Ειδικά στις Π.Κ.Τ. που η έξοδος του εμβρύου γίνεται πριν την Π.Η.Τ. (Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού) υπάρχει περίπτωση να δημιουργήσει προβλήματα στο νεογνό, όπως προβλήματα θρέψης, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ.) κ.ά. τα οποία απαιτούν παραμονή του νεογνού σε μονάδα εντατικής νοσηλείας, ίσως για μεγάλο χρονικό διάστημα.
2. **Χαμηλό Apgar score:** Αυτό μπορεί να συμβάλλει και η επιρροή της γενικής αναισθησίας στο νεογνό ή η απουσία άμεσης διέγερσης του αναπνευστικού του συστήματος, όπως συμβάλλει στο φυσιολογικό τοκετό.
3. **Αναπνευστικά προβλήματα νεογνού:** Όπως παροδική ταχύπνοια τις πρώτες ημέρες, που μπορεί αν οδηγήσει ακόμα και σε Σ.Α.Δ.
4. **Τραυματισμοί των εμβρύων:** Από τους χειρισμούς μας κατά την καισαρική τομή, κυρίως όταν αυτή είναι επείγουσα.⁽²⁰⁾

32. α) ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.

Ο αριθμός των τοκετών με καισαρική τομή αυξήθηκε σημαντικά στη δεκαετία του 1970. Έως το 1993, 22 τοις εκατό των γεννήσεων στις ΗΠΑ γίνονταν με καισαρική τομή (Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ, 1995).

Αν και οι σύγχρονες ιατρικές τεχνικές έχουν κάνει τον τοκετό πολύ ασφαλέστερο από όσο ήταν στο παρελθόν, ορισμένα μέλη του ιατρικού προσωπικού ισχυρίζονται ότι χρησιμοποιούνται πολύ πιο συχνά από όσο χρειάζεται (Γερουσία των ΗΠΑ, Επιτροπή Γερουσίας για τους Ανθρώπινους Πόρους, 1978). Οι επικριτές αυτοί υποστηρίζουν ότι πολλές από τις καισαρικές τομές που έγιναν στις ΗΠΑ όχι μόνο δεν ήταν απαραίτητες αλλά αυξάνουν το κόστος του τοκετού, εκθέτουν τη μητέρα στον κίνδυνο μετεγχειρητικών μολύνσεων και δημιουργούν τον αναγκαστικό χωρισμό μητέρας-βρέφους, όσο η μητέρα συνέρχεται από

την επέμβαση. Μπορεί επίσης να είναι καταστρεπτικές για την ευημερία του βρέφους. Οι ανησυχίες για την άνευ λόγου ιατρική παρέμβαση επεκτείνονται και σε άλλες διαδικασίες όπως τον προκλητό τοκετό και την ηλεκτρονική παρακολούθηση των ζωτικών ενδείξεων του εμβρύου στη διάρκεια του τοκετού.

Εν μέρει λόγω αυτών των ανησυχιών, περίπου 1 τοις εκατό των γυναικών στις ΗΠΑ επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι. Αν και μερικές από τις γεννήσεις αυτές παρακολουθούνται από γιατρό, οι περισσότερες γίνονται υπό την επίβλεψη πεπειραμένων και ειδικά εκπαιδευμένων μαιών – νοσοκόμων.⁽²³⁾

32. β) ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

*Περιγεννητική θνησιμότητα σε διάφορες χώρες
από Καισαρική Τομή⁽³²⁾*

ΧΡΟΝΟΣ	ΧΩΡΑ	ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ‰	ΠΡΩΙΜΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ‰
1982	ΣΟΥΗΔΙΑ	7,5	3,8
1982	ΝΟΡΒΗΓΙΑ	9,4	3,8
1982	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	9,6	4,8
1982	ΙΑΠΩΝΙΑ	10,8	3,3
1982	ΑΓΓΛΙΑ	11,3	5,0
1982	ΣΚΩΤΙΑ	11,5	5,7
1982	ΗΠΑ	12,6	6,7
1982	ΙΣΡΑΗΛ	15,4	7,6
1983	ΕΛΛΑΔΑ	23,8	12,5

ΠΗΓΗ: Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 33^ο

ΠΕΡΙΓΕΝΗΤΙΚΗ & ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ σε ΑΓΓΛΙΑ και Η.Π.Α.

Περιγεννητική Θνησιμότητα

Περιγεννητική θάνατοι είναι οι εμβρυϊκοί και νεογνικοί θάνατοι που συμβαίνουν γύρω από το χρόνο του τοκετού. Όλοι συμφωνούν ότι στην περιγεννητική θνησιμότητα περιλαμβάνονται:

- **Τα θνησιγενή.** Θνησιγενή είναι τα παιδιά που γεννώνται νεκρά μετά την 28^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.
- **Οι πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι:** Αυτοί αφορούν παιδιά που γεννιούνται ζωντανά σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης και τα οποία πεθαίνουν μέσα στην πρώτη εβδομάδα από τον τοκετό.

Στην Αγγλία στα θνησιγενή έμβρυα περιλαμβάνονται και παιδιά που γεννιούνται και πριν την 28^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο με τους πρώιμους νεογνικούς θανάτους. Έτσι παιδιά που αποβάλλονται και την 22^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν κάποια σημεία ζωής περιλαμβάνονται στη στατιστική της περιγεννητικής θνησιμότητας.

Οι παράγοντες που συνέβαλαν στη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας στην Αγγλία είναι:

- Η καλύτερη υγεία της μητέρας
- Η βελτίωση των συνθηκών της ζωής και η καλύτερη διατροφή.

- Η βελτίωση της εκπαίδευσης.
- Η καλύτερη φροντίδα της εγκύου.
- Η καλύτερη φροντίδα της εγκύου στη διάρκεια του τοκετού.
- Η καλύτερη νεογνική φροντίδα για τα μικρού βάρους γεννήσεως παιδιά.

Διεθνή δεδομένα

Η περιγεννητική θνησιμότητα στην **Αγγλία** το 1988 ήταν 84‰. Υπάρχει μια παρέκκλιση του ποσοστού μεταξύ της Αγγλίας και άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Κάθε χώρα έχει διαφορετικό πληθυσμό με διαφορετικά γεννητικά, μορφολογικά διαιτητικά και παθολογικά χαρακτηριστικά. Μερικές χώρες με μικρό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας έχουν μικρό και περισσότερο ομοιόμορφο πληθυσμό και συνήθως αποκλείουν από τη στατιστική τους παιδιά με βάρος μικρότερο από 500 γρ. και ηλικία εγκυμοσύνης μικρότερη από 26 εβδομάδες. Η περιγεννητική θνησιμότητα μεταξύ των διαφόρων χωρών τότε μόνο μπορεί με ακρίβεια να συγκριθεί όταν αναφέρεται στις ίδιες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες όμως δεν υπάρχουν ούτε μέσα σε μια μόνο χώρα. Οι κυριότερες αιτίες του διαφορετικού ποσοστού της περιγεννητικής θνησιμότητας ανά τον κόσμο είναι:

- Η υποδομή της υγείας.
- Τα πρότυπα της αναπαραγωγής.
- Οι ασθένειες που υπάρχουν.
- Η μαιευτική φροντίδα.
- Οι στατιστικές μέθοδοι που αξιολογούν τα στοιχεία.

Μητρική θνησιμότητα

Η μητρική θνησιμότητα σχετίζεται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Στην Αγγλία στη στατιστική της μητρικής θνησιμότητας υπολογίζονται όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν και ένα χρόνο μετά τον τοκετό ή την έκτρωση. Άλλες χώρες ακολουθούν τον ορισμό της FIGO, ο οποίος έχει υιοθετηθεί από την παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και ο οποίος περιορίζει το χρονικό διάστημα μέχρι και 42 ημέρες μετά τον τοκετό ή την έκτρωση.

Μερικές χώρες δεν περιλαμβάνουν στη στατιστική τους θανάτους που σχετίζονται με την έκτρωση και έτσι τα στοιχεία τους έχουν μια διαφορετική βάση από αυτά της Αγγλίας. Πάντως είναι πιθανό ότι και στην Αγγλία την επόμενη δεκαετία θα υιοθετηθεί το σύστημα να υπολογίζεται η μητρική θνησιμότητα με τον κανόνα των 42 ημερών.

Η συχνότητα της μητρικής θνησιμότητας εκφράζεται σε αναλογία επί τοις χιλίοις των μητρικών θανάτων δια του ολικού αριθμού των γεννήσεων.

$$\text{Μητρική θνησιμότητα} = \frac{\text{Μητρικοί θάνατοι}}{\text{Ολικός αριθμός γεννήσεων}} \times 1.000$$

Διεθνώς η μητρική θνησιμότητα έχει ελαττωθεί τα τελευταία 40 χρόνια.

Σ' αυτό συνέβαλε η καλύτερη εκπαίδευση των γιατρών και νοσηλευτών, καθώς και η καλή υγεία της μητέρας που αποδίδεται κυρίως στη σωστότερη διατροφή.⁽²⁴⁾

Το 1915 περίπου 100 από κάθε 1.000 βρέφη πέθαναν στον πρώτο χρόνο της ζωής τους και σχεδόν 7 από τι 1.000 μητέρες πέθαναν την ώρα του τοκετού. Έως το 1992, οι βρεφικοί θάνατοι είχαν περιοριστεί, σε λιγότερους από 9 τοις χιλίοις (Γραφείο Απογραφής ΗΠΑ, 1995). Το 1992, μόνο 7,8% σε κάθε 100.000 μητέρες που γέννησαν στις ΗΠΑ πέθαναν από

αιτίες που συνδέονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό ή με επιπλοκές μετά τη γέννα (Γραφείο Απογραφής ΗΠΑ, 1995). Δυστυχώς η μείωση του ποσοστού των θανάτων δεν είναι ομοιογενής για όλα τα στρώματα του πληθυσμού. Ενώ η θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά τόσο για τους Αφρο-Αμερικανούς όσο, και για τους λευκούς, τα βρέφη των Αφρο-Αμερικανών, έχουν σε σύγκριση με τα βρέφη των λευκών, τις διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν τον πρώτο χρόνο της ζωής τους. Επιπλέον, οι Αφρο-Αμερικανίδες μητέρες έχουν, σε σύγκριση με τις λευκές μητέρες, περισσότερες από τις διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν στη διάρκεια του τοκετού (Γραφείο Απογραφής ΗΠΑ, 1995).⁽³⁶⁾

ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Ο τοκετός είναι μια φυσιολογική λειτουργία πού προκαλεί πόνο. Μάλιστα για μιαν επίτοκη που γεννάει για πρώτη φορά μπορεί να είναι η πιο επώδυνη κατάσταση που έχει ποτέ συμβεί στη ζωή της.

Η μείωση του πόνου στη διάρκεια του τοκετού, παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες, γιατί δεν έχουμε να αντιμετωπίσουμε μόνο τη μητέρα, μα και το παιδί.

Συγκεκριμένα, όλες οι αναισθητικές και αναλγητικές ουσίες διαπερνούν τον πλακούντα και επηρεάζουν οπωσδήποτε το αναπνευστικό κέντρο του παιδιού. Αυτό είναι ίσως και το πιο σοβαρό πρόβλημα που έχουμε να αντιμετωπίσουμε σε όλη αυτή τη διαδικασία της αναλγησίας και αναισθησίας.

Δύο σοβαροί κίνδυνοι είναι δυνατό να παρουσιαστούν από τις αναισθητικές και αναλγητικές ουσίες:

1. Να επηρεαστούν οι συσπάσεις της μήτρας και ο τοκετός να παραταθεί. Η καλή σύσπαση της μήτρας μπορεί να επηρεαστεί μετά την τέλεια εκβολή και του πλακούντα, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί αιμορραγία αμέσως μετά τον τοκετό.
2. Η αναισθησία και η αναλγησία στον τοκετό δεν έχει το χρόνο της προετοιμασίας, όπως συμβαίνει σε προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Αντίθετα, επειδή ο τοκετός αρχίζει σε ανύποπτο χρόνο, μπορεί το στομάχι να είναι κιόλας γεμάτο από τροφές. Έτσι, όταν

χορηγηθούν αναισθητικά ή αναλγητικά φάρμακα, μπορεί, σε περίπτωση εμετού, αν γίνει εισρόφηση του γαστρικού υγρού, πράγμα που αποτελεί μian από τις πιο συνηθισμένες αιτίες για νοσηρότητα μα και θνησιμότητα ακόμη από μαιευτική αναισθησία.

Αναλγητικά και Ηρεμιστικά φάρμακα στον τοκετό

Ένα καλό αναλγητικό φάρμακο πρέπει να έχει τρεις βασικές ιδιότητες:

- α)** Να μην επηρεάζεται η ομοιόσταση του εμβρύου, **β)** Να είναι απλό, **γ)** Να παρέχει ασφάλεια.

Το καλύτερο αναλγητικό μετά από πολλά χρόνια παρατήρησης θεωρείται η υδροχλωρική πεθιδίνη (ομάδα ναρκωτικών φαρμάκων)

Από τα ηρεμιστικά φάρμακα χορηγούνται η Προμεθαζίνη ή η Διαζεπάμη.

Γενική Αναισθησία

Η γενική αναισθησία

Όταν χρησιμοποιείται πρέπει να χορηγείται οπωσδήποτε από ειδικευμένο αναισθησιολόγο.

Από τα φάρμακα που χορηγούνται την πρώτη θέση κατέχει η Θειοπεντόλη (Pentothal).

Η πιο σοβαρή επιπλοκή στη γενική αναισθησία, εφόσον δεν χορηγηθεί όπως πρέπει, είναι η εισρόφηση γαστρικού υγρού στο τραχειοβρογχικό δένδρο, με αποτέλεσμα ακόμη και το θάνατο της επίτοκης.

Τοπική αναισθησία

Θα μπορούσε να θεωρηθεί σαν ιδανική αναισθησία για οποιοδήποτε τοκετό εάν δεν υπήρχαν οι παρενέργειες των τοπικών αναισθητικών στην επίτοκη ή στο νεογνό.

Οι τρόποι χορήγησης των τοπικών αναισθητικών είναι οι εξής:

1. Η τοπική Διήθηση του περινέου με τοπικό αναισθητικό.
2. Η Διήθηση του αιδοϊκού νεύρου.
3. Ο αποκλεισμός των παρατραχιλικών νεύρων –αγγείων (paracervical block).
4. Βελονισμός.
5. Η ενδοραχιαία αναισθησία, καθώς και η επισκληρίδια αναισθησία: Είναι δύο τεχνικές που πρέπει να πραγματοποιούνται από ειδικό αναισθησιολόγο. Αυτό, γιατί είναι δυνατό να παρουσιαστούν σοβαρές επιπλοκές όπως π.χ. στην ενδοραχιαία αναισθησία, ο τέλειος αποκλεισμός του νωτιαίου μυελού, με όλα τα σοβαρά επακόλουθά του, η δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης, ως και η μηνιγγίτιδα ή η αραχνοειδίτιδα ακόμη.

Η επισκληρίδια αναισθησία, είτε γίνεται στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, είτε γίνεται στο τέλος του ιερού οστού (ιερόν τρήμα), που λέγεται και ιερή αναισθησία.

Υπάρχουν ορισμένες αντενδείξεις για την επισκληρίδια και την ενδοραχιαία αναισθησία. Αυτές είναι:

1. Εάν η επίτοκη παρουσιάζει υπέρταση.
2. Οποιαδήποτε μαιευτική αιμορραγία.

3. Μια οποιαδήποτε φλεγμονή κοντά στα σημεία που θα γίνει η ένεση του αναισθητικού, και
4. Οποιαδήποτε υποψία για νευρολογική αρρώστια.⁽¹⁾

ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ

Ορισμός

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος είναι μια ψυχοκινητική προετοιμασία της εγκύου, που έχει σκοπό να την ενημερώσει λεπτομερώς, σχετικά με ότι αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, την λοχεία. Στηρίζεται στην επικοινωνία, και στην εκπαίδευση, λαμβάνοντας συγχρόνως υπόψη τα τεχνικά στοιχεία που προσφέρει η μαιευτική. Σέβεται την ελευθερία της γυναίκας και την προσωπικότητά της. Είναι μια μέθοδος η οποία μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες γενικά τις γυναίκες χωρίς καμία εξαίρεση και χωρίς κανένα κίνδυνο για τη μητέρα και το παιδί. Αυτό, γιατί δεν χρησιμοποιεί εργαλεία ή άλλα μέσα εκτός από τον λόγο με τον οποίο προσπαθεί να μετατρέψει την μέχρι τώρα παθητική συμπεριφορά της επιτόκου, σε ενεργητική.

Προσπαθεί να δημιουργήσει εξαρτημένα αντανακλαστικά κατάλληλα για τον τοκετό, π.χ. χαλάρωση, σύσπαση – χαλάρωση, αναπνοές.

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος, είναι ένας τρόπος προετοιμασίας για την γέννα, που αναπτύχθηκε στη δεκαετία του '50 από τον Γάλλο μαιευτήρια Φερνάν Λαμάζ. Η βάση αυτής της μεθόδου είναι πως μια γυναίκα πρέπει να μάθει να γεννάει με τον ίδιο τρόπο που πρέπει να μάθουμε να γράφουμε, να διαβάζουμε να κολυμπάμε.

Ακόμα η έγκυος γυναίκα με την μέθοδο αυτή, μαθαίνει ποια θα πρέπει αν είναι η συμπεριφορά και η στάση της, σε κάθε στάδιο τοκετού, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει συνειδητά και με απόλυτη αυτοκυριαρχία τις

συστολές του τοκετού, με σκοπό να ανακουφίσει τον εαυτό της και να βοηθήσει περισσότερο το μωρό της.

Έχει υπολογιστεί ότι οι γυναίκες που έχουν παρακολουθήσει τα μαθήματα «ανώδυνου τοκετού» γεννάνε ευκολότερα και σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα (4-6 ώρες), εν αντιθέσει με τις γυναίκες που δεν έχουν παρακολουθήσει τα μαθήματα που γεννάνε σε (10-12 ώρες) και πιο δύσκολα.

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η δύναμη μιας συστολής κατά τη διάρκεια μιας ωδίνας ανέρχεται σε 10kgr.

Εφαρμόζοντας την ψυχοπροφυλακτική με τις αναπνευστικές ασκήσεις, από τα kgr χάνονται τα 9.5kgr.

1. Το 1777 η μαντάμ Le Boursier Du Coudray δημιουργεί στη Γαλλική επαρχία τμήματα που παρέχουν δωρεάν στις γυναίκες του λαού την καλύτερη προετοιμασία για τον τοκετό.
2. Γύρω στα μέσα του 1800 σχεδόν σύγχρονα με την εποχή που χρησιμοποιείται για τη νάρκωση το χλωροφόρμιο και με τις προσπάθειες του James Simpson να την εφαρμόσει στον τοκετό, αναπτύσσεται στην **Ευρώπη** μια σειρά μελετών με σκοπό να επιτύχουν αναλγησία, κατά τον τοκετό, με ψυχολογικά μέσα.
3. Το 1850 οι Cerling & Lafontaine ξεκινούν την εφαρμογή της ύπνωσης.
4. Το 1880 η γιατρός Dubtonolskaia συνεχίζει στη Ρωσία τα πειράματα της ύπνωσης και επιτυγχάνει αναλγησία στους πόνους του τοκετού χρησιμοποιώντας την σαν μέσο υποβολής.
5. Στα 1889 ο Paul Soire γιατρός από τη **Lilla** από προσωπικές του εμπειρίες σχετικά με την ύπνωση κατά τη διάρκεια του τοκετού, παρατηρεί ότι ο πόνος δεν είναι απαραίτητο αποτέλεσμα του τοκετού και εφαρμόζοντας τη μέθοδο υποβολής – εγρήγορσης κατορθώνει να επιτύχει τοκετό χωρίς πόνο.

6. Το 1920 οι πρώτες προσπάθειες ανώδυνου στην **Ρωσία** με βάση τις ψυχολογικές θεωρίες του Paulou.
7. Το 1923 οι Nicolaief – Platanof εφαρμόζουν τις θεωρίες κατευθείαν στην πρακτική μαιευτική. Δημιουργούνται έτσι ειδικοί χώροι ύπνωσης που προετοιμάζουν τις γυναίκες και που γύρω στα 1930 έχουν ήδη επιτυχία 65%.
8. 1933 ο Dick Read δημοσίευσε το *“Childbirth without fear”* βασισμένο στη θεωρητική διαπαιδαγώγηση και στην άγρυπνη υποβολή της ευεξίας και της χαλάρωσης.
9. Το 1951 στην ιατρική Ακαδημία της **Ρωσίας** οι Velvofski – Platanof – Nicolaief εκθέτουν τη μέθοδο και τα αποτελέσματα της ψυχοπροφυλακτικής που αναγνωρίζεται και δια διατάγματος .
10. Το 1952 ο Γάλλος μαιευτήρας Lamage μεταφέρει τη μέθοδο στη δύση όπου και εφαρμόζεται πλέον 20-25 χρόνια με θετικά αποτελέσματα σε όλα τα κράτη προσαρμοσμένη βέβαια στη νοοτροπία και τα χαρακτηριστικά του κάθε λαού. Βρίσκει όμως ενάντια την εκκλησία μέχρις ότου ο Πάπας Πίος ο 12^{ος} κυκλοφορεί επίσημη ανακοίνωση στην οποία αναφέρεται ότι: *«η επιστήμη μπορεί να χρησιμοποιήσει τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης ψυχολογίας στην Μαιευτική και την Γυναικολογία, όπως την ψυχοπροφυλακτική μέθοδο για να περιορίσει τη λανθασμένη πηγή πόνου και να οδηγήσει τον τοκετό σε περισσότερο ανεκτό σημείο».* ⁽³⁷⁾
11. Ο καθηγητής της Μαιευτικής Νικόλαος Λούρος το 1955 άρχισε να εφαρμόζει στον ελλαδικό χώρο το σύντομο Ανώδυνο Τοκετό. Ο σύντομος ανώδυνος τοκετός στηρίζεται σε εντελώς διαφορετική αρχή από αυτή των ψυχολογικών μεθόδων. Είναι φαρμακευτική μέθοδος που αποβλέπει στη συντόμευση του χρόνου της διάρκειας του τοκετού. Με τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων επιτυγχάνεται η τόνωση της συσταλτικής λειτουργίας του ανωτέρου τμήματος της μήτρας και η

χαλάρωση του κατωτέρου τμήματος. Με αποτέλεσμα ο χρόνος της περιόδου της διαστολής να συντομεύεται. Για να τονωθεί η συσταλτική λειτουργία του ανωτέρου τμήματος της μήτρας χορηγείται το φάρμακο Dolantin. Η χορήγηση του φαρμάκου αυτού επιδρά αφενός σπασμολυτικά επί των λείων μυϊκών ινών της μήτρας και συντομεύει την περίοδο της διαστολής και αφετέρου προκαλεί: Υπνηλία, αμνησία, αναλγησία. Όταν οι συστολές αρχίσουν να γίνονται αισθητές από την επίτοκη, χορηγείται και ανακουφίζει την επίτοκη και δεν επηρεάζει τη συσταλτικότητα της μήτρας. Αν παρατηρηθεί ελάττωση στη συχνότητα της διάρκειας των συστολών χορηγείται οξυτοκίνη, που αυξάνει τη διάρκεια και ένταση των συστολών. Η συνδυασμένη χορήγηση του Dolantin – oxytocin έχει σαν αποτέλεσμα τη συμπλήρωση της διαστολής σε διάστημα 3-4 ωρών. Η επίτοκη στο διάστημα της παύλας κοιμάται και ξυπνά από την υπνηλία την ώρα της συστολής.⁽²⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 36^ο

ΛΟΧΕΙΑ

36. α) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η λοχεία αποτελεί μια ευαίσθητη μεταβατική περίοδο της αναπαραγωγικής λειτουργίας της γυναίκας και για το λόγο αυτό απαιτεί ιδιαίτερη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Μετά τον τοκετό και για ένα διάστημα 15 τουλάχιστον ημερών, η σωματική και ψυχική ηρεμία και η σωστή υγιεινοδιαιτητική αγωγή αποτελούν ουσιαστική προτεραιότητα. Όπως είναι ευνόητο η νοσηλευτική φροντίδα της λεχωίδας, είναι εκείνη που θα εξασφαλίσει την ομαλή της πορεία, ώστε να διασφαλισθεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο το ιατρικό αποτέλεσμα, όπως αυτό εκφράστηκε με τη διαδικασία που ακολουθήθηκε στον τοκετό.

Τα κύρια αντικείμενα της νοσηλευτικής φροντίδας της λεχωίδας περιλαμβάνουν:

1. Αμέσως μετά τον τοκετό την εντατική παρακολούθηση της λεχωίδας για ένα χρονικό διάστημα 1 έως 2 ωρών. Κατά το διάστημα αυτό ελέγχεται η ποσότητα του αποβαλλόμενου αίματος και η παλινδρόμηση της μήτρας, η ούρηση και η διούρηση, οι σφίξεις και η Α.Π., οι τυχόν παθολογικές αντιδράσεις από την τοπική ή στελεχειαία ή γενική αναισθησία και η κατάσταση του εγχειρητικού τραύματος και η απουσία σημείων εσωτερικής αιμορραγίας. για μερικές ώρες μετά τον τοκετό η θερμοκρασία και οι σφίξεις είναι αυξημένες με βαθμιαία αποκατάσταση στο φυσιολογικό, ενώ η συχνότητα των αναπνοών παρουσιάζεται εναλλασσόμενη. Μόνο εφόσον όλες αυτές οι παράμετροι είναι ομαλές, θα επιτραπεί η απομάκρυνση της λεχωίδας από την αίθουσα εντατικής παρακολούθησης. Η παρακολούθηση της λεχωίδας στη συνέχεια γίνεται κάθε 4 ώρες το πρώτο 24ωρο και τις

επόμενες ημέρες δύο φορές ημερησίως, εκτός αν το επιβάλλει διαφορετική κατά περίπτωση κατάσταση της λεχωίδας.

2. Τον έλεγχο της τακτικής και έγκαιρης ούρησης της λεχωίδας. Η πρώτη ούρηση μετά τον τοκετό πρέπει να γίνεται μέσα στις 4 έως 6 ώρες. Σε κάθε περίπτωση δυσκολίας, που παρατηρείται συνήθως κατά την πρώτη ούρηση, είναι σκόπιμο να αποφεύγεται η διευθέτηση με καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης, λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης φλεγμονής του ουροποιητικού συστήματος. Η υπομονή και ψυχολογική υποστήριξη της λεχωίδας τις περισσότερες φορές θα βοηθήσει την αυτόματη επίλυση του προβλήματος αυτού. Μεγαλύτερη καθυστέρηση της ούρησης είναι δυνατό να παρεμποδίσει την παλινδρόμηση της μήτρας και να οδηγήσει στη μεγαλύτερη απώλεια αίματος. Επιπλέον καθυστερήσεις στην ούρηση οδηγούν στην ευκολότερη ανάπτυξη φλεγμονών του ουροποιητικού συστήματος. παράλληλα με τη συχνότητα της ούρησης καταγράφεται και η τυχόν ύπαρξη σημείων φλεγμονής από το ουροποιητικό σύστημα, όπως ο πόνος κατά την ούρηση, η συχνουρία και ο πόνος στην οσφύ. Όσο για τη διούρηση, θα πρέπει να τονισθεί ότι αυτή είναι αυξημένη, λόγω μαζικής αποβολής των κατακρατηθέντων κατά την κύηση υγρών, που είναι αποτέλεσμα της κατά 40% περίπου αύξησης του όγκου του πλάσματος και της αύξησης του εξωκυτταρίου υγρού που παρατηρείται κατά την κύηση.
3. Τον έλεγχο της καθημερινής έγερσης της λεχωίδας από τον πρώτο 24ωρο. Η τακτική έγερση διευκολύνει την ομαλή ούρηση και την ταχύτερη κινητοποίηση του εντέρου, ενώ παράλληλα προφυλάσσει από τα διάφορα θρομβοεμβολικά επεισόδια, ιδιαίτερα στις ασθενείς εκείνες που πάσχουν από κιρσούς των κάτω άκρων ή έχουν βεβαρημένο ατομικό ιστορικό. Επίσης είναι απαραίτητος ο έλεγχος των κάτω άκρων, ώστε να διαπιστωθεί έγκαιρα η ύπαρξη άλγους (αυτόματου ή προκλητού) στη γαστροκνημία και το μηρό, οιδήματος ή και τυχόν

ύπαρξη διαφοράς στη θερμοκρασία των δύο σκελών. Παράλληλα με την πρώιμη κινητοποίηση ενθαρρύνεται η λεχωίς να έχει το πρώτο της λουτρό στις πρώτες 48 ώρες.

4. Παράλληλα με την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της λεχωίδας (καθημερινός σε τακτές ώρες έλεγχος της θερμοκρασίας των σφίξεων και της Α.Π.) καταγράφεται η ποσότητα και η ποιότητα των λοχίων. Η απώλεια αίματος υπολογίζεται με τον αριθμό των μάκτρων, ενώ η ποιότητά τους με τον προσδιορισμό της χροιάς της υφής και της τυχόν ύπαρξης δυσσομίας. Ο έλεγχος των λοχίων συνοδεύεται πάντοτε και από τον έλεγχο του βαθμού παλινδρόμησης της μήτρας, ως και την τυχόν ύπαρξη ευαισθησίας στη μήτρα. Δύσοσμα λόγια με ευαίσθητη μήτρα υποδηλώνουν την ύπαρξη μητρίτιδας, μιας φλεγμονής που αφορά το ενδομήτριο, το μυομήτριο και το ορογόνο.
5. Τον έλεγχο των κενώσεων της λεχωίδας. Η αυτόματη κένωση του εντέρου σπάνια συμβαίνει προ του τρίτου 24ωρου από τον τοκετό, λόγω εντερικής πάρεσης. Για το λόγο αυτό θεωρείται σκόπιμη η χορήγηση υποβοηθητικών φαρμάκων, με τη μορφή υπακτικών σκευασμάτων από το στόμα ή το ορθό (υπόθετα ή υποκλυσμός).
6. Τη διδαχή για την ομαλή διαδικασία της γαλουχίας ως και τον καθημερινό έλεγχο της τοπικής κατάστασης των μαστών. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδίδεται στην τήρηση του κανονικού ωραρίου θηλασμού του νεογνού και στους κανόνες ενός αποδεκτού θηλασμού, με ιδιαίτερη έμφαση στα όσα αναφέρονται στην πρόληψη των φλεγμονών και των λοιπών παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες εκτός των πραγματικών κινδύνων που εγκυμονούν για το νεογνό και τη λεχωίδα, αποθαρρύνουν την προσπάθεια για τη γαλουχία. Εάν ο θηλασμός δεν είναι δυνατός ή επιθυμητός η καταστολή της έκκρισης του γάλακτος γίνεται με τη χορήγηση 2,5mg βρωμοκρυπτίνης (Parlodel) για 14 ημέρες, ή λυσουρίδης (Dipergon). Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν την αυτόματη αναστολή της έκκρισης γάλακτος που

επιτυγχάνεται από την απουσία μηχανικού ερεθισμού των θηλών των μαστών.

7. Την καθημερινή παρακολούθηση της τοπικής κατάστασης του τραύματος του περινέου και την περιποίηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Σαν γενική αρχή πρέπει να ακολουθείται η διατήρηση στεγνού τραύματος με τη συχνή αλλαγή μάκτρων, που απορροφούν τις κολπικές εκκρίσεις.
8. Τη διδαχή και παρότρυνση της λεχωίδας για καθημερινές σωματικές ασκήσεις, που αποσκοπούν στην τόνωση των χαλαρωμένων από την κύηση και τον τοκετό κοιλιακών τοιχωμάτων και μυών του περινέου.
9. Τον περιορισμό του επισκεπτηρίου της λεχωίδας μέσα σε ένα αποδεκτό ωράριο που θα εξασφαλίζει αρκετό χρόνο για αυτοσυγκέντρωση και ηρεμία.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στις περιπτώσεις με αποτυχημένη κύηση (παλίνδρομη κύηση, πρόωρος τοκετός κλπ) όπου η βεβαρημένη ψυχολογική κατάσταση της λεχωίδας επιβάλλει την ψυχολογική υποστήριξή της από κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η απομάκρυνση των λεχωίδων αυτών από θαλάμους όπου υπάρχουν νεογνά, αποτελεί ένα σημαντικό υποστηρικτικό μέτρο. Αλλά και σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να σημειώνεται η ψυχολογική κατάσταση της λεχωίδας και να επισημαίνεται. Ο έμπειρος νοσηλευτής είναι απαραίτητο να γνωρίζει, ότι κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας παρατηρείται μια κατάσταση ευφορίας σε 80% περίπου των περιπτώσεων η οποία δίνει τη θέση της, στη συνέχεια, σε καταστολή ή μελαγχολία. Έτσι λοιπόν, ο πρώτος ενθουσιασμός της επιτυχίας της κύησης και του τοκετού, δίνει τη θέση του στα καθημερινά επιπρόσθετα προβλήματα της λοχείας και της παρουσίας του νεογνού. Ο φόβος και το άγχος για το πώς θα εξελιχθούν τα πράγματα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον δημιουργεί

ανώμαλες ψυχικές αντιδράσεις και παρατηρούνται σε ένα ποσοστό 0,3% περίπου.

10. Τον προσδιορισμό των ειδικών απαιτήσεων νοσηλείας στις περιπτώσεις παθολογίας της λοχείας, σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρικού προσωπικού, με τέτοιο τρόπο, ώστε να περιορίζονται οι περιπτώσεις παρερμηνειών των οδηγιών.
11. Τον καθημερινό έλεγχο – σε συνεργασία με το νεογνολογικό τμήμα – της γενικής κατάστασης του νεογνού, όπως τον έλεγχο του βάρους, της θερμοκρασίας, των κενώσεων κλπ. Παράλληλα ακολουθούνται με σχολαστική ακρίβεια οι οδηγίες του νεογνολόγου για κάθε περίπτωση. Η λεχωίς επίσης πρέπει να ενημερώνεται για τα σημαντικά πλεονεκτήματα της τήρησης του βιβλιαρίου υγείας του νεογνού και να προτρέπεται έτσι ώστε να ζητεί την καταγραφή της κάθε δυνατής λεπτομέρειας, για όλα τα ιατρικά συμβάντα, που αφορούν το νεογνό και τη μετέπειτα ηλικία του.
12. Η κάθε λεχωίς τώρα που βρίσκεται σε μια από τις πιο ευαίσθητες περιόδους της αναπαραγωγικής της ηλικίας θα πρέπει με σχολαστικότητα και ηρεμία να ενημερωθεί για όλα όσα αφορούν τα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Ιδιαίτερα σημασία έχει ο προγραμματισμός για την επόμενη κύηση, αν θα χρειαστεί προγεννητικός έλεγχος, ή θα πρέπει να υποβληθεί σε ειδικές εγχειρητικές επεμβάσεις, όπως π.χ. σε περίδεση του τραχήλου. Ακόμη θα πρέπει να εξηγηθεί στη λεχωίδα αν υπάρχει κάποιος αυξημένος κίνδυνος για μια επόμενη κύηση ή κατά πόσο επιτρέπεται μια νέα. Για παράδειγμα αναφέρεται η σκοπιμότητα μιας τρίτης κύησης λόγω σακχαρώδους διαβήτη. Μετά την ενημέρωση αυτή κρίνεται σκόπιμη η άμεση ρύθμιση μιας συνέντευξης σε ένα από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

Από όλα όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, αποδεικνύεται, ότι η λοχεία δημιουργεί προβλήματα πολύ διαφορετικά από όσα δημιούργησαν η κύηση και ο τοκετός..

Η άμυνα του οργανισμού έναντι των λοιμώξεων επηρεάζεται αρνητικά λόγω της απώλειας της ακεραιότητας των ιστών, της απώλειας αίματος, των κολπικών εξετάσεων και μαιευτικών χειρισμών, των διαφόρων εγχειρητικών χειρισμών και των επιπλοκών της γαλουχίας.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση ορισμένων παθήσεων επιβάλλει προσαρμοστικές τροποποιήσεις στη δοσολογία των φαρμάκων όπως π.χ. για το διαβήτη, την επιληψία κλπ,

Η χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων κατά τις πρώτες ημέρες της λοχείας, είναι σκόπιμη σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις, όπου υπάρχουν ειδικές ενδείξεις, όπως η αιμορραγία και η ενδομητρίτις. Εκτός της αμφισβητούμενης δράσης τους στην παλινδρόμηση της μήτρας φαίνεται να ασκούν και αρνητική δράση πάνω στην παραγωγή του γάλακτος, σαν αποτέλεσμα αναστολής έκκρισης της προλακτίνης.

Η διαίτα της λεχωίδας θα πρέπει να είναι ενισχυμένη σε πρωτεΐνες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Η πρόσληψη υγρών αφήνεται να ρυθμιστεί από την ίδια τη λεχωίδα.

Μετά από καισαρική τομή δίνεται επαρκής παρεντερική ενυδάτωση και μετά την αποκατάσταση της εντερικής λειτουργίας γίνεται προοδευτική αποκατάστασή της δια του στόματος διατροφής. Τα διάφορα παυσίπονα επιτρέπονται κατά τη διάρκεια της λοχείας, θα πρέπει όμως να εξηγηθεί στη λεχωίδα η φυσιολογικότητα των ενοχλημάτων της, που οφείλονται στις συσπάσεις του μυομητρίου, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια του θηλασμού.

Η περιορισμένη χρήση υπνωτικών εφόσον κρίνεται απαραίτητη, είναι αποδεκτή.

Όσον αφορά τη γενετησιακή δραστηριότητα η λεχωίς θα πρέπει να πληροφορηθεί πριν από την έξοδό της από το Μαιευτήριο ότι:

α) Κατά τους δύο πρώτους μήνες της λοχείας ο σεξουαλικός ερεθισμός αμβλύνεται. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στη στροφή του συναισθηματικού της ενδιαφέροντος προς το νεογνό, αλλά και τις ανατομικές και ορμονικές μεταβολές, που χαρακτηρίζουν τη λοχεία.

β) Η επανάληψη της γενετησιακής δραστηριότητας συνιστάται να γίνεται μετά 4 εβδομάδες περίπου. Η γαλουχία φαίνεται να επιταχύνει την έφεση για επανάληψη της δραστηριότητας αυτής, ενώ η ύπαρξη επώδυνων επαφών, λόγω της ύπαρξης περινεοτομίας ή κακώσεων του περινέου και του κόλπου, μπορούν να αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα.

Η λεχωίς είναι απαραίτητο να ενημερωθεί για τις πιθανότητες που υπάρχουν να έχει μια γόνιμη επαφή πριν ακόμη παρουσιασθεί η έμμηνη ρύση. Για το πρόβλημα αυτό μια συζήτηση με το προσωπικό του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού θα εξασφαλίσει την ελαχιστοποίηση των κινδύνων μιας οπωσδήποτε αντενδεικνυόμενης και εν πολλοίς ανεπιθύμητης κύησης.

Εκτός από όλα αυτά η λεχωίς με την αποχώρησή της από το Μαιευτήριο, θα πρέπει να ενημερωθεί για τη σημασία της πρώτης επίσκεψής της στο μαιευτήρα μετά τον τοκετό της. Η επίσκεψη αυτή ρυθμίζεται να γίνει την 4^η εβδομάδα και περιλαμβάνει γυναικολογική εξέταση και λήψη επιχρίσματος Παπανικολάου. Επίσης στις περιπτώσεις Rhesus αρνητικών γυναικών, οι οποίες γέννησαν Rhesus θετικό έμβρυο, θα συστηθεί η διενέργεια μιας έμμεσης Coombs, μετά δίμηνο, ώστε να αναγνωρισθούν οι περιπτώσεις ευαισθητοποίησης. Τέλος είναι σκόπιμη,

κατά την περίοδο αυτή να συσταθεί στη λεχωίδα η εκτέλεση εμβολιασμού κατά της ερυθράς, εκεί όπου ενδείκνυται.⁽¹⁷⁾

36. β) ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η περίοδος μετά τον τοκετό παρουσιάζεται πολύ περισσότερο φορτισμένη. Οι διάφορες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι συστηματικά 70-80% των μητέρων βιώνουν κάποια ψυχολογική αναστάτωση. Για τις περισσότερες, αυτή η αναστάτωση, γνωστή ως «δάκρυα της λοχείας» αποτελεί ένα παροδικό φαινόμενο που εμφανίζεται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό (συνήθως ανάμεσα στην τρίτη και την πέμπτη ημέρα). Για ένα μικρότερο όμως αριθμό, που κυμαίνεται από 3-25%, η ψυχολογική αναστάτωση, γνωστή ως νευρωσική επιλόχεια κατάθλιψη, μπορεί να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις και να διαρκέσει πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η μελαγχολία, η απελπισία, η απάθεια, η αίσθηση ανικανότητας και αδυναμίας. Ωστόσο παραμένει ασαφές κατά πόσο υπάρχουν ειδικά κλινικά συμπτώματα, χαρακτηριστικά της επιλόχειας κατάθλιψης, που τη διαφοροποιούν από άλλα καταθλιπτικά επεισόδια. Σε αυτές τις γυναίκες μπορεί να εμφανιστεί διαταραχή της μητρικής λειτουργίας με τις ανάλογες επιπτώσεις για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του βρέφους.

Οι σχετικά νεότερες, διαχρονικού τύπου, μελέτες επισημαίνουν χαμηλότερες συχνότητες εμφάνισης της διαταραχής και την τοποθετούν από 10 έως 15%.

Η πιο σοβαρή διαταραχή είναι αυτή της επιλόχειας ψύχωσης. Το ποσοστό των γυναικών που πάσχει από επιλόχεια ψύχωση είναι πολύ μικρό και ανέρχεται σε 1-2‰. Οι γυναίκες αυτές χάνουν την επαφή τους

με την πραγματικότητα, έχουν παραισθήσεις και χρειάζονται εντατική ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή νοσηλεία.

Ερευνητικά δεδομένα εισηγούνται ότι η αυξημένη επικράτηση στη κατάθλιψη, τους τρεις πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, μπορεί εν μέρει να ερμηνευθεί με βάση ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, παράγοντες που έχουν εντοπιστεί να επηρεάζουν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την ψυχολογική κατάσταση μετά τον τοκετό είναι η ισχύς του. Εγώ της μητέρας η ποιότητα της συζυγικής σχέσης το άγχος και νευρωτισμός κατά την εγκυμοσύνη τα πειστικά για τον ψυχισμό γεγονότα κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και χαρακτηριστικά του ίδιου του βρέφους, όπως κακή κινητική λειτουργία και ευερεθιστότητα.

Το επιχείρημα ότι κυρίως ψυχοκοινωνικοί και όχι βιολογικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την επιλόχεια κατάθλιψη ενισχύεται και από το γεγονός ότι όχι μόνο η μητέρα αλλά και ο πατέρας καθώς και οι θετοί γονείς μπορεί να αισθανθούν αντίστοιχα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Ένα τελευταίο, αλλά ισχυρότατο επιχείρημα είναι ότι τα αίτια της επιλόχειας κατάθλιψης είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με το ρόλο των γυναικών και το γενικότερο χαρακτήρα της αναπαραγωγής στη σύγχρονη δυτική κοινωνία. Μελέτες ερευνητικού και κλινικού χαρακτήρα, που έχουν γίνει σε άλλους πολιτισμούς, όπως στην **Κίνα**, τη **Νιγηρία**, την **Τζαμάικα**, αποκαλύπτουν ότι εκεί τα φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης είναι εξαιρετικά σπάνιο.

Προστατευτική παράμετρος στις κοινωνίες αυτές θεωρήθηκε η τελετουργική φροντίδα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, η προστασία από μια μεγάλη ομάδα άλλων γυναικών, οι ξεκάθαρες οδηγίες. Επιπλέον και αυτό είναι ίσως το σπουδαιότερο η γυναίκα μόλις γίνει μητέρα, αποκτά κύρος και η θέση της αλλάζει ριζικά μέσα στην κοινωνική ομάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 37^ο

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ & ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Ισπανοί

Περίοδος Λοχείας:

- Η διαίτα μπορεί να απαγορευτεί μετά τον τοκετό. Τις δύο πρώτες μέρες, μόνο βραστό γάλα και ψημένες τορτίγιες επιτρέπονται. (Αυτές είναι ειδικές τροφές για να αποκαταστήσουν την θερμοκρασία του σώματος).
- Η μητέρα πρέπει να μείνει στο κρεβάτι για τρεις μέρες μετά τον τοκετό.
- Η μητέρα πρέπει να διατηρηθεί ζεστή και να καθυστερήσει το πλύσιμο του σώματος.
- Το κεφάλι και τα πόδια της μητέρας προστατεύονται από τον κρύο αέρα. Το πλύσιμο απαγορεύεται για δεκατέσσερις μέρες.
- Τη μητέρα συχνά την περιποιείται η μητέρα της.
- Υπάρχει μια απαγόρευση σαράντα ημερών για την σεξουαλική συνουσία.

Αφροαμερικάνοι

Περίοδος Λοχείας:

- Η κοιλική αιμορραγία συχνά θεωρείται δείγμα αρρώστιας. τα αφρόλουτρα και το λούσιμο απαγορεύονται.
- Το τσάι «σασαφρας» θεωρείται ότι έχει θεραπευτικές ιδιότητες.
- Η κατάποση συκωτιού θεωρείται ότι προκαλεί βαριά κοιλική αιμορραγία επειδή έχει έντονο το στοιχείο του «αίματος».

Ασιάτες

Περίοδος Λοχείας:

- Η μητέρα πρέπει να προστατεύει τον εαυτό της από το “yin” κρύα ρεύματα για τριάντα μέρες.
- Η χρήση ασθενοφόρων είναι περιορισμένη.
- Το ντους και το μπάνιο απαγορεύονται.
- Ζεστό περιβάλλον για την αποκατάσταση της θερμοκρασίας του σώματος.
- Δίαιτα:
 - α) Ζεστά υγρά
 - β) Μερικές ασθενείς είναι χορτοφάγοι.
 - γ) Στις Κορεάτισσες μητέρας σερβίρεται σούπα από φύκια με ρύζι.
 - δ) Η κινέζικη διαίτα έχει πολλά καυτερά φαγητά.
 - ε) Η Κινέζα μητέρα αποφεύγει τα φρούτα και τα λαχανικά.

Καυκασιανοί – Ευρωπαίοι - Αμερικάνοι

Περίοδος Λογείας:

- Έμφαση ή προσοχή για το γρήγορο δέσιμο λαμβάνει χώρα.
- Ιατρική παρέμβαση των ανησυχιών εκτιμάται.
- Η γρήγορη χρήση ασθενοφόρου και οι ιατρικές φροντίδες λαμβάνουν έντονα χώρα.
- Η προσωπική φροντίδα εκτιμάται.

Ιθαγενείς Αμερικάνοι

- Το τσάι από βότανα χρησιμοποιείται για την παύση της αιμορραγίας.(27)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 38^ο

ΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Ιθαγενείς Αμερικάνοι

Πεποιθήσεις για Ζέστη – Κρύο

Όχι εφαρμόσιμες.

Διατροφή

Πίνουν ζεστό τσάι βοοτάνων.

Δραστηριότητα

Δεν έχουν ιδιαίτερες ανάγκες.

Εξαγνισμός

Κάνουν ένα τελετουργικό μπάνιο στη τέταρτη μέρα της περιόδου της λοχείας.

Αφροαμερικάνοι

Πεποιθήσεις για Ζέστη – Κρύο

Εμποδίζουν τον κρύο αέρα από το να εισέλθει στη μήτρα. Φορούν ταμπόν, ελαστικούς επιδέσμους.

Διατροφή

Πίνουν σασαφρα τσάι. Αποφεύγουν τη μελιτζάνα, μπάμια, ντομάτες, κρύα ποτά, γάλα (Ταϊτίνοι), αποφεύγουν σνκώτι και κρεμμύδια. Οι νότιοι Αφροαμερικάνοι πιστεύουν ότι αυτά θα επηρεάσουν το θηλασμό.

Δραστηριότητα

Θεωρούν τον εαυτό τους άρρωστο. Αποφεύγουν το μπάνιο, το λούσιμο, τη βαριά δουλειά.

Εξαγνισμός

Όχι εφαρμόσιμος.

Ασιάτες

Πεποιθήσεις για Ζέστη – Κρύο

Πιστεύουν ότι η έκθεση στο κρύο μπορεί να προκαλέσει αρθρίτιδα, άσθμα. Αποφεύγουν το μπάνιο, το κρύο νερό και τα παγάκια.

Χρησιμοποιούν ζεστές κουβέρτες, αποφεύγουν τα ρεύματα.

Διατροφή

Πίνουν τσινσενγκ τσάι. Τρώνε μόνο «ζεστά» φαγητά. Κοτόπουλο κάθε μέρα. Επίσης άλλα κρέατα και ψάρι για τριάντα μέρες. Μπορούν να φάνε ζεστά, ξηρά, αλμυρά, φαγητά με λίγα υγρά (Κορεάτες, Βιετναμέζοι). Αποφεύγουν τα πράσινα λαχανικά τα φρούτα.

Δραστηριότητα

Χρειάζονται ανάπαυση. Συγγενείς κάνουν όλη τη δουλειά, συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας του βρέφους. Αποφεύγουν επαφή με άλλους και να βγαίνουν έξω στον ήλιο.

Εξαγνισμός

Αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή για 3-4 μήνες.

Ισπανοί

Πεποιθήσεις για Ζέστη – Κρύο

Πιστεύουν ότι η έκθεση στο κρύο μπορεί να προκαλέσει στειρότητα. Χρησιμοποιούν ελαστικό επίδεσμο.

Διατροφή

Τρώνε κρύα φαγητά για 1-2 μήνες. Χυμούς από καλαμπόκι είναι καλός. Αποφεύγουν ξινά φαγητά, εσπεριδοειδή, φρούτα, λαχανικά, τσίλι και χοιρινό.

Δραστηριότητα

Παραμένουν μέσα στο σπίτι. Μένουν στο κρεβάτι μέχρι και 1 μήνα. Αποφεύγουν κουραστική δουλειά, μπάνιο. Αποφεύγουν σεξουαλική επαφή για 40 μέρες.

Εξαγνισμός

Κάνουν ένα τελετουργικό μπάνιο δύο εβδομάδες μετά την περίοδο της λοχείας.

Αραβικής Καταγωγής

Πεποιθήσεις για Ζέστη – Κρύο

Δεν έχουν ειδικές ανάγκες.

Διατροφή

Δεν έχουν ειδικές ανάγκες.

Δραστηριότητα

Περιμένουν πολλούς επισκέπτες. Συχνά ζητούν παυσίπονα χάπια.

Εξαγνισμός

Όχι εφαρμόσιμος.⁽²⁶⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 39^ο

ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Όλα όσα πρέπει να ξέρετε για το θηλασμό

Πέρα από τη θρεπτική του αξία, ο θηλασμός είναι μεγάλης σημασίας για τους παρακάτω λόγους:

- Τα μωρά που θηλάζουν είναι λιγότερο επιρρεπή στις αρρώστιες. Παρουσιάζουν λιγότερες περιπτώσεις γαστρεντερίτιδας, αναπνευστικών λοιμώξεων και ιλαράς, κι αυτό είναι κάτι που έχει άμεση σχέση με τα αντισώματα που παίρνει το παιδί από το μητρικό γάλα. Όλα τα μωρά παίρνουν κάποια αντισώματα από το αίμα του πλακούντα της μητέρας μέσω του ομφάλιου λώρου. Στην περίπτωση όμως των μωρών που θηλάζουν τα αντισώματα αυτά συμπληρώνονται και με άλλα αντισώματα που υπάρχουν τόσο στο πρωτόγαλα όσο και στο γάλα της μητέρας. Στις πρώτες μέρες της ζωής του μωρού, ασκούν μια προστατευτική επίδραση στο έντερο (περιορίζοντας την πιθανότητα εντερικής διαταραχής) κι επειδή απορροφώνται στην κυκλοφορία του αίματος, δημιουργούν ένα μέρος της προστασίας του σώματος κατά των μολύνσεων. Μερικά αντισώματα όπως τα κατά της πολιομυελίτιδας, βρίσκονται στο μητρικό γάλα, έτσι η μητέρα θηλάζοντας το νεογέννητο παιδί της το προστατεύει παράλληλα από έναν τόσο επικίνδυνο εχθρό. ωστόσο η μητέρα θα πρέπει να φροντίσει να επαναλάβει την προστασία του παιδιού από αυτή την αρρώστια με εμβολιασμό, όταν το παιδί θα είναι 3-9 μηνών.

- Το μητρικό γάλα χωνεύεται ευκολότερα και γρηγορότερα από το αγελαδινό. Τα μωρά που θηλάζουν δεν παθαίνουν δυσκοιλιότητα: μπορεί να μην έχουν συχνές κενώσεις, αλλά αυτό είναι κάτι που οφείλεται στο ότι καταναλώνουν πλήρως την τροφή τους. Τα κόπρανά τους είναι πάντα μαλακά και σχετικά άοσμα και εν περιέχουν τα βακτηρίδια που προκαλούν δερματίτιδες, έτσι το μωρό κινδυνεύει λιγότερα από σύγκαμα.
- Τα μωρά που θηλάζουν σπάνια κερδίζουν υπερβολικό βάρος. Κάθε μωρό έχει την όρεξή του και τον δικό του ρυθμό μεταβολισμού. Έτσι λοιπόν, μην ανησυχείτε αν το δικό σας είναι παχύτερο ή λεπτότερο από το μωρό της γειτόνισσάς σας.
- Το μητρικό γάλα είναι πάντα στη σωστή θερμοκρασία, γεγονός που σας απαλλάσσει από αποστειρώσεις μπουκαλιών και διάφορους άλλους μελάδες. Τα μωρά που θηλάζουν κοιμούνται περισσότερο κι έχουν λιγότερα αέρια, που η μυρωδιά τους είναι λιγότερο δυσάρεστη.
- Ο θηλασμός κάνει καλός τη σιλουέτα σας. Σχετικές έρευνες έχουν αποδείξει όπως το περισσότερο από το πάχος που κερδίζεται στην εγκυμοσύνη, αποβάλλεται αν η γυναίκα, θηλάζει το παιδί της. Όσο η μητέρα θηλάζει εκκρίνεται μια ορμόνη που λέγεται ωκυτοκίνη κι αυτό είναι κάτι που βοηθάει τη μήτρα να επανέλθει στο φυσιολογικό της μέγεθος. Η πύελος επανέρχεται γρηγορότερα στο κανονικό της και το ίδιο συμβαίνει και με τη μέση. Ο θηλασμός δεν επηρεάζει το σχήμα ή το μέγεθος του στήθους.
- Αν θηλάζετε, το σώμα σας θα ανταποκριθεί, παράγοντας την ορμόνη προγαλακτίνη, η οποία δραστηριοποιεί την παραγωγή γάλακτος. Επίσης, ο θηλασμός καταστέλλει την ωορρηξία. Πάντως, παρότι είναι απίθανο να συλλάβετε ενόσω θηλάζετε, δεν πρέπει έπ' ουδενί λόγο να βασίζεστε στο θηλασμό σαν μέσο αντισύλληψης.

Το Πρωτόγαλα (πύαρ)

Τις πρώτες 72 ώρες μετά τον τοκετό, τα στήθη δεν παράγουν γάλα. παράγουν όμως, ένα αραιό κίτρινο υγρό που λέγεται πρωτόγαλα. Η σύνθεσή του αποτελείται από νερό, πρωτεΐνη και μεταλλικά άλατα, και καλύπτει όλες τις θρεπτικές ανάγκες του μωρού, τις πρώτες μέρες πριν κάνει την εμφάνισή του το γάλα. Το πρωτόγαλα περιέχει επίσης, αντισώματα ανεκτίμητης αξίας, τα οποία προστατεύουν το μωρό από νόσους σαν την πολιομυελίτιδα και τη γρίπη, καθώς και από εντερικές και αναπνευστικές λιμώξεις. Ακόμη, έχει πρόσθετες καθαρτικές ιδιότητες, κάτι που τονώνει την έκκριση μηκόνιου. Κατά τις πρώτες μέρες, το μωρό, πρέπει να τοποθετείται τακτικά στο στήθος, αφενός για να τρέφεται με πρωτόγαλα. και αφετέρου για να συνηθίζει τη διαδικασία του θηλασμού. Αν βρίσκεστε σε μαιευτήριο που επιτρέπει τη συνεχή παραμονή του νεογέννητου στο πλάι της μητέρας, τόσο το καλύτερο. Κάθε φορά που το μωρό αρχίζει να κλαίει, μπορείτε να του προσφέρετε το στήθος σας, αλλά μόνο για δύο λεπτά στην κάθε θηλή, τουλάχιστον στην αρχή, για να αποφύγετε κάποιο δυσάρεστο ερεθισμό. Αν το μωρό σταλεί κατευθείαν στο θάλαμο νεογνών, πείτε στις αδελφές ότι θέλετε να το φέρνουν να το ταΐζετε κι ότι δεν πρόκειται να χρησιμοποιείτε μπιμπερό.

Ανάγκες σε γάλα και κάλυψη

Όλες οι μητέρες είναι ανατομικά προικισμένες για να τρέφουν τα μωρά τους και δεν υπάρχει περίπτωση να είναι ακατάλληλο για το παιδί το μητρικό γάλα: είναι η φυσική τροφή του μωρού, μια τροφή που ποτέ δεν πρόκειται να αποκρούσει. Δεν υπάρχει μητέρα που από τη φύση της να μην είναι ικανή να θρέψει το μωρό της: το μέγεθος του στήθους σας δεν έχει καμιά σχέση με την ποσότητα γάλακτος που μπορείτε να

παράγετε. Αυτό είναι κάτι που εξαρτάται από την ποσότητα που θηλάζει το μωρό. Όσο περισσότερο γάλα παίρνει, τόσο περισσότερο παράγει το στήθος.

Ένα νεογέννητο χρειάζεται 50-85 χιλιοστά του λίτρου γάλακτος για κάθε 450 γρ. σωματικού βάρους. Έτσι, ένα μωρό βάρους 3 κιλών θα χρειαστεί 400-625 χιλιοστά του λίτρου καθένα σε τρεις ώρες, επομένως η ημερήσια παραγωγή σας 720-950 χιλιοστά είναι υπεραρκετή.

Η προετοιμασία για το θηλασμό

Το αν θα θηλάζετε ή όχι το μωρό σας, είναι μια απόφαση που πρέπει να πάρετε αρκετά πριν από τον τοκετό, ώστε να μπορέσετε να προετοιμαστείτε κατάλληλα. Άλλοτε, συμβούλευαν τις γυναίκες να σκληραίνουν τις θηλές τους, τρίβοντάς τες με τα δάκτυλά τους ή με μια βούρτσα των νυχιών. Τώρα πια αυτό δεν θεωρείται και τόσο ουσιώδες.

Η μόνη περίπτωση που πρέπει να πάρετε ειδικά μέτρα είναι, αν η μια ή και οι δύο θηλές σας είναι στραμμένες προς τα μέσα.

Τότε, η θηλή είναι εντελώς πλακέ και το μωρό δεν βρίσκει που να βάλει το στόμα του. Το φαινόμενο αυτό είναι σπανιότατο αν όμως σας συμβαίνει κάτι τέτοιο, καλό θα κάνετε να φοράτε ειδικά θήλαστρα, ώστε να κάνετε τη θηλή πιο προτεταμένη.

Η πρώτη επαφή

Είναι κακό και για σας και για το μωρό, να προσπαθήσετε να το θηλάσετε αμέσως μόλις γεννηθεί. Μπορείτε να ζητήσετε να σας βάλουν το μωρό στο στήθος σας ενόσω ακόμη βρίσκεστε στο θάλαμο τοκετών. Είναι κάτι που το υπαγορεύουν δύο σοβαρότατοι λόγοι: ο θηλασμός υποκινεί την παραγωγή ωκυτοκίνης, μιας ορμόνης που, μεταξύ άλλων

κάνει τη μήτρα να συσπάται και να αποβάλλει τον πλακούντα αμέσως μετά τη γέννα. Ο θηλασμός βοηθάει επίσης στη δημιουργία ενός ισχυρού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. αμέσως μετά τον τοκετό. Και δεν χρειάζεται να ανησυχήσετε καθόλου για το πώς θα καταπιεί το μωρό. Το φυσιολογικό ανακλαστικό του να θέλει να θηλάσει είναι πολύ ισχυρό και έχει αυτή την ικανότητα.⁽²²⁾



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40°

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΒΡΕΦΟΥΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΕΑ ΓΟΥΪΝΕΑ

Με άλλα λόγια οι περισσότερες μητέρες στις ΗΠΑ είναι απρόθυμες ή ανίκανες να αντιμετωπίσουν τη βρεφική συμπεριφορά σαν να ήταν άσκοπη ή χωρίς νόημα. Αντίθετα, επενδύουν την παραμικρή κίνηση με απόλυτα προσωπικό νόημα και αντιδρούν σε αυτή αποτελεσματικά. Επιμένουν να συμμετέχουν και να διευρύνουν ακόμη και συμπεριφορές που παρουσιάζουν ελάχιστες δυνατότητες συναλλαγής, μέσω της μίμησης. Και συμπεριφέρονται λες και έχει πραγματοποιηθεί μια πολύ σημαντική συναλλαγή, ενώ, στην ουσία, δεν υπήρξε καμία συναλλαγή.

Οι Kaluli, που ζουν στο τροπικό δάσος της Νέας Γουϊνέας των Παρνα, έχουν τελείως διαφορετικές πεποιθήσεις για τα βρέφη από τους μεσο-αστούς Αμερικανούς και, συνεπώς, συμπεριφέρονται στα βρέφη τους τελείως διαφορετικά. όπως αναφέρει η Eleanor Ochs και η Bambi Schieffelin (1984), οι Kaluli βλέπουν τα βρέφη τους ως «*αβοήθητα πλάσματα χωρίς κατανόηση*». Αν και μπορεί να χαιρετούν τα βρέφη τους με το όνομά τους, δεν τους μιλούν με τον τρόπο που μιλούν οι μεσο-αστοί Αμερικανοί ενήλικες. Ούτε και κάνουν με τα βρέφη τους παρατεταμένη επαφή με τα μάτια, γιατί οι Kaluli πιστεύουν ότι είναι αγένεια να κοιτάζεις τον άνθρωπο με τον οποίο συνομιλείς. Οι μητέρες Kaluli κρατούν τα βρέφη με το πρόσωπο προς τα έξω ώστε να μπορούν να βλέπουν και να τα βλέπουν και να συναλλάσσονται με άλλα μέλη της κοινωνικής ομάδας. Αντί να μιλούν στα βρέφη τους, οι μητέρες των Kaluli μιλούν για λογαριασμό τους. Όπως παρατήρησαν οι Ochs και

Schieffelin, «αναλαμβάνοντας αυτόν το ρόλο, η μητέρα κάνει ό,τι δεν μπορεί να κάνει μόνο του το βρέφος, δηλαδή να φαίνεται πως ενεργεί με ελεγχόμενο και αξιόπιστο τρόπο, χρησιμοποιώντας το λόγο».⁽³⁸⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 41^ο

ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΙΣΠΑΝΩΝ, ΑΦΡΟΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ, ΑΣΙΑΤΩΝ, ΚΑΥΚΑΣΙΑΝΩΝ – ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ – ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ & ΙΘΑΓΕΝΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΤΗ ΓΟΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ισπανοί

Νεογνά – Γονική Φροντίδα

- Ο θηλασμός ξεκινά από την τρίτη μέρα. Το πρωτόγαλα (πύαρ) μπορεί να θεωρηθεί «βρώμικο» ή «ότι κακομαθαίνει το παιδί». Η πεποίθηση ότι δεν υπάρχει γάλα.
- Ελαιόλαδο ή καστορέλαιο δίδεται για την διέγερση, για τη δίοδο του μικόνιου.
- Στα αρσενικά βρέφη δεν κάνουν περιτομή.
- Τα αυτιά των θηλυκών βρεφών τρυπιούνται.
- Το στεφάνι γύρω από την κοιλιά χρησιμοποιείται για να εμποδιστεί η ομφαλική κήλη.
- Θρησκευτικά μεταλλικά χαϊμαλιά που φοράει η μητέρα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τοποθετούνται γύρω από το λαιμό του.
- Το βρέφος προστατεύεται από το «κακό το μάτι».
- Διάφορες συνταγές χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν το «κακό όζο» και την πτώση του ομφάλιου λώρου.

Αφροαμερικανοί

Νεογνά – Γονική Φροντίδα

- Η διατροφή είναι πολύ σημαντική. Το «καλό» βρέφος τρωει καλά. Η εισαγωγή στα στέρεα φαγητά λαμβάνει χώρα νωρίς. Η μητέρα μπορεί να θηλάσει ή να ταΐσει με μπουκάλι. Ο θηλασμός μπορεί να θεωρηθεί ντροπή.
- Οι γονείς φοβούνται μην κακομάθουν το βρέφος.
- Οι γονείς συχνά αποκαλούν τα βρέφη με παρατσούκλια. Οι γονείς μπορεί να χρησιμοποιούν υπερβολικά ρούχα για να διατηρήσουν το βρέφος ζεστό.
- Το στεφάνι γύρω από την κοιλιά χρησιμοποιείται για την αποφυγή ομφαλικής κήλης.
- Μεγάλες ποσότητες λαδιού καταναλώνονται για το κρανίο και το δέρμα του βρέφους.
- Υπάρχει έντονο δέσιμο στην οικογένεια, στην κοινότητα και στην θρησκεία.

Ασιάτες

Νεογνά – Γονική Φροντίδα

- Η γέννηση αγοριού προτιμάται.
- Οι γονείς μπορούν να καθυστερήσουν την ονομασία του παιδιού. μερικές ομάδες (π.χ. Οι βιετναμέζοι) πιστεύουν ότι το πρωτόγαλα (πύαρ) είναι βρώμικο. Γι'αυτό μπορεί να καθυστερήσουν το θηλασμό μέχρι να κατεβάσουν γάλα. Η πεποίθηση ότι δεν υπάρχει γάλα.
- Η σύλληψη της οικογένειας είναι σημαντική και εκτιμάται.

- Ο πατέρας είναι η κεφαλή της οικογένειας . Η σύζυγος παίζει ρόλο υποστηρικτή.

Καυκασιανοί – Ευρωπαίοι – Αμερικάνοι

- Ο θηλασμός έχει αυξηθεί σε δημοτικότητα.
- Ο θηλασμός αρχίζει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα μετά τη γέννα.
- Η μητρότητα και η μετάβαση στη γονική φροντίδα θεωρούνται αγχωτικές περιόδους. Η πυρηνική οικογένεια εκτιμάται, αν και η μονογονική οικογένεια και άλλες μορφές γονικής φροντίδας είναι περισσότερο αποδεκτές από ότι στο παρελθόν.
- Οι γυναίκες συχνά έχουν πολλούς ρόλους.
- Γρήγορη επιστροφή στις δραστηριότητες πριν την εγκυμοσύνη λαμβάνει χώρα.

Ιθαγενείς Αμερικάνοι

- Το βρέφος δεν ταιίζεται πρωτόγαλα (πύαρ).
- Η χρήση των βοτάνων αυξάνει τη ροή του γάλακτος.
- Τα μωρά δεν παραδίδονται αμέσως.⁽²⁷⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 42^ο

ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Ιθαγενείς – Αμερικάνοι

Θηλασμός

Ναι. Οι αστοί μπορεί να χρησιμοποιούν μπιμπερό.

Ειδικά Ρούχα

Χρησιμοποιούν κούνια στις αγροτικές περιοχές.

Δραστηριότητα

Θεωρούν τα μωρά σημαντικά στην οικογένεια. Κρατούν το μωρό κοντά τους και το αγκαλιάζουν συχνά.

Έπαινοι για το Μωρό

Όχι εφαρμόσιμοι.

Αφροαμερικάνοι

Θηλασμός

Ναι. Οι αστοί μπορεί να χρησιμοποιούν μπιμπερό.

Ειδικά Ρούχα

Χρησιμοποιούν στεφάνι γύρω από την κοιλιά για την αποφυγή κήλης.

Δραστηριότητα

Όχι εφαρμόσιμη.

Έπαινοι για το Μωρό

Όχι εφαρμόσιμοι.

Ασιάτες

Θηλασμός

Ναι.

Ειδικά Ρούχα

Φορούν παλιά, φθαρμένα ρούχα (Νοτιοανατολική Ασία).

Δραστηριότητα

Κρατούν το μωρό συνεχώς κοντά τους. Δεν κάνουν περιτομή.

Έπαινοι για το Μωρό

Όχι. Πιστεύουν ότι οι έπαινοι θα προκαλέσουν τη προσοχή των θεών στα ευαίσθητα νεογνά.

Ισπανοί

Θηλασμός

Ναι., όταν κατέβει το γάλα. θεωρούν το πρωτόγαλα κακό για το μωρό. Χρησιμοποιούν μπιμπερό.

Ειδικά Ρούχα

Τα φασκιώνουν σφιχτά (το μωρό). Το δέσιμο στη κοιλιά είναι σύνηθες. (το βρέφος είναι ευαίσθητο στο «κακό αέρα»).

Δραστηριότητα

Πιστεύουν ότι το μωρό είναι ευαίσθητο στο «κακό μάτι» (αν ένα άγνωστος θαυμάσει το μωρό, πιστεύουν ότι πρέπει να αγγίξει το μωρό για να εξορκίσει το κακό. Δεν γίνεται περιτομή.

Έπαινοι για το Μωρό

Ναι.

Αραβικής καταγωγής

Θηλασμός

Ποικίλει.

Ειδικά Ρούχα

Δεν σχεδιάζουν πρωτύτερα για το μωρό, θα δαλεάσουν το κακό μάτι. Συχνά δεν έχουν έτοιμα τα μωρουδιακά ρούχα.

Δραστηριότητα

Πιστεύουν ότι το μωρό είναι ευαίσθητο στο κακό μάτι. Χρειάζεται προστασία.

Έπαινοι για το Μωρό

Όχι. Αντίθετα επαινούν τη μητέρα. Αν επαινέσουν το βρέφος, χτυπούν ξύλο ή επικαλούνται την ευλογία του θεού.⁽²⁶⁾

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αναμφισβήτητα η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού είναι κοινωνική, πολιτιστική και φυσιολογική εμπειρία. Για αυτόν το λόγο κάθε προσέγγιση στην ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα των εγκύων γυναικών και των οικογενειών πρέπει να επικεντρώνεται στην σχέση που υπάρχει μεταξύ της πολιτιστικής σημασίας και των βιολογικών λειτουργιών (Kitzinger, 1982). Η γέννηση ενός παιδιού είναι μια στιγμή αλλαγής και κοινωνικού εορτασμού μεγάλης σημασίας σε κάθε κοινωνία, η οποία σηματοδοτεί την πραγματοποίηση των υπαρχόντων πολιτιστικών ρόλων και ευθυνών, της ψυχολογικής και βιολογικής κατάστασης και των κοινωνικών σχέσεων.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Νικόλαος Γ.Χαρώνης:** *Μαιευτική, Μέρος Πρώτο*, Αθήνα 1988, (σ.σ. 14-30, 123, 124, 144-160, 186-190, 212-235, 255-262).
2. **Αλέκα Συκάκη Δούκα:** *Ο Τοκετός είναι αγάπη*. 8^η βελτιωμένη Έκδοση, Αθήνα 1993, (σ.σ. 45, 63-74, 80-90, 94-96, 100-101, 111-112, 126-127, 138-140, 193-194).
3. **Ρεβέκκα Τραγέα:** *Μαιευτική Φροντίδα*, Εκδόσεις Δ.Γιαννακόπουλος Α΄ τόμος, Αθήνα 1999, (σ.σ. 89-92).
4. **William J.Larsen:** *Essentials of human embryology*, Copyright by Chirchill Livingstone Inc., 1998, (σ.σ.146-149).
5. **Μαρία Χουρδάκη:** *Οικογενειακή Ψυχολογία*, Εκδόσεις ΝΟΤΟΣ, Αθήνα 1989, (σ.σ. 39-42).
6. **Σ.Ε. Καρπάθιος:** *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική*, Β΄ τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1999, (σ.σ. 671-675).
7. **Βίλλυ Μπραϊνχολστ:** *Γειά σας - Κι εγώ είμαι εδώ*, Εκδόσεις ΝΟΤΟΣ, Αθήνα 1991, (σ.σ. 50-55).

8. **M.Holzl, E,Menden:** *Εγκυμοσύνη και Διατροφή*, Μετάφραση Βάγια Καφάσα, Εκδόσεις ΝΟΤΟΣ, Αθήνα 1983, (σ.σ.13,19,87-129).
9. **Stoppard Miriam:** *Εσείς και η εγκυμοσύνη από τη σύλληψη ως τον τοκετό*, Μετάφραση Αγγελική Κουναλάκη, Εκδόσεις ΑΚΜΗ, Αθήνα 1990, (σ.σ.127-136).
10. **Κ.Παδιατέλλη:** *Για τη μητέρα*, Εκδόσεις Ι.Χιωτέλλη, Αθήνα 1996, (σ.σ. 136-140).
11. **Frank Galkner, Macy Christopher:** *Εγκυμοσύνη και γέννηση*, Μετάφραση Ι.Ανδρέου, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1991, (σ.σ. 236-240).
12. **Stoppard, Miriam:** *Εσείς και το παιδί σας*, Μετάφραση Αγγελική Κουναλάκη, Εκδόσεις Ακμή, Αθήνα 1988, (σ.149).
13. **Meredith S. Goldman:** *Human body*, Usborne London, 1991, (σ.σ.203-230).
14. **Εμμανουήλ Ε. Σαλαμαλέκη:** *Κυήσεις υψηλού κινδύνου*, Ιατρικές Εκδόσεις, Πασχαλίδης, Αθήνα 1995, (σ.σ. 203-207).
15. **Θάλεια Δραγώνα:** *Γέννηση - Η γυναίκα μπροστά σε μια καινούργια ζωή*, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα 1997, (σ.σ. 108-113).

16. **Ρεβέκα Τραγέα:** *Μαιευτική φροντίδα*, Εκδόσεις Δ.Γιαννακόπουλος, Β' τόμος, Αθήνα 1999, (σ.σ.13-47, 59-63).
17. **Σ.Ε. Καρπάθιος:** *Βασική μαιευτική περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία*, Β' μέρος, Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1998, (σ.σ.226-230, 380-381).
18. *6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Μαιών-Μαιευτών*, Θεσσαλονίκη 1994.
19. **Michel Odent:** *Αναγέννηση, η γέννα στο δρόμο της φύσης*, Μετάφραση Μαργαρίτα Κουλεντιάνου, Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1991, (σ.σ. 63-83).
20. *8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών – Μαιευτών*, Αθήνα 2000.
21. *7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο, Μαιών – Μαιευτών*, Χανιά 1996.
22. **Miriam Stoppard:** *Εσείς και το μωρό σας*, Εκδόσεις Α.Κουναλάκη, Εκδόσεις Ακμή, Αθήνα 1998, (σ.σ. 193-197).
23. **Michael Cole, Sheila R. Cole:** *Η ανάπτυξη των παιδιών*, Μετάφραση, Ι Ανδρέου, Εκδόσεις Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα 2000, (σ.σ.209-218).
24. **Geoffrey Chamberlain, Sir John Dewhurst, David Harvey:** *Εικονογραφημένη μαιευτική*, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1996, (σ.σ. 111, 236-243).

25. **Διονύσιος Ι.Αραβαντινός:** *Μαιευτική*, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1990 (σ.σ.176-177, 439).
26. **Susan Mattson, Judy E.Smith:** *Core Curriculum for Maternal – Newborn – Nursing*, Copyright by W.B. Saunders Company 1993, (σ.σ. 93-97).
27. **Deitra Leonard Lowdermilk, Shannon, E.Perry, Irene M. Bobal:** *Maternity Nursing, fifth edition*, Copyright by Mosby Inc., 1999 (σ.σ.19-21).
28. **Elizabeth Stepp, Gilbert Judith, Smith Harmon:** *High risk pregnancy and delivery*, Copyright by Mosby Inc., 1998, (σ.119).
29. **Lumley, J. and Astbury J.:** *Advice in Pregnancy*, Usborne London, 1989, (σ.σ.212-225).
30. **Σου Άννα Μιχαλοπούλου:** *Ε.Σ.Υ. – Διαπολιτιστική Νοσηλευτική* (Παραδόσεις), Πάτρα 1999, (σ.σ.7-16).
31. 32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδιάτρων, Κέρκυρα 1994.
32. www.iatronet.gr/world/episiotomy
33. [www.mednet.com/labor/third countries](http://www.mednet.com/labor/third%20countries)
34. **Keith Moore:** *Βασική εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες*, Μετάφραση Α.Ν. Κοντόπουλος, Ιατρικές Εκδόσεις, Λίτσας, Αθήνα 1990, (σ.σ.146-150).

35. www.medical_net.org/hyjean/animals

www.medical_net.org/hyjean/spor

36. www.health.com/usa/childrens/mortality.

37. www.medicare.com/pregnancy/painlesslabor

38. www.phycology.com/international/motherhood.