

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ: Σ.Ε.Υ.Π
ΣΧΟΛΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 4776

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ
ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ
ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ»



Εισηγητής
Dr Δετοράκης Ιωάννης

Σπουδάστριά
Θεοδωροπούλου Αλεξία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Εισαγωγή.....	14

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

I. Η εξέλιξη του Ελληνικού Πληθυσμού.....	14
II. Συγκριτικές πυραμίδες.....	14
• Πληθυσμιακή πυραμίδα.....	16
• Διαφορές πληθυσμού.....	17
• Όρος Γεννητικότητα και Αδρός Συντελεστής Γεννητικότητας.....	17
• Συντελεστής Γενικής Γονιμότητας.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Παράγοντες που επηρεάζουν τη γεννητικότητα.....	20
1. Εκπαίδευση και νομική θέση της γυναίκας.....	21
2. Οικονομία και Κοινωνικές τάξεις.....	21
3. Πολιτιστικά πρότυπα.....	21
4. Διαθεσιμότητα των αντισυλληπτικών.....	22
5. Κυβερνητική πολιτική.....	22

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

	Σελ.
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	
Γνωρίζοντας το σώμα μου	26
A) Το γεννητικό σύστημα του άνδρα.....	26
B) Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.....	35
i. Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας.....	
ii. Σχέση ορμονών – κύκλου – κύησης.....	
iii. Η σάλπιγγα (ή वाग्वयός).....	
iv. Η μήτρα.....	
v. Ο κόλπος (ή κολεός).....	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Στειρότητα	
Ορισμός στειρότητας.....	
A. Ανδρική Υπογονιμότητα.....	
- Ποια είναι τα αίτια;.....	
- Πώς μπορεί να διαγνωστεί το πρόβλημα στον άνδρα;.....	
▪ Σωματική εξέταση.....	
▪ Ανάλυση σπέρματος.....	
▪ Ευρήματα ανάλυσης του σπερματικού υγρού.....	
▪ Η εξέταση μετά τη συνουσία.....	
▪ Ειδικές εξετάσεις σπέρματος.....	
▪ Ορμονικά τεστ.....	

- Βιοψία όρχεων.....
- Το τεστ διεισδυτικότητας σε ανθρώπινα ωάρια.....
- Εξωσωματική γονιμοποίηση.....
- Ανωμαλίες στη διάπλαση.....
 - i. Κρυπορχία.....
 - ii. Υποσπαδία.....
- Νοσήματα πέους.....
 - i. Γονόρροια.....
 - ii. Φίμωση.....
- Νοσήματα όρχεων και γειτονικών οργάνων.....
 - i. Επιδιδυμίτιδα.....
 - ii. Ορχίτιδα.....

- B. Γυναικεία Στειρότητα.....
- 1) Παθήσεις σαλπίνγων.....
 - Τι προκαλεί βλάβες στις σάλπιγγες;.....
 - Φλεγμονή.....
 - Το ενδομήτριο σπείραμα.....
 - Μόλυνση στον κοιλιακό χώρο.....
 - Φλεγμονή μετά τον τοκετό.....
 - Φλεγμονή μετά από αποβολή ή έκτρωση.....
 - Χειρουργικές επεμβάσεις.....
 - Προηγούμενη εξωμήτρια κύηση.....
 - Συγγενείς ανωμαλίες.....
 - Ενδομητρίωση.....
 - Εξετάσεις για την ανακάλυψη της βλάβης.....

- α) Ενδομητρίωση.....
 - Ποιες είναι οι θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η ενδομητρίωση αποτελεί αιτία στειρότητας;.....
 - Ποια είναι τα συμπτώματα;.....
- β) Προβλήματα Μήτρας.....
 - Ποιες είναι οι αιτίες;.....
 - Ποια είναι τα συμπτώματα;.....
 - Ποιες είναι οι ειδικές εξετάσεις για τα προβλήματα της μήτρας;.....
- γ) Προβλήματα Τραχήλου.....
 - Ποιες είναι οι κατηγορίες προβλημάτων τραχήλου;.....
 - Ποια είναι τα συμπτώματα;.....

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

- Θεραπεία και Νοσηλευτική Παρέμβαση.....**
- Θεραπεία προσωρινής στειρότητας.....
- Γενική κατάσταση υγείας.....
- A) Νοσηλευτική Βοήθεια στην Ανδρική Στειρότητα.....
 - a. Θεραπεία της Κιρσοκήλης.....
 - b. Απελευθέρωση αγωγών.....
- B) Νοσηλευτική Βοήθεια στη Γυναικεία Στειρότητα.....

- a. Πως αντιμετωπίζονται οι παθήσεις των σαλπίνγων
- b. Νοσηλευτική παρέμβαση ενδομητρίωσης.....
- c. Θεραπεία ενδομητρίωσης.....
- d. Θεραπεία παθήσεων μήτρας.....
- e. Θεραπεία τραχήλου.....
- f. Νοσηλευτική παρέμβαση κολπικών διαταραχών.....
 - κολπικό συρίγγιο.....
 - κολπίτιδα.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Λύσεις στο πρόβλημα της στειρότητας.....

- Ανδρική Υπογονιμότητα και γενικές επιπτώσεις και γενικές επιπτώσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- 1. Γονιμοποίηση με σπερματίτιδες.....
- 2. Εξωμήτρια κύηση.....
 - Τι προκαλεί η εξωμήτρια κύηση;.....
 - Ποια είναι τα συμπτώματα;.....
 - Ποια είναι η θεραπεία;.....
- 3. Εξωσωματική γονιμοποίηση, η μέθοδος του «παιδιού του Σωλήνα».....
 - Για ποια άτομα είναι κατάλληλη η εξωσωματική Γονιμοποίηση;.....
 - Σε ποιες περιπτώσεις δεν ταιριάζει η εξωσωματική

Σελ.

- Γονιμοποίηση;.....
- Ποια τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης;...
 - Ποια τα στάδια της θεραπείας της εξωσωματικής Γονιμοποίησης;.....
 - Ποιοι οι κίνδυνοι της εξωσωματικής γονιμοποίησης;..
 - Θα μπορέσετε ν'αντέξετε τη συγκινησιακή ένταση;...
 - Θα είναι φυσιολογικό τι μωρό;.....
4. Πρόκληση ωορρηξίας.....
5. Καλλιέργεια ωαρίων, προπαρασκευή σπέρματος και Γονιμοποίηση.....
6. Καλλιέργεια εμβρύου.....
7. Εβρυομεταφορά.....
8. Ορμονοθεραπεία.....
9. Διάγνωση εγκυμοσύνης.....
- Ποιες είναι οι πιθανότητες εγκυμοσύνης;.....
 - Γιατί είναι τόσο μεγάλα τα ποσοστά αποτυχίας;.....
10. Η μέθοδος GIFT και η άγνωστης αιτιολογίας Στειρότητα.....
11. Τράπεζα σπέρματος και σπερματέγχυση με σπέρμα Δότη.....
- Τι είναι οι τράπεζες σπέρματος;.....
 - Πότε χρησιμοποιούμε συντηρημένο σε τράπεζα σπέρμα;
12. Υιοθεσία.....
- Ποια είναι τα συναισθηματικά προβλήματα;.....
 - Τι συμβαίνει με το παιδί;.....
 - Πώς ξεκινάει κανείς προκειμένου να υιοθετήσει;.....
13. Δανεισμός μήτρας.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

- A) Νοσηλευτικές επισημάνσεις, Αναπαραγωγή και Σεξουαλική Λειτουργία.....
- ❖ Οικογενειακός προγραμματισμός.....
 - ❖ Μέτρα για την ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας.....
- B) Εξέλιξη του Δημογραφικού προβλήματος.....
- Δυσοίωνες οι προβλέψεις για το μέλλον.....
 - Τι συμβαίνει στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης;.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

- Ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα των Τρόπων Αντιμετώπισης της Στειρότητας.....
- Ηθικά διλήμματα της τεχνητής γονιμοποίησης.....
 - Ηθικά διλήμματα της εξωσωματικής Γονιμοποίησης.....
 - Δημιουργούν οι σπερματεγχύσεις δεοντολογικά Και νομικά προβλήματα;.....
 - Μπορούμε να εκτελέσουμε σπερματέγχυση σε Άγαμες μητέρες;.....
 - Η εκτέλεση της ομόλογης σπερματέγχυσης είναι

Μόνιμη;.....

Βρίσκεται σε μειονεκτική θέση το παιδί που

Γεννιέται με τεχνητή σπερματέγχυση με σπέρμα

Δότη;.....

Βρίσκεται σε μειονεκτική θέση το παιδί που γεννιέται

Με τεχνητή γονιμοποίηση.....

Είναι κοινωνικά και συναισθηματικά αποδεκτή η
σπερματέγχυση με σπέρμα δότη;.....

Θα αγαπάει ο σύντροφός μου το παιδί που έκανα με

Σπέρμα δότη;.....

Θα πρέπει πρώτα να εξετασθεί η γονιμότητα της

Γυναίκας;.....

Τι πρόβλημα παρουσιάζει ο δανεισμός μήτρας;.....

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΙ ΟΔΥΝΕΣ ΜΟΥ

Τις πιο αβάσταχτες οδύνες μου περνώ

όταν κυοφορώ με λαχτάρα

τους τοκετούς των δακρύων

που δεν έρχονται ποτέ τους.

Ανδρέα Χρ. Καρπή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να ενημερώσει και να βοηθήσει τα νεαρά άτομα ν' αποκτήσουν υγιή παιδιά. Επίσης αποσκοπεί στο να καθοδηγήσει τις γυναίκες να αποφεύγουν τις εκτρώσεις, που οδηγούν σίγουρα στη στειρώση, καθώς και να συμβουλευσει τα άτεκνα ζευγάρια για τις εναλλακτικές λύσεις απόκτησης ενός παιδιού.

Στα άτεκνα αυτά ζευγάρια βλέπει κανείς να ξετυλίγονται μπροστά του όλα τα ανθρώπινα συναισθήματα της αγωνίας και του άγχους που προκαλεί η αναμονή μετά από της προσπάθεια, η απογοήτευση που έρχεται με τον ερχομό της ανεπιθύμητης εμμήνου ρήσης, την ενοχή απέναντι στον σύντροφό τους, την οικογένεια και πολλές φορές την ντροπή για το ότι αυτοί ακόμα δεν έχουν παιδί.

Βλέπει όμως κανείς στα ζευγάρια αυτά μια απεριγράπτη επιμονή και στις γυναίκες αυτές, για το ποθητό παιδί, ένα υπέρτατο θάρρος και αυταπάρνηση, όταν αποδέχονται την μακρόχρονη και δαπανηρή έρευνα και θεραπεία που πολλές φορές έρχεται μετά από μία σειρά χειρουργικών επεμβάσεων.

Τα άτεκνα ζευγάρια χρειάζονται από όλους συμπάρασταση, κατανόηση, βοήθεια και καθοδήγηση και αυτό αποσκοπεί να κάνει η εργασία αυτή.⁽¹⁾

M
E
P
O
N

I
P
Q
T
O



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Θα ήταν πολύ χρήσιμη, για εισαγωγή να κάνουμε μια πολύ σύντομη ιστορική αναδρομή στη δημογραφική εξέλιξη της Ελλάδας, θα μπορούσε να έχει σαν αφητηρία την περίοδο του «Χρυσού αιώνα» των Αθηνών.

Κατά την εποχή του Περικλέους, το σύνολο των Ελλήνων που βρισκόντουσαν μέσα και έξω από τον ελληνικό χώρο, ανέρχονταν σε 5 περίπου εκατομμύρια. Ο πληθυσμός αυτός για διάφορους σοβαρούς λόγους(όπως εσωτερικοί και εξωτερικοί πόλεμοι, η ρωμαϊκή υποδούλωση, οι εξανδροτισμοί και οι μεταναστεύσεις) μειώνεται σε 3 εκατομμύρια κατά την εποχή του Καίσαρα Αυγούστου (63π.Χ -14μ.Χ).

Τα αριθμητικά αυτά δεδομένα προέκυψαν από την γνωστή στην ιστορία απογραφή της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Εικοσιπέντε ολόκληρους αιώνες υστέρα από την εποχή του Περικλέους, δηλαδή του 1920μ.Χ βρισκουμε τον πληθυσμό της χώρας μας στα ίδια επίπεδα(5.016.889 εκατομ.)

Η πρώτη απογραφή του ελληνικού πληθυσμού(έτος 1828) έδειξε ότι ο πληθυσμός της χώρας κατά την εποχή εκείνη ήταν 753.400 άτομα. Με βάση τον αριθμό αυτό, υπολογίστηκε ο πληθυσμός της χώρας κατά το 1821 ήταν 938.765 άτομα. Η διαφορά που εμφανίζεται ανάμεσα στις δύο παραπάνω χρονολογίες οφείλεται στις απώλειες της Ελλάδας σε έμψυχο υλικό λόγω του αγώνα.

Κατά το έτος 1861, δηλαδή σαράντα χρόνια μετά την επανάσταση του 1821, ο πληθυσμός της Ελλάδος ανήλθε σε 1.096.810 άτομα και μετά την εξηκονταετία που ακολούθησε (1861-1920), ανήλθε σε 5.016.890 άτομα. Η αύξηση αυτή οφείλεται περισσότερο στη βαθμιαία προσάρτηση στη χώρα των ελληνικών γεωγραφικών διαμερισμάτων(νησιά του Ιονίου, Θεσσαλία, Ήπειρος, Μακεδονία, Νησιά Αιγαίου, Κρήτη, Ανατολική και Δυτική Θράκη, Νησιά Ίμβρου και Τενέδου) και πολύ λιγότερο στην ετήσια πραγματική φυσική αύξηση.⁽²⁾

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 1928, ο πληθυσμός της χώρας ανήλθε σε 6.204.684 άτομα, δηλαδή κατά τη χρονική περίοδο

1920-1928 παρατηρείται αύξηση του πληθυσμού κατά 1.187.794 άτομα και ρυθμός μέσης ετήσιας αύξησης 3% περίπου.

Η απογραφή του έτους 1940 έδειξε ότι ο πληθυσμός της χώρας ανήλθε σε 7.344.852 άτομα. Δηλαδή κατά την περίοδο 1928-1940, παρατηρήθηκε αύξηση του πληθυσμού μας κατά 1.140.168 άτομα (ποσοστό αύξησης 18,38% και ρυθμός μέσης ετήσιας αύξησης 1,5%).

Η ομαλή εξέλιξη του ρυθμού της μέσης ετήσιας αύξησης κατά την περίοδο 1928-1940, παρά την παγκόσμια οικονομική κρίση, οφειλόταν σε υψηλό ποσοστό γεννήσεων και χαμηλή θνησιμότητα. Η περίοδος αυτή παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό γονιμότητας για τη χώρα μας σε όλη τη διάρκεια της νεότερης ιστορίας της.

Κατά τη χρονική περίοδο 1940-1951, έχουμε περιορισμένη αύξησης του ελληνικού πληθυσμού λόγω των πολεμικών περιπετειών της περιόδου αυτής και κυρίως του μεγάλου λιμού ένεκα της ξενικής κατοχής. Κατά την παραπάνω περίοδο, στη χώρα μας παρατηρήθηκε αύξηση κατά 287.941 άτομα. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι στην αύξηση αυτή έχει συμπεριληφθεί και ο πληθυσμός της Δωδεκανήσου, λόγω της προσάρτησής της στη χώρα (1947), ο οποίος ήταν 121.480 άτομα. Οι απώλειες ανθρώπινων υπάρξεων που σημειώθηκαν κατά την περίοδο 1940-1949, υπολογίζεται σε 600 άτομα περίπου και το πιθανό έλλειμμα γεννήσεων σε 240.000 άτομα.

Κατά την απογραφή του 1961 ο πληθυσμός της χώρας ανήλθε σε 8.388.553 άτομα, δηλαδή σημειώθηκε κατά την δεκαετία 1951-1961, αύξηση κατά 755.752 άτομα και ρυθμός μέσης ετήσιας αύξησης 0,99%, παρά τη βαθμιαία έξαρση της μετανάστευσης προς το εσωτερικό.

Με την απογραφή του 1971, ο πληθυσμός ανήλθε σε 8.768.641 άτομα δηλαδή κατά την περίοδο 1961-1971 σημειώθηκε αύξηση κατά 379.089 άτομα και ρυθμός μέσης ετήσιας μεταβολής 0,45%.

Το ποσοστό αυτό ασυνήθιστα χαμηλό για τη χώρα μας, σε περίοδο ειρήνης, και σπάνιο φαινόμενο συγκριτικά με τα διεθνή επίπεδα, οφείλεται δε κυρίως, στην έξαρση της μετανάστευσης στο εξωτερικό και λιγότερο στη μείωση της γεννητικότητας.

Για την έξαρση αυτή της μετανάστευσης αρκεί να αναφερθεί ότι κατά την περίοδο 1960-1971, το σύνολο των ατόμων που μετανάστευσαν ανήλθε σε 1.677.192 άτομα, από τα οποία 60% είναι άρρενες και το 40% θήλειες. (2)

Το ποσοστό των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας που μετανάστευσε καλύπτει το 90% των γυναικών.

Με την απογραφή του 1981 ο πληθυσμός ανήλθε σε 9.740.417 άτομα, κατά την περίοδο 1971-1981 σημειώθηκε αύξηση 971.776 άτομα και δείκτης φυσικής αύξησης ήταν 0,56%.

Η αύξηση αυτή οφείλεται σε μεγάλο αριθμό παλινοστούντων και αλλοδαπών.

Στην απογραφή 1991, ο πληθυσμός ανήλθε σε 10.259.900 άτομα κατά την περίοδο 1981-1991 σημειώθηκε αύξηση 519483 άτομα και δείκτης φυσικής αύξησης 0,07%(δίχως να υπολογιστούν οι παλινοστούντες και αλλοδαποί. (2)

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ

Μια πληθυσμιακή πυραμίδα είναι η γραφική παράσταση του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία. Στην πυραμίδα ηλικιών φαίνεται αποτυπωμένη ολόκληρη η δημογραφική ιστορία ενός πληθυσμού εφόσον δείχνει σε μια ορισμένη στιγμή, τις σχέσεις των μεγεθών των επιζώντων κάθε γενιάς. Έτσι παρατηρούμε πολλές γεννήσεις διογκώνουν τη βάση της πυραμίδας, οι θάνατοι αναιρούν ανθρώπους από όλα τα ορθογώνια και κυρίως από την κορυφή της πυραμίδας, η μετανάστευση δημιουργεί μείωση στα ορθογώνια και κυρίως σε εκείνα που αναφέρονται στον ενεργό πληθυσμό και τέλος οι θάνατοι αφήνουν τα σημάδια τους στην πυραμίδα και κυρίως στα ορθογώνια της νεότητας.

Η πυραμίδα ηλικιών σχηματίζεται από οριζόντιες στήλες το μήκος των οποίων αντιστοιχούν στο ποσοστό(ή το μέγεθος σε απόλυτους αριθμούς) κάθε ομάδας ηλικιών χωριστά για κάθε φύλο. Στον κάθετο άξονα τοποθετούν τις ηλικίες(συνήθως σε 5ετής ομάδες ηλικιών). (2)

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.

Ο όρος φυσιολογική γονιμότητα αναφέρεται στη βιολογική αναπαραγωγική ικανότητα του ανθρώπινου πληθυσμού. Αντίθετα η έλλειψη τέτοιας ικανότητας; Καλείται στειρότητα ή φυσιολογική αγωνία.

Ο όρος αναπαραγωγικότητα αναφέρεται στην αντικατάσταση του πληθυσμού, δηλαδή στον αριθμό γεννήσεων θηλέων (ή αντίστοιχα αρρένων) ανά γενεά γυναικών(ή ανδρών), που θα επαρκούν για να εξασφαλίσουν ανάπλαση του μελετώμενου πληθυσμού ή όχι.

Όρος Γεννητικότητας και Αδρός συντελεστής Γεννητικότητας.

Γεννητικότητα:

Γεννητικότητα (ονομάζεται επίσης Αδρός συντελεστής Γεννητικότητας) υποδεικνύει τον αριθμό γεννήσεων ζώντων ανά 1000 κατοίκους σε ένα δεδομένο χρόνο(υπολογιζόμενος πληθυσμός στο μέσο του έτους που είναι 30 Ιουνίου). Οι γεννήσεις είναι ένα μόνο στοιχείο της αλλαγής του πληθυσμού και αδρός συντελεστής γεννητικότητας δε θα πρέπει να συγχέεται με τον συντελεστή φυσικής ανάπτυξης, ο οποίος περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία της αλλαγής(γεννήσεις, θάνατοι, μετανάστευση).Πρόκειται για συντελεστή μικρής αξιοπιστίας εφόσον στον παρανομαστή περιλαμβάνονται άτομα που δεν συμμετέχουν στην αύξηση ή μείωση των γεννήσεων(παιδιά, γυναίκες μεγάλης ηλικίας) αλλά ο συντελεστής χρησιμοποιείται ευρύτατα.

Ο αριθμός των γεννήσεων στην Ελλάδα καθώς και η αναλογία των γεννήσεων σε πληθυσμούς 1000 ατόμων ακολούθησε και πριν από τον τελευταίο πόλεμο ακόμα φθίνουσα εξέλιξη, ενώ το 1931 επί 1000 ατόμων ⁽²⁾

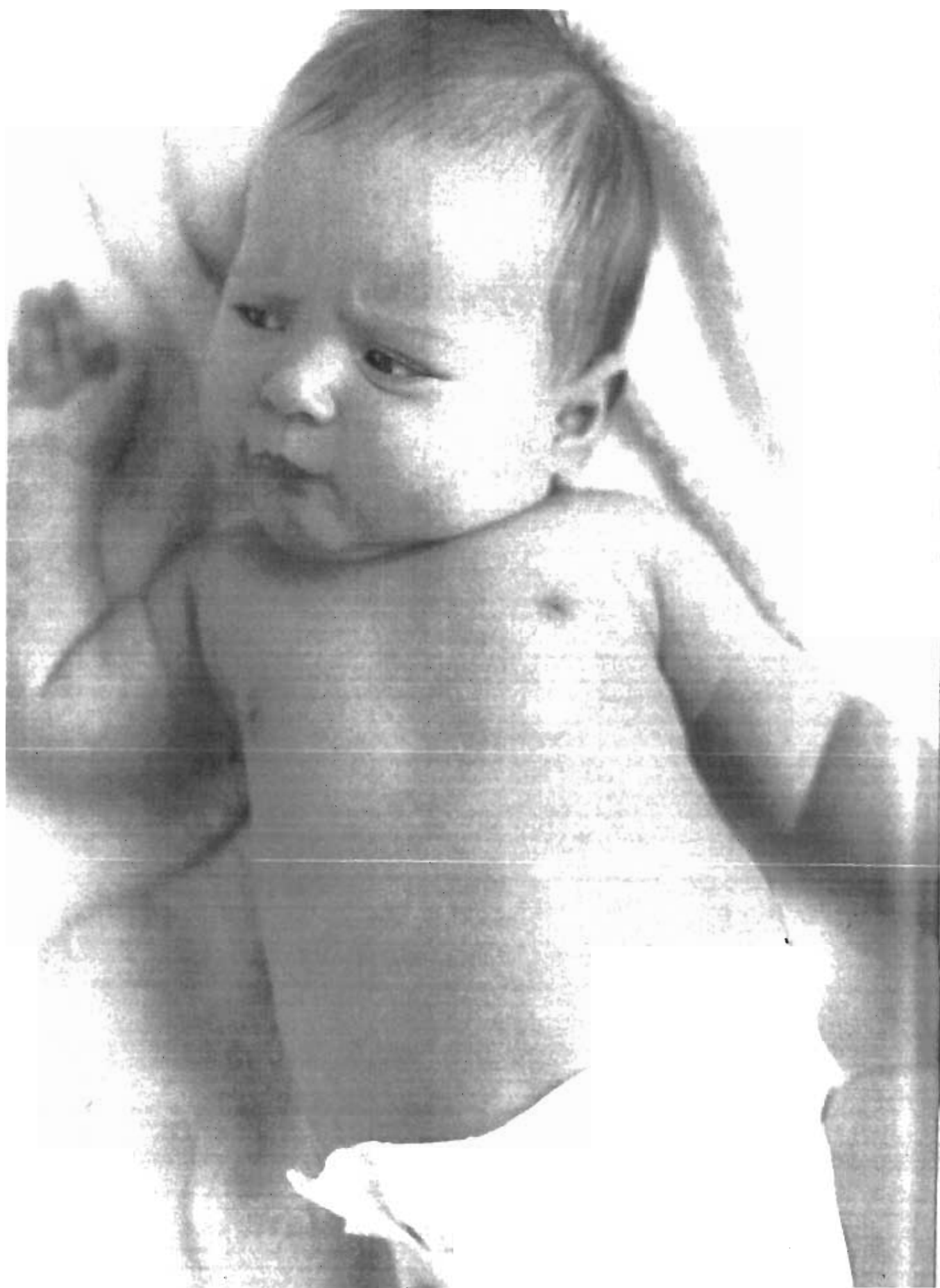
ήταν 30,83 το 1937 ήταν 27,87, το 1940 ήταν 24,53 μετά τον πόλεμο η γεννητικότητα συνέχισε πτώση και φθίνουμε στο σημερινό δεδομένο το 14,48 που είναι σήμερα(1981). (2)

Συντελεστής γενικής γονιμότητας.

Ο Συντελεστής γονιμότητας είναι ο αριθμός γεννηθέντων ζώντων ανά 100 γυναίκες προς τον αριθμό των γυναικών που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία(15-49) κατά την διάρκεια του έτους.

Το ποσοστό της γενικής γονιμότητας αποτελεί μια σημαντική βελτίωση του αδρού συντελεστή γονιμότητας, χωρίς όμως να μας δίνει και το ακριβές μέτρο, γιατί ο πληθυσμός των γυναικών στις γόνιμες ηλικίες δεν είναι πάντοτε ο ίδιος, οι δε γυναίκες δεν τεκνοποιούν εξίσου σε όλες τις γόνιμες ηλικίες.

Για να μετρηθεί καλύτερα η γονιμότητα μιας χώρας , είναι απαραίτητο να μετρηθεί η γονιμότητα των γυναικών σε κάθε ηλικία, δηλαδή σε πόσες γεννήσεις αντιστοιχούν σε κάθε ηλικία γυναικών οι οποίες βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία. Αυτός ο δείκτης λέγεται ειδική κατά φύλο γονιμότητα.(2)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η γεννητικότητα είναι ένα θέμα αρκετά δύσκολο, αλλά και περίπλοκο, γιατί για τη διαμόρφωσή του υπεισέρχονται πολλοί παράγοντες, κοινωνικοί, πολιτιστικοί αλλά και πολιτικοί. Για παράδειγμα οι συντηρητικές, φιλελεύθερες ιδέες του κόμματος που κυβερνάει καθρεφτίζοντας πάνω στον τρόπο που αντιμετωπίζει τη γεννητικότητα.

Εάν ακόμα εξετάσουμε τις αγροτικές κοινωνίες, θα δούμε ότι είναι πατροπαράδοτη η τάση για υψηλά ποσοστά γεννητικότητας και θανάτων. Τούτη η πολυτεκνία στην επαρχία υπαγορεύεται από την επιθυμία των γονέων να αποκτήσουν πολλά παιδιά και μάλιστα αγόρια, που θα τα χρησιμοποιήσουν στις σκληρές εργασίες της υπαίθρου, ενώ ταυτόχρονα θα αποτελέσουν εγγύηση για τα γηρατειά και τις αρρώστιες. Ένας άλλος λόγος εξίσου σοβαρός ξεκινάει από την αντίληψη πως όσα περισσότερα παιδιά γεννήσει μια γυναίκα τόσο πιο «προκομμένη» είναι, τόσο περισσότερο καταξιώνεται στους κόλπους της οικογένειας και της κοινωνίας.

Εξάλλου εκεί όπου η θνησιμότητα των παιδιών είναι υψηλή, παρατηρείται μια τάση εκ μέρους των ζευγαριών για απόκτηση περισσότερων παιδιών. Με τη βελτίωση της δημόσιας υγείας παρατηρείται ελάττωση του ποσοστού θανάτων μεγαλύτερη από την ελάττωση του ποσοστού γεννήσεων. Η μείωση του ποσοστού των θανάτων δε συνοδεύεται με παράλληλη ελάττωση του αριθμού των γεννήσεων. Το ποσοστό των γεννήσεων τείνει να ελαττωθεί με την αύξηση της αστυφιλίας που συνεπάγεται τη σταδιακή ανάπτυξη της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των πολιτών. ⁽⁴⁾



Εκπαίδευση και νομική θέση της γυναίκας.

Η εκπαίδευση των γυναικών επηρεάζει αναμφίβολα τη γεννητικότητα. Θέλω να πω μ' αυτό πως μια μορφωμένη γυναίκα προσανατολίζεται και σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, διεκδικεί ίσα δικαιώματα, ίσες ευκαιρίες με το ισχυρό φύλο, ζητάει νομική κατοχύρωση στις διεκδικήσεις της.

Αν θυμηθεί κανείς τις παλιότερες εποχές, θα διαπιστώσει με κατάπληξη πως τη γυναίκα τη θεωρούσαν υποδεέστερο πράγμα από τον άνδρα, που διεκδικούσε το δικαίωμα ζωής και θανάτου πάνω της. Αντίθετα σήμερα βλέπουμε με χαρά πως η γυναίκα εξισώθηκε πέρα για πέρα με τον άντρα και είναι αστείο να μιλάμε για αφέντη και δούλα.



Οικονομία και κοινωνικές τάξεις.

Η οικονομία και κοινωνική τάξη, στην οποία ανήκουν τα ζευγάρια επηρεάζουν άμεσα τη γεννητικότητα. Θα περίμενε κανείς οι πλούσιες οικογένειες φυσιολογικά να έχουν πολλά παιδιά και οι φτωχές λίγα. Αλλά συμβαίνει το αντίθετο. Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι οι φτωχές οικογένειες δεν έχουν τον απαραίτητο χρόνο και τη δυνατότητα να ενημερωθούν πάνω στα θέματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Αντίθετα οι ανεξάρτητες οικονομικά τάξεις έχουν ξεπεράσει το πρόβλημα της γεννητικότητας, είτε με τη λιγογονία, είτε με την υιοθεσία και μάλιστα με άριστα αποτελέσματα.



Πολιτιστικά πρότυπα

Παλιότερα στην Ελλάδα ο προορισμός του κοριτσιού ήταν να παντρευτεί σε μικρή ηλικία, για να δημιουργήσει μια ευτυχημένη οικογένεια με πολλά παιδιά. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όμως, το ποσοστό των γυναικών που τελείωσαν τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα ⁽⁴⁾

αυξήθηκε σημαντικά. Τότε ήταν που άρχισε η γυναίκα να εξομοιώνεται με τον άντρα με αποτέλεσμα να γίνεται οικονομικά ανεξάρτητη και να μη θέλει πλέον τη μεγάλη οικογένεια.

Στην Ελλάδα σήμερα για κάθε οικογένεια αντιστοιχούν 2,6 παιδιά στις μεγάλες πόλεις και 2,9 παιδιά στην ύπαιθρο. (Μελέτη των Βαλαώρα , Πολυχρονόπουλου και Τριχόπουλου το 1963 – 1963).

❖ Διαθεσιμότητα των αντισυλληπτικών.

Η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα αντισυλληπτικά και τις υπηρεσίες διαφώτισης, κλινικές κτλ. είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει άμεσα τη γεννητικότητα. Αυτό το διαπιστώνει ο καθένας σε χώρες και λαούς, όπου δε γίνεται καμία πληροφόρηση γύρω από τα αντισυλληπτικά. Οι ανορθόδοξοι τρόποι αμβλώσεων, που δίνουν διέξοδο στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, μικρές μητέρες και οι υπέρμετρα πολυμελείς οικογένειες είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των υπανάπτυκτων λαών.

❖ Κυβερνητική Πολιτική.

Η πολιτική της εκάστοτε Κυβέρνησης είναι η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας με κάθε τρόπο. Αυτό προκύπτει από τα μέτρα που παίρνει κάθε φορά για την προστασία του γάμου, της μητρότητας, της εργαζόμενης μητέρας καθώς και από τις φορολογικές απαλλαγές και τα ειδικά επιδόματα που θεσπίζει.

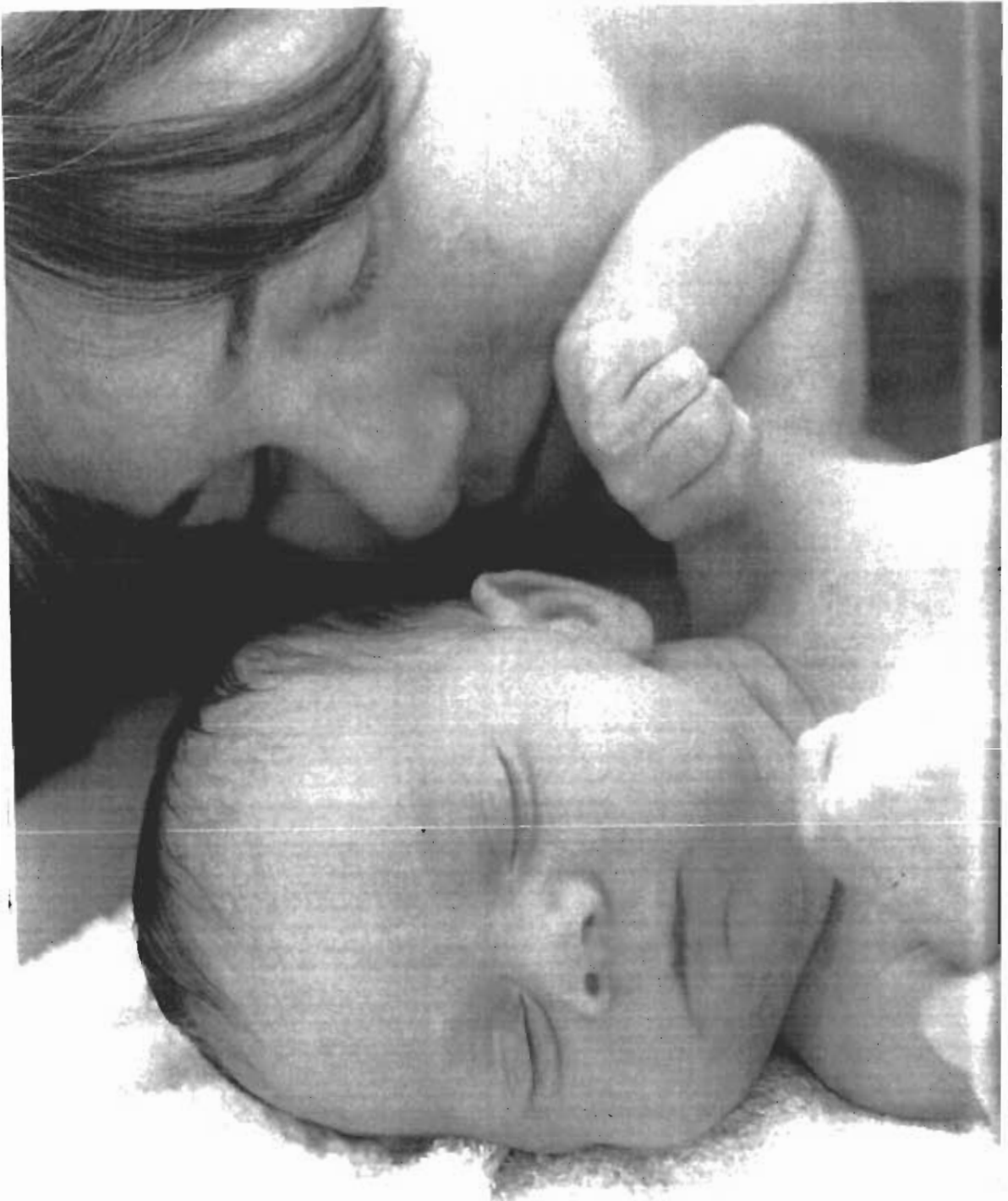
Για παράδειγμα στη Γαλλία η Κυβέρνηση τάχτηκε υπέρ της αυξήσεως του μεγέθους της οικογένειας. Αντίθετα στην Ινδία η Κυβέρνηση προσπάθησε να αποθαρρύνει το γρήγορο ρυθμό τεκνοποίησης. Στην Κίνα γίνεται διαφώτιση σε ευρεία κλίμακα και δίνονται ελεύθερα τα αντισυλληπτικά, ώστε να αναχαιτιστεί η πολυτεκνία, που μαστίζει τη χώρα ⁽⁴⁾

Διαπιστώνουμε λοιπόν , μετά τα παραπάνω παραδείγματα, πως όπου υπάρχει υπογεννητικότητα, παίρνονται μέτρα απ' την Πολιτεία για την

ενθάρρυνση της αναπαραγωγικότητας, ενώ, όπου ο ρυθμός της τεκνοποίησης είναι πολύ γρήγορος, παίρνονται μέτρα για την ανάσχεση της γεννητικότητας. (4)

M
E
P
O
Z

A
E
Y
T
E
P
O



Libero

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30

ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ

Α) Το Γεννητικό Σύστημα του Άνδρα.

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από τρία μέρη: τους **δύο όρχεις** (γεννητικούς αδένες) από τους οποίους παράγεται το σπέρμα, την **εκφορητική οδό**, που καταλήγει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας(επιδιδυμίδα, σπερματικός πόρος, σπερματοδόχος κύστη και εκσπερματικός πόρος) και το **πέος**(σηραγγώδη σώματα και ουρήθρα με τους αδένες της δηλαδή τον προστάτη και τους βολβοουρηθραίους ή του Cowper).

Οι όρχεις είναι δύο μικτοί αδένες. Η έσω έκκρισή τους είναι οι ανδρικοί ορμόνες και οι έξω έκκρισή τους τα σπερματοζωάρια. Κάθε όρχις αποτελείται από τον **ιδίως όρχι** και την **επιδιδυμίδα**.

Οι χιτώνες που περιβάλλουν τον όρχι, από έξω προς τα μέσα είναι ο εξής: το **όσχεο**, ο **δαρτός χιτώνας**, η **κρεμαστήρια περιτονία(cowper)**,ο **έξω κρεμαστήρας μυς**, ο **κοινός ελυτροειδής** και ο **ίδιος ο ελυτροειδής χιτώνας**.

Το **όσχεο**(τελείως εξωτερικός χιτώνας) αποτελεί δερματικό σχηματισμό με χαρακτηριστικά τις πολλές εγκάρσιες πτυχές του, το ιδιαίτερο σκούρο χρώμα του(μεγάλη ποσότητα μελανίνης) και μια οβελιαία μέση ραφή (5)

που εσωτερικά αντιστοιχεί στο διάφραγμα του.

Οι πολλές εγκάρσιες πτυχές(ρυτίδες)του όσχεου οφείλονται στη στενή επαφή του με τον αμέσως από κάτω **δαρτό χιτώννα** ο οποίος έχει ινομυώδη σύσταση(λείες μυϊκές ίνες)και ο οποίος συνδέεται προς τα επάνω με την επιπολής κοιλιακή περιτονία, προς τα κάτω δε(πίσω) με την επιπολής περιτονία του περινέου.

Η κρεμαστήρια περιτονία(cowper)είναι συνέχεια της περιτονίας του έξω λοξού και αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό.

Ο έξω κρεμαστήρας μυς είναι η συνέχεια του έξω κρεμαστήρα μυ του σπερματικού τόνου και εκφύεται, αφ' ενός μεν από το ηβικό φύμα, αφετέρου δε από τις ίνες του έσω λοξού και του εγκάρσιου κοιλιακού μυ.

Όταν ο μυς αυτός συσπάται τραβά προς 6^α επάνω ολόκληρο τον όρχι και διευκολύνει τη διοχέτευση του σπέρματος από αυτόν. Νευρώνεται από το έξω σπερματικό νεύρο.

Με τον έξω κρεμαστήρα συνάπτεται από μέσα **ο κοινός ελυτροειδής χιτώννας**, ο οποίος είναι συνέχεις του κοινού ελύτρου του σπερματικού τόνου.

Ο ίδιος ελυτροειδής χιτώννας προέρχεται από τον ελυτροειδή θύλακο και αποτελείται από δύο πέταλα, το **περίτονο** και το **περισπλάγγνιο** που περιβάλλει σχεδόν ολόκληρο τον όρχι. Άθροιση μεγάλης ποσότητας υγρού στο χιτώννα αυτό δημιουργεί την **υδροκήλη**.

Στη μέση που βρίσκονται οι όρχεις μέσα στο όσχεο, κρέμονται από το **σπερματικό τόνο**(σπερματικός πόρος και αγγεία), συνήθως ο αριστερός χαμηλότερα του δεξιού.

Κάθε όρχις έχει μέγεθος καρυδιού και παρουσιάζει **δύο άκρα(πόλους)**, τον άνω και τον κάτω, **δύο επιφάνειες**, την έσω και την έξω και **δύο χείλη**, το πρόσθιο και το οπίσθιο. Το βάρος κάθε όρχι είναι 15-20 γραμ.

Το άνω άκρο του όρχι συνδέεται με την κεφαλή της επιδιδυμίδας και φέρει συνήθως μικρή υδατίδα κύστη, την **ορχική(morgani)** ενώ το κάτω συνάπτεται στο όσχεο με τον **οσχεικό σύνδεσμο**. Η έξω επιφάνεια του όρχι χωρίζεται από την επιδιδυμίδα με τον **επιδιδυμικό κόλπο** άνω στο οπίσθιο χείλος του δημιουργείται, από την ανάκαμψη του περισπλάγγνιου (5)

πετάλου του ορογόνου χιτώνα, μια πτυχή το μεσόρχιο, από την οποία μπαίνουν στον όρχι τα αγγεία του(σημείο συστροφής των αγγείων).

Το σημείο εισόδου των αγγείων(και του συνδετικού ιστού) στον όρχι σχηματίζει μια διάτρητη περιοχή στον ινώδη χιτώνα του, τριγωνικού σχήματος, που λέγεται μεσαύλιο του όρχι ή ιγμόρειο σώμα.

Η ινώδης ουσία(ινώδης χιτώνας) του όρχι τον περιβάλλει τελείως και είναι συμπαγής. Από το ιγμόρειο σώμα του εκπορεύονται ινώδη πέταλα τα **διαφραγμάτια του όρχι** τα οποία έχουν ακτινοειδή διάταξη και καταλήγουν πάλι, περιφερικά στον ινώδη χιτώνα.

Έτσι σχηματίζονται στον εσωτερικό της ορχικής ουσίας διαμερίσματα, με την κορυφή στραμμένη στο ιγμόρειο σώμα, μέσα στα οποία βρίσκονται **250-300 ορχικά λόβια** που αποτελούνται από **σπερματικά σωληνάρια**.

Σε κάθε λόβιο υπάρχουν 3-4 σπερματικά σωληνάρια, συνολικού μήκους 70-80 εκατοστά τα οποία έχουν πορεία ελικοειδή(**εσπειραμένα**) στο μεγαλύτερο τμήμα τους, όσο πλησιάζουν προς το ιγμόρειο σώμα, ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το **ευθύ σπερματικό σωληνάριο** που μπαίνει στο ιγμόρειο σώμα, συνδέεται (αναστομώνεται) με τα άλλα ευθεία και σχηματίζει το **δίκτυο του Haler(Αλλήρειο δίκτυο)** το οποίο γεμίζει τις δοκίδες του ιγμορείου σώματος. Από το δίκτυο αυτό φεύγουν εκφορητικά σωληνάρια(πόροι) που, τελικά, βγαίνουν από τον ιδίως όρχι και σχηματίζουν την κεφαλή της επιδιδυμίδας. Όλο το δίκτυο αυτό αποτελεί εκφορητικό και αθροιστικό σχηματισμό του σπέρματος, η παραγωγή του οποίου γίνεται μέσα στα σωληνάρια(εσπειραμένα). (5)

Το τοίχωμα του σπερματικού σωληναρίου αποτελείται εξωτερικά μεν από ένα **βασικό υμένα** με κύριο συστατικό ελαστικές ίνες, εσωτερικά δε από επιθήλιο με δύο είδη κυττάρων, τα **σπερμογόνα**(ή σπερμιογόνα) και τα βασικά ή **κύτταρα του Sertoli**.

Τα Σερτόλεια κύτταρα παρουσιάζουν εντυπώματα μέσα στα οποία είναι εμπηγμένες οι κεφαλές των νέων σπερματοζωαρίων τα οποία διατρέφονται από λιποκοκκία που περικλείονται στο εσωτερικό των κυττάρων αυτών. (5)

Τα σπερματογόνα κύτταρα του επιθηλίου του σπερματικού σωληναρίου, διακρίνονται σε τρεις στιβάδες, από έξω προς το εσωτερικό του σωληναρίου. **Τα σπερμογόνια, τα σπερμοκύτταρα και τις σπερματίδες.** Από τις τελευταίες αυτές παράγονται δια μεταπλάσεως, τα σπερματοζωάρια.

Η όλη αυτή εξέλιξη διαδραματίζεται μέσα στα εσπειραμένα σπερματικά σωληνάρια, δεδομένου ότι στα ευθέα σπερματικά σωληνάρια και το δύκτιο του Haller σπερματικά κύτταρα δεν υπάρχουν.

Μεταξύ των σπερματικών σωληναρίων υπάρχει η διάμεση **ουσία του όρχι** που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και διάμεσα **ορχικά κύτταρα του Leyding** τα οποία παράγουν τις ανδρικές γεννητικές ορμόνες(τεστοστερόνη).

Το ανθρώπινο σπέρμα διακρίνεται σε **αμιγές και μεικτό** ή εκσπερμάτισμα. Το αμιγές σπέρμα υπάρχει μόνο στον όρχι και την επιδιδυμίδα και αποτελείται από σπερματοζωάρια και μικρή ποσότητα υγρού ενώ το εκσπερμάτισμα, εκτός αυτών, περιέχει και έκκριμα από τους όρχεις, την επιδιδυμίδα, τις σπερματοδόχους κύστεις, τον προστάτη και τους αδένες του Cowper (βουλβοουρηθραίους) και του Littre(ουρηθραίους).

Κάθε σπερματοζωάριο αποτελείται από την **κεφαλή, τον αυχένα** και **την ουρά** η οποία και το κινεί ολόκληρο.

Σε κάθε εκσπερμάτιση βγαίνουν από τους όρχεις 2-300 εκατομμύρια σπερματοζωάρια, συνολικού όγκου περίπου 3,5 κυβ.εκατ.

Η επιδιδυμίδα είναι σχηματισμός, μηνοειδούς μορφής, του οποίου το κοίλο τμήμα συνδέεται με το άνω άκρο και το πίσω χείλος του όρχι. Κάθε επιδιδυμίδα έχει τρία τμήματα **την κεφαλή, το σώμα(μέσο)** και την **ουρά**.

Η κεφαλή της επιδιδυμίδας αποτελείται από 5-13 λοβία και συνδετικό ιστό. Τα λοβία αυτά έχουν σχήμα κώνου του οποίου η κορυφή αντιστοιχεί στο ιγμόρειο σώμα όπου διαμέσου εκφορητικών σωληναρίων, συνδέονται με το δίκτυο του Haller. Τα σωληνάρια αυτά μετά μια ελικοειδή πορεία, συνενώνονται και σχηματίζουν τον **πόρο της επιδιδυμίδας** ο οποίος πορεύεται στο πίσω χείλος του όρχι μέσα σε ένα αυλάκι που λέγεται **κόλπος της επιδιδυμίδας**.

Το σώμα και η ουρά της επιδιδυμίδας σχηματίζονται από τον πόρο της ο οποίος εκτός από τη μεταφορά του σπέρματος, παράγει και έκκριμα που χρησιμεύει στη θρέψη των σπερματοζωαρίων. (5)

Ο όρχις και η επιδιδυμίδα αιματώνονται από τη **έσω σπερματική αρτηρία** ενώ οι φλέβες του όρχι (έσω σπερματική) και της επιδιδυμίδας (επιδιδυμική) αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το **σπερματικό πλέγμα**. Όταν οι σπερματικές φλέβες διογκωθούν από τη στάση αίματος δημιουργείται **κιρσοκήλη**.

Οι όρχις είναι δυνατό να λείπουν τελείως (**ανορχία**) ή να λείπει ο ένας μόνο (**μοναρχία**). Ανωμαλίες είναι δυνατό να παρατηρηθούν και ως προς τη θέση τους και είναι συγγενούς αιτιολογίας. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι η **αναστροφή** (όρχις στο όσχεο αλλά όχι σε φυσιολογική θέση), η **εκτοπία** (όρχις εκτός κοιλιάς αλλά και εκτός οσχέου) και η **επίσχεση ή κρυφορχία** (όρχις μέσα στην κοιλιά).

Ο σπερματικός πόρος έχει μήκος 40-50 εκατοστά και είναι συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας. Ανάλογα με την περιοχή από την οποία περνά εμφανίζει πέντε μοίρες: **την ορχική, την τονική, τη βουβωνική, την πυελική και την κυστική**. Η τελευταία αυτή μοίρα είναι ανευρυσμένη και καλείται **σπερματική λήκυθος**. Το τοίχωμα του σπερματικού πόρου αποτελείται από **βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα, ισχυρό μυϊκό χιτώνα** που, όταν συστέλλεται, στέλνει το σπέρμα στην σπερματική λήκυθο και την σπερματοδόχο κύστη ως και από **συνδετικό ιστό**.

Κάθε **σπερματοδόχος κύστη** συνιστά εκκόλπωμα του έξω τοιχώματος της σύστοιχης σπερματικής ληκύθου και παράγει έκκριμα το οποίο αυξάνει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Οι σπερματοδόχοι κύστεις βρίσκονται ακριβώς πάνω από τον προστάτη και πίσω από την ουροδόχο κύστη.

Το κάτω άκρο τους ενώνεται με τις σπερματικές ληκύθους και σχηματίζονται οι **εκσπερματιστικοί πόροι**.

Ο **εκσπερματικός πόρος** έχει μήκος 2 εκ. και αποτελεί το τελικό τμήμα του εκφορητικού συστήματος του όρχι το οποίο, μέσα στη προστατική μάζα, εκβάλλει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας στα πλάγια του σπερματικού λοφιδίου. ⁽⁵⁾

Ο **σπερματικός τόνος**, από τον οποίο κρέμεται ο όρχις, είναι σύνθετο μόρφωμα πάχους μικρού δακτύλου και μήκους 15εκ. που καταλήγει στον άνω

πόλο του όρχι ενώ, προς τα πάνω περνά μέσα από το βουβωνικό πόρο μέχρι το ύψος του κοιλιακού του στομίου όπου και διαλύεται στα στοιχεία από τα οποία είχε συντεθεί. Διακρίνουμε κατά συνέπεια, δύο μοίρες του σπερματικού τόνου, την **οσχειϊκή** (κάθετο μάζα στο όσχεο) και τη **βουβωνική** (λοξή μάζα στο βουβωνικό πόρο).

Η οσχειϊκή μοίρα περιλαμβάνει **αγγεία** (ορχική αρτηρία, πρόσθιες και οπίσθιες σπερματικές φλέβες) **νεύρα** από το έσω σπερματικό πλέγμα, **λειές μυικές ίνες** (έσω κρεμαστήρας) και την **τονική μοίρα του σπερματικού πόρου**. Η μοίρα αυτή περιβάλλεται από έλυτρα (κρεμαστήρια περιτονία, έξω κρεμαστήρας, έσω κρεμαστήρας και κοινό έλυτρο).

Η βουβωνική μοίρα περιβάλλεται μόνο από το κοινό έλυτρο και σε μικρό τμήμα από τον έξω κρεμαστήρα μύ.

Το πέος είναι επίμηκες κυλινδρικό εξάρτημα που σχηματίζεται βασικά από τα δύο δικά του **σηραγγώδη σώματα** και το **σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας**. Εξωτερικά καλύπτεται από το δέρμα της **πόσθης**. Ένα τμήμα του πέους βρίσκεται στην περινεϊκή χώρα (**περινεϊκό τμήμα**) και το υπόλοιπο είναι ελεύθερο, μπροστά στην ηβική σύμφυση (**ελεύθερο τμήμα**). Το όριο μεταξύ των δύο αυτών τμημάτων του πέους είναι ο **σφενδοειδής σύνδεσμος**.

Το περινεϊκό τμήμα συνιστά τη **ρίζα** του πέους η οποία είναι στερεά κολλημένη στο ηβικό και ισχιακό οστόν με τα δύο πλάγια μέρη της τα σκέλη των σηραγγωδών σωμάτων του πέους, ανάμεσα στα οποία βρίσκεται ο βολβός του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας.

Το ελεύθερο τμήμα αποτελείται από τη βάλανο και το σώμα και σχηματίζει με το περινεϊκό τμήμα την πεικλή γωνία με το κυρτό προς τα πάνω. Η βάλανος έχει σχήμα ατελούς κώνου στην κορυφή του οποίου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας ενώ η βάση του παρουσιάζει κυκλικό προέχον χείλος τη στεφάνη της βαλάνου πίσω από την οποί υπάρχει η στεφανιαία αύλακα.

Η αύλακα αυτή στο κάτω μέρος της διακόπτεται από μια δερματική πτυχή το **χαλινό της ακροπροσθίας**, ο οποίος στα πλάγια φέρει τους δύο **βόθρους του χαλινού**. (5)

Το πέος περιβάλλεται από το δέρμα και την περιτονία του.

Μεταξύ δέρματος και περιτονίας βρίσκεται η υποδόρια φλέβα.

Το δέρμα του πέους(πρόσθη) είναι ελαστικό καλύπτει τελείως τα σηραγγώδη σώματα και τη βάλανο, με την οποία όμως δεν συμφύετε αλλά αφού την καλύψει ανακάμπτει κυκλικά προς τα πίσω 3χιλ. περίπου κάτω από τη στεφάνη της όπου συνάπτεται με τα σηραγγώδη σώματα τη δερματική επιφάνεια της βαλάνου και το χαλινό.

Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται γύρω από τη βάλανο μια δερματική θήκη ανοικτή προς τα επάνω η ακροπροσθία.

Όταν το άνοιγμα της ακροπροσθίας είναι στενό έχουμε τη φίμωση και όταν η ακροπροσθία γλιστρά και σφίγγετε πίσω από τη βάλανο έχουμε την παραφίμωση.

Η περιτονία του πέους είναι συνέχεια της επιφανειακής περιτονίας του περινέου.Με την περιτονία του πέους συνδέονται οι 2 σύνδεσμοι του ο σφενδοειδής που αποτελείται από ελαστικές ίνες και εκφύεται από την ηβική σύμφυση.

Οι αρτηρίες ου πέους διαιρούνται σε αυτές των περιβλημάτων και αρτηρίες των σηραγγωδών σωμάτων.

Οι πρώτες είναι κλάδοι της έξω αιδοϊκής και της έσω αιδοϊκής αρτηρίας.

Οι αρτηρίες των σηραγγωδών σωμάτων είναι κλάδοι της αρτηρίας τους πέους που προέρχεται από την έσω αιδοϊκή.

Από την αρτηρία αυτή εκφύονται : η **ραχιαία του πέους, η εν τω βάθει αρτηρία του πέους, η βολβική και η ουρηθραία.**

Οι φλέβες του πέους διακρίνονται σε **επιφανειακές και εν τω βάθει.**

Τα σηραγγώδη σώματα περιβάλλονται από **ινώδη χιτώνα** και από τον οποίο ξεκινούν **δοκίδες** που ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν **φλεβώδεις κόλπους και σήραγγες.** (5)

Οι σήραγγες αυτές στη διαδικασία της στύσης υποδέχονται αίμα από τις αρτηρίες των σηραγγωδών σωμάτων οπότε υπερπληρούνται ενώ συγχρόνως αποφράζεται η απαγωγός οδός από την αυξημένη πίεση των περιφερικών σηράγγων των σηραγγωδών σωμάτων στο σκληρό και ανένδοτο

ινώδη χιτώνα. Σύγχρονα η στύση υποβοηθείται από τη συστολή του **ισchioσηραγγώδους** και του **βολβοσηραγγώδους μυός**.

Η κυκλοφορία αυτή του αίματος μέσα στις σήραγγες κατά τη στύση και η παράκαμψη των σήραγγων όταν το πέος είναι σε χάλαση, γίνεται με την ύπαρξη στο μέσω χιτώνα των αρτηριών σήραγγωδών σωμάτων **παχύνσεων**, οι οποίες διογκώνονται στη χάλαση του πέους και φράζουν τον αυλό των αρτηριών ενώ αποπλατύνονται στη στύση.

Το πέος νευρώνεται από νωτιαία και φυτικά νεύρα.

Η πρόσθη νευρώνεται από το λαγοβουβωνικό και το ραχιαίο νεύρο του πέους από όπου νευρώνονται επίσης η ακροπροσθία και το δέρμα της βάλανου. Το ραχιαίο νεύρο του πέους αποτελεί τον τελικό κλάδο του αιδοϊκού νεύρου.

Τα σήραγγωδη σώματα του πέους νευρώνονται από συμπαθητικές ίνες και παρασυμπαθητικές.

Το νευρικό κέντρο της στύσης βρίσκεται στον τελικό κώνο του νωτιαίου μυελού.

Ο προστάτης αδένας είναι εξωκρινής αδένας που απαντάται μόνο στους άνδρες. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου του οποίου η μεν βάση βρίσκεται κάτω ακριβώς από την ουροδόχο κύστη η δε κορυφή στο ουρογεννητικό τρίγωνο. Ο προστάτης περιβάλλεται από την προστατική κάψα. Το πίσω τοίχωμα της κάψας σχηματίζεται από την ευθυπροστατική περιτονία τα δε πλάγια τοιχώματα της από την άνω περιτονία του ανελκτήρα πρωκτού.

Η πρόσθια επιφάνεια του προστάτη δεν καλύπτεται από κάψα αλλά έχει τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους και το αιδοϊκό φλεβικό πλέγμα(Santorini).

Μέσα στην προστατική μάζα είναι η προστατική μοίρα της ουρήθρας, προστατικός κόλπος, το σπερματικό λοφίδιο και οι δυο εκσπερματιστικοί πόροι. (5)

Η πίσω επιφάνεια παρουσιάζει στο μέσο της μια επιμήκη αύλακα, την αύλακα του προστάτη που διαιρεί τον αδένα σε δεξιό και αριστερό λοβό. Ο μέσος λοβός του προστάτη ο οποίος υπερτρέφεται συχνά σε ηλικιωμένους,

είναι η προέχουσα μέση ζώνη της βάσης του προστάτη, της οποίας τα όρια είναι δύο οβελιαίες αύλακες που βρίσκονται στην επιφάνεια του αδένου.

Η προστατική μάζα αποτελείται από ινομυώδη στρώμα και σωληνοκυψελωτούς αδένες, οι πόροι των οποίων καταλήγουν στην παραλοφίδια αύλακα της προστατικής ουρήθρας, στα πλάγια του σπερματικού λοφιδίου.

Το έκκριμα των προστατικών αδένων διεγείρει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Ο προστάτης αγγιώνεται από κλάδους των κάτω κυστικών και των μέσων **αιμορροϊδικών αρτηριών** και νευρώνεται από κλάδους του **υπογάστριου πλέγματος**.

Οι βολβοουρηθραίοι αδένες είναι δύο και βρίσκονται λίγο πιο πίσω από τη βολβική μοίρα της ουρήθρας. Ο εκφορητικός τους πόρος καταλήγει στη βολβική ουρήθρα όπου και μεταφέρει το έκκριμα των αδένων αυτών το οποίο **μεταβάλλει το όξινο περιβάλλον της ουρήθρας σε αλκαλικό για εκσπερμάτιση.** (5)

Β)ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από:

1. Τις δύο ωοθήκες
2. Τις δύο σάλπιγγες
3. Τη μήτρα
4. Τον κόλπο(κολεό) και
5. Το αιδοίο.

Οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα, ενώ το αιδοίο με τα στοιχεία που το απαρτίζουν το έξω γεννητικό όργανο.

- Τα επιμέρους στοιχεία του αιδοίου είναι:
- Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης
- Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου
- Τα μικρά χείλη του αιδοίου
- Η κλειτορίδα
- Ο πρόδρομος του κόλπου
- Οι βολβοί του προδρόμου
- Οι αδένες του προδρόμου ή αδένες του Bartholini. ⁽⁶⁾

Το εφηβαίο είναι τριγωνικό υποστρόγγυλο έπαρμα του δέρματος που εκτείνεται μέχρι την ηβική αύλακα , ενώ στα πλάγια αφορίζεται από τις αιδοιομηρικές αύλακες.

Τα μικρά και μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι δερματικές πτυχές που χωρίζονται μεταξύ τους με τις μεσοχειλικές αύλακες, ενώ το εσωτερικό των μικρών χειλιών περικλείει τον πρόδρομο του κόλπου από τον οποίο τα μικρά χείλη χωρίζονται με τις νυμφουμένικες αύλακες.

Η μεταξύ των μεγάλων χειλιών σχισμή καλείται αιδοϊκή σχισμή.

Τα μεγάλα χείλη συνδέονται με τον πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων πίσω δε με τον οπίσθιο.

Στο ύψος του οπίσθιου συνδέσμου των μεγάλων χειλέων βρίσκεται ο χαλινός των μικρών χειλέων του αιδοίου και η κοιλότητα του σκαφοειδούς βόθρου.

Η κλειτορίδα βρίσκεται μεταξύ των προσθίων άκρων των μικρών χειλέων και αποτελείται από στυτικό ιστό.

Έχει μήκος 5-6 εκατοστά και διαιρείται στα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

Τα σκέλη της κλειτορίδας εκφύονται από τους ηβοϊσχικούς κλάδους και ενώνονται μεταξύ τους στο ύψος της ηβικής σύμφυσης. Στο άκρο του σώματος βρίσκεται η βάλανος που καλύπτεται από πόσθη.

Τα σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας περιβάλλονται από ινώδη μεμβράνη.

Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας σχηματίζονται από τα δύο σκέλη στα οποία καταλήγουν προς τα πάνω τα μικρά χείλη του αιδοίου.

Γύρω από την πόσθη υπάρχουν σμηγματογόνοι αδένες που εκκρίνουν το σμήγμα της κλειτορίδας.

Ο πρόδρομος του κόλπου εκτείνεται μεταξύ χαλινού της κλειτορίδας και σκαφοειδούς βόθρου. (6)

Γύρω από το στόμιο της ουρήθρας εκβάλλουν οι παραουρηθραίοι αδένες εκ των οποίων οι δύο μεγαλύτεροι ονομάζονται αδένες του SKENE.

Οι βολβοί του προδρόμου βρίσκονται στα πλάγια του κόλπου και έχουν σχήμα αμυγδάλου.

Οι βαρθολίνιοι αδένες είναι δυο και βρίσκονται μεταξύ κόλπου και βολβού του προδρόμου. Ο εκφορητικός πόρος του καθενός εκβάλλει στο στόμιο του κόλπου.

Οι βαρθολίνιοι αδένες ονομάζονται και μείζονες αδένες του προδρόμου ενώ με τη γενική ονομασία ελάσσονες αδένες του προδρόμου φέρονται πολλοί βλεννογόνοι αδένες της περιοχής αυτής οι οποίοι βρίσκονται κοντά στην κλειτορίδα και το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Το έκκριμα των παραπάνω αδενών είναι υπόλευκο και βλεννώδες και χρησιμεύει στην ύγρανση του κόλπου. (6)

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.

Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται μέσα σε μια εγκάρσια πτυχή του περιτοναίου που εκτείνεται μεταξύ των δύο πλάγιων τοιχωμάτων της μικρής πυέλου και που λέγεται **πλατύς σύνδεσμος**.

Ο πλατύς σύνδεσμος χωρίζεται από τη μήτρα σε **δεξιό και αριστερό**. Από το πίσω πέταλο κάθε συνδέσμου κρέμεται, σε μια πτυχή που λέγεται **μεσωοθήκιο** ή ωοθήκη.

Η ωοθήκη βρίσκεται μέσα στον ωοθηκικό βόθρο που σχηματίζεται από το περιτόναιο με όρια προς τα πάνω την ομφαλική αρτηρία και προς τα πίσω τον ουρητήρα και τη μητριάια αρτηρία.

Στη θέση αυτή η ωοθήκη στηρίζεται :

1. Από το μεσωοθήκιο
2. Από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο
3. Από τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης. (6)

Ο κρεμαστήρας σύνδεσμος ξεκινά από τη λαγόνια περιτονία και καταφύεται στο άνω άκρο της ωοθήκης.

Ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης ξεκινά από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύεται στο κάτω άκρο της ωοθήκης.

Η ωοθήκη περιέχει τη γεννητική ουσία της γυναίκας δηλαδή τα ωάρια. Έχει σχήμα μεγάλου αμυγδάλου και χροιά ερυθρόφαιο μέχρι το πρόσθιο χείλος της όπου υπάρχει η **γραμμή του Farre**, όπου το κυλινδρικό επιθήλιο της ωοθήκης μεταπίπτει σε πλακώδες του περιτοναίου.

Κάθε ωθήκη αγγειούται από την **ωθηκική αρτηρία** και νευρώνεται από κλάδους του συμπαθητικού πλέγματος.

Η ωθήκη παρουσιάζει σε διατομή τα εξής **στρώματα**:

- a. **Εξωτερική μια στιβάδα βλαστικού επιθηλίου**
- b. **Τη φλοιώδη μοίρα**
- c. **Τη μυελώδη μοίρα και**
- d. **Στρώμα συνδετικού ιστού.**

Κύριο συστατικό στοιχείο της φλοιώδους μοίρας είναι τα ωθυλάκια.

Κάθε ωθυλάκιο περιέχει ένα ωάριο που περιβάλλεται από ένα στρώμα καλυπτήριων κυττάρων.

Όταν το ωθυλάκιο ωριμάσει φθάνει σε διάμετρο περίπου 2εκ. και μετακινείται προς την επιφάνεια της ωθήκης όπου και σπάει. **(ωθυλακιορρηξία)**

Έπειτα το ωάριο παραλαμβάνεται από τον κώδωνα του αγωγού ενώ το υπόλοιπο του ωθυλακίου μετατρέπεται σε **ωχρο σωματίο**.

Η ωθυλακιορρηξία γίνεται 14 μέρες πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνης ρύσης.

Αμέσως μετά το ωχρο σωματίο παράγει προγεστερόνη ετοιμάζοντας τη μήτρα για πιθανή κύηση.

Αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί τις επόμενες δύο εβδομάδες η παραγωγή προγεστερόνης σταματά και το ωχρο σωματίο υποστρέφει και μετατρέπεται σε **λευκό σωματίο**(ουλή). (6)

Αν το ωάριο γονιμοποιηθεί τότε συνεχίζει την παραγωγή προγεστερόνης μέχρι τον 4^ο μήνα της κύησης.

Ένας αριθμός ωθυλακίων δεν ακολουθούν της πορεία της ωθυλακιορρηξίας αλλά υποπλάσσονται μέσα στην ωθήκη και καταστρέφονται μαζί με το ωάριό τους.

Η εξέλιξη αυτή είναι φυσιολογικό φαινόμενο και καλείται ατρησία των ωθυλακίων.

Κατά τον τοκετό υπολογίζεται ότι στα θηλυκά νεογνά υπάρχει τεράστιος αριθμός ωθυλακίων(200.000 ανά ωθήκη). Λίγα όμως από αυτά φθάνουν

στην πλήρη ωρίμανση(περίπου 400). Αυτά καλούνται και ωοθυλάκια του Graaf(Γραφιανά).

Η μυελώδης μούρα της ωοθήκης αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία, νεύρα και πολλές ελαστικές ίνες.

Το στρώμα του συνδετικού ιστού αποτελείται από δυο είδη κυττάρων τα κοκκώδη και τα διάμεσα τα οποία αποταμιεύουν θρεπτικές ουσίες από τα καταστρεφόμενα ώριμα ωοθυλάκια και τις μεταφέρουν στα άωρα ωοθυλάκια προς διατροφή τους.

Σχέση ορμονών- κύκλου- κύησης.

Η α-γοναδοτροφίνη(LSH) εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και δρα επί του ωοθυλακίου επιφέροντας την ωρίμανσή του.

Παλαιότερα πίστευαν ότι ο μηχανισμός της ωοθυλακιορρηξίας ήταν μηχανικός.

Σήμερα πιστεύουμε ότι ο μηχανισμός είναι χημικός και οφείλεται στη δράση της β-γοναδοτροφίνης(LH).

Για την ωρίμανση των ωοθυλακίων και την ωοθυλακιορρηξία είναι σημαντικό να υπάρχει σωστή σχέση Lh & LSH.

Η παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ελέγχονται από τις γοναδοτροφίνες. (6)

Τα οιστρογόνα δηλαδή οι θηλυκές γεννητικές ορμόνες παράγονται στα θυλάκια των ωοθηκών, τον πλακούντα, το φλοιό των επινεφριδίων και τις σπερματοθήκες.

Τα οιστρογόνα βρίσκονται στο αίμα σε μορφή συμπλεγμάτων με πρωτεΐνες και η οριακή συγκέντρωσή τους στον άνθρωπο είναι 10χλστμ/λ, ενώ κατά την πορεία της κύησης και ιδιαίτερα προς το τέλος της, η συγκέντρωση των οιστρογόνων αυξάνει κατά 70-80 χλστμ/λ, λόγω της απότομης ανάπτυξης της βιοσύνθεσής τους στον πλακούντα.

Υπό την επίδρασή τους γίνεται πολλαπλασιασμός του επιθηλίου του βλεννογόνου υμένα του κόλπου, η αύξηση του βάρους της μήτρας, η ρυθμική

της σύσπαση, η διέγερση της ανάπτυξης των γαλακτογόνων αδένων που είναι χαρακτηριστική για το θηλυκό τύπο κατανομής του υποδόριου λίπους και τριχοειδούς περιβλήματος και η εμφάνιση σταθερής γενετήσιας ορμής.

Τα οιστρογόνα μαζί με την προγεστερόνη συμβάλλουν στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου, διατηρούν την κύηση και συμβάλλουν στον τοκετό.

Πριν την ωοθυλακιορρηξία, η ημερήσια παραγωγή της προγεστερόνης φτάνει το 1-3 mg και γίνεται κυρίως στο φλοιό των επινεφριδίων.

Μετά παράγονται 20-30mg προγεστερόνης κυρίως στο ωχρό σωματίο.

Η προγεστερόνη προκαλεί αλλαγές στο βλεννογόνο της μήτρας την οποία ετοιμάζει για να δεχθεί την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Αν δε γίνει γονιμοποίηση το ωχρό σωματίο ατροφεί και η έκκριση προγεστερόνης μειώνεται.

Η προγεστερόνη καταστέλλει τη δραστηριότητα των λείων μυών της μήτρας εμποδίζοντας έτσι τις αυτόματες αποβολές. Η συγκέντρωση στη μήτρα ελαττώνεται στο τέλος της κύησης, πράγμα που χρησιμεύει ως έναυσμα για τον τοκετό.

Η προγεστερόνη αναστέλλει τη δράση των FSH & LH, αναστέλλει δηλαδή την ωρίμανση στα νέα ωοθυλάκια και σταματάει έτσι ο εμμηνορρυσιακός κύκλος.

Μετά την ωοθυλακιορρηξία στη θέση του ραγέντος ωοθυλακίου δημιουργείται το ωχρό σωματίο κατόπιν εκκρίνονται γεννητικές στεροειδείς ορμόνες. Τα οιστρογόνα εκκρίνονται από το ωοθυλάκιο και η προγεστερόνη από το ωχρό σωματίο. ⁽⁶⁾

Στην πρώτη φάση του κύκλου, υπό την επίδραση των οιστρογόνων, αναβάλλεται ο βλεννογόνος της μήτρας και αναπτύσσονται οι αδένες οι οποίοι επιμηκύνονται και γίνονται ελικοειδείς. Το πάχος το βλεννογόνου της μήτρας αυξάνει 4-5 φορές. Η έκκριση των αδένων του τραχήλου αυξάνεται και ο τραχηλικός πόρος διανοίγεται ώστε να είναι εύκολα βατός για τα σπερματοζωάρια.

Στους μαστούς αναπτύσσεται το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων.

Στη δεύτερη φάση, υπό την επίδραση της προγεστερόνης, η ένταση των μεταβολικών διεργασιών ελαττώνεται. Αναστέλλεται η ανάπτυξη του

βλεννογόνου της μήτρας. Οι αδένες του τραχήλου παύουν να εκκρίνουν βλέννα και ο τραχηλικός πόρος κλείνει.

Στους μαστούς, σχηματίζονται κυψέλες ικανές να παράγουν και να εκκρίνουν γάλα.

Η παραγωγή της προγεστερόνης κατά την κύηση γίνεται τις 70 πρώτες μέρες από το ωχρό σωματίο ενώ στη συνέχεια αναλαμβάνει ο πλακούντας.

Αν δεν επισυμβεί κύηση το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται, το λειτουργικό στρώμα του ενδομητρίου αποκολλάται και αρχίζει η έμμηνη ρύση. Με τον εκφυλισμό του ωχρού σωματίου μειώνεται η παραγωγή προγεστερόνης και δραστηριοποιούνται πάλι οι γοναδοτροφίνες FSH & LH για την ωρίμανση του ωοθυλακίου και την πραγματοποίηση της ωοθυλακιορρηξίας.

Η σάλπιγγα ή ωαγωγός.

Κάθε σάλπιγγα ενώνει τη μήτρα με την ωοθήκη. Ενώ όμως στη μήτρα μπαίνει μέσα στο τοίχωμά της με την ωοθήκη απλά εφάπτεται με το έξω άκρο της.

Η σάλπιγγα είναι μυώδης σωλήνας μήκους 11-14 εκ. και αποτελείται από **δύο άκρα** (έσω ή μητριαίο και έξω ή κώδωνα), **δύο μοίρες** (την έσω ή ισθμό και την έξω ή λήκυθο) και **δύο στόμια** (το έσω ή μητριαίο και το έξω ή κοιλιακό). (6)

Το τοίχωμα της σάλπιγγας έχει μεγάλη ελαστικότητα και για αυτό η ρήξη του σε παθολογικές καταστάσεις, δεν είναι ιδιαίτερα εύκολη (π.χ σαλπιγγική κύηση).

Το έξω άκρο της σάλπιγγας (κώδωνας) έχει κροσσωτό σχήμα με 12-15 κροσσούς που κρέμονται ελεύθεροι με εξαίρεση έναν από αυτούς το μεγαλύτερο μήκους περίπου 2-3εκ., ο οποίος λέγεται ωοθηκικός κροσσός και φθάνει μέχρι την επιφάνεια της ωοθήκης διαγράφοντας μια πορεία κατά μήκος του τμήματος του μεσοσαλπιγγίου που ενώνει τη σάλπιγγα με την ωοθήκη (**κωδωνοωοθηκός σύνδεσμος**).

Ο ωοθηκικός κροσσός περιλαμβάνει πολλούς δευτερεύοντες κροσσούς στα χείλη του.

Μέσω του κροσσού αυτού μεταφέρεται στη μήτρα το ωάριο σε κάθε ωοθυλακιορρηξία.

Εάν αυτός ο μηχανισμός δε λειτουργήσει σωστά το ωάριο «πέφτει» μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα όπου αν γονιμοποιηθεί έχουμε μια ενδοκοιλιακή (εξωμήτρια) κύηση που αντιμετωπίζεται μόνο χειρουργικά.

Το ωάριο που παραλήφθηκε από τη σάλπιγγα μεταφέρεται μέσα σε 4 μέρες στη μήτρα.

Αν όμως γονιμοποιηθεί και παραμείνει στη σάλπιγγα έχουμε μια σαλπιγγική(εξωμήτρια) κύηση ιδιαίτερα επικίνδυνη.(φυσιολογικά η γονιμοποίηση του ωαρίου γίνεται μέσα στη λήκυθο).

Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται από:

- **Ορογόνο χιτώνα**
- **Μυϊκό χιτώνα**
- **Βλεννογόνο αποτελούμενο από κροσσωτό επιθήλιο.**

Οι αρτηρίες της σάλπιγγας εκφύονται από 2 τόξα το μεσοσαλπιγγικό και το υποσαλπιγγικό τα δε νεύρα της από το μητροκολεϊκό και τα περί την αρτηρία της ωοθήκης πλέγματα. (6)

Η μήτρα.

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που σχηματίζεται από τη συνένωση των δύο Μυλλέρειων πόρων του εμβρύου.

Σε πολλά είδη του ζωικού βασιλείου και σπανίων στον άνθρωπο απαντά **διφυής**.

Η θέση της είναι μεταξύ ουροδόχου κύστης, απευθυσμένου, εντερικών ελίκων και κόλπου.

Το τοίχωμά της μοιάζει με αχλάδι και αποτελείται από **τρία μέρη**(πτυθμένα, σώμα και αυχένα ή τράχηλο), **δύο στόμια**(έσω και έξω), και **μία κοιλότητα**.

Από τον πτυθμένα της μήτρας ξεκινά η **μητριάια μοίρα** της σάλπιγγας.

Το **σώμα** της μήτρας παρουσιάζει **πρόσθια επιφάνεια**(κυστική) και οπίσθια(εντερική).

Μεταξύ σώματος και αυχένα περιγράφεται ο **ισθμός της μήτρας** το άνω όριο του οποίου αντιστοιχεί στο έσω στόμιο της μήτρας.

Ο **αυχένος της μήτρας** εμφανίζει μια ανώτερη μοίρα που αποτελεί συνέχεια του σώματος και μια κατώτερη που μπαίνει στον κόλπο. Το νεοκολπικό τμήμα εκβάλλει στον κόλπο με το έξω στόμιο της μήτρας.

Η κοιλότητα του σώματος επεκτείνεται μέχρι τον πυθμένα όπου σχηματίζει, δεξιά και αριστερά κέρατα της κοιλότητας των οποίων η κορυφή αντιστοιχεί στο μητριάιο στόμιο της σύστοιχης σάλπιγγας.

Το **τοίχωμα της μήτρας** έχει πάχος 10-20χιλ. και αποτελείται από τρεις χιτώνες:

- **Ορογόνο(περιμήτριο)**
- **Μυϊκό(μυομήτριο)**
- **Βλεννογόνο(ενδομήτριο) (6)**

Το **περιμήτριο** είναι συνέχεια του περιτοναίου και καλύπτει σχεδόν όλη τη μήτρα, εκτός της πρόσθιας επιφάνειας του τραχήλου. Με την ανάκαμψή του στην κύστη σχηματίζεται ο **κυστεομητρικός χώρος** (πρόσθιος Δουγλάσιος) και με την ανάκαμψή του στο έντερο ο **ευθυμητρικός χώρος**(οπίσθιος Δουγλάσιος).

Το **μυομήτριο** αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, ελαστικό συνδετικό ιστό και πολλά αγγεία.

Έχει τρεις στιβάδες, **την έξω ή υπορογόνο, τη μέση ή αγγειώδη και την έσω ή υποβλεννογόνο.**

Το **ενδομήτριο** είναι σε άμεση επαφή με το μυομήτριο χωρίς να παρεμβάλλεται υποβλεννογόνιος χιτώνας.

Ο **βλεννογόνος του ενδομητρίου** αποτελείται από κυβοειδή κύτταρα και στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού. Στον τραχηλικό σωλήνα υπάρχει επιθήλιο από κυλινδρικά κύτταρα που σχηματίζουν αδένες οι οποίοι εκκρίνουν

αλκαλική βλέννα που αποφράσσει προστατευτικά το σωλήνα με το σχηματισμό του «τραχηλικού βύσματος».

Το «τραχηλικό βύσμα» γίνεται λεπτόρρευστο και κολλώδες λίγες μέρες πριν από την ωθυλακιορρηξία για να γίνει διαβατό από τα σπερματοζωάρια.

Οι σύνδεσμοι της μήτρας (εκτός από το περιτόναιο) είναι :

- **Οι πλατείς σύνδεσμοι(δεξιός και αριστερός)**
- **Οι ευθυμητρικοί (ιερομητρικοί) σύνδεσμοι**
- **Το παραμήτριο και**
- **Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι.**

Οι πλατείς σύνδεσμοι είναι πτυχές του περιτοναίου που εκτείνονται μεταξύ πλαγίου τοιχώματος της μικρής πυέλου και πλαγίου χείλους της μήτρας όπου μετατρέπονται στον ορογόνο χιτώνα της(περιμήτριο).

Κάθε πλατείς σύνδεσμος διαιρείται με το μεσωθήκιο σε δύο τμήματα, το **άνω ή μεσοσαλπίγγιο και το κάτω ή μεσομήτριο.**

Το **μεσομήτριο** είναι παχύ και περιέχει άφθονο συνδετικό ιστό που αποτελεί το **παραμήτριο** μέσα στο οποίο πορεύονται τα μητριαία αγγεία και νεύρα. (6)

Οι **ευθυμητρικοί σύνδεσμοι** εκφύονται από το περίοστεο του ιερού οστού και καταφύονται στον αυχένα της μήτρας όπου και ενώνονται μεταξύ τους με το σχηματισμό του **μητριαίου ογκώματος**. Η σύστασή τους είναι από συνδετικό ιστό αγγεία και λείες μυϊκές ίνες που σχηματίζουν τον **ευθυμητρικό μυ** που έλκει τον αυχένα της μήτρας προς τα πίσω.

Οι στρογγύλοι σύνδεσμοι εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύονται στο δέρμα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Αποτελούνται από συνδετικό ιστό, λείες μυϊκές ίνες και γραμμωτές μυϊκές ίνες(κρεμαστήρας μυς).

Στη φάση της εξώθησης, κατά τη διάρκεια του τοκετού, οι στρογγύλοι σύνδεσμοι καθλώνουν τη μήτρα και εμποδίζουν τις προς τα πάνω μετακινήσεις της.

Ο κόλπος(ή κολεός).

Είναι ινωμυώδης σωλήνας που βρίσκεται μεταξύ ουρήθρας και απευθυσμένου και του οποίου το άνω άκρο συνάπτεται με το τράχηλο της μήτρας το δε κάτω εκβάλλει στη σχισμή του αιδοίου.

Διακρίνουμε τρία τμήματά του: **άνω, μέσω και κάτω.**

Το άνω τμήμα προσφύεται κυκλικά στον τράχηλο της μήτρας και σχηματίζει με αυτός τον **θόλο** του οποίου διακρίνουμε πρόσθια δύο πλάγιες και μια οπίσθια μοίρα. Η τελευταία αυτή μοίρα(οπίσθιος θόλος) αποτελεί τον πυθμένα του ευθυκολεϊκού κολπώματος για αυτό και επί ρήξεώς του είναι δυνατό να προσπέσουν μέσα στο αιδοϊκό σχήμα εντερικές έλικες.

Το μέσο τμήμα(σώμα) παρουσιάζει πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα και δύο πλάγια χείλη.

Το κάτω τμήμα του κόλπου φέρει το στόμιό του το οποίο επί παρθένων, αποφράσσεται από τον παρθενικό υμένα. Μετά τον τοκετό τα υπολείμματα του παρθενικού υμένα καλούνται **μύρτα**(μικρά επάρματα στο στόμιο του κόλπου). (6)

Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου εμφανίζει πολλές εγκάρσιες παχύνσεις που λέγονται **κολεϊκές ρυτίδες** οι οποίες κατά μήκος του προσθίου και του οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου σχηματίζουν τον **πρόσθιο και τον οπίσθιο στύλο.**

Ο πρόσθιος στύλος καταλήγει κάτω από το έξω στόμιο της ουρήθρας στο κολεϊκό φύμα(ή ουρηθραία τρόπι).

Ο κόλπος αγγειώνεται από τη μητροκολεϊκή τη μέση και την κάτω κολεϊκή αρτηρία και νευρούται από το μητροκολεϊκό πλέγμα. (6)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40

ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

Οι μελέτες που έγιναν κατά καιρούς πάνω στο θέμα της στειρότητας απέδειξαν πως τα 10 στα 100 ζευγάρια δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδιά ενώ, άλλα 15 αποκτούν λιγότερα από όσα επιθυμούν. Αυτό σημαίνει ότι ποσοστό 25% του πληθυσμού αντιμετωπίζει πρόβλημα γονιμότητας.

Στειρότητα ή μερική στειρότητα είναι η αδυναμία επίτευξης της επιθυμητής σύλληψης. Πολλές είναι οι αιτίες στις οποίες μπορεί να οφείλεται η στειρότητα των ζευγαριών. Η διάγνωση των αιτιών αυτών είναι δυστυχώς πολύ δύσκολη. Σε πολλά μέρη η ανικανότητα απόκτησης παιδιών από ένα ζευγάρι είναι μεγάλο κοινωνικό στίγμα και θεωρείται προσωπική αποτυχία.

Υπάρχουν δύο είδη στειρότητας:

- Η προσωρινή ανικανότητα απόκτησης παιδιών που καλείται παροδική στειρότητα και
- Η ολική ανικανότητα απόκτησης παιδιών, που καλείται στειρότητα. (7)

ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Το παραδοσιακό στίγμα που συνδέεται με την ανδρική στειρότητα, έχει σαν επακόλουθο πολλοί άνδρες να αρνούνται να εξετασθούν. Η γυναικεία στειρότητα συχνά προκαλεί οργανικά συμπτώματα, που δημιουργούν τη γενική εντύπωση στη γυναίκα πως το σώμα της δε λειτουργεί φυσιολογικά και την οδηγούν στο γιατρό. Η ανδρική υπογονιμότητα σπάνια προκαλεί συμπτώματα και αυτός είναι ένας λόγος που μερικοί άνδρες αρνούνται να υποβληθούν σε εξετάσεις. Συχνά, η άρνηση του άνδρα δημιουργεί προστριβές ανάμεσα στο ζευγάρι, ιδιαίτερα αν είναι πιθανό να έχει πρόβλημα ο άνδρας. Μια άλλη δυσκολία είναι η συνηθισμένη σύγχυση ανδρισμού και στειρότητας. Ένας άνδρας μπορεί να νιώσει πως, αν η αποτυχία να αποκτήσει παιδί οφείλεται σε εκείνον, δεν είναι πραγματικός άνδρας.

Ένας άνδρας που επισκέφθηκε την κλινική μας είχε πολύ έντονη σεξουαλική ζωή με τη γυναίκα του και έκαναν έρωτα τρεις φορές κάθε νύχτα προς μεγάλη τους ευχαρίστηση. Όταν διαπιστώθηκε πως ο άνδρας είχε φτωχό σπέρμα και ήταν η αιτία της στειρότητας του ζευγαριού, η σεξουαλική τους ζωή σχεδόν σταμάτησε και δυσκολευόταν ακόμα και να έχει στύση. Χρειάστηκε μεγάλη ψυχολογική υποστήριξη για να ξεπεράσει το πλήγμα που είχε υποστεί η σεξουαλική του αυτοπεποίθηση. Μόλις όμως συζητήθηκε το πρόβλημα ανοιχτά και διεξοδικά, το σεξ άρχισε ξανά να γίνεται ευχαρίστηση.

Συχνά νομίζει κανείς πως υστερεί σεξουαλικά, μόνο και μόνο επειδή δεν έχει κάνει παιδιά. Οι άνδρες το αισθάνονται αυτό πολύ έντονα. Επικρατεί μία γενική σύγχυση ανάμεσα στις έννοιες σεξουαλική επίδοση, ανδρισμός και υπογονιμότητα. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει καμία σχέση ανάμεσα στις έννοιες αυτές και η σεξουαλική ικανότητα ενός άνδρα δεν συνδέεται με την ικανότητά του να παράγει σπερματοζωάρια. Είναι επίσης αλήθεια ότι άνδρες ανίκανοι που δε μπορούν να προσφέρουν στη γυναίκα τους καμία ικανοποίηση, έχουν τις ίδιες πιθανότητες με τον υπόλοιπο πληθυσμό να είναι απόλυτα γόνιμοι. (7)

Έχω γνωρίσει άνδρες που στενοχωρήθηκαν τόσο πολύ από το γεγονός που ήταν στείροι που αυτοκτόνησαν. Διαπιστώνοντας μετά από

εξέταση πως τα σπερματοζωάρια τους υπολείπονται σε ποσότητα ή ποιότητα μερικοί άνδρες νοιώθουν φταίξιμο και ενοχή. Ζουν από εκεί και πέρα με μια αίσθηση απώλειας και, εντελώς παράλογα, νιώθουν βαθιά ντροπή. Συχνά η αίσθηση αποτυχίας επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ζωής του άνδρα όπως στον επαγγελματικό. Η γυναίκα από τη μεριά της, μπορεί να αισθάνεται θυμό για το ότι στερήθηκε την εμπειρία της μητρότητας, χωρίς να φταίει σε τίποτα. Ο θυμός αυτός συγκρούεται με την αγάπη και την κατανόηση προς το σύντροφό της, με αποτέλεσμα τα συναισθήματά της να μπερδεύονται. Μερικές γυναίκες θα προτιμούσαν να είναι δικό τους το πρόβλημα γιατί τότε θα μπορούσαν να το αντιμετωπίσουν ευκολότερα από συναισθηματικής πλευράς. Φοβούνται την επίδραση που θα έχει η διάγνωση της ανδρικής υπογονιμότητας στο σύντροφό τους και προσπαθούν να τον προστατεύσουν, αποθαρρύνοντάς τον να εξετασθεί. Άλλες γυναίκες υποβάλλονται σε ένα σωρό εξετάσεις χωρίς να ξέρουν τίποτα οι άνδρες τους. Άλλες πάλι, διαπιστώνουν πως οι σύντροφοί τους αρνούνται πεισματικά να επισκεφθούν γιατρό ούτε δίνουν το σπέρμα τους για εξέταση. Δε θέλουν να υποβληθούν στην ταλαιπωρία της εξέτασης ούτε να παραδεχθούν ότι τα συναισθήματά τους αντικατοπτρίζονται στη σεξουαλικότητά τους.

Είναι αυτονόητο πως, σε περιπτώσεις στειρότητας το πρόβλημα αφορά και τα δύο μέλη του ζευγαριού που θα πρέπει να βρουν τρόπους να κουβεντιάσουν ανοιχτά τις δυσκολίες τους. Πολύ χρήσιμη μπορεί να αποδειχθεί μια ειλικρινής και ανοιχτή συζήτηση με το γιατρό σας που θα μπορέσει έτσι να προτείνει τρόπους για να αντιμετωπίσετε και οι δύο την κατάσταση.

Σε ανδρικά προβλήματα αποδίδεται ένα ποσοστό 30% περίπου της συνολικής στειρότητας. Στο παρελθόν η ανδρική στειρότητα αποτελούσε φοβερό πλήγμα γιατί εκτός από σπάνιες περιπτώσεις, ήταν αθεράπευτη. Σήμερα γνωρίζουμε καλύτερα τα αίτια και υπάρχουν περισσότερες ελπίδες να γίνει κάτι, εάν έχετε αυτό το πρόβλημα. (7)

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ;

1) Απουσία σπερματοζωαρίων από το σπερματικό υγρό.

Μερικές φορές , δε βρίσκονται σπερματοζώαρια στο σπερματικό υγρό. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο ότι οι όρχεις δεν τα παράγουν, είτε γιατί δεν εκσπερματίζονται κατά τον οργασμό. Στην τελευταία περίπτωση η εκσπερμάτιση δεν γίνεται , είτε επειδή έχουν φράξει οι αγωγοί από τους όρχεις προς τις σπερματοδόχους ληκύθους, είτε επειδή δε λειτουργούν κανονικά οι μύες που ωθούν το σπέρμα μέσα από το πέος.

Ευτυχώς η περίπτωση να μην παράγουν οι όρχεις καθόλου σπερματοζώαρια είναι πολύ σπάνια. Το πρόβλημα αυτό αναλογεί περίπου στο 5% των υπογόνιμων ανδρών. Αν και η ελαττωματική λειτουργία των ωοθηκών στις γυναίκες αντιμετωπίζεται συχνά με ορμόνες, η ανεπάρκεια των όρχεων πολύ δύσκολα διορθώνεται. Το αίτιο είναι συχνά άγνωστο μα καμιά φορά μπορεί να οφείλεται σε ένα δυνατό χτύπημα στους όρχεις, όπως λ.χ τραυματισμός κατά τη διάρκεια άθλησης ή μια προηγούμενη προσβολή παρωτίτιδας ή βλάβη στα αγγεία που τροφοδοτούν τους όρχεις με αίμα- πράγμα που οφείλεται συνήθως σε δυνατό στρίψιμο του όρχι. Αν είναι αυτή η περίπτωση σας, ο γιατρός μπορεί να καταλήξει εύκολα στη διάγνωση συζητώντας το ιστορικό σας.

Άλλοι λόγοι ανεπάρκειας των όρχεων είναι ορμονικοί. Είτε η υπόφυση δεν παράγει αρκετές ορμόνες για να διεγείρει τους όρχεις, είτε οι όρχεις δεν ανταποκρίνονται σε αυτές τις ορμόνες, για έναν από τους εξής λόγους:

Σπάνιες εκ γενετής ανωμαλίες(των χρωματοσωμάτων)

Κρυφορχία, άρα ατροφικοί όρχεις

Τα κύτταρα του όρχι δεν ανταποκρίνονται στην τεστοστερόνη (την ανδρική ορμόνη) (7)

Αν υπάρχουν περιθώρια θεραπείας θα πρέπει να γίνει με ορμόνες.

Αν έχουν φράξει οι αγωγοί που οδηγούν από τους όρχεις στις σπερματογόνους ληκύθους, οι όρχεις μπορεί να παράγουν σπερματοζωάρια που όμως δε θα εισέρχονται στο σπερματικό υγρό. Η απόφραξη αυτών των αγωγών είναι αποτέλεσμα ουλών, που καμιά φορά οφείλονται σε μόλυνση(π.χ βλεννόρροια ή φυματίωση) ή σε τραυματισμό. Ίσως και να έχετε γεννηθεί με αδιάβατο το ένα μέρος του συστήματος αγωγών.

Καμία φορά(σε λιγότερο από 1% των ανδρών) οι μύες των γεννητικών οργάνων δε λειτουργούν εντελώς συντονισμένα κατά τη διάρκεια του οργασμού. Έτσι τα σπερματοζωάρια αντί να εισέλθουν στον κόλπο, μπαίνουν στην ουροδόχο κύστη και ανακατεύονται με τα ούρα. Αυτό ονομάζεται παλίνδρομος εκσπερμάτιση και μπορεί να αποτελέσει επακόλουθο μιας εγχείρησης όπως π.χ της αφαίρεσης του προστάτη. Είναι πιθανό επίσης να συμβεί αν έχουν υποστεί βλάβη ή νεύρωση των μυών. Το ίδιο αποτέλεσμα προσωρινά όμως μπορεί να προκαλέσουν ορισμένα φάρμακα, ιδίως ηρεμιστικά και αντι-υπερτασικά.

2) Τα σπερματοζωάρια που περιέχονται στο σπερματικό υγρό είναι είτε πολύ λίγα (ολιγοσπερμία) είτε χαμηλής ποιότητας (ασθενοσπερμία).

Σε αυτό οφείλονται πάνω από 90% των προβλημάτων ανδρικής υπογονιμότητας. Οι λόγοι είναι πολλοί μα συνήθως το πραγματικό αίτιο σε κάθε περίπτωση δε μπορεί να εντοπιστεί.

A) Ορμονικά προβλήματα μπορούν να μειώσουν δραστικά την ποιότητα των σπερματοζωαρίων και άλλα μειώνουν απλά την παραγωγή τους. Όσο πιο σοβαρό είναι το ορμονικό πρόβλημα, τόσο χειρότερη θα είναι η ποιότητα του σπέρματος. (7)

B) Ανώμαλα αιμοφόρα αγγεία γύρω από τον όρχι, συχνά έχουν σχέση με τη χαμηλή ποιότητα σπέρματος. Μπορεί να έχετε διογκωμένες φλέβες στους όρχεις σαν κισσούς. Η κατάσταση αυτή λέγεται κισσοκήλη και μερικοί πιστεύουν ότι δημιουργεί υπερθέρμανση των όρχεων: το αίμα στις διογκωμένες φλέβες μπορεί να διατηρεί τους όρχεις σε ψηλότερη

θερμοκρασία από το κανονικό. Δε μας είναι ακόμα γνωστός ο λόγος που η κίρσοκήλη καθιστά άλλους άνδρες υπογόνιμους και άλλους όχι. Δεν έχει αποδειχθεί πως αιτία είναι η υπερθέρμανση.

Γ) Για μόλυνση που διαρκεί πολύ θεωρείται ότι προκαλεί καμία φορά χαμηλή ποιότητα σπερματοζωαρίων. Σε ορισμένους άνδρες με φτωχό σπέρμα, μπορεί να διαπιστωθεί μόλυνση του προστάτη. Μερικοί πιστεύουν ότι μια συγκεκριμένη κατηγορία μικροβίων, τα μυκοπλάσματα, είναι πολύ πιθανά να προκαλούν προβλήματα μειώνοντας ίσως την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Το μυκόπλασμα είναι μια κατηγορία μικροβίων, που πρόσφατα προκάλεσε σημαντικό επιστημονικό ενδιαφέρον. Υπάρχουν πειστικές αποδείξεις σε ζώα, ότι οι οργανισμοί αυτοί είναι ικανοί να παρέμβουν στην ικανότητα του σπερματοζωαρίου να γονιμοποιήσει το ωάριο. Αν και τα μικρόβια δεν είναι καθόλου επικίνδυνα από μόνα τους και σχεδόν ποτέ δεν προξενούν μολύνσεις απειλητικές για την υγεία, στην περίπτωση που θεωρηθεί ότι απειλούν το σπέρμα σας, μπορεί να αντιμετωπισθούν με αντιβίωση. (7)

Μειώνεται ανησυχητικά η ποιότητα του σπέρματος.

Ανησυχητική μείωση τόσο ο όγκος του σπέρματος, όσο και ο αριθμός των σπερματοζωαρίων που περιέχεται ανά εκσπερμάτιση στην εποχή μας. Μια πτώση η οποία όπως δείχνουν μελέτες σε διάφορες χώρες, έχει αρχίσει ήδη δεκαετίες πριν και συνεχίζεται στις μέρες μας κάτι που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό για την γονικότητα των ανδρών. Παράλληλα από μελέτες που έγιναν κατά το ίδιο χρονικό διάστημα διαπιστώνεται ότι σημαντική η αύξηση του καρκίνου των όρχεων σε νέους όπως και των ανωμαλιών των γεννητικών οργάνων. (8)

Οι επισημάνσεις αυτές έγιναν κατά τη διάρκεια του Παγκοσμίου Σεμιναρίου Aspīs II για τους παρεμποδιστές ενδοκρινών ορμονών και την επίδρασή τους στην υγεία που πραγματοποιήθηκε στην Κω, από 2-4 Σεπτεμβρίου. Από Ελληνικής πλευράς μίλησε ο Βιολόγος- Εμβρυολόγος Δρ.

Ευστάθιος Νικολαρόπουλος, επιστημονικός συνεργάτης του Ινστιτούτου IVF & GENETICS με θέμα : Η επίδραση των παρεμποδιστών των ενδοκρινών ορμονών ή “περιβαλλοντικών οιστρογόνων στην ανθρώπινη αναπαραγωγή”.

Όπως είπε ο Δρ. Νικολαρόπουλος από το 1990 και μετά έχουν δημοσιευθεί μελέτες από διάφορες χώρες, όπως τη Δανία, την Αγγλία, τη Γαλλία και το Βέλγιο, σχετικά με την ποιότητα του ανθρώπινου σπέρματος που αφορούν τον όγκο του ανά εκσπερμάτιση, αλλά και τον αριθμό των σπερματοζωαρίων που περιέχονται σε αυτή.

Μελέτη μάλιστα που έγινε το διάστημα 1973-1992 σε 1.351 άνδρες με φυσιολογικά χαρακτηριστικά του σπέρματος στην περιοχή του Παρισιού, έδειξε ότι ο ετήσιος αριθμός μείωσης του αριθμού των σπερματοζωαρίων είναι 2,1% και το ποσοστό των φυσιολογικών μορφών των σπερματοζωαρίων ελαττώθηκε από 67% σε 57% για το ίδιο χρονικό διάστημα.

Μελέτη που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο, σχετικά με την ποιότητα του σπέρματος των ανδρών που γεννήθηκαν μέχρι του σπέρματος για τις νεότερες ηλικίες.

Συγκεκριμένα ο συνολικός αριθμός των σπερματοζωαρίων ελαττώθηκε από 31.000.000 σε 241.000.000 για τις δύο κατηγορίες, ενώ συγχρόνως ο συνολικός αριθμός των κινουμένων σπερματοζωαρίων ελαττώθηκε από 169.000.000 σε 129.000.000 αντίστοιχα.

Ανησυχητικά φαίνεται να είναι τα μηνύματα και για την Ελλάδα. Πτώση της ποιότητας του σπέρματος έχει αναφερθεί σε μελέτη για την περιοχή της Αθήνας και για το διάστημα 1977-1993.

Η ρύπανση του περιβάλλοντος θεωρήθηκε σαν ένα από τα πιθανότερα αίτια. Αύξηση της θνησιμότητας του πληθυσμού του Ασπροπύργου, που οφείλεται σε καρκίνους και καρδιαγγειακά νοσήματα αναφέρθηκε πρόσφατα. Για το διάστημα 1982-1994 παρατηρήθηκε αύξηση 80% περίπου. Πρόσφατα επίσης ανακοινώθηκε η ύπαρξη οργανοχλωρισμένων παρασιτοκτόνων στο μητρικό γάλα των γυναικών της Πελοποννήσου (DDT και μεταβολιτών του).

Συγχρόνως ανέφερε ο Δρ. Νικολαρόπουλος, ο αριθμός του καρκίνου των όρχεων έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που υπάρχουν κυρίως από τις Σκανδιναβικές χώρες και τις χώρες της Βαλτικής. Υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζουν η Δανία, η (8)

Νορβηγία και η Γερμανία.

Περισσότερο πλήττονται οι νεότερες ηλικίες 20-50 ετών. Άλλη μια ανωμαλία των γεννητικών οργάνων, η υποσπαδία(ατελής σχηματισμός του πέους στα νεογνά) φαίνεται ότι αυξάνεται στην εποχή μας σε σχέση με τις περασμένες δεκαετίες , όπως έχουν δείξει σχετικές μελέτες στην Αγγλία, τη Δανία, τη Νορβηγία και την Ουγγαρία.

Επίσης μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένες χημικές ενώσεις που υπάρχουν σήμερα στο περιβάλλον, όπως οι διοξίνες, το DDT, PCBs κ.α προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην αναπαραγωγή των διαφόρων ζώων που ζουν ελεύθερα στη φύση. Οι ενώσεις αυτές είναι σταθερές αντίθετα με ότι συμβαίνει στις φυσικές ορμόνες, συγκεντρώνονται αθροιστικά στους ιστούς των οργανισμών (Βιοσυσσώρευση) και παρεμβαίνουν στον μεταβολισμό τους. Σοβαρότερες επιπτώσεις έχουν αναφερθεί για τα έμβρυα από ότι για τα ενήλικα άτομα.

Έτσι δημιουργήθηκε η θεωρία των «περιβαλλοντικών οιστρογόνων» που υποστηρίζει την ύπαρξη χημικών ενώσεων στο περιβάλλον, οι οποίες όταν εισέλθουν στον οργανισμό παρεμποδίζουν με τη δράση τους ως περιβαλλοντικά οιστρογόνα ενός αριθμού χημικών ενώσεων, όπως τα οργανοχλωριωμένα παρασιτοκτόνα.

Όμως το μεγαλύτερο μέρος των χημικών ενώσεων που χρησιμοποιούνται σήμερα, παραμένει ανεξέλεγκτο, τόνισε ο Δρ. Νικολαρόπουλος, προσθέτοντας ότι αυτό φαίνεται να είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που έχει επιλύσει ο άνθρωπος όσο πιο σύντομα γίνεται, αν θέλει να διαφυλάξει την υγεία του και βεβαίως την αναπαραγωγή του. Πάντως τόνισε τα προβλήματα που δημιουργούνται την γονιμότητα των ζώων και των ανθρώπων με την πτώση της ποιότητας του σπέρματος, μπορούν να επιλυθούν σε ικανοποιητικό βαθμό χάρη στις προόδους των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που εφαρμόζονται σήμερα όπως είναι η βιοψία όρχεων (TESE) και η μικροχειρουργική του ωαρίου(ICSI).⁽⁸⁾

Περιβαλλοντολογικά αίτια.

Πολύ συχνά συντρέχουν απλοί λόγοι περιβάλλοντος. Ανάμεσά τους ο μεγάλος φόρτος εργασίας, το κάπνισμα και το υπερβολικό οινόπνευμα. Μερικά φάρμακα μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ποιότητα του σπέρματος, ενώ μια οξεία νόσος ή ένας πυρετός ίσως μειώσουν την ποσότητα των σπερματοζωαρίων. Αν σας συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι μάλλον ενθαρρυντικό για τι διορθώνεται σχετικά εύκολα. Μερικοί από τους συνηθέστερους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα και την ποσότητα των σπερματοζωαρίων είναι:

Η παχυσαρκία. Παρόλο που πολλοί παχύσαρκοι άνδρες είναι γόνιμοι, οι πιθανότητες στειρότητας αυξάνονται αν έχετε υπερβολικό βάρος.

Το κάπνισμα. Έχει επίδραση στην ποιότητα και ποσότητα του σπέρματος. Αν και σε πολλούς άνδρες με κανονικό ή και υψηλό δείκτη παραγωγής σπερματοζωαρίων το κάπνισμα δεν έχει καμία επίδραση, στην περίπτωση που έχετε τάση υποπαραγωγής σπερματοζωαρίων, οι συνέπειες του καπνίσματος μπορεί να είναι ολέθριες.

Οινόπνευμα. Όπως και το κάπνισμα το οινόπνευμα είναι δηλητήριο που βλάπτει τα ανθρώπινα κύτταρα. Το υπερβολικό ποτό συχνά μειώνει την ικανότητά σας να παράγεται σπερματοζωάρια. Κάθε άτομο έχει μεγαλύτερα ή μικρότερα όρια αντοχής στο οινόπνευμα.

Ναρκωτικά και φάρμακα. Πολλές φαρμακευτικές ουσίες μειώνουν τον αριθμό των σπερματοζωαρίων. Από τα πιο ελαφρά ναρκωτικά, π.χ μαριχουάνα, που μπορεί να έχει πολύ δυνατή επίδραση σε ορισμένους άνδρες, γι' αυτό πρέπει να την αποφεύγουν τα υπογόνιμα άτομα. Στα φάρμακα που πιστεύεται ότι καμιά φορά προκαλούν ολιγοσπερμία και ασθενοσπερμία συγκαταλέγονται:

Τα αντικαταθλιπτικά

Τα φάρμακα εναντίον της ελονοσίας (7)

Τα αντι-υπερτασικά

Η σουλφασαλαζίνη (χρησιμοποιείται εναντίον της κολίτιδας)

Τα κυτοροτοξικά φάρμακα (για διαταραχές του αίματος και ορισμένες κακοήθεις καταστάσεις)

Το φουρανταντίν (για μολύνσεις της ουροδόχου κύστης)

Τα κορτικοστεροειδή (δεν έχει αποδειχθεί αλλά πιθανόν να έχουν επιβλαβή επίδραση σε ορισμένες άνδρες). (7)

Το νέφος σκοτώνει το ανδρικό σπέρμα.

Οι Έλληνες έχουν γίνει 30% πιο «αδύναμοι».

Σε κρίσιμη και ιδιαίτερα ανησυχητική καμπή βρίσκεται η ανδρική γονιμότητα στις μέρες μας. Τόσο ο όγκος όσο και ο αριθμός των σπερματοζωαρίων μειώνεται καθημερινά, με αποτέλεσμα οι Έλληνες να έχουν γίνει 30% περίπου πιο «αδύναμοι» την τελευταία 20ετία.

Ανησυχητικά φαίνεται να είναι τα μηνύματα και για τη χώρα μας, καθώς πτώση της ποιότητας του σπέρματος έχει αναφερθεί σε μελέτη που έγινε στην περιοχή της Αθήνας για το διάστημα 1977-1983. Ως πιο πιθανό αίτιο θεωρείται η ρύπανση του περιβάλλοντος. (9)

Τα εντομοκτόνα προκαλούν στειρότητα.

Καρκινογενέσεις και προβλήματα στη γονιμότητα από τη χρησιμοποίηση χημικών ουσιών.

Η χρησιμοποίηση διαφόρων χημικών ουσιών (εντομοκτόνα, ζιζανιοκτόνα) στη γεωργία και τη βιομηχανία παλαιότερα θεωρούνταν ασφαλή. Σήμερα όμως έχει αποδειχθεί ότι κάθε άλλο παρά καλό κάνουν στον άνθρωπο, αφού η ύπαρξη και η δράση τους παρεμποδίζει την επίδραση των φυσιολογικών ορμονών στους ιστούς και αλλοιώνει τις φυσιολογικές τους⁽¹⁰⁾ λειτουργίες, με συνέπεια την πρόκληση ασθενειών, όπως καρκίνου, καθώς και ελάττωση της γονιμότητας.

Τα παραπάνω λόγια ανήκουν στο Βιολόγο – Εμβρυολόγο Δρ. Ευστάθιο Νικολαρόπουλο της IVF & GENETICS , ασχολείται με το θέμα της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων στη γονιμότητα του ανθρώπου πάρα πολύ καιρό.

«Η επιστημονική κοινότητα πιστεύει ότι η σημερινή έκφραση της ζωής είναι αποτέλεσμα της κληρονομικότητας (γονίδια DNA) και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο γεννιέται ο άνθρωπος. Πρέπει να σημειώσουμε ότι τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε μια αυξημένη ρύπανση του περιβάλλοντος, που οφείλεται κυρίως σε διάφορες ανθρώπινες δραστηριότητες όπως, π.χ στη γεωργία και τη βιομηχανία», λέει ο κ. Νικολαρόπουλος και συνεχίζει «Αναφέρομαι ενδεικτικά σε ορισμένα εντομοκτόνα , σε χημικές ενώσεις που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία, σε απόβλητα, σε προϊόντα καύσεων, σε διάφορες ακτινοβολίες κ.τ.λ. Ορισμένες από αυτές τις χημικές ενώσεις έχει αποδειχθεί ότι βλάπτουν την υγεία και τη γονιμότητα ζώων και ανθρώπων».

-Υπάρχουν κ.Νικολαρόπουλε, επιστημονικά δεδομένα που υποδεικνύουν την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία και τη γονιμότητα;

«Βεβαίως και υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα. Ενδεικτικά αναφέρω ορισμένες χημικές ενώσεις που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν και που σήμερα σε πολλές χώρες του κόσμου έχει απαγορευθεί η χρήση τους. Οι ενώσεις αυτές ονομάζονται « περιβαλλοντικά οιστρογόνα». Τέτοιες ενώσεις είναι τα εντομοκτόνα DDT και το DBPC, τα πολυχλωριομένα διαφαινύλια (PCB), οι διοξίνες (TCDD) κ.α. Οι ενώσεις αυτές είναι εξαιρετικά σταθερές και δεν διασπώνται εύκολα στο περιβάλλον για δεκαετίες, εισέρχονται στο σώμα του ανθρώπου με την αναπνοή ή τη διατροφή και συσσωρεύονται αθροιστικά στους ιστούς (βιοσυσσώρευση). Σύμφωνα με τα πορίσματα μελετών τα «περιβαλλοντικά οιστρογόνα», προκαλούν προβλήματα στη φυσιολογική λειτουργία των γεννητικών οργάνων και τη σπερματογένεση, δηλαδή τη δημιουργία των σπερματοζωαρίων. (10)

Ανευρίσκονται σε όλα τα μέρη του κόσμου και πολλά από αυτά έχουν ανιχνευθεί ακόμα και στο μητρικό γάλα. Πρόσφατα δημοσιεύθηκε μελέτη ανίχνευσης DDT στο μητρικό γάλα των γυναικών της Πελοποννήσου. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα περιβαλλοντικά οιστρογόνα

διαπερνούν το φράγμα του πλακούντα και μεταβιβάζονται στα έμβρυα».

Βέβαια η χρήση του εντομοκτόνου DDT έχει απαγορευθεί και δεν χρησιμοποιείται στη χώρα μας σήμερα, αλλά το γεγονός ότι έχει μεγάλο χρόνο ημιζωής (60 χρόνια) καθώς και η ευρεία χρήση του τα προηγούμενα χρόνια, το κατατάσσει αρκετά υψηλά στη βαθμίδα των «περιβαλλοντικών οιστρογόνων» σε σχέση με τις επιπτώσεις που δημιουργήσε. «Εάν ψεκαστεί όμως σε γειτονική χώρα που δεν έχει απαγορευθεί η χρήση του και οι μετεωρολογικές συνθήκες το φέρουν είτε από αέρα, είτε μέσω ύδατος, τότε το πρόβλημα παραμένει», λέει ο κ. Νικολαρόπουλος και συνεχίζοντας περιγράφει εν συντομία την επίδραση του DDT. «Η χρήση του άρχισε τη δεκαετία του '40 στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α σταμάτησε τη δεκαετία του '70, λόγω των προβλημάτων υγείας και γονιμότητας που διαπιστώθηκαν, χωρίς όμως να σταματήσει η παραγωγή του. Ο χρόνος ημιζωής του DDT και των παραγώγων του στο έδαφος και στο νερό, είναι περίπου 60 χρόνια και συγκεντρώσεις του ανιχνεύθηκαν σε πολλούς ιστούς του ανθρώπου ακόμα και στο μητρικό γάλα.

Αν σκεφθείτε λοιπόν ότι επί δεκαετίες πραγματοποιούνται μαζικοί ψεκασμοί, μπορείτε να διαμορφώσετε μια περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα. Πολλές χημικές ενώσεις που χρησιμοποιούσε ο άνθρωπος και θεωρούνται αβλαβής σήμερα υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που αποδεικνύουν την τοξικότητά τους».

-Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι σπουδαιότερες επιπτώσεις των «περιβαλλοντικών οιστρογόνων» στον άνθρωπο;

«Πολλά περιβαλλοντικά οιστρογόνα όπως το DDT έχουν ενοχοποιηθεί για προβλήματα που αφορούν την ανδρική υπογονιμότητα, δημιουργώντας προβλήματα στη φυσιολογική λειτουργία των όρχεων και τη μείωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων στο σπέρμα. Μελέτη πρόσφατα δημοσιευμένη, διαπιστώνει ότι η γονιμοποιητική ικανότητα των σπερματοζωαρίων είναι μικρότερη στους άνδρες που αποδεδειγμένα έχουν εκτεθεί σε ⁽¹⁰⁾

εντομοκτόνα, συγκριτικά με εκείνους που δεν έχουν εκτεθεί σε αυτά. Πολλοί ερευνητές έχουν συνδυάσει την αύξηση που παρατηρείται

στους καρκίνους των όρχεων καθώς και των προβλημάτων δυσλειτουργίας των γεννητικών οργάνων του άνδρα με την ύπαρξη «περιβαλλοντικών οιστρογόνων» στο ανθρώπινο σώμα».

Ο κ. Νικολαρόπουλος στη συνέχεια μας τόνισε ότι και για την ποιότητα του σπέρματος η οποία έχει μειωθεί στην εποχή μας, υπάρχει συσχετισμός με τα «περιβαλλοντικά οιστρογόνα».

«Υπάρχουν μελέτες από διάφορες χώρες (Δανία, Αγγλία, Γαλλία, Βέλγιο και στη χώρα μας) που υποστηρίζουν ότι η ποιότητα του σπέρματος έχει ελαττωθεί καθώς και η κινητικότητά του. Στο Παρίσι, έχει δημοσιευθεί μελέτη που παρουσιάζει ετήσια πτώση του αριθμού των σπερματοζωαρίων από 154,3 το 1997 σε 130,1 το 1993. Οι μεταβολές βέβαια δεν είναι παντού οι ίδιες και εξαρτώνται και από τη γεωγραφική θέση». (10)

Οι διοξίνες ρίχνουν την ανδρική γονιμότητα.

Όσον αφορά το συνολικό αριθμό των σπερματοζωαρίων των ανδρών με φυσιολογικό σπέρμα, που γεννήθηκαν μέχρι το 1959, ήταν 301 εκατομμύρια ανά ml κατά μέσο όρο, ενώ στους άνδρες που ήταν γεννημένοι το 1970 ο μέσος αριθμός σπερματοζωαρίων ελαττώθηκε στα 214 εκατομ. Ο ολικός αριθμός των κινητών σπερματοζωαρίων επίσης ελαττώθηκε από 169 εκατομ. Ανά ml σε 129 εκατομ. Αντίστοιχα.

Συγχρόνως, όπως ανέφερε ο κ. Νικολαρόπουλος. Ο αριθμός των καρκίνων των όρχεων έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία από τις Σκανδιναβικές χώρες και τις χώρες της Βαλτικής. Υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζουν η Δανία, Η Νορβηγία και η Γερμανία. Περισσότερο πλήττονται οι ηλικίες 20-50 ετών. (11)

Είναι γνωστό στους ειδικούς ότι τα οιστρογόνα παίζουν αποφασιστικό ρόλο στη λειτουργία της αναπαραγωγής του ανθρώπου, αλλά και στη δημιουργία καρκίνου των όρχεων.

Η χορήγηση για παράδειγμα του οιστρογόνου διεθυλστυλβεστρόλης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για την

παρεμπόδιση της αποβολής του κυήματος οδήγησε στη δημιουργία σοβαρών βλαβών στους απογόνους, όπως είναι οι ανατομικές ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων, η δημιουργία καρκίνων και η πρόκληση υπογονιμότητας. Επίσης μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένες χημικές ενώσεις που υπάρχουν σήμερα στο περιβάλλον όπως οι διοξίνες, προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην αναπαραγωγή των διαφόρων ζώων που ζουν ελεύθερα στη φύση.

Έτσι, δημιουργήθηκε λοιπόν η θεωρία των «περιβαλλοντικών οιστρογόνων», που υποστηρίζει την ύπαρξη χημικών ενώσεων στο περιβάλλον, οι οποίες όταν εισέλθουν στον οργανισμό, παρεμποδίζουν με τη δράση τους την ομαλή λειτουργία των φυσικών ορμονών. (11)

❖ Υπερβολική σωματική άσκηση.

Η γυμναστική που γίνεται με μέτρο, το τζόκινγκ και η ποδηλασία, δημιουργούν ευεξία στον οργανισμό. Έχει αποδειχθεί ωστόσο, πως οποιαδήποτε σωματική άσκηση ή άθλημα γίνεται πολύ εντατικά, μπορεί να βλάψει την παραγωγή των σπερματοζωαρίων. Ξέρουμε πως ορισμένοι αθλητές όταν προπονούνται εντατικά, έχουν μειωμένα σπερματοζωάρια, που όμως επανέρχονται στο φυσιολογικό όταν γυμνάζονται λιγότερο και όταν κερδίσουν βάρος. (7)

❖ Η εργασία και η ένταση της καθημερινής ζωής.

Είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί αυτός ο παράγοντας. Δύσκολα καταλαβαίνει κανείς ακριβώς ποιοι τομείς της ζωής του μπορεί να έχουν βλαπτική επίδραση στην γονιμότητά του. Ιδιαίτερο κίνδυνο διατρέχουν τα ανώτατα στελέχη επιχειρήσεων που ταξιδεύουν σε

ολόκληρο τον κόσμο και βρίσκονται σε συνεχή πίεση. Το χειρότερο είναι ότι τα άτομα αυτά μπορεί να λείπουν από το σπίτι τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ίσως μάλιστα σε μέρες που οι γυναίκες τους είναι πιο γόνιμες. Εκτός από το ότι μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης, η απουσία του άνδρα από το σπίτι δυσκολεύει τις σεξουαλικές και συζυγικές του σχέσεις, εντείνοντας το στρες. Αυτές οι επαγγελματικές πιέσεις είναι συνήθως εντονότερες μεταξύ των τα 35 και 45 ετών, όταν δηλαδή ο άνδρας σταδιοδρομεί. Αυτή όμως μπορεί να είναι και η καλύτερη εποχή για να κάνετε παιδί. Αν αφήσετε τα πράγματα για αργότερα, η γυναίκα σας θα είναι λιγότερο γόνιμη.

Άλλα επαγγέλματα που μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στο ανδρικό σπέρμα, είναι του οδηγού μακρινών αποστάσεων, καθώς και οι εργασίες που σας εκθέτουν σε δηλητηριώδεις ουσίες, όπως είναι ο μόλυβδος, που περιέχεται στα καυσαέρια των λεωφορείων. Κίνδυνο επίσης διατρέχουν οι άνδρες που εκτίθενται σε υπερβολικές δονήσεις, από καυστήρες, λ.χ ή από κομπρεσερ, καθώς και όσοι δουλεύουν σε εργασίες όπου οι συνθήκες είναι πολύ κουραστικές ή προκαλούν μεγάλη ένταση.

❖ Αν κάνετε έρωτα πολύ συχνά.

Μερικά άτομα πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο μπορεί να μειώσει την ποιότητα ή την ποσότητα των σπερματοζωαρίων τους. Δεν υπάρχουν όμως αποδείξεις. Ξέρουμε ότι άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή πολλές φορές την ημέρα, είναι απόλυτα γόνιμοι. (7)

4) Τα σπερματοζωάρια παρουσιάζουν ανωμαλίες.

Μερικές φορές σπερματοζωάρια που φαίνονται φυσιολογικά κάτω από το μικροσκόπιο, έχουν στην πραγματικότητα χημικές ανωμαλίες. Έτσι, κι αν ακόμα παράγονται σε μεγάλες ποσότητες,

μπορεί να είναι ανίκανα να γονιμοποιήσουν ένα ωάριο. Σπάνια διαπιστώνεται το αίτιο της ανωμαλίας. Καμία φορά ωστόσο, οφείλεται σε απλή μόλυνση από βακτηρίδια και θεραπεύεται με αντιβιοτικά.

5) Ανοσολογικά προβλήματα.

Σε αυτά οφείλεται ένα ποσοστό 5-10% της ανδρικής στειρότητας. Για λόγους που δεν γνωρίζουμε ακόμη μερικοί άνδρες δημιουργούν αντισώματα στο ίδιο τους το σπέρμα. Ο οργανισμός «αντιλαμβάνεται» τα σπερματοζωάρια σαν «ξένα» και τα καταπολεμάει, ακριβώς όπως κάνει και με άλλες πρωτεΐνες, βακτηρίδια ή κύτταρα. Τα αντισώματα αυτά μπορεί να παρεμποδίζουν την απελευθέρωση σπερματοζωαρίων.

6) Συνουσία.

Οι σεξουαλικές δυσκολίες πολύ σπάνια αποτελούν αιτίες στειρότητας (σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων ανδρικής υπογονιμότητας). Σαν επακόλουθο σεξουαλικών δυσκολιών, μπορεί να μη γίνεται εκσπερμάτιση μέσα στον κόλπο. Το πιο συνηθισμένο πρόβλημα είναι η λεγόμενη πρόωμη εκσπερμάτιση, όταν ο άνδρας έχει οργασμό πριν προλάβει να βάλει το πέος του βαθιά μέσα στον κόλπο.

(7)

Αυτό συμβαίνει πιο συχνά σε νέους άνδρες και ξεπερνιέται με υπομονή και εξάσκηση.

Υπάρχουν και πολλοί άλλοι λόγοι που δημιουργούν προβλήματα συνουσίας μα δε μπορούν να εξετασθούν σε αυτό το βιβλίο. Για τυχόν σεξουαλικά προβλήματα θα πρέπει να ζητήσετε τη βοήθεια ειδικών, όπως ψυχολόγων ειδικευμένων στη συμβουλευτική γάμου. Πάντως ο γιατρός σας είναι εκείνος που θα σας καθοδηγήσει στο θέμα αυτό. Αν και μπορεί να νιώσετε αμηχανία να συζητήσετε ένα τέτοιο πρόβλημα, να είστε σίγουροι ότι οι άνθρωποι αυτοί θα σας αντιμετωπίσουν με τη μεγαλύτερη κατανόηση.

7) Ανατομικές ανωμαλίες.

Επίσης σπάνια περίπτωση. Το πιο συνηθισμένο από τα σπάνια αυτά προβλήματα είναι ο λεγόμενος «υποσπαδίας» στον οποίο η ουρήθρα, ο αγωγός που διαπερνά το πέος, έχει το εξωτερικό της στόμιο κάτω από το πέος ή κοντά στο όσχεο. Όπως και στην περίπτωση της παλίνδρομης εκσπερμάτισης, α σπερματοζώαρια δεν χύνονται μέσα στον κόλπο. Η κατάσταση μπορεί να διορθωθεί με απλή εγχείρηση.

Άλλες σπάνιες ανατομικές ανωμαλίες περιλαμβάνουν απουσία του σπερματικού πόρου ή υπανάπτυκτους όρχεις. (7)

ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ;

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ο γιατρός θα σας εξετάσει για να δει αν οι όρχεις σας έχουν κατεβεί κανονικά μέσα στο όσχεο, καθώς επίσης αν έχουν φυσιολογικό μέγεθος. Ασυνήθιστα μικροί ή υπερβολικά μαλακοί όρχεις, μπορεί να σημαίνουν ότι υπάρχει πρόβλημα στην παραγωγή σπερματοζωαρίων. Η εξέταση θα βοηθήσει επίσης να αποκλεισθεί τυχόν ανατομική ανωμαλία, όπως υποσπαδίας ή απουσία του σπερματικού πόρου. Κατά τη σωματική εξέταση ο γιατρός μπορεί συνήθως να καταλάβει μια διόγκωση των φλεβών γύρω από τον όρχι (κισσοκήλη), ιδιαίτερα αν στέκεστε όρθιος και σφίγγεστε ή βήχετε. Είναι επίσης πιθανό να αντιληφθεί σημάδια μόλυνσης. (12)

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Είναι η πιο σημαντική από όλες τις εξετάσεις και σίγουρα πολύ λιγότερο δυσάρεστη από ότι πολλοί φαντάζονται. Το σπέρμα συγκεντρώνεται μετά από διακεκομμένη συνουσία ή αυνανισμό. Στις καλές κλινικές θα σας δώσουν σαφείς γραπτές οδηγίες για τη μέθοδο συλλογής που προτιμούν και για το πόσο σύντομα θα πρέπει να φέρετε το δείγμα προς ανάλυση. Θα σας

που επίσης για πόσο χρονικό διάστημα πριν από την εξέταση θα πρέπει να αποφύγετε το σεξ. Μερικοί γιατροί ζητάνε αποχή τριών ημερών πριν από την εξέταση αλλά οι γνώμες διίστανται για το πόση σημασία έχει αυτό.

Εξέταση του σπέρματος κάτω από το μικροσκόπιο θα δείξει κατά πόσο είναι φυσιολογικό. Υπολογίζεται ο αριθμός των σπερματοζωαρίων και εκτιμάται η κινητικότητά τους. Υπολογίζεται επίσης το ποσοστό των φυσιολογικών σπερματοζωαρίων. Ένας φυσιολογικός άνδρας συνήθως εκσπερματίζει γύρω στο 1,5 έως 6 χιλ. του λίτρου υγρό. Σε ένα φυσιολογικό τεστ, κάθε χιλ. Του λίτρου πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 20.000.000 σπερματοζωάρια και το 60% από αυτά θα πρέπει να είναι κανονικά σε σχήμα και μέγεθος. Σπερματοζωάρια με καλή κινητικότητα θα πρέπει να κολυμπάνε ζωηρά και σε ευθεία γραμμή.

Στο υγρό της εκσπερμάτισης μπορούν επίσης να γίνονται χημικές εξετάσεις. Επίσης, μετριέται ο συνολικός όγκος του υγρού που εκσπερματίστηκε, μια και ένας πολύ μικρός ή πολύ μεγάλος όγκος πιθανός να προδιαθέτει σε υπογονιμότητα. Αμέσως μετά την εκσπερμάτιση, το σπερματικό υγρό είναι παχύρευστο σαν ζελέ, αλλά μετά τα 30 λεπτά περίπου ρευστοποιείται πλήρως. (12)

Όταν επισκεφθείτε ξανά το γιατρό σας για να πάρετε τα αποτελέσματα της εξέτασης του σπέρματος, αξίζει να πάτε και οι δύο μαζί. Συχνά είναι δυσβάσταχτο φορτίο για τη γυναίκα να πάει μόνη της, και να διαπιστώσει πως ο σύντροφός της έχει πρόβλημα. Οι περισσότερες γυναίκες δε θέλουν να αναγγείλουν στον άνδρα τους την είδηση ότι δεν παράγει καλό σπέρμα, γιατί φοβούνται ότι μια τέτοια ανακάλυψη θα τον πληγώσει. Θα πρέπει να θυμάστε ότι καμία φορά ακόμα και οι απόλυτα γόνιμοι άνδρες παρουσιάζουν μη-φυσιολογική εξέταση σπέρματος. Ένα και μόνο τεστ δε σημαίνει τίποτα, γι' αυτό μη στενοχωρηθείτε αν η πρώτη εξέταση δείξει αποτελέσματα κάτω από το μέσο όρο. (12)

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

1. **Βρίσκονται λίγα μόνο φυσιολογικά σπερματοζωάρια** Είναι ένα συχνό εύρημα. Μερικοί φυσιολογικοί, γόνιμοι άνδρες, σε μια μεμονωμένη περίπτωση μπορεί να παράγουν ελάχιστα φυσιολογικά σπερματοζωάρια. Αν σε εξετάσεις διαπιστωθούν λιγότερα από 20.000.000 σπερματοζωάρια ανά χιλ. του λίτρου, ίσως αυτό να αποτελεί έναν παράγοντα υπογονιμότητας.

Η μικρή ποσότητα σπερματοζωαρίων μπορεί να οφείλεται σε έναν από τους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως. (12)

2. **Υπάρχουν σπερματοζωάρια στο σπερματικό υγρό μα ελάχιστα κινούνται φυσιολογικά.** Κι αυτό επίσης είναι πολύ συνηθισμένο. Αν λίγα μόνο από τα σπερματοζωάρια κινούνται κανονικά υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Θεωρείται συνήθως μη- φυσιολογικό όταν ποσοστό μικρότερο από 40% των σπερματοζωαρίων κινείται σε σχετικά ευθεία γραμμή. Τα αίτια ποικίλλουν:
 - Μόλυνση στο σπερματικό υγρό.
 - Μη παραγωγή κανονικών σπερματοζωαρίων από τους όρχεις.
 - Ανικανότητα της επιδιδυμίδας να δημιουργήσει σωστό περιβάλλον για τα σπερματοζωάρια.
 - Λαθεμένος τρόπος συλλογής του σπέρματος ή καθυστέρηση στην εξέτασή του.
 - Παρουσία κίρσοκλήλης(αν και υπάρχουν αμφιβολίες κατά πόσον αποτελεί πραγματικό αίτιο).
3. **Ο όγκος του σπέρματος είναι μικρότερος από 0,5 χιλ. του λίτρου,** το γεγονός πιθανόν να οφείλεται σε σοβαρή φλεγμονή των αδένων που παράγουν σπερματικό υγρό ή σε ανωμαλίες στους αγωγούς που

μεταφέρουν το σπέρμα. Ωστόσο, πολλοί φυσιολογικοί άνδρες παράγουν μικρό όγκο σπερματικού υγρού, άρα ο μικρός όγκος δε σημαίνει πάντα ότι κάτι δεν πάει καλά.

4. **Δεν φαίνονται καθόλου σπερματοζωάρια.** Αυτό σημαίνει ότι οι όρχεις δεν παράγουν σπερματοζωάρια ή ότι έχει δημιουργηθεί κάποια απόφραξη στους αγωγούς σπέρματος που ξεκινούν από τον όρχι. Πολύ σπάνια, ο λόγος μπορεί να είναι η παλινδρόμηση του σπέρματος, όταν δηλαδή το σπερματικό υγρό χύνεται στην ουροδόχο κύστη.
5. **Μεγάλο ποσοστό των σπερματοζωαρίων μοιάζουν μη- φυσιολογικά.** Και πάλι, υπάρχουν πολλοί λόγοι για την παραγωγή ανώμαλων σπερματοζωαρίων. Αν τα περισσότερα σπερματοζωάρια παρουσιάζουν πολύ μικρές ανωμαλίες, ορατές κάτω από το μικροσκόπιο, οι πιθανότητες να πετύχει κάποια θεραπεία είναι μικρές. Τα αίτια των ανωμαλιών είναι συνήθως όμοια με τα αίτια στις κατηγορίες 2 και 4, που αναφέρονται παραπάνω. (12)
6. **Το σπερματικό υγρό δεν ρευστοποιείται κανονικά.** Αυτό το ασυνήθιστο πρόβλημα οφείλεται κατά κανόνα σε μόλυνση ή σε χημική ανεπάρκεια.
7. **Τα σπερματοζωάρια φαίνονται κολλημένα μεταξύ τους ή σχηματίζουν σωρούς.** Πιθανόν να οφείλεται σε κάποια μόλυνση του σπερματικού υγρού ή στ'ότι ο οργανισμός σας έχει δημιουργήσει αντισώματα στα σπερματοζωάρια.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Ο γιατρός θα πάρει αναρρόφηση ένα μικρό δείγμα από την τραχηλική βλέννα, συνήθως 6-24 ώρες μετά τη συνουσία. Στη συνέχεια την εξετάζει κάτω από τι μικροσκόπιο για να δει αν υπάρχουν κινούμενα σπερματοζωάρια.

Παρόλο που το τεστ αυτό γίνεται συνήθως για να διαπιστωθεί τυχόν πρόβλημα στην τραχηλική βλέννα της γυναίκας, μπορεί επίσης να βοηθήσει στην εξέταση του ανδρικού σπέρματος. Αν βρεθούν σπερματοζωάρια σημαίνει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα συνουσίας. Αν κινούνται πολλά σπερματοζωάρια ακόμα και αν ο συνολικός τους αριθμός δεν είναι μεγάλος, σημαίνει ότι τα σπερματοζωάρια σας είναι αρκετά καλής ποιότητας και ικανά να γονιμοποιήσουν.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ: Εξέταση swim-up και ταχύτητας.

Ξέρουμε στα σίγουρα, πως οι συνηθισμένες εξετάσεις σπέρματος δε βρίσκουν πάντα τυχόν ανωμαλίες των σπερματοζωαρίων. Πρόσφατα, ωστόσο χρησιμοποιούνται δύο ακόμα εξετάσεις, που αποτελούν βελτίωση των κλασικών μεθόδων. Τα τεστ αυτά ερευνούν την ικανότητα των σπερματοζωαρίων να κινούνται μέσα στο σπερματικό υγρό. Αν κολυμπάνε άσχημα και αργά, πιθανόν να υπάρχει κάποια ανωμαλία που εμποδίζει τη (12) γονιμοποίηση. Δυστυχώς οι ανωμαλίες αυτές κατά πάσα πιθανότητα δε θεραπεύονται ακόμα. Όμως η γνώση της ύπαρξης τους αποτελεί σημαντικό πρώτο βήμα.

Το τεστ swim-up γίνεται ως εξής:

Τα σπερματοζωάρια τοποθετούνται σε ένα σωλήνα και καλύπτονται με μία στρώση ειδικά παρασκευασμένου υγρού που θα χρησιμοποιηθεί σαν μέσο. Τα φυσιολογικά σπερματοζωάρια θα πρέπει να κολυμπήσουν μέσα στο υγρό, αφήνοντας τα ανώμαλα πίσω, στον πάτο του σωλήνα. Το τεστ αυτό εφαρμόζεται επίσης για την Παρασκευή των σπερματοζωαρίων πριν χρησιμοποιηθούν για εξωσωματική γονιμοποίηση, καθώς και για ορισμένες μορφές τεχνητής σπερματέγχυσης. Μπορεί επίσης, να χρησιμοποιηθεί για να διαπιστωθεί το ποσοστό του φυσιολογικού σπέρματος που παράγει ο άνδρας.

Στα περισσότερα εργαστήρια, ένα καλό τεστ κολύμβησης θα πρέπει να δώσει τουλάχιστον 500.000 δραστήρια σπερματοζωάρια από το σπερματικό υγρό.

Εξέταση ταχύτητας σπερματοζωαρίων

Κατά την εξέταση αυτή τα σπερματοζωάρια τοποθετούνται σε κάποιο μέσο κάτω από μικροσκόπιο και φωτογραφίζονται κατά διαλλείματα μερικών δευτερολέπτων. Στη συνέχεια, οι διαδοχικές αυτές φωτογραφίες μπορούν να αναλυθούν και ανάλογα με την απόσταση που έχουν ταξιδέψει τα σπερματοζωάρια, κρίνεται η κινητικότητά τους, άρα και η υγεία τους. Οι πιο εξελιγμένες τεχνολογικά εξετάσεις ταχύτητας γίνονται με ηλεκτρονικό υπολογιστή με τον οποίο υπολογίζεται το ποσοστό των σπερματοζωαρίων που είναι ικανά να κινηθούν γρήγορα. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό αυτό, τόσο πιο αισιόδοξες είναι και οι προοπτικές γονιμότητας. (12)

ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΤΕΣΤ

Θα χρειαστεί να τα κάνετε μόνο όταν οι προηγούμενες εξετάσεις δείξουν χαμηλής ποιότητας σπερματοζωάρια. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες:

*** * Μέτρηση της αντρικής ορμόνης τεστοστερόνης.**

Γίνεται με ανάλυση αίματος. Αν το επίπεδο τεστοστερόνης στον οργανισμό σας είναι κατώτερο από το φυσιολογικό, τα κύτταρα των όρχεων, κατά πάσα πιθανότητα δε λειτουργούν σωστά. Αν το επίπεδο είναι υψηλό, υπάρχει μια πολύ σπάνια πιθανότητα ότι μερικά από τα κύτταρα στους όρχεις δεν μπορούν να ανταποκριθούν φυσιολογικά στην ανδρική ορμόνη. Αυτό αποτελεί αίτιο σε ποσοστό μικρότερο από 1% των ανδρικών προβλημάτων γονιμότητας, αλλά συνήθως δε θεραπεύεται.

* * Μέτρηση των ορμονών της υπόφυσης LH & FSH.

Πρόκειται για τις ίδιες ορμόνες που παράγει η γυναίκα. Εάν εμφανίζετε ψηλά επίπεδα των ορμονών αυτών, σημαίνει δυστυχώς πως ο όρχις δεν παράγει σπερματοζωάρια και κατά κανόνα δε θα ανταποκριθεί σε θεραπεία. Αν τα επίπεδα ορμόνης είναι χαμηλά, η υπόφυση μπορεί να μην παράγει αρκετή ποσότητα. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει τουλάχιστον μια πιθανότητα να δείτε καλά αποτελέσματα με ορμονοθεραπεία.

* * Μέτρηση της προλακτίνης.

Πρόκειται για την ορμόνη που στις γυναίκες προκαλεί την παραγωγή γάλακτος από τους μαστούς. Παράγεται από τον αδένα της υπόφυσης τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες και καμιά φορά οι τιμές της μπορεί να είναι αφύσικα ψηλές πράγμα πολύ ασυνήθιστο όμως.

Ψηλά επίπεδα προλακτίνης μπορεί να οφείλονται σε καλοήγη όγκο της υπόφυσης, που θεραπεύονται εύκολα με μια μικρή εγχείρηση. Πάντως δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι η προλακτίνη επηρεάζει ουσιαστικά την παραγωγή σπερματοζωαρίων. (12)



Αν οι άλλες εξετάσεις δεν έδειξαν καμία αιτία, ο γιατρός μπορεί να συστήσει μια μικρή διερευνητική επέμβαση σε έναν από τους όρχις. Η επέμβαση γίνεται συνήθως κάτω από γενική ελαφρά αναισθησία και θα χρειαστεί να μείνετε μία μόνο μέρα στο νοσοκομείο. Ο γιατρός ίσως αποφασίσει να αφαιρέσει ένα μικροσκοπικό κομμάτι του όρχι για να τον

εξετάσει με μικροσκόπιο. Αυτό θα βοηθήσει να διαπιστωθεί αν παράγει σπερματοζωάρια ή όχι. Κατά κανόνα εξετάζεται ταυτόχρονα και η επιδιδυμίδα ο αγωγός δίπλα στον όρχι, για να διαπιστωθεί αν είναι άρρωστη ή φραγμένη.

Ο χειρουργός πιθανόν να κάνει και μια ακτινογραφία του σπερματικού πόρου, αφού πρώτα εισαγάγει με ένεση μια μικρή ποσότητα χρωστικής ουσίας. Έτσι, θα μπορέσει να εντοπίσει την ακριβή θέση μιας τυχόν απόφραξης του αγωγού.

Εξέταση με wάριο χάμστερ.

Γνωρίζουμε ότι μερικά σπερματοζωάρια απλά δε μπορούν να γονιμοποιήσουν ένα wάριο. Σε μια εξέταση που επινοήθηκε σχετικά πρόσφατα, χρησιμοποιούνται αυγά από το ζώο χρυσό χάμστερ. Ειδικά κατεργασμένα σπερματοζωάρια λαμβάνονται από το σπερματικό υγρό και ανακατεύονται με έναν αριθμό από wάρια χάμστερ. Για να μπορέσουν τα ανθρώπινα σπερματοζωάρια να διεισδύσουν στα wάρια του χάμστερ, αφαιρείται πρώτα από τα wάρια αυτά με χημική μέθοδο, το εξωτερικό διαφανές κάλυμμα ή ζώνη. Wάρια που έχουν κατεργαστεί μια τέτοια κατεργασία, μπορούν στη συνέχεια να διαπεραστούν από σπερματοζωάρια που δεν ανήκουν σε χάμστερ. Δε μπορούν όμως να γονιμοποιηθούν ⁽¹²⁾ κανονικά ούτε να εξελιχθούν σε έμβρυα. Άρα η εξέταση αυτή είναι αποδεκτή από ηθικής πλευράς.

Ένας βιολόγος μετράει το ποσοστό «γονιμοποιημένων» wαρίων και στη συνέχεια κάνει μια εκτίμηση της ποιότητας των σπερματοζωαρίων. Ωστόσο, υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες για την πιστότητα αυτού του τεστ. Ξέρουμε ότι μερικές φορές ακόμα και αν το τεστ δείξει τελείως αρνητικό, είναι δυνατή η γονιμοποίηση ανθρώπινων wαρίων.

ΤΟ ΤΕΣΤ ΛΙΣΙΣ ΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΩΑΡΙΑ

Σπερματοζωάρια μπορούν να αναμιχθούν με νεκρά ανθρώπινα ωάρια που προέρχονται συνήθως από μια διαθέσιμη ωοθήκη που αφαιρέθηκε κατά τη διάρκεια υστερεκτομής. Η εξέταση αυτή εκτιμάει την ικανότητα των σπερματοζωαρίων να διεισδύσουν στο εξωτερικό κάλυμμα ενός ωαρίου. Ακόμα κι αν τα σπερματοζωάρια διαπεράσουν την εξωτερική ζώνη, δεν υπάρχει φόβος να σχηματιστεί έμβρυο, μια και το ωάριο καθαυτό είναι νεκρό. Το τεστ αυτό κρίνεται πιο χρήσιμο από εκείνα που χρησιμοποιεί ωάρια από χάμστερ, θα χρειαστεί όμως να γίνει περισσότερη έρευνα για να διαπιστωθεί η πραγματική αξιοπιστία του, στην εκτίμηση της ποιότητας των σπερματοζωαρίων. Αυτή τη στιγμή γίνεται μονάχα σε ερευνητικά κέντρα. (12)

ΕΡΓΩΜΑΤΙΚΗ ΕΦΩΝΙΩΣΗ

Σπερματοζωάρια που έχουν υποστεί τη διαδικασία της «έκπλυσης» μπορούν να αναμειχθούν σε ένα ζωντανό ωάριο που αφαιρείται από τη σύντροφό σας αμέσως μετά από την ωορρηξία. Ουσιαστικά αποτελεί μια επέκταση της διαδικασίας για τη δημιουργία «παιδιού του σωλήνα». Αν σχηματιστεί έμβρυο θα είναι φυσικά η καλύτερη απόδειξη ότι τα σπερματοζωάρια είναι ικανά να εκπληρώσουν τη φυσική τους λειτουργία. Το έμβρυο που θα σχηματιστεί μπορεί να τοποθετηθεί ξανά στη μήτρα, όπου έχει πιθανότητες να εξελιχθεί σε μωρό. Η μέθοδος αυτή είναι η καλύτερη για να εξετασθεί η λειτουργία των σπερματοζωαρίων. Ο λόγος που δεν

εφαρμόζεται συχνότερα είναι το ότι κοστίζει πολύ. Δυστυχώς προσφέρεται μόνο σε μερικά από τα κέντρα που μπορεί να υποβληθεί κανείς σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης. (12)



Στην περίπτωση της κρυφορχίας οι όρχεις(ο ένας ή και οι δύο) δεν κατεβαίνουν κανονικά για να βρεθούν μέσα στο όσχεο αλλά είτε μένουν μέσα στην κοιλιακή χώρα, είτε μένουν μέσα στο βουβωνικό πόρο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η κάθοδος των όρχεων γίνεται κατά την ήβη ή ύστερα από την πραγματοποίηση ορμονοθεραπείας. Η πιο συνηθισμένη όμως αντιμετώπιση(13)

είναι η χειρουργική για να γλιτώσουμε κάποιες καταστάσεις βουβωνοκήλης ή κάποια κακοήθη εξαλλαγή.

Σε αυτήν την περίπτωση το στόμιο της ουρήθρας βρίσκεται στο κατώτερο μέρος του πέους με αποτέλεσμα η ακτίνα της ούρησης να κατευθύνεται προς τα σκέλη του παιδιού και έτσι να βρέχεται κάτω και πίσω.

Σε αντίθετη περίπτωση όπου το στόμιο της ουρήθρας βρίσκεται προς τα πάνω συναντούμε το αντίθετο αποτέλεσμα, λέγεται ΕΠΙΣΠΑΔΙΑΣ. Η θεραπεία και των δύο περιπτώσεων είναι χειρουργική.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΟΥΣ.

Σε αυτήν την κατηγορία αναφέρονται διάφορες μικροβιακές λοιμώξεις του πέους, φλεγμονές, εξελκώσεις, έρπητας του πέους καθώς και άλλες παθήσεις των επιμερών σημείων του. Κάποιες από αυτές είναι η γονόρροια, βλεννόρροια, περιουρηθρίτιδα, προστατίτιδα, επιδιδυμίτιδα, βαλανίτιδα, έρπητας της βαλάνου κ.α.

1)Γονόρροια.

Η φλεγμονή αυτή οφείλεται στο γονόκοκκο Ναισέρια και είναι αποκλειστικά ανθρώπινο παράσιτο. Έχει μικρό χρόνο επώασης (2-7 ημέρες). Η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί στον σπερματικό πόρο και την επιδιδυμίδα.

(13)

Συμπτώματα:

Δυσουρία, ελαφρύ τσούξιμο κατά την ούρηση, έκκριμα στην ουρήθρα αρχικά οροπυώδες και μετά πυώδες και κιτρινωπό.

Θεραπεία:

Φαρμακευτική.

2)Φίμωση.

Σε αυτή την περίπτωση η βάλανος δε μπορεί να αποκαλυφθεί λόγω της στένωσης του στομίου της ακροπροσθίας.

Θεραπεία της είναι η περιτομή που είναι μια μικρά χειρουργική επέμβαση για τη διάνοιξη του στομίου, έτσι ώστε η βάλανος να μένει ακάλυπτη.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΡΧΕΩΝ ΚΑΙ ΓΕΙΤΟΝΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.

1)Επιδιδυμίτιδα.

Είναι η φλεγμονή της επιδιδυμίδας που οφείλεται κυρίως στο βάκιλο του Koch ή σε κάποιους πυογόνους μικροοργανισμούς και εισέρχεται από την ουρήθρα.

Συμπτώματα:

Πόνος και ευαισθησία στο βουβωνικό πόρο, οίδημα και πόνος στο όσχεο, υψηλή θερμοκρασία.

Θεραπεία:

Συντηρητική με εφαρμογή χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων και το όσχεο τοποθετείται σε ανάρροπη θέση. (13)

2)Ορχίτιδα.

Είναι φλεγμονή των όρχεων.

Συμπτώματα:

Οίδημα των όρχεων, πόνος, πυρετός, γενική κακουχία, ναυτία κ.α.

Θεραπεία:

Ίδια με τη θεραπεία της επιδιδυμίτιδας. Χρειάζεται προσοχή για να αποφύγουμε σοβαρές επιπλοκές όπως η γάγγραινα. Αν τα συμπτώματα συνεχιστούν ύστερα από τη συμπτωματική θεραπεία, και έχουμε συλλογή υγρού τότε γίνεται χειρουργική επέμβαση (13)

ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ

Αν και πολλές γυναίκες πιστεύουν πως το πρόβλημά τους οφείλεται σε απόφραξη των σαλπίγγων, η κατάσταση αυτή δεν αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία στειρότητας. Οι παθήσεις των σαλπίγγων περιλαμβάνουν και άλλα προβλήματα εκτός από την απόφραξη και όλα αυτά καλύπτουν το 1/3 περίπου της γυναικείας στειρότητας. (7)

Δυστυχώς και τελείως λαθεμένα, μερικοί γιατροί θεωρούν ότι δεν υπάρχει ελπίδα όταν έχουν γίνει ζημιές στις σάλπιγγες και αποθαρρύνουν τις γυναίκες να ζητήσουν την καλύτερη συμβουλή από ειδικούς. Η αλήθεια είναι ότι ακόμα και για τα πιο περίπλοκα προβλήματα, υπάρχει θεραπεία, γι' αυτό μη χάνετε το κουράγιο σας. Ο τομέας αυτός είναι ο πιο εξειδικευμένος σχετικά με τη στειρότητα. Τα αποτελέσματα είναι συνήθως καλά αν βρεθείτε σε ικανά χέρια. Αν λοιπόν σας συστήσουν μια τέτοια θεραπεία, είναι προτιμότερο να την κάνετε σε ένα νοσοκομείο όπου γίνεται πολύ δουλειά σε αυτόν τον τομέα. Εκεί θα πάρετε μια πραγματική υπεύθυνη γνώμη και θα υποβληθείτε στην καλύτερη δυνατή θεραπεία.

Δεν υπάρχει λόγος να ανησυχείτε ότι ένα πρόβλημα στις σάλπιγγες μπορεί να βλάψει την υγεία σας αν δεν θεραπευτείτε. Οι παθήσεις των σαλπίγγων είναι πολύ καλοήθεις και σπάνια απειλούν τη γενική υγεία. Ο μόνος λόγος για να σκεφθείτε σοβαρά τη μικροχειρουργική σαλπίγγων, είναι αν θέλετε να μεγιστοποιήσετε τις πιθανότητές σας να κάνετε παιδί.

Οι βλάβες στις σάλπιγγες που μπορεί να οδηγήσουν σε στειρότητα, περιλαμβάνουν:

Πλήρη απόφραξη των σαλπίνγων σε ένα ή περισσότερα σημεία.

Κατά κανόνα η απόφραξη των σαλπίνγων προσβάλλει και τις δύο σάλπιγγες εξίσου και συμμετρικά. Αυτό σημαίνει ότι αν είναι φραγμένη μια σάλπιγγα θα είναι και η άλλη, μάλιστα στο ίδιο σημείο. Σε πολλές γυναίκες γίνεται διάγνωση από τις πρώτες κιόλας εξετάσεις, ότι οι σάλπιγγές τους είναι τελείως κλεισμένες, υπονοώντας φυσικά ότι είναι στείρες. Παρόλα αυτά μια τέτοια διάγνωση μπορεί αργότερα να αποδειχθεί λαθεμένη. Η πλήρης απόφραξη αποτελεί τη λιγότερη συνηθισμένη περίπτωση απόφραξης σαλπίνγων. (7)

Τι προκαλεί βλάβες στις σάλπιγγες;

ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Φαίνεται ότι αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών με παθήσεις των σαλπίνγων. Αν αυτό είναι αλήθεια, οφείλεται σε διάφορους λόγους. Τα περισσότερα, όχι όμως όλα, προβλήματα των σαλπίνγων οφείλονται σε μια προηγούμενη μόλυνση (που λέγεται φλεγμονή της πυέλου και μπορεί να παρουσιαστεί με τη μορφή σαλπιγγίτιδας). Η πάθηση αυτή πιθανόν να

οφείλεται σε μεγάλη παρουσία από βακτηρίδια, τα περισσότερα μάλιστα είναι συνηθισμένα μικρόβια που ζουν μέσα στο σώμα μας, χωρίς συνήθως να προκαλούν κανένα πρόβλημα. Για λόγους που δεν έχουμε κατανοήσει απόλυτα τα βακτηρίδια αυτά σε ορισμένες γυναίκες πολλαπλασιάζονται με ταχύτατο ρυθμό, προκαλώντας ουλές και καμιά φορά απόφραξη.

Ο κόσμος έχει συχνά τη λαθεμένη εντύπωση πως οι παθήσεις των σαλπίνγων οφείλονται πάντα σε αφροδίσια νοσήματα. Τα αφροδίσια ωστόσο αποτελούν μία μονάχα από τις αιτίες βλάβης των σαλπίνγων και μάλιστα όχι τη συνηθέστερη. Είναι αλήθεια όμως ότι θεωρείται πολύ ασυνήθιστο φαινόμενο να βρεθούν παρθένες με μόλυνση των σαλπίνγων. Το ίδιο ασυνήθιστη είναι και η περίπτωση γυναικών που έχουν κάνει έρωτα μόνο με ένα σύντροφο. Η σεξουαλική δραστηριότητα λοιπόν, παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ορισμένων περιπτώσεων φλεγμονής της πυέλου.

Ίσως αναρωτηθείτε πώς κολλήσατε κάποια μόλυνση και ιδίως αν είναι υπεύθυνος ο σύντροφός σας. Πολλές γυναίκες θέλουν να ρωτήσουν: «Μήπως κόλλησα τη μόλυνση των σαλπίνγων από το σύντροφό μου;», μα δεν τολμούν να ξεστομίσουν το ερώτημα. Η απάντηση είναι σχεδόν σίγουρα όχι. Στην (7) κλινική μας όπου βλέπουμε μεγάλη ποικιλία από προβλήματα σαλπίνγων, μόνο ένα ποσοστό 5% περίπου των μολύνσεων μπορεί να αποδοθεί σε σεξουαλική επαφή. Όπως είπα είναι αλήθεια ότι η σεξουαλική δραστηριότητα, γενικά καθιστά τις γυναίκες πιο επιρρεπείς σε μολύνσεις της πυέλου. Παράγοντες που πιθανόν να οδηγήσουν σε βλάβη των σαλπίνγων είναι:

ΤΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ

Καμιά φορά το σπείραμα που εισάγεται στη μήτρα για αντισυλληπτικούς λόγους, οδηγεί σε μόλυνση της κοιλότητας της μήτρας, που μπορεί να απλωθεί και στις σάλπιγγες. Γυναίκες που παρουσιάζουν προβλήματα όπως ακατάστατη αιμορραγία, ή δυνατούς πόνους στην πύελο όταν φοράνε σπείραμα, φαίνεται πως έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κάποια φλεγμονή της πυέλου. Έχουμε επίσης την εντύπωση ότι η μόλυνση είναι πιο πιθανή σε γυναίκες που φοράνε ενδομήτριο σπείραμα

χωρίς να έχουν μείνει ποτέ έγκυες. Γι' αυτό το λόγο συμβουλεύουμε τις γυναίκες που δεν έχουν κάνει παιδί, να αποφεύγουν αυτή τη μέθοδο αντισύλληψης.

ΜΟΛΥΝΣΗ ΣΤΟΝ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Αρκετές μολύνσεις αρχίζουν από την κοιλιά και μπορεί να απλωθούν στις σάλπιγγες. Για παράδειγμα καμία φορά γυναίκες παθαίνουν βλάβες στις σάλπιγγες μετά από κρίση σκωληκοειδίτιδας ή άλλες αρρώστιες του εντέρου.

(7)

ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Πολλές γυναίκες που πάσχουν από δευτεροπαθή στειρότητα- δηλαδή έγιναν στείρες αφού απέκτησαν παιδί- είχαν πάθει μόλυνση τις πρώτες βδομάδες μετά τον τοκετό, όταν η μήτρα και οι σάλπιγγες ήταν πιο ευαίσθητες σε φλεγμονές. Παρόλο που αυτή δεν είναι η συνηθέστερη αιτία ένας σημαντικός αριθμός γυναικών έχουν αυτό το πρόβλημα- υπολογίζεται σε ένα ποσοστό 15% των περιπτώσεων μόλυνσης στις σάλπιγγες.

ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΒΟΛΗ Ή ΕΚΤΡΩΣΗ

Πρόκειται για συνηθισμένη αιτία βλάβης των σαλπίνγων και είναι παρόμοια με τη φλεγμονή μετά από τον τοκετό. Πριν νομιμοποιηθούν οι εκτρώσεις, γίνονταν συχνά κρυφά κάτω από ανθυγιεινές συνθήκες και οι μολύνσεις τότε ήταν πιο συνηθισμένες και συχνά είχαν σοβαρότερες συνέπειες. Γύρω στο 10-15% των μολύνσεων μπορεί να οφείλονται ακόμη σε αποβολή ή έκτρωση.

Αν είχατε την ατυχία να υποβληθείτε σε έκτρωση, πιθανόν να ανησυχείτε χωρίς λόγο μήπως προκαλέσατε η ίδια τη στειρότητά σας. Έτσι κι αλλιώς το γεγονός αυτό ανήκει οριστικά στο παρελθόν. Δε βοηθάει καθόλου να νιώθετε ενοχές ή να κατηγορείτε τον εαυτό σας για κάτι που συνέβη πιθανότατα αρκετά χρόνια πριν και για γεγονότα που δε μπορούσατε εκείνη την εποχή να ελέγξετε. Είναι φυσικό οι άνθρωποι να νιώθουν κάποτε ενοχές για το παρελθόν, συχνά όμως τα φυσικά αυτά συναισθήματα διαστρέφουν τα πραγματικά γεγονότα. Έχει μεγάλη σημασία να δίνετε στα πράγματα τις (7) πραγματικές τους διαστάσεις. Θα διαπιστώσετε ότι είναι καλύτερο για εσάς και το σύντροφό σας να διαγράψετε το παρελθόν και να κοιτάξετε με θετικό πνεύμα τι μπορεί να γίνει τώρα.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Μια προηγούμενη εγχείρηση στη μήτρα και τις σάλπιγγες μπορεί να δημιουργήσει συμφύσεις. Πολύ σπάνια συμβαίνει κάτι τέτοιο μετά από απόξεση.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ.

Όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στις σάλπιγγες, μπορεί να αρχίσει να αναπτύσσεται, δημιουργώντας μια εξωμήτρια κύηση. Το σημείο της σάλπιγγας όπου έγινε η εμφύτευση σχηματίζει ουλή και ίσως δημιουργηθεί μια περιοχή ασβεστοποίησης σαν μια μικρή πέτρα στη σάλπιγγα. Είναι πιθανόν μια γυναίκα να μη μάθει για μια εξωμήτρια κύηση που είχε στο παρελθόν, παρά μόνο αρκετά χρόνια μετά από εξετάσεις φανεί ότι έχει μια βουλωμένη σάλπιγγα. Κανονικά όμως η εξωμήτρια κύηση γίνεται γνωστή και αντιμετωπίζεται αμέσως μόλις συμβεί. Σχεδόν πάντα η απόφραξη εξαιτίας μιας εξωμήτριας κύησης παρουσιάζεται μόνο από τη μια πλευρά. (7)

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Ένα ελάχιστο ποσοστό γυναικών έχουν ανώμαλη ανάπτυξη των σαλπίγγων εκ γενετής- γεννιούνται δηλαδή χωρίς σάλπιγγες ή με τη μία ή και τις δύο σάλπιγγες φραγμένες. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να παρουσιάζει ανωμαλίες και η μήτρα.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Η κατάσταση αυτή είναι πιθανό να προκαλέσει ουλές στις σάλπιγγες, συμφύσεις και σε σοβαρές περιπτώσεις, απόφραξη των σαλπίγγων.

Εξετάσεις για την ανακάλυψη βλάβης.

Αν και λίγες γυναίκες νιώθουν ευαισθησία στην πύελο όταν υποβάλλονται σε γυναικολογική εξέταση από το γιατρό τους, οι βλάβες των σαλπίνγων συνήθως δε φαίνονται με την εξέταση αυτή. Θα πρέπει λοιπόν, να γίνουν ειδικές εξετάσεις:

- Εμφύσηση
- Ακτινογραφίες
- Λαπαροσκόπηση (7)

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Πρόκειται για μία αρρώστια πολύ συνηθισμένη στις ΗΠΑ και την Ευρώπη. Είναι μια περίεργη κατάσταση όπου η εσωτερική επένδυση της μήτρας, το ενδομήτριο, αναπτύσσεται όχι μόνο στη φυσιολογική του θέση, μα και σε άλλες όπως π.χ γύρω απ' τις ωοθήκες και τις σάλπιγγες ή την εξωτερική επένδυση των οργάνων της πυέλου. Αυτό μπορεί να βλάψει τις σάλπιγγες, δημιουργώντας συμφύσεις γύρω τους ή προκαλώντας ουλές. Μπορεί επίσης να προκαλέσει πλήρη αδιαβατότητα των σαλπίγγων, αν και αυτό είναι μάλλον απίθανο. Παρόλα αυτά πρόκειται για μια καλοήγη νόσο, χωρίς καμιά ομοιότητα με τον καρκίνο. Καθώς μάλιστα ρυθμίζεται από ορμόνες, όπως η περίοδος, εμφανίζεται κατά την εμμηνόπαυση. Ποτέ δεν απειλεί τη ζωή.

Σε πολλές γυναίκες διαπιστώνεται μετά τη λαπαροσκόπηση ότι έχουν ενδομητρίωση και γι' αυτό ανησυχούν μήπως αυτό επηρεάσει τη γονιμότητά τους. Από ότι ξέρουμε όμως η διαταραχή αυτή παρουσιάζεται και σε γόνιμες γυναίκες. Μια ήπια μορφή ενδομητρίωσης διαπιστώνεται μόνο μετά από έρευνα για κάποια άλλη διαταραχή.

Ο ενδομητρίωση μπορεί να περιλαμβάνει το τοίχωμα της μήτρας και στην περίπτωση αυτή λέγεται «αδενομύωση». Η μήτρα διογκώνεται και μερικές φορές γίνεται πολύ ευαίσθητη. Κατά την περίοδο παρουσιάζει λιγότερο αίμα και λιγότερο τακτική. Οι γυναίκες με αδενομύωση συνήθως είναι στείρες. Η πλειονότητα των γυναικών με ενδομητρίωση είναι γόνιμες και συλλαμβάνουν κανονικά. Ωστόσο σε μερικές γυναίκες η ενδομητρίωση συνοδεύεται από στειρότητα. Όταν είναι πολύ εκτεταμένη και υπάρχουν πολλές συμφύσεις και ουλές, τότε η πιθανή στειρότητα εξηγείται εύκολα. Η επίδραση της ενδομητρίωσης στην ανατομία του σώματος και μόνο δικαιολογεί την αποτυχία της σάλπιγγας να συλλέξει ωάρια. Συνήθως όμως οι ουλές είναι μάλλον ανεπαίσθητες και οι σάλπιγγες ανοιχτές. Αυτό κάνει

πολλούς γιατρούς να πιστεύουν πως η στειρότητα προκαλεί ενδομητρίωση και όχι το αντίθετο. (14)

Είναι περίεργο το ότι δε γνωρίζουμε ακόμη τι προκαλεί την ενδομητρίωση, αν και υπάρχουν πολλές θεωρίες. Η συνηθέστερη εξήγηση είναι ότι τα ενδομήτρια κύτταρα, που απελευθερώνονται κατά την εμμηνορρυσία, δεν διοχετεύονται όλα στον κόλπο με το αίμα της περιόδου αλλά μερικά παρασύρονται μέσα στις σάλπιγγες και στην συνέχεια στην κοιλιακή κοιλότητα. Εδώ μπορεί να εμφυτευθούν και να αναπτυχθούν σχηματίζοντας μικρές νησίδες. Η εξήγηση αυτή δεν είναι απόλυτα ικανοποιητική επειδή οι περισσότερες φυσιολογικές γυναίκες χάνουν ενδομήτρια κύτταρα μέσα στις σάλπιγγές τους κατά την περίοδο, χωρίς να παθαίνουν όλες ενδομητρίωση. Επίσης αν η θεωρία αυτή είναι σωστή, θα περίμενε κανείς να είναι πολύ συνηθισμένη η ενδομητρίωση του κόλπου, αφού τα κύτταρα των εμμήνων χάνονται κυρίως μέσα από τον κόλπο. Κάτι τέτοιο όμως είναι πολύ σπάνιο. Σύμφωνα με μια άλλη θεωρία τα ενδομήτρια κύτταρα σε μερικές γυναίκες αναπτύσσονται από μόνα τους σε απίθανα μέρη. Ούτε και αυτή η θεωρία όμως κρίνεται αρκετά ικανοποιητική. (14)

ΠΟΙΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΟΤΙ Η ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΙΤΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ;

1) Παρέμβαση στην ωορρηξία. Μερικές γυναίκες που πάσχουν από ενδομητρίωση, δεν έχουν κανονική ωορρηξία. Το ωοθυλάκιο που περιέχει το ωάριο δεν σπάζει και το ωάριο δεν μπορεί να εγκαταλείψει την ωοθήκη. Υπάρχει η άποψη ότι αυτό οφείλεται σε χημική παρέμβαση στη λειτουργία των ωοθηκών.

2) Υπάρχει επίσης η άποψη ότι η ενδομητρίωση μπορεί να προκαλέσει χημικές αντιδράσεις που παρεμβαίνουν στην ομαλή λειτουργία των μυών των σαλπίγγων. Οι χημικές ουσίες που παράγονται ονομάζονται προσταγλανδίνες και φαίνεται ότι υπάρχουν σε μεγάλη ποσότητα σε γυναίκες με ενδομητρίωση. Θεωρείται ότι οι προσταγλανδίνες εμποδίζουν τους μύες να μεταφέρουν το έμβρυο μέσα στη μήτρα.

3) Η υπερβολική ύπαρξη προσταγλανδίνης μπορεί επίσης να ενοχλήσει το έμβρυο να εμφυτευθεί στη μήτρα. Το έμβρυο απορροφάται και χάνεται.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ;

Αν υποφέρετε από πόνους κατά την περίοδο ή κατά τη συνουσία, αν αιμορραγείτε πολύ ή έχετε ακατάστατη περίοδο, τότε είναι πολύ πιθανό να πάσχετε από ενδομητρίωση. Οποσδήποτε πολλές απόλυτα φυσιολογικές γυναίκες έχουν τα πιο πάνω συμπτώματα, έτσι χρειάζονται και άλλα στοιχεία για να σας βάλουν σε σκέψη. Για παράδειγμα ο γυναικολόγος σας μπορεί να υποψιαστεί ότι πάσχετε από ενδομητρίωση αν μπορεί να ψηλαφίσει σβώλους ή παχείς ιστούς όταν σας εξετάζει εσωτερικά. Έτσι ο μόνος σίγουρος τρόπος για να διαγνωσθεί αυτή η αρρώστια είναι να κάνετε λαπαροσκόπηση. Μερικές φορές ανακαλύπτονται συμφύσεις. Αν υπάρχει οποιαδήποτε αμφιβολία ⁽¹⁴⁾ σχετικά με τη διάγνωση, ο γυναικολόγος μπορεί να πάρει ένα μικρό κομμάτι

ιστού κατά τη διάρκεια της λαπαροσκόπησης, για να το εξετάσει στο μικροσκόπιο. Αν σας συστήσουν λαπαροσκόπηση, αξίζει να την κάνετε χωρίς μεγάλη καθυστέρηση, ώστε αν έχετε ενδομητρίωση, να τη θεραπεύσετε γρήγορα. ⁽¹⁴⁾

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ

Η στειρότητα που οφείλεται σε προβλήματα μήτρας παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Πολλές φορές γυναίκες με κάποια ανωμαλία στη μήτρα, δε δυσκολεύονται καθόλου να συλλάβουν. Το πρόβλημά τους ωστόσο είναι ότι έχουν την τάση να αποβάλλουν τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης.

Παρόλο που η στειρότητα εξαιτίας κάποιου προβλήματος της μήτρας δεν αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο (5-10% των στειρών γυναικών), είναι σημαντική γιατί πολλές φορές παραβλέπεται. Ουσιαστικά μπορούμε να χωρίσουμε τα προβλήματα σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά κάποια ανωμαλία στο πάνω μέρος ή «σώμα» της μήτρας, ενώ η δεύτερη αναφέρεται σε μια ανωμαλία του τραχήλου της μήτρας. Ασυνήθιστα είναι επίσης τα προβλήματα του τραχήλου και σχεδόν ποτέ δεν προκαλούν συμπτώματα.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ?

Ασθένειες του σώματος της μήτρας. Πολλές γυναίκες έχουν πρόβλημα χωρίς να είναι στειρές. Ωστόσο οι ακόλουθες περιπτώσεις μπορούν να οδηγήσουν σε στειρότητα.

❖ Ινομυώματα

Πρόκειται για καλοήθεις μυικούς όγκους που εμφανίζονται στο τοίχωμα της μήτρας. Σχεδόν ποτέ δεν είναι κακοήθεις και παρουσιάζονται πιο συχνά⁽¹⁴⁾ από κάθε άλλο γνωστό όγκο. Έχει υπολογιστεί ότι ως την ηλικία των 40 γύρω

στο 1/3 των Βρετανίδων και Αμερικανίδων έχουν κάποια ινομυώματα στη μήτρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις ούτε που το γνωρίζουν μα ορισμένες γυναίκες παρουσιάζουν ανωμαλίες της περιόδου και μερικές από τις νεότερες γίνονται στειρές.

Δεν ξέρουμε πώς ακριβώς προκαλείται η στειρότητα, φαίνεται όμως ότι τα ινομυώματα είναι πιθανό να επηρεάζουν το σχήμα της κοιλότητας της μήτρας, εμποδίζοντας την εμφύτευση του εμβρύου. Καμιά φορά ινομυώματα που φαίνεται να προεξέχουν από το εσωτερικό της μήτρας, ίσως προκαλούν στειρότητα, μετατοπίζοντας τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες και ίσως παρεμβαίνοντας στη διαδικασία μεταφοράς του ωαρίου.

❖ Πολύποδες στη μήτρα

Πρόκειται για όγκους πιο μικρούς από ότι πρόκειται για τα περισσότερα ινομυώματα. Στις περισσότερες γυναίκες δεν προκαλούν ουσιαστικά προβλήματα. Πολλά συχνά ο πολύποδας είναι ένα μικρό ινομύωμα, που έχει φυτρώσει στο τοίχωμα της μήτρας και κρέμεται μέσα στην κοιλότητά της. Οι πολύποδες είναι δυνατόν να παρέμβουν στην σύλληψη, ενεργώντας κατά πάσα πιθανότητα σαν ξένο σώμα μέσα στο κοίλωμα της μήτρας όπως ακριβώς και ένα ενδομήτριο σπείραμα. ⁽¹⁴⁾

❖ Αδενομύωση

Πρόκειται για μια αιγιματική ασθένεια, λιγότερο όμως συνηθισμένη από τα ινομυώματα. Ίσως γύρω στο 10-15% των προβλημάτων της μήτρας που προκαλούν στειρότητα να οφείλεται σε αδενομύωση. Σε πολλά σημεία μοιάζει με την ενδομητρίωση και μάλιστα οι δύο αυτές καταστάσεις, μπορεί να συμβαδίζουν. Πρόκειται για καλοήγη νόσο και δεν προκαλεί συμπτώματα. Με τη λέξη αδενομύωση, περιγράφεται η κατάσταση όπου μικρές νησίδες του ενδομητρίου αναπτύσσονται προς τα έξω της κοιλότητας της μήτρας.

σχηματίζοντας «θυλάκους» στο καθαυτό τοίχωμά της. Αυτό δημιουργεί πρόβλημα γιατί σε κάθε περίοδο αιμορραγούν μέσα στο ίδιο τοίχωμα, χωρίς να υπάρχει διέξοδος για το αίμα που μαζεύεται. Γύρω από τις δεσμίδες των μυών της μήτρας, σχηματίζονται τότε ουλές και έτσι αν υπάρχουν πολύ μικρού θύλακοι, η μήτρα διογκώνεται, αποκτά ακανόνιστο σχήμα και γίνεται πολύ ευαίσθητη. Η αδενομύωση μπορεί να προκαλέσει δυνατούς πόνους περιόδου και βαριά αιμορραγία. Δεν ξέρουμε πώς ακριβώς δημιουργείται η στειρότητα ίσως όμως να έχει κάποια σχέση με την αλλαγή του σχήματος της μήτρας, την παρεμπόδιση της ροής αίματος στη μήτρα και πιθανές χημικές μεταβολές που να οφείλονται στα παραπάνω.

❖ Συμφύσεις στην κοιλότητα της μήτρας

Καμία φορά τα εσωτερικά τοιχώματα της μήτρας είναι κολλημένα είτε τελείως, είτε σε ορισμένα σημεία. Οι ενδομήτριες συμφύσεις συνήθως παρουσιάζονται μετά από κάποιο τραυματισμό όπως υπερβολικό ξύσιμο της μήτρας μετά από άμβλωση ή αποβολή. Οι συμφύσεις μπορεί επίσης να οφείλονται σε φυματίωση της μήτρας, ασθένεια σπάνια σήμερα στο Δυτικό κόσμο. (14)

❖ Φλεγμονή του ενδομητρίου

Κάποια φλεγμονή στο εσωτερικό της μήτρας μπορεί να δημιουργηθεί από το ενδομήτριο σπείραμα ή από κάποιες βακτηριδιακές μολύνσεις.

Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να έχει και η φυματίωση. Η μόλυνση ωστόσο δεν οφείλεται συνήθως σε αφροδίσιο νόσημα όπως φοβούνται πολλές γυναίκες. Από όσο γνωρίζουμε η μόλυνση του εσωτερικού της μήτρας δεν προέρχεται από σεξουαλική επαφή. Είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί μετά από μια αποτυχημένη εγκυμοσύνη, προβλήματα με το ενδομήτριο σπείραμα ή κάποια μικροεπέμβαση. Καμία φορά χρόνια φλεγμονή της κοιλότητας της μήτρας μπορεί να δημιουργήσει συμφύσεις μέσα της.

❖ Συγγενείς ανωμαλίες

Πρόκειται για εκ γενετής προβλήματα και αποτελούν σπάνιες αιτίες στειρότητας. Βασικά υπάρχουν πέντε μορφές:

Η μήτρα λείπει εκ γενετής

Η μήτρα είναι πολύ μικρή (υποπλασία). Συμβαίνει καμία φορά να γίνεται λάθος διάγνωση για υποπλαστική μήτρα. Το να γεννηθεί μια γυναίκα με υπερβολικά μικρή μήτρα, συμβαίνει σπανιότατα. Απόλυτα φυσιολογικές γυναίκες (και μάλιστα γυναίκες που δεν έχουν μείνει ποτά έγκυες) συχνά έχουν μήτρα που φαίνεται πολύ μικρή. Αυτό δεν αποτελεί πάντα ένδειξη κάποιου συγγενούς προβλήματος ούτε υπανάπτυξης. Στο 95% των περιπτώσεων, δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας επειδή η μήτρα θα ανοίξει φυσιολογικά στην εγκυμοσύνη.

❖ Διπλή μήτρα

Στους πρώτους μήνες της ζωής του κοριτσιού, μέσα στη μήτρα η δική της μήτρα αναπτύσσεται από δύο αγωγούς ή κέρατα. Πριν γεννηθεί οι δύο αυτοί αγωγοί ενώνονται σχηματίζοντας τη μία και μοναδική μήτρα. Καμία φορά ένα κορίτσι μπορεί να γεννηθεί, με δύο μήτρες αν αυτού οι δύο αγωγοί, δεν ενώθηκαν τελείως. Η αποτυχία της ένωσης απαντάται σε διάφορους βαθμούς και στις πιο πολλές περιπτώσεις δεν δημιουργείται κανένα απολύτως πρόβλημα στην ενήλικη ζωή. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις, παρατηρείται τάση αποβολής και κάποτε αδυναμία σύλληψης. Διπλή μήτρα δε σημαίνει και στειρότητα! ⁽¹⁴⁾

❖ Μήτρα σε σχήμα «Τ»

Άλλη μια μορφή αποτυχίας στο σωστό σχηματισμό της μήτρας για την οποία έγινε και πολύς λόγος στον Τύπο. Συνέβη σε μερικά κορίτσια που οι μητέρες τους έκαναν κατά την εγκυμοσύνη μια συγκεκριμένη θεραπεία με διαιθυλ-στιλβοστρόλη. Η ειρωνεία είναι πως οι ορμόνες αυτές δίνονταν για να βοηθήσουν τις γυναίκες που κινδύνευαν να αποβάλλουν τους πρώτους μήνες της κύησης. Είχαν όμως την άτυχη παρενέργεια, να δημιουργούν ανωμαλίες της μήτρας σε μερικά από τα μωρά. Η περίπτωση είναι σπάνια στη Βρετανία μα κάπως πιο συνηθισμένη στις ΗΠΑ, όπου η θεραπεία με αυτό το φάρμακο ήταν δημοφιλής στη δεκαετία του '50.

❖ Ασύμμετρη ανάπτυξη της μήτρας

Καμία φορά ένας αγωγός της μήτρας αναπτύσσεται περισσότερο από τον άλλο, δημιουργώντας μια μήτρα με ένα μόνο κέρασ (μονόκερη). Μερικές γυναίκες με αυτό το πρόβλημα είναι στείρες ή έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποβάλλουν. Άτομα με μονόκερη μήτρα επίσης, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εξωμήτριας κύησης.

Μια μήτρα με υπέρκαμψη μπορεί να προκαλέσει στειρότητα; Το ερώτημα αυτό δημιουργεί ανησυχία σε πολλές γυναίκες. Πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών έχουν υπέρκομψη της μήτρας είτε προς τα εμπρός(πρόσθια υπέρκαμψη), είτε προς τα πίσω (οπίσθια υπέρκαμψη). Στο παρελθόν, επικρατούσε η αντίληψη ότι αυτό ήταν μια πιθανή αιτία στειρότητας. Στην πραγματικότητα σχεδόν 25% των γυναικών έχουν οπίσθια κάμψη της μήτρας και ίσως σας καθησυχάσει το γεγονός ότι το 25% των γυναικών έχουν οπίσθια υπέρκαμψη της μήτρας στην αρχή της εγκυμοσύνης. Καθώς μεγαλώνει το έμβρυο, η θέση της μήτρας διορθώνεται. Μια μήτρα που παρουσιάζει υπέρκαμψη μπορεί να συνδέεται με στειρότητα μόνο αν έχετε ⁽¹⁴⁾ κάποιο σχετικό πρόβλημα, π.χ σοβαρής μορφής συμφύσεως. Αυτό θα διαπιστωθεί με τις συνηθισμένες εξετάσεις.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

Συνήθως δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι η μήτρα αποτελεί το αίτιο της στειρότητας. Αν ωστόσο παρουσιάζεται ένα από τα παρακάτω συμπτώματα, ο γιατρός ίσως υποψιαστεί κάποια ασθένεια της μήτρας:

❖ Απουσία περιόδου

Μερικές γυναίκες με αρκετά σοβαρό πάθηση της μήτρας δεν έχουν καθόλου περίοδο. Το φαινόμενο αυτό λέγεται αμμηνόρροια, και μπορεί βέβαια να οφείλεται σε άλλα αίτια ένα από τα πιο συνηθισμένα είναι κάποια μορφή ορμονικής ανεπάρκειας. Η αμμηνόρροια που οφείλεται σε πρόβλημα της μήτρας μπορεί να σημαίνει πως η μήτρα λείπει εντελώς, ή πιο πιθανό ότι το ενδομήτριο έχει αντικατασταθεί από τραυματισμένους ιστούς.

❖ Πολύ ελαφριά ή αραιή περίοδος

Το σύμπτωμα αυτό όπως και το προηγούμενο συνήθως ποδίδεται σε πρόβλημα των ωοθηκών. Ωστόσο μερικές γυναίκες με πρόβλημα μήτρας πιθανόν να εμφανίζουν πολύ λίγο αίμα στην περίοδο (ολιγομηνόρροια) , εξαιτίας των ουλών στο ενδομήτριο ή εξαιτίας κάποιας μόλυνσης.

❖ Βαριά αιμορραγία κατά την περίοδο

Πιθανόν να οφείλεται σε ινομυώματα ή αδеноμύωση. Μπορεί επίσης να προέρχεται από κάποια μόλυνση της μήτρας. Η συνηθέστερη αιτία είναι η ορμονική. (14)

❖ Επώδυνη περίοδος (δυσμηνόρροια)

Αποτελεί συνηθέστατο φαινόμενο και σπάνια αποδίδεται σε πρόβλημα μήτρας. Η πλειονότητα των γυναικών που υποφέρουν από δυσμηνόρροια, είναι απόλυτα φυσιολογικές. Ωστόσο η πολύ οδυνηρή περίοδος, προκαλείται καμία φορά από πολύποδα, ινομυώματα ή αδеноμύωση.

❖ Αιμορραγία μεταξύ περιόδων

Μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό από τις γυναίκες που παρουσιάζουν αιμορραγία μεταξύ των περιόδων υποφέρουν από κάποια ασθένεια της μήτρας, όπως ινομυώματα που θα μπορούσε να δικαιολογήσει τη στειρότητά τους. Αποτελεί όμως ουσιαστικό σύμπτωμα άλλων ασθενειών κι αν έχετε τέτοιου είδους αιμορραγία, θα πρέπει να το κουβεντιάσετε με το γιατρό σας.

(14)

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ;

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να διαγνώσει ο γιατρός ανωμαλίες της μήτρας. Αν υποψιαστεί κάποια ανωμαλία, πιθανότατα να χρειαστεί να γίνουν παραπάνω από μια εξετάσεις:

☞ Απλή σωματική εξέταση:

Τα ινομυώματα όταν είναι σχετικά μεγάλα, γίνονται αντιληπτά και μόνο με την ψηλάφηση της κοιλιάς. Με μια εσωτερική εξέταση της πυέλου που θα κάνει ο γυναικολόγος, μπορεί να καταλάβει κάποια μικρή διόγκωση της μήτρας. Με τη μέθοδο αυτή διαπιστώνονται μερικές συγγενείς ανωμαλίες.

☞ **Απόξεση:**

Η μικρά αυτή χειρουργική επέμβαση, που εφαρμόζεται πλατιά για πολλά γυναικολογικά προβλήματα, απαιτεί μιας μικρής διάρκειας αναισθησία και δεν πονάει μετά. Πρώτα γίνεται διαστολή του τραχήλου, για να περάσει ένα όργανο μέσα στην κοιλότητα της μήτρας. Στη συνέχεια γίνεται απόξεση της εσωτερικής επιφάνειας της μήτρας. Η μέθοδος της απόξεσης έχει περιορισμένη χρήση στη διαπίστωση της στειρότητας, μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί για να εντοπισθούν ινομυώματα ή πολύποδες. Κατά την επέμβαση συνηθίζεται να αφαιρείται ένα κομμάτι του ενδομητρίου και να εξετάζεται και για άλλες τυχόν παθήσεις.. Αυτό είναι απαραίτητο αν λ.χ υπάρχει υποψία φυματίωσης.

☞ **Ακτινογραφία (υστεροσαλπιγγογραφία).**

Πρόκειται για ένα από τα πιο χρήσιμα τεστ. Με έγχυση εισάγεται στη μήτρα ειδική χρωστική ουσία, που φαίνεται στην πλάκα της ακτινογραφίας. Στη φωτογραφία σχηματίζεται το περίγραμμα της μήτρας και μπορούν να διαγνωσθούν ανωμαλίες που οφείλονται σε ινομυώματα, αδеноμύωση ή πολύποδες. Με μεγάλη ακρίβεια μπορούν επίσης να διαγνωσθούν συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, για παράδειγμα η διπλή μήτρα θα φανεί σαν δύο ξεχωριστές σκιές στη φωτογραφία. Οι συμφύσεις και η φυματίωση φαίνονται κι αυτές στην ακτινογραφία. (14)

Λαπαροσκόπηση:

Αν φανεί στην ακτινογραφία μια μόλυνση ή μια ανωμαλία της μήτρας, ο γιατρός θα θελήσει να δει στο εσωτερικό της μήτρας. Επειδή ωστόσο οι ακτινογραφίες δείχνουν μόνο το εσωτερικό του οργάνου, ίσως χρειαστεί να γίνει και λαπαροσκόπηση για να διαπιστωθεί αν παρουσιάζει ανωμαλίες και το εξωτερικό της μήτρας.

Υπερηχογράφημα:

Αν υπάρχει υποψία ότι ένα πρόβλημα της μήτρας προκαλεί στειρότητα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν υπέρηχοι για να διαπιστωθεί αν η κοιλότητα της μήτρας έχει κάποια ανωμαλίες και αν υπάρχει εκ γενετής πρόβλημα. Μια και πολλά νοσοκομεία δεν έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό, καλό είναι να γνωρίζεται ότι δεν είναι καθόλου απαραίτητα για τη διερεύνηση προβλημάτων της μήτρας.

Μητροσκόπηση (υστεροσκόπηση):

Πρόκειται για την εξέταση της κοιλότητας της μήτρας με ένα όργανο, το μητροσκόπιο. Το όργανο αυτό έχει περίπου το πάχος μολυβιού και εισάγεται στον τράχηλο. Η διαδικασία απαιτεί συνήθως νάρκωση και ίσως χρειαστεί να διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο.

Μερικοί γιατροί την κάνουν στα εξωτερικά ιατρεία. Δεν θα έχετε πόνο μετά, μερικές γυναίκες όμως εμφανίζουν μια μικρή κοιλιακή αιμορραγία. Η μητροσκόπηση δεν είναι επικίνδυνη. Το πλεονέκτημά της είναι ότι επιτρέπει στο γιατρό να δει απευθείας μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και μπορεί επίσης να διερευνήσει ανωμαλίες του σχήματος. Βοηθάει ιδιαίτερα στο να εντοπίσει ο γιατρός συμφύσεις στη μήτρα οι οποίες μπορεί να αφαιρεθούν κατά τη διάρκεια της εξέτασης με τη βοήθεια μικροσκοπικού ψαλιδιού. ⁽¹⁴⁾ Διευκολύνει επίσης το χειρισμό άλλων οργάνων μέσα στη μήτρα. Η χρήση του μητροσκοπίου παραμένει ακόμα αρκετά εξειδικευμένη κι έτσι παρόλο που το

τεστ είναι πολύ βολικό, δεν προσφέρεται παντού. Ευτυχώς μπορεί συχνά να αντικατασταθεί από τις πιο συνηθισμένες εξετάσεις. (14)

☞ **Εξετάσεις μετά τη συνουσία.**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

☞ Στένωση ή ουλές στον τραχήλο:

Ο τραχήλος μπορεί να παρουσιάζει ουλές σαν αποτέλεσμα τραυματισμού, ίσως μετά από ένα δύσκολο τοκετό ή μια άμβλωση. Οι τραυματισμένοι ιστοί προκαλούν στένωση του τραχήλου και μπορεί επίσης να εμποδίσουν την παραγωγή τραχηλικής βλέννας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αρκετή βλέννα για να κολυμπήσουν τα σπερματοζωάρια. Καμία φορά οι ουλές στον τραχήλο είναι τόσο σοβαρές, ώστε το στόμιο της μήτρας να φράσσεται εντελώς. Αν συμβεί αυτό το αίμα των εμμήνων δε μπορεί να διαφύγει από τη μήτρα και θα μαζευτεί στην κοιλότητά της, προκαλώντας μόλυνση. (13)

☞ Διαστολή ή ανεπάρκεια τραχήλου:

Μια τέτοια κατάσταση δε δημιουργεί πραγματική στειρότητα, μπορεί όμως να οδηγήσει σε αποβολές. Η είσοδος του τραχήλου είναι πλατιά είτε εκ γενετής, είτε σαν αποτέλεσμα χειρουργικού τραυματισμού, για παράδειγμα μετά από κάπως βίαιη διεύρυνση του τραχήλου για να γίνει απόξεση ή για τη διακοπή μιας εγκυμοσύνης. Καμιά φορά παρατηρείται μετά από κωνοειδή βιοψία του τραχήλου, Κάτι τέτοιο πιθανό να έγινε για να αφαιρεθούν προκαρκινικά τμήματα του τραχήλου. Ο χειρουργός ίσως χρειαστεί να αφαιρέσει ολόκληρο το έξω μέρος του τραχήλου, οπότε η αποβολή τείνει να συμβεί μετά τη δωδεκάτη βδομάδα της εγκυμοσύνης. Καθ' εξιν αποβολές πριν από αυτό το χρονικό όριο είναι απίθανο να οφείλονται σε αυτή τη διαταραχή.

☞ Προβλήματα τραχηλικής βλέννας:

Είναι ένα από τα θέματα στειρότητας που δημιουργεί στον κόσμο τη μεγαλύτερη σύγχυση.

ΠΟΙΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα περισσότερα προβλήματα τραχήλου δεν προκαλούν συμπτώματα. Ένας τράχηλος με ουλές ή με στένωση μπορεί καμία φορά να προκαλεί οδυνηρή περίοδο, επειδή το αίμα της εμμηνορρυσίας, δε μπορεί να διαφύγει εύκολα. Αν οι ουλές είναι πολύ έντονες και ο τράχηλος εντελώς φραγμένος, η περίοδος μπορεί να σταματήσει και να ακολουθήσει δυνατός πόνος τον καιρό της περιόδου.

Ένας διεσταλμένος τράχηλος δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα εκτός από καθ' έξιν αποβολές που συνήθως αποτελούν την πρώτη και μοναδική ένδειξη πως κάτι δεν πάει καλά. Τα προβλήματα με την τραχηλική βλέννα προκαλούν αρνητικά αποτελέσματα στο τεστ που γίνεται μετά τη συνουσία.⁽¹³⁾

ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ

Αποτελεί φλεγμονή του εξωτραχήλου κατά την οποία παρατηρείται έλλειψη πολύστιβου πλακώδες επιθηλίου.

Συμπτώματα:

Παρουσιάζεται οσφυαλγία και μετά τη συνουσία υπάρχει παρουσία αίματος. Επίσης υπάρχει βλεννώδης κολπική υπερέκκριση.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα από πολύ μικρή ηλικία καθώς και στις πολύτοκες. Η διάγνωση του καρκίνου γίνεται με την επισκόπηση, κολποσκοπία, κολπικά επιχρίσματα και την ιστολογική τους εξέταση.

Συμπτώματα:

Η συμπτωματολογία του καρκίνου που θα πρέπει να κινήσει τις υποψίες μας είναι καταρχήν καφεοειδή ή αιματηρά δύσοσμα υγρά μετά ή όχι από τη συνουσία, έκτακτη αιμορραγία εκτός της περιόδου, οσφυαλγία, δυσκοιλιότητα και απώλεια βάρους. (13)

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΙΔΙΟΥ

Είναι δερματικές παθήσεις και λοιμώξεις που δημιουργούν φλεγμονές των επιμέρους εξαρτημάτων. Δημιουργείται έτσι αιδοίτιδα ή βαρθολινίτιδα, παρουσία κάποιων οξυτενών κονδυλωμάτων στα έξω γεννητικά όργανα, κραύρωση, κ.α. Συμπτωματικά παρουσιάζονται τοπικά προβλήματα κνησμού, ερυθρήματος και πολλές φορές σακχαρουρία και σακχαραιμία.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Αυτά τα νοσήματα είναι συγγενείς απλασίες (κόλπου), κολπικά συρίγγια ή μολύνσεις που δημιουργούν διάφορες φλεγμονές(κολπίτιδες από τριχομονάδες κ.α)

ΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ

Κολπίτιδα καλείται κάθε φλεγμονή του κόλπου με συμπτωματολογία να χαρακτηρίζεται από κολπική υπερέκκριση, κνησμό, τσούξιμο, κακοσμία των έξω γεννητικών οργάνων και ίσως πόνο κατά τη συνουσία. Την ονομασία τη δίνουμε ανάλογα με το αίτιο που την προκαλεί. ⁽¹³⁾

M
E
P
O
Σ
T
P
I
T
O



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50

Θεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΣΧΟΡΙΝΗΣ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ

Υπάρχει ένα μεγάλο ερωτηματικό σχετικά με κάθε θεραπευτική αγωγή για τη βελτίωση της ποσότητας και ποιότητας των σπερματοζωαρίων. Ακόμα δεν έχουμε καταλάβει γιατί ορισμένα σπερματοζωάρια είναι υγιή και άλλα όχι. Γίνονται πολλές εξαιρετικά περίπλοκες χημικές διαδικασίες, που είναι απίθανο να επηρεαστούν σημαντικά από απλές θεραπευτικές μεθόδους. Ωστόσο επειδή χρειάζεται ένα και μόνο σπερματοζωάριο για να δημιουργηθεί ένα μωρό, ακόμα και άνδρες με πολύ χαμηλή ποσότητα σπερματοζωαρίων, τελικά ίσως να καταφέρουν να αποκτήσουν παιδί. Το μήνυμα είναι ξεκάθαρο. Αν παράγονται σπερματοζωάρια, όσο λίγα κι αν είναι, υπάρχει πάντα η πιθανότητα επιτυχίας.

Έχοντας αναφέρει ότι απλές θεραπευτικές αγωγές είναι απίθανο να επηρεάσουν τις πολύπλοκες διαδικασίες που διέπουν τη λειτουργία των σπερματοζωαρίων, θα πρέπει τώρα να εξετάσουμε διάφορα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί. Ορισμένα μάλιστα έχουν αναμφίβολα κάποια αξία. (15)

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι κάτι πολύ σημαντικό. Χωρίς αμφιβολίες πολλοί γόνιμοι άνδρες έχουν την τάση να εμφανίζουν χαμηλή ποιότητα σπέρματος, πράγμα που τους καθιστά τουλάχιστον προσωρινά υπογόνιμους. Αν στην περίπτωση σας το αποτέλεσμα της εξέτασης σπέρματος είναι οριακό ή χαμηλό, αξίζει τον κόπο να ακολουθείτε ορισμένους κανόνες υγιεινής ζωής, ώστε να μεγιστοποιήσετε τις πιθανότητες απόκτησης παιδιού.

Παχυσαρκία.

Προσπαθήστε να χάσετε το υπερβολικό σωματικό βάρος, ακολουθώντας μια κατάλληλη διαίτα. Είναι προτιμότερο να αδυνατίσετε σιγά σιγά, χάνοντας γύρω στο 1 κιλό την εβδομάδα. Μην προσπαθήσετε να αδυνατίσετε πολύ και απότομα γιατί μετά από τόση πείνα, θα το ρίξετε πάλι στο φαί και θα ξαναπαχύνετε.

Κάπνισμα.

Αν καπνίζετε περισσότερο από 8 ή 10 τσιγάρα την ημέρα και το σπέρμα σας είναι κακής ποιότητας, το σημαντικότερο που έχετε να κάνετε είναι να κόψετε το κάπνισμα. Στην ιδανική περίπτωση θα πρέπει να μην ξανακαπνίσετε. Αν είστε μανιώδης καπνιστής και αποφασίσετε να σταματήσετε, μην περιμένετε να επανέλθει αμέσως το σπέρμα σας σε φυσιολογικά επίπεδα. Απαιτούνται παραπάνω από 3 μήνες για να ⁽¹⁵⁾

παρασκευάσουν οι όρχεις σπερματοζωάρια που θα μεταφερθούν στο σπερματικό πόρο έτοιμα για εκσπερμάτιση.

Οινόπνευμα.

Επειδή καθένας έχει διαφορετική αντίδραση στο ποτό, είναι αδύνατο να δώσουμε ακριβείς οδηγίες για τα επιτρεπτά όρια. Δεν θα πρέπει να πίνετε παραπάνω από 1-5 λίτρα μπίρα τη μέρα ούτε περισσότερο από μισό μπουκάλι κρασί. Τα βαρύτερα οινοπνευματώδη θεωρούνται ιδιαίτερα επιβλαβή, θα πρέπει λοιπόν να περιοριστείτε σε δύο ή το πολύ τρία ποτηράκια την ημέρα.

Φάρμακα και ναρκωτικά.

Αν παίρνετε φάρμακα με ιατρική συνταγή, θα πρέπει να κουβεντιάσετε το θέμα με το γιατρό σας. Είναι αυτονόητο ότι δεν μπορείτε να κόψετε φάρμακα απαραίτητα για την υγεία σας αλλά μια αλλαγή μπορεί να σας βοηθήσει, καθώς επίσης κάποια διαφορετική δοσολογία.

Θα πρέπει να σταματήσετε να παίρνετε κάθε είδους ναρκωτικά, αν έχετε αποκτήσει αυτή τη συνήθεια.

Υπερβολική σωματικά άσκηση.

Δεν είναι φρόνιμο να προπονείστε τακτικά για το μαραθώνιο ή να παίζεται βίαια ομαδικά παιχνίδια. Αν νομίζεται ότι το έχετε παρακάνει με τον αθλητισμό, καλό θα ήταν να μειώσετε λίγο τη δραστηριότητά σας, για να δείτε αν θα βελτιωθεί το σπέρμα σας. (15)

Το στρες της καθημερινής ζωής.

Είναι πάντα δύσκολο να ξέρετε ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να οργανώσετε τη ζωή σας. Ίσως όμως να χρειαστεί να αναρωτηθείτε αν θα πρέπει να περνάτε περισσότερο καιρό στο σπίτι και να αφήσετε μερικές από τις βαρύτερες ευθύνες της δουλειάς.

Αν δεν είναι στο χέρι σας να αποφασίσετε- αν έχετε μια βαρετή δουλειά που σας εκνευρίζει ή αν είστε άνεργος και αυτό δημιουργεί ένταση ανάμεσα σε εσάς και τη σύντροφό σας- μια κουβέντα με το γιατρό σας ή με κάποιο σύμβουλο γάμου, ίσως να βοηθήσει να βρείτε καλύτερους τρόπους για να αντιμετωπίσετε το στρες.

Άλλοι περιβαντολλογικοί παράγοντες. Μερικές φορές δίνονται στους άνδρες συμβουλές να κάνουν κρύα μπάνια και να φορούν φαρδιά σώβρακα. Τα μέτρα αυτά έχουν κάποια λογική. Οι όρχις κρέμονται έξω από το σώμα μέσα στο όσχεο. Αυτή τη μέθοδο ακολουθεί η φύση για να διατηρεί τους όρχις σε θερμοκρασία χαμηλότερη από εκείνη του σώματος. Φαίνεται ότι η παραγωγή του σπέρματος είναι καλύτερη όταν οι όρχις έχουν θερμοκρασία ένα ή δύο βαθμούς χαμηλότερη από τους 37 βαθμούς Κελσίου. Ίσως λοιπόν τα πολύ στενά σλιπ να προκαλούν υπερθέρμανση και πολλοί γιατροί συνιστούν σε άνδρες με χαμηλή ποιότητα σπέρματος, να φοράνε φαρδιά σώβρακα, καθώς επίσης να τοποθετούν καθημερινά το όσχεο σε πολύ κρύο νερό. Στην πραγματικότητα δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποιο από αυτά τα μέτρα βοηθάει. Μερικά ζευγάρια μάλιστα αισθάνονται ότι προσθέτει ένα ακόμα στοιχείο ταλαιπωρίας σε μια ήδη δυσάρεστη κατάσταση. Από την άλλη δε βλάπτει σε τίποτα και ίσως αξίζει να το δοκιμάσετε. Το να φοράτε φαρδιά εσώρουχα φαίνεται λογική ιδέα. Καλό είναι επίσης να αποφεύγετε τα πολύ ζεστά μπάνια και τη σάουνα. (15)

Φαρμακευτική αγωγή.

Έχουν διατυπωθεί οι πιο αντιφατικές γνώμες και έχουν δοκιμαστεί πολλά φάρμακα για τη βελτίωση της ποσότητας και της ποιότητας των σπερματοζωαρίων. Το γεγονός αυτό καθαυτό δείχνει την έλλειψη επιτυχίας. Η

αλήθεια είναι ότι εκτός από λίγες συγκεκριμένες περιπτώσεις, τα φάρμακα μάλλον δε βοηθάνε και τόσο. Παρόλο που η είδηση δεν είναι ευχάριστη, θα πρέπει να γνωρίζετε πώς έχουν τα πράγματα, για να μη σπαταλήσετε άδικα το χρόνο σας, δοκιμάζοντας διάφορα φάρμακα χωρίς αποτέλεσμα. Ορισμένες πάντως φαρμακευτικές ουσίες που μπορεί να δοκιμαστούν είναι οι εξής:

- Τεστοστερόνη
- Γοναδοτροπίνες
- Βρωμοκρυπτίνη
- Κλομιφαίνη
- Mesterolone
- Αντιβιοτικά
- Ανοσοθεραπεία ⁽¹⁵⁾

Χειρουργική αντιμετώπιση.

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΙΡΣΟΚΗΛΗΣ

Η διόρθωση της κισσοκήλης με χειρουργική αντιμετώπιση είναι πολύ απλή αλλά υπάρχουν συγκρουόμενες απόψεις σχετικά με τη σκοπιμότητά της. Το πρόβλημα είναι ότι γύρω στο 20% τόσο των γόνιμων όσο και των υπογόνιμων ανδρών, παρουσιάζουν κισσοκήλη πράγμα που δεν φαίνεται να αποτελεί μειονέκτημα για το γόνιμο άνδρα. Πιστεύετε ωστόσο πως υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες υπογονιμότητας, αν δεν είναι κανονική η ροή του αίματος σε αυτούς τους κισσούς.

Η εγχείρηση που λέγεται απολίνωση, συνίσταται είτε στο δέσιμο των μη-φυσιολογικώς αγγείων, είτε στην απόφραξή τους συνήθως με ένεση μιας χημικής ουσίας. Όταν εφαρμόζεται η μέθοδος της ένεσης, θα χρειαστεί μόνο τοπική νάρκωση. Είναι πιθανό να γίνουν και ακτινογραφίες για να επιβεβαιωθεί ότι φλέβες έχουν κλείσει καλά. Μερικοί χειρουργοί ισχυρίζονται ότι τουλάχιστον 70% των ανδρών, δείχνουν κάποια βελτίωση στο σπέρμα τους μέσα σε τρεις μήνες από τη θεραπεία. Άλλοι γιατροί όμως είναι λιγότερο αισιόδοξοι και μερικοί δεν έχουν διαπιστώσει πως η απολίνωση μιας κισσοκήλης επιφέρει βελτίωση.

Οι κισσοκήλες είναι ανώδυνες και είτε αντιμετωπιστούν είτε όχι, δεν έχουν καμία επίδραση στο σεξ. (16)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΡΕΟΤΗΤΑ

Θεραπεία με φάρμακα .

Εκτός από μία ή δύο συγκεκριμένες περιπτώσεις, δεν υπάρχει σήμερα κάποια ικανοποιητική φαρμακευτική αγωγή για τις βλάβες των σαλπίνγων. Τα φάρμακα έχουν καμία φορά αποτελέσματα, αν οι σάλπιγγες έχουν κλείσει εξαιτίας μιας ενδομητρίωσης.

Έκπλυση σαλπίνγων.

Συχνά στο παρελθόν οι αδιάβατες σάλπιγγες αντιμετωπίζονταν με βίαιη εισαγωγή υγρού ή αερίου από κάτω. Τώρα η διαδικασία αυτή σπάνια εφαρμόζεται γιατί υπάρχει κίνδυνος να απλωθούν μικρόβια από τον κόλπο και γιατί είναι συχνά επώδυνη, χωρίς να υπάρχουν αρκετές αποδείξεις για την επιτυχία της. (16)

Μικροχειρουργική σαλπίνγων- πότε χρειάζεται να γίνει;

Οι εξετάσεις που περιγράψαμε θα δείξουν σε ποια σημεία έχουν προσβληθεί οι σάλπιγγες και σε τι βαθμό. Ίσως προταθεί η λύση της μικροχειρουργικής, αν υπάρχει κάποιο από τα εξής προβλήματα:

1) Συμφύσεις γύρω από τις σάλπιγγες. Ίσως αποτελεί το συνηθέστερο πρόβλημα. Με μια εγχείρηση οι συμφύσεις μπορεί να αφαιρεθούν. Ο τεχνικός όρος για τη δουλειά αυτή είναι «σαλπινγγόλυσις» επειδή λύονται, ελευθερώνονται οι σάλπιγγες. Αν οι συμφύσεις είναι πολύ μικρές, η σαλπινγγόλυση μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια λαπαροσκόπησης με τη βοήθεια ενός μικροσκοπικού ψαλιδιού, που εισάγεται από μια μικρή τρύπα, στο τοίχωμα της κοιλιάς. Ωστόσο οι περισσότερες συμφύσεις αφαιρούνται με ξεχωριστή επέμβαση. Αν η βλάβη στις σάλπιγγες καθαυτές είναι μικρή, το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται γύρω στο 60%. Όταν οι συμφύσεις είναι σοβαρές μα χωρίς οι σάλπιγγες να έχουν υποστεί σοβαρή βλάβη, οι πιθανότητες επιτυχίας είναι γύρω στο 35-40%. Συνήθως υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εγκυμοσύνης, όταν οι συμφύσεις οφείλονται σε ενδομητρίωση παρά σε φλεγμονή.

2) Πλήρης απόφραξη του εξωτερικού άκρου της σάλπιγγας. Κάποια μόλυνση μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη αδιαβατότητα της σάλπιγγας στο εξωτερικό της μέρος, κοντά στην ωοθήκη. Η επέμβαση για τη διάνοιξη των σαλπίνγων με αυτή τη μέθοδο ονομάζεται σαλπινγοστομία και γίνεται με μικροχειρουργική. Το 90% των περιπτώσεων καταλήγει σε μόνιμη διάνοιξη των σαλπίνγων. Ωστόσο πολύ μικρότερο ποσοστό γυναικών, θα μείνουν τελικά έγκυες γιατί συνήθως η απόφραξη συνδέεται με σοβαρή βλάβη της εσωτερικής επένδυσης της σάλπιγγας και του μυϊκού τοιχώματος, που συχνά δεν επουλώνονται έστω κι αν έχουν διανοιχθεί οι σάλπιγγες. Από τις γυναίκες που δεν έχουν υποστεί σοβαρή βλάβη, γύρω στο 30-40% μπορεί να συλλάβει. Επειδή ωστόσο οι πιο πολλές περιπτώσεις είναι αρκετά σοβαρές, το γενικό ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται γύρω στο 18-25%. ⁽¹⁶⁾

3) Μερική απόφραξη του εξωτερικού άκρου της σάλπιγγας. Η σάλπιγγα μπορεί να παρουσιάζει ουλές και στένωση στο εξωτερικό της άκρο, χωρίς όμως να έχει κλείσει εντελώς. Η εγχείρηση για την αποκατάσταση του

άκρου αυτού συνίσταται σε ανασχηματισμό των κροσσών. Συχνά η βλάβη στη σάλπιγγα καθαυτή, είναι λιγότερο σοβαρή από την περίπτωση ολικής απόφραξης και τα αποτελέσματα της επέμβασης καλύτερα. Γύρω στο 40-45% των επεμβάσεων αυτών μπορούν να καταλήξουν σε επιτυχή εγκυμοσύνη.

4) Έμφραξη στο σημείο όπου η σάλπιγγα ενώνεται με τη μήτρα, στο στενότερο σημείο της. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί μετά από μόλυνση από ενδομήτριο σπείραμα ή μετά από εγκυμοσύνη ή αποβολή. Αν το μέρος της σάλπιγγας δεν έχει πάθει βλάβη μέσα στο τοίχωμα της μήτρας, είναι δυνατό να αφαιρεθεί το φραγμένο τμήμα και να ενωθεί ξανά η σάλπιγγα. Η εγχείρηση αυτή που από τεχνικής πλευράς είναι πολύ δύσκολη, ονομάζεται αναστόμωση στην περιοχή των κεράτων. Όταν η επέμβαση αυτή γίνεται με μικροχειρουργική, γύρω στο 60% των γυναικών συλλαμβάνουν. Καμία φορά η έμφραξη είναι τόσο εκτεταμένη, που η βλάβη απλώνεται, από το τοίχωμα της μήτρας, μέσα στην κοιλότητα της μήτρας. Σε μια τέτοια περίπτωση, η σάλπιγγα μπορεί να εμφυτευθεί μέσα από καινούρια τρύπα που διανοίγεται στη μήτρα. Η εγχείρηση που ονομάζεται εμφύτευση σάλπιγγας, γινόταν συχνότερα στο παρελθόν όταν η αναστόμωση στα κέρατα βρισκόταν ακόμη σε πειραματικό στάδιο. Έχει γύρω στο 25% πιθανότητες επιτυχίας και σήμερα εφαρμόζεται μόνο όταν η βλάβη δε μπορεί να αντιμετωπιστεί με την πιο εξειδικευμένη μέθοδο της αναστόμωσης.

5) Ενδομητρίωση που υπάρχει υποψία ότι προκαλεί απόφραξη ή εκτεταμένες ουλές.

6) Αναστροφή της στειροποίησης.

7) Επεμβάσεις για να προετοιμαστούν οι ωοθήκες για εξωσωματική γονιμοποίηση. Σε μερικές γυναίκες οι σάλπιγγες έχουν πάθει τόσο σοβαρές βλάβες, ώστε η μικροχειρουργική δε βοηθάει. Συχνά μάλιστα οι ωοθήκες είναι και αυτές κολλημένες, με μεγάλες συμφύσεις, πράγμα που σημαίνει ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν είναι εφικτή γιατί δεν υπάρχει πιθανότητα να ληφθεί ωάριο, που θα γονιμοποιηθεί. Στις γυναίκες αυτές είναι δυνατό καμιά φορά, να ελευθερωθούν οι ωοθήκες ώστε να γίνουν αργότερα προσπάθειες για τη συλλογή ωαρίου. Σχετικά με τις εγχειρήσεις αυτές έχουν διατυπωθεί αντιφατικές γνώμες. Σε μερικά νοσοκομεία ωστόσο, σημειώθηκαν μεγάλες επιτυχίες. (16)

Θεραπεία ενδομητρίωσης

████████████████████ Ενδομητρίωση ελαφριάς μορφής ή χωρίς συμπτώματα δεν έχει κανέναν κίνδυνο. Επειδή υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες για το αν η ενδομητρίωση προκαλεί στα αλήθεια στειρότητα, πολλοί γιατροί προτιμούν να μην κάνουν τίποτα. Αν ο γιατρός πάρει τέτοια απόφαση στην περίπτωσή σας, θα μπορούσατε να δοκιμάσετε να αυξήσετε τις πιθανότητες εγκυμοσύνης με άλλη μέθοδο. Θα μπορούσατε λ.χ να πάρετε μέτρα για να βελτιωθεί ένα κακής ποιότητας σπέρμα του συντρόφου σας ή να ενθαρρύνετε την ωορρηξία σας με φάρμακα, όπως η κλομιφαίνη. Ο γιατρός μπορεί επίσης να προτείνει επανάληψη της λαπαροσκόπησης ένα ή δύο χρόνια μετά την πρώτη διάγνωση, για να δει αν η ενδομητρίωση έχει επιδεινωθεί κι αν χρειάζεται πιο δραστική αντιμετώπιση.

██████████

Οι νησίδες της ενδομητρίωσης βρίσκονται κάτω από τον ίδιο ορμονικό έλεγχο με την εσωτερική επένδυση της μήτρας, καθώς και την ίδια τη μήτρα. Ακριβώς όπως είναι δυνατό να σταματήσετε την περίοδό σας με ορμονοθεραπεία, έτσι γίνεται να περιορίσετε και την ενδομητρίωση. Η φαρμακευτική αγωγή βοηθάει την ενδομητρίωση να «στεγνώσει» και να επουλωθεί. Αν και η αγωγή αυτή βοηθάει να υποχωρήσει η ενδομητρίωση, μερικές φορές οι νησίδες σχηματίζονται πάλι όταν σταματήσετε τα φάρμακα. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής: ⁽¹⁶⁾

████████████████████

Το χάπι μπορεί να σας δοθεί για διάστημα πέντε ή έξι μηνών. Σαν αποτέλεσμα θα μειωθεί η αιμορραγία και ο πόνος της περιόδου. Είναι

αυτονόητο ότι όσο καιρό παίρνετε το χάπι, δε μπορείτε να μείνετε έγκυος. Ο σκοπός λοιπόν είναι να περιορίσετε την έκταση της ενδομητρίωσης, με την ελπίδα ότι θα μπορέσετε να συλλάβετε μόλις σταματήσετε το χάπι.

Επειδή με την κύηση ο οργανισμός παράγει πολλές από τις ίδιες ορμόνες που δίνονται εναντίον της ενδομητρίωσης και επειδή κατά τη διάρκεια της περιόδου δεν έχετε εμμηνορρυσία, η κύηση καθαυτή αποτελεί μια πολύ καλή θεραπεία της ενδομητρίωσης.



Η προγεστερόνη σε επαρκείς ποσότητες, αναστέλλει την ανάπτυξη της ενδομητρίωσης. Επειδή η φυσική προγεστερόνη είναι ακριβή και δε μπορεί να δοθεί με ένεση, οι γιατροί συνήθως προτείνουν συνθετικά παρασκευάσματα για διάστημα πέντε ή έξι μηνών.



Η δαναζόλη είναι ένα συνθετικό παράγωγο της αντρικής ορμόνης τεστοστερόνη. Περιορίζει την ανάπτυξη της ενδομητρίωσης μα έχει το μειονέκτημα ότι παράλληλα ελαττώνει τη λειτουργία της υπόφυσης, επομένως και τη δραστηριότητα των ωοθηκών. Πιστεύετε ότι καταπολεμάει την ενδομητρίωση πιο αποτελεσματικά από το αντισυλληπτικό χάπι ή την προγεστερόνη. Αναστέλλοντας τη φυσιολογική λειτουργία των ωοθηκών, προκαλεί μια προσωρινή εμμηνόπαυση και φυσικά κατά την εμμηνόπαυση εξάπλωση της ενδομητρίωσης σταματάει τελείως.

Το μειονέκτημα όλων αυτών των φαρμάκων έχει δύο όψεις. Πρώτον, καταστέλλουν τις φυσιολογικές ορμόνες και εμποδίζουν την ωορρηξία.

Αυτό σημαίνει πως δε μπορείτε να μείνετε έγκυος για όσο καιρό τα παίρνετε. Αν δε μείνετε έγκυος σχετικά σύντομα από τη στιγμή που θα σταματήσετε μπορείτε να βρεθείτε πάλι στο μηδέν. Το πρόβλημα είναι πιο έντονο στις μεγαλύτερες γυναίκες, που ίσως δεν τους μένει πια πολύς καιρός για να συλλάβουν.

Δεύτερο όλα τα παραπάνω φάρμακα, μπορεί να δημιουργήσουν παρενέργειες. Γύρω στο 20% των γυναικών που υποβάλλονται σε ⁽¹⁶⁾ φαρμακευτική αγωγή για ενδομητρίωση, δοκιμάζουν δυσάρεστες συνέπειες, όπως η αύξηση του σωματικού βάρους, αδιαθεσία, ναυτία (τουλάχιστον στην αρχή) και ορισμένα άτομα εμφανίζουν μια ήπια αλλά συνεχή κολπική έκκριση με αίμα. Η δαναζόλη μπορεί να προκαλέσει τριχόπτωση ή υπερβολική τριχοφυΐα. Επειδή φέρνει προσωρινή εμμηνόπαυση, ορισμένες γυναίκες νιώθουν εξάψεις, συρρίκνωση των μαστών και ξηρότητα του κόλπου κατά τη συνουσία.

Όλα αυτά τα συμπτώματα σταματάνε τελείως όταν πάψετε να παίρνετε τα χάπια, προκαλούν όμως αρκετή ανησυχία ή ενόχληση ώστε να αναγκάζουν πολλές γυναίκες να διακόψουν οριστικά από νωρίς τη θεραπεία. Παρόλα αυτά αν ο γιατρός σας, σας τα συστήσει, αξίζει τον κόπο να τα δοκιμάσετε.



Μια άλλη λύση είναι να αφαιρεθούν οι νησίδες της ενδομητρίωσης. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ορισμένες μικρές νησίδες μπορεί καμία φορά να αφαιρεθούν κατά τη λαπαροσκόπηση. Ο χειρουργός εισάγει πρώτα στην κοιλιά ένα μικρό ηλεκτρόδιο. Κατόπιν, με τη βοήθεια μικροσκοπίου, ώστε να μπορεί να χειριστεί το ηλεκτρόδιο πάνω στις νησίδες, τις διαπερνάει με ηλεκτρικό ρεύμα και τις καίει. Γύρω στο 40% των γυναικών είναι πιθανό να συλλάβουν μετά από αυτή τη μικρή επέμβαση. Δεν είναι όμως ξεκαθαρισμένο, αν είχαν συλλάβει και χωρίς να υποβληθούν σε αυτή τη θεραπεία.

Αν έχετε πολλές συμφύσεις και εκτεταμένη ενδομητρίωση, η παραπάνω θεραπευτική αγωγή δεν θα σας βοηθήσει και πολύ. Στην περίπτωση αυτή, ίσως σας συστήσουν, να κάνετε μια ανοιχτή εγχείρηση. Αυτό σημαίνει αρκετά μεγάλη χειρουργική επέμβαση που η διαδικασία και οι συνέπειές της είναι παρόμοιες με της μικροχειρουργικής σαλπίνγγων.

Η ανοιχτή εγχείρηση για ενδομητρίωση γίνεται καλύτερα σε νοσοκομεία με τα κατάλληλα μέσα για μικροχειρουργικές επεμβάσεις. Οι νησίδες της ενδομητρίωσης μπορεί να κοπούν, οι συμφύσεις να χωριστούν και οι αιματώδεις κύστες στις ωοθήκες να αφαιρεθούν. Η επέμβαση είναι τεχνικά δύσκολη και απαιτεί μεγάλη πείρα για να έχει τα καλύτερα δυνατά ⁽¹⁶⁾

αποτελέσματα. Δεν είναι όμως καθόλου επικίνδυνη και οι παρενέργειες σπανίζουν. Δυστυχώς επειδή οι συμφύσεις που προκαλεί η ενδομητρίωση είναι συχνά πολύ εκτεταμένες, δεν είναι πάντα δυνατόν να αφαιρεθούν όλες ή να γίνει πλήρης θεραπεία. Οι πιθανότητες εγκυμοσύνης με έμπειρο χειρουργό είναι καλές και γύρω στο 60% των γυναικών συλλαμβάνουν μέσα σε ένα χρόνο, αρκεί να μην υπάρχουν άλλα προβλήματα που προκαλούν τη στειρότητα. Ένα μεγάλο πλεονέκτημα της εγχείρησης, είναι ότι αντίθετα με τη φαρμακευτική αγωγή, μπορείτε να δοκιμάσετε να κάνετε παιδί δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την επέμβαση. Για το λόγο αυτό η χειρουργική επέμβαση αποτελεί την καλύτερη λύση για μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες.

■

Αν οι συμφύσεις που προκάλεσε η ενδομητρίωση δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθούν τελείως, ο γιατρός ίσως σας προτείνει τη λύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Κάτι τέτοιο, ωστόσο θα συμβεί σε σπάνιες περιπτώσεις, μια και οι πιθανότητες επιτυχίας για γυναίκες με αυτό το πρόβλημα είναι μικρές.

Πολλές γυναίκες με ενδομητρίωση φοβούνται πως μπορεί τελικά να υποβληθούν σε υστερεκτομή. Στην πραγματικότητα ο μόνος λόγος αφαίρεσης της μήτρας θα ήταν αν υποφέρετε από εξαιρετικά δυνατούς πόνους. Στην μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων ο πόνος μπορεί να κατασταλεί με φάρμακα, έτσι ώστε μια ριζική χειρουργική επέμβαση, αν είστε στείρα, να μην συνίσταται, παρά σπανιότατα. Μην ξεχνάτε ότι η ενδομητρίωση έχει την τάση να εξαφανίζεται όταν περάσετε τα σαράντα και έτσι δε χρειάζεται να φοβάστε καθόλου την πιθανότητα της υστερεκτομής. (16)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ.

Ορισμός:

Καλοήθης βλάβη κατά την οποία ο ιστός του ενδομητρίου αναπτύσσεται έξω από τη μήτρα, συχνά στις ωθήκες ή στην πυελική κοιλότητα.

Παθοφυσιολογία:

παλίνδρομη ροή του ενδομητριακού υγρού μέσω των σαλπίνγγων στη διάρκεια της εμμηνορρυσίας, με συνακόλουθη εμφύτευση στα πυελικά όργανα. Μεταφορά των αδένων του ενδομητρίου μέσω των μυϊκών και λεμφικών συστημάτων σε άλλες θέσεις. Αιφνίδια ανάπτυξη των ιστών του ενδομητρίου έξω από τη μήτρα.

Αιτιολογία:

Άγνωστη. Σχετίζεται με την ατεκνία και με οικογενειακό ιστορικό της ενδομητρίωσης σε ηλικία μεταξύ 30 και 50 ετών.

Συμπτώματα:

Άλγος στην κάτω κοιλιακή περιοχή, δυσμηνόρροια, εμμηνορραγία, στειρότητα, ευαισθησία της πυέλου, πόνος κατά την κένωση, πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή, δυσπαρεύνια.

Διαγνωστική αξιολόγηση:

Ιστορικό συμπτωμάτων, εξέταση της πυέλου, λαπαροσκόπηση, υπερηχογράφημα, εξετάσεις αίματος για να αποκλεισθούν φλεγμονώδες νοσήματα της πυέλου.

Συντηρητική θεραπεία:

- Ορμονοθεραπεία ώστε να αποτρέψουμε την αιμορραγία στη διάρκεια της περιόδου.
- Αφαίρεση των κύστεων με χειρουργική επέμβαση, καθώς και των έκτοπων ιστών, με προσπάθεια να μην παρεμποδιστεί η δυνατότητα αναπαραγωγής. (13)
- Πανυστερεκτομή: σε περίπτωση μεγάλης επέκτασης της νόσου

Επιπλοκές:

Στείρωση

Βασική νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με ενδομητρίωση

A)Νοσηλευτική αξιολόγηση:

Πάρτε ένα πλήρες ιστορικό όπου θα συμπεριλάβετε και πληροφορίες για την αναπαραγωγή και την εμμηνορρυσία.

B)Νοσηλευτική διάγνωση:

- Ο πόνος οφείλεται σε αιμορραγία του ιστού του ενδομητρίου.
- Υπάρχουν συγκρουόμενες απόψεις σχετικά με την επιλογή της θεραπείας.

Γ)Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ✂ Χορηγήστε αναλγητικά σύμφωνα με τις εντολές του γιατρού. Η ασπιρίνη αντενδίδκνυται στην έντονη αιμορραγία.
- ✂ Ζητήστε από την ασθενή να αναπαύεται και να κάνει ζεστά μπάνια.
- ✂ Προσφέρετε συναισθηματική υποστήριξη. (13)
- ✂ Δώστε πληροφορίες για την ασθένεια και τονίστε τη σπουδαιότητα της συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής καθώς και της συνεχούς γυναικολογικής παρακολούθησης.
- ✂ Σε ασθενείς με σοβαρή ενδομητρίωση, εξετάστε πόσο εφικτό είναι να ακολουθήσετε άλλες λύσεις εκτός της υστερεκτομής.

Δ)Νοσηλευτική αξιολόγηση:

- Η ασθενής επισημαίνει ανακούφιση ή μείωση των πόνων.
- Η ασθενής επιλέγει τη θεραπευτική μέθοδο.

Θεραπεία παθήσεων της μήτρας

Τρόποι θεραπείας: Συνήθως είναι άμεσοι και επιτυχείς.

Για παράδειγμα γύρω στο 50% των γυναικών που επισκέπτονται τις κλινικές, μένουν έγκυες μέσα σε ένα χρόνο από την αφαίρεση των ινομυωμάτων. (13)

Το σώμα της μήτρας

• Ινομύωματα

Συνήθως δεν απαιτούν θεραπεία. Αν ο γιατρός σας είναι σίγουρος ότι τα ινομύωματα στην περίπτωσή σας προκαλούν στειρότητα ή καθ' ἑξιν αποβολές, ίσως συστήσει την αφαίρεσή τους. Η εγχείρηση που λέγεται ινομυωματεκτομή, δεν είναι επικίνδυνη, προϋποθέτει όμως παραμονή σχεδόν μιας εβδομάδας στο νοσοκομείο. Όσο αφορά την προετοιμασία καθώς και τη μετεγχειρητική αγωγή, η εγχείρηση είναι αντίστοιχη της μικροχειρουργικής των σαλπίνγων.

Τα ινομύωματα καμιά φορά είναι τόσο μεγάλα, ώστε να απαιτείται υστερεκτομή παρόλο που η γυναίκα θέλει με πάθος να μείνει έγκυος. Είναι δύσκολο να πάρει θέση κανείς απόλυτα πάνω σε αυτό το θέμα. Βέβαια αν έχετε ένα μεγάλο όγκο στην κοιλιά, υπάρχει πάντοτε η μακρινή έστω υποψία, ότι δεν οφείλεται σε ινομύωματα μα σε κάτι άλλο. Αν ο όγκος δεν παρουσιάζει

συμπτώματα ο γιατρός ίσως συστήσει υστερεκτομή, για να έχει το κεφάλι του ήσυχο. Κανένας γιατρός δε μπορεί να σας διαβεβαιώσει για τη φύση ενός όγκου κατηγορηματικά, μέχρι να τον αφαιρέσει. Μια λαπαροσκόπηση ίσως βοηθήσει στη διάγνωση και μάλιστα αν συνδυαστεί με απόξεση. Θα πρέπει να έχετε υπόψη σας πως ακόμα κι αν αποφασίσετε να αφαιρέσετε μόνο τα ινομυώματα, τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι ικανοποιητικά. Αυτό ισχύει αν έχετε πολύ μεγάλα ινομυώματα ή πάρα πολλά. Μια μεγάλη ινομυωματοεκτομή, σπάνια καταλήγει σε εγκυμοσύνη και υπάρχει πάντα η μικρή πιθανότητα να δημιουργηθούν αργότερα και άλλα ινομυώματα, οπότε θα χρειαστεί να υποβληθείτε σε νέα εγχείρηση, για αφαίρεση της μήτρας. Το καλύτερο που έχετε να κάνετε είναι να συζητήσετε διεξοδικά το θέμα με το γιατρό σας.

Πολύποδες

Στις πιο πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζονται εύκολα. Για την αφαίρεσή τους γίνεται μια μικρής διάρκειας νάρκωση. Η επέμβαση είναι ουσιαστικά απόξεση και σημαίνει το πολύ, μια διανυκτέρευση στο νοσοκομείο.

Αδενομύωση

Στα πρώτα στάδια αντιμετωπίζεται συνήθως με φάρμακα. Υπάρχουν διάφορα ορμονικά παρασκευάσματα, που ελαττώνουν τη ροή των εμμήνων. Όταν τα πάρουν λοιπόν, γυναίκες που πάσχουν από αδενομύωση, έχουν την τάση να σταματάνε την αιμορραγία μέσα στους μυς της μήτρας. (13)

Αν παίρνετε ορμόνες, η περίοδός σας μπορεί να σταματήσει τελείως. Ουσιαστικά πρόκειται για την καλύτερη μέθοδο, γιατί οι ουλές σχηματίζονται γύρω από τις νησίδες που αιμορραγούν τον καιρό της περιόδου. Δε θα μείνετε έγκυος για όσο καιρό παίρνετε τα χάπια, όταν όμως τα σταματήσετε θα έχετε αυξημένες πιθανότητες να συλλάβετε. Η πιθανότητα να ξαναγυρίσει η αδενομύωση μετά το τέλος της θεραπείας δεν είναι μεγάλη. Επειδή αναπτύσσεται έτσι κι αλλιώς πολύ αργά, έχετε καιρό να μείνετε έγκυος στο

μεταξύ. Η εγκυμοσύνη εξάλλου αποτελεί την καλύτερη θεραπεία αυτής της πάθησης, γιατί τότε ακριβώς παράγονται από τον οργανισμό οι ορμόνες εκείνες που σταματούν την έμμηνη ρύση.

Γυναίκες που πάσχουν από αδενομύωση σε πιο προχωρημένο στάδιο, ίσως χρειαστούν εγχείρηση. Η εγχείρηση μοιάζει πολύ με την ινομυοματεκτομή και προκαλεί δυνατό πόνο, ο γιατρός μπορεί να προτείνει αφαίρεση της μήτρας. Κάτι τέτοιο όμως σπάνια κρίνεται απαραίτητο.

◆ **Συμφύσεις**

Η θεραπευτική αγωγή έχει στόχο να διαχωρίσει τις συμφύσεις, πράγμα που γίνεται με μια μικρή χειρουργική επέμβαση και θα χρειαστεί να διανυκτερεύσετε στο νοσοκομείο. Η επέμβαση μπορεί να γίνει με τη βοήθεια μητροσκοπίου, που εισάγεται στη μήτρα. Ο χειρουργός πιθανός να αποφασίσει την τοποθέτηση ενδομητρίου σπειράματος, για ένα μήνα μετά το διαχωρισμό. Έτσι τα τοιχώματα της μήτρας θα μείνουν ανοιχτά κατά την επούλωση, εμποδίζοντας το σχηματισμό νέων συμφύσεων. Θα σας χορηγηθεί ταυτόχρονα αντιβίωση, για να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης, επίσης ορμόνες για να βοηθήσουν την καλή ανάπτυξη ενός καινούριου βλεννογόνου και ίσως στεροειδή για να περιοριστεί η δημιουργία νέων συμφύσεων. Η θεραπευτική αγωγή δεν καταλήγει πάντα αμέσως σε επιτυχή αποτελέσματα και ίσως χρειαστεί να γίνουν επαναληπτικές προσπάθειες για την αποσυγκόλληση των συμφύσεων. Δε θα πρέπει να σας ανησυχί πολύ αυτό, είναι σαν να πελεκάτε ένα βράχο, καταφέρνοντας κάθε φορά κάτι περισσότερο. (13)

Οι συμφύσεις που σχηματίζονται μετά τη φυματίωση συνήθως δεν είναι θεραπεύσιμες, γιατί ο βλεννογόνος δε μπορεί να ξαναδημιουργηθεί με φάρμακα.

Φλεγμονή του βλεννογόνου της μήτρα

Αν παρουσιάζετε φλεγμονή θα αφαιρεθεί οτιδήποτε ξένο σώμα υπάρχει στη μήτρας σας. Και θα σας δοθεί αντιβίωση. Η αγωγή αυτή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική.

Συγγενείς ανωμαλίες

Η θεραπευτική αγωγή ποικίλλει. Δεν υπάρχει θεραπεία αν η μήτρα σας δεν έχει αναπτυχθεί καθόλου. Μια πραγματική υποπλαστική μήτρα μπορεί καμία φορά να μεγαλώσει αν γίνει θεραπευτική αγωγή με ορμόνες. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει εγχείρηση για να διορθωθούν οι άλλες ανωμαλίες. Οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές είναι αντίστοιχοι εκείνων της μικροχειρουργικής των σαλπίγγων.

Θεραπεία τραχήλου.

Η θεραπευτική αγωγή για στενό ή τραυματισμένο τράχηλο γίνεται με διαστολή του τραχήλου- μια πολύ απλή διαδικασία που απαιτεί σύντομη γενική αναισθησία. Αυτό ίσως χρειαστεί να γίνει περισσότερες από μια φορές σε διάστημα αρκετών μηνών.

Για να επουλωθεί μια τραυματισμένη τραχηλική επιφάνεια, ο γιατρός μπορεί να συστήσει κρυοπηξία ή ακτίνες λέιζερ. Και οι δύο μέθοδοι είναι εντελώς ανώδυνες. Κι όμως οι ουλές στον τράχηλο εύκολα παραβλέπονται, γιατί είναι ασυνήθιστες. Μια κυρία στην οποία γινόταν διερεύνηση στειρότητας επί επτά χρόνια, είχε υποβληθεί ατελείωτες εξετάσεις και πολλές ορμονοθεραπείες. Επανειλημμένες τεχνητές σπερματέγχυσης δεν κατάφεραν να δημιουργήσουν εγκυμοσύνη και η συζυγική ζωή κινδύνευε να διαλυθεί. Μια απλή δεκάλεπτη διαδικασία, με διαστολή του τραχήλου, κατέληξε σε σύλληψη

μέσα σε δύο εβδομάδες. Αργότερα έκανε άλλα δύο παιδιά χωρίς καμία δυσκολία. (13)

Διασταλμένος τράχηλος.

Απαιτείται διόρθωση του τραχήλου με χειρουργική επέμβαση χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα για τη γυναίκα μα δύσκολη να εκτελεστεί με ακρίβεια από τον χειρουργό. Για το λόγο αυτό και για το ότι τα αποτελέσματα είναι εξίσου καλά, οι περισσότεροι χειρουργοί προτιμάνε αντί για τη διαδικασία αυτή, να βάλουν στον τράχηλο ένα ράμμα κατά τη διάρκεια της δωδέκατης εβδομάδας εγκυμοσύνης. Η επέμβαση λέγεται περιίδεση του τραχήλου και κατ' αυτή τοποθετείται μια νάιλον κλωστή ή ταινία γύρω από το εξωτερικό του τραχήλου. Έτσι παραμένει κλειστός σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η επέμβαση απαιτεί σύντομη νάρκωση και ολιγοήμερη ανάπαυση στο νοσοκομείο. Είναι ανώδυνη και οι σύγχρονοι μέθοδοι της αναισθησίας την καθιστούν εντελώς αβλαβή για την εγκυμοσύνη. Μετά την περιίδεση του τραχήλου μπορεί να παρατηρήσετε μια έκκριση με λίγο αίμα, για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Δεν είναι όμως τίποτα το ανησυχητικό και δεν σημαίνει ότι βρίσκεστε στα πρόθυρα άλλης αποβολής.

Ίσως νομίσετε πως η τοποθέτηση ράμματος γύρω από τον τράχηλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει από μόνη της τη δυνατότητα αποβολής. Στην ουσία όμως πρόκειται για μια πολύ ήπια επέμβαση, που προκαλεί ελάχιστη ενόχληση. Οι κίνδυνοι από το να μη γίνει καθόλου είναι πολύ μεγαλύτεροι από τον ελάχιστο κίνδυνο να προκαλέσει η ίδια αποβολή.

Κατά τη διάρκεια του τοκετού ή αμέσως πριν το ράμμα θα αφαιρεθεί.

Δε θα πρέπει να γεννήσετε με το ράμμα στη θέση του, αλλιώς ο τράχηλος μπορεί να πάθει μεγαλύτερη βλάβη. Αν αρχίσει αναπάντεχα ο τοκετός, ο γιατρός θα αφαιρέσει εκείνη την ώρα το ράμμα. Αν γεννήσετε γύρω στην κανονική ημερομηνία, συνηθίζεται να αφαιρείται το ράμμα γύρω στις 38 εβδομάδες. Η διαδικασία είναι πολύ απλή και μπορεί να πραγματοποιηθεί

ανώδυνα, χωρίς αναισθησία. Αν αποφασίσετε αργότερα να ξαναμείνετε έγκυος, θα χρειαστεί πάλι ένα ράμμα, για να κρατήσει τον τράχηλο κλειστό.

Μια τελευταία λέξη για κάτι που ανησυχεί πολλά ζευγάρια: Αν μείνετε τελικά έγκυος, μετά από στειρότητα εξαιτίας κάποιου προβλήματος της μήτρας, το παιδί σας έχει τις ίδιες πιθανότητες με οποιοδήποτε άλλο να είναι φυσιολογικό. Δεν έχετε αυξημένες πιθανότητες να αποκτήσετε ανώμαλο παιδί, μόνο και μόνο επειδή η μήτρα σας είναι, ή υπήρξε ανώμαλη. (13)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΑΡΕΠΙΘΕΣΗ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κολπικές διαταραχές.

Ορισμός:

Μη φυσιολογική διάνοιξη του κόλπου ή λοίμωξη της κατώτερης γεννητικής οδού.

Παθοφυσιολογία και αιτιολογία:

Α)Κολπικό συρίγγιο.

Παθοφυσιολογία: (13)

Μη φυσιολογική επικοινωνία μεταξύ ουρήθρας και κόλπου (ουρηθροκολπικό) , μεταξύ ουροδόχου κύστης και κόλπου (κυστεοκολπικό), ή μεταξύ ορθού και κόλπου (ορθοκολπικό).

Αιτιολογία:

Συγγενής ανωμαλία, χειρουργικό ή μαιευτικό τραύμα, καρκίνος, ακτινοβολία για καρκίνο της πύελου, το ορθοκολπικό συρίγγιο μπορεί να αποτελεί και επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδας.

Β)Κολπίτιδα.

Παθοφυσιολογία:

Φλεγμονή της κατώτερης γεννητικής οδού που οφείλεται σε ορμονική ή βακτηριακή διαταραχή του κόλπου. Συνήθως πηγή λοίμωξης είναι η *Candida albicans*, η τριχομονάδα και η γκαρντερέλλα του κόλπου.

Αιτιολογία:

Εισαγωγή ξένων σωμάτων στον κόλπο, φλεγμονή, αντιβιοτικά.

Συμπτώματα:

Κολπικό συρίγγιο:

Διαρροή ούρων ή μόλυνση από ουρηθροκολπικό ή κυστεοκολπικό συρίγγιο. Έξοδος κοπράνων και αερίων μέσω του κόλπου στο ορθοκολπικό συρίγγιο.

Κολπίτιδα:

Αυξημένες εκκρίσεις, κνησμός.

Διαγνωστική αξιολόγηση:

Φυσικές εξετάσεις με λαβίδα και χρωστική στο κολπικό συρίγγιο, εξέταση της πυέλου και εργαστηριακές εξετάσεις κολπικού επιχρίσματος στην κολπίτιδα.

Συντηρητική θεραπεία:

Κολπικό συρίγγιο:

Χειρουργική επέμβαση αφότου καταπολεμηθούν η φλεγμονή και το οίδημα, μπάνιο sitz σε περιπτώσεις που δεν αποδέχονται επέμβαση.

Κολπίτιδα:

Χορηγείται γιαούρτι ή καλλιέργεια γαλακτοβακκίλων ταυτόχρονα με τη χορήγηση αντιβιοτικών. (13)

Επιπλοκές:

Σοβαρή λοίμωξη.

Βασική νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με κολπικές διαταραχές

Νοσηλευτική αξιολόγηση:

Πάρτε ένα πλήρες ιστορικό συμπτωμάτων και ένα άλλο ιατρικό, φαρμακευτικό, αλλεργιών και αναπαραγωγής, καθώς και πληροφορίες για προηγούμενες θεραπευτικές αγωγές σε προβλήματα της αναπαραγωγής.

Νοσηλευτική διάγνωση:

Άγχος λόγω της διαρροής ούρων ή κοπράνων (κολπικό συρίγγιο).

Χρόνιος πόνος λόγω της λοίμωξης (κολπίτιδα).

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Κολπικό συρίγγιο:

Αλλάξτε τα βρεγμένα σεντόνια και χορηγήστε αναλγητικά και ζεστά μπάνια. Δώστε πληροφορίες σχετικά με την ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη διαταραχή.

Κολπίτιδα:

Χορηγήστε αντιβιοτικά και ζητήστε από τον ασθενή να μην παραλείπει να ακολουθήσει ολόκληρη την αγωγή. Ενημερώστε τον για τακτικές υγιεινής που θα εμποδίσουν την υποτροπή όπως: να φοράει βαμβακερά εσώρουχα, να αποφεύγει τα έντονα ντους και τα σφιχτά παντελόνια και να σκουπίζεται πάντα από μπροστά προς τα πίσω μετά από κάθε κένωση.

Νοσηλευτική αξιολόγηση:

Η ασθενής επισημαίνει ότι η ανησυχία της μειώθηκε. Η ασθενής δηλώνει ότι ο πόνος είναι ελεγχόμενος. (13)

Λύσεις σε πρόβλημα της στειρότητας.

Ανδρική υπογονιμότητα
και γενετικές επιπτώσεις
της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΑΝΔΡΙΚΗ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ:

Έχουν περάσει δύο δεκαετίες από τη γέννηση του πρώτου παιδιού με εξωσωματική γονιμοποίηση. Από τότε η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει αναπτυχθεί ταχύτατα και έχει δημιουργήσει κλάδους για την αντιμετώπιση των περισσότερων προβλημάτων στειρότητας. Η οφειλόμενη στον ανδρικό παράγοντα υπογονιμότητα ήταν μέχρι πρόσφατα ένα από τα άλυτα προβλήματα. Έγιναν διάφορες προσπάθειες με την ανάπτυξη τεχνικών για υποβοηθούμενη γονιμοποίηση στις περιπτώσεις που τα χαρακτηριστικά του σπέρματος ήταν τόσο φτωχά ώστε δε μπορούσε να πραγματοποιηθεί η φυσιολογική. Η απλούστερη τεχνική ήταν η διάνοιξη της διαφανής ζώνης του ωαρίου (με μηχανικά ή χημικά μέσα), ώστε να διευρυνθεί η είσοδος των σπερματοζωαρίων. Η τεχνική αυτή έχει μικρή μόνο επιτυχία μια και συχνά επιτρέπει την είσοδο περισσότερων από ένα σπερματοζωαρίων. Μία πιο άμεση προσέγγιση ήταν η εισαγωγή στο περιλεκιθικό διάστημα μερικών κινητών σπερματοζωαρίων, μετά από συρρίκνωση του ωαρίου σε διάλυμα σουκρόζης. Τα ποσοστά επιτυχίας ήταν υψηλότερα από την PZD, αλλά και πάλι όχι αρκετά υψηλά, ώστε να αποτελούν κίνητρο για ένα ζευγάρι για να ξεκινήσει την εξωσωματική γονιμοποίηση. (17)

Η εισαγωγή της Μικροχειρουργικής Ωαρίου το 1992 ήταν επαναστατική για την αντιμετώπιση της ανδρικής στειρότητας. Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει

την εισαγωγή ενός σπερματοζωαρίου απευθείας στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Αδυναμία του πρώτου να διαπεράσει τη διαφανή ζώνη ή μεμβράνη του κυτταροπλάσματος(ωολλήμα), που πιθανόν να οφειλόταν σε ελαττωμένη κινητικότητα , μειωμένη ικανότητα πρόσδεσης στη διαφανή ζώνη ή ανεπάρκεια ενζύμων για την διάνοιξη της ζώνης, δεν αποτελούν πια εμπόδιο στη γονιμοποίηση. Η τεχνική αυτή είναι κατάλληλη για πολύ σοβαρές περιπτώσεις στειρότητας. Πριν από την εφαρμογή της ICSI οι πιθανότητες γονιμοποίησης ήταν ελάχιστες αν δεν υπήρχαν το λιγότερο 500.000 σπερματοζωάρια με άριστη κινητικότητα. Σήμερα έχουν σημειωθεί εγκυμοσύνες ακόμα και σε περιπτώσεις που λίγα μόνο σπερματοζωάρια είχαν ανευρεθεί στο σπερματικό υγρό.

Η τεχνική ICSI χρησιμοποιήθηκε σε ζευγάρια με επαναλαμβανόμενες αποτυχίες γονιμοποίησης in vitro ακόμα και όταν το σπέρμα είχε καλά χαρακτηριστικά και σύμφωνα με τα κριτήρια της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, μπορούσε να χαρακτηριστεί φυσιολογικό. Περιπτώσεις απόλυτης αποφρακτικής ή μη- αποφρακτικής αζωοσπερμίας, αντιμετωπίστηκαν με βιοψία σπερματοζωαρίων από ορχικό επιθήλιο ή επιδιδυμίδα με υψηλά ποσοστά κύησης.

Υπάρχουν πολύ σημαντικά στάδια για την επιτυχία της μικροχειρουργικής ωαρίου:

1) Η ακινητοποίηση του σπερματοζωαρίου πριν από την έγχυση του στο ωοκύτταρο.

2) Η εισρόφηση ωοπλάσματος στην πιππέτα έγχυσης, πριν από την έγχυση του σπερματοζωαρίου. Με την μηχανική ακινητοποίηση του σπερματοζωαρίου, μειώνεται αφενός η κινητικότητά του, που θα μπορούσε να καταστρέψει τα κυτταρικά οργανίδια και αφετέρου επέρχεται η θραύση των κυτταρικών μεμβρανών του σπερματοζωαρίου η οποία πιθανόν εκλύει παράγοντες που βοηθούν τη γονιμοποίηση. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι η ύπαρξη της άθικτης μεμβράνης του σπερματοζωαρίου, ενδέχεται να εμποδίζει παράγοντες που εκκρίνονται από το ωάριο να φθάσουν στον πυρήνα του σπερματοζωαρίου και να προκαλέσουν την αποσυμπύκνωση της χρωματίνης του. Συνεπώς η ρήξη των μεμβρανών του σπερματοζωαρίου είναι απαραίτητη ώστε οι ωοπλασματικοί παράγοντες να δράσουν στον σπερματικό πυρήνα.

Η εισρόφηση ωοπλάσματος στην πιππέτα έγχυσης είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη διαδικασία. Πολλές φορές, μετά την απόσυρση της πιππέτας, από το ωόπλασμα και αφού έχει γίνει η έγχυση του σπερματοζωαρίου, παρατηρείται ότι στο ωάριο έχει μείνει ένα ανοιχτό κανάλι, το «αποτύπωμα» της εισόδου της πιππέτας. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι έχει γίνει εγκόλπωση της μεμβράνης γύρω από την πιππέτα και το σπερματοζωάριο έχει εναποτεθεί στο περιλεκιθικό διάστημα, αντί στο ωόπλασμα. Έτσι καταλήγουμε σε μια κατάσταση παρόμοια με τη SUZI και με τα αντίστοιχα ποσοστά γονιμοποίησης. Η εισρόφηση προξενεί ανάδευση του ωοπλάσματος, ώστε να εμποδίζεται μηχανικά το σπερματοζωάριο να βγει στο περιλεκιθικό διάστημα. Επίσης πιθανόν να δίνει το έναυσμα ώστε να ενεργοποιηθούν οι μηχανισμοί του ωαρίου για τη σύντηξη των προπυρηνών.

Η ποσότητα του ωοπλάσματος που προσροφάται και επενεγχέεται στο ωάριο, είναι πολύ σημαντική: υπάρχει ο κίνδυνος της πιθανής καταστροφής του ωαρίου. Ο σωστός σχεδιασμός χρήσης των μικροπιππετών, είναι πολύ σημαντικός ώστε ο χειρισμός να γίνεται κάτω από απόλυτο έλεγχο.

Η όλη διαδικασία έχει αρχικά δημιουργήσει ανησυχίες για πιθανότητες τραυματισμού του ωαρίου. Τα αποτελέσματα όμως δείχνουν ότι το ποσοστό των ωαρίων που καταστρέφονται από τη διαδικασία είναι μικρότερο από 10% σε έμπειρα χέρια.. Τα ποσοστά γονιμοποίησης κυμαίνονται γύρω στο 60%, χωρίς να επηρεάζει το εάν τα σπερματοζωάρια προήλθαν από βιοψία όρχεος, επιδιδυμίδας ή μετά από εκσπερμάτιση. Σχεδόν όλα τα ζευγάρια που κάνουν εξωσωματική γονιμοποίηση με ICSI φθάνουν στο στάδιο της εμβρυομεταφοράς και τα ποσοστά εγκυμοσύνης είναι ισάξια ή και καλύτερα από αυτά της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η επιτυχία της παραπάνω τεχνικής, οδήγησε αρχικά πολλούς να προβλέψουν ότι στο μέλλον όλες οι περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης, θα γίνονται με ICSI και όχι με απλή ενσπερμάτωση των ωαρίων. (17)

Γονιμοποίηση - ε σπερματίδες.

Μέχρι πρόσφατα ασθενείς με μη- αποφρακτική αζωοσπερμία, θεωρούνταν αδύνατον να θεραπευτούν. Σήμερα η μικροχειρουργική Ωαρίου (ICSI) χρησιμοποιώντας σπερματίδες (ROSNI) δίνει κάποιες ελπίδες στους άνδρες αυτούς ώστε να αποκτήσουν ένα βιολογικά δικό τους παιδί. Οι πρώτες μελέτες για τη χρήση σπερματίδων έγιναν σε γαμέτες ποντικού, ινδικού χοιριδίου και κουνελιού. Οι απόπειρες γονιμοποίησης ήταν επιτυχημένες σε αυτά τα πειραματόζωα και κατέληξαν στην γέννηση υγίων απογόνων.

Στον άνθρωπο έγινε επιτυχής γονιμοποίηση από σπερματίδα και σε σύντομο χρονικό διάστημα, ανακοινώθηκαν και οι πρώτες εγκυμοσύνες. Μέχρι σήμερα έχουν ανακοινωθεί λιγότερες από 20 γεννήσεις υγίων παιδιών. Επιπλέον μια κύηση έχει ήδη ανακοινωθεί με τη χρήση δευτερογενούς σπερματοκυττάρου.

Η τεχνική ROSNI έχει προκαλέσει αντιδράσεις από επιστήμονες που θεωρούν ότι η εφαρμογή της είναι πρώιμη, μια και δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν την ασφαλή εφαρμογή της στον άνθρωπο. Οι περιορισμένες πληροφορίες από την εφαρμογή της ROSNI σε ωάρια τρωκτικών (που δεν είχαν πρόβλημα στειρότητας) κάνει την τεχνική ευάλωτη σε κριτικές. Οι πληροφορίες που έχουμε σχετικά με τις μετατροπές κατά την εξέλιξη της σπερματίδας σε σπερματοζώαριο, είναι περιορισμένες. Έτσι δεν έχει διαλευκανθεί εάν οι μετατροπές αυτές είναι απαραίτητες για την εμβρυϊκή ανάπτυξη ή μόνο για τη μεταφορά των σπερματοζωαρίων και την εισαγωγή τους στο ωάριο.

Σήμερα βλέπουμε την ανάπτυξη μιας νέας τεχνικής όπου η καλλιέργεια στο εργαστήριο κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες έχει κατορθώσει να ξεκινήσει την παραπέρα ωρίμανση πρώιμων μορφών σπερματογένεσης σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν καταστολή της διαδικασίας αυτής. Παρόλο που και η μέθοδος αυτή έχει αντιμετωπιστεί με επιφύλαξη, η πρώτη υγιής κύηση έχει ήδη επιτευχθεί. Η χρησιμοποίηση σπερματίδων και άλλων άωρων μορφών σπερματογένεσης όπως και η in vitro καλλιέργεια ορχικού ιστού είναι ίσως οι μοναδικές ελπίδες ορισμένου αριθμού ανδρών να αποκτήσουν ⁽¹⁶⁾

γενετικά δικό τους παιδί. Για πολλά ζευγάρια δε αυτές οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η μοναδική αποδεκτή λύση. (16)

Εξωμήτριά κύηση.

Εξωμήτριά λέγεται η κύηση όταν το έμβρυο αναπτύσσεται έξω από την κοιλότητα της μήτρας. Αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι πως μετά τη γονιμοποίηση το ωάριο δεν καταφέρνει τα ταξιδέψει μέχρι τη μήτρα μα σταματάει κάπου στο δρόμο όπου κολλάει και αναπτύσσεται. Το συνηθισμένο σημείο είναι η σάλπιγγα (96% των περιπτώσεων περίπου) , καμία φορά η εμφύτευση γίνεται και σε άλλα μέρη, στην ωοθήκη, την κοιλιακή χώρα έξω από τη μήτρα ή το τοίχωμα της μήτρας όπου η σάλπιγγα ενώνεται με την κοιλότητα της μήτρας. Εκεί είτε δεν υπάρχει αρκετός χώρος για να αναπτυχθεί το έμβρυο, είτε ο πλακούντας δε μπορεί να σχηματιστεί φυσιολογικά και έτσι τα εξωμητρικά κυήματα πεθαίνουν ή αρχίζουν να αιμορραγούν έντονα. Αν το κύημα πεθαίνει τα συμπτώματα μοιάζουν πολύ με αποβολή, εκτός από το ότι η εξωμητρική αυτή εγκυμοσύνη συνεχίζει μέσα σας και το αίμα δε μπορεί να φύγει. Η αιμορραγία οφείλεται στην ανάπτυξη του πλακούντα, που δε χωράει πια μέσα στους ιστούς που το περιβάλλουν. Η γυναίκα μπορεί να χάσει τόσο αίμα, ώστε να κινδυνεύει η ζωή της.

Οι εξωμητρίες κυήσεις είναι αρκετά συνηθισμένες. Στη Βρετανία περίπου μία σε 250 εγκυμοσύνες, εμφυτεύεται έξω από τη μήτρα. Μάλιστα εμφανίζονται πιο συχνά σε ορισμένες μορφές στειρότητας.

Παρόλο που μια εξωμήτριά κύηση αποτελεί καταθλιπτικό γεγονός- ακόμα χειρότερα από την αποβολή, εξαιτίας του πόνου και της ταραχής που προκαλεί- αξίζει να θυμάστε ότι γυναίκες που είχαν εξωμήτριά κύηση, απέδειξαν ότι μπορούν να μείνουν έγκυες. Όπως και στην περίπτωση της αποβολής, αυτό δείχνει ότι έχουν κανονική ωορρηξία, πως τα σπερματοζωάρια είναι γόνιμα και τα ωάρια ικανά να σχηματίσουν έμβρυα. Πιστεύουμε πως αξίζει τον κόπο να θεραπεύσουμε τη στειρότητα γυναικών που είχαν στο παρελθόν κάποια εξωμήτριά κύηση, γιατί συχνά οι προοπτικές να γεννήσουν φυσιολογικά είναι τελικά πολύ καλύτερες από ότι σε κάποιες άλλες κατηγορίες στειρών γυναικών. Μια μέθοδος θεραπείας είναι αναμβισβήτητα η εξωσωματική γονιμοποίηση, με την οποία έχουμε διαπιστώσει εξαιρετικά αποτελέσματα. ⁽¹⁶⁾

Τι προκαλεί εξωμήτρια κύηση;

Δεν έχουμε καταλάβει απόλυτα. Υπάρχουν όμως ορισμένες συνθήκες που την κάνουν πιο πιθανή.

Αν η σάλπιγγα έχει ήδη υποστεί βλάβη ή έχει κλείσει εν μέρει, και η εξωμήτρια κύηση εμφυτεύεται σε ένα τραυματισμένο σημείο της σάλπιγγας.

Μετά από θεραπευτική αγωγή για εξωσωματική γονιμοποίηση, πιθανότητα επειδή το έμβρυο εγκαταλείπει αυθόρμητα τη μήτρα μετά τη μεταφορά του.

Μερικές γυναίκες που έχουν βάλει ενδομητρικό σπείραμα έχουν μια τάση για εξωμήτρια κύηση.

Αν είχατε ήδη μια εξωμήτρια κύηση, είναι κάπως μεγαλύτερες οι πιθανότητες να πάθετε και άλλη, επειδή μια από τις σάλπιγγες έχει κάποια βλάβη. (16)

Τι είναι τα συμπτώματα;

Συνήθως υπάρχει δυνατός πόνος, συχνά από τη μια μεριά της κοιλιάς, μαζί με ελαφριά κολπική αιμορραγία. Οι περισσότερες γυναίκες νιώθουν έγκυες και κανονικά ένα τεστ εγκυμοσύνης θα είναι θετικό, εκτός αν το κύημα έχει ήδη αρχίσει να πεθαίνει. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να υπάρξει εσωτερική αιμορραγία, πράγμα που θα σας κάνει να νιώσετε αδιαθεσία.

Όλα αυτά τα συμπτώματα είναι πιθανόν να αρχίσουν πολύ νωρίς στην εγκυμοσύνη, ίσως μάλιστα να μην έχετε αντιληφθεί ούτε καν καθυστέρηση της περιόδου. Η εξωμήτρια κύηση είναι σπάνια μετά από τη δέκατη εβδομάδα περίπου. Αν λοιπόν εμφανίσετε αυτά τα συμπτώματα σε μεταγενέστερο στάδιο της εγκυμοσύνης, τότε μάλλον πρόκειται για συνηθισμένη αποβολή. Αν έχετε οποιαδήποτε από τα παραπάνω συμπτώματα, επικοινωνήστε με το γιατρό σας χωρίς καθυστέρηση. (16)

Οξυαιμία

Το πρώτο που πρέπει να γίνει είναι η διάγνωση. Ο γιατρός θα σας κάνει ένα ειδικό τεστ εγκυμοσύνης (πιθανότατα εξέταση αίματος για να ανιχνεύσει πολύ μικρές ποσότητες της ορμόνης της εγκυμοσύνης). Αν υπάρχει οποιαδήποτε αμφιβολία για τη διάγνωση, ίσως χρειαστεί να γίνει λαπαροσκόπηση.

Επειδή είναι τόσο επικίνδυνο να έχετε μέσα σας μια εξωμήτριο κύηση, και έτσι κι αλλιώς το έμβρυο δεν πρόκειται να αποκτήσει ποτέ βιώσιμο μέγεθος, θα πρέπει να αφαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση. Είναι κάτι σαν της εγχείρηση σκωληκοειδεκτομής και δεν έχει κανένα κίνδυνο. Θα πρέπει ωστόσο να μείνετε για μια εβδομάδα στο νοσοκομείο. Ίσως αναρωτηθείτε αν ένα εξωμητρικό κύημα μπορεί να μεταφερθεί από τη σάλπιγγα στη μήτρα. Δυστυχώς αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει με τις σημερινές συνθήκες. Το πρόβλημα είναι ότι αν επιχειρήσουμε κάτι τέτοιο το έμβρυο δε θα μπορούσε να τροφοδοτηθεί με αίμα, έστω κι αν είχε σχηματιστεί κατά τρόπο φυσιολογικό. (16)

Εξωσωματική γονιμοποίηση η μέθοδος του «παιδιού του σωλήνα».

Η ιδέα πίσω από τη μέθοδο του «παιδιού του σωλήνα», είναι πολύ απλή. Συνίσταται στην αφαίρεση ενός ωαρίου από την ωοθήκη της γυναίκας, τη συγκέντρωση και τον καθαρισμό του σπέρματος του συντρόφου της, την ανάμειξη σπερματοζωαρίων και ωαρίου στο εργαστήριο και, αν επακολουθήσει γονιμοποίηση την εισαγωγή του αναπτυσσόμενου ωαρίου ή εμβρύου στη μήτρα της γυναίκας. Το έμβρυο τοποθετείται ξανά στη μήτρα της γυναίκας δύο ή τρεις μέρες περίπου μετά τη γονιμοποίηση, όταν αποτελεί ακόμα μια συστάδα κυττάρων και πολύ πριν σχηματιστεί οποιοδήποτε όργανο.

Στην παραπάνω διαδικασία έχουν δοθεί διάφορα ιατρικά ονόματα.

Άλλοτε αναφέρεται σαν «γονιμοποίηση» in vitro, από την λατινική λέξη vitro, που σημαίνει γυαλί. Επειδή το ωάριο γονιμοποιείται σε γυάλινη δοκιμαστικό σωλήνα. Λέγεται επίσης, «εξωσωματική γονιμοποίηση», επειδή η γονιμοποίηση γίνεται έξω από το σώμα της γυναίκας. Μπορεί επίσης, να ακούσετε τον όρο «Εμβρυομεταφορά», που σημαίνει απλά την τοποθέτηση του εμβρύου ξανά στη μήτρα της γυναίκας. Καμία φορά ο όρος «τεχνητή σπερματέγχυση», συγχέεται με την τεχνική του «παιδιού του σωλήνα», αλλά πρόκειται για δύο εντελώς διαφορετικά πράγματα.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση δημιουργεί μεγάλες υποχρεώσεις τόσο στο ζευγάρι, όσο και στο ιατρικό προσωπικό που την εφαρμόζει. Μπορεί να σας ζητηθεί να επισκεφθείτε την κλινική πολύ συχνά και σε ώρες ακατάλληλες. (15)

Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι θα χρειαστεί να κάνετε ορισμένες θυσίες για να έχετε τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας. Για παράδειγμα, είναι πολύ δύσκολο να συνεχίζετε να εργάζεστε στη διάρκεια ενός κύκλο θεραπείας. Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία να σιγουρευθείτε πως θέλετε να δοκιμάσετε τα πάντα, προκειμένου να αποκτήσετε ένα δικό σας παιδί. Αλλιώς, δεν αξίζει να μπειτε στον κόπο. Αν έχετε κάποιες αμφιβολίες σε οποιοδήποτε στάδιο της θεραπείας σας, θα πρέπει να τις κουβεντιάσετε διεξοδικά με κάποιο μέλος της

επιστημονικής ομάδας, που και αυτοί κάνουν σημαντικές θυσίες για να σας φροντίσουν με τον καλύτερο τρόπο. Αν έχετε αμφιβολίες είναι πολύ προτιμότερο να είστε ειλικρινείς και να ζητήσετε να αναβληθεί η θεραπεία, μέχρι να νιώσετε απόλυτα έτοιμη να προχωρήσετε.

ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΤΟΜΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ Η ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ;

Οπωσδήποτε δεν ταιριάζει σε όλες τις περιπτώσεις στειρότητας. Είναι κρίμα που ο τύπος έχει δώσει τη λαθεμένη εντύπωση ότι μπορεί να εφαρμοστεί σε πολλές περιπτώσεις στειρότητας, όπου έχουν αποτύχει άλλες λύσεις. Όμως η μέθοδος αυτή έχει παντού πολύ μικρό ποσοστό επιτυχίας και οι προοπτικές είναι να παραμείνει περιορισμένα επιτυχής και στο εγγύς μέλλον. Η επιτυχίες για τις οποίες διαβάζεται ή που βλέπετε στην τηλεόραση πάντα φαίνονται καλύτερες από όσο πραγματικά είναι, γιατί δεν αναφέρονται οι περιπτώσεις εκείνες για τις οποίες η μέθοδος είναι ακατάλληλη, καθώς και εκείνες που απέτυχαν σε πρώιμο στάδιο της θεραπείας. Θα πρέπει λοιπόν να τη δοκιμάσετε μόνο όταν δεν υπάρχει ικανοποιητική εναλλακτική λύση ή όταν άλλες αγωγές έχουν απειροελάχιστο ποσοστό επιτυχίας. Αυτό που καταφέρνει βασικά η μέθοδος αυτή, είναι να παρακάμπτει τη σάλπιγγα. Επομένως ωοθήκη και μήτρα θα πρέπει να βρίσκονται σε φυσιολογική λίγο-πολύ ,κατάσταση. Οι κύριοι λόγοι για να δοκιμάσετε την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι οι εξής:

- Όταν έχει αποτύχει χειρουργική επέμβαση για να διορθωθεί κάποια πάθηση της σάλπιγγας.
- Όταν οι σάλπιγγες έχουν υποστεί τόσο σοβαρή βλάβη, ώστε η μικροχειρουργική να έχει λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας από την εξωσωματική γονιμοποίηση. ⁽¹⁵⁾
- Όταν έχουν καταστραφεί και οι δύο σάλπιγγες και το σπέρμα του συζύγου είναι κάτω του μετρίου.

- Όταν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα στον τράχηλο, που παρεμποδίζει τα σπερματοζωάρια να φτάσουν στο κατάλληλο σημείο και κάθε άλλη θεραπευτική μέθοδος έχει αποτύχει.
- Μερικές περιπτώσεις ανεξήγητης στειρότητας ή ενδομητρίωσης, με την προϋπόθεση ότι έχουν πρώτα διευρυνθεί σωστά.

Η τεχνική του «παιδιού του σωλήνα», έχει δοκιμαστεί επίσης για περιπτώσεις ανδρικής στειρότητας, με περιορισμένη όμως επιτυχία. Η διαδικασία απαιτεί μόνο μικρή, σχετικά, ποσότητα σπερματοζωαρίων- γύρω στα 200.000 για κάθε ωάριο. Βέβαια η γονιμοποίηση καθαυτή απαιτεί μόνο ένα ωάριο και δεν υπάρχει αμφιβολία, πως με τη βελτίωση των εργαστηριακών μεθόδων, οι επιστήμονες θα μείξουν με κάθε ωάριο, ώστε να πετύχουν μια κανονική γονιμοποίηση με ένα από όλα. Αυτό σημαίνει, ότι άνδρες που παράγουν μικρή ποσότητα σπερματοζωαρίων, έχουν σημαντικές πιθανότητες στο μέλλον να βοηθηθούν από αυτή τη μέθοδο. Ωστόσο, αποτελέσματα θα υπάρξουν μόνο αν από τα λίγα, έστω, σπερματοζωάρια που παράγει ο άνδρας είναι φυσιολογικά και ικανά να διεισδύσουν στο ωάριο. Δυστυχώς, ότι θεωρητικά μοιάζει εφικτό, συχνά υπολείπεται από την πραγματικότητα. Όταν γράφονται αυτές οι γραμμές και πιθανότατα για αρκετά χρόνια ακόμα, είναι σίγουρο ότι μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό γνήσια στείρων ανδρών- λιγότερο από 10%- θα βοηθηθεί από τη μέθοδο του «παιδιού του σωλήνα».

Μερικές κλινικές εφαρμόζουν εξωσωματική γονιμοποίηση και όταν ο λόγος της στειρότητας δεν είναι σαφής. Συνήθως όταν το αίτιο είναι άγνωστο, σημαίνει ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα να γίνουν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις. Εμείς, στο Χάμερσμιθ πιστεύουμε ότι είναι πολύ προτιμότερο να γίνουν πρώτα οι σωστές εξετάσεις, ώστε να εντοπιστεί το αίτιο και στη συνέχεια να αντιμετωπιστεί ανάλογα. Όταν γίνει αυτό, λίγα μόνο από τα ζευγάρια που εξετάστηκαν αρχικά, κρίνεται ότι έχουν ανάγκη ή ότι μπορούν να επωφεληθούν από την εξωσωματική γονιμοποίηση. (15)

ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΕΝ ΤΑΙΡΙΑΖΕΙ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ;

Δυστυχώς υπάρχουν πάρα πολλές γυναίκες με κατεστραμμένες σάλπιγγες, που είναι εντελώς ακατάλληλες για να εφαρμοστεί αυτή η μέθοδος.

Σε αυτές περιλαμβάνονται:

- Γυναίκες που τους έχει αφαιρεθεί η μήτρα.
- Γυναίκες με εκτεταμένες ουλές ή ανωμαλίες της μήτρας, που καθιστούν αδύνατη την εμφύτευση του εμβρύου, π.χ με κάποια συγγενή ανωμαλία ή με μεγάλα ινομυώματα.
- Γυναίκες που έχουν πάθει φυματίωση της μήτρας, με αποτέλεσμα να μείνουν εκτεταμένες ουλές στους ιστούς.
- Γυναίκες με κύστεις στις ωοθήκες, που προκάλεσαν βαθιές ουλές ή που τις κατέστησαν εντελώς απρόσιτες, ώστε να είναι αδύνατη η λήψη ωαρίου. Σήμερα με τη βοήθεια των υπερήχων κάνουμε τις ωοληψίες δια μέσου της ουρήθρας ή του κόλπου και έτσι το παραπάνω πρόβλημα δεν υπάρχει.
- Γυναίκες που δεν έχουν ωορρηξία παρά την ορμονοθεραπεία. Στην περίπτωση αυτή, η μόνη δυνατότητα θα ήταν να ληφθεί ένα ωάριο από μια άλλη γυναίκα, πράγμα που συνήθως δεν είναι δυνατό να γίνει.
- Γυναίκες με τόσο σοβαρές συμφύσεις, ώστε η συλλογή ωαρίου θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή τους(το πρόβλημα αυτό σήμερα δεν υπάρχει).
- Γυναίκες άνω των 40. Η πείρα έχει δείξει ότι, η πιθανότητα να επιτευχθεί εγκυμοσύνη είναι πολύ μικρή. (16)

ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.



ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Πρώτα πρώτα, θα πρέπει να εκτιμηθεί πολύ προσεκτικά το αν είστε κατάλληλοι για αυτή τη θεραπεία. Ανάμεσα στα άλλα, θα απαιτηθούν συνεντεύξεις από εσάς και το σύντροφό σας. Επειδή κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το στρες είναι μεγάλο, οι υπεύθυνες κλινικές θα θελήσουν να σιγουρευθούν ότι μπορείτε να αντέξετε στις πιέσεις. Στις περισσότερες κλινικές, θα σας υποβάλλουν σε ορμονικά τεστ για να διαπιστωθεί αν έχετε ωορρηξία, ενώ το σπέρμα του άνδρα θα εξετασθεί προσεχτικά. Αυτό δεν είναι πλέον σήμερα απαραίτητο, λόγω της χρήσης των υπερήχων. ⁽¹⁶⁾

Επιπλέον θα χρειαστεί συνήθως, μια λαπαροσκόπηση (όχι πλέον σήμερα απαραίτητη λόγω της χρήσης των υπερήχων) πριν από την έναρξη της θεραπείας ώστε να προσδιοριστεί η κατάσταση των ωοθηκών. Κατά τη γνώμη μας, θα πρέπει τέλος να διερευνηθεί προσεχτικά η κοιλότητα της μήτρας, για να επιβεβαιωθεί ότι είναι φυσιολογική.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Από οργανικής πλευράς η μέθοδος δεν έχει σημαντικούς κινδύνους. Είναι αλήθεια ότι όσο και η λαπαροσκόπηση όσο και η συλλογή ωαρίων με τη μέθοδο των υπερήχων κρύβουν κάποιο μικρό ρίσκο, όχι όμως περισσότερο από άλλες χειρουργικές επεμβάσεις. Θεωρείται φυσιολογικό η λαπαροσκόπηση να προκαλεί καμία φορά μικροπυκνώματα στη στήθος και την κοιλιά για 24-36 ώρες μετά τη νάρκωση. Το μόνο άλλο ουσιαστικό ρίσκο, είναι μιας εξωμήτριας κύησης. Καμία φορά μετά την εμβρυομεταφορά το έμβρυο κατευθύνεται προς μια από τις σάλπιγγες και μπορεί να εμφυτευθεί εκεί. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να γίνει επέμβαση στην κοιλιά προκειμένου να αφαιρεθεί. Ο κίνδυνος εξωμήτριας κύησης ποικίλλει από πρόγραμμα σε πρόγραμμα, δεν ξεπερνά όμως το 10% περίπτωση των κυήσεων, στη χειρότερη περίπτωση. Οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι συναισθηματικοί και ψυχολογικοί.

Θα μπορέσετε να αντέξετε τη συγκινησιακή ένταση;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το κύριο πρόβλημα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ότι ασκεί μεγάλη πίεση στη γυναίκα και σε μικρότερη ένταση στο σύντροφό της. Η πίεση αυτή είναι πάντα χειρότερη από ότι περιμένει στο ζευγάρι. Οι λεπτομερείς εξετάσεις για να βρεθεί ο χρόνος ωορρηξίας το διάστημα αναμονής για τη συλλογή των ωαρίων και στη συνέχεια η εμβρυομεταφορά, απαιτούν δυνατό χαρακτήρα. Από την πλευρά του άνδρα ίσως δυσκολευτεί να αυνανιστεί και να παράγει σπέρμα «κατά (16) παραγγελία». Η συγκινησιακή ένταση εκείνης της στιγμής είναι πολύ σημαντική.

Από την ώρα που θα επανατοποθετηθεί το έμβρυο στη μήτρα, η ένταση μεγαλώνει ακόμα περισσότερο, γιατί θα περιμένετε με αγωνία να δείτε αν θα έρθει η περίοδος σας τις επόμενες δύο εβδομάδες. Όταν έχουν μεταφερθεί τα έμβρυα, είναι φυσικό να νιώθει η γυναίκα «συναισθηματικά έγκυος», κι έτσι, αν έρθει η περίοδος της, το πλήγμα είναι βαρύ. Όταν μάλιστα για κάποιο λόγο η περίοδος καθυστερήσει μερικές μέρες, το σοκ μπορεί να έχει τρομερή επίδραση στη γυναίκα. Το πρόβλημα είναι αναπόφευκτο την εξωσωματική γονιμοποίηση, γι' αυτό κανένα ζευγάρι δε θα πρέπει να καταφύγει σε αυτή τη μέθοδο, αν δε νιώθουν και οι δύο ότι έχουν τη δύναμη να ανταπεξέλθουν στο άγχος που δημιουργεί. Αν γνωρίζετε αυτά τα προβλήματα από την αρχή και είστε έτοιμοι να αντιμετωπίσετε, έχετε κερδίσει τη μισή μάχη.

Θα είναι φυσιολογικό το μωρό;

Τη στιγμή που γράφεται αυτό το βιβλίο, μόνο 2500 παιδιά έχουν γεννηθεί με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι τα παιδιά που γεννιούνται έτσι, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ανωμαλίες. Ο κίνδυνος αυτός στις φυσιολογικές κυήσεις είναι γύρω στο 1 προς 50. Η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν φαίνεται να αυξάνει την αναλογία. Αντίθετα μάλιστα ορισμένες μορφές ανωμαλιών, στα χρωμοσώματα λ.χ., φαίνεται ότι είναι λιγότερες από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Πρόσφατα ανακοινώθηκαν ορισμένες ανακοινώσεις που υποστηρίζουν ότι τα «παιδιά του σωλήνα» είχαν μάλλον μεγαλύτερα προβλήματα στον τοκετό από τον μέσο όρο. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες αποδείξεις για κάτι τέτοιο. Οι περισσότεροι γυναικολόγοι πάντως, πιστεύουν ότι οποιαδήποτε ανησυχία σε αυτό το θέμα οφείλεται απλά στο γεγονός, ότι πολλές γυναίκες που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση, είναι κάπως μεγάλης ηλικίας και χρειάζονται περισσότερη φροντίδα στον τοκετό. Στο νοσοκομείο Χάμερσμιθ δε συναντάμε κανένα τέτοιο πρόβλημα. ⁽¹⁶⁾

Πρόκληση ωορρηξίας.

Προς το παρόν υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας, αν τοποθετηθούν στη μήτρα παραπάνω από ένα έμβρυα. Όσο περισσότερα έμβρυα επανατοποθετηθούν στη μήτρα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες εγκυμοσύνης, αν και όπως είναι επόμενο, από τη στιγμή που θα επανατοποθετηθούν περισσότερα από ένα έμβρυα υπάρχει το ρίσκο πολύδυμης εγκυμοσύνης, με δίδυμα, τρίδυμα ή και περισσότερα μωρά. Προκειμένου να αποκτηθούν περισσότερα έμβρυα από ένα, δίνονται συνήθως φάρμακα που ενθαρρύνουν τις ωθήκες να παράγουν περισσότερα από ένα ωάρια. Τα φάρμακα αυτά έχουν την πρόσθετη πιθανότητα να συλληθεί το ωάριο την κατάλληλη στιγμή. Τα παρασκευάσματα που δίνονται συνήθως είναι η κλομιφαίνη και το HUMEGON. Πρόσφατα ωστόσο, έχουν δοκιμαστεί και άλλα όπως η καθαρή ορμόνη FSH.

◆ Συλλογή ωαρίων.

Η ωορρηξία γίνεται όταν το ωοθηλάκιο φθάσει σε τέτοιο μέγεθος, ώστε να σπάσει- συνήθως όταν έχει διάμετρο γύρω στα 2 εκ.- ή γύρω στη 14 μέρα του κύκλου. Προς το παρόν οι επιστημονικές ομάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης, μπορούν να δουλέψουν μόνο με ώριμα ωάρια και το ωάριο είναι εντελώς ώριμο μόνο μια ώρα περίπου πριν απελευθερωθεί. Εκείνη τη στιγμή συλλέγεται με αναρρόφηση του ωοθυλακίου, αμέσως πριν απελευθερωθεί. Αν πάρουμε το ωάριο πολύ νωρίτερα δε θα μπορέσει να γονιμοποιηθεί. Γι' αυτό καταβάλλονται μεγάλες προσπάθειες ώστε να καθοριστεί η ακριβής χρονική στιγμή αυτής της διαδικασίας. Υπάρχουν δύο είδη τεστ που χρησιμοποιούνται για να προσδιοριστεί ο χρόνος της (16) ωορρηξίας. Οι γιατροί σας θα εφαρμόσουν τη μέθοδο εκείνη που θεωρούν πιο αξιόπιστη.

◆ Ορμονικό τεστ:

Καθώς μεγαλώνει το ωοθυλάκιο πριν από την ωορρηξία, οι ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη παράγονται σε όλο και μεγαλύτερες ποσότητες.

Η αύξηση αυτή φαίνεται με τακτικές εξετάσεις, κατά προτίμηση εξετάσεις αίματος, αν και ορισμένες κλινικές εξετάζουν ακόμη και τα ούρα. Ο αδένας της υπόφυσης στον εγκέφαλο παράγει κι αυτός ορμόνες, συγκεκριμένα την ωχρινοτρόπο ορμόνη(LH) κι αυτό αποτελεί μήνυμα για την ωοθήκη να προχωρήσει σε ωορρηξία. Αυξημένες ποσότητες της ορμόνης σημαίνουν ότι η ωορρηξία θα γίνει στις επόμενες 24 ώρες. Πολλές ιατρικές ομάδες κάνουν μια ένεση αυτής της ορμόνης για να προκαλέσουν ωορρηξία σε έναν πολύ συγκεκριμένο και βολικό χρόνο. Η ορμόνη αυτή είναι συνήθως ανθρώπινη χοριονική γοναδοτροπίνη(HCG) και αν οι συνθήκες είναι κατάλληλες, η συλλογή των ωαρίων μπορεί να γίνει 24-36 ώρες αργότερα.

◆ **Υπέρηχοι:**

Η ανάπτυξη του ωοθυλακίου μπορεί να διερευνηθεί επίσης με υπερηχογράφημα. Η ωορρηξία κρίνεται ότι πλησιάζει όταν το μεγαλύτερο ωοθυλάκιο ξεπερνάει σε διάμετρο τα 18 χιλιοστά. Όταν σιγουρευτούμε τότε πρόκειται να γίνει ωορρηξία, προγραμματίζουμε τη συλλογή των ωαρίων. Αυτό μπορεί να γίνει με δύο τρόπους. Προς το παρόν, οι περισσότερες κλινικές προτιμούν να συλλέγουν τα ωάρια χρησιμοποιώντας λαπαροσκόπιο, ενώ η γυναίκα κοιμάται στο χειρουργικό τραπέζι! Με το τηλεσκόπιο εντοπίζονται τα ωοθυλάκια και στη συνέχεια εισάγεται μια μικρή βελόνα στο καθένα χωριστά και τα ωάρια αναρροφώνται με προσοχή.

Μια εναλλακτική μέθοδος είναι η χρήση της συσκευής υπερήχων. Τα ωοθυλάκια εντοπίζονται με τους υπέρηχους και μια βελόνα διαπερνάει το δέρμα της κοιλιάς ή το τοίχωμα του κόλπου ή της ουροδόχου κύστης και αναρροφά τα ωάρια.

Το πλεονέκτημα με τους υπέρηχους είναι ότι αποφεύγεται η κάπως μεγαλύτερη εγχείρηση και σε ορισμένα κέντρα, γίνεται με τοπική νάρκωση. Επίσης με τη μέθοδο αυτή δεν χρειάζεται να ξέρουμε αν οι ωοθήκες σκεπάζονται ή όχι από συμφύσεις. Όποια από τις δύο μεθόδους κι αν εφαρμοστεί και με όσο μεγάλη προσοχή και αν γίνει ο χρονικός ⁽¹⁶⁾ προσδιορισμός της ωορρηξίας, συμβαίνει πολύ συχνά να διαπιστώνουμε πως η ωορρηξία έχει ήδη γίνει. Αυτό συνήθως σημαίνει ότι είναι αδύνατο να συλλέξουμε ωάρια σε αυτόν τον κύκλο, μπορούμε όμως να προγραμματίσουμε άλλη μια προσπάθεια για τον επόμενο μήνα.

Καλλιέργεια ωαρίων, προπαρασκευή σπέρματος και γονιμοποίηση.

Τα ωάρια που συγκεντρώθηκαν, είναι πολύ εύκολο να τραυματιστούν. Εντοπίζονται με τη βοήθεια μικροσκοπίου και χωρίζονται από το υγρό που τα περιβάλλει. Στη συνέχεια τοποθετούνται σε ένα ειδικό κατεργασμένο υγρό ή μέσο καλλιέργειας, που περιέχει χημικές ουσίες μετρημένες με πολύ ακρίβεια, απαραίτητες για να συνεχιστεί η ανάπτυξη του ωαρίου. Κατόπιν τα ωάρια μαζί με το υγρό καλλιέργειας τοποθετούνται μέσα σε έναν επωαστή- ένα είδος φούρνου δηλαδή- που τα διατηρεί σε θερμοκρασία σώματος, κάτω από όμοιες συνθήκες με το εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος.

Την ώρα που συλλέγονται τα ωάρια, ο σύντροφός σας θα δώσει σπερματικό υγρό. Το σπέρμα πλένεται σε υγρό καλλιέργειας και υφίσταται αραιή διάλυση. Με τη βοήθεια μικροσκοπίου υπολογίζεται ο αριθμός σπερματοζωαρίων που περιέχει. Έξι ώρες περίπου μετά τη συλλογή του ωαρίου, τα κατεργασμένα σπερματοζωάρια τοποθετούνται σε δοκιμαστικούς σωλήνες, που ο καθένας περιέχει ένα από τα ωάρια. Μέσα σε 48 περίπου ώρες από την ανάμιξη σπερματοζωαρίων και ωαρίων, τα ωάρια εξετάζονται μία ή δύο φορές στο μικροσκόπιο, για να διαπιστωθεί αν έχουν γονιμοποιηθεί.

(16)

Καλλιέργεια εμβρύου.

Συνήθως στις 48 ώρες τα ωάρια έχουν γονιμοποιηθεί, το έμβρυο θα έχει διαιρεθεί σχηματίζοντας περίπου τέσσερα κύτταρα. Καμία φορά, η ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να έχει προχωρήσει λίγο παραπέρα από αυτό το στάδιο. Αν τα έμβρυα μοιάζουν ανώμαλα κατά οποιοδήποτε τρόπο, θα πεταχτούν για να μην υπάρξει ο κίνδυνος να γεννηθεί ανώμαλο παιδί.

Εμβρυο μεταφορά.

Στο στάδιο αυτό τα έμβρυα είναι έτοιμα να εισαχθούν πάλι στη μήτρα. Τοποθετούνται μαζί με μια μικροσκοπική σταγόνα καλλιέργειας μέσα σε ένα πολύ λεπτό πλαστικό σωλήνα(καθετήρα). Η γυναίκα ξαπλώνει και ο καθετήρας με τα έμβρυα εισάγεται προσεχτικά μέσα από τον τράχηλο, στη μήτρα. Αυτό το μέρος της διαδικασίας είναι ανώδυνο και σχεδόν πάντα γίνεται χωρίς νάρκωση. Όταν μεταφερθούν τα έμβρυα ίσως χρειαστεί να μείνετε ξαπλωμένη για ένα χρονικό διάστημα, από 10 λεπτά μέχρι 4 ώρες. Έτσι δίνεται η ευκαιρία στα έμβρυα να εμφυτευθούν. Σε μερικά κέντρα ίσως σας συμβουλεύσουν να μείνετε στο νοσοκομείο εκείνη τη νύχτα. Σε άλλα ωστόσο θα σας επιτρέψουν να γυρίσετε στο σπίτι σας αμέσως. (16)

Μετά τη μεταφορά οι περισσότερες γυναίκες νιώθουν νευρικότητα σχετικά με το τί επιτρέπεται να κάνετε και τί όχι. Βέβαια δεν πρέπει να νιώθετε άρρωστη, ούτε υπάρχει λόγος να μείνετε στο κρεβάτι. Καλό είναι όμως να μην κουραστείτε πολύ στην αρχή. Ίσως είναι καλύτερο να μην πάτε για δουλειά για 2-3 μέρες και να αποφύγετε το σεξ για 2 εβδομάδες. Δεν έχουμε αποδείξεις ότι ακόμα και αυτά τα απλά προφυλακτικά μέτρα, κάνουν κάποια διαφορά. Πάντως καλό είναι να αποφεύγονται και τα μακρινά ταξίδια για 2 εβδομάδες.

Ορμονοθεραπεία

Μερικές επιστημονικές ομάδες έχουν σχηματίσει τη γνώμη, ότι τα έμβρυα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφυτευθούν και να οδηγήσουν σε φυσιολογική εγκυμοσύνη, αν δοθεί στη γυναίκα προγεστερόνη για λίγες ημέρες μετά την μεταφορά. Είναι πιθανό να σας κάνουν ενέσεις αυτής της ορμόνης για μερικές μέρες ή ενέσεις χοριονικής γοναδοτροπίνης, που θα διεγείρει τις ωοθήκες σας να παράγουν μεγαλύτερες ποσότητες της ορμόνης. Η μέθοδος αυτή ωστόσο δεν εφαρμόζεται παντού. ⁽¹⁶⁾

Διάγνωση κυμοσύνης.

Αν και η εμβρυομεταφορά μπορεί να έγινε πολύ εύκολα, τα περισσότερα έμβρυα δεν εμφυτεύονται μα αποβάλλονται ή χάνονται. Το πιο απογοητευτικό είναι ότι οι περισσότερες γυναίκες έχουν κανονική περίοδο 12-14 μέρες μετά τη μεταφορά, ακόμα και όταν φαίνονταν να πηγαίνουν καλά. Οι περισσότερες κλινικές κάνουν μια εξέταση αίματος μια εβδομάδα περίπου μετά τη μεταφορά για να διαπιστώσουν αν βρίσκεστε σε εξέλιξη εγκυμοσύνης.

Ποιες είναι οι πιθανότητες εγκυμοσύνης;

Αν σας έχει γίνει μεταφορά εμβρύου έχετε γύρω στο 8% πιθανότητες εγκυμοσύνης. Αν έχουν μεταφερθεί δύο έμβρυα η πιθανότητα είναι γύρω στο 20%. Με τρία ή περισσότερα έμβρυα, οι προοπτικές είναι καλύτερες-πιθανότητα γύρω στο 30%. Όπως είναι φυσικό όσο πιο πολλά έμβρυα μεταφερθούν, τόσο πιο πιθανή είναι η πολύδυμη κύηση, και στα περισσότερα προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι αλήθεια ότι περίπου 10% των κυήσεων είναι δίδυμα ή πολύδυμη κύηση γενικότερα. Κατά τη γνώμη μας, δεν δικαιολογείται να ριψοκινδυνέψει κανείς παραπάνω από τρία ή τέσσερα έμβρυα τη φορά.

Φυσικά η θεραπεία μπορεί να επαναληφθεί αλλά οι πιθανότητες επιτυχίας δεν είναι μεγαλύτερες τη δεύτερη φορά. Οι στατιστικές στο Χάμερσμιθ δείχνουν πως οι τρεις σοβαρές προσπάθειες δεν καταλήξαν σε κύηση, τότε οι πιθανότητες να πετύχετε με μια τέταρτη δοκιμή είναι, στην ουσία, μικρότερες. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε κάποιο άγνωστο πρόβλημα, που εμποδίζει τη σύλληψη. Οι περισσότερες κλινικές επιτρέπουν τουλάχιστον τέσσερις προσπάθειες, αν και παρατηρούνται διαφορές στο θέμα αυτό από κλινική σε κλινική. Πολλά εξαρτώνται επίσης από το πόσο αντέχετε τη δοκιμασία. (16)

Γιατί είναι τόσο μεγάλα τα ποσοστά αποτυχίας;

Δυστυχώς όταν έχουν ακόμα αποκλειστεί εκείνες οι γυναίκες που θεωρούνται ακατάλληλες για εξωσωματική γονιμοποίηση, υπάρχουν και για τις υπόλοιπες πολλές παγίδες. Η αποτυχία πιθανόν να σημειωθεί σε μια από τις ακόλουθες φάσεις:

1. Η ωοθήκη μπορεί να μην ανταποκριθεί ικανοποιητικά στην πρόκληση. Αυτό συμβαίνει στο 20% περίπου των περιπτώσεων.
2. Κατά τη διαδικασία συλλογής ωαρίων δεν καθίσταται δυνατό να αποκομιστεί κανένα ωάριο ή τυχαίνει η ωορρηξία να έχει ήδη γίνει(περίπου 4% των περιπτώσεων).
3. Λίγα ή κανένα από τα ωάρια δε γονιμοποιείται κατά την ανάμιξή τους με τα σπερματοζωάρια. Αυτό συμβαίνει στο 10% περίπου των γυναικών που υποβάλλονται στη θεραπεία.
4. Μερικά έμβρυα δεν αναπτύσσονται κανονικά και δεν είναι κατάλληλα για εμβρυομεταφορά. Αυτό συμβαίνει στο 20% περίπου των προσπαθειών.
5. Παρόλο που γίνεται η εμβρυομεταφορά δεν καταλήγει σε κύηση. Αυτή τη στιγμή μόνο το 25% των μεταφορών καταλήγουν σε εγκυμοσύνη στα καλύτερα ιατρικά κέντρα. Δεν γνωρίζουμε ακόμα γιατί τόσες πολλές εμβρυομεταφορές που δείχνουν απόλυτα ικανοποιητικές, τελικά αποτυχαίνουν.
6. Τα έμβρυα εμφυτεύονται μα αποβάλλονται λίγες εβδομάδες μετά τη θεραπευτική αγωγή. Αυτό σε ορισμένες κλινικές συμβαίνει σε ένα ποσοστό από 10-40% των περιπτώσεων όπου έχει επιτευχθεί κύηση. (16)

Η μέθοδος GIFT και η άγνωστη αιτιολογία στειρότητας

Δε θα είχαμε ολοκληρώσει την περιγραφή της μεθόδου εξωσωματικής γονιμοποίησης, αν δεν αναφερόμασταν για λίγο στη μέθοδο GIFT. Πρόκειται για μια θεραπευτική αγωγή που επινοήθηκε πρόσφατα και συνίσταται στο εξής: Παίρνουμε ένα ή περισσότερα ωάρια από τις ωοθήκες της γυναίκας και σπέρμα από τον άνδρα, τα ανακατεύουμε και τα τοποθετούμε αμέσως πάλι μέσα στη γυναίκα. Αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στα έμβρυα στην εξωσωματική γονιμοποίηση, η μεταφορά δε γίνεται στη μήτρα αλλά σε μία από τις σάλπιγγες. Η λέξη GIFT είναι ακρωνύμιο και προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων Gamete Intra-Fallopian Transfer- «Ενδοσαλπιγγική Μεταφορά Γαμετών». Οι γαμέτες είναι τα σπερματοζώαρια και τα ωάρια.

Η μέθοδος GIFT διαφέρει από την τεχνική του «παιδιού του σωλήνα», έχει όμως και ορισμένες ομοιότητες. Η βασική διαφορά είναι ότι δεν δημιουργείται έμβρυο έξω από το σώμα, αλλά τα ωάρια και τα σπερματοζώαρια αναμιγνύονται απλά σε μια σταγόνα υγρό και αμέσως επιστρέφονται στο σώμα. Έτσι, αποφεύγονται οι πολύπλοκες εργαστηριακές διαδικασίες που απαιτούνται για την εξωσωματική γονιμοποίηση, κατά τις οποίες κάτι μπορεί να μην πάει καλά. Η μεταφορά του μίγματος ωαρίου/σπερματοζωαρίων γίνεται συνήθως στο τέλος της λαπαροσκόπησης, στη διάρκεια της οποίας συλλέγονται τα ωάρια. Επειδή μεταφορά γίνεται με την τοποθέτηση του μίγματος σε μία από τις σάλπιγγες, η γυναίκα θα πρέπει να έχει τουλάχιστον ένα τμήμα υγιούς σάλπιγγας από τη μία πλευρά. Η βασική ομοιότητα με την εξωσωματική γονιμοποίηση, είναι ότι θα πρέπει να προσδιοριστεί με απόλυτη ακρίβεια ο χρόνος της λαπαροσκόπησης, για να γίνει αμέσως πριν από την ωορρηξία. Επίσης, συνήθως συλλέγονται περισσότερα από ένα ωάρια, για να υπάρξουν μεγαλύτερες πιθανότητες εγκυμοσύνης. Προκειμένου να αποκομιστούν περισσότερα από ένα ωάρια,

χορηγούνται στη γυναίκα φάρμακα, όπως κλομιφαίνη ή HMG, ακριβώς όπως στην περίπτωση της In vitro γονιμοποίησης.

Η μέθοδος GIFT μπορεί να βοηθήσει όταν δεν έχει βρεθεί απολύτως καμία αιτία της στειρότητας ή όταν υπάρχει κάποιο δύσκολο πρόβλημα με την τραχηλική βλέννα. Είναι κάπως νωρίς για να αποφασίσουμε ποια είναι τα ποσοστά επιτυχίας μα ορισμένες επιστημονικές ομάδες, ισχυρίζονται ότι το ¼ των ασθενών τους συνέλαβαν. Ένα μεγάλο πρόβλημα με τη μέθοδο GIFT είναι πως, αν δε φέρει αποτελέσματα δε μαθαίνετε τίποτα περισσότερο από ότι ξέρατε πριν για την κατάστασή σας. Αντίθετα η εξωσωματική γονιμοποίηση, έχει το πλεονέκτημα ότι μέχρι σε ένα σημείο, είναι και ⁽¹⁶⁾ διαγνωστική μέθοδος: Οι γιατροί μπορούν να δουν αν τα ωάρια σας έχουν γονιμοποιηθεί ή όχι και να σας πουν αν κάτι δεν πάει καλά τη στιγμή της γονιμοποίησης. Το κακό με τη μέθοδο GIFT, είναι ότι τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια τοποθετούνται πίσω στο σώμα της γυναίκας πριν γονιμοποιηθούν, οπότε είναι αδύνατο να παρατηρήσουμε και να καταγράψουμε την τύχη τους από εκεί και πέρα. Προσοχή όμως στο εξής: Τη λεγόμενη διάγνωση «ανεξήγητη στειρότητα» που αποδίδει τη στειρότητα σε άγνωστη αιτιολογία, δεν τη θεωρώ καν διάγνωση. Σημαίνει απλά ότι οι γιατροί δε μπόρεσαν να ανακαλύψουν τί δεν πάει καλά. Δυστυχώς πρόκειται για μια «διάγνωση», που γίνεται πολύ συχνά. Σε αρκετές περιπτώσεις μάλιστα, οι γιατροί καταλήγουν σε αυτή την απόφαση, απλά και μόνο επειδή δεν έγιναν πολλές λεπτομερειακές εξετάσεις. Συνήθως παραλείπονται τα εξής:

Σωστές ακτινογραφίες της μήτρας για την εντόπιση ανωμαλιών σε κάποια από τις σάλπιγγες ή στην κοιλότητα της μήτρας, που δεν φαίνονται με τη λαπαροσκόπηση.

Μητροσκόπηση (υστεροσκόπηση): Τηλεσκοπική επιθεώρηση του εσωτερικού της μήτρας που καμία φορά δείχνει ανωμαλίες, που δεν φαίνονται αλλιώς.

Εξέταση μετά τη συνουσία, προσδιορισμένη με απόλυτη χρονική ακρίβεια, για να διαπιστωθεί αν επιβιώνουν τα σπερματοζωάρια στον τράχηλο.

Επανελλημένες εξετάσεις σπέρματος, σε διάστημα αρκετών εβδομάδων ή μηνών, για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια ανωμαλία.

Εξέταση του σπέρματος σε διάφορα διαλύματα, όπως το τσεν swim-up ή ταχύτητας. Δυστυχώς τα τεστ αυτά δεν είναι ακόμα πλατιά διαδεδομένα.

Αναλυτικές ορμονικές εξετάσεις για να διερευνηθούν τυχόν ανωμαλίες της ανδρικής ορμόνης ή πρόωμη πτώση των τιμών προγεστερόνης.

Υπερηχογραφήματα των ωοθηκών, για να διαπιστωθεί αν αναπτύσσονται πράγματι ωοθυλάκια και να επιβεβαιωθεί ότι δεν υπάρχουν κύστεις στις ωοθήκες. (16)

Αν μπορείτε να κάνετε αυτές τις εξετάσεις χωρίς μεγάλη δυσκολία, αξίζει πραγματικά τον τρόπο πριν υποβληθείτε σε θεραπεία με τη μέθοδο GIFT. Έτσι κι αλλιώς πριν υποβληθείτε σε οποιαδήποτε θεραπεία- GIFT, εξωσωματική γονιμοποίηση ή ό,τι άλλο- σιγουρευτείτε ότι έχετε κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις. Οι μέθοδοι GIFT και εξωσωματικής γονιμοποίησης ιδιαίτερα, θα σας δημιουργήσουν μεγάλη αναστάτωση και δεν πρέπει να σκεφτείτε σαν λύση, παρά μόνο αν είναι απόλυτα αναγκαίο. (16)

Τράπεζα σπέρματος

και σπερματέγχυση με σπέρμα δότη.

Τι είναι οι τράπεζες σπέρματος;

Το συντηρημένο σε τράπεζα σπέρμα προσφέρει πολύτιμες υπηρεσίες στην αντιμετώπιση της αθεράπευτης στειρότητας του άντρα, γιατί υπάρχει στη διάθεσή μας, όποτε μας χρειαστεί. Η συντήρησή του γίνεται σε θερμοκρασία -196° που την πετυχαίνουμε με υγρό άζωτο και κρατάει για χρόνια, αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί μετά τον τρίτο χρόνο. Ο χρόνος παραμονής του σπέρματος μέσα στην τράπεζα, επηρεάζει την κινητικότητα του και η ανάνηψή

του βρίσκεται σε άμεση σχέση με το πριν από την κατάψυξη ικανότητα. Η γονιμοποιητική ικανότητα του συντηρημένου σπέρματος μειώνεται σε σχέση με του νωπού, παρά τη διατήρηση της κινητικότητάς του, Η κατάψυξή του προκαλεί επιλογή των σπερματοζωαρίων. Έτσι μόνο ικανά σπερματοζωάρια επιβιώνουν μετά την κατάψυξη και μέχρι τώρα δεν αναφέρθηκε η γέννηση παιδιών με παθολογική ανάπτυξη. (16)

Το συντηρημένο σπέρμα μπορεί να διατηρήσει τη γονιμοποιητική του ικανότητα και για 5-6 ώρες μετά την έξοδό του από την τράπεζα σπέρματος, όταν βρεθεί σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Τα αραιωτικά μέσα που χρησιμοποιούνται για τη συντήρηση του σπέρματος, βασικά αποτελούνται από κρόκο αυγών, αποβουτυρωμένο γάλα, φρουκτόζη, γλυκόζη, γαλακτόζη, γλυκερίνη, κιτρικό Na και αντιβιοτικά φάρμακα. Μετά την αραιώσή του το σπέρμα τοποθετείται σε λεπτά σωληνάκια, που περιέχουν 0,25κ.εκ. του διαλύματος και σφραγίζονται από τις δύο άκρες τους. Όσον αφορά στην καταλληλότητα του σπέρματος για κατάψυξη, βρέθηκε ότι τα ολιγοζωοασθενοσπερμικά σπέρματα δεν επιβιώνουν, επιβιώνουν όμως τα ολιγοζωοσπερμικά, όταν έχουν καλή κινητικότητα. Γενικά για να επιβιώσει στην τράπεζα ένα σπέρμα, εκτός από το φυσιολογικό του αριθμό, πρέπει να διαθέτει φυσιολογική γλοιότητα, ζωτικότητα, κινητικότητα και ικανότητα ανάνηψης πάνω από 65%. Για να βρούμε αυτή, εκτελούμε τη διαδικασία ΠΑΣ (ποσοστό αναβίωσης σπερματοζωαρίων), που είναι μία από τις καλύτερες παραμέτρους εκτίμησης της ζωτικότητας του σπέρματος. Πάντως φαίνεται ότι υπάρχει ιδιοσυστατική υπερευαισθησία στην κατάψυξη των σπερματοζωαρίων, όπως και ιδιοσυστατική υπεραντοχή.

Πότε χρησιμοποιούμε συντηρημένο σε τράπεζα σπέρμα:

Το συντηρημένο σε τράπεζα σπέρμα χρησιμοποιούμε συχνότερα στις παρακάτω περιπτώσεις:

A) Ομόλογη σπερματέγχυση. Τη συντήρηση του σπέρματος του συζύγου την προτιμάμε:

3. Σε περίπτωση ολιγοζωοσπεμίας, όταν το σπέρμα αντέξει στην κατάψυξη και όταν με τη συνουσία η επιτυχία σύλληψης είναι αδύνατη.
4. Σε περίπτωση που ο σύζυγος, ταξιδεύει για μεγάλα διαστήματα χωρίς τη συντροφιά της συζύγου του.
5. Σε περίπτωση που ο σύζυγος, επιθυμεί τη στειροποίησή του, δηλαδή τη μικρή χειρουργική επέμβαση που καταργεί τη γονιμότητά του από απολίνωση των σπερματικών πόρων. Τότε μπορεί να δώσει στην τράπεζα το σπέρμα του για ⁽¹⁶⁾ συντήρηση, ώστε σε μελλοντική μεταμέλεια να το χρησιμοποιήσει.
6. Σε περίπτωση που ο σύζυγος εργάζεται σε εργαστήρια που εκπέμπουν επικίνδυνη ακτινοβολία, ή σε εργοστάσια που κατεργάζονται βλαβερές στη σπερματογένεση ουσίες, ή είναι έτοιμος να υποστεί σε εγχείρηση στην περιοχή του γεννητικού συστήματος, που ενδέχεται να βλάψει τη γονιμότητά του.
7. Σε περίπτωση που ο σύζυγος είναι ακόμη νέος, επιθυμεί τη δημιουργία οικογένειας αλλά δεν έχει ακόμα τη δυνατότητα να την πραγματοποιήσει και φοβάται μήπως, μέχρι να δημιουργήσει κατάλληλες προϋποθέσεις, πάθει κάποιο ατύχημα ή κάποια αρρώστια, που θα τον καταστήσου στείρο.
8. Σε περίπτωση που ο σύζυγος είναι ανίκανος να πραγματοποιήσει τη φυσιολογική συνουσία.

9. Σε περίπτωση που για λόγους ψυχολογικούς ο σύζυγος δε μπορεί να ανεχτεί τις κατευθυνόμενες σε ημέρες ωοθυλακιωρρηξίας συνουσίες.
10. Σε περίπτωση που η αιτία της στέρωσης βρίσκεται στον τράχηλο της συζύγου. Η αιτία μπορεί να αφορά τη διάπλαση του τραχήλου ή σε αφιλόξενη για τα σπερματοζωάρια βλέννα.
11. Σε περίπτωση που ο σύζυγος πάσχει από καρκίνο και πρόκειται να υποβληθεί σε ακτινοβολία ή κυτταροστατικά φάρμακα.

Β)Ετερόλογη σπερματέγχυση: Συντηρημένο σπέρμα από σπερματοδότη προτιμάμε:

- a. Σε περίπτωση που μας είναι δύσκολη η εξεύρεση νωπού σπέρματος. Όσοι γυναικολόγοι ασχολήθηκαν με την ετερόλογη σπερματέγχυση ξέρουν πόσο δύσκολο είναι να βρεθεί νωπό σπέρμα την ώρα, που θα το θελήσουν. Το συντηρημένο τότε σπέρμα, εξυπηρετεί πολύ το γιατρό και του δίνει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει το σπέρμα πάντα του ίδιου δότη, γιατί αν ⁽¹⁶⁾ θελήσει να εκτελέσει τρεις καθημερινές εγχύσεις, δεν είναι εύκολο να βρει σπερματοδότη, που με καθημερινό αυνανισμό θα προσφέρει το σπέρμα του. Ύστερα με την καθημερινή του λήψη, εξασθενίζει τις περισσότερες φορές, η γονιμοποιητική του ικανότητα.
- b. Σε περίπτωση που θέλουμε να είμαστε βέβαιοι ότι το χρησιμοποιούμενο σπέρμα προέρχεται από δότη, που έχει ελεγχθεί από άποψη υγείας και γονιμότητάς του.
- c. Σε περίπτωση που θέλουμε να έχουμε σπέρμα ταξινομημένο ανάλογα με την καταγωγή, την πνευματική ανάπτυξη, το ύψος, το χρώμα των μαλλιών κ.τλ.
- d. Σε περίπτωση που ο γιατρός που θα εκτελέσει την ετερόλογη σπερματέγχυση, δεν επιθυμεί να γνωρίζει το δότη.
- e. Σε περίπτωση κάθε ένδειξης ομολογής σπερματέγχυσης με νωπό σπέρμα.

Οι παραπάνω περιπτώσεις μπορούν να θεωρηθούν σαν περισσότερο αντιπροσωπευτικές στη συμβολή της τράπεζας σπέρματος. Μειονεκτήματά της αποτελούν το γεγονός, πως το συντηρημένο έργο χάνει κατά 30% τη γονιμοποιητική του ικανότητα και ότι δεν είναι όλα τα σπέρματα κατάλληλα για συντήρηση. Το γεγονός όμως ότι μόνο με τη χρησιμοποίηση των τραπεζών σπέρματος μπορούμε να έχουμε σπέρμα, όποτε το θελήσουμε, ότι το κάθε εκσπερμάτισμα μπορούμε να το κάνουμε πολλές δόσεις (15-20) και ότι μπορούμε ειδικά συσκευασμένο, να στείλουμε σπέρμα όπου θέλουμε, κάνει αυτές πολύτιμες στην αντιμετώπιση της αντρικής στέρωσης.

Το ποσοστό επιτυχίας σύλληψης με τη χρησιμοποίηση συντηρημένου σε τράπεζα σπέρματος φτάνει το 55-60%. Οι περισσότερες επιτυχίες σημειώνονται στο πρώτο εξάμηνο. Ο αριθμός των σπερματεγχύσεων ανέρχεται σε 2-3 το μήνα.

Αρχικά επικράτησε η εντύπωση, ότι η χρησιμοποίηση συντηρημένου σπέρματος είναι υπεύθυνη για περισσότερες πρώιμες αυτόματες εκτρώσεις. Πρόσφατες όμως μελέτες και στατιστικές δείχνουν, ότι δεν υπάρχουν διαφορές σε σύγκριση με τη χρησιμοποίηση νωπού σπέρματος. ⁽¹⁶⁾

Ο Δρ. Νικόλαος Παπανικολάου, θιασώτης των σπερματεγχύσεων, ίδρυσε την πρώτη τράπεζα σπέρματος στο χώρο της Νοτιοανατολικής Ευρώπης το 1975, στη Θεσσαλονίκη. Το πρώτο παιδί που γεννήθηκε στη χώρα μας ύστερα από χρησιμοποίηση συντηρημένου σπέρματος, ανήκει στις επιτυχίες του και είναι σήμερα 9 ετών.

Υιοθεσία.

Πριν αποφασίσετε να υιοθετήσετε είναι σημαντικό να έχετε συμβιβάσει με τη στειρότητά σας. Θα πρέπει να δώσετε την ευκαιρία στον εαυτό σας να θρηνησει για την έλλειψη ενός δικού σας παιδιού και τότε μόνο θα δείτε κατόπιν της υιοθεσίας σας μια θετική εναλλακτική λύση.

Δυστυχώς στις μέρες μας είναι πολύ δύσκολο να υιοθετήσει κανείς. Τα στείρα ζευγάρια στη Βρετανία ξεπερνάνε τις 500.000 ενώ μόνο 1000 μωρά ηλικίας κάτω των 6 μηνών υιοθετούνται κάθε χρόνο. Βέβαια στο ίδιο αυτό διάστημα, υιοθετούνται μερικές χιλιάδες παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Παρόλα αυτά όμως το ποσοστό των στείρων ζευγαριών, που ζητάνε να υιοθετήσουν και τελικά τα καταφέρνουν, δεν ξεπερνάει το 1/10. Δυσκολίες υπάρχουν επίσης στην παροχή πληροφοριών και σωστής καθοδήγησης. Ελάχιστοι γιατροί που ασχολούνται με θέματα στειρότητας, ενδιαφέρονται για υιοθεσία και πολλοί άλλοι έχουν την τάση να βλέπουν επιπόλαια το πρόβλημα του ζευγαριού, αντιμετωπίζοντάς τους με χαρακτηριστική «παρηγορά»: «Δεν χάθηκε ο κόσμος αν δεν κάνετε δικό σας παιδί. Στο κάτω- κάτω μπορείτε να υιοθετήσετε». Μα στην ουσία επειδή υπάρχουν τόσες πολλές δυσκολίες, η υιοθεσία αποτελεί λύση μόνο για μια ελάχιστη μειονότητα των ζευγαριών. (16)

Είστε κατάλληλοι να γίνετε θετοί γονείς;

Τα κέντρα που ασχολούνται με υιοθεσίες διαφέρουν το ένα από το άλλο στα κριτήριά τους. Τα περισσότερα δεν δέχονται ανύπαντρα άτομα, και μάλιστα ζητάνε συνήθως από τα ζευγάρια να είναι παντρεμένα τουλάχιστον 3-4 χρόνια. Επίσης δεν αποκλείεται να απορρίψουν την αίτησή σας, αν υπήρχατε κάποτε διαζευγμένη. Συχνά δεν ευνοούν ούτε ζευγάρια που είναι παντρεμένα για μεγάλο χρονικό διάστημα, λ.χ από 10 ή 12 χρόνια, με την αιτιολογία ότι ίσως δε θα μπορέσουν να προσαρμοστούν εύκολα στις ανάγκες ενός μικρού παιδιού. Ένας άλλος παράγοντας είναι η ηλικία. Σε πολύ λίγες περιπτώσεις γίνονται δεκτές αιτήσεις όταν το ζευγάρι και ιδιαίτερα η γυναίκα, ξεπερνάει κατά πολύ τα 35. Είναι επίσης δυνατό, να απορρίψουν την αίτησή

σας αν υπάρχει μεγάλη διαφορά ηλικίας ανάμεσα σε εσάς και το σύντροφό σας. Καλό είναι λοιπόν να είστε ενημερωμένοι για όλα αυτά.

Στις πιο πολλές περιπτώσεις η αίτησή σας θα γίνει δεκτή, μόνο όταν έχετε παραιτηθεί από κάθε θεραπευτική αγωγή για να αποκτήσετε δικό σας παιδί. Ο βασικός λόγος είναι να διασφαλιστεί ότι το ζευγάρι έχει συμβιβαστεί με τη στειρότητά του. Ίσως μάλιστα ζητήσουν γραπτή βεβαίωση από τον οικογενειακό γιατρό ή γυναικολόγο ότι το ζευγάρι είναι αμετάκλητα στείρο και ότι δε μπορεί να βοηθηθεί σε καμία άλλη θεραπεία. Οι περισσότεροι γιατροί δίνουν ευχαρίστως τέτοιες βεβαιώσεις, έστω κι αν έχουν μια υποψία ότι μια νέα θεραπεία, θα μπορούσε μελλοντικά να βοηθήσει στη συγκεκριμένη περίπτωση. Κι αυτό επειδή κανένας γιατρός δεν είναι σε θέση να προβλέψει τί νέες θεραπευτικές εξελίξεις μπορεί να υπάρξουν αλλά και επειδή πάντα

υπάρχει η πιθανότητα να γίνει κάποιο θαύμα. Έχει μάλιστα συμβεί, στείρες γυναίκες που ζήτησαν να υιοθετήσουν να συλλάβουν φυσιολογικά λίγους μήνες μετά την υιοθεσία. Σχετικά με αυτό το θέμα όμως δεν υπάρχει καμία βάση στο μύθο ότι αν υιοθετήσετε, έχετε μεγαλύτερες πιθανότητες να συλλάβετε φυσιολογικά.

Τα κέντρα υιοθεσίας θα ζητήσουν από το ζευγάρι να έχουν και οι δύο σχετικά καλή υγεία. Συνήθως θα ζητήσουν βεβαίωση από τον οικογενειακό σας γιατρό ότι δεν πάσχετε από κάποια σοβαρή ασθένεια και ίσως χρειαστεί να υποβληθείτε και σε ιατρικές εξετάσεις. Μπορεί επίσης να ζητήσουν επιστολή και από το γυναικολόγο σας, που να βεβαιώνει ότι η κατάσταση που δημιούργησε τη στειρότητά σας, δε θέτει σε κίνδυνο τη γενική σας υγεία. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να συμβαίνει λ.χ αν έχετε κλειστές σάλπιγγες σαν συνέπεια μιας παλιάς φυματίωσης. Τα κέντρα υιοθεσίας είναι υπεύθυνα να διασφαλίσουν ότι τα παιδιά που δίνονται για υιοθεσία είναι και αυτά υγιή. Επίσης, διαθέτουν το ιστορικό του παιδιού, καθώς και των φυσικών του γονιών. Θα έχει ήδη γίνει ιατρική εξέταση του παιδιού και θα έχει ζητηθεί η ειδική συμβουλή του παιδίατρου. Για το λόγο αυτό δεν είναι φρόνιμο να ζητήσετε να υιοθετήσετε από κάποια άγνωστη πηγή που προσφέρει παιδί για υιοθεσία. Μερικά άτομα πάνω στη λαχτάρα τους να υιοθετήσουν, φτάνουν στο σημείο να ζητήσουν παιδί έξω από τη χώρα τους. Όμως σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις, δεν υπάρχουν πληροφορίες για την προέλευση και την υγεία

του παιδιού και οι κίνδυνοι να αντιμετωπίσετε αργότερα πολλά προβλήματα, δεν αξίζουν το ρίσκο που θα πάρετε.

Τα κέντρα υιοθεσίας θα λάβουν υπόψη τους το κοινωνικό σας υπόβαθρο. Το κυριότερο που τους ενδιαφέρει είναι να έχετε μια σταθερή συζυγική σχέση. Θα ενδιαφερθούν επίσης για το εισόδημά σας και για το σπίτι σας και θα πρέπει να δείξετε ότι είστε σε θέση να καλύψετε τις υλικές ανάγκες ενός παιδιού. Μετά από όλα αυτά θα έχετε αντιληφθεί ότι η υιοθεσία απαιτεί να δεχθείτε και άλλες πολλές επεμβάσεις στη ζωή σας. Καμία φορά η παρουσία των κοινωνικών λειτουργών μπορεί να σας φανεί δυσάρεστη ιδιαίτερα αν έχετε ταλαιπωρηθεί επί χρόνια μάταια για να αποκτήσετε τη γονιμότητά σας. Πολλά ζευγάρια, λ.χ ενοχλούνται υπερβολικά όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί τους ζητάνε να απαντήσουν σε πολύ προσωπικά ερωτήματα με τη σεξουαλική τους ζωή. Από την άλλη όμως μπορεί να έρθετε σε επαφή με ανθρώπους που θα σας φανούν εξαιρετικά συμπαθητικοί και εξυπηρετικοί. Μερικοί από αυτούς μπορεί να μην σας δώσουν σπουδαίες συμβουλές, άλλοι όμως θα κάνουν το παν για να σας βοηθήσουν και να σας καθοδηγήσουν. (16)

Ποια είναι τα συναισθηματικά προβλήματα;

Πρώτον η υιοθεσία δημιουργεί μεγάλες υποχρεώσεις, τόσο σε εσάς όσο και στο σύντροφό σας. Θα πρέπει και οι δύο σας να το θέλετε πολύ, έστω κι αν εκείνος δεν έδειξε στην αρχή τρομερό ενδιαφέρον ή κρατούσε κάποια απόσταση όταν εσείς κάνατε τις εξετάσεις γονιμότητας. Για παράδειγμα θα πρέπει να ξεκαθαρίσετε μεταξύ σας την κατάσταση, αν ο σύντροφός σας δεν νιώθει τόσο μεγάλη θλίψη για τη στειρότητά σας όσο εσείς. Θα πρέπει και οι δύο σας να δείξετε ενθουσιώδεις και αφοσιωμένοι στον κοινό σκοπό, μπροστά σε όλους όσους έχουν να κάνουν με την υιοθεσία.

Τα αποφασίσετε να υιοθετήσετε σημαίνει ότι αποφασίζετε να αναθρέψετε μάλλον ένα παιδί, παρά να το γεννήσετε η ίδια. Για μερικές

γυναίκες η εγκυμοσύνη αποτελεί διαδικασία ουσιαστικής σημασίας και νιώθουν ότι έχουν χάσει από τη ζωή, αν δε βιώσουν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Για τις γυναίκες αυτές η υιοθεσία, μπορεί να μην είναι σωστή λύση. Αν και το γεγονός της γέννας έχει αποδειχθεί ουσιαστικό για το σύνδεσμο μητέρας- παιδιού, γυναίκες που έχουν υιοθετήσει με επιτυχία, δε νιώθουν ότι η σχέση με το παιδί τους υστερεί σε αγάπη από ότι άλλων μανάδων. Παρόλα αυτά γυναίκες που υιοθέτησαν εξακολουθούν να νιώθουν ένα ανεκπλήρωτο κενό επειδή δε γέννησαν οι ίδιες τα θετά τους παιδιά.

Ούτε εσείς ούτε ο σύντροφός σας δεν έχετε συγγένεια με το υιοθετημένο σας παιδί. Για πολλούς ανθρώπου η απόκτηση ενός παιδιού αποτελεί την πλήρη ολοκλήρωση της σχέσης τους. Η ύπαρξή τους και οι προσωπικότητές τους ενώνονται στο πρόσωπο του παιδιού τους. Μπορεί επομένως να ανησυχούν σχετικά με την υιοθεσία, επειδή το παιδί δε θα είναι το άμεσο αποτέλεσμα της κοινής τους ζωής. Άλλοι ανησυχούν για τα διαφορετικά κοινά χαρακτηριστικά, αν και παρατηρείται συχνά μια παράξενη ειρωνεία της τύχης: Βλέπτετε μετά από λίγο, ότι φίλοι και συγγενείς βρίσκονται και σχολιάζουν πόσο σας μοιάζει το υιοθετημένο σας παιδί.

Μια κατηγορία συναισθημάτων, που μπορεί να μην τα περιμένατε ή μπορεί να σας ξαφνιάσουν, είναι εκείνα που ίσως νιώθετε όταν έρθει σπίτι σας το θετό σας παιδί. Το γεγονός αυτό μπορεί να ξυπνήσει ξανά παλιά συναισθήματα θλίψης για τη στειρότητά σας, που ίσως νομίσατε ότι είχατε ξεπεράσει. Η θλίψη αυτή αποτελεί έκφραση της ανικανότητάς σας να γεννήσετε το «δικό» σας παιδί και καμία φορά δημιουργεί πόνο και πανικό. Μετά ίσως νιώσετε ενοχές, ιδιαίτερα κατά την περίοδο που προσπαθείτε να φτιάξετε μια σχέση με το θετό σας παιδί. Ωστόσο, καθώς εξελίσσεται αυτή η σχέση, η θλίψη σας θα υποχωρεί σιγά- σιγά. (16)

Τί συμβαίνει με το παιδί;

Έρευνες έχουν δείξει ότι, αντίθετα με ότι φοβούνται πολλοί, τα υιοθετημένα παιδιά αποδεικνύονται πολύ ευπροσάρμοστα, με σταθερό συναισθηματικό κόσμο και φυσιολογική ευφυΐα. Όπως είναι φυσικό όλοι οι γονείς, ανησυχούν για την εξέλιξη που θα έχουν τα παιδιά τους. Δεν υπάρχει η παραμικρή ένδειξη ότι τα υιοθετημένα παιδιά αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα σε αυτόν τον τομέα.

Το παιδί σας έχει το δικαίωμα και την ανάγκη να γνωρίζει ότι είναι υιοθετημένο. Ο νόμος σήμερα δίνει στο υιοθετημένο άτομο το δικαίωμα προς το τέλος της εφηβείας του, να διαπιστώσει ποιοι είναι οι φυσικοί του γονείς. Θα πρέπει να είστε έτοιμοι να αντιμετωπίσετε την κατάσταση όταν το παιδί σας ανακαλύψει ότι έχει δύο ζευγάρια γονείς. Το γεγονός αυτό δεν υπάρχει λόγος να δημιουργήσει μακροχρόνια προβλήματα. Στατιστικές δείχνουν ότι τα παιδιά που γνωρίζουν ποια ήταν η φυσική τους μητέρα, κατά κανόνα δεν είναι πρόθυμα να επικοινωνήσουν μαζί της. Αν φτάσουν στο σημείο να τη γνωρίσουν προσωπικά, είναι για να έχουν κάτι περισσότερο από μια νοητική εικόνα της. Θέλουν να ξέρουν πως είναι και πώς τα πήγε στη μετέπειτα ζωή της. Η περιέργεια αυτή είναι φυσιολογική και δεν αντανakλάτε στους θετούς γονείς και την αγάπη για το παιδί τους.

Πώς ξεκινάει κανείς προκειμένου να υιοθετήσει;

Πρώτα, βρείτε τους κατάλληλους ανθρώπους για να συζητήσετε το θέμα. Ορισμένες τοπικές αρχές μπορεί να σας φανούν πολύ εξυπηρετικές. Γράψτε σε όσα κέντρα υιοθεσίας γνωρίζετε. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν πιο πολλά παιδιά διαθέσιμα για υιοθεσία από εθνικές μειονότητες. Αν δέχεστε ένα παιδί μεγαλύτερης ηλικίας ή ένα μαύρο παιδί ή ένα παιδί με ορισμένα ⁽¹⁶⁾

προβλήματα, ίσως καταφέρετε να υιοθετήσετε ευκολότερα. Μην ξεχνάτε επίσης ότι τα κέντρα που ασχολούνται με υιοθεσίες δεν απαντάνε πάντα στα γράμματα που παίρνουν. Μη διστάσετε λοιπόν, να ξαναγράψετε πολλές φορές, αν δεν σας απαντήσουν αμέσως.

Αν περάσετε το πρώτο στάδιο θα σας ζητήσουν να πάτε στο κέντρο για περισσότερες πληροφορίες. Ίσως συναντήσετε και άτομα που έχουν κιόλας υιοθετήσει ή άλλα που σαν κι εσάς περνάνε τη διαδικασία.. Η συζήτηση μπορεί να σας βοηθήσει να αποφασίσετε αν η λύση της υιοθεσίας είναι πράγματι η κατάλληλη για την περίπτωσή σας. Μετά ακολουθεί η μακροχρόνια διαδικασία συναντήσεων με κοινωνικούς λειτουργούς, και τελικά η ευκαιρία να δείτε το μωρό ή το παιδί που σας προτείνουν να υιοθετήσετε.

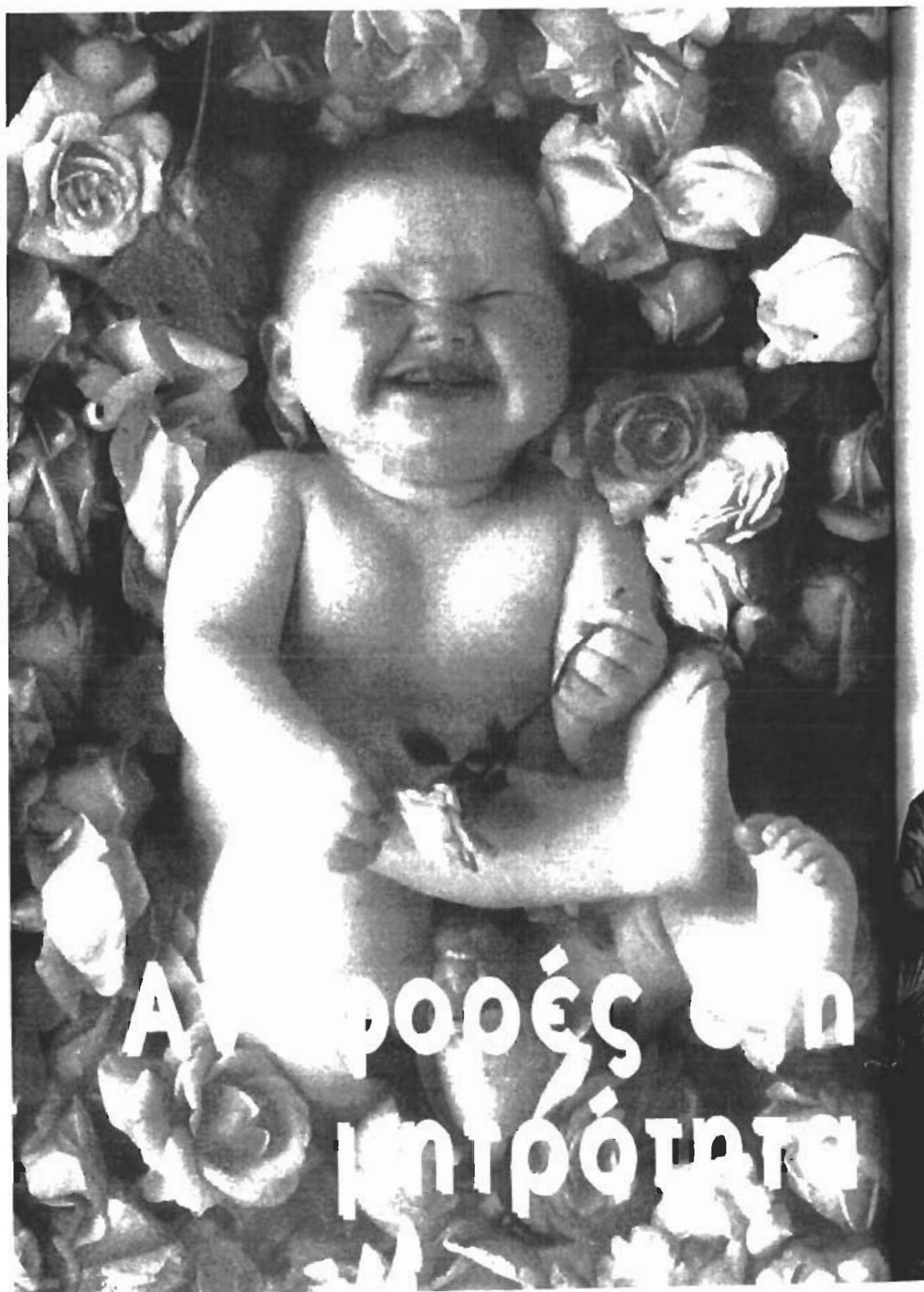
(16)

Δανεισμός μήτρας.

Τελευταία το θέμα συζητείται πολύ. Προτείνεται σε ζευγάρια όπου η γυναίκα είναι εντελώς στείρα, π.χ δεν έχει μήτρα. Κατά βάση σημαίνει ότι μια γόνιμη γυναίκα γεννάει ένα παιδί για λογαριασμό μιας άλλης, στην οποία παραδίνεται το παιδί αμέσως μετά τον τοκετό. Υπάρχουν δύο είδη δανεισμού μήτρας:

Η γυναίκα που δανείζει τη μήτρα της υποβάλλεται σε σπερματέγχυση με το σπέρμα του συζύγου της στείρας γυναίκας. Υπάρχουν ωστόσο και περιπτώσεις όπου ο σύζυγος είχε φυσιολογική συνουσία με τη γόνιμη γυναίκα, έχοντας συμφωνήσει το παιδί που θα γεννηθεί να είναι δικό του και της συζύγου του.

Η δεύτερη μέθοδος απαιτεί οπωσδήποτε την παρέμβαση γιατρού, που θα πάρει ένα ωάριο από τη στείρα γυναίκα, καθώς και σπέρμα από το σύζυγό της. Στη συνέχεια με τη μέθοδο του «παιδιού του σωλήνα», σχηματίζεται ένα έμβρυο που τοποθετείται στη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, η οποία έχει συμφωνήσει να παραδώσει το παιδί στη στείρα γυναίκα, αμέσως μετά τον τοκετό. (15)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να δίνει πληροφορίες που αφορούν στις σωστές εναλλακτικές λύσεις της αναπαραγωγής, τις τακτικές και τη συμπεριφορά των ασθενών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να επιδεικνύει μια ανοικτή, ειλικρινή και αμερόληπτη στάση στους ασθενείς, ώστε να τους βοηθήσει να συζητήσουν ανοικτά τα προβλήματα που σχετίζονται με την αναπαραγωγική τους υγεία.

Επειδή οι ασθενείς με διαταραχές του αναπαραγωγικού τους συστήματος συχνά νιώθουν έντονο άγχος εξαιτίας της προσωπικής φύσης που διακρίνει τα προσωπικά προβλήματα της αναπαραγωγής και της σεξουαλικότητας, χρειάζονται την ευαισθητοποίηση και τη συμπαράσταση του νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται με τη θεραπεία τους. (2)

Οικογενειακός προγραμματισμός.

Βασικός στόχος του οικογενειακού προσανατολισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του. Αποσκοπεί στην δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά υγιή και ευτυχισμένα παιδιά. Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού, είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή η παροχή συμβουλών πάνω στα προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης αφροδίσιων νοσημάτων κ.τ.λ.

Δυστυχώς ο οικογενειακός προγραμματισμός ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων που εφαρμόζεται σε ορισμένες υπό ανάπτυξη χώρες που μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Γι' αυτό έχει δημιουργηθεί σε πολλές χώρες αντίδραση στη γενικότερη εφαρμογή των σκοπών του οικογενειακού προγραμματισμού. Και όμως ο οικογενειακός προγραμματισμός διαφέρει βασικά από τον έλεγχο των γεννήσεων. (2)

Πρέπει να τονιστεί από την αρχή ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός στην αρχική του μορφή, στις παραδοσιακές κοινωνίες, είχε σκοπό την ενίσχυση των γεννήσεων. Τότε η θνησιμότητα- ιδίως η βρεφική- ήταν τόσο μεγάλη, ώστε η προσπάθεια της κοινωνίας απέβλεπε στη γέννηση πολλών

παιδιών, ώστε τελικά να επιζήσουν μερικά, για να μπορέσει να επιβιώσει η φυλή.

Οι δύο κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας, δηλαδή ο οικογενειακός προγραμματισμός και ο έλεγχος των γεννήσεων, διακρίνονται μεταξύ τους σε αρκετά σημεία:

≪ Έχουν διαφορετικούς στόχους. Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιδιώκει να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή. Θεωρείται λοιπόν αναφαίρετο δικαίωμα η πληροφόρηση κάθε ανθρώπου πάνω στα θέματα αυτά. Προσφέρει επομένως στα ενδιαφερόμενα ζευγάρια όλες τις πληροφορίες, τις υπεύθυνες συμβουλές και τα σχετικά μέσα. Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων δε λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες κάθε ατόμου, αλλά αποβλέπει στο σύνολο, έχει ποσοτικό χαρακτήρα και αποσκοπεί στην αύξηση ή τη μείωση των γεννήσεων, για να επιταχύνει ή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού.

≪ Έχουν διαφορετικά κριτήρια στη χρήση των τεχνικών μέσων της ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας. Έτσι ακόμα και όταν η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στη μείωση των γεννήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει τη στειρότητα, για να δώσει το δικαίωμα σε κάθε ζεύγος, να δημιουργήσει το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας αντιτιθέμενος με αυτόν τον τρόπο, στην πολιτική ελέγχου των γεννήσεων.

≪ Αιτιολογικά ιδεολογικά τοποθέτηση διαφέρουν ουσιαστικά. Έτσι η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων υπαγορεύεται μόνο από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμού ή υποπληθυσμού, ενώ αδιαφορεί για τις ατομικές επιθυμίες αλλά και τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη. Αντίθετα ο οικογενειακός προγραμματισμός, αδιαφορεί για τα παραπάνω προβλήματα και θεμελιώνει την πολιτική του πάνω σε παραδεκτές από το κοινωνικό σύνολο αξίες. Επομένως, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί κοινωνική πρόοδο και θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, που προστατεύεται σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα. Αυτό δε σημαίνει ότι οι δύο κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας είναι ασυμβίβαστοι. Αντίθετα, συνήθως συνυπάρχουν και εφαρμόζονται από τον ίδιο φορέα, που είναι οι μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού που⁽²⁾

συμβάλλουν στη γεφύρωση των ατομικών και εθνικών αντιλήψεων περί επιθυμητού μεγέθους οικογένειας.

Το μέγεθος αυτό εξαρτάται από τα πρότυπα που έχουν επικρατήσει στην κοινωνία, καθώς και από την αποτελεσματικότητα των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας. Στην Ελληνική κοινωνία έχει σήμερα επικρατήσει το πρότυπο των 2 ή 3 παιδιών. Αυτό αποτελεί συνέπεια της μεταβολής των προσδιοριστικών παραγόντων της αναπαραγωγικότητας(εισοδήματος, κοινωνικού επιπέδου, επαγγέλματος, μόρφωσης, τόπου διαμονής, θρησκείας, απασχόλησης γυναικών κ.α) που συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την οικονομική ανάπτυξη, με την εκβιομηχάνιση, την αστικοποίηση και τον κοινωνικό εκσυγχρονισμό.

Εξάλλου σήμερα, το μέσο άτομα αντιμετωπίζει ορθολογικότερα και περισσότερο υπεύθυνα τον προγραμματισμό της οικογένειας του, επειδή επιθυμεί να εξασφαλίζει όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο διαβίωσης και μόρφωσης στα παιδιά του και προσπαθεί να επιτύχει την προσωπική του προαγωγή και την κοινωνική και οικονομική του χειραφέτηση. Έτσι σήμερα υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη πληροφόρησης του κοινού πάνω στα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού και αποτελεί ευτύχημα το γεγονός ότι υπάρχουν λιγότερες κοινωνικές προκαταλήψεις εναντίον του οικογενειακού προγραμματισμού, ο οποίος γίνεται καλύτερα αποδεκτός από τις κυβερνήσεις, το ιατρικό σώμα και τις κοινωνίες γενικότερα.

Σε παγκόσμια κλίμακα ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

1. Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων.
2. Στη μείωση των εκτρώσεων.
3. Στην προαγωγή της υγείας της μητέρας.
4. Στην προαγωγή της υγείας των παιδιών.
5. Στην αντιμετώπιση της στειρότητας.
6. Στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων. (2)

Μέτρα για την ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας

Παρά τις δυσκολίες που παρουσιάζει η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας, το κράτος έχει θεσπίσει τα ακόλουθα μέτρα με σκοπό την ενίσχυσή της:

Προστασία του θεσμού του γάμου.

Όλα τα νομοθετικά, κοινωνικά και οικονομικά μέτρα που έχουν υιοθετηθεί μέχρι σήμερα αποσκοπούν στην ενίσχυση του θεσμού του γάμου. Τα περισσότερα από αυτά συμβάλλουν έμμεσα και στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Η απαγόρευση γάμου μεταξύ συγγενών, ορισμένες νομοθετικές ρυθμίσεις συνάψεως και διάλυσης του γάμου, η επιδίκαση διατροφής, οι φορολογικές απαλλαγές, τα επιδόματα τέλεσης γάμου και συζύγου, καθώς και οι στεγαστικές παροχές αναφέρονται μόνον ενδεικτικά ως ενισχυτικοί της αναπαραγωγικότητας παράγοντες. Αντίθετα ορισμένες απαγορευτικές διατάξεις του νόμου περί διαζυγίων και η απαγόρευση τέταρτου γάμου δε φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στην αναπαραγωγικότητα, τουλάχιστον σε σημαντικό βαθμό.

Προστασία της μητρότητας

Στον τομέα αυτό, δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα και δεν υπάρχει συντονισμός δραστηριοτήτων των διαφόρων φορέων. Οι παροχές διαφέρουν ανάλογα με το φορέα και καλύπτουν σε διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες (2)

μαιευτικής παρακολούθησης και τοκετού, όπως συμβαίνει και για κάθε άλλη κοινωνικο-οικονομική και υγειονομική παροχή. Συνοπτικά από τους σπουδαιότερους φορείς προσφέρονται οι παρακάτω υγειονομικές και κοινωνικο-οικονομικές παροχές:

- Δημόσιοι υπάλληλοι και υπάλληλοι ΝΠΔΔ. Παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη και άδεια από τον όγδοο μήνα της εγκυμοσύνης που παρατείνεται για δύο μήνες μετά τον τοκετό.
- ΙΚΑ. Με την προϋπόθεση συμπλήρωσης 200 ημερομισθίων, παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, άδεια 42 ημερών πριν και 42 ημερών μετά τον τοκετό, καθώς και ειδικό επίδομα τοκετού.
- ΟΓΑ. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπίζονται ως τμήμα της νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Οι παροχές των υπολοίπων ασφαλιστικών οργανισμών(ΔΕΗ, ΤΑΠΟΤΕ, Τραπεζών, ΤΕΒΕ κ.λ.π). Διαφέρουν ανάλογα με τις καταστατικές τους διατάξεις, αλλά κυμαίνονται περίπου στα πλαίσια παροχών του ΙΚΑ.

Όλες αυτές οι παροχές δεν αντιμετωπίζουν τις δαπάνες του τοκετού, που τις περισσότερες φορές είναι πολλαπλάσιες των παρεχομένων.

Οικογενειακή προστασία.

• Υγειονομική προστασία. Κυμαίνεται ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα, όπως εκτέθηκε παραπάνω. Εδώ, πρέπει να τονίσουμε τη συμβολή του ΠΙΚΠΑ στον τομέα της προληπτικής ιατρικής με τους συμβουλευτικούς σταθμούς επιτόκων και βρεφών, τις δυο πολυκλινικές και τα ιατροκοινωνικά κέντρα. Πρέπει ακόμη να αναφερθεί η συμβολή της τοπικής αυτοδιοίκησης, των διαφόρων ιδιωτικών φορέων και της εθελοντικής προσφοράς. (2)

◆ Προστασία εργαζόμενης μητέρας. Η εργαζόμενη μητέρα απαγορεύεται να απολυθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Οι μητέρες δημόσιοι υπάλληλοι έχουν μειωμένο ωράριο εργασίας κατά 2 ώρες μέχρι τη συμπλήρωση του δεύτερου έτους και κατά 1 ώρα μέχρι τη συμπλήρωση του

τέταρτου έτους του παιδιού. Οι άλλοι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις δεν ακολουθούν ομοιόμορφο σύστημα υποχρεώνονται όμως στη χορήγηση δύο διακοπών μισής ώρας εργασίας καθημερινά για θηλασμό του βρέφους. Δεν υπάρχει πρόβλεψη μακρότερης άδειας ή μερικής απασχόλησης.

◆ Οικονομικές διευκολύνσεις και παροχές.

Φορολογικές απαλλαγές. Διαμορφώνονται ανάλογα με τον τιμάρθμο και κλιμακώνονται ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και μέχρι σα συμπληρώσουν το 18^ο έτος της ζωής τους ή το 25^ο έτος εφόσον σπουδάζουν. Οι αλλαγές ισχύουν για τα μέλη της οικογένειας που δεν έχουν δικό τους εισόδημα μεγαλύτερο από ένα κατώτατο ποσό. Επίσης, αναγνωρίζονται εκπτώσεις από το φορολογητέο εισόδημα για χρήματα που δαπανήθηκαν για ιατρική περίθαλψη, για φροντίδα κωφαλάλων, διανοητικώς αναπήρων και κωφαλάλων απροσάρμοστων παιδιών, για ασφάλεια ζωής κλπ.

Πολύτεκνοι. Από το 1940 στους πολυτέκνους(πάνω από 5 παιδιά) άσχετα από το οικογενειακό εισόδημα, προσφέρεται δωρεάν εκπαίδευση, νοσοκομειακή περίθαλψη, προτίμηση σε διορισμούς, εκπτώσεις σε εισιτήρια και άλλες παροχές, καμία όμως άμεση επιδότηση.

Τρίτο και πάνω παιδί. Με το ΝΔ 1153/1972, από 1^{ης} Ιανουαρίου 1972 για κάθε νέο παιδί που γεννιέται σε μια οικογένεια με δυο τουλάχιστον παιδιά στη ζωή, χορηγείται μηνιαίο επίδομα μέχρι τη συμπλήρωση του 16^{ου} έτους της ζωής, άσχετα με πιθανή μεταβολή στη μέχρι τότε οικογενειακή κατάσταση.

Ειδικά επιδόματα. Στη χορήγηση των ειδικών επιδομάτων, όπως και στην υγειονομική και κοινωνική προστασία, υπάρχει μεγάλη ανομοιομορφία, ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα.

- ❖ Στους δημόσιους υπαλλήλους και στους υπαλλήλους ΝΠΔΔ καταβάλλεται επίδομα ανάλογα με το μέγεθος της οικογένειας.(2)
- ❖ Στους μισθωτούς που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ καταβάλλονται από το Διανεμητικό Λογαριασμό

Οικογενειακών Επιδομάτων, μέσω του ΟΑΕΔ, ετήσια επιδόματα ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και των πραγματοποιούμενων μέσα στο χρόνο, ημερών εργασίας.

- ❖ *Στους μισθωτούς ασφαλισμένους σε άλλους οργανισμούς.* Για καθένα και μέχρι τρία παιδιά, καταβάλλεται από τον εργοδότη μηνιαίο επίδομα 5% επί του βασικού μισθού, χωρίς κρατήσεις, βάσει των συλλογικώς συμβάσεων.
- ❖ *Στεγαστικές παροχές.* Χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια ανάλογα με τον υπεύθυνο φορέα και χορηγούνται:

- Από το ΥΚΥ σε συνεργασία με το Υπουργείο Δημοσίων Έργων. Ακολουθούνται οι διατάξεις περί λαϊκής κατοικίας που προϋποθέτουν έλλειψη στέγης, δυσμενείς στεγαστικές συνθήκες ή μετακίνηση οικισμών. Συνήθως χορηγούνται δάνεια αυτοστέγασης και ανέγερση ή αγορά κατοικίας, ανάλογα με την περιοχή του οικισμού(αγροτικός- αστικός) και των αριθμό των παιδιών.
- Οργανισμός εργατικής κατοικίας. Ιδρύθηκε το 1954 και παρέχει κατοικία ή δάνειο αυτοστέγασης. Συντηρείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Προτεραιότητα αναγνωρίζει στους μερικώς ή ολικώς αναπήρους και στους πολυτέκνους. Για τους υπόλοιπους η ιεράρχηση εξαρτάται από το μέγεθος της οικογένειας, το εισόδημα και το συνολικό χρόνο εργασίας.
- Στους δημόσιους υπαλλήλους ΝΠΔΔ χορηγούνται δάνεια αυτοστέγασης από το ΤΠΔ και τα Ταχυδρομικά Ταμιευτήρια. Γενικά όλα τα προγράμματα αυτοστέγασης χαρακτηρίζονται από τη βραδύτητά τους και δεν καλύπτουν τις αιτήσεις των δικαιούχων χρηματοδότησης. (2)
 - ❖ Κοινωνική προστασία.

- **Απροσάρμοστα παιδιά.** Στο ΥΚΥ λειτουργεί επιτροπή Παιδικής προστασίας για ορφανά παιδιά, νόθα, εγκαταλειμμένα, ή παιδιά με αρρώστους γονείς ή ανίκανους να τα φροντίσουν. Η επιτροπή φροντίζει για την εισαγωγή των παιδιών σε ορφανοτροφεία, σε άλλα ειδικά ιδρύματα ή σε οικογένειες με μηνιαία επιδότηση.
- **Βρεφονηπιακοί σταθμοί.** Αποτελούν σημαντικό μέτρο κοινωνικής προστασίας που έμμεσα συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Ο αριθμός τους είναι μικρός και δεν καλύπτει τις υπάρχουσες ανάγκες. Διακρίνονται σε:
 - i. *Αστικούς βρεφονηπιακούς σταθμούς του ΥΚΥ.* Υπάρχουν στις πρωτεύουσες των νομών και στις μεγάλες πόλεις και δέχονται παιδιά ορφανά από πατέρα ή με εργαζόμενη μητέρα, ακολουθώντας ιεράρχηση των αναγκών, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα κ.τ.λ. Παρέχουν φαγητό, ψυχαγωγία και διδασκαλία δωρεάν ή με μικρή οικονομική επιβάρυνση, ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας.
 - ii. *Αγροτικούς βρεφονηπιακούς σταθμούς.* Ιδρύθηκαν περί τα 300 σε διάφορα χωριά και δέχονται δωρεάν παιδιά 3-6 ετών.
 - iii. *Άλλους βρεφονηπιακούς σταθμούς.* Έχουν ιδρυθεί από Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, άλλους οργανισμούς και ιδιωτικές επιχειρήσεις.
 - iv. *Νηπιαγωγεία.* Έχουν ιδρυθεί δημόσια νηπιαγωγεία για τα δύο προσχολικά χρόνια. Αυτά μαζί με τα ιδιωτικά νηπιαγωγεία, καλύπτουν τις ανάγκες του ¼ περίπου των παιδιών της ηλικίας αυτής.
 - v. *Μαθητικά οικοτροφεία.* Υπάρχει περιορισμένος ρυθμός οικοτροφείων που λειτουργούν σε κωμοπόλεις που υπάρχουν γυμνάσια. Εξυπηρετούν τα παιδιά που κατοικούν σε μικρά χωριά και αναγκάζονται να μετακινούνται σε κωμοπόλεις για να σπουδάσουν. (2)
 - vi. *Παιδικές κατασκηνώσεις.* Οι ένοπλες δυνάμεις διαθέτουν κέντρα θερινών διακοπών για οικογένειες. Παιδικές

κατασκηνώσεις, έχουν οργανωθεί από κρατικούς, ημικρατικούς, εκκλησιαστικούς και ιδιωτικούς φορείς.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Δυσοίωνες οι προβλέψεις για το μέλλον

Όπως αναφέρεται στη μελέτη και σύμφωνα με τις δημογραφικές προβλέψεις της Eurostat, η μείωση της γονιμότητας είναι δυνατόν να αναχαιτιστεί αν οι γυναίκες αποκτήσουν τον αριθμό των παιδιών που πραγματικά επιθυμούν. Σύμφωνα με τις έρευνες γονιμότητας του ΕΚΚΕ, ο αριθμός αυτός ανέρχεται στην Ελλάδα σε 2,3 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας, δηλαδή υπερβαίνει το όριο αντικατάστασης των γενεών.

Ωστόσο, σύμφωνα με την κ. Συμεωνίδου, «για να επιτευχθεί ο υψηλός αυτός αριθμός θα πρέπει να εκπληρωθούν οι συνθήκες που επιτρέπουν την εναρμόνιση οικογενειακής και εργασιακής ζωής, όπως γονικές άδειες με αποδοχές, ανάπτυξη υποστηρικτικών υποδομών όπως βρεφονηπιακοί σταθμοί κ.λ.π και να ενισχυθούν οικονομικά οι οικογένειες». Όπως επισημαίνει η έρευνα του ΕΚΚΕ, η Eurostat αναφέρει για την Ελλάδα τρία σενάρια για το έτος 2020.

- ◆ 1,40παιδιά ανά γυναίκα. Η εκδοχή αυτή προϋποθέτει ότι θα υπάρξουν σημαντικές αλλαγές από την Πολιτεία στην τρέχουσα φροντίδα των παιδιών, στα οικογενειακά επιδόματα κ.λ.π.
- ◆ 1,70 παιδιά ανά γυναίκα. ⁽¹⁸⁾
- ◆ 1,90παιδιά ανά γυναίκα. Προϋποθέτει πως όλες οι συνθήκες οι οποίες επιτρέπουν στις γυναίκες να συνδυάσουν επαγγελματική

καριέρα και μητρότητα θα εκπληρωθούν πλήρως και θα ενισχυθεί οικονομικά η οικογένεια.

Στην τελευταία θέση παγκοσμίως, μαζί με την Ισπανία βρίσκεται η χώρα μας, όσον αφορά τον αριθμό των γεννήσεων. Η κύρια αιτία για την υπογεννητικότητα στην Ελλάδα εντοπίζεται στην οικονομική στενότητα και στη φτώχεια, που μαστίζει χιλιάδες νοικοκυριά. Ο κανόνας ότι «οι φτωχοί κάνουν πολλά παιδιά» έχει αντιστραφεί πλήρως κι αποτελεί πλέον περισσότερο μύθο παρά πραγματικότητα.

Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν από μελέτη που πραγματοποίησε το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας, κατά τα έτη 2002-2004.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η διευθύντρια ερευνών του ΕΚΚΕ και επιστημονική υπεύθυνη της συγκεκριμένης ερευνητικής ομάδας, κ. Συμεωνίδου, «ο συντελεστής γονιμότητας, ο συνολικός δηλαδή αριθμός παιδιών ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας, βρίσκεται από το 1983 σε επίπεδο κατώτερο του 2.1 που είναι απαραίτητο για την αντικατάσταση των γενεών. Το 2002 ισοδυναμούσε με μόλις 1.25 παιδιά ανά γυναίκα, γεγονός που τοποθετεί την Ελλάδα μαζί με την Ισπανία στην τελευταία θέση στην Ε.Ε, αλλά και παγκόσμια. (18)

Περιφέρεια

Ένα από τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας είναι ότι η «κύρια αιτία της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα πρέπει να αναζητηθεί στον οικονομικό τομέα». Σύμφωνα με τη μελέτη, που ολοκληρώθηκε και παραδόθηκε στο υπουργείο πέρυσι τον Φεβρουάριο, οι περιφέρειες που κρατούν τα «σκήπτρα» των λιγότερων γεννήσεων είναι στον βορρά η Ήπειρος και στο νότο η Στερεά Ελλάδα, δύο δηλαδή από τις πιο φτωχές περιοχές της χώρας. Στον αντίποδα βρίσκονται τα νησιά του Αιγαίου – περιφέρειες Νοτίου και Βορείου Αιγαίου - όπου ο συντελεστής γονιμότητας είναι πολύ μεγαλύτερος.

Αναλυτικότερα, οι μικρότεροι συντελεστές γονιμότητας παρουσιάζονται στους νομούς Ευρυτανίας, Φωκίδας, Σερρών, Βοιωτίας, Αρκαδίας, Γρεβενών, Ηλείας, Άρτας και Κιλκίς.

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ

Οι νομοί αυτοί συγκαταλέγονται ανάμεσα στους φτωχότερους της Ελλάδα. Αντίθετα οι μεγαλύτεροι συντελεστές γονιμότητας παρουσιάζονται στους νομούς Κεφαλληνίας, Κοζάνης, Λάρισας, Φλώρινας, Λέσβου, Ηρακλείου Ρεθύμνου, Δωδεκανήσων, Ζακύνθου και Ξάνθης. Με ορισμένες εξαιρέσεις οι συγκεκριμένοι νομοί είναι ανάμεσα στους οι πλουσιότερους της χώρας.

Όπως αναφέρει η κ. Συμεωνίδου , « η απλή αυτή παρατήρηση σημαίνει πως η γονιμότητα σε μια περιοχή ισορροπεί σε ένα σημείο, το οποίο καθορίζεται κατά κύριο λόγο από την οικονομική δυνατότητα των γονέων να αποκτήσουν παιδιά».

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα πορίσματα της μελέτης, αναφορικά με τις αυξομειώσεις του πλήθους των γεννήσεων στους νομούς της χώρας κατά τη διάρκεια της εικοσαετίας 1980-1999. Η μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζεται στους νομούς Βοιωτίας, Ιωαννίνων, Κορινθίας, Εύβοιας, Αχαΐας, Ευρυτανίας, Πρεβέζης, Άρτας, Ηλείας. Από την άλλη πλευρά η μικρότερη μείωση εντοπίζεται στους νομούς Αττικής Φλώρινας, Δωδεκανήσου, Καβάλας, Λασιθίου, Ξάνθης, Ζακύνθου, Λέσβου, Κεφαλληνίας και Κυκλάδων. (18)

Τι ισχύει στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης;

Εκτός από την άδεια μητρότητας που ισχύει σε όλα τα κράτη – μέλη και είναι αμειβόμενη ιδιαίτερη σημασία έχει η γονική άδεια, που λαμβάνεται και από τους δύο γονείς μετά τη λήξη της άδειας μητρότητας, με ελάχιστη διάρκεια 3 μήνες και μέχρι το παιδί να φθάσει 8 ετών.

Οι άδειες αυτές είναι συνήθως αμειβόμενες, τουλάχιστο μερικά με ένα τμήμα του μισθού, πράγμα που δεν ισχύει για την Ελλάδα. (19)

Άλλο σημαντικό μέτρο αποτελούν τα οικογενειακά επιδόματα, που κλιμακώνονται ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών.

Ειδικότερα στη Γαλλία, όπου η δημογραφική πολιτική έχει κριθεί εξαιρετικά αποτελεσματική, το σημαντικότερο επίδομα είναι το καθολικό οικογενειακό. (19)



ΚΕΦΑΛΑΙΑ 80

Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα των τρόπων αντιμετώπισης της στειρότητας.

Ηθικά διλήμματα της τεχνητής γονιμοποίησης

Η τεχνητή γονιμοποίηση έκανε θριαμβευτικά την εμφάνισή της στο προσκήνιο της επιστήμης, με τη γέννηση του πρώτου παιδιού του σωλήνα της Louise Brown, το 1978. Η γέννησή του έδωσε ελπίδες στα άτεκνα ζευγάρια, δημιούργησε ερωτηματικά στους επιστήμονες και προσέφερε πεδίο προβληματισμού στους ηθικούς φιλοσόφους.

Η τεχνητή γονιμοποίηση είναι πια γεγονός. Μπήκε στη ζωή μας. Γι' αυτό και κάθε νοσηλεύτης, αν και η τεχνητή γονιμοποίηση δεν έρχεται σε άμεση επαφή με το έργο του, δεν πρέπει να μείνει αμέτοχος στο θέμα.

Λέγοντας τεχνητή γονιμοποίηση εννοούμε τη σύλληψη του εμβρύου, με τεχνητό τρόπο συνάψεως σπερματοζωαρίου και ωαρίου, χωρίς τη φυσιολογική συνεύρεση ανδρός και γυναικός.

Τα περισσότερα ηθικά διλήμματα συγκεντρώνονται στην ετερόλογη μορφή τεχνητής γονιμοποίησης. Για την ομολογή θα μπορούσε κανείς να επισημάνει τον κίνδυνο να υποτιμηθεί το βαθύτερο νόημα του γάμου, που είναι τελικά η ψυχοσωματική ένωση των συζύγων με το αποτέλεσμα το «όνειδος» της ατεκνίας να αχρηστεύει το γάμο και να βραχυκυκλώνει τη συζυγία. (20)

Στην περιοχή όμως της ετερόλογης γονιμοποίησης τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά. Η τεχνητή γονιμοποίηση με ξένο σπέρμα φέρνει στο γάμο ένα ξένο στοιχείο, που στο στείρο γονέα του καταγράφει ακριβώς τη στειρώσή

του. Το παιδί έχει δικαίωμα να είναι καρπός της αμοιβαίας αγάπης και των δύο γονέων του. Αυτό δεν συμβαίνει στην ετερόλογη γονιμοποίηση. Ένας δότης δεν μπορεί να διεκδικήσει τον τίτλο του πατέρα. Σπάει ο πνευματικός σύνδεσμος των συζύγων. Πέρα από αυτό όμως το παιδί έχει δικαίωμα να γνωρίζει τον πατέρα του. Ένα δικαίωμα όμως στη μέθοδο αυτή αποκλείεται συνειδητά.

Όταν εφαρμόστηκε για πρώτη φορά η τεχνητή γονιμοποίηση φάνηκε ότι το πρόβλημα των άτεκνων ζευγαριών θα λυνόταν οριστικά. Πίσω όμως από τις εντυπωσιακές διακηρύξεις και συναισθηματικά σλόγκαν κρύβεται ένας τρομερός κίνδυνος, που οι επιστήμονες έφθασαν να το παρομοιάζουν με την παραγωγή της ατομικής βόμβας και την πυρηνική επανάσταση στη φυσική. Ο κίνδυνος δεν είναι ορατός, όταν δούμε απλά και μόνο την τεχνητή γονιμοποίηση. Ο κίνδυνος παραμονεύει στις άπειρες προεκτάσεις της.

Σύμφωνα με τα άρθρα 22 και 23 του Κώδικα Ηθικής Δεοντολογίας του Νοσηλευτή σχετικά με την αναπαραγωγή, ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά την αίτησή του κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής καθώς και είναι σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρεμβαίνει στη διαδικασία της αναπαραγωγής ή σε περιπτώσεις διακοπής της εγκυμοσύνης ή εκτρώσεις. (20)

Ηθικά διλήμματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης

Οι περισσότεροι άνθρωποι ανησυχούν πολύ για τους ηθικούς κινδύνους που κρύβει η απόκτηση παιδιών με τη «μέθοδο του σωλήνα». Πολλές είναι οι πτυχές του θέματος, από τις οποίες η σπουδαιότερη ίσως είναι η νομική κατάσταση του γονιμοποιημένου ανθρώπινου ωαρίου. Οι γιατροί έχοντας στην κατοχή έμβρυα που δημιουργήθηκαν με εξωσωματική γονιμοποίηση, έχουν άραγε το δικαίωμα να τα πετάξουν αν τα θεωρηθούν περιττά για τις ανάγκες των ασθενών; Θα πρέπει μήπως να τα αντιμετωπίσουν όπως θέλουν πολλοί, σαν να ήταν αγέννητα παιδιά; Δικαιολογείται η επιστημονική έρευνα σε ανθρώπινα έμβρυα;

Φυσικά και υπάρχει ηθικό θέμα, λίγοι λογικοί άνθρωποι μπορούν να το αρνηθούν. Μεγάλη σημασία έχει το θέμα της νομικής κατάστασης του ανθρώπινου εμβρύου. Όσοι είναι υπέρ των πειραμάτων σε έμβρυα, ισχυρίζονται πως τα εν λόγω έμβρυα δεν έχουν εμφυτευτεί στη μήτρα. Δεν έχουν όργανα ούτε αισθήσεις και αποτελούν μια συστάδα από μη διαφοροποιημένα κύτταρα. Δεν υπάρχει καν εγγύηση πως θα εξελιχθούν σε μωρά. Πράγματι, υπάρχουν ατράνταχτες αποδείξεις, πως τουλάχιστον 40% ίσως και 60% του συνόλου των ανθρώπινων εμβρύων, δεν εμφυτεύονται ποτέ αλλά χάνονται με την επόμενη περίοδο. Ασφαλώς, ούτε και η ίδια η φύση παρέχει στο ανθρώπινο έμβρυο ιδιαίτερη προστασία. Το ανθρώπινο έμβρυο δεν μπορεί καν να θεωρηθεί σαν φυσικό πρόσωπο σ' αυτό το στάδιο (δηλαδή μέχρι τη δέκατη τέταρτη μέρα της ανάπτυξής του, που οι γιατροί συμφωνούν πως οι έρευνες θα πρέπει να σταματήσουν), μια και μέχρι τη δέκατη τέταρτη μέρα της ανάπτυξης υπάρχει δυνατότητα να σχηματιστούν δίδυμα. (20)

Όσοι είναι εναντίον των πειραμάτων και γενικά της οποιασδήποτε εργασίας με ανθρώπινα έμβρυα, επισημαίνουν πως, σαν αρχή της ανθρώπινης ζωής, θα πρέπει να θεωρηθεί η στιγμή αυτή, το έμβρυο έχει τουλάχιστο τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε ανθρώπινο ον. Προβάλλουν επίσης

το γεγονός ότι η φύση καταστρέφει τα έμβρυα τόσο εύκολα, δεν δικαιολογεί το να κάνει το ίδιο και ο άνθρωπος. Ένα από τα επιχειρήματά τους είναι ότι οι κακόβουλοι επιστήμονες μπορεί να συνεχίσουν τα πειράματα σε έμβρυα πολύ μετά το όριο της δέκατης τέταρτης μέρας, που έχουν συμφωνήσει οι γιατροί. Και πιστεύουν πως η πλήρης απαγόρευση της επιστημονικής έρευνας σε ανθρώπινα έμβρυα είναι ο μόνος τρόπος για να μη κυλήσει η κοινωνία μας σε έναν επικίνδυνο κατήφορο.

Δημιουργούν οι σπερματεγχύσεις δεοντολογικά και νομικά προβλήματα;

Οι σπερματεγχύσεις όλο και κατακτούνε έδαφος στην εποχή μας. Την ετερόλογη σπερματέγχυση μερίδα του ιατρικού κόσμου την καταδικάζει. Κανένας νόμος και σε κανένα μέρος του κόσμου δεν την διώκει όταν εκτελείται κάτω από προϋποθέσεις.

Όπως αναφέραμε πρέπει να προτιμάται ο όρος «σπερματέγχυση» αντί του όρου «τεχνητή γονιμοποίηση», που λαθεμένα έχει επικρατήσει. Στην σπερματέγχυση η σαρκική παρεμβολή για την επίτευξη σύλληψης αντικαθίσταται από ιατρική πράξη.

Η απλούστατη αυτή για τους θιασώτες της χειρουργική επέμβαση, βρήκε από την πολιτεία αντιδράσεις, επειδή τείνει τάχα να ανατρέψει θεμελιώδεις θεσμούς του οικογενειακού δικαίου. Η φύση του γάμου κατά τις απόψεις μερικών, είναι ηθική και έτσι ο γάμος δεν αλλοιώνεται όταν το ζευγάρι δεν αποκτήσει απογόνους.

Συναφές προς αυτήν την αντίληψη είναι και το άρθρο 1367 του Αστικού Κώδικα, που αναγνωρίζει ότι η τέλεση της ιεροπραξίας συνιστά το γάμο και όχι τη σαρκική ένωση. (20)

Πιστεύουμε ότι η στειρότητα ενός ζευγαριού, αποτελεί προσωπικό του πρόβλημα. Γι' αυτό και πρέπει να έχει το δικαίωμα να το λύσει όπως θέλει.

Είναι ηθικά κατοχυρωμένο το ζευγάρι που θα καταφύγει σε τέτοια μέσα; Και όταν μάλιστα καταφύγει στην ετερόλογη, είναι και νομικά;

Ας εξετάσουμε χωριστά τις περιπτώσεις, που είναι δυνατόν να προκύψουν από την εκτέλεση σπερματέγχυσης.

Μπορούμε να εκτελέσουμε σπερματέγχυση σε άγαμες γυναίκες;

Άγαμες γυναίκες που ζητάνε σπερματέγχυση στον τόπο μας, ως τώρα δεν υπάρχουν. Το αδίκημα μιας τέτοιας σπερματέγχυσης μπορεί να θεωρηθεί αξιόποιο κι αν μην υπάρχει νομοθεσία στον κόσμο που να το τιμωρεί. Υπάρχουν άγαμες γυναίκες ή χήρες ή χωρισμένες, που επιθυμούν την απόκτηση παιδιού, ολότελα δικό τους, που δεν θέλουν το γάμο και ούτε η τύχη του παιδιού τους να εξαρτάται από τις διακυμάνσεις του έγγαμου βίου. Στην περίπτωση τους ο γιατρός δεν καταπολεμά τη στειρότητα, δηλαδή δεν δρα θεραπευτικά. Έτσι η πράξη του είναι αντίθετη προς το κοινό αίσθημα ηθικής. Γι' αυτό πιστεύουμε ότι η σπερματέγχυση σε άγαμη γυναίκα είναι πράξη ανάρμοστη και δεν πρέπει ο γυναικολόγος να δεχθεί την εκτέλεσή της αν και δεν τιμωρείται.

Όταν η σπερματέγχυση εκτελεστεί σε άγαμη, χωρίς τη συγκατάθεσή της, το παιδί σαν εξώγαμο ανήκει στη μητέρα, θεωρείται γνήσιο τέκνο της και προστατεύεται από τα άρθρα 1530 και 1531 του Αστικού Κώδικα. Ο γιατρός όμως στην περίπτωση αυτή, διώκεται με το άρθρο 308 του Ποινικού Κώδικα, επειδή διέπραξε αδίκημα σωματικής βλάβης, ή από τα άρθρα 337 και 338, επειδή διέπραξε ασελγή πράξη. (20)

Στις χήρες και τις διαζευγμένες, αν το τέκνο γεννηθεί ύστερα από την 300ή μέρα του θανάτου του συζύγου ή ύστερα από τη λύση του γάμου, οι

κληρονόμοι του συζύγου είναι δυνατόν να ζητήσουν της αποκήρυξη του τέκνου.

Η εκτέλεση της ομόλογης σπερματέγχυσης είναι νόμιμη;

Η ομόλογη σπερματέγχυση όταν εκτελεστεί, ύστερα από έγγραφη συγκατάθεση και των δύο συζύγων είναι νόμιμη. Το παιδί που θα γεννηθεί από τη συνάντηση δύο κυττάρων που προέρχονται από το παντρεμένο ζευγάρι, προστατεύεται από τον Αστικό Κώδικα και θεωρείται φυσικό τέκνο, επειδή η εκτέλεση της σπερματέγχυσης αποτελεί θεραπευτική πράξη. Το ιατρικό απόρρητο κρίνεται απαραίτητο.

Βρίσκεται σε μειονεκτική θέση το παιδί που γεννιέται με τεχνητή σπερματέγχυση με σπέρμα δότη;

Η πιο σημαντική πλευρά του όλα θέματος, είναι αν ένα παιδί που γεννιέται με αυτή τη μέθοδο θα νιώθει στερημένο ή θα αντιμετωπίζει ορισμένα άλλα προβλήματα. Για να είναι ειλικρινής δεν έχουμε στη διάθεσή μας πολλές πληροφορίες ή στοιχεί για την μετέπειτα εξέλιξη αυτών των παιδιών, ώστε να γνωρίζουμε τυχόν συναισθηματικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν. Τα στοιχεία που υπάρχουν δείχνουν ότι αυτά τα παιδιά ⁽²⁰⁾ ενδιαφέρονται να μάθουν ποιος είναι ο φυσικός τους πατέρας, αυτό όμως δεν επηρεάζει τις καλές σχέσεις με τους γονείς που τα ανάθρεψαν.

Μια προειδοποίηση: Θα νόμιζε κανείς ότι επειδή υπάρχουν αμφιβολίες για το πώς θα νιώσουν αργότερα τα παιδιά μαθαίνοντας ότι γεννήθηκαν από σπέρμα δότη, είναι προτιμότερο να μη γνωρίζουν τίποτα σχετικά με τις συνθήκες της σύλληψής τους.

Είμαι σίγουρος βέβαια ότι η μυστικότητα βλάπτει. Τα οικογενειακά μυστικά συνήθως βγαίνουν στη φόρα και μάλιστα συχνά σε στιγμές οικογενειακών καβγάδων ή πάνω σε κρίση. Τέτοιου είδους αποκαλύψεις και κυρίως κάτω από τέτοιες συνθήκες, θα είχαν καταστρεπτική επίδραση στα περισσότερα παιδιά. Γι' αυτό είναι καλύτερα, μόλις είναι σε θέση να καταλάβουν το πρόβλημα, να μάθουν πώς έγινε η σύλληψή τους. Οι κίνδυνοι της μυστικότητας είναι πολύ μεγαλύτεροι από τους κινδύνους της ειλικρίνειας.

Έχει προταθεί η ιδέα να υπάρχει ένα αρχείο, όπου θα καταγράφονται οι δωρεές σπέρματος για αόριστο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε το παιδί να μπορεί αργότερα να βρει τις ρίζες του. Σε έναν ιδανικό κόσμο, ίσως αυτό να αποτελούσε εξαιρετικό σχέδιο. Ωστόσο, επικρατεί η αντίληψη ότι αν υπήρχαν τέτοια αρχεία, ελάχιστοι άντρες θα ήταν πρόθυμοι να δωρίσουν το σπέρμα τους. Αυτό και μόνο το γεγονός εξηγεί μερικά από τα ηθικά και κοινωνικά διλλήματα που δημιουργεί η τεχνητή σπερματέγχυση με σπέρμα δότη.

Είναι κοινωνικά και συναισθηματικά αποδεκτή η σπερματέγχυση με σπέρμα δότη;

Η απόφαση να καταφύγει κανείς σε αυτή τη μέθοδο είναι αυστηρά προσωπική και κανείς δε μπορεί να πει από πριν αν αποτελεί τη σωστή λύση για εσάς και τη σχέση σας. Από μια άποψη δε διαφέρει και τόσο από την υιοθεσία, εκτός του ότι έχει το τεράστιο πλεονέκτημα, ότι με τη μέθοδο αυτή αποκτά κανείς παιδί πολύ εύκολα. Φυσικά σημαίνει επίσης ότι έχετε την ⁽²⁰⁾ ευκαιρία να αναθρέψετε ένα παιδί από τη στιγμή της σύλληψης και πως το παιδί αυτό έχει φυσική οικογένεια με έναν από τους δύο σας. Όμως υπάρχει

ακόμα ένα κοινωνικό στίγμα γύρω από το όλο θέμα, που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Τα στεία ζευγάρια συνήθως συζητούν άνετα με φίλους και συγγενείς για την προοπτική μιας υιοθεσίας, δεν έχουν όμως την ίδια άνεση να μιλούν ανοιχτά για τα σχέδιά τους να αποκτήσουν παιδί με τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα δότη. Σαν αποτέλεσμα, μπορεί να προκύψουν ένα σωρό προβλήματα και ανησυχίες, π.χ για το τι θα πουν στους υποψήφιους παππούδες και γιαγιάδες. Οπωσδήποτε είναι κάτι που θα πρέπει να το σκαφείτε οι δύο σας πολύ προσεχτικά. Ευτυχώς, το στίγμα γύρω από την τεχνητή γονιμοποίηση, (περισσότερο φανταστικό παρά πραγματικό) τείνει να εξαφανιστεί. Αν και είναι δύσκολο να έχουμε ακριβή στατιστικά στοιχεία, είναι καθησυχαστικό να γνωρίζει κανείς ότι έχουν γεννηθεί με τη μέθοδο αυτή πάνω από 10.000 παιδιά στη Βρετανία και 100.000 παιδιά στις ΗΠΑ. Το ίδιο διαδεδομένη είναι η μέθοδος και στην Αυστραλία, καθώς επίσης και σε πολλές άλλες χώρες, ιδιαίτερα ευρωπαϊκές, όπου εφαρμόζεται με αυξανόμενο ρυθμό τα τελευταία 15 χρόνια. Ελάχιστα προβλήματα έχουν αναφερθεί σχετικά με αυτήν. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι τα παιδιά υποφέρανε, φτάνει να έχει συζητηθεί ανοιχτά το θέμα από την αρχή και το παιδί να γνωρίζει τις πραγματικές του ρίζες.

Μερικά ζευγάρια φοβούνται ότι, ένα παιδί που θα γεννηθεί με σπέρμα δότη, θα είναι λιγότερο αποδεκτό από τον άνδρα παρά από τη γυναίκα. Και αυτό όμως αποτελεί μάλλον φανταστικό πρόβλημα. Δεν υπάρχουν αποδείξεις πως ο άνδρας σε ένα ζευγάρι δεν θα αγαπάει και δεν θα θέλει ένα παιδί που δεν θα έχει φυσική συγγένεια μαζί του ακριβώς όπως η φυσική πατρότητα δεν εγγυάται πάντα μια στενή σχέση πατέρα-παιδιού. Πρόβλημα αποτελεί επίσης το γεγονός, ότι η κοινωνία δεν έχει ακόμα συμβιβαστεί με την ιδέα της τεχνητής γονιμοποίησης με σπέρμα δότη, αν και τώρα τα περισσότερα κράτη έχουν λάβει ορισμένα μέτρα για να ρυθμιστούν μερικά από τα νομικά θέματα. Αυτή τη στιγμή, σύμφωνα με τον Αγγλικό νόμο, ένα παιδί που θα γεννηθεί σαν αποτέλεσμα τεχνητή σπερματέγχυσης με σπέρμα δότη, θεωρείται εξώγαμο και υποτίθεται ότι έχει υιοθετηθεί από τον «κοινωνικό» του πατέρα. Στα πιστοποιητικά γεννήσεως πρέπει να αναφερθεί το όνομα του φυσικού πατέρα. Αλλά- επειδή συνήθως οι δωρητές σπέρματος παραμένουν ⁽²⁰⁾ ανώνυμοι- πολλά ζευγάρια αναγκάζονται να παρακάμψουν το πρόβλημα δίνοντας ψεύτικες πληροφορίες. Στην πραγματικότητα αυτό θα μπορούσε να

θεωρηθεί ψευδορκία, αλλά κανείς δεν έχει διωχτεί μέχρι σήμερα. Ευτυχώς, είναι τώρα πολύ πιθανό να διορθωθεί αυτό το νομικό πρόβλημα, μια και η τεχνητή σπερματέγχυση με σπέρμα δότη, είναι τόσο πλατιά διαδεδομένη και γίνεται όλο και περισσότερο αποδεκτή.

Θα αγαπάει ο σύντροφός μου το παιδί που έκανα με σπέρμα δότη;

Πολλές γυναίκες μου υποβάλλουν αυτή την ερώτηση. Σύμφωνα με την εμπειρία μου, σπάνια υπάρχει πρόβλημα. Ο άνδρας συμμετέχει σθενά στην όλη διαδικασία και μοιράζεται τις εμπειρίες της εγκυμοσύνης και της γέννας. Αν η απόφαση να εφαρμοστεί αυτή η μέθοδος πάρθηκε αμοιβαία και συζητήθηκε ανοιχτά, η σχέση του άνδρα με το παιδί δεν υπάρχει λόγος να διαφέρει από τη σχέση οποιουδήποτε πατέρα με το παιδί του. Κι επειδή το περιβάλλον όπου μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση επάνω του, από ότι η σχέση του αίματος, γρήγορα το παιδί θα αποκτήσει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και τη νοοτροπία του συντρόφου σας, που θα νιώθει βαθιά τον πατρικό του ρόλο. (20)

Θα πρέπει πρώτα να εξετασθεί η γονιμότητα της γυναίκας;

Υπάρχουν διάφορες απόψεις για το πόσο χρειάζεται να διερευνηθεί η γονιμότητα της γυναίκας, πριν υποβληθεί σε σπερματέγχυση με σπέρμα δότη. Έχω τη γνώμη ότι, αν και δεν υπάρχει κάποιος φανερός λόγος στειρότητας που να φαίνεται από το ιστορικό της γυναίκας, είναι λογικό να δοκιμάσει

απευθείας τη μέθοδο της σπερματέγχυσης, αλλά για όχι περισσότερο από τρεις κύκλους. Αν δεν μείνει έγκυος μέχρι τότε, θα χρειαστεί να γίνουν προσεχτικές εξετάσεις που να περιλαμβάνουν ίσως και λαπαροσκόπηση.

Αν δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα στη γυναίκα ή τα σπερματοζωάρια, η σπερματέγχυση θα καταλήξει σε εγκυμοσύνη στο 35% των γυναικών, μετά από 4 κύκλους περίπου. Γύρω στο 90% θα συλλάβουν μετά από 1 χρόνο κατά μέσο όρο, φθάνει να είναι καλής ποιότητας το σπέρμα, να είναι η γυναίκα γόνιμη και να εφαρμόζεται σωστά η τεχνική. Αν μείνει έγκυος, η κύηση θα πρέπει να είναι απόλυτα ομαλή και ο κίνδυνος αποβολής όχι μεγαλύτερος από ότι σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη.

Τι πρόβλημα παρουσιάζει ο δανεισμός μήτρας;

Κατά τη γνώμη μου οποιαδήποτε μορφή δανεισμού μήτρας, έχει σοβαρούς κινδύνους. Αυτό άλλωστε γίνεται σαφές και από την πρόσφατη νομοθεσία στη Μεγάλη Βρετανία, που θεωρεί παράνομη οποιαδήποτε μορφή δανεισμού μήτρας, που να αφορά εμπορική συναλλαγή. Αυτό σημαίνει ότι διάφορα πρακτορεία, που αναλαμβάνουν τέτοιες υποθέσεις είναι παράνομα. Παράνομος είναι επίσης ο δανεισμός μήτρας στην Αυστραλία μα όχι ακόμα και στις ΗΠΑ. Ανεξάρτητα από τη νομική πλευρά του θέματος, μου φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετά επιχειρήματα, από καθαρά ανθρώπινη σκοπιά που δεν δικαιολογούν το δανεισμό μήτρας. Σε αυτά περιλαμβάνονται:

Κίνδυνοι για τη μητέρα που δανείζει τη μήτρα της και θα πρέπει να απαρνηθεί το παιδί που γέννησε, μετά το σύνδεσμο που δημιουργήθηκε μεταξύ τους σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ακόμα και αν μια γυναίκα χαρίσει ένα παιδί σε μια άλλη γυναίκα που το έχει απελπιστικά ανάγκη, το πιθανότερο είναι ότι όταν έρθει η ώρα να δώσει το παιδί, θα της κοστίσει πάρα πολύ συναισθηματικά. (20)

Κίνδυνοι για το παιδί. Υπάρχει πάντα το πρόβλημα της μυστικότητας. Αν όλη η συμφωνία μείνει κρυφή από το παιδί, το παιδί κινδυνεύει να μάθει

κάποτε την αλήθεια με δυσάρεστο τρόπο, όπως στη διάρκεια οικογενειακού καβγά ή άλλης κρίσης. Και ένα τέτοιο τρομερό σοκ, κινδυνεύει να το βλάψει ανεπανόρθωτα. Αν πάλι δεν του κρύψουν την αλήθεια, ίσως νιώσει δυνατά συναισθήματα αγάπης προς τη μητέρα που το γέννησε και αρνητικά συναισθήματα προς τη θετή του μητέρα. Αυτό θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα ψυχολογικά και στις δύο μητέρες.

Κίνδυνοι για τους θετούς γονείς. Η θετή μητέρα μπορεί να νιώθει ενοχές και κατωτερότητα επειδή δε γέννησε η ίδια το παιδί της. Ο πατέρας από την άλλη πιθανό να κρύβει στοργικά αισθήματα για τη μητέρα που γέννησε το παιδί, σε βάρος της συντρόφου του.

Νομικές δυσκολίες. Για πολλές πλευρές του θέματος δεν έχουν βρεθεί νομικές λύσεις. Ποιος θα αναλάβει τις ευθύνες αν η μητέρα που δάνεισε τη μήτρα της αρρωστήσει εξαιτίας της εγκυμοσύνης; Ποιος θα φροντίζει το παιδί αν γεννηθεί μειονεκτικό; Τι δικαιώματα έχει η μητέρα που δανείζει τη μήτρα της αν αρνηθεί να παραδώσει το παιδί στους θετούς γονείς(λαμβάνοντας υπόψη ότι ο πατέρας είναι ο φυσικός του πατέρας);.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο δανεισμός μήτρας αποτελεί σωστό ναρκοπέδιο και όσοι το θεωρήσουν λύση για τη στειρότητά τους θα αντιμετωπίσουν τεράστια προβλήματα. Μολονότι είμαι αντίθετος στο να απαγορευθεί τελείως από το νόμο ο δανεισμός μήτρας, πιστεύω ότι σωστά η Βρετανική Βουλή ποινικοποίησε το δανεισμό μήτρας για κερδοσκοπικούς σκοπούς, επειδή είναι μεγάλοι οι κίνδυνοι της εκμετάλλευσης τόσο των δύο γυναικών, όσο και του ατιδιού.

Τέλος παρόλες τις σοβαρές επιφυλάξεις μου για κάθε μορφή δανεισμού μήτρας, παραδέχομαι ότι σε ορισμένες πολύ σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να αποτελεί μια πολύ λογική λύση. (20)

ΣΥΝΗΠΕΡΑΣΜΑ

Η υπογονιμότητα είναι χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους σε σχέση με το ζωικό βασίλειο.

Υπάρχουν ζευγάρια που τα χαρακτηρίζει η ευκολία με την οποία συλλαμβάνει η σύζυγος αλλά και πολλά άλλα που ταλαιπωρούνται για να αποκτήσουν παιδί.

Στατιστικά:

Υπολογίζεται ότι 15% των ζευγαριών πάσχει από κάποιο πρόβλημα που τα καθιστά υπογόνιμα. Από αυτά τα ζευγάρια στο 30% το πρόβλημα αφορά τη γυναίκα, 30% τον άνδρα και 40% αφορά και τους δύο μαζί όπου το μικρό πρόβλημα του ενός συν το μικρό πρόβλημα του άλλου, διπλασιάζουν το πρόβλημά τους.

Τώρα μπορεί να υπάρξει γονιμότητα και σύλληψη ακόμα και με ένα ή δύο ζωντανά σπερματοζωάρια από πλευράς του συζύγου ή και με κανένα ζωντανό, με τη χρησιμοποίηση όμως σπερματίδων.

Τα προβλήματα που προκαλούν υπογονιμότητα έχουν αυξηθεί, όπως και η συχνότητα χλαμυδιακών νόσων. Οι λοιμώξεις αυτές έχουν κάποια επίδραση στη διαβατότητα των σαλπίνγων και μειώνουν τις πιθανότητες φυσιολογικής σύλληψης ή αυξάνουν τις πιθανότητες εξωμήτριο κύησης. Εκτός από αυτό και ο αριθμός ζωντανών σπερματοζωαρίων, μειώνεται και βρίσκουμε όλο και περισσότερους άνδρες με μειωμένο τον αριθμό σπερματοζωαρίων τους.

Η απελευθέρωση των ηθών και η ευκολία με την οποία δημιουργούν σχέσεις σεξουαλικές τα νέα άτομα στην κοινωνία μας καθώς και η συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, έχει τις αρνητικές της επιπτώσεις στην κοινωνία μας. (21)

Ο ανδρικός παράγοντας.

Δεν είναι ακόμα γνωστός ο τρόπος με τον οποίο το σπέρμα έχει τη δυνατότητα να γονιμοποιεί ένα ωάριο. Είναι δυνατόν σπέρμα που εμφανίζεται φυσιολογικό, να μη μπορεί να γονιμοποιήσει ένα ωάριο, όταν αυτά βρεθούν μαζί κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της IVF. Για να καταλάβουμε την πραγματική γονιμότητα ενός άνδρα, είναι σημαντικό να αναλύσουμε το σπέρμα τουλάχιστον δύο ή τρεις φορές πριν μπορέσουμε να καταλάβουμε τις διάφορες ποικιλίες, που μπορεί να υπάρχουν στον αριθμό των σπερματοζωαρίων και των άτυπων μορφών. Στη γονιμότητα του σπέρματος παίζει ρόλο ο αριθμός των σπερματοζωαρίων, η ικανότητα, η προωθητική ικανότητα αυτών, καθώς και ο αριθμός των άτυπων μορφών.

Ένας μέσος όρος σπερματοζωαρίων είναι περίπου 100 εκατομμύρια ανά ml και μπορεί να υπάρχουν 3,5 ως 13 ml σε κάθε εκσπερμάτιση. Τα σπερματοζωάρια παράγονται σε ρυθμό 1800 ανά δευτερόλεπτο από κάθε όρχι. Αριθμός κάτω από 20-40 εκατομμύρια ανά ml, θεωρείται υπογόνιμος και κάτω από 20 εκ. ανά ml, θεωρείται χαμηλός με πολύ μικρή πιθανότητα γονιμοποίησης, παρόλο που η γονιμοποίηση δε θεωρείται αδύνατη απλώς μπορεί να χρειαστεί περισσότερος χρόνος για τη σύλληψη. (21)

Ο γυναικείος παράγοντας.

Από την πλευρά της γυναίκας, μπορεί να υπάρχουν προβλήματα στην ωορρηξία, όπως είναι οι πολυκυστικές ωοθήκες και άλλες ορμονικές διαταραχές του κύκλου περιόδου, ο υπογοναδισμός, οι διαταραχές στη λειτουργία του υποθαλάμου, η υπερπολακτιναιμία, ωοθηκική ανεπάρκεια, ανωορρηκτικοί κύκλοι, όχι καλής ποιότητας ωάρια, κυτταροτοξικά φάρμακα, άλλα φάρμακα, ακτινοβολία και το κάπνισμα.

Η ενδομητρίωση επίσης είναι ένας παράγων που ελαττώνει τις πιθανότητες μιας εγκυμοσύνης. Η ενδομητρίωση μπορεί να προκαλέσει ενδοπυελικές συμφύσεις, μειώνοντας έτσι τις δυνατότητες για σύλληψη. Παρόλα αυτά γυναίκες με ελαφριά ως μέτρια ενδομητρίωση μένουν έγκυες. Η ενδομητρίωση διαγιγνώσκεται με τη λαπαροσκόπηση και πολλές γυναίκες δε γνωρίζουν ότι έχουν ενδομητρίωση, μέχρι να εξεταστούν λαπαροσκοπικά.

Μια γυναίκα μπορεί επίσης να υποφέρει από απόφραξη των σαλπίνγων π.χ λόγω χλαμυδιακής λοίμωξης, δύο ουσιαστικά λόγοι που μπορούν να μειώσουν τις πιθανότητες γονιμότητας. Έχει βρεθεί ότι ¼ των γυναικών που έχουν υπογονιμότητα, που οφείλεται σε σαλπινγικό παράγοντα ή που έχουν εξωμήτριο κύηση, είχαν χλαμυδιακή λοίμωξη.

Υπάρχει επίσης και η ανεξήγητη γονιμότητα. Υπάρχουν γυναίκες οι οποίες μπορεί να έχουν μια επαφή και να μη μείνουν αμέσως έγκυες και από την άλλη πλευρά υπάρχουν γυναίκες οι οποίες μπορεί να προσπαθούν για χρόνια και να έχουν κάνει όλες τις εξετάσεις και παρόλα αυτά να μη μπορούν να μείνουν έγκυες. Εδώ υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο και να μην έχουν εξεταστεί από τη σύγχρονη ιατρική. Για παράδειγμα οι ελλείψεις διαφόρων ιχνοστοιχείων ή βιταμινών, η λήψη ορισμένων ουσιών σε χρόνιο επίπεδο, όπως είναι ο καφές ή το αλκοόλ, η αύξηση ή υπερβολική μείωση του βάρους, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας, καθώς και το σωματικό ή ψυχολογικό στρες. Το στρες μπορεί επίσης και να επηρεάσει τους άνδρες, με αποτέλεσμα πτώση του αριθμού των σπερματοζωαρίων. (21)

Ο ψυχολογικός παράγοντας είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για το υπογόνιμο ζευγάρι, επειδή υπάρχει η επιβάρυνση της κοινωνίας, υπάρχει η επιβάρυνση των διαπροσωπικών σχέσεων του ζευγαριού μέσα στο γάμο, η σχέση του με τους συγγενείς και άλλα άτομα, η πίεση της υπογονιμότητας σε κάθε ένα από τα δύο αυτά άτομα του ζευγαριού, καθώς και η ψυχολογική πίεση όταν το ζευγάρι αυτό βρίσκεται μέσα στη διαδικασία μιας προσπάθειας για υποβοηθούμενη τεχνητή γονιμοποίηση. Υπάρχει επίσης η βιολογική ανάγκη της γυναίκας και του άνδρα για ένα παιδί, καθώς και το στρες της στέρησης αυτής της ψυχολογικής ανάγκης. (21)

Αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ο σωστός και συγκεκριμένος έλεγχος του άτεκνου ζευγαριού, και των δύο μαζί.

Επίσης, είναι προτιμότερο οι άνδρες να κάνουν πριν από τα 50 έτη τους παιδιά. Εάν όμως αυτό δεν είναι δυνατόν, τότε θα πρέπει να έχουν μια όσο το δυνατό καλύτερη φυσική κατάσταση, να αποφεύγουν το κάπνισμα, να ασκούνται σωματικά και να έχουν μια υγιή διατροφή, διότι όλα αυτά συμβάλλουν στην προστασία του σπέρματος από ανεπιθύμητες αλλοιώσεις και να παντρεύονται όσο το δυνατό μικρότερες γυναίκες από αυτούς (15 τουλάχιστον χρόνια νεότερες). (21)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. Σημειώσεις Δετοράκη Ι, 2004.
2. Παπαγεωργίου Κ. – Τσίμπος Κ, «Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός» Έκδοση:Πρώτη, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1993, Σελ: 71-72,84-91.
3. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, «Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος», Statistical Yearbook of Greece, Αθήνα 1987, Σελ:25-26.
4. Δετοράκης Ι. «Οικογενειακός Προγραμματισμός. Αντισύλληψη και Σεξουαλική Διαφώτιση», Έκδοση:Πέμπτη, Εκδόσεις: Πατάκη, Αθήνα 1983, Σελ: 14-16, 50-53.
5. Κακλαμάνη ν.- Καμμά Α, «Ανατομία του ανθρώπου», Εκδόσεις: "M- Edition", Αθήνα 1998, Σελ:506-513, 517-523 524-544.
6. Κατηφόρη Β, «Άτλας μαιευτικής» Επιστημονικές εκδόσεις: Παρισιανού Γρ., Αθήνα 1980, Σελ:345-357.
7. Ουίνστον ΜΛ. Ρόμπερτ, «Στειρότητα. Μια φιλική Αντιμετώπιση»,Μετάφραση: Έμκε Έλ,Εκδόσεις:Ψυχογιός, Εκδοτικός οίκος:Υγεία και ζωή, Αθήνα 1998, Σελ:57-94, 103-164.
8. Εφημερίδα: « Στηθοσκόπιο», «Μειώνεται ανησυχητικά η ποιότητα του σπέρματος», Σεπτέμβριος 1999.
9. Εφημερίδα: «Απογευματινή», «Το νέφος σκοτώνει το ανδρικό σπέρμα», 22 Σεπτεμβρίου 1999.
10. Εφημερίδα: «Αδέσμευτος», «Τα εντομοκτόνα προκαλούν στειρότητα», 30 Αυγούστου 2000.
11. Εφημερίδα: «Ελευθεροτυπία», «Οι διοξίνες ρίχνουν την ανδρική γονιμότητα», 22 Σεπτεμβρίου 1999.
12. Καραγιαννόπουλου Στ. , «Δυσκολίες Σεξουαλικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις:Θεωρία, Αθήνα 1987, Σελ: 70-89.

13. Τσίκος Ν. – Καραγεωργοπούλου Σ – Γραβάνη, «Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II, Έκδοση: Δεύτερη Βελτιωμένη, Εκδόσεις: «ΕΛΛΗΝ», Εκδοτικός Οίκος: «ΙΩΝ», Αθήνα 1999, Σελ:273-284, 325-343.
14. Παπανικολάου Ν. – Παπανικολάου Αλ., «Γυναικολογία», Έκδοση: 3^η, Επιστημονικές Εκδόσεις: Παρισιανός Γρ., Αθήνα 1994, Σελ: 283-306, 307-331.
15. Καλογερόπουλος Αχ. «Γυναικολογία και Βασικά Θέματα – Γενική Γυναικολογική Ογκολογία – Ενδοκρινολογία αναπαραγωγής – Σύγχρονα Ειδικά Θέματα» University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996, Σελ: 325-402.
16. Παπανικολάου Ν, «Στειρότητα», Εκτύπωση: Φωτοτυπικ, Θεσσαλονίκη 1986, Σελ: 291-304, 333-348, 354-360.
17. Κοντογιάννη Ελ, «Ελληνική Ουρολογία», Ανδρική Υπογονιμότητα και Μικρογονιμοποίηση, Αθήνα 2001, Σελ: 322-330.
18. Εφημερίδα: ΕΘΝΟΣ, « Εξέλιξη του Δημογραφικού Προβλήματος», Επιμελ.Κειμένου: Φώσκολος Ι. Σάββατο 26 Μαρτίου 2005-09-15
19. Εφημερίδα:ΕΘΝΟΣ, «Τι ισχύει στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης;» Επιμέλ. Κειμένου: Συμεωνίδου Χ., 26 Μαρτίου 2005.
20. Γιαννοπούλου Αθ. « Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική» Έκδοση: Τρίτη Βελτιωμένη, Εκδόσεις: « Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα 1999, Σελ: 127-129.
21. www.ivf.gr/pressroom, Κοσιφίδης Ν, «Πατρότητα και Γονιμότητα».

