

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ



Γ' ΕΠΑ.Λ.



ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ - ΕΥΕΞΙΑΣ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Δρ Βάρρας Μιχαήλ του Νικολάου
Μαιευτήρας - Χειρουργός Γυναικολόγος
Διδάκτορας Ιατρικής

Θεοδωρή - Λακαφώση Βασιλική
Εκπαιδ/κός Β/θμιας Εκπαίδευσης
Π.Ε. 18 Μαιευτικής

Ζουρμπάκη Ανδρομάχη
Ειδική Παθολόγος

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ

Θεοδωρή - Λακαφώση Βασιλική

ΚΡΙΤΕΣ

Παπαδοπούλου Ειρήνη
Εκπαιδ/κός Β/θμιας Εκπαίδευσης
Π.Ε. 14 Νοσηλευτικής

Λυκούδης Ζήσης
Υγειονολόγος - Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Αθηνών

Ζιάκας Θωμάς
Νοσηλεύτης Π.Ε. 18

ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Νταραρά Μαρία
Φιλολόγος

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Κωνσταντίνος Κόκκινος – LineArt

Τα σκίτσα του εξωφύλλου είναι από την “Π.Ο.Υ.” και “Unicef”.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Δρ. Βάρρας Μιχαήλ
Θεοδωρή - Λακαφώση Βασιλική
Ζουρμπάκη Ανδρομάχη

Η συγγραφή και η επιστημονική επιμέλεια του βιβλίου πραγματοποιήθηκε
υπό την αιγίδα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

Γ' ΕΠΑ.Λ.

Ειδικότητα: Βοηθός Νοσηλεύτη

ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ – ΕΥΕΞΙΑΣ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ
«ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ»

Εισαγωγή

Μαιευτική είναι ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με την ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου, τη φυσιολογία της κύησης, τη φυσιολογία του τοκετού και με τις παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να συμβούν στη γυναίκα και το έμβρυο κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας. Βασικός σκοπός της μαιευτικής είναι η εγκυμοσύνη να είναι προγραμματισμένη, επιθυμητή και να καταλήγει σ' ένα υγιές νεογνό και μια υγιή και ευτυχισμένη μητέρα. Επίσης η **Γυναικολογία** ασχολείται με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών και των παθήσεων των γεννητικών οργάνων που είναι δυνατόν να συμβούν στο κορίτσι και τη γυναίκα. Ο σκοπός αυτού του βιβλίου είναι να βοηθήσει τα άτομα που ασχολούνται με τα επαγγέλματα υγείας να κατανοήσουν:

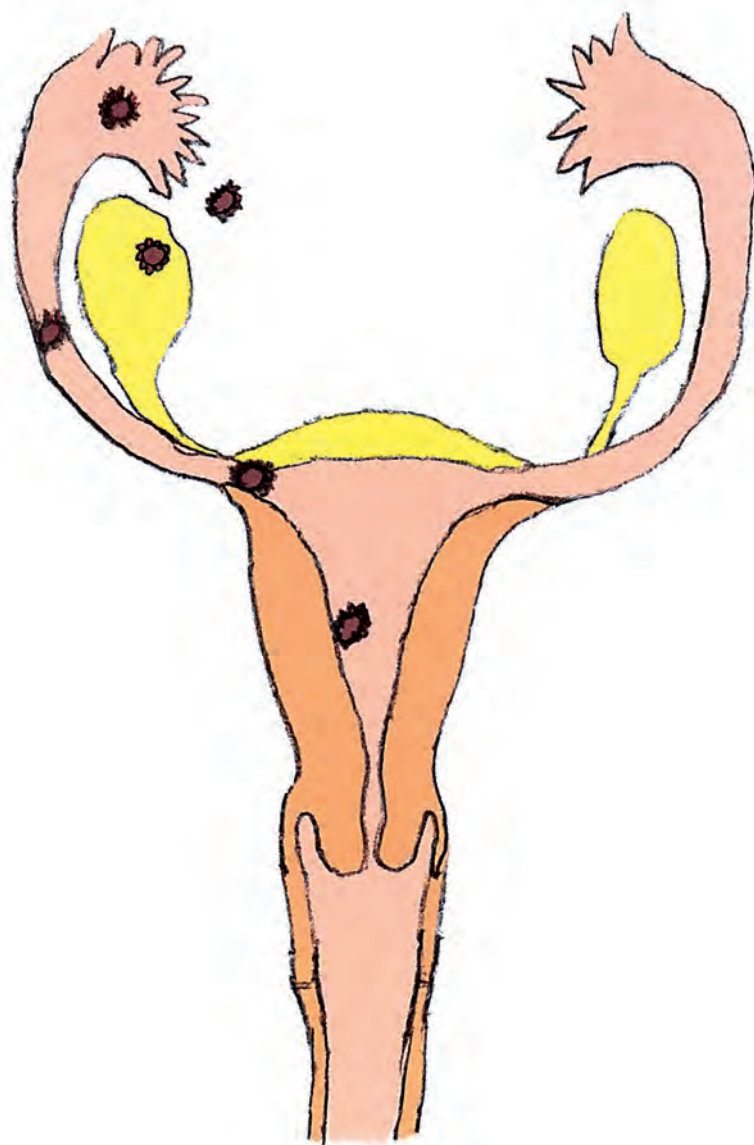
- Την ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.
- Τη φυσιολογία της κύησης.
- Τη φυσιολογία του τοκετού.
- Τις φυσιολογικές μεταβολές του οργανισμού της γυναίκας κατά την περίοδο της λοχείας.
- Τους κινδύνους που διατρέχουν η μητέρα και το παιδί κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού.
- Τις παθολογικές καταστάσεις του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.
- Τις ανατομικές και φυσιολογικές διαταραχές του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας.
- Τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης των πιο συχνών κακοήθων νεοπλασιών των γεννητικών οργάνων και του μαστού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	σελ. 9
1...	Όργανα του γεννητικού συστήματος.....	« 10
	Εξωτερικά γεννητικά όργανα ή αιδοίο	« 10
	Εσωτερικά γεννητικά όργανα	« 11
	Περίνεο	« 14
	Πύελος.....	« 14
2...	Ωοθηκικός και γεννητικός κύκλος.....	« 15
	Ωοθηκικός κύκλος.....	« 15
	Γεννητικός κύκλος.....	« 16
-....	Ανακεφαλαίωση	« 19
-....	Ερωτήσεις.....	« 19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	« 23
-....	Γονιμοποίηση.....	« 24
-....	Η εξέλιξη του γονιμοποιημένου ωαρίου	« 26
-....	Πλακούντας - Αμνιακό υγρό.....	« 28
-....	Έμβρυο.....	« 31
-....	Φυσιολογικές μεταβολές στην εγκυμοσύνη	« 33
-....	Διάγνωση της εγκυμοσύνης.....	« 35
-....	Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης	« 37
-....	Προγεννητικός έλεγχος	« 39
-....	Γενικές οδηγίες προς την έγκυο.....	« 41
-....	Πολύδυμη κύηση	« 43
-....	Ανακεφαλαίωση	« 44
-....	Ερωτήσεις.....	« 45
-....	Δραστηριότητες.....	« 46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	ΤΟΚΕΤΟΣ	« 49
-....	Παραλαβή επιτόκου	« 50
-....	Παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του τοκετού	« 51
-....	Στάδια του τοκετού.....	« 51
-....	Περιγραφή του εμβρυϊκού κρανίου	« 56
-....	Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού	« 57
-....	Πρώιμες παθήσεις του νεογνού	« 57
-....	Τραυματικές βλάβες του νεογνού	« 58
-....	Νοσηλευτική φροντίδα του νεογνού.....	« 59
-....	Ανακεφαλαίωση	« 61
-....	Ερωτήσεις.....	« 61
-....	Δραστηριότητες.....	« 63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	ΛΟΧΕΙΑ.....	« 65
-....	Φυσιολογικές και ανατομικές μεταβολές	« 66
-....	Θηλασμός	« 67
-....	Οδηγίες για τη λεχωίδα	« 72
-....	Παθολογία της λοχείας.....	« 73
-....	Οικογενειακός προγραμματισμός	« 75
-....	Μέθοδοι αντισύλληψης	« 76
-....	Ανακεφαλαίωση	« 80
-....	Ερωτήσεις.....	« 81
-....	Δραστηριότητες.....	« 83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	σελ. 85
-....	Υπερέμεση της εγκυμοσύνης.....	« 86
-....	Εξωμήτριος ή έκτοπη εγκυμοσύνη	« 86
-....	Αιμορραγίες της εγκυμοσύνης	« 88
-....	Σακχαρώδης διαβήτης και εγκυμοσύνη	« 89
-....	Υπέρταση και εγκυμοσύνη.....	« 93
-....	Λοιμώξεις και εγκυμοσύνη.....	« 94
.....	Συγγενείς λοιμώξεις	« 95
.....	Ουρολοιμώξεις.....	« 97
-....	Ανακεφαλαίωση.....	« 97
-....	Ερωτήσεις.....	« 98
-....	Δραστηριότητες.....	« 100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	« 103
-....	Σύνδρομο κάτω κοίλης φλέβας της εγκύου.....	« 104
-....	Πρώωρος τοκετός.....	« 104
-....	Δυστοκία	« 105
.....	Ανωμαλίες προβολής, θέσεως, σχήματος ή μεγέθους του εμβρύου.....	« 105
.....	Ανωμαλίες του σχήματος και του μεγέθους της πυέλου	« 107
.....	Η αδράνεια της μήτρας.....	« 107
.....	Υπέρταση της μήτρας	« 108
-....	Οξύς τοκετός.....	« 108
-....	Προβολή της ομφαλίδας	« 108
-....	Μαιευτικές επεμβάσεις.....	« 109
-....	Ρήξη της μήτρας κατά τον τοκετό.....	« 111
-....	Αιμορραγίες αμέσως μετά τον τοκετό	« 111
-....	Ανακεφαλαίωση	« 112
-....	Ερωτήσεις.....	« 113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	« 117
-....	Στοιχεία γυναικολογικού ιστορικού	« 118
-....	Κλινική εξέταση.....	« 119
.....	Γυναικολογική εξέταση	« 119
-....	Γυναικολογικά συμπτώματα.....	« 120
-....	Ανακεφαλαίωση	« 121
-....	Ερωτήσεις.....	« 122
-....	Δραστηριότητες.....	« 122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	« 125
-....	Συγγενείς ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων.....	« 126
-....	Επίκτητες ανωμαλίες των ενδοπυελικών οργάνων.....	« 127
-....	Ανακεφαλαίωση	« 129
-....	Ερωτήσεις.....	« 130
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°	ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	« 133
-....	Αιδοιοκολπίτιδα.....	« 134
-....	Τραχηλίτιδα.....	« 134
-....	Σαλπιγγίτιδα.....	« 135
-....	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	« 135
.....	Βλεννόρροια, Χλαμύδια	« 136
.....	Μυκητίαση, Τριχομονάδωση	« 137
.....	Μη ειδική κολπίτιδα, Οξυτενή κονδυλώματα	σελ. 137
.....	Έρπης των γεννητικών οργάνων.....	« 138
.....	Σύφιλη, Ψώρα	« 139
.....	Φθειρίαση εφηβαίου, Ιογενής ηπατίτιδα	« 140
.....	Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)	« 140

-.... Ανακεφαλαίωση	« 141
-.... Ερωτήσεις.....	« 142
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10° ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ	
ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	« 147
-.... Καλοήγη νεοπλασμάτα του αιδoίου	« 148
-.... Καλοήγη νεοπλασμάτα του τραχήλου της μήτρας	« 148
-.... Καλοήγη νεοπλασμάτα του σώματος της μήτρας	« 148
-.... Καλοήγη νεοπλασμάτα των ωοθηκών	« 149
-.... Ενδομητρίωση	« 150
-.... Ανακεφαλαίωση	« 150
-.... Ερωτήσεις.....	« 151
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11° ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ	
ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	« 153
-.... Καρκίνος του αιδoίου	« 154
-.... Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	« 154
Τεστ Παπανικολάου	« 154
Κολποσκόπηση	« 156
Κωνοειδής εκτομή τραχήλου	« 156
Καρκίνος τραχήλου μήτρας	« 156
-.... Καρκίνος ενδομητρίου	« 158
-.... Καρκίνος ωοθηκών	« 158
-.... Ανακεφαλαίωση	« 160
-.... Ερωτήσεις.....	« 160
-.... Δραστηριότητες.....	« 162
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12° ΕΦΗΒΕΙΑ	« 165
-.... Πρώιμη ήβη	« 166
-.... Καθυστερημένη ήβη	« 167
-.... Λειτουργική αιμορραγία μήτρας στην εφηβεία	« 167
-.... Ερμαφροδιτισμοί.....	« 167
-.... Ανακεφαλαίωση	« 168
-.... Ερωτήσεις.....	« 169
-.... Δραστηριότητες.....	« 170
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13° ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ - ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ.....	« 173
-.... Ορμονικές αλλαγές στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο	« 174
-.... Ορμονικές αλλαγές στη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο.....	« 174
-.... Συνέπειες της έλλειψης των οιστρογόνων	« 174
-.... Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.....	« 175
-.... Ανακεφαλαίωση	« 176
-.... Ερωτήσεις.....	« 176
-.... Δραστηριότητες.....	« 177
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14° ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	« 179
-.... Αίτια και παράγοντες κινδύνου	« 180
-.... Συμπτώματα	« 181
-.... Διάγνωση.....	« 181
Αυτοεξέταση	« 181
Εξέταση των μαστών από γιατρό.....	« 183
Ακτινοδιαγνωστικές μέθοδοι.....	« 184
-.... Θεραπεία, προληπτικός έλεγχος	« 184
-.... Ανακεφαλαίωση	« 185
-.... Ερωτήσεις.....	« 185
-.... Δραστηριότητες.....	« 185
-.... Παραπομπές.....	« 186
-.... Γλωσσάρι.....	« 188



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

- 
- Όργανα του γεννητικού συστήματος
 - Ωοθηκικός και γεννητικός κύκλος

1. ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα εξωτερικά και εσωτερικά γεννητικά όργανα. Τόσο τα εσωτερικά όσο και τα εξωτερικά γεννητικά όργανα έχουν τη δική τους λειτουργία και όλα μαζί βοηθούν στην αναπαραγωγή.

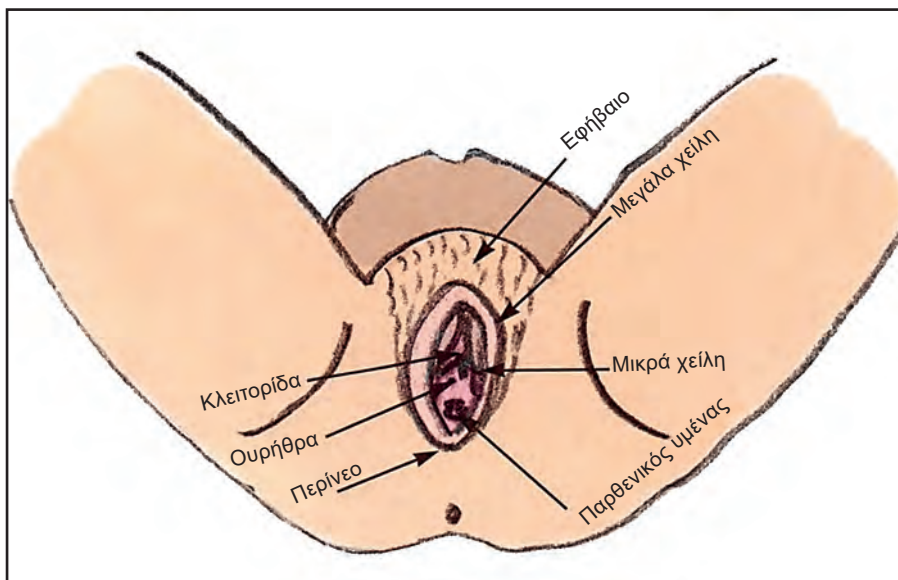
Α. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα ή αιδοίο (Εικόνα 1.1)

Είναι τα εξής:

- Το **εφήβαιο**.
- Τα **μεγάλα χείλη του αιδοίου**.
- Τα **μικρά χείλη του αιδοίου**.
- Η **κλειτορίδα**.
- Ο **παρθενικός υμένας**.

Το **εφήβαιο** ονομάζεται και **όρος της Αφροδίτης**. Είναι μια τριγωνική περιοχή που προέχει και αποτελείται από λιπώδη ιστό. Βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Η ανάπτυξη του εφηβαίου γίνεται στην περίοδο της ήβης και καλύπτεται από τρίχωμα.

Τα **μεγάλα χείλη** είναι δύο στενόμακρες πτυχές του δέρματος που αποτελούνται από λιπώδη και συνδετικό ιστό, σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Αρχίζουν από το εφήβαιο και τελειώνουν στο περίνεο. Τα μεγάλα χείλη εφάπτονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την αιδοϊκή σχισμή. Στην εφηβεία καλύπτεται η εξωτερική τους επιφάνεια από τρίχωμα, ενώ η εσωτερική τους επιφάνεια είναι άτριχη.



Εικόνα 1.1 Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα ή αιδοίο της γυναίκας.

Τα μικρά χείλη σκεπάζονται συνήθως από τα μεγάλα χείλη και είναι δύο λεπτές δερματικές πτυχές που περιέχουν συνδετικό ιστό και λίγους σμηγματογόνους αδένες.

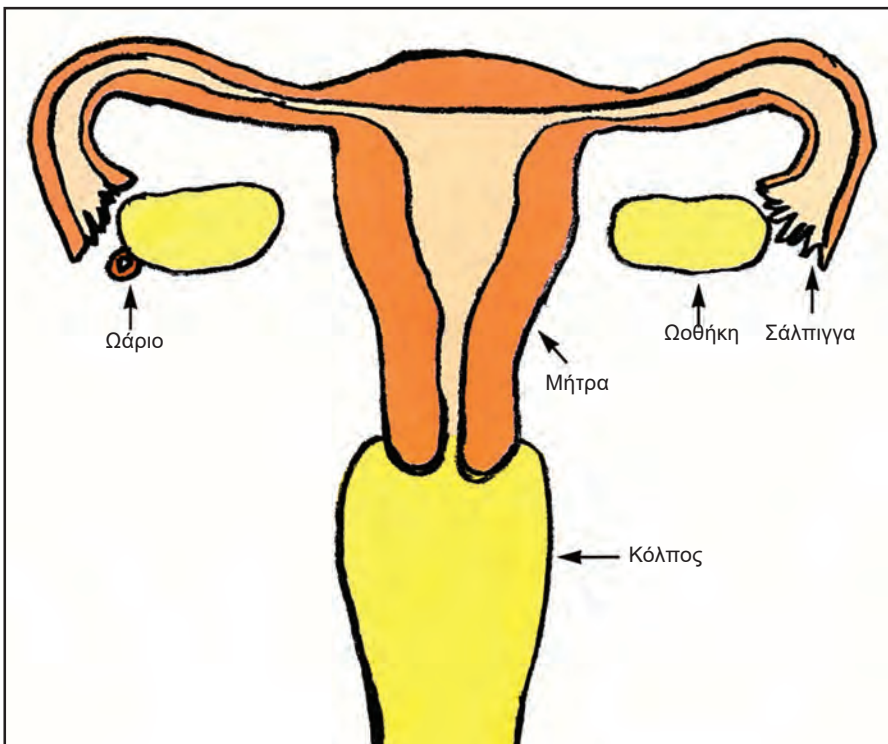
Η κλειτορίδα είναι ένα μικρό κυλινδρικό όργανο και αποτελείται από στυτικό ιστό. Η κλειτορίδα κατά τη σεξουαλική επαφή μεγαλώνει ελαφρώς και αποτελεί μια από τις σημαντικότερες эρωτικές ζώνες της γυναίκας.

Ο παρθενικός υμένας είναι μια μικρή μεμβράνη που βρίσκεται στην είσοδο του κόλπου και κάτω από την ουρήθρα. Ο παρθενικός υμένας έχει ένα ή περισσότερα μικρά ανοίγματα για να εξέρχεται το αίμα της εμμήνου ρύσεως. Η ελαστικότητα του παρθενικού υμένα διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά συνήθως σπάει με την πρώτη σεξουαλική επαφή, οπότε εξέρχεται λίγο αίμα το οποίο σταματάει γρήγορα.

Β. Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα (Εικόνα 1.2)

Είναι τα εξής:

- Ο κόλπος.
- Η μήτρα.
- Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί.
- Οι ωοθήκες.



Εικόνα 1.2 Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.

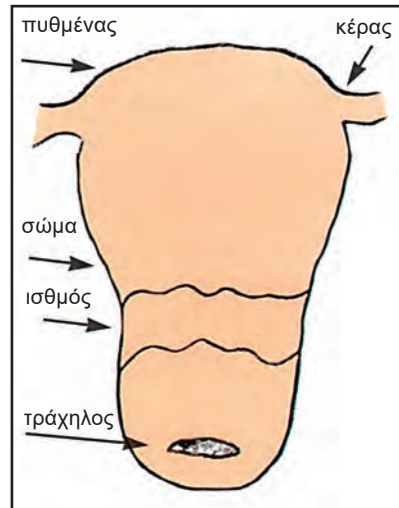
Ο κόλπος

Είναι ένας ελαστικός σωλήνας και έχει μήκος 8-9 εκατοστά. Ο κόλπος αρχίζει από τον παρθενικό υμένα και καταλήγει γύρω από τον τράχηλο της μήτρας. Αδένες στον κόλπο δεν υπάρχουν. Η ύπαρξη κολπικών υγρών οφείλεται στις εκκρίσεις των αδένων του ενδοτραχήλου ή του ενδομητρίου.

Λειτουργία του κόλπου: Είναι το όργανο της συνουσίας και είναι το τελευταίο τμήμα του πυελογεννητικού σωλήνα από το οποίο περνάει το έμβρυο κατά το φυσιολογικό τοκετό. Επίσης από τον κόλπο εξέρχεται το αίμα της εμμήνου ρύσεως.

Η μήτρα (Εικόνα 1.3)

Είναι το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα και είναι ένα κοίλο όργανο, με σχήμα και μέγεθος αχλαδιού (κοντούλα). Βρίσκεται στο μέσον της μικρής πυέλου, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού. Το μέγεθος της μήτρας ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο της ζωής της γυναίκας και το αν έχει γεννήσει ή όχι. Σε άτοκες γυναίκες **το βάρος της μήτρας είναι 50 γραμμάρια και το μήκος 9 εκατοστά**. Η κοιλότητα της μήτρας είναι σαν ένα τρίγωνο, που επικοινωνεί με την περιτοναϊκή κοιλότητα μέσω των σαλπίνγων και με τον κόλπο μέσω του τραχήλου.

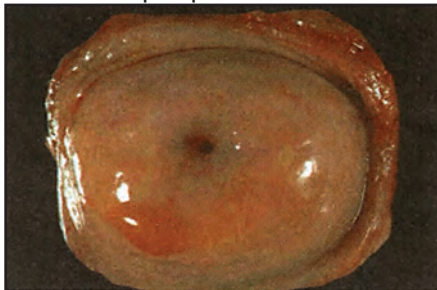


Εικόνα 1.3 Η μήτρα.

Η μήτρα χωρίζεται από πάνω προς τα κάτω σε τρία τμήματα: τον **πυθμένα**, το **σώμα** και τον **τράχηλο** (Εικόνα 1.4). Ο πυθμένας δεξιά και αριστερά καταλήγει στα **κέρατα της μήτρας**. Ο **ισθμός της μήτρας** είναι το σημείο όπου το σώμα της μήτρας ενώνεται με τον τράχηλο.

Το τοίχωμα του πυθμένα και του σώματος της μήτρας αποτελείται από έξω προς τα μέσα από τον **ορογόνο χιτώνα**, το **μυομήτριο** και το **βλεννογόνο**. Ο ορογόνος χιτώνας προέρχεται από το περιτόναιο και καλύπτει την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια της μήτρας. Το μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες. Ο βλεννογόνος της μήτρας λέγεται **ενδομήτριο** και αποτελείται από επιθήλιο, αδένες και στρώμα. Το επιθήλιο είναι μονόστιβο κυλινδρικό και οι αδένες βρίσκονται μέσα στο στρώμα.

Το ενδομήτριο αποτελείται από τη **λειτουργική** και τη **βασική στιβάδα**.

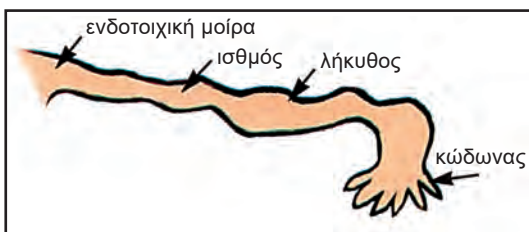


Εικόνα 1.4 Φυσιολογικός τράχηλος μήτρας.

Η σχέση του επιμήκη άξονα της μήτρας με τον κατακόρυφο άξονα της πυέλου ονομάζεται **κλίση της μήτρας**. Η σχέση του σώματος της μήτρας με τον τράχηλο της μήτρας ονομάζεται **κάμψη της μήτρας**. Η μήτρα συνήθως βρίσκεται σε πρόσθια κλίση και κάμψη.

Ο τράχηλος στις άτοκες γυναίκες έχει μήκος 3 εκατοστά και έχει δύο στόμια: το **έσω και έξω τραχηλικό στόμιο**. Ο τράχηλος αποτελείται από **επιθήλιο, αδένες και στρώμα**. Το στρώμα αποτελείται από ινώδη συνδετικό ιστό και λίγες μυϊκές ίνες. Μέσα στο στρώμα υπάρχουν οι αδένες του ενδοτραχήλου. Το επιθήλιο του τραχήλου είναι κυλινδρικό και πλακώδες.

Λειτουργία της μήτρας: Σε κάθε κύκλο η μήτρα προετοιμάζεται να υποδεχθεί το έμβρυο. Η μήτρα προφυλάσσει το έμβρυο και το βοηθάει να αναπτυχθεί μέχρι την ώρα του τοκετού.



Εικόνα 1.5 Πορεία σάλπιγγας.

Οι σάλπιγγες

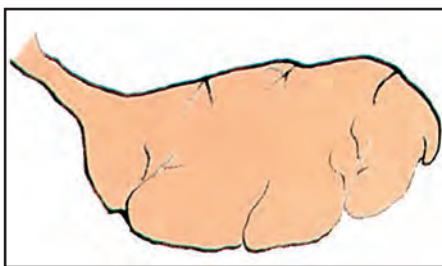
Είναι δύο σωλήνες (ένας δεξιά και ένας αριστερά) που αρχίζουν από το κέρασ της μήτρας και φτάνουν στην αντίστοιχη ωθήκη. Κάθε σάλπιγγα στην πορεία της αποτελείται από την ενδοτοϊκή μοίρα, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον

κώδωνα. (Εικόνα 1.5). Η ενδοτοϊκή μοίρα της σάλπιγγας είναι το τμήμα που βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας. Ακολουθεί ο ισθμός που είναι το στενότερο μέρος της σάλπιγγας. Η λήκυθος είναι το τμήμα της σάλπιγγας μετά τον ισθμό που αρχίζει να πλαταίνει. Ο κώδωνας είναι το τελευταίο και πιο πλατύ μέρος της σάλπιγγας που τελειώνει σε κροσσούς. Οι κροσσοί ακουμπούν στην ωθήκη.

Λειτουργία των σαλπίγγων: Οι κροσσοί παίρνουν το ωάριο από την ωθήκη κάνοντας περισταλτικές κινήσεις και το προωθούν μέσα στη σάλπιγγα. Η γονιμοποίηση γίνεται στη λήκυθο.

Οι ωθήκες

Είναι δύο, μία δεξιά και μία αριστερά της μήτρας. Έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδαλού και είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας (Εικόνα 1.6). Κατά την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας παρατηρούνται περιοδικά ανωμαλίες στην επιφάνεια των ωθηκών που οφείλονται στα ωθηλάκια και ουλές ή συρρικνώσεις που οφείλονται στα ωχρά και λευκά σωμάτια.

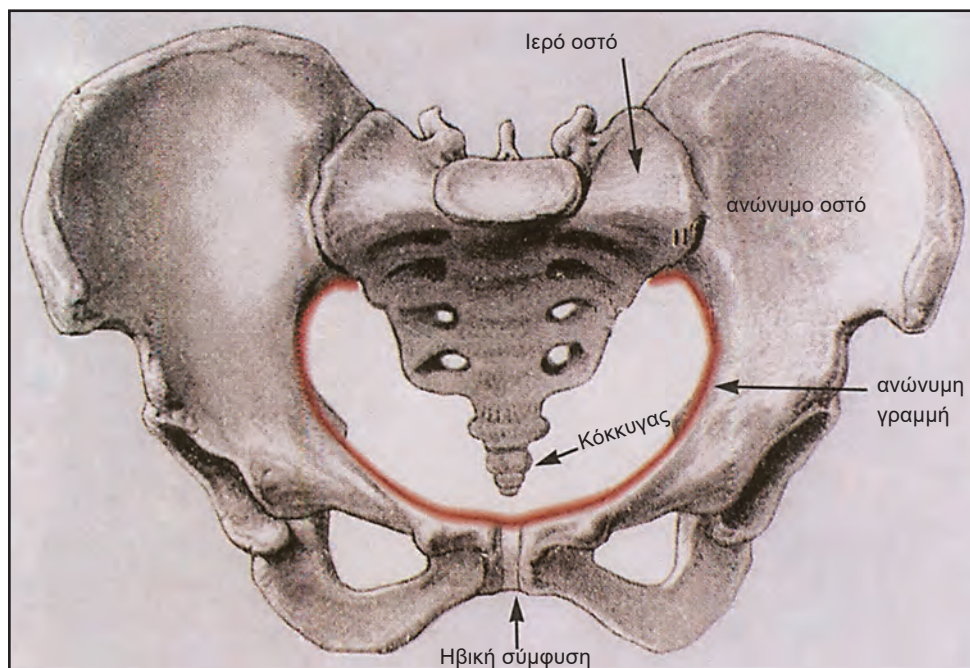


Εικόνα 1.6 Φυσιολογική ωθήκη.

Λειτουργία των ωοθηκών: Οι ωοθήκες έχουν διπλή λειτουργία γιατί παράγουν τα ωάρια για την αναπαραγωγή και εκκρίνουν τις ορμόνες, οιστρογόνα και προγεστερόνη, στο αίμα της γυναίκας για τη ρύθμιση του γεννητικού κύκλου.

Το περίνεο

Είναι η περιοχή που βρίσκεται στο κάτω μέρος της πυέλου ανάμεσα στον κόλπο και τον πρωκτό. Αποτελείται από δέρμα, λιπώδη ιστό, συνδετικό ιστό και μυς.



Εικόνα 1.7 Η φυσιολογική πύελος.

Η πύελος (Εικόνα 1.7)

Είναι μια κλειστή ζώνη που αποτελείται από τέσσερα οστά τα οποία είναι:

A. Τα δύο **ανώνυμα οστά** μπροστά και πλάγια.

B. Το **ιερό οστό** και ο **κόκκυγας** πίσω.

Τα δύο ανώνυμα οστά ενώνονται μπροστά με την **ηβική σύμφυση**. Το ιερό οστό είναι σφηνωμένο ανάμεσα στα δύο ανώνυμα οστά και έχει σχήμα πυραμίδας με τη βάση προς τα πάνω και την κορυφή προς τα κάτω. Στην κορυφή του ιερού οστού βρίσκεται ο **κόκκυγας**.

Η πύελος χωρίζεται με μια νοητή γραμμή που ονομάζεται **ανώνυμη γραμμή** στη **μεγάλη** και **μικρή πύελο**. Η μεγάλη πύελος βρίσκεται πάνω από την ανώνυμη γραμμή, ενώ η μικρή πύελος βρίσκεται κάτω από την ανώνυμη γραμμή.

Μέσα στη μικρή πύελο βρίσκονται τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας. Η μικρή πύελος έχει μεγάλη σημασία στη μαιευτική γιατί κατά τον τοκετό το έμβρυο περνάει μέσα από αυτή. Η μικρή πύελος αποτελείται από τέσσερα νοητά επίπεδα τα οποία είναι τα εξής:

- A. Το επίπεδο της εισόδου
- B. Το επίπεδο της ευρυχωρίας
- Γ. Το επίπεδο του στενού και
- Δ. Το επίπεδο της εξόδου

2.

ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΑΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Εισαγωγή

Η ζωή κάθε γυναίκας χωρίζεται σε πέντε μεγάλα στάδια, που έχουν σχέση με τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων και το ενδοκρινικό σύστημά της. Τα στάδια αυτά είναι τα εξής:

- A. Η παιδική ηλικία
- B. Η εφηβεία ή ήβη
- Γ. Η αναπαραγωγική ηλικία
- Δ. Η κλιμακτήριος με την εμμηνόπαυση και
- E. Η γεροντική ηλικία

Ωοθηκικός κύκλος

Ο ωοθηκικός κύκλος της γυναίκας ρυθμίζεται από τη λειτουργία του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των ωοθηκών.

Ο υποθάλαμος

Μέσα στον υποθάλαμο, που είναι τμήμα του εγκεφάλου, υπάρχουν ομάδες κυττάρων και ονομάζονται **πυρήνες**. Αυτοί έχουν την ικανότητα να εκκρίνουν ορμόνες ανάλογα με τα μηνύματα που λαμβάνουν είτε μέσω των νεύρων είτε μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Από συγκεκριμένους πυρήνες του υποθαλάμου παράγονται οι ορμόνες **ωκυτοκίνη** και **αντιδιουρητική**. Οι ορμόνες αυτές αποθηκεύονται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης και απελευθερώνονται ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού. Από άλλους πυρήνες του υποθαλάμου παράγεται η **ορμόνη που είναι υπεύθυνη για την παραγωγή των γοναδοτροπινών** από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης.

Υπόφυση

Η υπόφυση είναι ένας αδένας που έχει σχήμα ρεβυθιού και αποτελείται από το **σώμα** και το **μίσχο** ο οποίος τη συνδέει με τον υποθάλαμο. Η υπόφυση αποτελείται από δύο λοβούς: τον πρόσθιο και τον οπίσθιο. Ο **πρόσθιος λοβός της υπόφυσης** εκκρίνει τις εξής ορμόνες: τις γοναδοτροπίνες (FSH, LH) (Πίνακες 1.1, 1.2), τη θυρεοειδοτρόπο

(TSH), τη φλοιοτρόπο ορμόνη (ACTH), την αυξητική ορμόνη (GH) και την προλακτίνη (PRL). Από τον **οπίσθιο λοβό της υπόφυσης** ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού απελευθερώνονται η ωκυτοκίνη και η αντιδιουρητική ορμόνη, οι οποίες είναι αποθηκευμένες εκεί.

Πίνακας 1.1. Δράση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH)

- Διέγερση μερικών ωοθυλακίων για να αναπτυχθούν μέσα στις ωοθήκες
- Μετατροπή των ανδρογόνων σε οιστρογόνα στα ωοθυλάκια

Πίνακας 1.2. Δράση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH)

- Παραγωγή των ανδρογόνων στα ωοθυλάκια
- Ωοθυλακιορρηξία και δημιουργία του ωχρού σωματίου
- Παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης στο ωχρό σωμάτιο

Ωοθήκες

Από την εμβρυϊκή ζωή της γυναίκας στην ωοθήκη βρίσκονται τα **άωρα ωοθυλάκια**, τα οποία φτάνουν τις 150.000 περίπου. Το κάθε ωοθυλάκιο αποτελείται από ένα **ωάριο** που περιβάλλεται από επιθηλιακά κύτταρα και λέγεται **πρωτογενές**. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) έχει ως αποτέλεσμα τη μεταμόρφωση των ωοθυλακίων. Το ωοθυλάκιο με μια σειρά αλλαγές μετατρέπεται σε ώριμο ωοθυλάκιο που λέγεται **γρααφιανό** (Παραπομπή 1α). Συνήθως σε έναν κύκλο ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο. Μόλις αυτό ωριμάσει, με την επίδραση της LH σπάζει το περίβλημά του ωοθυλακίου και βγαίνει από μέσα το ωάριο. Αυτό ονομάζεται **ωοθυλακιορρηξία**. Συμβαίνει περιοδικά 14 ημέρες πριν από την πρώτη ημέρα της επόμενης εμμηνορρυσίας. Σε όλη την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας μεταβάλλονται σε **γρααφιανά 400-500 πρωτογενή ωοθυλάκια**.

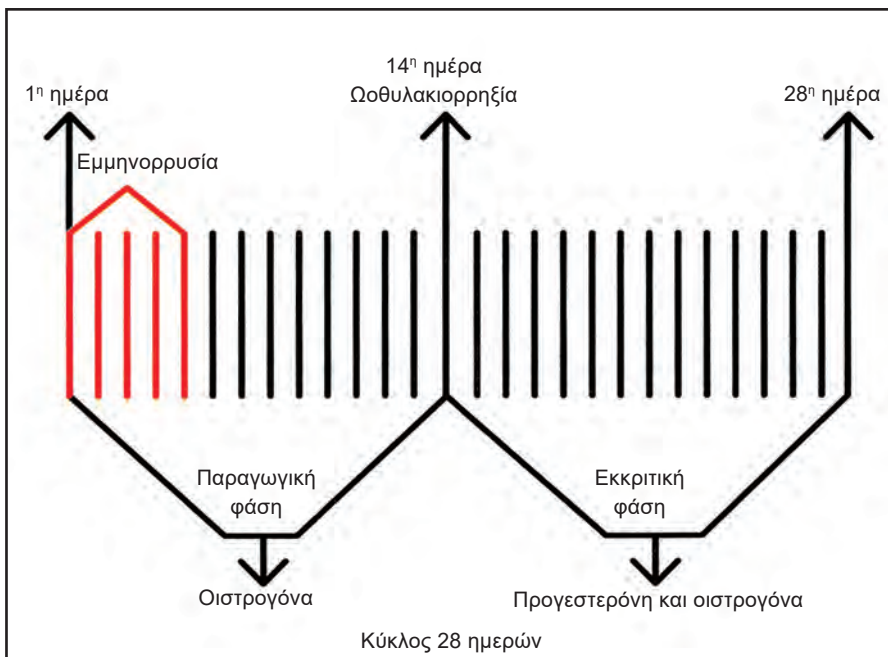
Κατά τη διάρκεια του ωοθυλακικού κύκλου οι ορμόνες της ωοθήκης –οιστρογόνα και προγεστερόνη– επηρεάζουν την απελευθέρωση των γοναδοτροπινών από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης.

Γεννητικός κύκλος

Η αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας αρχίζει με την ήβη και τελειώνει με την εμμηνόπαυση. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας είναι ο γεννητικός κύκλος. **Γεννητικός κύκλος** είναι το διάστημα από την αρχή της μιας περιόδου μέχρι την αρχή της επόμενης. Ο γεννητικός κύκλος χωρίζεται σε δύο φάσεις:

- την παραγωγική φάση και
- την εκκριτική φάση (Εικόνα 1.8)

Η ωοθυλακιορρηξία γίνεται στη μέση περίπου του γεννητικού κύκλου σε σταθερό κύκλο 28 ημερών. Εάν δε γίνει ωοθυλακιορρηξία, τότε έχουμε μόνο την παραγωγική φάση σε όλη τη διάρκεια του κύκλου γιατί δε δημιουργείται το ωχρό σωμάτιο. Το ωχρό σωμάτιο είναι υπεύθυνο για την παραγωγή προγεστερόνης και οιστρογόνων. Η πα-



Εικόνα 1.8 Κύκλος 28 ημερών.

ραγωγή της προγεστερόνης είναι υπεύθυνη για τα χαρακτηριστικά της εκκριτικής φάσης του γεννητικού κύκλου (Παραπομπή 1β). Επομένως στην περίπτωση που δε συμβεί ωοθυλακιωρρηξία ο κύκλος λέγεται **μνοφασικός**.

A. Παραγωγική φάση

Η παραγωγική φάση ρυθμίζεται από τα οιστρογόνα και αρχίζει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τα οιστρογόνα προκαλούν στο ενδομήτριο υπεραιμία, υπερπλασία και υπερτροφία.

B. Εκκριτική φάση

Η εκκριτική φάση ρυθμίζεται από την προγεστερόνη και αρχίζει μετά την ωοθυλακιωρρηξία. Η προγεστερόνη δρα στο ενδομήτριο και δημιουργεί το γλυκογόνο. Αυτό χρησιμοποιείται ως πρώτη τροφή του εμβρύου σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Εάν όμως δεν γίνει γονιμοποίηση τότε η έκκριση της προγεστερόνης μειώνεται σταδιακά και μετά από δύο εβδομάδες –από την αρχή της εκκριτικής φάσης– το προετοιμασμένο ενδομήτριο (με την υπεραιμία, υπερπλασία και υπερτροφία) πέφτει υπό μορφή αιμορραγίας. Η αιμορραγία αυτή λέγεται **έμμηνος ρύση** και εμφανίζεται κατά σταθερά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε 28 ημέρες. Η πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως αποτελεί την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου, ο οποίος αρχίζει με την παραγωγική φάση.

Εμμηνορρυσία

Η εμμηνορρυσία διαρκεί 2-5 ημέρες. Το έκκριμα της εμμηνορρυσίας αποβάλλεται από τη μήτρα και εξέρχεται από τον κόλπο. Η ποσότητα είναι 50-90 gr και περιέχει κυρίως αίμα, λίγη βλέννα, επιθήλια, τμήματα αδένων, γλυκογόνο και άλλα στοιχεία της λειτουργικής στοιβάδας του ενδομητρίου. Η εμμηνορρυσία είναι μια φυσιολογική βιολογική λειτουργία και δε θα πρέπει να δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή μας ζωή. Ορισμένες δραστηριότητες, όπως η γυμναστική, το κολύμπι κ.λπ., δεν θα πρέπει να αποφεύγονται εάν δεν υπάρχει σοβαρός λόγος όπως πολύ αίμα (μηνορραγία) ή πόνος (δυσμηνόρροια). Το αίμα της έμμηνου ρύσεως όσο βρίσκεται στον κόλπο είναι άοσμο. Όταν έρθει σε επαφή με βακτηριδία αρχίζει η αποσύνθεση οπότε αρχίζει και η δυσοσμία. Κατά την εμμηνορρυσία η γυναίκα πρέπει να φροντίζει με σχολαστικότητα την καθαριότητα του σώματός της. Απαραίτητο είναι το καθημερινό λουτρό και οι συχνές πλύσεις των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Επειδή η μήτρα τις ημέρες αυτές έχει τραυματικές επιφανείες και επειδή το αίμα της εμμηνορρυσίας είναι τροφή για τα μικρόβια, υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης.

Η εμμηνορρυσία εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την ήβη. Παίζουν ρόλο για την ηλικία εμφάνισής της πολλοί παράγοντες, όπως το κλίμα, η ιδιοσυγκρασία, η διατροφή, η κατάσταση υγείας και ο τρόπος ζωής. **Μερικές φορές η έμμηνος ρύση συνοδεύεται:**

- Από πόνο στο κάτω τμήμα της κοιλιάς ή στη μέση.
- Ναυτία που μπορεί να συνοδεύεται με εμετούς και διάρροια.
- Ψυχική διέγερση ή κατάθλιψη και ευερεθιστότητα.

Οι ενοχλήσεις αυτές αποτελούν τη δυσμηνόρροια. **Υπάρχουν δύο μορφές δυσμηνόρροιας:**

- A. Η πρωτοπαθής και
- B. Η δευτεροπαθής.

Πρωτοπαθής δυσμηνόρροια ονομάζεται η δυσμηνόρροια, όταν δεν διαπιστώνονται οργανικές βλάβες κατά την εξέταση. Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια είναι αρκετά συχνή και εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία. Ο πόνος συμπίπτει με την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας και υποχωρεί με την ανάπαυση, τη χορήγηση παυσίπονων, σπασμολυτικών ή αντισυλληπτικών χαπιών.

Δευτεροπαθής δυσμηνόρροια ονομάζεται η δυσμηνόρροια, όταν ο πόνος οφείλεται σε οργανικές βλάβες. Ο πόνος αυτός προηγείται της εμφάνισης της εμμήνου ρύσεως και μετά υποχωρεί. Συνήθως υπάρχει δυσπαρέυνεια και ανωμαλίες της περιόδου. Τα συνηθέστερα αίτια είναι τα ινομύωματα της μήτρας, η ενδομητρίωση, η ενδοπυελική φλεγμονή, οι όγκοι των ωοθηκών, οι συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης των γεννητικών οργάνων, η στένωση του τραχήλου και άλλα. Πρέπει να αναζητούνται τα αίτια και να θεραπεύονται.

Ανακεφαλαίωση

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και τα εσωτερικά. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι: Το εφήβαιο, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, η κλειτορίδα και ο παρθενικός υμένας. Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα είναι: Ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωothήκες. Η κύρια αποστολή αυτών είναι να εξυπηρετήσουν την αναπαραγωγή.

Ο κόλπος είναι όργανο συνουσίας.

Η μήτρα είναι η θέση εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου και ανάπτυξης του εμβρύου.

Η σάλπιγγα είναι η θέση γονιμοποίησης του ωαρίου.

Η ωothήκη είναι η θέση παραγωγής των ωαρίων και των γυναικείων ορμονών.

Οι ωothήκες αρχίζουν την κυκλική τους λειτουργία στην εφηβεία. Ενεργοποιείται ο υποθάλαμος που δίνει σήμα στην υπόφυση και παράγει τις γοναδοτροπίνες που ενεργοποιούν τις ωothήκες. Με την κυκλική λειτουργία των ωothικών απελευθερώνεται κάθε μήνα ένα ωάριο και οι γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα - προγεστερόνη). Αυτές προετοιμάζουν τη μήτρα να δεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αν δεν ακολουθήσει εγκυμοσύνη το προετοιμασμένο ενδομήτριο πέφτει υπό μορφή αιμορραγίας που είναι η έμμηνος ρύση και συμβαίνει κάθε 28 ημέρες περίπου.

Ερωτήσεις

1. Αντιστοιχίστε τα:

Εξωτερικά γεννητικά όργανα	Μεγάλα χείλη αιδοίου Μικρά χείλη αιδοίου Κόλπος Όρος Αφροδίτης Μήτρα
Εσωτερικά γεννητικά όργανα	Κλειτορίδα Σάλπιγγες Ωothήκες

2. Ποια είναι τα εσωτερικά γεννητικά όργανα; Ποια η λειτουργία τους;

3. Συμπληρώστε τα κενά:

- α. Το ωάριο παράγεται, γονιμοποιείται
.....και εμφυτεύεται
- β. Στην το κορίτσι μετατρέπεται σε γυναίκα με την επίδραση των που παράγονται στις

4. **Βάλτε σε σειρά τις λέξεις και φτιάξτε με αυτές φράσεις για να βγαίνει νόημα.** Υπόφυση / υποθάλαμος / ωothήκη / ωoθυλακιοτρόπος ορμόνη / εφηβεία / ωoθυλάκια / οιστρογόνα.

5. **Σημειώστε ποια από τις παρακάτω προτάσεις είναι σωστή.**

- α. Από το ώριμο ωoθυλάκιο απελευθερώνεται το γονιμοποιημένο ωάριο.

β. Από το ώριμο ωοθυλάκιο απελευθερώνεται το ωάριο με την επίδραση της ωχρινोटρόπου ορμόνης.

γ. Από το ώριμο ωοθυλάκιο απελευθερώνεται το ωάριο μόνο πριν την εγκυμοσύνη.

6. Συμπληρώστε τα κενά:

Η αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας αρχίζει με την.....
και τελειώνει με την

Η αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας χαρακτηρίζεται από τον

Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου το προετοιμάζεται για μια πιθανή

Αν δεν υπάρξει εγκυμοσύνη το ενδομήτριο πέφτει υπό μορφή αιμορραγίας που λέγεται

7. Δώστε σύντομους ορισμούς για τους παρακάτω όρους:

- έμμηνος ρύση
- εφηβεία
- δυσμηνόρροια
- γεννητικός κύκλος

8. Σημειώστε ποια πρόταση είναι σωστή και ποια λάθος:

α. Ο γεννητικός κύκλος είναι χαρακτηριστικό της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας.

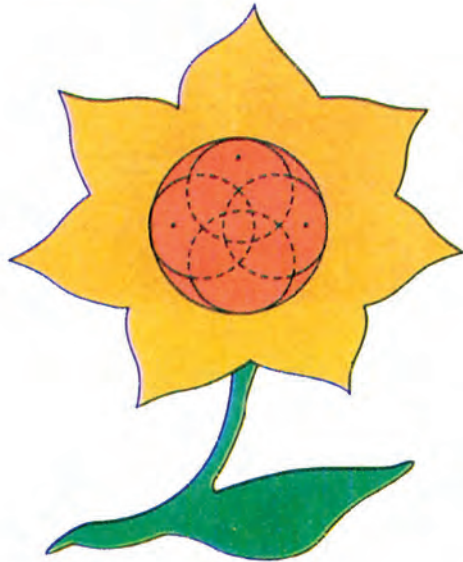
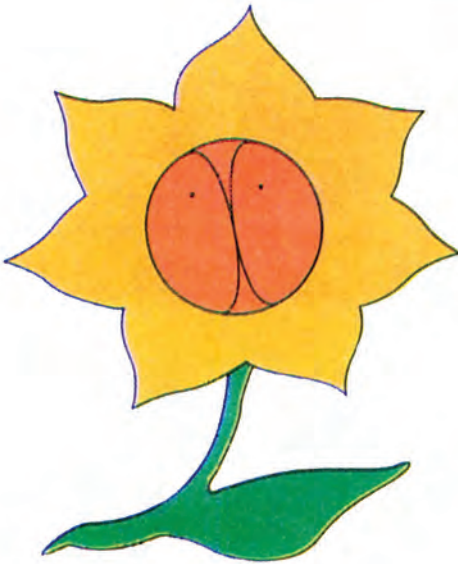
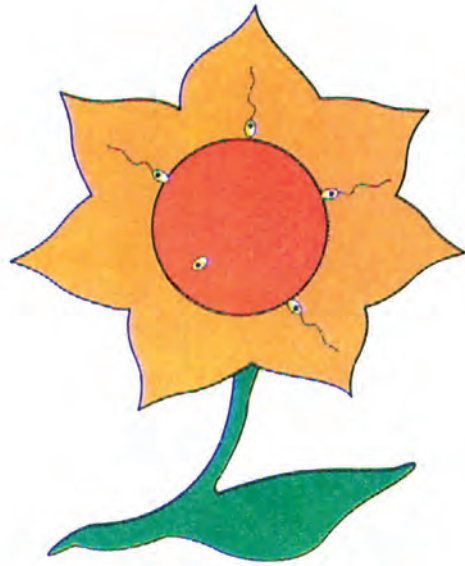
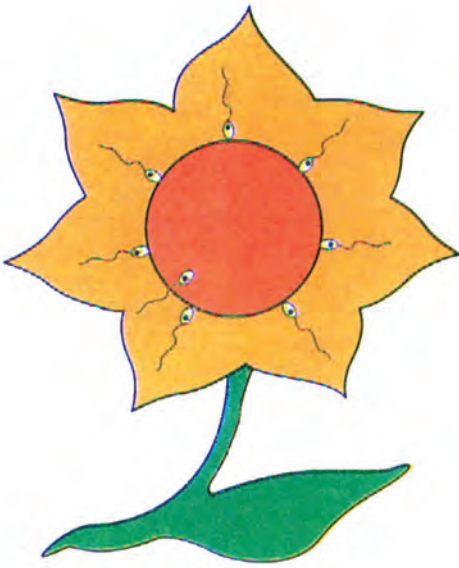
β. Η έμμηνος ρύση είναι χαρακτηριστικό του γεννητικού κύκλου.

γ. Η φυσιολογική λειτουργία των ωοθηκών είναι αναγκαία για την ομαλή λειτουργία του γεννητικού κύκλου.

δ. Το συχνό πλύσιμο των γυναικών τις μέρες της εμμήνου ρύσεως προδιαθέτει σε λοιμώξεις και δυσμηνόρροια.

ε. Η δυσμηνόρροια συνήθως δεν οφείλεται σε κάποια πάθηση.

9. Πόσες φάσεις έχει ο γεννητικός κύκλος της γυναίκας; Ποιες ορμόνες ρυθμίζουν αυτές τις φάσεις; Η ωοθυλακιόρρηξία πότε συμβαίνει;



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

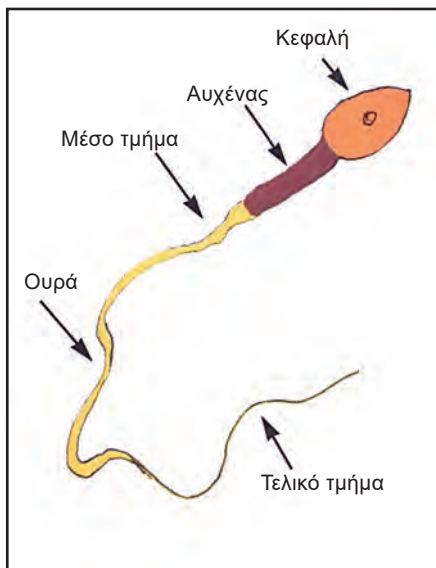
- 
- Γονιμοποίηση
 - Πώς εξελίσσεται το γονιμοποιημένο ωάριο
 - Πλακούντας - Αμνιακό υγρό
 - Έμβρυο
 - Φυσιολογικές μεταβολές στην εγκυμοσύνη
 - Διάγνωση της εγκυμοσύνης
 - Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης
 - Προγεννητικός έλεγχος
 - Γενικές οδηγίες προς την έγκυο
 - Πολύδυμη κύηση

Γονιμοποίηση είναι η συνένωση των δύο γεννητικών κυττάρων δηλαδή του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου.

Το σπερματοζώριο αποτελείται από την κεφαλή και την ουρά (Εικόνα 2.1, 2.1α) και κινείται με τη βοήθεια της ουράς του προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες από όπου κατεβαίνει το ωάριο (Εικόνα 2.2). Ο πυρήνας του σπερματοζωαρίου βρίσκεται στην κεφαλή και έχει 23 χρωμοσώματα. Τα χρωμοσώματα είναι φορείς της κληρονομικότητας του ατόμου. Τα σπερματοζωάρια παράγονται και ωριμάζουν στους όρχεις. Ζουν μέχρι 72 ώρες, γι' αυτό είναι δυνατόν να γίνει γονιμοποίηση με σεξουαλική επαφή η οποία θα έχει προηγηθεί 2-3 ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας.



Εικόνα 2.1 Σπερματοζωάρια.



Εικόνα 2.1α. Σπερματοζώριο.

Το ωάριο είναι το μεγαλύτερο κύτταρο του σώματος και βρίσκεται μέσα στο ωοθυλάκιο. Ζει 4-24 ώρες (Εικόνα 2.2). Η γυναίκα είναι γόνιμη ένα 24ωρο το μήνα. Αποτελείται από το πρωτόπλασμα και τον πυρήνα. Ο πυρήνας περιέχει τα 23 χρωμοσώματα. Συνολικά ο άνθρωπος έχει 46 χρωμοσώματα. Με κάθε γονιμοποίηση ενώνονται 23 χρωμοσώματα από το ωάριο και 23 από το σπερματοζώριο, δηλαδή έχουμε 23 ζεύγη. Τα 22 ζεύγη ρυθμίζουν τους **σωματικούς χαρακτήρες** του ατόμου, ενώ το τελευταίο είναι το **φυλετικό ζεύγος, γιατί καθορίζει το φύλο του παιδιού**. Τα φυλετικά χρωμοσώματα της γυναίκας είναι όμοια (XX), ενώ του άνδρα είναι ανόμοια (XY).

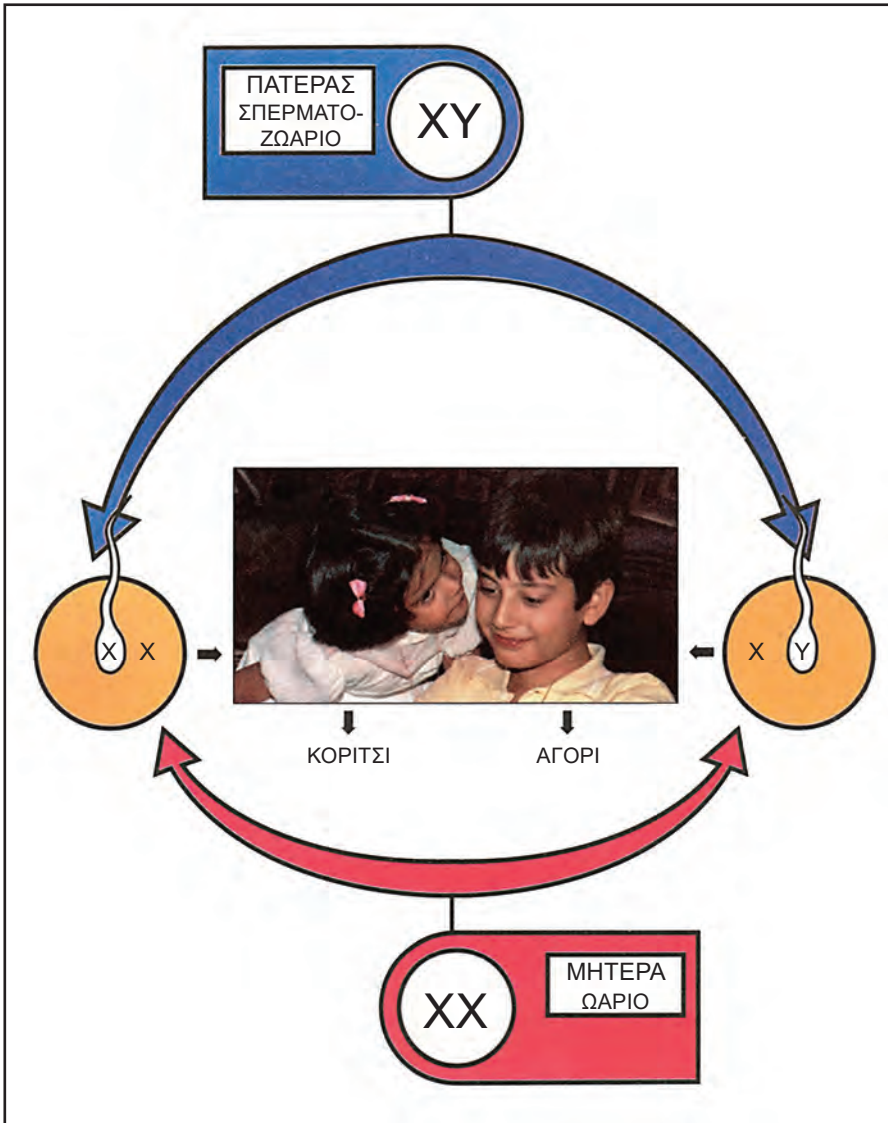


Εικόνα 2.2 Ωριμο ανθρώπινο ωάριο.

Καθορισμός φύλου

Εάν το σπερματοζωάριο που θα γονιμοποιήσει το ωάριο έχει το X φυλετικό χρωμόσωμα και επειδή το ωάριο έχει μόνο το X το παιδί που θα γεννηθεί θα έχει φυλετικό ζευγάρι **XX** άρα θα είναι **κορίτσι** (Εικόνα 2.3).

Στην περίπτωση που το σπερματοζωάριο έχει το φυλετικό χρωμόσωμα Y και επειδή το ωάριο έχει πάντα X τότε ο νέος οργανισμός που θα δημιουργηθεί θα έχει φυλετικό ζευγάρι **XY**, άρα θα είναι **αγόρι**. **Υπεύθυνος για το φύλο του παιδιού είναι ο πατέρας** (Εικόνα 2.3).



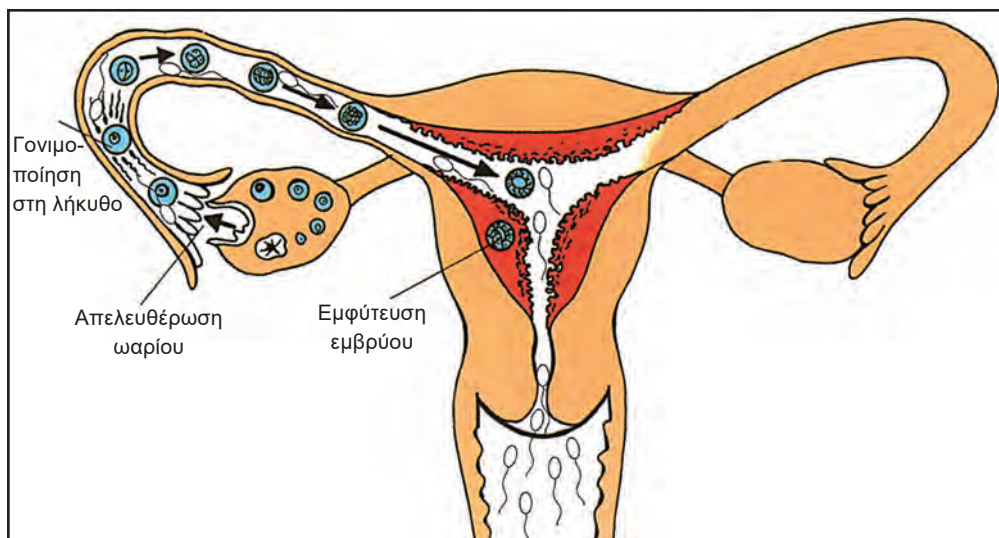
Εικόνα 2.3 Καθορισμός του φύλου.

Πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή

Υπάρχουν τρεις θεωρίες. Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη ζωή αρχίζει από τη στιγμή που θα γίνει η γονιμοποίηση. Η δεύτερη από τότε που εμφυτεύεται το γονιμοποιημένο ωάριο μέσα στη μήτρα και η τρίτη από τη στιγμή που θα είναι πλήρως σχηματισμένος άνθρωπος, δηλαδή μετά τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Αυτός είναι και ο λόγος που η πολιτεία απαγορεύει τις εκτρώσεις μετά τη 12η εβδομάδα.

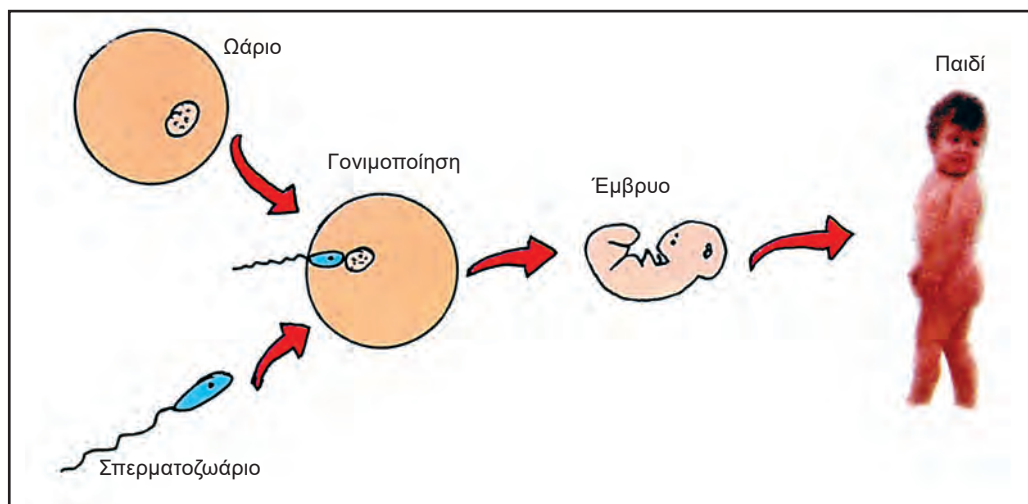
2. Πώς εξελίσσεται το γονιμοποιημένο ωάριο

Μετά την ωοθυλακιορρηξία το ωάριο συλλαμβάνεται από τους κροσούς της σάλπιγγας. Με τις περισταλτικές κινήσεις των σαλπίγγων το ωάριο προωθείται προς το εσωτερικό τους. Σε κάθε εκσπερμάτωση υπάρχουν 50-200 εκατομμύρια σπερματοζωάρια και από αυτά μόνο λίγα καταφέρνουν να φτάσουν στη σάλπιγγα. Η συνάντηση γίνεται στη

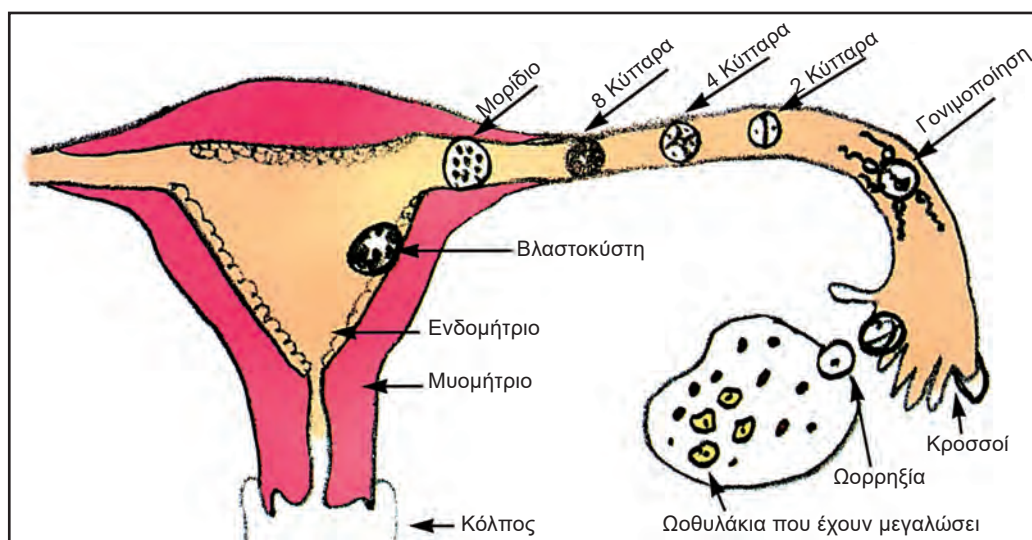


Εικόνα 2.4 Η πορεία που ακολουθεί το γονιμοποιημένο ωάριο μέχρι την εμφύτευση.

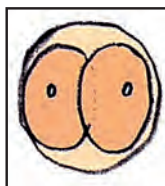
λήκυθο της σάλπιγγας (Εικόνα 2.4). Τα σπερματοζωάρια περικυκλώνουν το ωάριο και μόνο ένα καταφέρει με την κεφαλή του να τρυπήσει το τοίχωμα του ωαρίου και να μπει μέσα. **Τότε έχουμε γονιμοποίηση** (Εικόνα 2.5). Αμέσως η ουρά του κόβεται και εκφυλίζεται. Το γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο λέγεται και **ζυγώτης** προχωρεί και φθάνει στην κοιλότητα της μήτρας μέσα σε 4-6 ημέρες, όπου και εμφυτεύεται (Εικόνα 2.6). Η ανάπτυξη γίνεται με διχοτόμηση του πυρήνα. Το ένα κύτταρο γίνεται δύο (Εικόνα 2.7), τα δύο τέσσερα (Εικόνα 2.8), τα τέσσερα οκτώ (Εικόνα 2.9) και έτσι με μαθηματική ακρίβεια πολλαπλασιάζεται το γονιμοποιημένο ωάριο και παίρνει



Εικόνα 2.5 Γονιμοποίηση. Από το ωάριο και σπερματοζώαριο έως το έμβρυο και τον άνθρωπο.



Εικόνα 2.6 Εμφύτευση του εμβρύου στο ενδομήτριο της μήτρας.



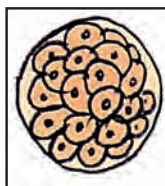
Εικόνα 2.7:
2 κύτταρα



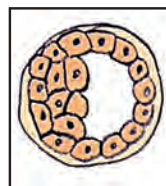
Εικόνα 2.8:
4 κύτταρα



Εικόνα 2.9:
8 κύτταρα



Εικόνα 2.9α:
μορίδιο



Εικόνα 2.10:
βλαστοκύστη

Εξέλιξη γονιμοποιημένου ωαρίου.

τη μορφή **μοριδίου** (Εικόνα 2.9α). Η ονομασία του προέρχεται από την ομοιότητά του με μούρο κατά τη μικροσκοπική εξέταση. Στο κέντρο του μοριδίου δημιουργείται μια κοιλότητα και λέγεται **βλαστοκύστη** (Εικόνα 2.10). Η βλαστοκύστη αποτελείται εξωτερικά από την **τροφοβλάστη** και εσωτερικά από την **εμβρυοβλάστη**. Από την εμβρυοβλάστη θα σχηματισθεί το έμβρυο (Παραπομπή 2α). Από την τροφοβλάστη θα σχηματισθεί το χόριο, οι λάχνες και ο πλακούντας. Στη συνέχεια και κατά την εξέλιξή του το χόριο βγάζει προσεκβολές σε όλη του την επιφάνεια που ονομάζονται **λάχνες**.

3. Πλακούντας - Αμνιακό υγρό

Οι λάχνες βοηθούν:

- στη στήριξη του εμβρύου τον πρώτο καιρό.
- στη θρέψη του εμβρύου από τον φθαρό της μήτρας.

Φθαρός: Είναι το ενδομήτριο μετά τη γονιμοποίηση.

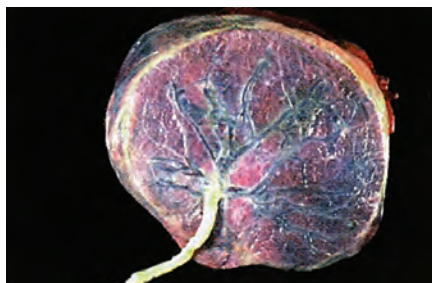
Στη θέση πρόσφυσης του πλακούντα δημιουργούνται οι **μεσολάχνιοι χώροι**. Στους μεσολάχνιους χώρους γίνεται ανταλλαγή του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακος (αναπνοή) και διαφόρων ουσιών (θρέψη) μεταξύ της μητρικής και εμβρυϊκής κυκλοφορίας, χωρίς να γίνεται ανάμιξη του αίματος των δύο κυκλοφοριών. Από τις λάχνες σχηματίζονται οι **κοτυληδόνες** και από τις κοτυληδόνες ο πλακούντας.

Ο **πλακούντας** μοιάζει με ένα δίσκο ο οποίος έχει διάμετρο 20 εκατοστά περίπου και πάχος 2-3 εκατοστά. Έχει δύο επιφάνειες. Αυτή

που είναι κολλημένη στη μήτρα (**μητρική**) (Εικόνα 2.11) και την **εμβρυϊκή επιφάνεια** (Εικόνα 2.12), η οποία καλύπτεται από το χόριο (προς τον πλακούντα) και το άμνιο (προς την αμνιακή κοιλότητα). Ο πλακούντας είναι ένα όργανο **ενδοκρινικό** που παράγει ορμόνες οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη και συγκράτηση του εμβρύου (π.χ. οιστρογόνα, προγεστερόνη, χοριακή γοναδοτροπίνη και πλακουντιακό γαλακτογόνο). Η παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τον πλακούντα αρχίζει από την 9η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Ο πλακούντας δρα σα **φίλτρο** και εμποδίζει ορισμένες ουσίες, βακτηρίδια ή ιούς να περάσουν στην κυκλοφορία του εμβρύου. Ορισμένα όμως δεν μπορεί να τα εμποδίσει π.χ. την ωχρά σπειροχαίτη που είναι το αίμα της σύφιλης και τη νικοτίνη με συνέπεια να παραδίδονται στην κυκλοφορία του εμβρύου. Δια μέσου του πλακούντα περνούν αντισώματα από τη μητέρα προς το έμβρυο, όπως π.χ. τα **αντι-Rhesus αντισώματα**. Εάν η μητέρα είναι Rhesus αρνητική και το έμβρυο



Εικόνα 2.11 Μητρική επιφάνεια του πλακούντα.



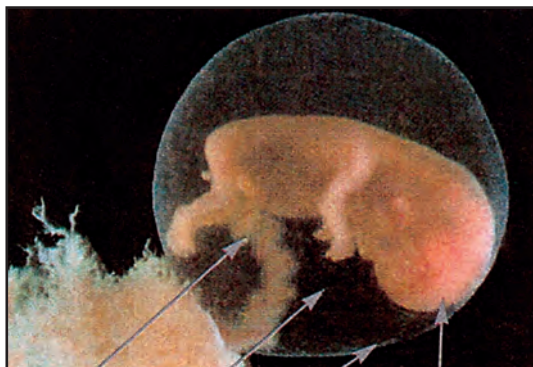
Εικόνα 2.12 Εμβρυϊκή επιφάνεια του πλακούντα.

είναι Rhesus θετικό, τότε η μητέρα παράγει αντι-Rhesus αντισώματα, σε περίπτωση που το αίμα του εμβρύου μπει στην κυκλοφορία της. Αυτό μπορεί να συμβεί στον **τοκετό** ή την **έκτρωση** ή την **αμνιοπαράκέντηση** κ.λπ. Σε επόμενη εγκυμοσύνη τα αντισώματα αυτά περνούν από τον πλακούντα και καταστρέφουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια του εμβρύου. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται **Rhesus ευαισθητοποίηση** και είναι επικίνδυνη για τη ζωή του εμβρύου. Γι αυτό τον λόγο σε μητέρες με Rhesus αρνητικό γίνεται ειδική ένεση για να αποφευχθεί η ευαισθητοποίηση μέσα σε 72 ώρες από τον τοκετό (Rhesuman).

Από τον πλακούντα περνούν και φάρμακα, ορισμένα από τα οποία μπορεί να βλάψουν το έμβρυο (Πίνακας 2.1). Για το λόγο αυτό πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί στη χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 2.1. Βλαπτική δράση μερικών φαρμάκων στο έμβρυο	
Φάρμακο	Βλαπτική επίδραση στο έμβρυο
Ανδρογόνα	• Αρρενοποίηση του θήλεος εμβρύου
Αλκοόλη	• Καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου • Διανοητική καθυστέρηση • Συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου • Εξάρτηση του νεογνού
Βαρβιτουρικά	• Σύνδρομο στέρησης του νεογνού • Εξάρτηση του νεογνού
Μορφίνη	• Καταστολή του αναπνευστικού του νεογνού • Εξάρτηση του νεογνού
Ασπιρίνη	• Αιμορραγίες του νεογνού
Στρεπτομυκίνη	• Κώφωση
Τετρακυκλίνη	• Χρώση των δοντιών • Στα πρόωρα καθυστέρηση της οστικής ανάπτυξης
Θαλιδομίδη	• Φωκομέλια*
Ναφθαλίνη	• Αιμόλυση σε έλλειψη του ενζύμου G6PD

Οι λειτουργίες του πλακούντα διαρκούν όσο και η εγκυμοσύνη, δηλαδή 40 εβδομάδες. Μετά γεννάει και δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο έργο του. Γίνεται πλέον επικίνδυνος για τη ζωή του εμβρύου. Η ανεπάρκεια αυτή λέγεται **πλακουντιακή ανεπάρκεια**. Η φυσιολογική εξέλιξη του εμβρύου καθορίζεται από την ανάπτυξη και τη λειτουργικότητα του πλακούντα.



Ομφάλιος λώρος Αμνιακό υγρό Αμνιακός σάκος Έμβρυο

Το έμβρυο ενώνεται με τον πλακούντα με τον **ομφάλιο λώρο (ομφαλίδα)** (Εικόνα 2.13). Ο ομφάλιος λώρος αποτελείται από τρία αγγεία τα οποία είναι μία ομφαλική φλέβα και δύο ομφαλικές αρτηρίες:

Εικόνα 2.13 Φαίνεται το έμβρυο, η ομφαλίδα και το αμνιακό υγρό.

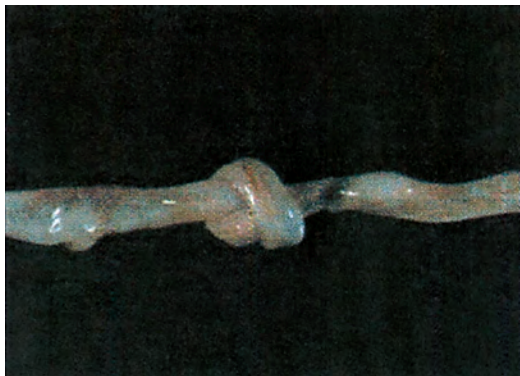
Η **ομφαλική φλέβα** μεταφέρει το οξυγονωμένο αίμα από τον πλακούντα προς το έμβρυο.

Οι **δύο ομφαλικές αρτηρίες** μεταφέρουν το ακάθαρμο αίμα από το έμβρυο προς τον πλακούντα.

Τα ομφαλικά αγγεία περιβάλλονται από μια ουσία που ονομάζεται **πηκτική ή βαρθόνειος ουσία** η οποία τα προστατεύει από τυχόν πιέσεις. Το μήκος του ομφάλιου λώρου είναι συνήθως 50 εκατοστά. Ενδέχεται όμως να είναι πολύ μεγαλύτερο ή μικρότερο. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα κατά την κύηση ή τον τοκετό. Σε κοντή ομφαλίδα μπορεί να συμβεί αποκόλληση του πλακούντα ή ρήξη της ομφαλίδας κατά τον τοκετό. Σε μεγάλου μήκους ομφαλίδα δημιουργούνται περιτυλίξεις (Εικόνα 2.14), αληθινοί κόμπιοι (Εικόνα 2.15) και ψευδοκόμπιοι (Εικόνα 2.16).



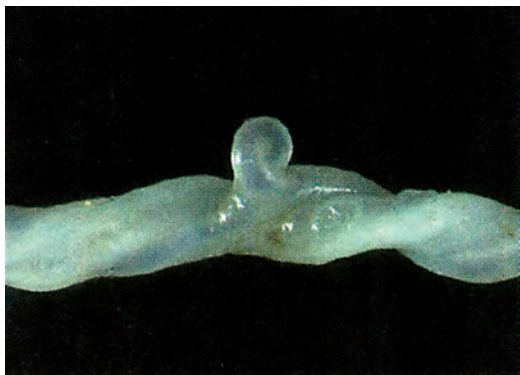
Εικόνα 2.14 Περιτύλιξη του ομφάλιου λώρου.



Εικόνα 2.15 Αληθινός κόμπος του ομφάλιου λώρου.

Αμνιακό υγρό

Το έμβρυο κολυμπάει μέσα στο αμνιακό υγρό (Εικόνα 2.13) που περιβάλλεται από τον αμνιακό σάκκο, ο οποίος αποτελείται από δύο υμένες το χόριο και το άμνιο. Το χόριο βρίσκεται προς τα έξω, ενώ το άμνιο προς τα μέσα. Στην αρχή της εγκυμοσύνης το αμνιακό υγρό παράγεται από το **άμνιο**. Στη συνέχεια από το **δέρμα** του εμβρύου και κατόπιν προστίθενται και τα **ούρα** του εμβρύου. Το αμνιακό υγρό στην αρχή είναι διαυγές, ενώ αργότερα γίνεται θολό. Περιέχει σμήγμα, τρίχες, νύχια, επιθήλια, ούρα κ.λπ. Το έμβρυο καταπίνει μία ποσότητα του αμνιακού υγρού. Η ποσότητά του την 30ή εβδομάδα της εγκυμοσύνης είναι περίπου 2 λίτρα, ενώ την 38η εβδομάδα μειώνεται στο 1 λίτρο, έτσι ώστε σε παράταση της εγκυμοσύνης να υπάρχει σημαντική μείωση.



Εικόνα 2.16 Ψευδοκόμπος του ομφάλιου λώρου.

Λειτουργίες του αμνιακού υγρού

- Προστατεύει το έμβρυο από τις εξωτερικές κακώσεις.
- Προστατεύει τα αγγεία της ομφαλίδας από την πίεση.
- Επιτρέπει στο έμβρυο να κινείται ελεύθερα μέσα στη μήτρα.
- Την ώρα του τοκετού βοηθάει στην ομοιόμορφη διαστολή του μητρικού στομίου.
- Βοηθάει στη διατήρηση της θερμοκρασίας του εμβρύου.
- Βοηθάει στην έξοδο του εμβρύου κατά τον τοκετό.

4. Έμβρυο

Ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου (Εικόνες 2.17, 2.18)

Το αρχικό γεννητικό σύστημα είναι ίδιο και στα δύο φύλα μέχρι την 6η εβδομάδα που αρχίζει η διαφοροποίηση του φύλου. Η **διαφοροποίηση του φύλου** καθορίζεται από την ύπαρξη του Υ χρωμοσώματος το οποίο είναι υπεύθυνο για τον σχηματισμό των όρχεων και την παραγωγή των ανδρογόνων από αυτούς. Τα ανδρογόνα είναι υπεύθυνα για το σχηματισμό των εξωτερικών γεννητικών οργάνων του άρρενος. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει Υ χρωμόσωμα ή τα ανδρογόνα δεν μπορούν να ασκήσουν τη δράση τους, το έμβρυο εξελίσσεται σε θήλυ. Η ανάπτυξη του ουροποιητικού συνδέεται με την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος.

Κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου και προς το τέλος της εγκυμοσύνης, παράγονται ειδικές ουσίες που επαλείφουν τις κυψελίδες των πνευμόνων, για να λειτουργήσουν φυσιολογικά οι πνεύμονες



Εικόνα 2.17 Ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου.

του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό. **Αναπνευστικές κινήσεις του εμβρύου** παρατηρούνται από τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Η **καρδιά** αρχικά αναπτύσσεται σαν ένας σωλήνας. Κατά την 4η-5η εβδομάδα της εγκυμοσύνης οι **καρδιακοί παλμοί** εμφανίζονται σε συχνότητα 65 παλμούς/λεπτό. Η οριστική **κυκλοφορία του εμβρύου** έχει αναπτυχθεί την 11η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και οι καρδιακοί παλμοί αυξάνονται σε

140 παλμούς /λεπτό. Στην εμβρυϊκή κυκλοφορία η οξυγόνωση του αίματος γίνεται στον πλακούντα και όχι στους πνεύμονες, όπως γίνεται στην κυκλοφορία των ενηλίκων. Επίσης βασική διαφορά στην κυκλοφορία του εμβρύου είναι ότι οι φλέβες μεταφέρουν το καθαρό και οξυγονωμένο αίμα και οι αρτηρίες το ακάθαρμο με το διοξείδιο του άνθρακα. Η εμβρυϊκή κυκλοφορία με τη μητρική κυκλοφορία είναι εντελώς ανεξάρτητες μεταξύ τους. Ανταλλάσσουν ουσίες με διαπίδυση, διήθηση και ενεργητική συμμετοχή του πλακούντα.



Εικόνα 2.18

Στη 10η εβδομάδα της εγκυμοσύνης παράγονται τα **λευκοκύτταρα** τα οποία παρέχουν την άμυνα του εμβρύου σε διάφορες λοιμώξεις.

Το έμβρυο καταπίνει αμνιακό υγρό και από το μέσον της εγκυμοσύνης παρατηρούνται περισταλτικές κινήσεις του εντέρου. Η πέψη των κυττάρων και πρωτεϊνών του αμνιακού υγρού έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του **μηκώνιου ή των κοπράνων του εμβρύου**. Το μηκόνιο συνήθως παραμένει μέσα στο έντερο και εμφανίζεται στο αμνιακό υγρό μόνο κάτω από συνθήκες εμβρυϊκής ασφυξίας.

Στο τέλος της 8ης εβδομάδας το μήκος του εμβρύου είναι 4 εκατοστά. Το χαρακτηριστικό του εμβρύου είναι το **μεγάλο κεφάλι** στο οποίο διακρίνονται τα μάτια και τα αυτιά του.

Στο τέλος της 12ης εβδομάδας το έμβρυο αναγνωρίζεται ως άνθρωπος, γιατί έχουν σχηματισθεί όλα τα όργανα τα οποία στη συνέχεια θα αναπτυχθούν, φαίνεται το φύλο του παιδιού και έχει μήκος 9 εκατοστά.

Στο τέλος της 16ης εβδομάδας αρχίζει να βγάζει σε όλο του το σώμα χνουδί και εμφανίζονται τα νύχια, το μήκος του είναι 15 εκατοστά.

Την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης το βάρος του εμβρύου είναι μεγαλύτερο από 1 κιλό και το μήκος του 35 εκατοστά. Αρχίζει να εμφανίζεται σμήγμα στο σώμα του το οποίο το προφυλάσσει από τη διάβρωση του αμνιακού υγρού.

Την 36η εβδομάδα της εγκυμοσύνης το βάρος του εμβρύου είναι περίπου 2,5 κιλά και το μήκος του 45 εκατοστά.

Την 40ή εβδομάδα της εγκυμοσύνης έχει πλήρη ωριμότητα, το βάρος του εμβρύου είναι 3,5 κιλά περίπου και το μήκος του 50 εκατοστά περίπου.

5. Φυσιολογικές μεταβολές στην εγκυμοσύνη



Εικόνα 2.19
Εγκυμονούσα.

Με την εγκυμοσύνη δημιουργούνται ορισμένες μεταβολές στον οργανισμό της γυναίκας (Εικόνα 2.19). Αυτές μέχρι ένα ορισμένο σημείο είναι φυσιολογικές. Οι υπερβολικές μεταβολές μετατρέπουν τις φυσιολογικές καταστάσεις σε παθολογικές.

Δέρμα

Το δέρμα του προσώπου, του αιδοίου καθώς και γύρω από τη θηλή του μαστού και κατά μήκος της μέσης γραμμής των κοιλιακών τοιχωμάτων εμφανίζει **μελάχρωση**. Η μελάχρωση του δέρματος του προσώπου ονομάζεται **μητρικό χλόασμα**. Επίσης, στο δέρμα της κοιλιάς και των μαστών μπορεί να δημιουργηθούν **ραβδώσεις** οι οποίες στην αρχή είναι ρόδινες και στη συνέχεια γίνονται λευκές και παραμένουν σε όλη τη ζωή της γυναίκας. Στην πρόληψη των ραβδώσεων μπορεί να βοηθήσουν οι βαζελινούχες κρέμες.

Γεννητικά όργανα

Κατά την εγκυμοσύνη ο **κόλπος** και το **αιδοίο** γίνονται υπεραιμικά και εμφανίζουν μελάχρωση. Ο βλεννογόνος παχαίνει και οι πτυχές μεγαλώνουν. Επίσης, το μήκος του κόλπου αυξάνεται.

Ο τράχηλος της μήτρας γίνεται πιο μαλακός από το οίδημα και την υπερπλασία των αδένων του και παίρνει χρώμα κυανέρυθρο. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης γίνεται βραχύς και λίγο πριν την έναρξη του τοκετού το μήκος του εξαφανίζεται (**εξάλειψη του τραχήλου**). Ακόμη, η υπερτροφία των αδένων του τραχήλου έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή τραχηλικής βλέννας που προστατεύει μηχανικά από τις λοιμώξεις.

Το μήκος της μήτρας αυξάνεται από 9 εκατοστά σε 32 εκατοστά, το βάρος από 50 γρ. σε 1000 γρ. και η χωρητικότητά της κατά 1000 φορές. Η αύξηση αυτή της μήτρας οφείλεται σε υπερπλασία και υπερτροφία των μυϊκών ινών.

Στις ωοθήκες σταματούν να ωριμάζουν τα ωοθυλάκια και μέχρι την 9η εβδομάδα της εγκυμοσύνης υπάρχει το ωχρό σωματίο.

Μαστοί

Οι μαστοί διογκώνονται λόγω της υπερπλασίας και υπερτροφίας των μαζικών αδένων με τη δράση των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και της αυξητικής ορμόνης που παράγονται από τον πλακούντα. Η θηλή μεγαλώνει και στην άλω δημιουργούνται μικρές προεξοχές που

ονομάζονται **φυμάτια του Montgomery** και οφείλονται στην υπερτροφία των σημηματογόνων αδένων. Από τον 3ο με 4ο μήνα της εγκυμοσύνης παράγεται από τα κύτταρα των κυψελίδων των μαστών το πύαρ (πρωτόγαλα).

Καρδιαγγειακό σύστημα

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνεται η παροχή αίματος από την καρδιά. Όσον αφορά την αρτηριακή πίεση αυτή πέφτει στην αρχή της εγκυμοσύνης, ενώ αργότερα ανεβαίνει σταδιακά και στο τέλος της είναι περίπου ίση με την αρτηριακή πίεση που είχε η εγκυμονούσα πριν την εγκυμοσύνη. Λόγω της χαλάρωσης των τοιχωμάτων των φλεβών και της φλεβικής στάσεως εμφανίζονται **κιρσοί** στα κάτω άκρα και στα εξωτερικά γεννητικά όργανα.

Αιμοποιητικό σύστημα

Από τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης αυξάνεται ο **όγκος του πλάσματος**. Επίσης αυξάνεται και ο όγκος των **ερυθρών αιμοσφαιρίων**. Όμως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη μειώνονται γιατί η αύξηση του όγκου του πλάσματος είναι μεγαλύτερη από την αύξηση του όγκου των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Τα **λευκά αιμοσφαίρια** αυξάνονται κατά την κύηση.

Αναπνευστικό σύστημα

Με την αύξηση του μεγέθους της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται άνοδος του διαφράγματος με αποτέλεσμα την ελάττωση της χωρητικότητας του θώρακα. Έτσι σε συνδυασμό με τις αυξημένες ανάγκες σε οξυγόνο μπορεί να εμφανισθεί **ταχύπνοια** και μερικές φορές **δύσπνοια**.

Ουροποιητικό σύστημα

Χαρακτηριστική είναι η **συχνουρία**. Στην αρχή της εγκυμοσύνης οφείλεται στην υπεραιμία της ουροδόχου κύστεως. Στο τέλος της εγκυμοσύνης οφείλεται στην υπεραιμία και στην πίεση της ουροδόχου κύστεως από το κεφάλι του εμβρύου. Σπανίως μπορεί να συμβεί **ουρολοίμωξη**, επειδή πιέζονται οι ουρητήρες από τη μήτρα που είναι διογκωμένη με αποτέλεσμα τη στάση των ούρων.

Πεπτικό σύστημα

Τα ούλα γίνονται υπεραιμικά και αιμορραγούν εύκολα. Από το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης εμφανίζεται **αίσθημα καύσου** το οποίο οφείλεται σε παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου από το στομάχι προς τον οισοφάγο. Επίσης, στην αρχή της εγκυμοσύνης μπορεί να παρατηρηθούν **ναυτία** και **έμετοι**. Ο μεγάλος αριθμός εμέτων ονομάζεται **υπερέμεση**. Στην αρχή της εγκυμοσύνης παρατηρείται **δυ-**

σκοιλιότητα λόγω ατονίας του πεπτικού σωλήνα από τη δράση της προγεστερόνης. Η εμφάνιση **αιμορροΐδων** είναι συχνή στην εγκυμοσύνη και οφείλεται στην αυξημένη φλεβική πίεση και τη δυσκοιλιότητα.

Ψυχικές μεταβολές

Η γυναίκα μπορεί να έχει φοβίες, άγχος και μελαγχολία. Επίσης, μπορεί να είναι πολύ ευερέθιστη και χρειάζεται κατανόηση και ειδική μεταχείριση. Σε σπάνιες περιπτώσεις χρειάζεται παρακολούθηση από ψυχίατρο.

Μυοσκελετικό σύστημα

Η εγκυμονούσα για να στηρίξει το σώμα της, λόγω αλλαγής του κέντρου βάρους, παίρνει μια χαρακτηριστική στάση που λέγεται **λόρδωση της εγκυμοσύνης**.

6. Διάγνωση της εγκυμοσύνης

Η διάγνωση της εγκυμοσύνης στηρίζεται στα συμπτώματα της αρχόμενης εγκυμοσύνης, στα πιθανά σημεία της εγκυμοσύνης και στα βέβαια σημεία της.

Συμπτώματα της αρχόμενης εγκυμοσύνης

1. Η καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως.
2. Η ναυτία και οι έμετοι.
3. Η αύξηση του βάρους του σώματος.
4. Η διόγκωση των μαστών.
5. Η συχνουρία.

Πιθανά σημεία της εγκυμοσύνης

1. Το χλόασμα της εγκυμοσύνης.
2. Οι ραβδώσεις στο δέρμα της κοιλιάς και των μαστών.
3. Ευρήματα από τη γυναικολογική εξέταση (Παραπομπή 2β).

Βέβαια σημεία της εγκυμοσύνης

1. Οι κινήσεις του εμβρύου.
2. Η ακρόαση των παλμών του εμβρύου.
3. Η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου.
4. Η υπερηχογραφική απεικόνιση του εμβρύου.

Οι κινήσεις του εμβρύου λέγονται και **σκιρτήματα του εμβρύου** και γίνονται αντιληπτά μεταξύ της 16ης και 20ής εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Τα σκιρτήματα γίνονται πιο γρήγορα αντιληπτά στις πολύτοκες σε σχέση με τις πρωτότοκες.

Η ακρόαση των παλμών του εμβρύου γίνεται είτε με το κλασικό **κοιλιοσκόπιο** είτε το **σονικέϊτ** που στηρίζεται στους υπερήχους. Με το κοιλιοσκόπιο γίνεται από τη 17η-20ή εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ενώ με το σονικέϊτ από την 11η εβδομάδα.

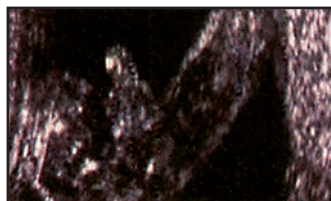
Με το κοιλιακό υπερηχογράφημα ο **ενδομήτριος σάκκος του εμβρύου** γίνεται ορατός από την 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Από την 7η εβδομάδα της εγκυμοσύνης είναι ορατοί υπερηχογραφικώς οι **καρδιακοί παλμοί του εμβρύου**, ενώ από τη 10η εβδομάδα είναι ορατά το **κεφάλι**, το **σώμα** και τα **μέλη του εμβρύου**. Από τη 16η εβδομάδα είναι ορατά τα γεννητικά όργανα. (Εικόνα 2.20 έμβρυο 7 εβδομάδων, 2.20α. φαίνονται τα πέλματα, 2.20β. φαίνονται τα γεννητικά όργανα).



Εικόνα 2.20 έμβρυο 7 εβδομάδων.



Εικόνα 2.20α. φαίνονται τα πέλματα του εμβρύου.



Εικόνα 2.20β. φαίνονται τα γεννητικά όργανα του εμβρύου.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Όπως προαναφέραμε από τον πλακούντα παράγεται η **χοριακή γοναδοτροπίνη**. Η χοριακή γοναδοτροπίνη μπορεί να ανιχνευθεί στο αίμα (**β-hCG**) ή τα ούρα της γυναίκας (**τεστ κύησης**) και χρησιμεύει για τη διάγνωση της εγκυμοσύνης. Η χοριακή γοναδοτροπίνη ανιχνεύεται στο αίμα επτά ημέρες μετά τη σύλληψη (δηλαδή πριν την καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως), ενώ στα ούρα την 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Προσδιορισμός της πιθανής ημερομηνίας του τοκετού (Π.Η.Τ.)

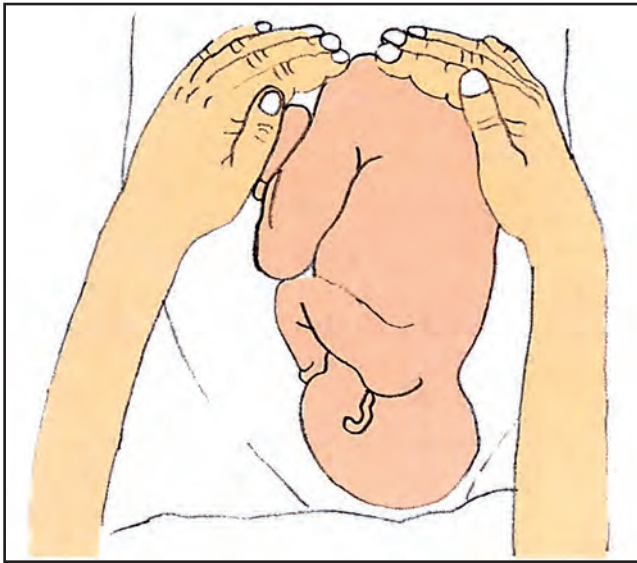
Η διάρκεια της εγκυμοσύνης στον άνθρωπο ανέρχεται σε 280 ημέρες ή 40 βδομάδες. Η πιθανή ημερομηνία του τοκετού προσδιορίζεται με τον κανόνα του Naegel. Σε γυναίκες με κύκλο 28 ημερών στην 1η ημέρα της τελευταίας εμμήνου ρύσεως (Τ.Ε.Ρ.) προσθέτουμε 10 ημέρες και 9 μήνες ή στην 1η ημέρα της Τ.Ε.Ρ. προσθέτουμε 10 ημέρες και αφαιρούμε 3 μήνες.

Πίνακας. Κανόνας του Naegel για προσδιορισμό της Π.Η.Τ. σε γυναίκες με κύκλο 28 ημερών.

- A. 1η ημέρα της Τ.Ε.Ρ. + 10 ημέρες + 9 μήνες
B. 1η ημέρα της Τ.Ε.Ρ. + 10 ημέρες - 3 μήνες

Π.χ. η εγκυμονούσα που είχε ως πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμήνου ρύσεως την 5/4/99. Αυτή θα γεννήσει:

1. Π.Η.Τ. = 1η ημέρα της Τ.Ε.Ρ. + 10 ημέρες + 9 μήνες
 $\gg = 5/4/99 + 10 \gg + 9 \gg = 15/1/2000$
2. Π.Η.Τ. = 1η ημέρα της Τ.Ε.Ρ. + 10 ημέρες - 3 μήνες
 $\gg = 5/4/99 + 10 \gg - 3 \gg = 15/1/2000$



Εικόνα 2.21 Πρώτος χειρισμός του Λεοπόλδου. Ψηλάφηση του πυθμένα της μήτρας. Καθορισμός θέσης εμβρύου.



Εικόνα 2.22 Δεύτερος χειρισμός του Λεοπόλδου. Ψηλάφηση των πλαγίων τοιχωμάτων της μήτρας. Καθορισμός θέσης και σχήματος του εμβρύου.

Μια φυσιολογική κύηση και ένας ομαλός τοκετός είναι προϋποθέσεις για την υγεία και τη φυσιολογική ανάπτυξη του νέου ατόμου. Την καλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης παρακολουθεί ο μαιευτήρας και η μαία ή μαιευτής. Η παρακολούθηση γίνεται με κλινική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις.

Κλινική εξέταση

Η εγκυμονούσα πρέπει να επισκέπτεται το γιατρό της μια φορά το μήνα, εάν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος. Σε κάθε επίσκεψη ελέγχεται η αρτηριακή πίεση, η παρουσία οιδημάτων και το σωματικό βάρος. Επίσης, γίνεται επισκόπηση, ψηλάφηση της κοιλιάς και ακρόαση των παλμών του εμβρύου. Η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση με γυμνωμένη την κοιλιά της από την ξιφοειδή απόφυση μέχρι την ηβική σύμφυση. Με την επισκόπηση παρατηρούμε το σχήμα και το ύψος της μήτρας. Η ψηλάφηση γίνεται με τους χειρισμούς του Λεοπόλδου (Εικόνες 2.21, 2.22, 2.23).

Αναμενόμενο ύψος του πυθμένα της μήτρας ανάλογα με την εβδομάδα της εγκυμοσύνης

Εβδομάδα της εγκυμοσύνης	Αναμενόμενο ύψος του πυθμένα της μήτρας
Τη 12η εβδομάδα	Στην ηβική σύμφυση
Τη 16η εβδομάδα	Δύο δάκτυλα πάνω από την ηβική σύμφυση
Την 20ή εβδομάδα	Στο μέσον της ηβικής σύμφυσης και του ομφαλού
Την 24η εβδομάδα	Στο ύψος του ομφαλού
Την 28η εβδομάδα	Δύο δάκτυλα πάνω από τον ομφαλό
Την 32η εβδομάδα	Στο μέσον του ομφαλού και της ξιφοειδούς απόφυσης
Την 36η εβδομάδα	Στην ξιφοειδή απόφυση
Την 40ή εβδομάδα	Δύο δάκτυλα κάτω από την ξιφοειδή απόφυση

Σε κάθε επίσκεψη γίνεται ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου. Η ακρόαση γίνεται στο σημείο που εφάπτεται η ράχη του εμβρύου στα κοιλιακά τοιχώματα. Η συχνότητα των παλμών του εμβρύου είναι 120-140 παλμοί ανά λεπτό, δηλαδή περίπου διπλάσιοι από τους παλμούς της μητέρας.

Στην πρώτη επίσκεψη της εγκύου λαμβάνονται πληροφορίες για

- Το ατομικό ιστορικό της εγκύου.
- Το οικογενειακό ιστορικό.
- Το μαιευτικό ιστορικό (προηγούμενες κυήσεις, αποβολές, τοκετούς κ.λπ.).
- Την παρούσα κύηση.
- Την τελευταία έμμηνο ρύση.



Εικόνα 2.23 Τρίτος χειρισμός του Λεοπόλδου. Ψηλάφηση της μήτρας πάνω από την ηβική σύμφυση. Εμπέδωση.

Εξετάσεις στην αρχή της εγκυμοσύνης

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται είναι οι εξής:

1. **Γενική αίματος.** Προσδιορίζεται η αιμοσφαιρίνη, ώστε να αποκλεισθεί η πιθανότητα αναιμίας.
2. **Παράγοντας Rhesus** (παραπομπή 2γ).
3. **Ομάδα αίματος.**

4. **Ηλεκτροφόρηση της αιμοσφαιρίνης** για να διαπιστωθεί εάν η εγκυμονούσα είναι φορέας μεσογειακής αναιμίας.

5. **Γενική ούρων.** Αναζητάται η ύπαρξη γλυκόζης ή λευκώματος στα ούρα.

6. **Έλεγχος για ερυθρά, ηπατίτιδα Β και C, τοξοπλάσμωση, κυτταρομεγαλοϊό, σύφιλη και HIV.**

7. **Υπερηχογράφημα** για τον καθορισμό της ηλικίας της κύησης και της θέσης εμφύτευσης του κυήματος.

Η γενική ούρων επαναλαμβάνεται κάθε μήνα, ενώ η γενική αίματος επαναλαμβάνεται τρεις με τέσσερις φορές σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τη 16η εβδομάδα πρέπει να γίνεται καλλιέργεια ούρων σε όλες τις εγκυμονούσες.

Εξετάσεις στο τρίτο τρίμηνο της κύησης

Κάθε έγκυος πρέπει να εξετάζεται για διαβήτη μεταξύ της 24ης και 28ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Επίσης, πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες έλεγχος των ούρων και του κολποτραχηλικού υγρού για **β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Β**. Επίσης, την 32η εβδομάδα της εγκυμοσύνης γίνεται ένα **νέο υπερηχογράφημα** για να ελεγχθεί εάν το έμβρυο αναπτύσσεται κανονικά.

8. Προγεννητικός έλεγχος

Προγεννητικός έλεγχος είναι οι ειδικές εξετάσεις που γίνονται είτε στη μητέρα είτε στο έμβρυο με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση ανωμαλιών του εμβρύου και την ανάλογη αντιμετώπισή τους. Ο προγεννητικός έλεγχος γίνεται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Ηλικία της εγκυμονούσας άνω των 35 ετών
- Γνωστή χρωμοσωμική ανωμαλία σε έναν από τους δύο γονείς
- Ιστορικό γέννησης παιδιού με χρωμοσωμική ανωμαλία (σύνδρομο Down)
- Ιστορικό αιματολογικής νόσου (π.χ. μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία)
- Ιστορικό μεταβολικού νοσήματος στην οικογένεια
- Κίνδυνος για ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ.

Ο προγεννητικός έλεγχος περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

• **Μέτρηση αυχενικής πτυχής.** Γίνεται μεταξύ της 11ης και 13ης εβδομάδας.

• **Τριπλό τεστ (Α τεστ).** Γίνεται τη 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Μετρώνται στον ορό του αίματος της εγκύου τρεις ορμόνες: η οιστριόλη, η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη και η ελεύθερη β-hCG (χοριακή γοναδοτροπίνη). Με τις τιμές των ορμονών αυτών σε συνδυασμό με την ηλικία της γυναίκας και το υπερηχογράφημα υπολογίζεται η πιθανότητα να γεννηθεί παιδί με κάποια ανωμαλία.

• **Ανατομικό υπερηχογράφημα.** Γίνεται την 20ή εβδομάδα της εγκυμοσύνης και αναζητούνται ανωμαλίες στη διάπλαση του εμβρύου (Εικόνα 2.24).

- **Λήψη τροφοβλάστης.** Γίνεται μεταξύ 10ης και 12ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Η λήψη γίνεται με παρακέντηση των κοιλιακών τοιχωμάτων με τη βοήθεια των υπερήχων. Λαμβάνεται τροφοβλαστικός ιστός που εξετάζεται. Η απάντηση βγαίνει σε 24 ώρες.

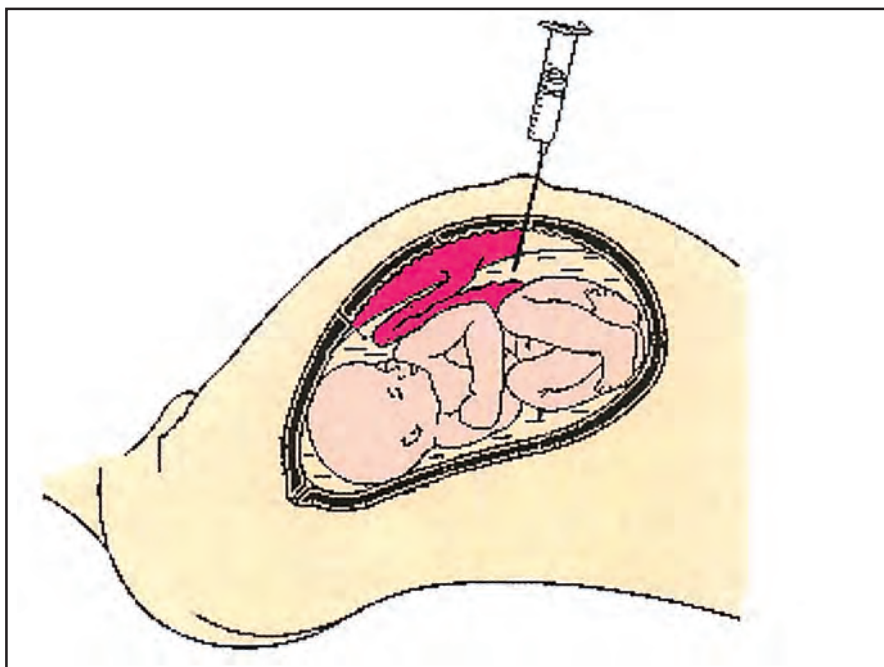


Εικόνα 2.24 Υπερηχογραφικός έλεγχος στην εγκυμοσύνη.

- **Αμνιοπαρακέντηση.** Αμνιοπαρακέντηση γίνεται μεταξύ 15ης και 17ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Γίνεται με παρακέντηση των κοιλιακών τοιχωμάτων με τη βοήθεια των υπερήχων. Λαμβάνεται αμνιακό υγρό το οποίο εξετάζεται. Η απάντηση βγαίνει μετά από 3 εβδομάδες (Εικόνα 2.25).

Οι νόσοι που μπορεί να ελεγχθούν προγεννητικά φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

- Ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ. (π.χ. δισχιδής ράχη, μηνιγγομυελοκήλη)
- Αιματολογικές νόσοι (π.χ. μεσογειακή αναιμία)
- Διάφορες χρωμοσωμικές ανωμαλίες (π.χ. σύνδρομο Down)
- Δερματικές νόσοι
- Διαταραχές του μεταβολισμού
- Ινοκυστική νόσος κ.λπ.



Εικόνα 2.25 Αμνιοπαρακέντηση.

Η **διατροφή** της εγκύου πρέπει να είναι πλούσια:

- σε πρωτεΐνες (κρέας, γάλα, ψάρια),
- υδατάνθρακες (π.χ. δημητριακά, χόρτα, φρούτα),
- βιταμίνες και μέταλλα.

Συνήθως δε χρειάζεται επιπρόσθετο ασβέστιο, γιατί οι γυναίκες το παίρνουν με το γάλα ή το τυρί. Η έγκυος χρειάζεται επιπρόσθετη χορήγηση σιδήρου και μικρή ποσότητα φυλλικού οξέος καθημερινά μετά την 20ή εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Η **αύξηση του σωματικού βάρους** δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10 κιλά. Χρειάζεται συχνή παρακολούθηση από την ίδια.

Η έγκυος πρέπει καθημερινά να φροντίζει την **καθαριότητα του σώματός της** (ντους).

Πρέπει να γίνεται καθημερινά **περιποίηση και επάλειψη του δέρματος της κοιλιάς και του στήθους** με βαζελινούχες κρέμες ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία ραβδώσεων. Επίσης πρέπει να φοράει ειδική ζώνη της εγκυμοσύνης και στηθόδεσμο μετά την 20ή εβδομάδα της κύησης για να αποφευχθεί η χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων και του στήθους. Η ζώνη επίσης την προστατεύει από την οσφυαλγία. Οι θηλές καθαρίζονται καθημερινά και γίνονται ορισμένες ασκήσεις για να προετοιμασθούν για το θηλασμό. **Η συνουσία επιτρέπεται μέχρι την 36η εβδομάδα εάν δεν υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα.**

Η καλύτερη άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι το καθημερινό περπάτημα και το κολύμπι (Εικόνα 2.26).

Τα ταξίδια δε θεωρούνται επικίνδυνα κατά την εγκυμοσύνη. Όμως η έγκυος θα πρέπει να κινείται κάθε 2 ώρες για να αποφευχθεί η φλεβική στάση του αίματος και ο κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας.

Η καθημερινή **ανάπαυση** (Εικόνα 2.27) μετά το μεσημεριανό φαγητό είναι απαραίτητη. Τη νύχτα θα πρέπει να κοιμάται 8 ώρες περίπου.



Εικόνα 2.26 Κολύμπι.

Την ώρα του ύπνου θα πρέπει κάτω από τα πόδια να υπάρχει ένα μαξιλάρι για να βοηθάει την επαναφορά του αίματος στην καρδιά.

Η έγκυος **μπορεί να εργάζεται** με την προϋπόθεση ότι η φύση της εργασίας δεν της δημιουργεί υπερκόπωση και προβλήματα στην κύηση.

Τα ρούχα που θα φοράει η έγκυος πρέπει να είναι ευρύχωρα. Απαγορεύονται οι καλτσοδέτες γιατί εμποδίζουν τη φλεβική κυκλοφορία. Τα παπούτσια πρέπει να είναι ευρύχωρα με μικρό και μονοκόμματο τακούνι.

Υγιεινή των δοντιών: Οι εγκυμονούσες μπορεί να παρουσιάσουν και μάλιστα συχνότερα από τις άλλες γυναίκες προβλήματα με τα δόντια τους. Επιτρέπεται και πρέπει να γίνεται η κατάλληλη οδοντική θεραπεία σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Το κάπνισμα αποτελεί μεγάλο κίνδυνο στην εγκυμοσύνη. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος γέννησης των νεογνών.

Η λήψη αλκοολούχων ποτών πρέπει να αποφεύγεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί προκαλεί το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο με καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη και συγγενείς ανωμαλίες.

Η λήψη φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται, γιατί τα περισσότερα φάρμακα περνούν στον πλακούντα και δημιουργούν προβλήματα στο έμβρυο, π.χ. συγγενείς ανωμαλίες. Η λήψη των φαρμάκων πρέπει να γίνεται μόνο μετά από οδηγία του Μαιευτήρα - Γυναικολόγου.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η Μαία ή ο Μαιευτής αναλαμβάνει την ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία της εγκυμονούσας.

Ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία: είναι η ψυχική και σωματική προετοιμασία της εγκύου, ώστε να γνωρίζει την ώρα του τοκετού πώς θα αντιμετωπίσει το κάθε στάδιο του τοκετού χωρίς φόβο και άγχος. Η ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία γίνεται με ενημέρωση, αναπνευστικές, σωματικές ασκήσεις και χαλάρωση.

Ενημέρωση: Γίνεται μία προσπάθεια να καταλάβει η εγκυμονούσα τι είναι τοκετός και τι πρόκειται να συμβεί σε κάθε στάδιό του. Υπεύθυνες για το φόβο της γυναίκας είναι η άγνοια και η προκατάληψη.

Αναπνευστικές ασκήσεις: Η γυναίκα μαθαίνει ν' αναπνέει σωστά. Αποτέλεσμα είναι η καλή οξυγόνωση της μήτρας και κατά συνέπεια του εμβρύου.

Σωματικές ασκήσεις: Είναι μια σειρά από ασκήσεις που πρέπει όχι μόνο να μάθει η γυναίκα, αλλά να τις επαναλαμβάνει συχνά στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (ασκήσεις σκελετού-διαφράγματος και μυών).

Χαλάρωση: Στις συνεδρίες θα πρέπει η γυναίκα να μάθει να χαλαρώνει κατά τη διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας και στα μεσοδιαστήματα αυτών (ειδικές ασκήσεις χαλάρωσης).

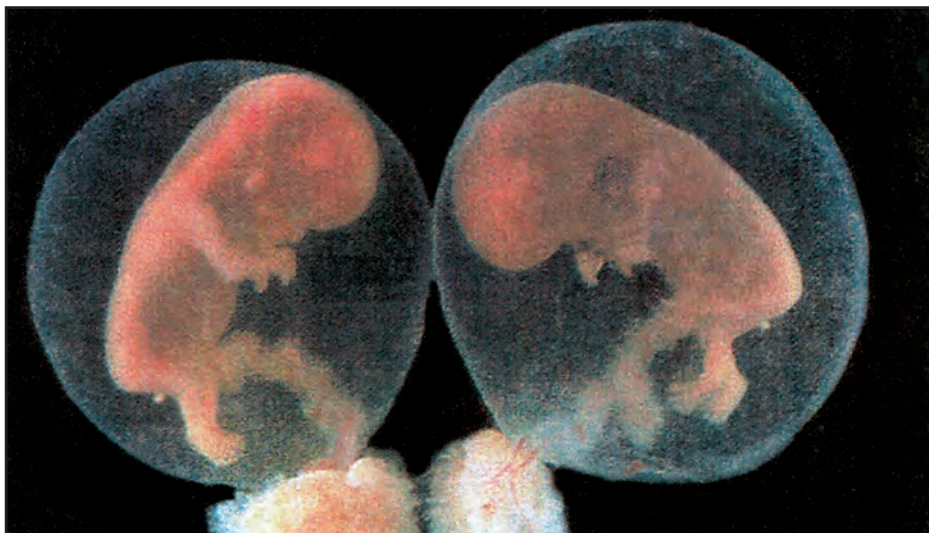
Η ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία γίνεται στους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης σε ομαδικά μαθήματα και σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο.



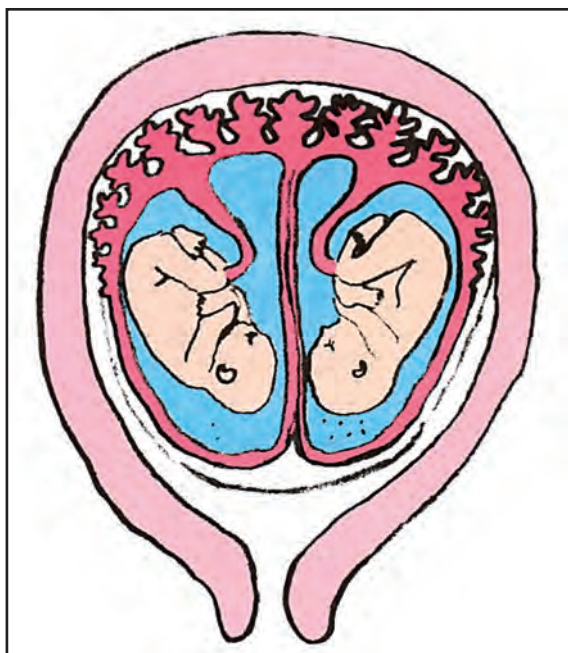
Εικόνα 2.27 Ανάπαυση.

10. Πολύδυμη κύηση

Πολύδυμη ονομάζεται η κύηση στην οποία κυοφορούνται μέσα στη μήτρα κατά τον ίδιο χρόνο περισσότερα από ένα έμβρυα (Εικόνα 2.28). Η πολύδυμη κύηση διακρίνεται σε **μονοωογενή** και **πολυωογενή**. Τα μονοωογενή κυήματα προέρχονται από ένα ωάριο και έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Εικόνα 2.29):



Εικόνα 2.28 Πολύδυμη κύηση.



- Ίδιο φύλο.
- Όμοιους σωματικούς χαρακτήρες (μοιάζουν μεταξύ τους).
- Ίδια δακτυλικά αποτυπώματα.
- Κοινό πλακούντα.
- Κοινό ή ξεχωριστό άμνιο.
- Κοινό χόριο.

Τα πολυωογενή κυήματα προέρχονται από δύο ωάρια και έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Εικόνα 2.30):

- Το φύλο δεν είναι απαραίτητα το ίδιο.
- Μοιάζουν μεταξύ τους απλά σαν αδέρφια.

Εικόνα 2.29 Δίδυμος κύηση - μονοωογενή δίδυμα.

- Διαφορετικό πλακούντα.
- Διαφορετικό αμνιακό σάκκο.

Ανακεφαλαίωση

Γονιμοποίηση είναι η συνένωση των δύο γεννητικών κυττάρων, δηλαδή του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου. Κάθε ανθρώπινος οργανισμός και κατά συνέπεια κάθε γονιμοποιημένο ωάριο, που είναι το πρώτο κύτταρο του οργανισμού, έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Το ένα ζευγάρι από αυτά καθορίζει το φύλο του παιδιού και λέγεται **φυλετικό**. Το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στη μήτρα και από αυτό σχηματίζεται το έμβρυο, οι εμβρυϊκοί υμένες και ο πλακούντας. Ο πλακούντας συνδέει το έμβρυο με τη μητέρα και βοηθά να γίνονται οι βασικές λειτουργίες του εμβρύου (αναπνοή και θρέψη). Επίσης είναι ενδοκρινικό όργανο και δρα σα φίλτρο. Τα όργανα του εμβρύου σχηματίζονται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και στα επόμενα τελειοποιούνται.

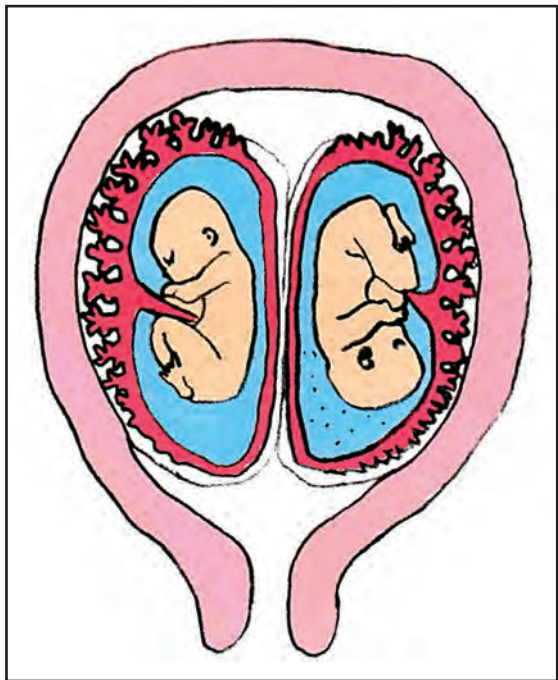
Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρατηρούνται μια σειρά από φυσιολογικές μεταβολές στο σώμα της εγκυμονούσας. Σκοπό έχουν να εξυπηρετήσουν το κύημα που αναπτύσσεται και να προετοιμάσουν τη γυναίκα για την περίοδο της λοχείας και του θηλασμού. Οι κυριότερες είναι: Η αύξηση του μεγέθους και της περιεκτικότητας της μήτρας, η διόγκωση των μαστών και η έναρξη της παραγωγής γάλακτος.

Η πρώτη ένδειξη της εγκυμοσύνης είναι η καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως. Η διάγνωση γίνεται με το test κυήσεως. Με τους υπερήχους ελέγχουμε τη θέση εμφύτευσης του κυήματος και υπολογίζουμε την πιθανή ημερομηνία τοκετού. Από την ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως υπολογίζουμε επίσης την πιθανή ημερομηνία του τοκετού.

Η εγκυμονούσα, εάν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, επισκέπτεται το γιατρό της μία φορά το μήνα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να κάνει ορισμένες εξετάσεις που τις υποδεικνύει ο γιατρός της, για την εξασφάλιση της υγείας της και του παιδιού της.

Ο προγεννητικός έλεγχος γίνεται σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως σε εγκυμονούσες μεγάλης ηλικίας και σε περιπτώσεις με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό. Βοηθά να διαγνωστούν αρρώστιες, όπως ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ., αιματολογικές νόσοι κ.λπ.

Η διατροφή της εγκύου πρέπει να είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες και μέταλλα. Η αύξηση του σωματικού βάρους δεν πρέπει να ξεπερνά τα δέκα (10) κιλά.



Εικόνα 2.30 Δίδυμος κύηση - πολυωογενή δίδυμα.

Η εγκυμοσύνη δεν είναι αρρώστια, είναι μία φυσιολογική κατάσταση στην οποία, αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, η γυναίκα συνεχίζει κανονικά την προηγούμενη ζωή της, αλλά με μέτρο. Απαγορεύεται το κάπνισμα, το αλκοόλ και η λήψη φαρμάκων χωρίς τη συνεννόηση με το γιατρό.

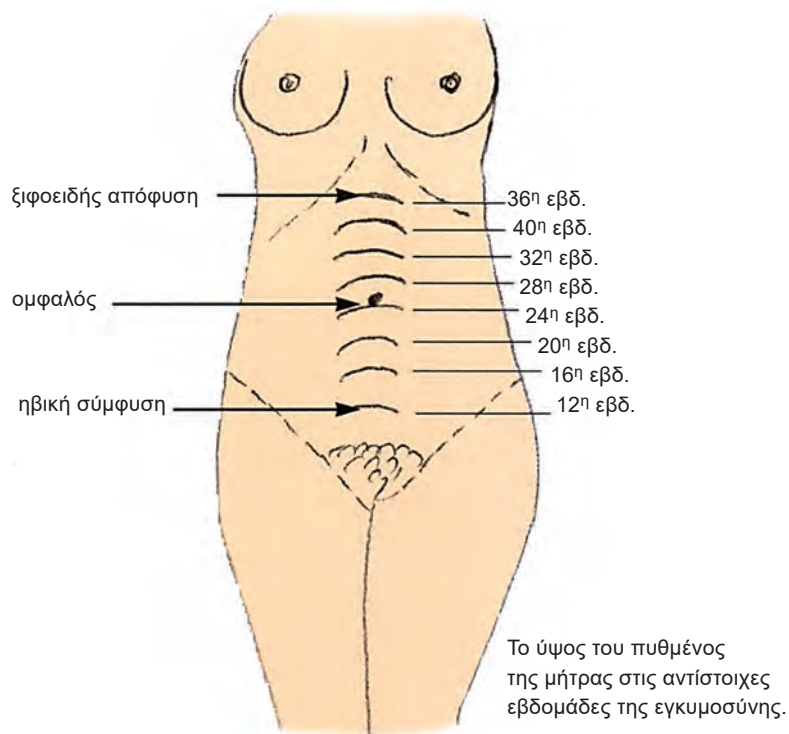
Ερωτήσεις

1. Τι είναι η γονιμοποίηση; Πού συμβαίνει; Πού εμφυτεύεται το κύημα;
2. **Συμπληρώστε τα κενά:**
Τα σπερματοζωάρια παράγονται Το ωάριο απελευθερώνεται από της ωοθήκης. Κάθε σπερματοζωάριο έχει χρωματοσώματα. Κάθε ωάριο έχει χρωματοσώματα. Το γονιμοποιημένο ωάριο έχειχρωματοσώματα, δηλ. ζεύγη χρωματοσωμάτων. ζεύγος χρωματοσωμάτων λέγεται και καθορίζει το φύλο του παιδιού. Τα φυλετικά χρωματοσώματα του άντρα είναι τα και της γυναίκας τα
3. Πόσα χρωματοσώματα κληρονομεί ο άνθρωπος από τον πατέρα του και πόσα από τη μητέρα του;
4. Το φύλο του παιδιού καθορίζεται από τον πατέρα ή τη μητέρα; Εξηγήστε πώς γίνεται.
5. Πώς εξελίσσεται το γονιμοποιημένο ωάριο; Από ποια στάδια ανάπτυξης περνά;
6. Τι είναι οι λάχνες; Σε τι χρησιμεύουν;
7. Τι είναι ο πλακούντας; Από πού προέρχεται; Ποιες οι λειτουργίες του; Συνδέεται με το έμβρυο και πώς;
8. Τι είναι το αμνιακό υγρό; Από πού παράγεται; Σε τι χρησιμεύει;
9. Ποια αγγεία εξυπηρετούν την εμβρυϊκή κυκλοφορία; Ποιες είναι οι βασικές διαφορές της εμβρυϊκής κυκλοφορίας από την κυκλοφορία μετά τον τοκετό;
10. Ποιες από τις φυσιολογικές αλλαγές του σώματος στην εγκυμοσύνη θεωρείτε σημαντικότερες και γιατί;
11. **Πιθανά σημεία εγκυμοσύνης. Σημειώστε μία απάντηση:**
 - α. Καθυστέρηση εμήνου ρύσεως
 - β. Πρωινή ναυτία
 - γ. Αιμορραγία από τον κόλπο
 - δ. Διόγκωση μαστών
 - ε. $\alpha+\beta+\gamma$
 - στ. $\alpha+\beta+\delta$

12. **Σημειώστε ποιο είναι το σωστό και ποιο το λάθος**
α. Η εγκυμοσύνη είναι δύσκολο να διαγνωστεί στα αρχικά στάδια
β. Η καθυστέρηση της αναμενόμενης εμμήνου ρύσεως είναι πιθανό σημείο εγκυμοσύνης
γ. Η διάγνωση της εγκυμοσύνης γίνεται με βεβαιότητα, με προσδιορισμό της χοριακής γοναδοτροπίνης στο αίμα ή στα ούρα
δ. Η εξέταση με υπερήχους είναι επικίνδυνη και καλό είναι να αποφεύγεται στην αρχή της εγκυμοσύνης
ε. Η καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως δε σημαίνει πάντα εγκυμοσύνη
13. Φίλη σας, ηλικίας 20 ετών, σας λέει πως έχει καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως 15 ημέρες, έχει ναυτία κάθε πρωί και το στήθος της είναι διογκωμένο. Τι θα σκεφτείτε; Τι θα τη ρωτήσετε για να το επιβεβαιώσετε; Τι θα τη συμβουλευάτε να κάνει;
14. Τι είναι τα μονοωογενή και τι τα πολυωογενή πολύδυμα; Αναφέρετε τα βασικά χαρακτηριστικά τους.
15. Αναφέρετε τις βασικές εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να κάνει μια γυναίκα στην αρχή της εγκυμοσύνης της.
16. Τι πρέπει να εξετάζεται από το γιατρό της σε κάθε επίσκεψη της εγκύου;
17. Σε ποιες περιπτώσεις γίνεται προγεννητικός έλεγχος; Ποιες είναι οι εξετάσεις που γίνονται και ποιες νόσοι κυρίως ελέγχονται;
18. Ποια είναι η διάρκεια της φυσιολογικής εγκυμοσύνης;
19. Πώς υπολογίζεται η Π.Η.Τ.; Δώστε ένα παράδειγμα.

Δραστηριότητες

1. Συζητήστε σχετικά με τη γονιμότητα του άντρα και της γυναίκας. Υπάρχουν διαφορές; Μπορείτε να τις επισημάνετε;
2. Διαμορφώστε ένα σύντομο κατάλογο οδηγιών που θα προτείνατε σε μια έγκυο, για να έχει ομαλή εγκυμοσύνη. Υπάρχουν κάποια σημεία που θα τονίζατε ιδιαίτερα και γιατί;
3. Διαμορφώστε ένα ερωτηματολόγιο που θ' απευθύνατε σε μία έγκυο για να πάρετε τις πληροφορίες που κρίνετε αναγκαίες για την ίδια και την εγκυμοσύνη της.



ΤΟΚΕΤΟΣ

- 
- Ορισμοί
 - Παραλαβή επιτόκου
 - Παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του τοκετού
 - Στάδια του τοκετού
 - Περιγραφή του εμβρυϊκού κρανίου
 - Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού
 - Πρώιμες παθήσεις του νεογνού
 - Τραυματικές βλάβες του νεογνού
 - Νοσηλευτική φροντίδα του νεογνού

Τοκετός ονομάζεται η έξοδος του εμβρύου μαζί με τα εξαρτήματά του από τη μήτρα μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα της γυναίκας.

Αν η έξοδος του εμβρύου γίνει μέχρι την 20ή εβδομάδα, πρόκειται για **αποβολή**.

Αν γίνει από την 20ή μέχρι την 27η εβδομάδα έχουμε τον **πρώιμο τοκετό**.

Από την 27η μέχρι και την 37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης πρόκειται για **πρόωρο τοκετό**.

Μετά την 38η εβδομάδα μέχρι και την 40ή είναι ο **τελειόμηνος τοκετός**.

Στη συνέχεια αρχίζει η παράταση της εγκυμοσύνης.

Χαρακτηριστικό του τοκετού είναι οι ωδίνες. **Ωδίνες** είναι η περιοδική συστολή της μήτρας που συνοδεύεται από κάποιο πόνο.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρούνται **μικροσυστολές χωρίς πόνο**. Οι συστολές αυτές μπορεί να είναι αντιληπτές από την εγκυμονούσα. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης συμβάλλουν στην εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου και στην εξάλειψη του τραχήλου. Οι συστολές αυτές ονομάζονται **προπαρασκευαστικές**.

Θυλάκιο ονομάζεται το τμήμα των εμβρυϊκών υμένων που προβάλλει μέσα από το τραχηλικό στόμιο.

Σχήμα του εμβρύου είναι η σχέση του επιμήκη άξονα του εμβρύου με τον επιμήκη άξονα της μήτρας. Διακρίνεται σε κάθετο, εγκάρσιο και λοξό.

Θέση του εμβρύου είναι η σχέση των μελών του εμβρύου με το κορμί του. Φυσιολογικά το κεφάλι του εμβρύου είναι προς το στέρνο, τα χέρια σταυρωμένα, οι μηροί διπλωμένοι προς την κοιλιά και οι κνήμες προς τους μηρούς.

Προβολή του εμβρύου είναι το τμήμα του εμβρύου που βρίσκεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας πάνω από την είσοδο της πυέλου. Εάν προβάλλει το κεφάλι, έχουμε την **κεφαλική προβολή**, ενώ, εάν προβάλλουν τα ισχία, έχουμε την **ισχιακή προβολή**. Στην κεφαλική προβολή, αν οδηγό σημείο είναι η μικρή πηγή, έχουμε την ινιακή προβολή, αν είναι η μεγάλη πηγή, έχουμε τη βρεγματική προβολή, αν είναι το ριζορίνιο, έχουμε τη μετωπική προβολή και αν είναι το πηγούνι, έχουμε την προσωπική προβολή.

Εμπέδωση του εμβρύου έχουμε, όταν το κεφάλι μπαίνει στη μικρή πύελο και ακινητοποιείται. Στις πρωτότοκες η εμπέδωση γίνεται στο τέλος του 8ου με αρχές του 9ου μήνα. Στις πολύτοκες η εμπέδωση γίνεται είτε προς το τέλος της κύησης είτε κατά την ώρα του τοκετού.

2. Παραλαβή επιτόκου

Η εισαγωγή της επιτόκου στο μαιευτήριο θα γίνει από το τμήμα παραλαβής. Η μαία ή ο μαιευτής που είναι στο τμήμα αυτό είναι υποχρεωμένοι να συμπληρώσουν το ιστορικό, να κάνουν κοιλιακή εξέταση, να ακούσουν τους παλμούς του εμβρύου, να ελέγξουν εάν έχει σπάσει το θυλάκιο και τελευταία γίνεται η κολπική εξέταση για να διαπιστώσουν:

- Τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας.
- Εάν υπάρχει πριν από την προβάλλουσα μοίρα ομφαλίδα.
- Το ύψος της κεφαλής του εμβρύου.
- Τη θέση της προβολής.

Ακολουθεί ο ευπρεπισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, ο υποκλυσμός, το λουτρό και στη συνέχεια η γυναίκα μεταφέρεται στην αίθουσα ωδίνων.

3. Παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του τοκετού

Η έναρξη του τοκετού αποδίδεται στην παραγωγή προσταγλανδινών από τον πλακούντα και το μυομήτριο, στην αύξηση των οιστρογόνων, στη μείωση της προγεστερόνης και στην απελευθέρωση ωκυτοκίνης από την υπόφυση. Η ρήξη του θυλακίου (αυτόματη ή τεχνητή) είναι ένας άλλος παράγοντας έναρξης του τοκετού.

4. Στάδια του τοκετού

Όπως είναι γνωστό, χαρακτηριστικό του τοκετού είναι οι **ωδίνες**. Αρχίζουν με την έναρξη του τοκετού και συνεχίζονται και στα δύο στάδια. Οι ωδίνες είναι περιοδικές και με την πρόοδο του τοκετού πυκνώνουν και γίνονται πιο δυνατές. Στην αρχή παρατηρούνται κάθε 20-30 λεπτά και διαρκούν περίπου 30 δευτερόλεπτα. Καθώς προχωράει ο τοκετός, οι ωδίνες πυκνώνουν προοδευτικά και διαρκούν περισσότερο. Στο τέλος εμφανίζονται ανά ένα λεπτό και διαρκούν ένα λεπτό. Έτσι, με αυτές τις ωδίνες στο πρώτο στάδιο, επιτυγχάνεται η διαστολή του τραχήλου της μήτρας. Για να διαπιστώσουμε τη διαστολή εξετάζουμε τη γυναίκα από τον κόλπο. Σήμερα, η διαστολή του τραχήλου μετριέται σε εκατοστά π.χ. η τελεία διαστολή αντιστοιχεί σε 10 εκατοστά περίπου.

Κατά τη διάρκεια της ωδίνας η γυναίκα αισθάνεται την κοιλιά της να πετρώνει, πόνο στη μέση και στο υπογάστριο, που σε λίγο υποχωρεί. Όλες οι ωδίνες αρχίζουν από τον πυθμένα της μήτρας και κατευθύνονται προς τον τράχηλό της.

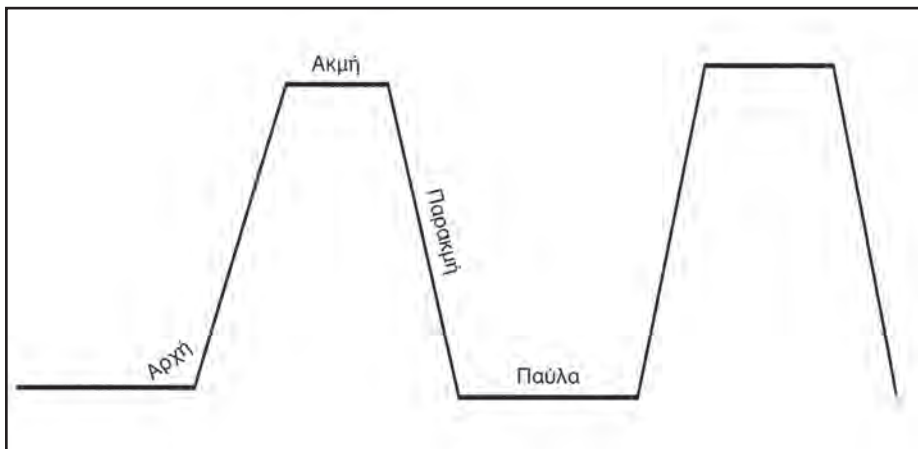
Η ωδίνα έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Εικόνα 3.1): Αρχή, ακμή, παρακμή και παύλα.

Ο τοκετός έχει **τρία στάδια** που είναι τα εξής:

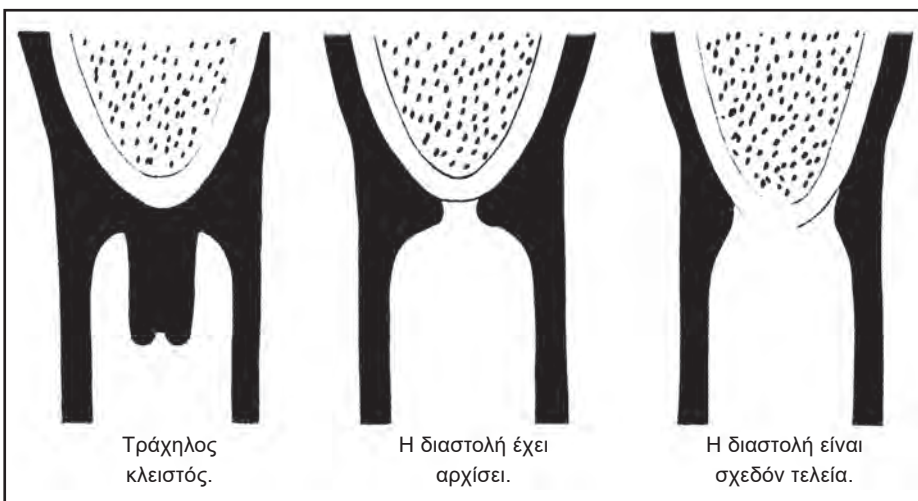
- Το στάδιο της διαστολής,
- Το στάδιο της εξώθησης και
- Το στάδιο της υστεροτοκίας.

Το στάδιο της διαστολής

Αρχίζει με την έναρξη του τοκετού και τελειώνει με την τελεία διαστολή του τραχήλου της μήτρας (10 εκατοστά) (Εικόνα 3.2). Στις πρωτότοκες έχει διάρκεια περίπου 15 ώρες, ενώ στις πολύτοκες περίπου 8 ώρες.



Εικόνα 3.1 Χαρακτηριστικά της ωδίνας.



Εικόνα 3.2

Το στάδιο της εξώθησης

Αρχίζει από την τελεία διαστολή του τραχήλου και τελειώνει με τη γέννηση του εμβρύου. Το στάδιο της εξώθησης διαρκεί κατά μέσο όρο 40 λεπτά στις πρωτότοκες και 20 λεπτά στις πολύτοκες. Γενικά το στάδιο της εξώθησης δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 1 ώρα.

Σε αυτό το στάδιο η γυναίκα αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση περιοδικά κατά τη διάρκεια των συστολών της μήτρας. Τα κλινικά σημεία που βοηθούν στη διάγνωση της εξώθησης είναι:

- Αλλάζουν μορφή οι ωδίνες.
- Η επίτοκος σφίγγεται, ιδρώνει και έχει το αίσθημα της αφόδευσης.

- Υπάρχει άφθονη έκκριση από τον κόλπο, η οποία είναι αιματηρή και βλεννώδης.

- Καθώς κατεβαίνει το κεφάλι το περίνεο τεντώνεται και ανοίγει ο δακτύλιος του πρωκτού και η αιδοϊκή σχισμή.

Εξώθηση: Η επίτοκος πρέπει να βρίσκεται σε ύπτια θέση. Αγκαλιάζει με τα χέρια της τους μηρούς προς την κοιλιά, παίρνει μια βαθειά ανάσα, φέρνει το σαγόνι της προς το στήθος, κρατάει την αναπνοή της και σπρώχνει προς το περίνεο, όπως ακριβώς στην αφοόδευση. Πριν από την εξώθηση, ελέγχεται η διαστολή, για να διαπιστωθεί ότι πρόκειται για τελεία διαστολή και μόνο τότε πρέπει να αρχίσει η εξώθηση. Μετά από κάθε εξώθηση υποχρεωτικά πρέπει να ελέγχονται οι εμβρυϊκοί παλμοί.

Προετοιμασία για τον τοκετό

Όταν το κεφάλι του εμβρύου φθάσει στο κατώτερο μέρος των γεννητικών οργάνων, τότε το περίνεο αρχίζει να εκτείνεται και η επίτοκος μεταφέρεται στην αίθουσα τοκετών. Το κρεβάτι της χωρίζεται στη μέση για τις ανάγκες του τοκετού. Τα πόδια της πρέπει να είναι σε απαγωγή φορώντας ποδονάρια*. Ακολουθεί αντισηψία των γεννητικών οργάνων. Μετά από κάθε εξώθηση το κεφάλι του εμβρύου κατεβαίνει περισσότερο. Μόλις αρχίσει να φαίνεται από τη σχισμή του αιδοίου θα πρέπει να γίνει καλή υποστήριξη του περινέου, με αποστειρωμένο πανί, για να μην γίνει ρήξη του περινέου ή επέκταση της περινεοτομίας. Παράλληλα βοηθάμε στην έκταση της κεφαλής για να διευκολυνθεί η έξοδος της. Αναλόγως με την ελαστικότητα του περινέου γίνεται η **περινεοτομία** προκειμένου να αποφευχθεί η ρήξη του περινέου και μελλοντικές προπτώσεις των γεννητικών οργάνων.

Η περινεοτομία γίνεται με ψαλίδι, αφού προηγηθεί τοπική αναισθησία. Η τομή θα γίνει είτε στη μέση προς το δακτύλιο, δηλαδή στην 6η ώρα (μέση τομή) είτε στα πλάγια στην 5η ώρα ή στην 7η ώρα (πλάγια τομή).

Στάδιο υστεροτοκίας

Το στάδιο της υστεροτοκίας αρχίζει μετά τη γέννηση του νεογνού και τελειώνει μετά τη γέννηση του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων.

Αμέσως μετά την έξοδο του εμβρύου γίνεται η απολίνωση του ομφαλίου λώρου και αρχίζει η αναπνευστική λειτουργία του νεογνού. Εάν για οποιοδήποτε λόγο καθυστερήσει η έναρξη της αναπνευστικής λειτουργίας υπάρχει φόβος να δημιουργηθεί βλάβη στο Κ.Ν.Σ. από ανοξία. Τα αίτια είναι δυνατόν να προέρχονται από:

- Το νεογνό (τραυματισμός του Κ.Ν.Σ.)
- Τη μητέρα (π.χ. αιμορραγίες)
- Τον πλακούντα (π.χ. κόμπος ή περίσφιξη του ομφαλίου λώρου, αποκόλληση του πλακούντα).

Με την έξοδο του εμβρύου η μήτρα αδειάζει από το περιεχόμενό της, συρρικνώνεται και συνεχίζει να συστέλλεται. Τη συστολή των τοιχωμάτων της μήτρας δεν ακολουθεί ο πλακούντας και έτσι αποκολλάται. Μετά την υστεροτοκία χορηγούνται ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως μητροσυσπαστικά φάρμακα. Γίνεται η επισκόπηση του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων και ακολουθεί η συρραφή του περινέου. Σε 1-2 ώρες μεταφέρεται η λεχιάδα στο δωμάτιό της.

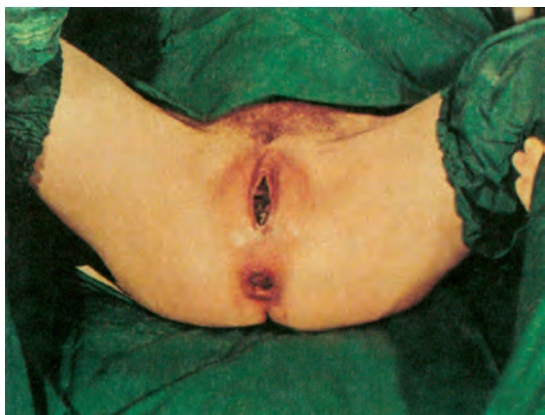
Επισκόπηση πλακούντα και εμβρυϊκών υμένων

Επιβάλλεται ο προσεκτικός έλεγχος του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων για τυχόν αιμορραγίες. Η επισκόπηση αρχίζει πρώτα από τους εμβρυϊκούς υμένες και ελέγχεται η ακεραιότητά τους. Στη συνέχεια εξετάζεται η εμβρυϊκή επιφάνεια του πλακούντα μήπως και παρουσιάζουν διακοπές τα αγγεία. Τέλος επισκοπείται η μητρική του επιφάνεια μετά από καλό σκούπισμα των κοτυληδόνων ή κάτω από τρεχούμενο νερό για να φύγουν οι θρόμβοι και να διαπιστωθεί η ακεραιότητά του.

Στις Εικόνες 3.3 έως 3.16 φαίνεται ένας φυσιολογικός τοκετός.



Εικόνα 3.3



Εικόνα 3.4



Εικόνα 3.5



Εικόνα 3.6



Εικόνα 3.7



Εικόνα 3.8



Εικόνα 3.9



Εικόνα 3.10



Εικόνα 3.11



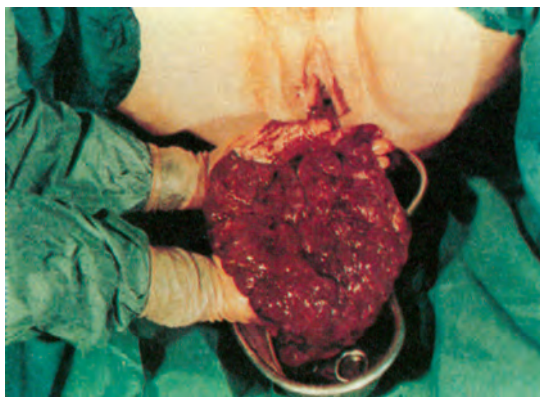
Εικόνα 3.12



Εικόνα 3.13



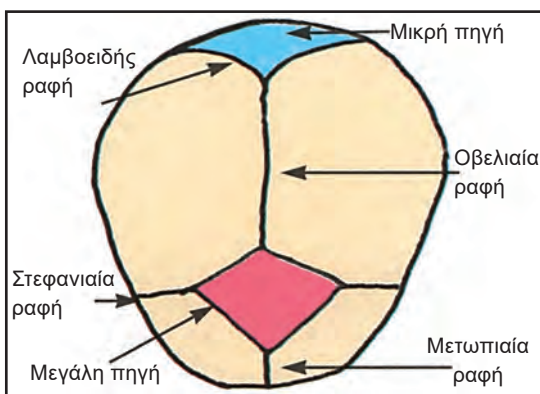
Εικόνα 3.14



Εικόνα 3.15



Εικόνα 3.16



Εικόνα 3.17

5. Περιγραφή του εμβρυϊκού κρανίου (Εικόνα 3.17)

Τα οστά του εμβρυϊκού κρανίου ενώνονται μεταξύ τους με ραφές. Οι ραφές είναι οι εξής:

- **Μετωπιαία ραφή.** Ενώνει τα δύο μετωπιαία οστά.
- **Οβελιαία ραφή.** Ενώνει τα δύο βρεγματικά οστά. Είναι συνέχεια της μετωπιαίας ραφής.
- **Στεφανιαία ραφή.** Ενώνει τα βρεγματικά οστά με τα μετωπιαία.
- **Λαμβδοειδής ραφή.** Ενώνει τα βρεγματικά οστά με το ινιακό οστόν.

Στο σημείο που συναντώνται δύο ή περισσότερες ραφές σχηματίζονται οι πηγές. Οι πηγές είναι δύο: Η μεγάλη και η μικρή πηγή. Η **μεγάλη πηγή** είναι το σημείο που διασταυρώνονται η οβελιαία, μετωπιαία και στεφανιαία ραφή. Βρίσκεται μπροστά και έχει σχήμα ρόμβου. Η **μικρή πηγή** είναι το σημείο που διασταυρώνονται μεταξύ τους η

οβελιαία και λαμβδοειδής ραφή. Βρίσκεται πίσω και έχει σχήμα τριγώνου. Οι πηγές και οι ραφές δεν είναι οστέινες ακόμη και γι' αυτό είναι δυνατή η εφίππευση των οστών του κρανίου για να διευκολυνθεί η έξοδος της κεφαλής. Οι διαστάσεις του κρανίου παίζουν σημαντικό ρόλο για την ομαλή εξέλιξη του φυσιολογικού τοκετού. Κρανίο μεγάλων διαστάσεων είναι αιτία δυσαναλογίας.

6. Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού

Μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού είναι το σύνολο των κινήσεων που κάνει το έμβρυο για να προσαρμοσθεί στον πυελογεννητικό σωλήνα της γυναίκας. Για να αρχίσει ο μηχανισμός του φυσιολογικού τοκετού θα πρέπει το σχήμα του εμβρύου να είναι κάθετο, η προβολή να είναι κεφαλική, με οδηγό σημείο το ινίο και η θέση αριστερά προσθία. Με τις καλές συστολές της μήτρας **κατεβαίνει** το κεφάλι με τέλεια **κάμψη**. Το ινίο συναντά το πυελικό έδαφος και κάνει **εσωτερική στροφή** 45 μοιρών προς τα εμπρός και ακινητοποιείται κάτω από την ηβική καμάρα. Με τη συνεχή κάθοδο της κεφαλής, φαίνεται το κεφάλι στη σχισμή του αιδοίου, οπότε θα πρέπει να γίνει υποστήριξη του περινέου. Το μέτωπο, το πρόσωπο και το σαγόνι εκτείνουν το περίνεο και το κεφάλι γεννιέται με τέλεια **έκταση**.

Το πρόσωπο του νεογνού βλέπει προς τον πρωκτό της μητέρας. Ακολουθεί εσωτερική στροφή των ώμων και αναγκαστικά **εξωτερική στροφή της κεφαλής**. Πιάνεται πολύ μαλακά το κεφάλι του εμβρύου και τραβιέται προς τα κάτω και έξω ώστε να φανεί ο πρόσθιος ώμος ο οποίος και ακινητοποιείται κάτω από την ηβική σύμφυση. Στη συνέχεια τραβάμε το κεφάλι του νεογνού προς τα επάνω μέχρι να βγει ο οπίσθιος ώμος.

Έτσι, αφού έχει βγει το κεφάλι και οι ώμοι, δεν υπάρχει δυσκολία. Με μια μικρή βοήθεια το έμβρυο γεννιέται με ελαφρά κάμψη του κορμού προς τα πάνω. Ακολουθεί η απολίνωση του ομφαλίου λώρου.

7. Πρώιμες παθήσεις του νεογνού

Ασφυξία του νεογνού

Η καθυστέρηση της αναπνευστικής λειτουργίας του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό λέγεται άπνοια ή ασφυξία.

Υπάρχουν δύο μορφές ασφυξίας:

1. Η κυανωτική ασφυξία: Αυτή δεν είναι βαριά μορφή. Το νεογνό παρουσιάζει κυάνωση, έχει όμως μυϊκό τόνο και η ομφαλίδα σφύζει. Το νεογνό αντιδρά γρήγορα στις πρώτες βοήθειες και παίρνει το φυσιολογικό χρώμα.

2. Η λευκή ασφυξία: Είναι βαριά κατάσταση. Το νεογνό δεν έχει καθόλου τόνο. Η καρδιά και η ομφαλίδα έχουν ασθενείς παλμούς και το χρώμα του είναι λευκό. Τα αίτια προέρχονται από το Κ.Ν.Σ. (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα).

Αντιμετώπιση των καταστάσεων ασφυξίας:

Τοποθετούμε το κεφάλι του νεογνού χαμηλότερα από το σώμα. Καθαρίζουμε τις ανώτερες αναπνευστικές οδούς με καθετήρα αναρρόφησης. Χτυπάμε ελαφρά τα πέλματα και ρίχνουμε οινόπνευμα σ' αυτά και στο στήθος. Χορηγείται οξυγόνο και εφαρμόζεται τεχνητή αναπνοή.

Φυσιολογικός ίκτερος του νεογνού:

Αυτός εμφανίζεται μεταξύ της 2ης και 3ης ημέρας μετά τον τοκετό. Έχει καλή πρόγνωση και εξαφανίζεται μέσα σε μία έως δύο (1-2) εβδομάδες. Οφείλεται στην καταστροφή της περίσσειας των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε ανωριμότητα του ήπατος.

8. Τραυματικές βλάβες του νεογνού

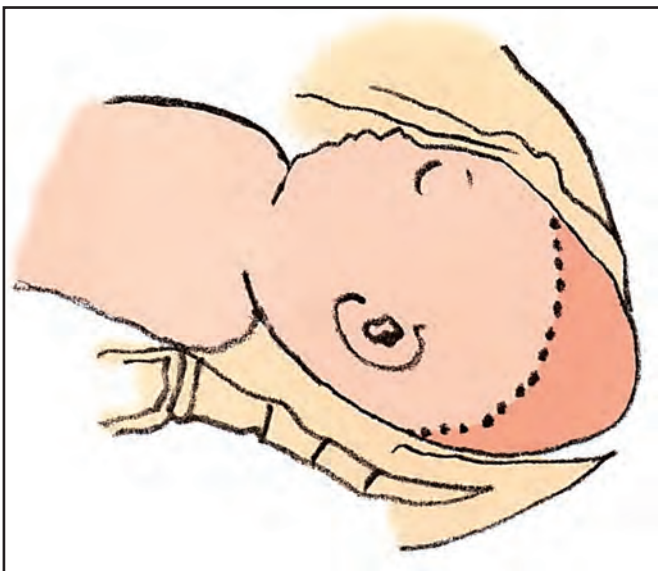
- **Μαιευτικές κακώσεις:** Είναι δυνατόν να δημιουργηθούν κατάγματα μόνα τους ή να τα προκαλέσει αυτός που κάνει τον τοκετό για να τον διευκολύνει (κάταγμα κλείδας σε δυστοκία ώμων).

- **Ενδοκρανιακή αιμορραγία:** Είναι ένα από τα συχνότερα αίτια αυξημένης περιγεννητικής θνησιμότητας. Εμφανίζεται συνήθως στα πρόωρα.

- **Προκεφαλή:** Είναι ένα μαλακό εξόγκωμα που περιέχει οροαιμτηρό υγρό (Εικόνα 3.18). Αφήνει εντύπωμα στην πίεση, δε σφύζει και δεν κλυδάζει. Εξαφανίζεται 1-3 ημέρες μετά τον τοκετό χωρίς θεραπεία. Εμφανίζεται σε βραδύ τοκετό.

- **Κεφαλαιμάτωμα:** Είναι η συλλογή αίματος μεταξύ οστού και περιostίου. Εμφανίζεται συνήθως σε δυσαναλογία ή μετά από εμβρυουλκία. Δεν αφήνει εντύπωμα στην πίεση, δε σφύζει, ούτε κλυδάζει. Εξαφανίζεται μέσα σε 1-2 εβδομάδες.

- **Μαιευτικές παρλύσεις:** Οι πιο συχνές είναι η παράλυση του βραχιονίου πλέγματος και η παράλυση του προσωπικού νεύρου.



Εικόνα 3.18 Προκεφαλή.

9. Νοσηλευτική φροντίδα του νεογνού

Αμέσως μετά τον τοκετό θα πρέπει η μαία να ασχοληθεί και να περιποιηθεί το νεογνό (Εικόνα 3.19, 3.20). Η περιποίηση περιλαμβάνει:

- **Τον καθαρισμό των ανώτερων αναπνευστικών οδών με έναν ειδικό πλαστικό καθετήρα ή πουάρ.** Δηλαδή γίνεται αναρρόφηση των εκκρίσεων από τη μύτη και το στόμα.

- **Φροντίδα στα μάτια του νεογνού.** Γίνεται ενστάλαξη κολλυρίου με αντιβιοτικό, 1-2 σταγόνες σε κάθε μάτι. Προλαμβάνεται έτσι η οφθαλμία, επειδή κατά την ώρα του τοκετού είναι πιθανή η μόλυνση.

- **Επισκόπηση του νεογνού.** Πρέπει να γίνεται προσεκτικός έλεγχος σε όλο το σώμα του νεογνού (Εικόνα 3.21) και μέσα στο στόμα για τυχόν διαμαρτίες π.χ. λυκόστομα*.



Εικόνα 3.19 Ειδικός θερμαινόμενος χώρος στην αίθουσα τοκετών για τη φροντίδα του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό.



Εικόνα 3.20 Φροντίδα του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό.



Εικόνα 3.21 Εξέταση του νεογνού από τον παιδίατρο.

- **Λουτρό του νεογνού.** Αυτό πρέπει να γίνει σε θερμοκρασία 36 με 37 βαθμούς C. Πριν από αυτό αλείφονται οι πτυχές του δέρματος με λάδι (μασχάλες, λαιμός, βουβωνικές πτυχές, γεννητικά όργανα), ώστε να φύγει εύκολα το σμήγμα.
- **Ζύγισμα του νεογνού.**
- **Μέτρηση του μήκους του νεογνού, της περιφέρειας της κεφαλής και του θώρακα.**



Εικόνα 3.22 Ντύσιμο νεογνού.



Εικόνα 3.23 Τοποθέτηση σε ζεστό κρεβατάκι.

- **Μέτρηση της θερμοκρασίας** του σώματος του νεογνού από το ορθό.
- **Ντύσιμο** του νεογνού και τοποθέτηση σε ζεστό κρεβάτακι (Εικόνα 3.22, 3.23).
- Πρέπει να γίνεται **έλεγχος των κενώσεων του νεογνού**. Με την πρώτη κένωση βγαίνει το μηκόνιο. Η κένωση αυτή είναι μαύρη σαν πίσσα, κολλώδης και σε μεγάλη ποσότητα. Σιγά-σιγά το χρώμα της αλλάζει, γίνεται πρασινόμαυρη και στο τέλος κιτρινωπή. Από την 3η ημέρα της ζωής του εμβρύου οι κενώσεις αλλάζουν και γίνονται διαρροϊκές. Χαρακτηριστικά μοιάζουν σαν κομμένο αυγό. Είναι πάρα πολλές και λέγονται **μεταβατικές**. Μετά από αυτές ακολουθούν οι κανονικές.

Ανακεφαλαίωση

Τοκετός ονομάζεται η έξοδος του εμβρύου με τα εξαρτήματά του από τη μήτρα, μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα της γυναίκας. Χαρακτηριστικό του τοκετού είναι οι ωδίνες. Ωδίνες είναι η περιοδική συστολή της μήτρας που συνοδεύεται από κάποιο πόνο. Ο τοκετός ολοκληρώνεται σε τρία (3) στάδια.

Το πρώτο στάδιο είναι της διαστολής. Αρχίζει με την έναρξη του τοκετού και τελειώνει, όταν η διαστολή του τραχήλου της μήτρας φτάσει τα 10 εκατοστά περίπου.

Το δεύτερο στάδιο είναι της εξώθησης. Αρχίζει με την τελεία διαστολή του τραχήλου της μήτρας και τελειώνει με τη γέννηση του εμβρύου και

Το τρίτο στάδιο που είναι της υστεροτοκίας, αρχίζει μετά τη γέννηση του νεογνού και τελειώνει μετά τη γέννηση του πλακούντα.

Το έμβρυο για να γεννηθεί, πρέπει να κάνει μια σειρά από κινήσεις για να προσαρμοσθεί στον πυελογεννητικό σωλήνα της μητέρας.

Το κεφάλι κατεβαίνει με τέλεια κάμψη. Ακολουθεί εσωτερική στροφή της κεφαλής. Με συνεχείς συστολές της μήτρας και την καλή υποστήριξη του περινέου το κεφάλι γεννιέται με τέλεια έκταση. Το πρόσωπο του νεογνού, βλέπει προς τον πρωκτό της μητέρας. Ακολουθεί εσωτερική στροφή των ώμων και αμέσως μετά εξωτερική στροφή της κεφαλής. Με τη βοήθεια του μαιευτήρα ή της μαίας τραβιέται το κεφάλι προς τα κάτω και έξω, ώστε να φανεί ο πρόσθιος ώμος. Στη συνέχεια προς τα επάνω για να βγει και ο οπίσθιος ώμος. Έτσι βγαίνει και το υπόλοιπο σώμα του εμβρύου χωρίς κανένα πρόβλημα.

Σπανιότατα είναι δυνατόν να δημιουργηθούν ορισμένες τραυματικές βλάβες στο νεογνό που συνήθως αποκαθίστανται σε λίγες ημέρες.

Το νεογνό αμέσως μετά τον τοκετό χρειάζεται φροντίδα και συνεχή περιποίηση.

Ερωτήσεις

1. Ποια είναι η διαδικασία που ακολουθείται κατά την παραλαβή της επιτόκου και μέχρι να οδηγηθεί στην αίθουσα ωδίνων;
2. Αναφέρετε τα βασικά χαρακτηριστικά της ωδίνας. Πόσα είδη ωδίνων γνωρίζετε;

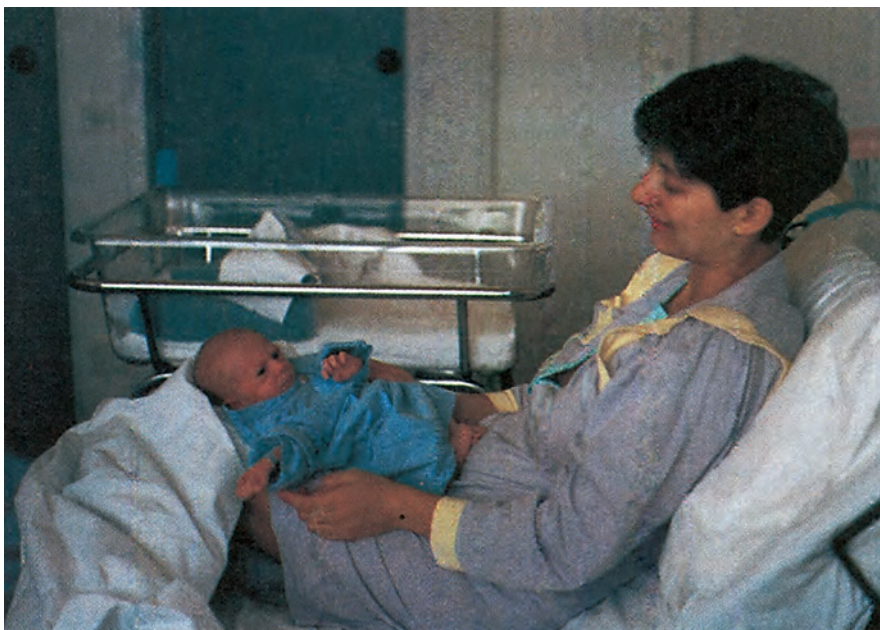
3. Δώστε σύντομους ορισμούς στους παρακάτω όρους:
Τοκετός, αποβολή, πρώιμος τοκετός, πρόωρος τοκετός, τελειό-
μηνος τοκετός, παράταση κύησης, ωδίνα.
4. Ποια είναι τα στάδια του τοκετού; Τι γίνεται σε κάθε στάδιο;
5. **Αντιστοιχίστε τα παρακάτω:**

Τοκετός	πλήρης διαστολή τραχήλου
Αποβολή	έξοδος πλακούντα και υμένων
Στάδιο εξώθησης	έξοδος νεογνού, πλακούντα και υμένων
Στάδιο διαστολής	τοκετός πριν την 20ή βδομάδα
Υστεροτοκία	έξοδος νεογνού
Μηκώνιο	τομή περινέου στον τοκετό
Περинеοτομή	πρώτη κένωση νεογνού
6. **Σημειώστε ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος:**
 - α. Ωδίνες μπορεί να εμφανιστούν σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμο-
σύνης. Είναι όμως βασικό χαρακτηριστικό του τοκετού.
 - β. Αν και οι ωδίνες είναι βασικό χαρακτηριστικό του τοκετού δεν
είναι πάντα απαραίτητες για να εξελιχθεί ο τοκετός.
 - γ. Το στάδιο της διαστολής χαρακτηρίζεται από το άνοιγμα (δια-
στολή) του τραχήλου για να περάσει το έμβρυο.
 - δ. Το στάδιο της διαστολής δεν είναι απαραίτητο για τον τοκετό.
 - ε. Στο στάδιο της εξώθησης η γυναίκα αισθάνεται την ανάγκη να
αφοδεύσει.
 - στ. Μετά την υστεροτοκία ελέγχονται προσεκτικά ο πλακούντας
και οι υμένες.
7. **Συμπληρώστε τα κενά:**
Στο φυσιολογικό τοκετό το σχήμα είναι, η προβολή
..... και η θέση
8. **Παρακάτω αναφέρονται χωρίς τη σωστή σειρά τα στάδια του
μηχανισμού του φυσιολογικού τοκετού. Βάλτε τα στη σωστή
σειρά.**
Εξωτερική στροφή κεφαλής.
Έξοδος οπίσθιου ώμου.
Έξοδος κεφαλής.
Εσωτερική στροφή κεφαλής.
Κάθοδος κεφαλής.
Έξοδος πρόσθιου ώμου.
Ακινητοποίηση ινίου κάτω από την ηβική καμάρα.
9. **Σημειώστε ποια είναι σωστή και ποια λάθος από τις παρα-
κάτω προτάσεις:**
 - α. Στο φυσιολογικό τοκετό το έμβρυο κάνει μια σειρά κινήσεων
που είναι αναγκαίες για να βγει από το σώμα της μητέρας του.
 - β. Στο φυσιολογικό τοκετό το κεφάλι βγαίνει έτσι που το νεογνό
βλέπει προς τον πρωκτό της μητέρας του.

- γ. Η απολίνωση του ομφάλιου λώρου συνήθως γίνεται μετά την υστεροτοκία.
- δ. Αμέσως μόλις εμφανιστεί το κεφάλι και αρχίσει να διατείνεται το περίνεο, το τραβάμε για να ολοκληρωθεί ο τοκετός, γιατί το νεογνό κινδυνεύει από ασφυξία.
- ε. Οι μισοί περίπου τοκετοί γίνονται με ισχιακή προβολή.
10. Τι περιλαμβάνει η φροντίδα του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό;
11. Αναφέρατε και περιγράψτε τα βασικά ανατομικά χαρακτηριστικά του εμβρυϊκού κρανίου. Γιατί είναι σημαντική η γνώση τους;
12. Τι είναι η θέση, το σχήμα, η προβολή κι η εμπέδωση του εμβρύου;
13. Τι είναι η ασφυξία του νεογνού; Πώς αντιμετωπίζεται;
14. Τι είναι το κεφαλαιμάτωμα; Τι η προκεφαλή; Ποια είναι η συχνότερη μαιευτική παράλυση;

Δραστηριότητες

Επιδιώξτε να παρακολουθήσετε έναν τοκετό. Πόσο περίπου διήρκεσε κάθε στάδιο; Ποια στιγμή σας φάνηκε πιο εντυπωσιακή και γιατί; Μπορείτε να γράψετε τις οδηγίες που δόθηκαν στην επίτοκο για να βοηθήσει τον τοκετό;



ΛΟΧΕΙΑ

- 
- Λοχεία
 - Θηλασμός
 - Παθολογία της λοχείας
 - Οικογενειακός προγραμματισμός

Λοχεία είναι το διάστημα από το τέλος της υστεροτοκίας μέχρι την επάνοδο των γεννητικών οργάνων και γενικά όλου του σώματος της γυναίκας στη φυσιολογική κατάσταση που βρισκόταν πριν από την εγκυμοσύνη. Η λοχεία διαρκεί έξι εβδομάδες.

Λόγια είναι οι εκκρίσεις που αποβάλλονται από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας στην περίοδο της λοχείας και προέρχονται από τη θέση που ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας. Καθώς η βλάβη επουλώνεται τα λόγια αλλάζουν. Έτσι ενώ τις πρώτες 5-6 ημέρες είναι αιματηρά, τις επόμενες 5-6 ημέρες γίνονται οροαιματηρά, κατόπιν ορώδη, και στη συνέχεια λευκοκίτρινα. Τα λόγια έχουν χαρακτηριστική οσμή. Όταν συμβεί κάποια μόλυνση τότε γίνονται πυώδη και δύσσομα.

Φυσιολογικές και ανατομικές μεταβολές

Παλινδρόμηση είναι η επάνοδος των οργάνων της μικρής πυέλου στην αρχική κατάστασή τους. Οι κυριότερες αλλαγές αφορούν τη μήτρα και το μαστό.

Παλινδρόμηση της μήτρας: Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα το ύψος της μήτρας φτάνει λίγο πιο κάτω από τον ομφαλό (Εικόνα 4.1). Με τις υστεραίες ωδίνες, που συνεχίζονται στην περίοδο της λοχείας το ύψος της μήτρας κατεβαίνει προοδευτικά, ώστε τη 10η ημέρα η μήτρα ψηλαφάται 1 εκατοστό πάνω από την ηβική σύμφυση. Το βάρος επανέρχεται στο φυσιολογικό.



Εικόνα 4.1

Ουροποιητικό σύστημα:

Αμέσως μετά τον τοκετό μπορεί να παρατηρηθεί επίσχεση των ούρων λόγω του πόνου στο περίνεο. Ακολουθεί η φάση της πολουρίας.

Πεπτικό σύστημα: Η κυριότερη εκδήλωση είναι η δυσκοιλιότητα, λόγω ατονίας του εντέρου, που πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Θερμοκρασία σώματος: Το πρώτο 24ωρο μετά τον τοκετό η λεχωίδα μπορεί να παρουσιάσει πυρετό μέχρι 38° C χωρίς να ανησυχούμε.

Σφυγμός: Αν η λεχωίδα εμφανίσει ταχυσφυγμία, αυτό οφείλεται, είτε σε μεγάλη απώλεια αίματος, είτε σε λοίμωξη.

Αιματολογικές αλλαγές: Στη λοχεία παρατηρείται αύξηση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης, εφόσον βέβαια δεν υπάρχει αιμορραγία.

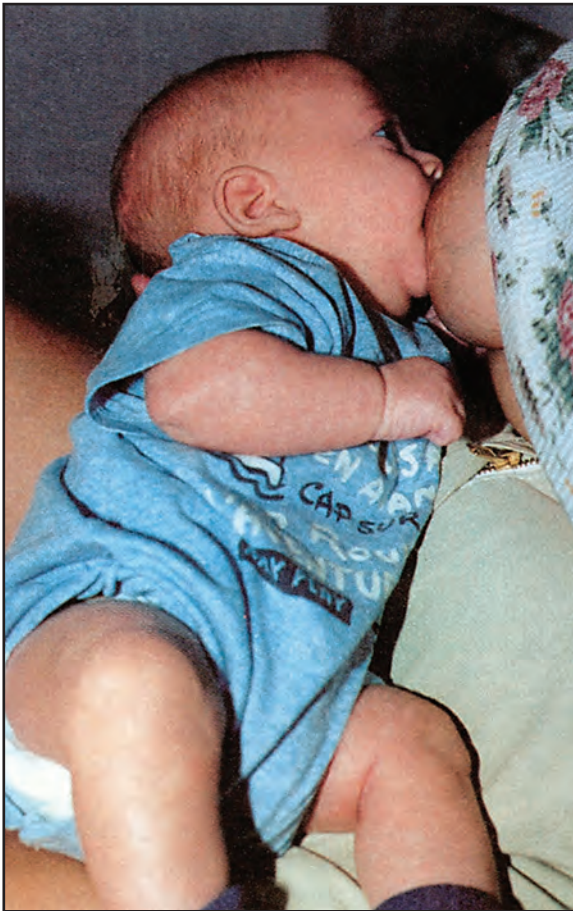
Βάρος σώματος: Η λεχωίδα φεύγοντας από το μαιευτήριο έχει χάσει 6-8 κιλά.

Δέρμα: Λόγω της διάτασης των κοιλιακών τοιχωμάτων και του στήθους, υπάρχει μία σχετική χαλάρωση. Σιγά-σιγά τα κοιλιακά τοιχώματα ξαναβρίσκουν τον τόνο τους. Η λεχώρα παρουσιάζει εφίδρωση τη νύχτα χωρίς ιδιαίτερη σημασία.

Εμμηνορροσία: Η πρώτη εμμηνορροσία συνήθως εμφανίζεται μετά τις 40 ημέρες από τον τοκετό. Σε μερικές γυναίκες που θηλάζουν, η πρώτη εμμηνορροσία καθυστερεί για λίγους μήνες, έχει μεγάλη διάρκεια και η ποσότητα του αίματος είναι αυξημένη.

Μαστοί: Κατά την περίοδο της λοχείας οι μαστοί διογκώνονται και αρχίζουν να παράγουν γάλα. Ερέθισμα για την παραγωγή του γάλακτος αποτελεί ο θηλασμός. Διεγείρει την παραγωγή της προλακτίνης και την απελευθέρωση ωκυτίνης από την υπόφυση. Η προλακτίνη είναι υπεύθυνη για την παραγωγή του γάλακτος και η ωκυτοκίνη για την έκκρισή του.

Το πρώτο γάλα λέγεται **πρωτόγαλα ή πύαρ**. Εκκρίνεται 2-3 ημέρες μετά τον τοκετό. Είναι κιτρινωπό και περιέχει πολλά αντισώματα που προστατεύουν τα νεογνά από τις λοιμώξεις. Η ποσότητα είναι μικρή, αλλά **η αξία του μοναδική**.



2. Θηλασμός

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της λοχείας είναι η γαλουχία. Ο θηλασμός είναι ο τρόπος με τον οποίο το νεογνό παίρνει το μητρικό γάλα. Έχουμε υποχρέωση να πείσουμε τη μητέρα ότι ο μητρικός θηλασμός είναι **απαράβατο μητρικό καθήκον** (Εικόνες 4.2, 4.3).

Εικόνα 4.2 Θηλασμός.



Εικόνα 4.3 Θηλασμός.

Πλεονεκτήματα του θηλασμού

Το καλύτερο γάλα για κάθε νεογέννητο είναι το γάλα του είδους του. Για παράδειγμα, για τον άνθρωπο το καλύτερο γάλα είναι το μητρικό, για το κατσικάκι το γάλα της κατσίκας κ.ο.κ.

Το μητρικό γάλα δεν μπορεί να το αντικαταστήσει κανένα άλλο γάλα για τους παρακάτω λόγους:

- Δεν έχει μικρόβια, γιατί το παιδί το παίρνει απ' ευθείας από το στήθος της μητέρας του και δεν έχει επομένως ανάγκη βρασμού.
- Δε θέλει προετοιμασία και έχει πάντα την κατάλληλη θερμοκρασία.
- Περιέχει αντισώματα απαραίτητα για την άμυνα του οργανισμού και προφυλάσσει έτσι το παιδί από πολλές αρρώστιες.
- Περιέχει λευκώματα, ανώτερης βιολογικής αξίας.
- Περιέχει λίπη που είναι ευκολοχώνευτα.
- Περιέχει υδατάνθρακες μοναδικής αξίας, γιατί βοηθούν την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και προφυλάσσουν το παιδί από παθήσεις του εντέρου.
- Περιέχει βιταμίνες.
- Σπάνια προκαλεί αλλεργικές αντιδράσεις.
- Για τα άρρωστα ή πρόωρα παιδιά το μητρικό γάλα είναι σωτήριο.

Ψυχολογική σύνδεση (Εικόνα 4.4): Ο μητρικός θηλασμός είναι το θεμέλιο της ψυχικής υγείας του παιδιού και δημιουργεί ισχυρούς δεσμούς ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Την ώρα που το παιδί θηλάζει δέχεται πολλά ερεθίσματα. Ακούει τους κτύπους της καρδιάς, χαϊδεύει το στήθος, αισθάνεται τη ζεστασιά και την οσμή της. Όλα αυτά μαζί και η τρυφερότητα και η ζεστασιά της μητέρας (Εικόνα 4.5) θα αποτελέσουν τη βάση για την ψυχική εξέλιξη του παιδιού (Εικόνα 4.6).



Εικόνα 4.4



Εικόνα 4.5



Εικόνα 4.6

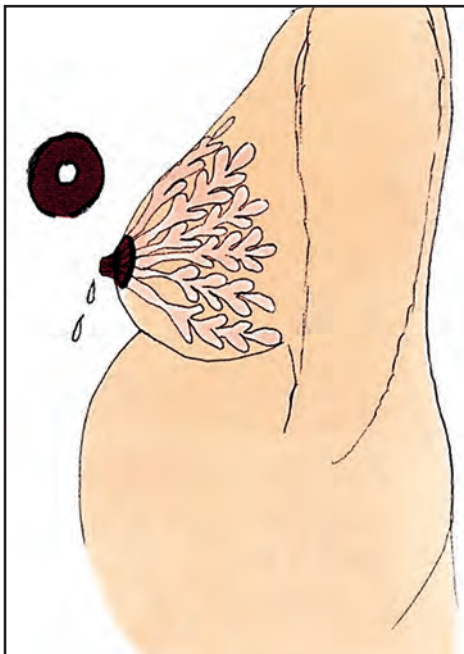
Μηχανισμός εκκρίσεως γάλακτος

Με την έναρξη του τοκετού απελευθερώνεται από την υπόφυση η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη. Με την επίδραση αυτών των ορμονών, και δίνοντας την εντολή το νεογνό με τον θηλασμό, αρχίζει η έκκριση του γάλακτος.

1. Με τις θηλαστικές κινήσεις του νεογνού στέλνεται μέσω της νευρικής οδού μήνυμα στον εγκέφαλο.

2. Ο πρόσθιος λοβός της υπόφυσης εκκρίνει προλακτίνη και ο οπίσθιος λοβός απελευθερώνει την ωκυτοκίνη, οι ορμόνες αυτές μέσω του αίματος μεταφέρονται στο μαστό.

3. Με την προλακτίνη παράγεται το γάλα στις κυψελίδες των αδένων και από εκεί με την ωκυτοκίνη προωθείται και γεμίζουν οι γαλακτοφόροι κόλποι που βρίσκονται πίσω από τη θηλαία άλω. Με αυτόν τον τρόπο το γάλα φτάνει μέχρι τη θηλή (Εικόνα 4.7)



Εικόνα 4.7

Σωστός τρόπος θηλασμού

Το νεογνό θα πρέπει να θηλάζει τη θηλαία άλω και να μην πιπιλίζει τη θηλή (Εικόνα 4.8, 4.8α, 4.8β, 4.8γ, 4.8δ). Ο θηλασμός γίνεται πρώτα από τον ένα μαστό και μετά από τον άλλο. Το γάλα σε ορισμένες γυναίκες έρχεται απότομα και δημιουργείται υπερφόρτωση ή σπάργωμα του στήθους. Σε αυτήν την περίπτωση χρειάζεται σωστός θηλασμός και από τους δύο μαστούς. Μεγάλη βοήθεια θα δώσει η ίδια η γυναίκα με το να αδειάζει τους μαστούς της μετά το θηλασμό. Αρχίζει μ' ένα ζεστό μπάνιο του μαστού και τελειώνει με ένα ελαφρό μασάζ από τη βάση του προς τη θηλή. Ο πιο σωστός τρόπος είναι να γίνεται το άδειασμα με τα χέρια. Όταν κουραστεί μπορεί να χρησιμοποιήσει το θήλαστρο. Μετά από κάθε θηλασμό και άδειασμα του στήθους με το χέρι, πρέπει να πλένει τους μαστούς με νερό, να τους σκουπίζει για να στεγνώσουν πολύ καλά και να φοράει στηθόδεσμο που θα κρατάει το στήθος της ψηλά. Είναι απαραίτητο το καθημερινό μπάνιο καθαριότητας.

Για να μην τραυματισθεί η θηλή, αλλά και σε περίπτωση τραυματισμού τα μέτρα που λαμβάνονται είναι:

- Η σωστή θέση θηλασμού.
- Η καθαρή και στεγνή θηλή.
- Η αυστηρή τήρηση του χρόνου θηλασμού.

Η διάρκεια του θηλασμού αρχικά είναι 1 λεπτό σε κάθε μαστό, και αυξάνεται προοδευτικά μέχρι τα 10 λεπτά σε κάθε μαστό.



Εικόνα 4.8



Εικόνα 4.8α



Εικόνα 4.8β



Εικόνα 4.8γ



Εικόνα 4.8δ

Διάρκεια του θηλασμού

Τον **4ο-6ο** μήνα από τον τοκετό η μητέρα μπορεί προοδευτικά να αντικαταστήσει μερικά γεύματα θηλασμού με άλλες τροφές. Ο θηλασμός θα φτάσει να γίνεται μόνο το πρωί και το βράδυ. Έτσι όσο αραιότερα θηλάζει τόσο λιγότερο γάλα θα έχει. Στη συνέχεια θα αντικαταστήσει πρώτα το βραδινό θηλασμό και μετά τον πρωινό με φρέσκο παστεριωμένο ή αγελαδινό γάλα. Με όλη αυτή την προσπάθεια και την υπομονή της η μητέρα μπορεί να είναι βέβαιη ότι έβαλε γερά θεμέλια τόσο στην ψυχική υγεία του παιδιού της όσο και στη σωματική.

Δυσκολίες θηλασμού

Δυσκολίες θηλασμού παρατηρούνται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Σε λαγώχειλο ή λυκόστομα του νεογνού.
2. Σε προωρότητα του νεογνού.
3. Σε αρρώστια του νεογνού.
4. Σε ραγάδες της θηλής της μητέρας οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν μαστίτιδα.

5. Σε υπερμεγέθη θηλή.

6. Σε εισέχουσα θηλή.

7. Σε υπερφόρτωση του μαστού.

Σε περίπτωση εισέχουσας θηλής θα πρέπει ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης να γίνεται προετοιμασία των μαστών από την εγκυμονούσα τραβώντας τη θηλή προς τα έξω και τρίβοντάς τη με το δείκτη και τον αντίχειρα του χεριού της. Επίσης, για προστασία των θηλών μπορεί να χρησιμοποιούνται ειδικές ασπίδες των θηλών (Εικόνα 4.9).



Εικόνα 4.9
Ασπίδες θηλών.

Οδηγίες για τη λεχвіδα

Η λεχвіδα παραμένει στο μαιευτήριο 4-5 ημέρες σε φυσιολογικό τοκετό.

1. Τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό η λεχвіδα πρέπει να μείνει στο κρεβάτι με τα πόδια σταυρωμένα για μην αιμορραγήσει.

2. Στη συνέχεια και από την πρώτη ημέρα πρέπει να σηκωθεί για να μην κάνει θρομβώσεις. Στην αρχή θα σηκωθεί σιγά σιγά και στη συνέχεια μπορεί να κινείται άφοβα. Η κίνηση βοηθάει στην έξοδο των λοχιών.

3. Χρειάζεται συχνό άδειασμα της ουροδόχου κύστης, γιατί βοηθάει στην παλινδρόμηση της μήτρας.

4. Χρειάζεται καθημερινό ντους και καθαριότητα των γεννητικών οργάνων και του περινέου.

5. Καθημερινή κένωση του εντέρου είναι απαραίτητη.

6. Επιβάλλεται ανάπαυση και αρκετός ύπνος.

7. Ειδικές ασκήσεις γυμναστικής είναι απαραίτητες για τη σύσφιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και την επαναφορά του σώματος στην πριν την εγκυμοσύνη κατάσταση.

8. Η γυναίκα μπορεί να έχει σεξουαλική επαφή 40 ημέρες μετά τον τοκετό, αφού προηγουμένως εξετασθεί από τον γυναικολόγο της.

Οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις της λοχείας είναι:

1. Αιμορραγίες της όψιμης λοχείας.
2. Πυρετός της λοχείας.
3. Ενδομητρίτιδα.
4. Διαπύσηση της περινεοτομίας.
5. Θρομβοφλεβίτιδα.
6. Υπερφόρτωση των μαστών.
7. Μαστίτιδα.

Αιμορραγίες της όψιμης λοχείας

Είναι οι αιμορραγίες από τη μήτρα οι οποίες εμφανίζονται από την πρώτη έως και σαράντα ημέρες μετά τον τοκετό. Συνήθως οφείλονται σε κατακράτηση τμήματος του πλακούντα ή υπολειμμάτων των εμβρυϊκών υμένων.

Συμπτώματα: Η αιμορραγία της λοχείας είναι μεγάλη και συνήθως συνοδεύεται από φλεγμονή, γιατί τα υπολείμματα του πλακούντα που κατακρατήθηκαν μέσα στη μήτρα αποτελούν εστία φλεγμονής.

Αντιμετώπιση: Ο μαιευτήρας επισκοπεί τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας, για να διαπιστώσει, εάν η αιμορραγία προέρχεται από το εσωτερικό μέρος της μήτρας. Σ' αυτήν την περίπτωση η θεραπεία είναι απόξεση της μήτρας και αγωγή με αντιβίωση.

Πυρετός της λοχείας

Έχουμε όταν η θερμοκρασία του σώματος της λεχωίδας είναι πάνω από 38° C για δύο συνεχείς ημέρες, μέσα στις πρώτες δέκα ημέρες μετά τον τοκετό, εκτός από το πρώτο 24ωρο. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες του πυρετού της λοχείας είναι:

1. Ο εξαντλημένος οργανισμός της λεχωίδας.
2. Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της λεχωίδας.
3. Η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.
4. Η κατακράτηση τμήματος του πλακούντα.
5. Οι πολλές κολπικές εξετάσεις κατά τον τοκετό.
6. Η κακή αντισηψία των γεννητικών οργάνων της επιτόκου.
7. Η χρήση γαντιών από τον μαιευτήρα ή τη μαία που δεν είναι αποστειρωμένα.
8. Η μη χρησιμοποίηση μάσκας κατά τον τοκετό από το μαιευτήρα ή τη μαία με αποτέλεσμα τη μετάδοση μικροβίων από το στόμα προς το γεννητικό σύστημα.

Αντιμετώπιση: Γίνεται με χορήγηση αντιβιοτικών.

Ενδομητρίτιδα

Ονομάζεται η φλεγμονή της μήτρας και αποτελεί τη συχνότερη φλεγμονή των γεννητικών οργάνων κατά τη λοχεία. Οφείλεται σε μόλυνση, από μικρόβια, του σημείου στο οποίο ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας.

Συμπτώματα:

1. Πυρετός με ή χωρίς ρίγος.
2. Ταχυκαρδία.
3. Καταβολή.
4. Δύσσομα, παχύρρευστα, πυώδη λόγια.
5. Μήτρα διογκωμένη και επώδυνη στην ψηλάφηση.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

1. Αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια στη γενική αίματος.
2. Αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Επιπλοκές: Είναι η επέκταση της φλεγμονής στα παραμήτρια και περιτόναιο.

Αντιμετώπιση: Γίνεται με καλλιέργεια υλικού από τα λόγια και χορήγηση της κατάλληλης αντιβίωσης.

Διαπύηση της περινεοτομίας

Οφείλεται σε επιμόλυνση της περινεοτομίας. Εκδηλώνεται με πόνο, έξοδο πύου από τα ράμματα, πυρετό και ενδεχομένως να σχηματισθεί απόστημα. Αντιμετωπίζεται με αντιβίωση και διάνοιξη του αποστήματος.

Θρομβοφλεβίτιδα

Ονομάζεται η φλεγμονή και η θρόμβωση των φλεβών. Η θρομβοφλεβίτιδα κατά τη λοχεία εντοπίζεται συνήθως στις φλέβες των κάτω άκρων και της πυέλου. Οφείλεται συνήθως στη φλεγμονή της θέσης που ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας (πλακουντιακή άλω) και στην καθυστερημένη κινητοποίηση της λεχωίδας κυρίως σε γυναίκες με κίρσους των κάτω άκρων.

Συμπτώματα: Παρατηρείται πυρετός, ταχυσφυγμία, ερυθρότητα, οίδημα, πόνος και θερμότητα του κάτω άκρου. Η πιο επικίνδυνη επιπλοκή της θρομβοφλεβίτιδας είναι η πνευμονική εμβολή.

Αντιμετώπιση: Γίνεται με χορήγηση φαρμάκων (αντιπηκτικά, αντιβίωση, αντιφλεγμονώδη), περίδεση του κάτω άκρου και ακινησία.

Υπερφόρτωση των μαστών

Εκδηλώνεται τα πρώτα τέσσερα 24ωρα και οφείλεται στη μεγάλη παραγωγή γάλακτος.

Συμπτώματα: Πυρετός, πόνος και αίσθημα βάρους στους μαστούς.

Αντιμετώπιση: Γίνεται με κυκλικές μαλάξεις των μαστών για την απελευθέρωση του γάλακτος και με χορήγηση παυσιπόνων.

Μαστίτιδα

Είναι φλεγμονή των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Μερικές φορές η μαστίτιδα εξελίσσεται σε απόστημα των μαστών.

Συμπτώματα μαστίτιδας: Πυρετός με ρίγος και πόνος του μαστού.

Συμπτώματα του αποστήματος: Πυρετός με ρίγος, πόνος, ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα του μαστού.

Αντιμετώπιση: Γίνεται με χορήγηση αντιβίωσης. Αν υπάρχει απόστημα χρειάζεται η διάνοιξή του.



Εικόνα 4.10 Η αντισύλληψη είναι υγεία.

Ο βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ο σχεδιασμός της οικογένειας, ο οποίος βοηθάει τα ζευγάρια να ρυθμίσουν την τεκνοποίησή τους. Μπορούν να προγραμματίσουν πόσα παιδιά θα κάνουν και πότε. Η αντισύλληψη είναι υγεία και κύριος σκοπός των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού είναι μέσα σε μια οικογένεια να είναι όλοι ευτυχισμένοι και τα παιδιά να είναι καλοδεχούμενα (Εικόνα 4.10). Όσα άτομα επισκέπτονται τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να πάρουν πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης, ευθύνη τους είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ατόμων.

Πολλά άτομα καταφεύγουν στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού και για να πάρουν πληροφορίες σχετικά με προβλήματα στειρότητας. Από εκεί κατευθύνονται σε ειδικά τμήματα.

Με τη φροντίδα του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων έχουν δημιουργηθεί κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη τη χώρα. Παρέχουν δωρεάν πληροφορίες και συμβουλές σε εμπιστευτικό και προσωπικό επίπεδο.

Αντισύλληψη

Ο σκοπός της αντισύλληψης είναι να μην επιτρέψει τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο ή να εμποδίσει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα.

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι αντισύλληψης. Για όλες χρειάζεται διαπαιδαγώγηση.

Στείρωση

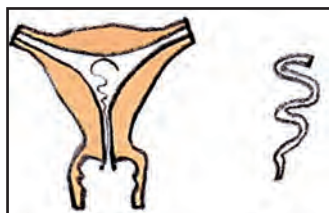
Είναι η αδυναμία να αποκτήσει κάποιος παιδί μετά από προσπάθειες ενός έτους χωρίς αντισύλληψη. Οφείλεται στον άνδρα ή τη γυναίκα ή και στους δύο. Σε πολλές περιπτώσεις το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται. Τελική λύση είναι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (π.χ. η εξωσωματική γονιμοποίηση). Σε αυτή γίνεται η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο στο εργαστήριο (Εικόνα 4.11). Η εμφύτευση στη μήτρα γίνεται λίγο αργότερα.

Εικόνα 4.11 Τεχνητή γονιμοποίηση.



1. Το ενδομήτριο έλασμα (σπирάλ)

Τι είναι: Το ενδομήτριο έλασμα τοποθετείται μέσα στη μήτρα και κρέμεται μια κλωστή στον κόλπο. Αυτό εμποδίζει το γονιμοποιημένο ωάριο να εμφυτευθεί μέσα στη μήτρα. Είναι ένα μικρό σπирάλ που το μήκος του κυμαίνεται από 3-4 εκατοστά (Εικόνα 4.12).



Εικόνα 4.12 Ενδομήτριο σπείραμα.

Πώς χρησιμοποιείται: Τοποθετείται και αφαιρείται από τον γιατρό. Δεν χρειάζεται αναισθησία. Η γυναίκα μπορεί μόνη της με το δάκτυλό της να ψηλαφήσει την κλωστή του ελάσματος στον κόλπο της για να σιγουρευτεί ότι αυτό βρίσκεται στη θέση του (Εικόνα 4.12α).



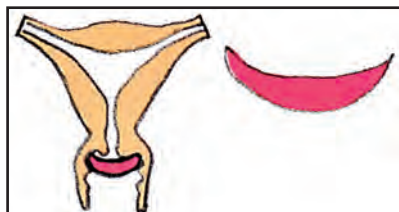
Εικόνα 4.12α Είδη σπирάλ.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Μπορεί να προκαλέσει πόνο χαμηλά στην κοιλιά που οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας, διαταραχές της περιόδου κατά τους πρώτους μήνες και σπανίως ενδοπυελικές λοιμώξεις. Αποφεύγεται η χρήση του σε άτοκες γυναίκες λόγω του κινδύνου της εξωμήτριας εγκυμοσύνης και ενδοπυελικής λοίμωξης που ως γνωστό αποτελεί αιτία στειρώσης.

Ποσοστό επιτυχίας: Από 96-99%.

2. Το διάφραγμα

Τι είναι: Ανήκει στις μεθόδους φραγμού. Είναι μια στρογγυλή και πολύ λεπτή ελαστική μεμβράνη (Εικόνα 4.13, 4.13α). Τοποθετείται μπροστά από τον τράχηλο της μήτρας και εμποδίζει το σπέρμα να εισχωρήσει στη μήτρα.



Εικόνα 4.13 Διάφραγμα.

Πώς χρησιμοποιείται: Η γυναίκα το τοποθετεί μόνη της στο βάθος του κόλπου πριν από τη σεξουαλική επαφή μαζί με μια σπερματοκτόνο ουσία και το αφαιρεί αφού περάσουν 8 ώρες από τη σεξουαλική επαφή. Πριν το χρησιμοποιήσει πρέπει να επισκεφτεί τον γιατρό της για να της υποδείξει το σωστό μέγεθος και πώς να το χρησιμοποιεί.



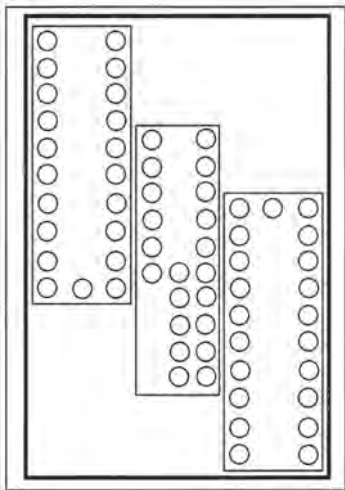
Εικόνα 4.13α
Διάφραγμα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Σπάνια προκαλεί ερεθισμό.

Ποσοστό επιτυχίας: Περίπου 90%.

3. Το αντισυλληπτικό χάπι

Τι είναι: Τα αντισυλληπτικά χάπια είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης. Η κύρια δράση του είναι να εμποδίζει την απελευθέρωση του ωαρίου από την ωοθήκη.



Εικόνα 4.14 Αντισυλληπτικά χάπια.

Πώς χρησιμοποιείται: Το κάθε κουτί των συνδυασμένων αντισυλληπτικών χαπιών περιέχει 21 αριθμημένα χάπια, τα οποία περιέχουν διαφορετικές δόσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης (Εικόνα 4.14). Κάθε μέρα πρέπει να λαμβάνεται το σωστό χάπι. Δηλαδή την πρώτη ημέρα που θα αρχίσει τα χάπια (5η ημέρα του κύκλου) παίρνει το χάπι με αριθμό 1, τη δεύτερη ημέρα (6η ημέρα του κύκλου) παίρνει το χάπι με αριθμό 2, κ.ο.κ.

Όπως τονίσαμε παραπάνω αφού τελειώσει το ένα κουτί (21 χάπια) διακόπτεται η λήψη των αντισυλληπτικών χαπιών μέχρι να εμφανισθεί η εμμηνορρυσία. Η καθημερινή λήψη του χαπιού είναι απαραίτητη. Εάν το ξεχάσει μία ημέρα συνεχίζει την επόμενη ημέρα κανονικά. Για αυτόν το συγκεκριμένο κύκλο πρέπει να

ξέρει ότι δεν υπάρχει αντισυλληπτική προστασία. Χρήσιμο είναι να το συνδυάσει με μια καθημερινή κίνηση (π.χ. μαζί με το πρωινό, βούρτσισμα των δοντιών κ.λπ.).

Κάθε 1-2 χρόνια γίνεται διακοπή για 3-4 κύκλους.

Πριν χρησιμοποιήσει μια γυναίκα το χάπι πρέπει να συμβουλευτεί τον γιατρό της και να κάνει ορισμένες εξετάσεις:

- Γυναικολογική εξέταση.
- Εξέταση των μαστών.
- Τεστ Παπανικολάου.
- Σάκχαρο αίματος.
- Χοληστερίνη αίματος.
- Τρανσαμινάσες.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Υπάρχουν διαταραχές μικρής σημασίας οι οποίες υποχωρούν μετά από 2 με 3 μήνες. Αυτές είναι:

1. Η σταγονοειδής αιμορραγία μεταξύ των εμμηνορρυσιών.
2. Η τάση στους μαστούς.
3. Η ναυτία και οι έμετοι.
4. Η αύξηση του σωματικού βάρους.
5. Οι ψυχικές διαταραχές.

Μπορεί να προκληθούν και σοβαρά προβλήματα υγείας όπως:

1. Θρομβοφλεβίτιδα, 2. Πνευμονική εμβολή, 3. Όγκοι στο ήπαρ.

Ο κίνδυνος για εμφάνιση των παραπάνω σοβαρών διαταραχών αυξάνεται με την ηλικία των γυναικών, το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη, την υψηλή αρτηριακή πίεση, την αυξημένη χοληστερίνη του αίματος κ.λπ.

Κύριες αντενδείξεις της λήψης των αντισυλληπτικών χαπιών είναι:

- Καπνίστριες άνω των 35 ετών.
- Παχύσαρκες γυναίκες άνω των 35 ετών.
- Γυναίκες με ανεξήγητη κολπική αιμόρροια.
- Υποψία εγκυμοσύνης.
- Ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας.
- Ιστορικό πνευμονικής εμβολής.

- Ιστορικό καρκίνου του μαστού.
- Ιστορικό νοσημάτων ήπατος.
- Κιρσοί κάτω άκρων.

Ποσοστό επιτυχίας: Προσεγγίζει το 100%.

4. Αντισύλληψη της επαύριον (η αντισύλληψη μετά τη σεξουαλική επαφή)

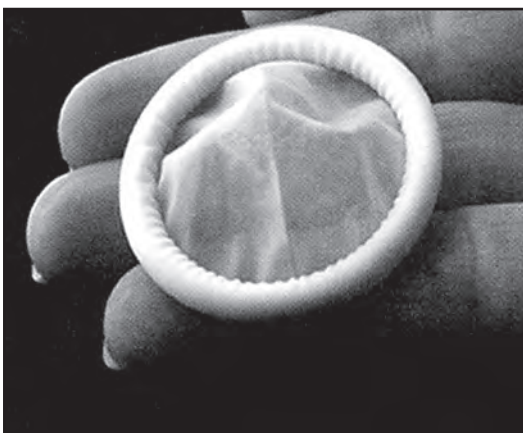
Σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής χωρίς αντισύλληψη γύρω από τις γόνιμες ημέρες συνιστάται η λήψη αντισυλληπτικού χαπιού που περιέχει μεγάλες δόσεις οιστρογόνων. Σκοπός είναι η διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ενδομητρίου, ώστε να μην γίνει εμφύτευση σε περίπτωση που γονιμοποιηθεί το ωάριο.

5. Το ανδρικό προφυλακτικό

Τι είναι: Είναι μια λεπτή ελαστική μεμβράνη που εφαρμόζει στο πέος που βρίσκεται σε στύση και συγκρατεί το σπέρμα πριν και μετά την εκσπερμάτωση (Εικόνα 4.15). Για μεγαλύτερη ασφάλεια κάποιοι τύποι προφυλακτικών έχουν επαλειφθεί με σπερματοκτόνες ουσίες.

Πώς χρησιμοποιείται: Το προφυλακτικό πρέπει να τοποθετείται στο πέος πριν από οποιαδήποτε επαφή του με τον κόλπο. Ανοίγεται η συσκευασία του. Το προφυλακτικό είναι τυλιγμένο σε μορφή ρολού. Τοποθετείται η εσωτερική πλευρά του πάνω στη βάλανο του πέους που βρίσκεται σε στύση. Πιέζεται η άκρη του προφυλακτικού με το χέρι για να βγει ο αέρας που έχει παγιδευτεί, για να χωρέσει το σπέρμα και να μην σπάσει από τον παγιδευμένο αέρα. Το προφυλακτικό ξετυλίγεται πάνω στο πέος. Η χρήση των λιπαντικών (π.χ. βαζελίνης) πρέπει να αποφεύγεται για να μην σπάσει. Προσοχή χρειάζεται να μην βγει το προφυλακτικό από το πέος όταν αυτό εξέρχεται από τον κόλπο με αποτέλεσμα την είσοδο σπέρματος στον κόλπο.

Ποσοστό επιτυχίας: 90-98%.



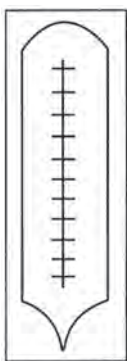
Εικόνα 4.15 Ανδρικό προφυλακτικό.

6. Η μέθοδος του ρυθμού

Βασίζεται στον γεννητικό κύκλο της γυναίκας. Οι γυναίκες προσπαθούν να καθορίσουν τις γόνιμες ημέρες και να αποφύγουν τη σεξουαλική επαφή τις ημέρες αυτές. Η μέθοδος έχει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας.

Δ	Τ	Τ	Π	Π	Σ	Κ
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Εικόνα 4.15α Μέθοδος θερμοκρασίας.



Θερμόμετρο.

βλέννα είναι λίγη, κολλώδης και πηκτή. Κατά την περίοδο της ωοθυλακιορρηξίας γίνεται άφθονη, διαφανής και ρευστή. Σε αυτή την περίοδο εξετάζουμε τη βλέννα με το χέρι πιάνοντάς τη με τον δείκτη και τον αντίχειρα. Με το άνοιγμα των δακτύλων η βλέννα κατά την ωοθυλακιορρηξία έχει την ικανότητα να εκτείνεται από το ένα δάκτυλο στο άλλο.

Ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου αυτής ως αντισύλληψη είναι 70-98%.

9. Η μέθοδος της διακεκομμένης συνουσίας

Είναι η πιο παλιά μέθοδος και η πιο διαδεδομένη. Ο άνδρας απομακρύνεται τη στιγμή που πρόκειται να γίνει η εκσπερμάτωση. Το ποσοστό επιτυχίας είναι χαμηλό γιατί πολλές φορές από την αρχή της σεξουαλικής επαφής εξέρχεται μικρή ποσότητα σπέρματος.

10. Αντισυλληπτικό ταμπόν (σφουγγαράκι)

Το αντισυλληπτικό ταμπόν μοιάζει με ένα πολύ μικρό ταμπόν που είναι εμπλουτισμένο με σπερματοκτόνες ουσίες. Για να χρησιμοποιηθεί πρέπει να βραχεί πρώτα με καθαρό νερό και να τοποθετηθεί βαθιά στον κόλπο, λίγο πριν την σεξουαλική πράξη. Αφαιρείται μετά από 6 ώρες. Δε δημιουργεί προβλήματα, αντίθετα μπορεί να θεραπεύσει ορισμένες κολπίτιδες.

Το ποσοστό επιτυχίας είναι 85-98%.

Χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης

11. Απολίνωση των σαλπίγγων

Με τη μέθοδο αυτή γίνεται απολίνωση (κλείσιμο) των σαλπίγγων. Η μέθοδος έχει ποσοστό επιτυχίας περίπου 100%.

7. Η μέθοδος της θερμοκρασίας

Βασίζεται στον γεννητικό κύκλο της γυναίκας. Μετά την ωοθυλακιορρηξία η θερμοκρασία ανεβαίνει μερικά δέκατα. Έτσι η γυναίκα με καθημερινή θερμομέτρηση προσπαθεί να προσδιορίσει τις γόνιμες ημέρες. Η μέθοδος έχει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας (Εικόνα 4.15α).

8. Η μέθοδος εξέτασης της τραχηλικής βλέννας

Βασίζεται στον γεννητικό κύκλο της γυναίκας και στην αλλαγή της βλέννας που εκκρίνεται από τον τράχηλο της μήτρας, αμέσως πριν και κατά τη διάρκεια της ωοθυλακιορρηξίας. Πριν την ωοθυλακιορρηξία η

βλέννα είναι λίγη, κολλώδης και πηκτή. Κατά την περίοδο της ωοθυλακιορρηξίας γίνεται άφθονη, διαφανής και ρευστή. Σε αυτή την περίοδο εξετάζουμε τη βλέννα με το χέρι πιάνοντάς τη με τον δείκτη και τον αντίχειρα. Με το άνοιγμα των δακτύλων η βλέννα κατά την ωοθυλακιορρηξία έχει την ικανότητα να εκτείνεται από το ένα δάκτυλο στο άλλο.

Ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου αυτής ως αντισύλληψη είναι 70-98%.

9. Η μέθοδος της διακεκομμένης συνουσίας

Είναι η πιο παλιά μέθοδος και η πιο διαδεδομένη. Ο άνδρας απομακρύνεται τη στιγμή που πρόκειται να γίνει η εκσπερμάτωση. Το ποσοστό επιτυχίας είναι χαμηλό γιατί πολλές φορές από την αρχή της σεξουαλικής επαφής εξέρχεται μικρή ποσότητα σπέρματος.

10. Αντισυλληπτικό ταμπόν (σφουγγαράκι)

Το αντισυλληπτικό ταμπόν μοιάζει με ένα πολύ μικρό ταμπόν που είναι εμπλουτισμένο με σπερματοκτόνες ουσίες. Για να χρησιμοποιηθεί πρέπει να βραχεί πρώτα με καθαρό νερό και να τοποθετηθεί βαθιά στον κόλπο, λίγο πριν την σεξουαλική πράξη. Αφαιρείται μετά από 6 ώρες. Δε δημιουργεί προβλήματα, αντίθετα μπορεί να θεραπεύσει ορισμένες κολπίτιδες.

Το ποσοστό επιτυχίας είναι 85-98%.

Χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης

11. Απολίνωση των σαλπίγγων

Με τη μέθοδο αυτή γίνεται απολίνωση (κλείσιμο) των σαλπίγγων. Η μέθοδος έχει ποσοστό επιτυχίας περίπου 100%.

12. Βαζεκτομή

Με τη μέθοδο αυτή γίνεται απολίνωση των σπερματικών πόρων και έτσι τα σπερματοζωάρια δεν φτάνουν στο υγρό της εκσπερμάτωσης. Η μέθοδος έχει ποσοστό επιτυχίας περίπου 100%.

Ανακεφαλαίωση

Λοχεία είναι το διάστημα από το τέλος της υστεροτοκίας μέχρι να επανέλθουν τα γεννητικά όργανα και όλο γενικά το σώμα της γυναίκας στην αρχική τους κατάσταση.

Λόχια είναι τα υγρά που εκκρίνονται από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας κατά την περίοδο της λοχείας. Στη διάρκεια της λοχείας, παρατηρούνται μια σειρά από φυσιολογικές και ανατομικές μεταβολές. Οι κυριότερες αλλαγές αφορούν τη μήτρα και το μαστό.

Η μήτρα αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα αρχίζει να κατεβαίνει προοδευτικά, ώστε τη 10η ημέρα ψηλαφάται 1 εκατοστό πάνω από την ηβική σύμφυση. Το βάρος της επανέρχεται στο φυσιολογικό.

Οι μαστοί στην περίοδο της λοχείας διογκώνονται και αρχίζουν να παράγουν γάλα. Ο θηλασμός διεγείρει την παραγωγή της προλακτίνης και την απελευθέρωση της ωκυτοκίνης από την υπόφυση. Η προλακτίνη ευθύνεται για την παραγωγή του γάλακτος και η ωκυτοκίνη για την έκκρισή του. Το πρώτο γάλα λέγεται πρωτόγαλα ή πύαρ. Βασικό χαρακτηριστικό της λοχείας είναι η γαλουχία. Το γάλα της μητέρας έχει πολλά πλεονεκτήματα και δε μπορεί να το αντικαταστήσει κανένα άλλο γάλα. Είναι το θεμέλιο της ψυχικής υγείας του παιδιού και δημιουργεί ισχυρούς δεσμούς ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί.

Ο θηλασμός πρέπει να γίνεται σωστά για να μην υπάρχει τραυματισμός στη θηλή. Η διάρκεια του θηλασμού αρχικά είναι ένα λεπτό σε κάθε μαστό και αυξάνεται προοδευτικά μέχρι τη δέκα λεπτά σε κάθε μαστό. Κάθε μητέρα πρέπει να πεισθεί ότι ο θηλασμός είναι απαραίτητο μητρικό καθήκον.

Εκτός από τις φυσιολογικές καταστάσεις της λοχείας είναι δυνατόν να εμφανιστούν και παθολογικές καταστάσεις (αιμορραγίες, πυρετός της λοχείας, ενδομητρίτιδα, διαπύηση της περινεοτομίας, θρομβοφλεβίτιδα, υπερφόρτωση των μαστών και μαστίτιδα).

Οικογενειακός προγραμματισμός

Με τη φροντίδα του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων έχουν δημιουργηθεί κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη τη χώρα που παρέχουν δωρεάν πληροφορίες και συμβουλές σε εμπιστευτικό και προσωπικό επίπεδο.

Ο βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ο σχεδιασμός της οικογένειας και βοηθάει τα ζευγάρια να ρυθμίσουν την τεκνοποίησή τους.

Η αντισύλληψη είναι υγεία και ο σκοπός των Κέντρων του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι να δημιουργηθούν οικογένειες υγιείς και ευτυχισμένες. Ο σκοπός της αντισύλληψης είναι να μην επιτρέψει τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο ή να εμποδίσει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα.

Οι κυριότερες μέθοδοι αντισύλληψης είναι:

Το ενδομήτριο έλασμα (σπιράλ), το διάφραγμα, το αντισυλληπτικό χάπι, η αντισύλληψη της επαύριον, το ανδρικό προφυλακτικό, η μέθοδος του ρυθμού, η μέθοδος της μέτρησης της θερμοκρασίας, η μέθοδος εξέτασης της τραχηλικής βλέννας, η μέθοδος της διακεκομμένης συνουσίας, το αντισυλληπτικό ταμπόν και οι χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης.

Ερωτήσεις

1 Να αντιστοιχίσετε τα παρακάτω:

Λοχεία	Επάνοδος μήτρας στην κατάσταση πριν την εγκυμοσύνη.
Λόγια	Το γάλα των πρώτων ημερών μετά τον τοκετό.
Παλινδρόμηση μήτρας	Οι πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.
Πύαρ	Έκκριμα γεννητικών οργάνων μετά τον τοκετό.

2. Ποιες μεταβολές παρατηρούνται στο σώμα της γυναίκας την περίοδο της λοχείας;
3. Τι είναι τα λόγια; Αλλάζουν στη διάρκεια της λοχείας; Αν γίνουν δύσσομα και πυώδη τι έχει συμβεί;
4. Πώς εξελίσσεται η παλινδρόμηση της μήτρας μετά τον τοκετό;
5. Ποια πλεονεκτήματα έχει το μητρικό γάλα; Γιατί πρέπει να ενθαρρύνεται ο θηλασμός;
6. Ποιος είναι ο μηχανισμός της παραγωγής και της έκκρισης του γάλακτος;
7. Σε ποιες περιπτώσεις υπάρχουν δυσκολίες στο θηλασμό;
8. **Ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος:**
 - α. Την περίοδο της λοχείας το σώμα και τα γεννητικά όργανα της γυναίκας επανέρχονται στην πριν την εγκυμοσύνη κατάσταση.
 - β. Σε γυναίκες που θηλάζουν η λοχεία παρατείνεται για πολλούς μήνες.
 - γ. Σε γυναίκες που θηλάζουν η έμμηνος ρύση συνήθως αργεί να εμφανιστεί.
 - δ. Την περίοδο του θηλασμού απαγορεύεται η σεξουαλική επαφή.
 - ε. Το πρωτόγαλα δεν είναι κανονικό γάλα και γι' αυτό δεν πρέπει να θηλάζει το νεογνό μέχρι να αρχίσει η έκκριση του κανονικού γάλακτος.
 - στ. Την περίοδο του θηλασμού η γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος ακόμη και αν δεν έχει περίοδο.
9. Τι είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός; Σε τι αποσκοπεί; Σε ποιους απευθύνεται;

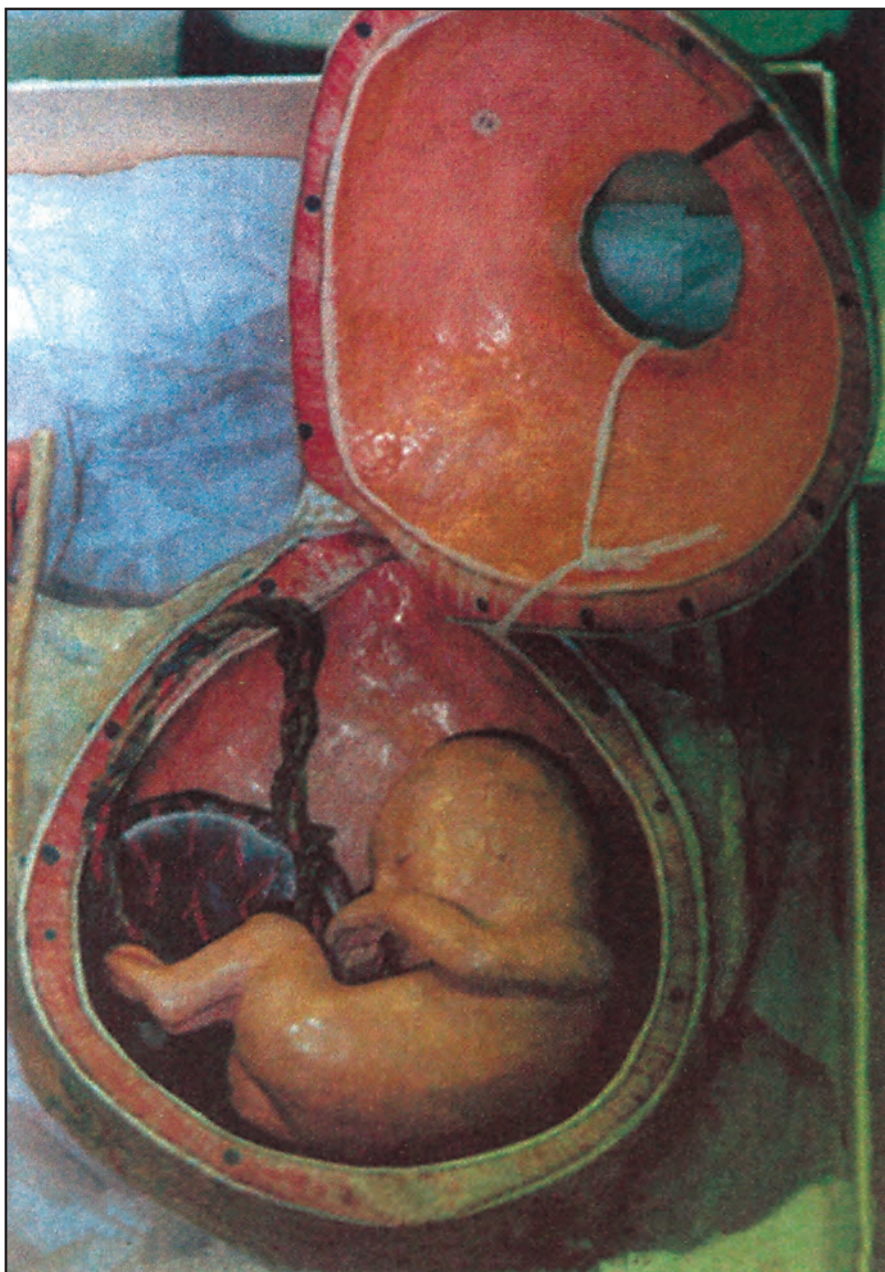
10. Τι είναι η αντισύλληψη; Ποιες μεθόδους αντισύλληψης γνωρίζετε; Αναφέρετε σύντομα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μιας απ' αυτές.
11. Πιστεύετε πως οι γνώσεις σας επαρκούν για να επιλέξετε μία μέθοδο αντισύλληψης; Αν όχι σε ποιον θα απευθυνθείτε για να πάρετε σωστές πληροφορίες; Αν ναι ποια μέθοδο θα επιλέγατε και γιατί;
12. Ποιες προϋποθέσεις κατά τη γνώμη σας οφείλει να εκπληρώνει μια αντισυλληπτική μέθοδος για να είναι ασφαλής;
13. **Επιλέξτε το σωστό και το λάθος από τα παρακάτω:**
 - α. Η αντισύλληψη και η αναζήτηση σωστής μεθόδου δημιουργεί ένταση στις σχέσεις του ζευγαριού και καλό είναι να αποφεύγεται.
 - β. Η αντισύλληψη προστατεύει το ζευγάρι από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και γι' αυτό πρέπει εγκαίρως να επιλέγεται η κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδος.
 - γ. Καμιά μέθοδος αντισύλληψης δεν είναι 100% ασφαλής. Αφού λοιπόν υπάρχει έστω και σε μικρό ποσοστό η πιθανότητα της αποτυχίας, ποιος ο λόγος να μην το διακινδυνεύει κανείς ευθύς εξαρχής αντί να ταλαιπωρείται με διάφορες μεθόδους που μπορεί να αποδειχθούν αναποτελεσματικές.
 - δ. Το ενδομήτριο σπείραμα εμποδίζει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και τη μετάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
 - ε. Το ενδομήτριο σπείραμα είναι αιτία εξωμήτριας εγκυμοσύνης και πυελικής φλεγμονής.
 - στ. Το αντισυλληπτικό χάπι έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας και γι' αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κάθε γυναίκα.
 - ζ. Το προφυλακτικό είναι αποτελεσματικό μέσο αντισύλληψης και πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
14. **Παρακάτω αναφέρονται μερικές μέθοδοι αντισύλληψης. Να τις ιεραρχήσετε κατά σειρά προσωπικής προτίμησης και να εξηγήσετε γιατί.**
 Διακεκομμένη συνουσία, προφυλακτικό, ενδομήτριο σπείραμα, διάφραγμα, αντισυλληπτικό χάπι.
15. **Οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις της λοχείας είναι οι παρακάτω (διαγράψτε το λάθος):**
 - α. Πυρετός της λοχείας.
 - β. Υπερφόρτωση μαστών.
 - γ. Μαστίτιδα.
 - δ. Αιμορραγίες της όψιμης λοχείας.
 - ε. Πρόωρος τοκετός.
16. Λεχωίδα εμφανίζει πυρετό την 3η ημέρα από τον τοκετό. Πού μπορεί να οφείλεται αυτό;

17. Τι σημαίνουν οι παρακάτω παθολογικές καταστάσεις:

- α. Πυρετός και πόνος στους μαστούς
- β. Πυρετός με ρίγος και πόνος στους μαστούς
- γ. Πυρετός με ρίγος, πόνος στους μαστούς και οίδημα

Δραστηριότητες

- 1. Να αναφέρετε τις βασικές οδηγίες που θα δίνετε σε μια λεχωίδα.
- 2. Να αναπτύξετε τις βασικές οδηγίες που θα δίνετε σε μια λεχωίδα για το θηλασμό.



ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

- 
- Υπερέμεση της εγκυμοσύνης
 - Εξωμήτριος ή έκτοπη εγκυμοσύνη
 - Αιμορραγίες της εγκυμοσύνης
 - Σακχαρώδης διαβήτης και εγκυμοσύνη
 - Υπέρταση και εγκυμοσύνη
 - Λοιμώξεις και εγκυμοσύνη

Υπάρχουν μια σειρά παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν στη διάρκεια της κύησης ή μπορεί μια γυναίκα με προβλήματα υγείας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η αρτηριακή υπέρταση, να μείνει έγκυος. Κάποιες από αυτές τις καταστάσεις μπορεί να βάλουν σε κίνδυνο τόσο το έμβρυο όσο και τη μητέρα και γι' αυτό απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Άλλες, με καλή παρακολούθηση και φροντίδα, φτάνουν στο τέλος της κύησης και έχουμε ένα υγιές νεογνό και μια ευτυχισμένη μητέρα.

Παθολογικές καταστάσεις στην εγκυμοσύνη:

- Υπερέμεση της εγκυμοσύνης.
- Εξωμήτριος εγκυμοσύνη.
- Αιμορραγίες της εγκυμοσύνης.
- Σακχαρώδης διαβήτης και εγκυμοσύνη.
- Υπέρταση και εγκυμοσύνη.
- Λοιμώξεις και εγκυμοσύνη.
- Συγγενείς λοιμώξεις - Ουρολοιμώξεις.

1. ΥΠΕΡΕΜΕΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

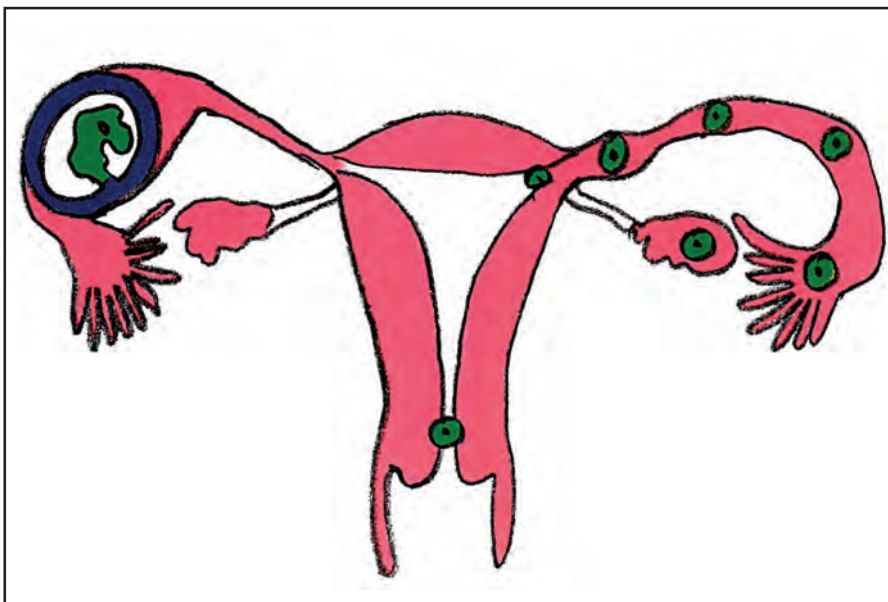
Ναυτία και **έμετος** παρατηρούνται συχνά κατά τη διάρκεια του πρώτου 3μήνου της εγκυμοσύνης. Είναι φυσιολογικά συμπτώματα και συνήθως υποχωρούν μετά τη 12η εβδομάδα. Σε σπάνιες όμως περιπτώσεις οι έμετοι μπορεί να συνεχιστούν, να αυξηθούν σε αριθμό και να προκαλέσουν σοβαρό πρόβλημα υγείας για την έγκυο με απώλεια βάρους και αφυδάτωση. Τα σοβαρότερα περιστατικά μπορεί να χρειαστούν εισαγωγή στο νοσοκομείο για καλύτερη αντιμετώπιση.

2. ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ Ή ΕΚΤΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Εξωμήτριος είναι η εγκυμοσύνη, όταν το γονιμοποιημένο ωάριο εγκατασταθεί και αρχίσει να αναπτύσσεται σε άλλη θέση εκτός από τη φυσιολογική που είναι η κοιλότητα της μήτρας δηλαδή, το ενδομήτριο (Εικόνα 5.1). Περίπου 1 στις 300 κυήσεις είναι εξωμήτριος. Στο 95% των περιπτώσεων το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στη σάλπιγγα (σαλπιγγική κύηση). Άλλες πολύ σπανιότερες θέσεις εμφύτευσης είναι η ωοθήκη, ο τράχηλος της μήτρας και η περιτοναϊκή κοιλότητα.

Αίτια: Η συχνότερη αιτία της εξωμήτριας κύησης είναι η στένωση των σαλπίγγων λόγω φλεγμονής (σαλπιγγίτιδα) ή λόγω συγγενών ανωμαλιών.

Πώς εκδηλώνεται η εξωμήτριος κύηση: Στην αρχή η εξωμήτριος κύηση μοιάζει με κάθε άλλη κύηση δηλ. η γυναίκα έχει αμηνόρροια και μπορεί ακόμα να έχει ναυτία, έμετους και διόγκωση του στήθους. Συχνά μπορεί να εμφανιστεί μικρή σταγονοειδής αιμορραγία από τον κόλπο. Στη συνέχεια όμως και κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου καθώς το κύημα μεγαλώνει, η σάλπιγγα που το φιλοξενεί σπάει (**ρήξη σάλπιγγας**) και



Εικόνα 5.1 Εξωμήτριος ή έκτοπη κύηση (σαλπιγγική).

ακολουθεί αιμορραγία μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η αιμορραγία μπορεί να είναι μικρή ή μεγάλη και να θέσει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας. Την ώρα της ρήξης της σάλπιγγας η γυναίκα αισθάνεται ένα διαξιφιστικό* πόνο στο υπογάστρο που συνοδεύεται από ναυτία, έμετο και τάση για λιποθυμία. Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη εμφανίζει εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πίεσης (**σημεία μεγάλης εσωτερικής αιμορραγίας**).

Διάγνωση: Με τους **υπερήχους** η ρήξη της εξωμήτριας κύησης πρέπει να συμβαίνει σπάνια στις ημέρες μας. Κάθε γυναίκα πρέπει να επισκέπτεται τον μαιευτήρα-γυναικολόγο στην αρχή της εγκυμοσύνης της για να ελεγχθεί η θέση εμφύτευσης του κυήματος με υπερηχογράφημα. Το υπερηχογράφημα σε περίπτωση εξωμήτριας κύησης θα δείξει την απουσία του εμβρυϊκού σάκκου από τη μήτρα. Είναι δυνατόν να δείξει διόγκωση της σάλπιγγας και παρουσία υγρού στο δουλγάσειο χώρο. Στη διάγνωση μπορεί να βοηθήσει και η παρακέντηση του δουλγάσειου χώρου. Οριστικά η διάγνωση της εξωμήτριας κύησης θα γίνει με λαπαροσκόπηση γιατί ελέγχονται κατευθείαν τα εσωτερικά γεννητικά όργανα. Σε περίπτωση σαλπιγγικής κύησης η σάλπιγγα είναι διογκωμένη στο σημείο που υπάρχει η εξωμήτρια κύηση, ενώ σε περίπτωση κοιλιακής κύησης το κύημα φαίνεται μέσα στην κοιλιά.

Σε ρήξη της εξωμήτριας κύησης, από την εξέταση διαπιστώνονται, **σημεία οξείας χειρουργικής κοιλίας** (ευαισθησία, σύσπαση κοιλιακών τοιχωμάτων, κ.λπ.).

Αντιμετώπιση: Είναι χειρουργική. Η επέμβαση γίνεται αμέσως μετά τη διάγνωση. Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη μπορεί να χρειασθούν και μεταγγίσεις αίματος.

3. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Αιμορραγία από τον κόλπο μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι αιτίες είναι δυνατόν να οφείλονται στην εγκυμοσύνη ή να είναι άσχετες με αυτή όπως π.χ. καρκίνος του τραχήλου, πολύποδας του τραχήλου, τραχηλίτιδα κ.λπ.

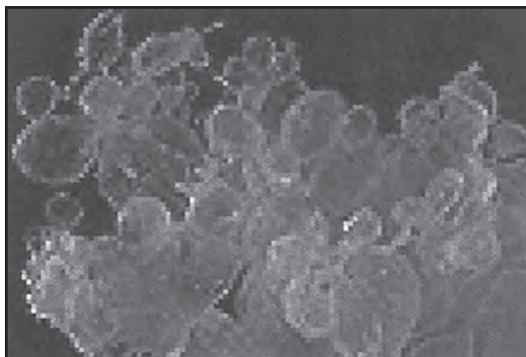
Οι αιμορραγίες του πρώτου 3μήνου οφείλονται συνήθως σε **αποβολή** και σε απειλούμενη κύηση. Σπανιότερα αίτια είναι η **εξωμήτριος** και η **μύλη κύηση**. Στη μύλη κύηση το γονιμοποιημένο ωάριο που εμφυτεύεται στη μήτρα δεν αναπτύσσεται ομαλά. Έτσι το τμήμα από το οποίο σχηματίζεται το έμβρυο (εμβρυοβλάστη) νεκρώνεται, ενώ το τμήμα από το οποίο σχηματίζεται ο πλακούντας (τροφοβλάστη) αναπτύσσεται παθολογικά.

Το αποτέλεσμα είναι να μην υπάρχει έμβρυο παρά μόνο λάχνες που διηθούν τη μήτρα και μοιάζουν με κύστες (**σαν ρόγες από σταφύλι**) (Εικόνες 5.2 και 5.3). Η γυναίκα έχει θετικό τεστ κύησης, εμφανίζει αιμορραγία από τον κόλπο και **το υπερηχογράφημα** δείχνει μια χαρακτηριστική εικόνα της μήτρας σαν να είναι γεμάτη από **νιφάδες χιονιού**. Η συχνότερη εκδήλωση της μύλης κύησης είναι η αιμορραγία, ενώ η σοβαρότερη επιπλοκή είναι η ανάπτυξη χοριοκαρκινώματος. Η μύλη κύηση αντιμετωπίζεται με απόξεση της μήτρας και παρακολούθηση της γυναίκας για ένα τουλάχιστον χρόνο.

Οι αιμορραγίες του τρίτου 3μήνου οφείλονται συνήθως: α) Στον **προδρομικό πλακούντα**

δηλ. στον πλακούντα που βρίσκεται χαμηλά στη μήτρα και καλύπτει κατά ένα μέρος ή ολόκληρο το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο (Εικόνα 5.4). Εκδηλώνεται με αιμορραγία χωρίς πόνο και διαπιστώνεται με υπερηχογράφημα. β) στην **πρώωρη αποκόλληση του πλακούντα** δηλ. στην αποκόλληση του πλακούντα πριν την έξοδο του εμβρύου. Εκδηλώνεται με αιμορραγία και πόνο στη μήτρα.

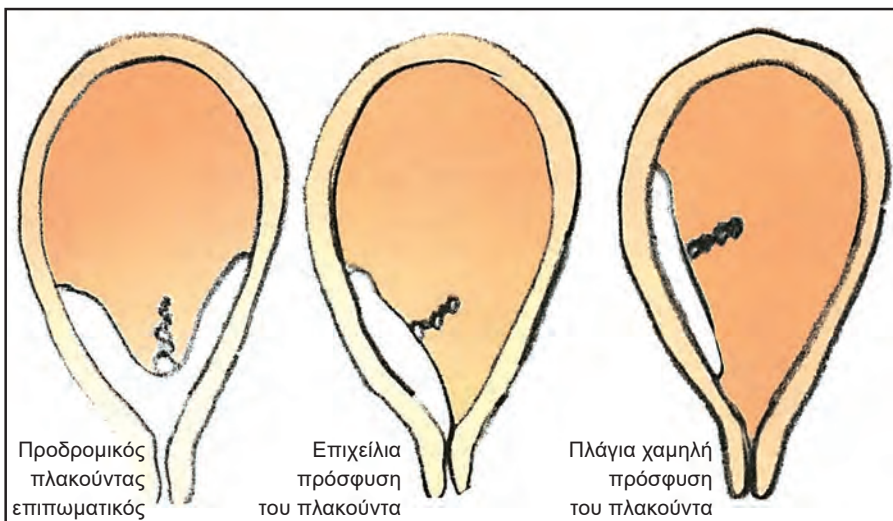
Όλες οι εγκυμονούσες πρέπει να πηγαίνουν αμέσως στον γιατρό τους μόλις παρουσιάσουν έστω και μικρή ποσότητα αίματος από τον κόλπο.



Εικόνα 5.2 Μύλη κύηση.



Εικόνα 5.3 Μύλη κύηση.



Εικόνα 5.4 Προδρομικός πλακούντας.

Πίνακας - Αιμορραγίες της κύησης	
Αίτια	
Αιμορραγίες 1ου τριμήνου	• Αποβολή • Εξωμήτριος κύηση • Μύλη κύηση • Τραχηλίτιδα • Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
Αιμορραγίες 3ου τριμήνου	• Προδρομικός πλακούντας • Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα • Ρήξη της μήτρας

4. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης στην εγκυμοσύνη αφορά:

α. τη γυναίκα που έχει σακχαρώδη διαβήτη πριν μείνει έγκυος και μπορεί να έχει από την αρχή της εγκυμοσύνης λίγα ή και περισσότερα από τα προβλήματα που προκαλεί ο διαβήτης.

β. Τη γυναίκα που εμφανίζει για πρώτη φορά στη ζωή της διαβήτη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οπότε μιλάμε για **διαβήτη της κύησης**. Η εγκυμοσύνη της γυναίκας με διαβήτη είναι εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου. Αυτό σημαίνει πως διατρέχει κίνδυνο όχι μόνο η μητέρα αλλά και το έμβρυο, λόγω της επικοινωνίας τους με τον πλακούντα.

Η εγκυμοσύνη **προδιαθέτει** από μόνη της την εμφάνιση διαβήτη, γιατί οι περισσότερες από τις ορμόνες που παράγει ο πλακούντας, όπως το πλακουντιακό γαλακτογόνο, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη **εμποδίζουν τη δράση της ινσουλίνης**.

Α. Επίδραση του διαβήτη στην εγκυμοσύνη

Οι επιπλοκές του διαβήτη μπορεί να εμφανιστούν τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβρυο. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην εγκυμοσύνη οφείλονται κυρίως στην κακή ρύθμιση (δηλ. στην αυξημένη γλυκόζη αίματος) της εγκύου και στην επικοινωνία του εμβρύου με τη μητέρα του μέσω του πλακούντα. Από τον πλακούντα περνά ελεύθερα η γλυκόζη της μητέρας. Έτσι το έμβρυο έχει τα ίδια επίπεδα γλυκόζης αίματος με τη μητέρα του. Η ινσουλίνη της μητέρας δεν περνά τον πλακούντα. Γι' αυτό το λόγο το έμβρυο της αρρυθμιστής διαβητικής γυναίκας έχει αυξημένες τιμές γλυκόζης στο αίμα του. Η αυξημένη γλυκόζη διεγείρει διαρκώς το πάγκρεας του εμβρύου που εκκρίνει αυξημένα ποσά ινσουλίνης. Η αυξημένη γλυκόζη και η αυξημένη ινσουλίνη του εμβρύου ευθύνονται για την αύξηση του σωματικού του βάρους και για το μεγάλο μέγεθος ορισμένων οργάνων όπως η καρδιά και το ήπαρ (πίνακας 5.1). Τα μεγαλόσωμα αυτά παιδιά λέγονται **μακροσωμικά** (4-4.5 κιλά). Η μακροσωμία του εμβρύου δημιουργεί δυσκολίες στον τοκετό που μπορεί να καταλήξουν σε νεογνική ασφυξία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

1. Μακροσωμία.
2. Μικρό βάρος γέννησης.
3. Συγγενείς ανωμαλίες.
4. Υπογλυκαιμία.
5. Αναπνευστική ανεπάρκεια.
6. Ίκτερος.
7. Υπασβεσταιμία.
8. Προωρότητα.

Γυναίκες που είχαν διαβήτη πριν την εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα γυναίκες με βλάβες στα αγγεία τους (αρτηριοσκλήρωση) μπορεί να αποκτήσουν παιδιά με **πολύ μικρό σωματικό βάρος**, γιατί λόγω της κακής κυκλοφορίας του πλακούντα φτάνουν λίγα θρεπτικά συστατικά στο έμβρυο. Και τα νεογνά με πολύ μικρό σωματικό βάρος έχουν αυξημένη θνησιμότητα.

Τα νεογνά των διαβητικών μητέρων κινδυνεύουν από **υπογλυκαιμία**. Η υπογλυκαιμία οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή ινσουλίνης από το υπερτροφικό πάγκρεας του νεογνού που συνεχίζεται για λίγο διάστημα μετά τον τοκετό, ενώ η μεταφορά γλυκόζης από τη μητέρα έχει σταματήσει. Η υπογλυκαιμία βάζει σε μεγάλο κίνδυνο τη ζωή του νεογνού αν δεν διαγνωστεί και δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως.

Άλλοι κίνδυνοι είναι το **σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας** που οφείλεται στην καθυστέρηση της ωρίμανσης των πνευμόνων, ο **ίκτερος** που είναι αποτέλεσμα της ανωριμότητας του ήπατος, η **υπασβεσταιμία** και η **προωρότητα**. Όλα αυτά προκαλούν αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας.

Σήμερα με τη χρήση της ινσουλίνης μπορεί να γίνει άριστη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος της εγκυμονούσας. Έτσι περιορίζονται τα προβλήματα των νεογνών και μειώνεται η περιγεννητική θνησιμότητα.

Ένας ακόμη κίνδυνος για τα παιδιά των διαβητικών μητέρων είναι η εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών. Οι **συγγενείς ανωμαλίες** αφορούν κυρίως το Κ.Ν.Σ και την καρδιά. Για να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος είναι αναγκαίο η γυναίκα να πετύχει άριστη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματός της όχι μόνο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης της αλλά και **πριν την εγκυμοσύνη**. Στόχος είναι την περίοδο που θα γίνει η σύλληψη η γυναίκα να έχει ρυθμίσει καλά το σάκχαρό της.

Αρα η γυναίκα με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να προγραμματίσει την εγκυμοσύνη της και σε συνεργασία με το γιατρό της να έχει ρυθμίσει πολύ καλά το σάκχαρό της την εποχή της σύλληψης.

Ο αρρυθμιστος διαβήτης μπορεί ακόμη να προκαλέσει **αποβολές, ενδομήτριο θάνατο, υδράμνιο, ανεπάρκεια του πλακούντα, υπέρταση** και μάλιστα **προεκλαμψία** και **προωρότητα** (Πίνακας 5.2). Η αρρυθμιστη διαβητική εγκυμονούσα μπορεί να εμφανίσει όλες τις επιπλοκές του διαβήτη όπως π.χ. κετοξέωση*.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1. Αποβολή.
2. Ενδομήτριος θάνατος.
3. Υδράμνιο.
4. Υπέρταση - προεκλαμψία.
5. Ανεπάρκεια του πλακούντα.
6. Αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα.

Β. Διαβήτης της εγκυμοσύνης

Εμφανίζεται συνήθως μετά την 20ή εβδομάδα της εγκυμοσύνης και υποχωρεί μετά τον τοκετό, στις περισσότερες γυναίκες (85%). Αφορά το 35% των εγκύων. Παχύσαρκες γυναίκες, ιδιαίτερα αν είναι μεγαλύτερες των 30 ετών, όπως και γυναίκες που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με διαβήτη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη της κύησης. Οι γυναίκες με διαβήτη της κύησης κινδυνεύουν να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη στο μέλλον.

Η κύρια επιπλοκή του διαβήτη της κύησης είναι η **μακροσωμία** του νεογνού. Οι συνέπειες της είναι:

- Η αύξηση της **περιγεννητικής θνησιμότητας**.
- Τα παιδιά αυτά έχουν αυξημένη πιθανότητα να γίνουν **παχύσαρκα** στην εφηβεία.

Διάγνωση του διαβήτη της κύησης

Κάθε έγκυος πρέπει να εξετάζεται για διαβήτη **μεταξύ της 24ης και 28ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης**. Η γυναίκα παίρνει 50 γραμμάρια γλυκόζης από το στόμα και μία ώρα αργότερα μετράμε τη γλυκόζη του αίματός της. Αν ευρεθεί τιμή ίση ή μεγαλύτερη από 140 mg/100ml πρέπει να γίνει στη συνέχεια **καμπύλη σακχάρου** με 100 γραμμάρια γλυκόζης. Για τρεις ημέρες η έγκυος προετοιμάζεται τρώγοντας αρκετή

ποσότητα υδατανθράκων καθημερινώς (200 γραμμάρια τουλάχιστον). Το πρωί της εξέτασης πηγαίνει νηστική στο γιατρό και αφού της πάρει αίμα της δίνει να πει τα 100 γραμμάρια γλυκόζης διαλυμένα σε 250-300 ml νερό. Το επόμενο 3ωρο της παίρνει κάθε μία ώρα αίμα. Σε αυτό το 3ωρο η γυναίκα είναι καθιστή ή ξαπλωμένη και δεν τρώει τίποτα. Στα τέσσερα δείγματα αίματος μετριέται η γλυκόζη.

Πίνακας - Φυσιολογικές τιμές καμπύλης γλυκόζης εγκύου	
<u>ΧΡΟΝΟΣ</u>	<u>ΤΙΜΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ</u>
0 (πριν τη λήψη 100 γρ. Γλυκόζης)	< 105 mg/100ml
1 ώρα μετά τη λήψη	< 190 mg/100ml
2 ώρες μετά τη λήψη	< 165 mg/100ml
3 ώρες μετά τη λήψη	< 145 mg/100ml

Αν δύο (από τις 4) τιμές γλυκόζης της εγκύου είναι ίσες ή μεγαλύτερες απ' αυτές που γράφονται στον πίνακα μπαίνει η διάγνωση του **διαβήτη της κύησης**.

Αντιμετώπιση του διαβήτη στην εγκυμοσύνη

Στόχος της αντιμετώπισης του διαβήτη στην εγκυμοσύνη είναι η άριστη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος. Να είναι δηλαδή οι τιμές γλυκόζης αίματος:

- α) νηστείας < 90 mg/100 ml
- β) 1 ώρα μετά το γεύμα < 140 mg/100 ml
- γ) 2 ώρες μετά το γεύμα < 120 mg/100 ml

Τα μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας για την αντιμετώπιση του διαβήτη στην εγκυμοσύνη είναι η **δίαιτα** και η **ινσουλίνη**. Τα αποτελέσματα της θεραπείας πρέπει να ελέγχονται καθημερινά με αυτομετρήσεις σακχάρου (με μηχανάκια σακχάρου) από την ίδια την έγκυο.

Το διαιτολόγιο της διαβητικής εγκύου πρέπει να περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, λίπη, υδατάνθρακες και πρωτεΐνες. Βέβαια η γυναίκα δεν πρέπει να τρώει υπερβολικά, δεν έχει ανάγκη να φάει για δύο, γιατί η μεγάλη αύξηση του βάρους της εμποδίζει την καλή ρύθμιση του σακχάρου και προδιαθέτει στην εμφάνιση προεκλαμψίας. Το βάρος που θα πάρει στην περίοδο της εγκυμοσύνης της δεν πρέπει να ξεπεράσει τα 10 κιλά.

• **Τα αντιδιαβητικά χάπια απαγορεύονται** στην εγκυμοσύνη λόγω της πιθανής τερατογόνου δράσης τους. Γυναίκες που έπαιρναν αντιδιαβητικά χάπια πριν την εγκυμοσύνη τα διακόπτουν και ρυθμίζονται με ινσουλίνη. Γυναίκες με διαβήτη της κύησης που έχουν ανεβασμένο σάκχαρο αν και κάνουν δίαιτα παίρνουν ινσουλίνη.

• Η **ινσουλίνη** είναι το **μόνο** φάρμακο που **επιτρέπεται** για τη ρύθμιση του διαβήτη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η έγκυος εκπαιδεύεται και μαθαίνει να μετρά με μηχανάκι τη γλυκόζη του αίματός της 3-5 φορές την ημέρα. Συνήθως 3 φορές νηστική και 2 φορές 2 ώρες μετά το φαγητό.

Η εγκυμοσύνη που συνδυάζεται με σακχαρώδη διαβήτη είναι **εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου**, γι' αυτό η έγκυος πρέπει να παρακολουθείται συχνά τόσο από τον παθολόγο όσο και από τον μαιευτήρα-γυναικολόγο.

Μετά τον τοκετό

- Προτείνεται να μη θηλάσουν τα νεογνά τους τόσο οι γυναίκες με διαβήτη της κύησης, όσο και οι γυναίκες που είχαν διαβήτη, γιατί κατά το θηλασμό συνεχίζουν να εκκρίνονται οι ορμόνες που εμποδίζουν τη δράση της ινσουλίνης.

- Δύο μήνες περίπου μετά τον τοκετό η καμπύλη σακχάρου των γυναικών με διαβήτη της κύησης γίνεται φυσιολογική. Επειδή όμως αυτές οι γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη στο μέλλον, πρέπει να προσέχουν το σωματικό τους βάρος και να κάνουν κάθε χρόνο καμπύλη σακχάρου για να διαγνωστεί εγκαίρως ο διαβήτης.

5.

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Στο 5% των κυήσεων υπάρχει πρόβλημα υπέρτασης. Η υπέρταση στην εγκυμοσύνη χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες.

Α) Χρόνια υπέρταση: Είναι η υπέρταση που υπάρχει πριν την εγκυμοσύνη ή εμφανίζεται πριν την 20ή εβδομάδα της κύησης. Η τιμή της αρτηριακής πίεσης είναι μεγαλύτερη από 140/90 mmHg. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν ήπια ή μέτρια υπέρταση χωρίς επιπλοκές και η εγκυμοσύνη εξελίσσεται ομαλά. Η αντιμετώπιση, αν χρειαστεί, γίνεται με φάρμακα. Είναι απαραίτητη η ανάπαυση και ο περιορισμός των δραστηριοτήτων της εγκύου.

Β) Προεκλαμψία / εκλαμψία (τοξιναιμία της κύησης): Είναι μια επικίνδυνη μορφή υπέρτασης της εγκυμοσύνης. Εμφανίζεται μετά την 20ή εβδομάδα, συνήθως προς το τέλος της εγκυμοσύνης και είναι συχνότερη στις πρωτότοκες και στις πολύτοκες μεγάλης ηλικίας. Επίσης κινδυνεύουν περισσότερο διαβητικές και υπέρτασικές εγκυμονούσες. Τα νεογνά αυτών των γυναικών έχουν χαμηλό βάρος γέννησης και μπορεί να γεννηθούν νεκρά ή να πεθάνουν στη νεογνική περίοδο.

Η **προεκλαμψία** χαρακτηρίζεται από:

- αρτηριακή υπέρταση (ΑΠ > 140/90mmHg)
- λευκωματουρία

- οίδημα. Από μόνο του δεν είναι παθολογικό στην εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα όταν εντοπίζεται στα κάτω άκρα. Το οίδημα στην προεκλαμψία είναι **γενικευμένο** δηλ. εντοπίζεται στα άνω, στα κάτω άκρα και στο πρόσωπο.

Η **προεκλαμψία** μπορεί να εξελιχτεί σε **βαριά προεκλαμψία** με μεγάλη αύξηση της πίεσης (> 160/110mmHg), μεγάλη απώλεια λευκώματος στα ούρα, ολιγουρία, πονοκέφαλο, διαταραχές της όρασης, πόνο στο στομάχι, ναυτία και εμέτους. Η βαριά προεκλαμψία μπορεί να εξελιχτεί σε **εκλαμψία**. Συνήθως η αντιμετώπιση της υπέρτασης εμποδίζει την εμφάνιση της εκλαμψίας.

Εκλαμψία: Όταν μια γυναίκα με προεκλαμψία εμφανίσει σπασμούς τότε έχει εκλαμψία. Η προεκλαμψία μπορεί να εξελιχτεί γρήγορα και χωρίς προειδοποίηση. Συνήθως όμως εμφανίζονται τα συμπτώματα της βαριάς προεκλαμψίας. Στη συνέχεια εμφανίζονται οι σπασμοί:

- Η γυναίκα είναι ακίνητη, ωχρή και έχει συσπάσεις στο πρόσωπο.
- Στη συνέχεια καθιλώνει το βλέμμα, εμφανίζει τους τονικούς σπασμούς* και κυάνωση προσώπου και χειλιών.

- Ακολουθούν οι κλονικοί σπασμοί*: Τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν συνεχώς, το κεφάλι κινείται δεξιά αριστερά, από το στόμα βγαίνει αφρός, η αναπνοή είναι σαν ρόγχος, η γλώσσα πέφτει έξω από το στόμα και κινδυνεύει να κοπεί.

- Τέλος υποχωρούν οι σπασμοί και η γυναίκα πέφτει σε κώμα, το πρόσωπο και τα μάγουλα είναι πρησμένα, τα χείλη έχουν αίμα, η πίεση είναι πολύ αυξημένη και η θερμοκρασία μπορεί να φτάσει στους 39°C. Κινδυνεύει από εγκεφαλική αιμορραγία και καρδιακή ανεπάρκεια.

Προεκλαμψία	Εκλαμψία
1. Υπέρταση	1. Υπέρταση
2. Οίδημα	2. Οίδημα
3. Λευκωματουρία	3. Λευκωματουρία
	4. Σπασμοί

Η εκλαμψία μπορεί να εμφανισθεί στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό ή το πρώτο 48ωρο της λοχείας.

Αντιμετώπιση προεκλαμψίας - εκλαμψίας

Η αντιμετώπιση γίνεται πάντα στο νοσοκομείο. Αν έχουν συμπληρωθεί 34-36 εβδομάδες κύηση γίνεται πρόκληση τοκετού. Αν δεν έχει συμπληρωθεί η 34η εβδομάδα, γίνεται προσπάθεια να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της άρρωστης με ανάπαυση στο κρεβάτι και φάρμακα που είναι κατασταλτικά και αντιυπερτασικά. Αν όμως εμφανιστούν σημεία εκλαμψίας πρέπει να γίνει αμέσως ο τοκετός ανεξάρτητα από την ηλικία της κύησης, γιατί προέχει η ζωή της μητέρας. Αλλά και το νεογνό έχει περισσότερες πιθανότητες να επιβιώσει έξω από το τοξιναιμικό περιβάλλον της μήτρας.

Γ) Εγκυμονούσες που είχαν υπέρταση πριν από την εγκυμοσύνη και εμφανίζουν προεκλαμψία: Είναι δύσκολη κατάσταση με μεγάλη θνησιμότητα και πολλές πιθανότητες υποτροπής σε επόμενες εγκυμοσύνες.

Δ) Παροδική υπέρταση: Είναι η εμφάνιση υπέρτασης στο τέλος της εγκυμοσύνης ή στην αρχή της λοχείας. Η πίεση γίνεται φυσιολογική στο πρώτο 10ήμερο της λοχείας. Οι γυναίκες αυτές κινδυνεύουν να γίνουν στο μέλλον υπερτασικές.

6.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι λοιμώξεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν σοβαρό πρόβλημα για τη γυναίκα που κινδυνεύει να αποβάλλει και για το έμ-

βρυο. Οι μικροοργανισμοί (ιοί, παράσιτα, μικρόβια) που προκαλούν λοίμωξη στη μητέρα περνούν τον πλακούντα και ορισμένοι από αυτούς προκαλούν **συγγενείς ανωμαλίες στο έμβρυο. Συγγενής λοίμωξη** λέγεται η λοίμωξη του εμβρύου που γίνεται μέσα στη μήτρα.

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

A) Ερυθρά

Είναι ελαφρά εξανθηματική νόσος και οφείλεται στον ιό της ερυθράς. Μεταδίδεται με σταγονίδια που σχηματίζονται με την αναπνοή. Εκδηλώνεται με πυρετό, εξάνθημα, λεμφαδενοπάθεια και πόνο στις αρθρώσεις. Η ερυθρά είναι συνήθως ελαφρά νόσος και υποχωρεί χωρίς να χρειάζεται ιδιαίτερη θεραπεία. Πρόβλημα δημιουργείται όταν η γυναίκα αρρωστήσει από ερυθρά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μάλιστα στο πρώτο τρίμηνο που είναι το κρίσιμο διάστημα για το σχηματισμό του εμβρύου. Στην εγκυμοσύνη δεν κινδυνεύει η γυναίκα αλλά το έμβρυο. Αν η λοίμωξη συμβεί στο πρώτο τρίμηνο, και το έμβρυο επιβιώσει, εμφανίζει συγγενείς ανωμαλίες σε ποσοστό που φτάνει το 80%. Οι συγγενείς ανωμαλίες που προκαλεί η ερυθρά διακρίνονται σε:

- **Παροδικές** που υπάρχουν στη γέννηση και αν δεν προκαλέσουν θάνατο στο νεογνό, υποχωρούν σε λίγες εβδομάδες. Τέτοιες είναι το χαμηλό βάρος γέννησης, η ηπατοσπληνομεγαλία, η ηπατίτιδα, ο ίκτερος, τα εξανθήματα κ.λπ.

- **Μόνιμες** όπως, η κώφωση, ο καταρράκτης, η μικροφθαλμία, το γλαύκωμα, η διανοητική καθυστέρηση, ενώ αργότερα στην ενήλικη ζωή μπορεί να εμφανιστεί σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση και θυρεοειδοπάθεια.

Σήμερα επιδιώκουμε την πρόληψη της ερυθράς με τους εμβολιασμούς των παιδιών της προσχολικής ηλικίας (στα παιδιά 15 μηνών γίνεται το εμβόλιο MMR για την ιλαρά, παρωτίτιδα, ερυθρά). Επίσης εμβολιάζονται γυναίκες που δεν έχουν ανοσία (αντισώματα) για την ερυθρά. Για τρεις μήνες μετά τον εμβολιασμό η γυναίκα δεν πρέπει να μείνει έγκυος.

Στην αρχή της εγκυμοσύνης οι γυναίκες πρέπει να κάνουν έλεγχο αντισωμάτων* για να διαπιστωθεί ποιες δεν έχουν ανοσία* και πρέπει να προσέχουν να μην έρθουν σε επαφή με αρρώστους από ερυθρά. Αν μια γυναίκα που δεν έχει ανοσία και βρίσκεται στο Α' τρίμηνο της εγκυμοσύνης έλθει σε επαφή με ασθενή από ερυθρά και οι εξετάσεις που θα κάνει δείξουν πως τα αντισώματά της άρχισαν να ανεβαίνουν, τότε πρέπει να διακόψει την εγκυμοσύνη της. Αν δεν συμφωνήσει για τη διακοπή της εγκυμοσύνης της χορηγείται γ-σφαιρίνη, αφού της εξηγηθεί αναλυτικά πως με τη γ-σφαιρίνη προστατεύεται η ίδια από την ερυθρά αλλά δυστυχώς, όχι το έμβρυο από τη συγγενή λοίμωξη και τις συγγενείς ανωμαλίες.

B) Έρπης των γεννητικών οργάνων

Αυτός ο ιός προκαλεί στη γυναίκα λοίμωξη των γεννητικών οργάνων (αιδοίο, κόλπο, τράχηλο) με τις χαρακτηριστικές επώδυνες φυσαλίδες.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προσβάλλει το έμβρυο και να προκαλέσει αποβολή, πρόωρο τοκετό ή ανωμαλίες όπως μικροκεφαλία και αμφιβληστροειδοπάθεια. Συνήθως όμως η μόλυνση του νεογνού γίνεται στη διάρκεια του τοκετού. Η νόσος του νεογνού εκδηλώνεται με φυσαλίδες στο στόμα, στα μάτια και στο δέρμα. Σπάνια μπορεί να εμφανισθεί βαριά νόσος με εγκεφαλίτιδα και πνευμονία που καταλήγει στον θάνατο. Σε ενεργό νόσο ο τοκετός πρέπει να γίνει με καισαρική τομή πριν τη ρήξη του θυλακίου.

Γ) Κυτταρομεγαλοϊός

Είναι το συχνότερο αίτιο ιογενούς συγγενούς λοίμωξης. Η συγγενής λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό είναι συχνή αλλά ευτυχώς σπάνια προκαλεί βλάβες στο νεογνό (λιγότερο από 5%). Μπορεί να προκαλέσει αποβολή, καθυστέρηση της ανάπτυξης, ενώ οι κυριότερες συγγενείς ανωμαλίες είναι η κώφωση, η τύφλωση και η διανοητική καθυστέρηση. Αν η λοίμωξη συμβεί στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, εξηγούνται οι συνέπειες στους γονείς και προτείνεται η διακοπή της κύησης.

Δ) Τοξοπλάσμωση

Είναι η λοίμωξη που οφείλεται στο παράσιτο (πρωτόζωο) τοξόπλασμα gondii. Είναι από τις πιο συχνές λοιμώξεις στον άνθρωπο και εκδηλώνεται με δυο μορφές, την **οξεία τοξοπλάσμωση** που είναι καλοήθης και συνήθως χωρίς συμπτώματα και τη **συγγενή** με πολύ σοβαρές συνέπειες για το έμβρυο. Κύρια πηγή μετάδοσης είναι η μολυσμένη γάτα και το έμβρυο μολύνεται μέσω του πλακούντα. Στη συγγενή τοξοπλάσμωση οι συνέπειες αφορούν το έμβρυο και όχι τη μητέρα. Αν μολυνθεί η μητέρα στο τέλος της εγκυμοσύνης το έμβρυο προσβάλλεται πολύ συχνότερα από ό,τι αν μολυνθεί η μητέρα στην αρχή της εγκυμοσύνης. Οι συνέπειες όμως είναι πολύ σοβαρότερες στη λοίμωξη του πρώτου τριμήνου.

- **Η λοίμωξη του πρώτου τριμήνου** προκαλεί ενδομήτριο θάνατο, αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα, βαριά συγγενή νόσο με μικροκεφαλία, υδροκέφαλο, λεμφαδενοπάθεια, ίκτερο, καταρράκτη, κώφωση κ.λπ.

- **Η λοίμωξη του τρίτου τριμήνου** μπορεί: α) να είναι χωρίς συμπτώματα, αλλά το παιδί όταν μεγαλώσει να εμφανίσει αμφιβληστροειδοπάθεια, β) να προκαλέσει πρόωρο τοκετό ή γ) να γεννηθεί το νεογνό με αμφιβληστροειδοπάθεια.

Στην αρχή της εγκυμοσύνης είναι αναγκαίος ο έλεγχος για αντισώματα. Οι γυναίκες που δεν έχουν αντισώματα πρέπει να προσέχουν δηλ. να τρώνε καλά ψημένο το κρέας, να αποφεύγουν τις γάτες και να κάνουν κάθε μήνα έλεγχο για αντισώματα. Σε περίπτωση που μια γυναίκα αρρωστήσει από τοξοπλάσμωση πριν την 28η εβδομάδα υποβάλλεται σε αμνιοπαρακέντηση για να ελεγχθεί εάν έχει προσβληθεί το έμβρυο. Αν αρρωστήσει μετά την 28η εβδομάδα δεν χρειάζεται αμνιοπαρακέντηση. Σε κάθε όμως περίπτωση η γυναίκα παίρνει αντιβίωση μέχρι να γεννήσει και παρακολουθείται το έμβρυο με υπερήχους κάθε 15 μέρες μέχρι τον τοκετό. Μετά τον τοκετό παίρνει θεραπεία και το νεογνό.

Ε) Ηπατίτιδα Β

Οι έγκυες που είναι φορείς του ιού της ηπατίτιδας Β τη μεταδίδουν στα μωρά τους κυρίως κατά τον τοκετό. Από τα νεογνά που μολύνονται περίπου το 90% θα γίνουν φορείς. Γι' αυτό πρέπει να ελέγχονται όλες οι έγκυες και αν είναι φορείς της ηπατίτιδας Β πρέπει αμέσως μετά τον τοκετό να γίνεται χορήγηση **υπεράνοσης-γ-σφαιρίνης** και έναρξη του εμβολίου στα νεογνά τους.

ΣΤ) Σύφιλη (Βλέπε κεφάλαιο Σ.Μ.Ν.)

Ζ) Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)
(Βλέπε κεφάλαιο Σ.Μ.Ν.)

ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Μερικές εγκυμονούσες μπορεί να εμφανίσουν μικροοργανισμούς στα ούρα χωρίς να έχουν συμπτώματα ουρολοίμωξης (4-7%). Αυτό οφείλεται:

- Στη στάση των ούρων στους ουρητήρες και παρατηρείται από την αρχή της εγκυμοσύνης. Η στάση των ούρων ευνοεί την ανάπτυξη μικροβίων.
- Στην αλλαγή της θέσης της ουροδόχου κύστεως λόγω της εγκυμοσύνης.

Η ύπαρξη μικροβίων στα ούρα (ασυμπτωματική βακτηριουρία) στην εγκυμοσύνη, μπορεί να εξελιχθεί σε **οξεία πυελονεφρίτιδα** (ουρολοίμωξη με πυρετό, ρίγος και πόνο στους νεφρούς) επίσης μπορεί να γεννηθεί **ελλιποβαρές νεογνό** ή να προκληθεί **πρόωρος τοκετός**. Όλες οι εγκυμονούσες πρέπει να κάνουν καλλιέργεια ούρων τη 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ακόμα και αν δεν έχουν κανένα σύμπτωμα ουρολοίμωξης.

Ανακεφαλαίωση

Η εγκυμοσύνη είναι ένα φυσιολογικό γεγονός. Πολλές φορές όμως, μπορεί να εμφανιστούν παθολογικές καταστάσεις κατά τη διάρκειά της. Μπορεί ακόμη μια γυναίκα με ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας να μείνει έγκυος. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εγκυμοσύνη μπορεί να εξελιχθεί ομαλά ως το τέλος. Σε κάθε όμως περίπτωση χρειάζεται στενή παρακολούθηση και φροντίδα της εγκυμονούσας.

Υπερέμεση της εγκυμοσύνης είναι η ναυτία κι οι έμετοι που παραμένουν και αυξάνονται σε αριθμό μετά το πρώτο τρίμηνο.

Το συχνότερο αίτιο αιμορραγίας του πρώτου τριμήνου είναι η **αποβολή** και η απειλούμενη κύηση. Άλλα σπανιότερα αίτια είναι η **εξωμήτριος κύηση** δηλαδή, η εμφύτευση του εμβρύου εκτός του ενδομητρίου και η **μύλη κύηση**, δηλαδή η παθολογική ανάπτυξη της τροφοβλάστης που διηθεί τη μήτρα ενώ το έμβρυο έχει νεκρωθεί. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της εξωμήτριας κύησης είναι η ρήξη της και η εσωτερική αιμορραγία της γυναίκας. Οι αιμορραγίες του 3ου τριμήνου οφείλονται συνήθως σε **προδρομικό πλακούντα** και σε **πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα**.

Ο **διαβήτης** μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στη εγκυμοσύνη (αποβολή, υδράμνιο, ανεπάρκεια πλακούντα κ.λπ.) αλλά και στο νεογνό (μακροσωμία, συγγενείς ανωμαλίες, υπογλυκαιμία, προωρότητα κ.λπ.). Γι' αυτό οι διαβητικές έγκυες είτε είχαν διαβήτη πριν την εγκυμοσύνη, είτε αποκτούν **διαβήτη της κύησης** πρέπει να ρυθμίζουν πολύ καλά το σάκχαρό τους και να παρακολουθούνται συχνά από το γιατρό τους. Η ρύθμιση του σακχάρου γίνεται με δίαιτα και ινσουλίνη - αν χρειάζεται - και ελέγχεται με αυτομετρήσεις σακχάρου.

Μια **υπερτασική** γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος και η εγκυμοσύνη εξελίσσεται ομαλά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Πρόβλημα είναι η ειδική μορφή υπέρτασης της εγκυμοσύνης που εμφανίζεται μετά την 20ή εβδομάδα, η **προεκλαμψία**. Αν δεν διαγνωσθεί και δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως μπορεί να εξελιχθεί σε **εκλαμψία** και να θέσει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας και του εμβρύου.

Οι λοιμώξεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν πρόβλημα, γιατί οι μικροοργανισμοί περνούν τον πλακούντα και προκαλούν λοίμωξη στο έμβρυο (συγγενής λοίμωξη). Οι συγγενείς λοιμώξεις δυστυχώς, συχνά προκαλούν συγγενείς ανωμαλίες στο έμβρυο. Η λοίμωξη από ερυθρά στο 1ο τρίμηνο προκαλεί συγγενείς ανωμαλίες σε ποσοστό που φτάνει το 80%. Γι' αυτό χρειάζεται εμβολιασμός όλων των παιδιών και των νέων γυναικών τουλάχιστον τρεις μήνες πριν την εγκυμοσύνη. Η τοξοπλάσμωση μεταδίδεται από γάτες και από το κρέας που δεν είναι καλά ψημένο. Στην αρχή της εγκυμοσύνης γίνεται έλεγχος αντισωμάτων για να διαπιστωθεί ποιες γυναίκες έχουν ανοσία και ποιες κινδυνεύουν να κολλήσουν ερυθρά και τοξοπλάσμωση ώστε να προσέχουν. Συγγενή λοίμωξη μπορεί επίσης να προκαλέσουν **ο έρπης των γεννητικών οργάνων**, ο **κυτταρομεγαλοϊός**, η **ωχρά σπειροχαίτη** (σύφιλη), ο **HIV (AIDS)** και ο ιός της **ηπατίτιδας Β**. Γυναίκες με ενεργό έρπη των γεννητικών οργάνων πρέπει να υποβάλλονται σε καισαρική τομή πριν τη ρήξη του θυλακίου. Γυναίκες με AIDS πρέπει να αποφεύγουν να κάνουν παιδιά. Στα νεογνά μητέρων φορέων της ηπατίτιδας Β γίνεται υπεράνωση γ-σφαιρίνη και εμβόλιο αμέσως μετά τον τοκετό.

Οι ουρολοιμώξεις πρέπει να διαγιγνώσκονται και να θεραπεύονται εγκαίρως γιατί προκαλούν πρόωρο τοκετό και λιποβαρή νεογνά.

Ερωτήσεις

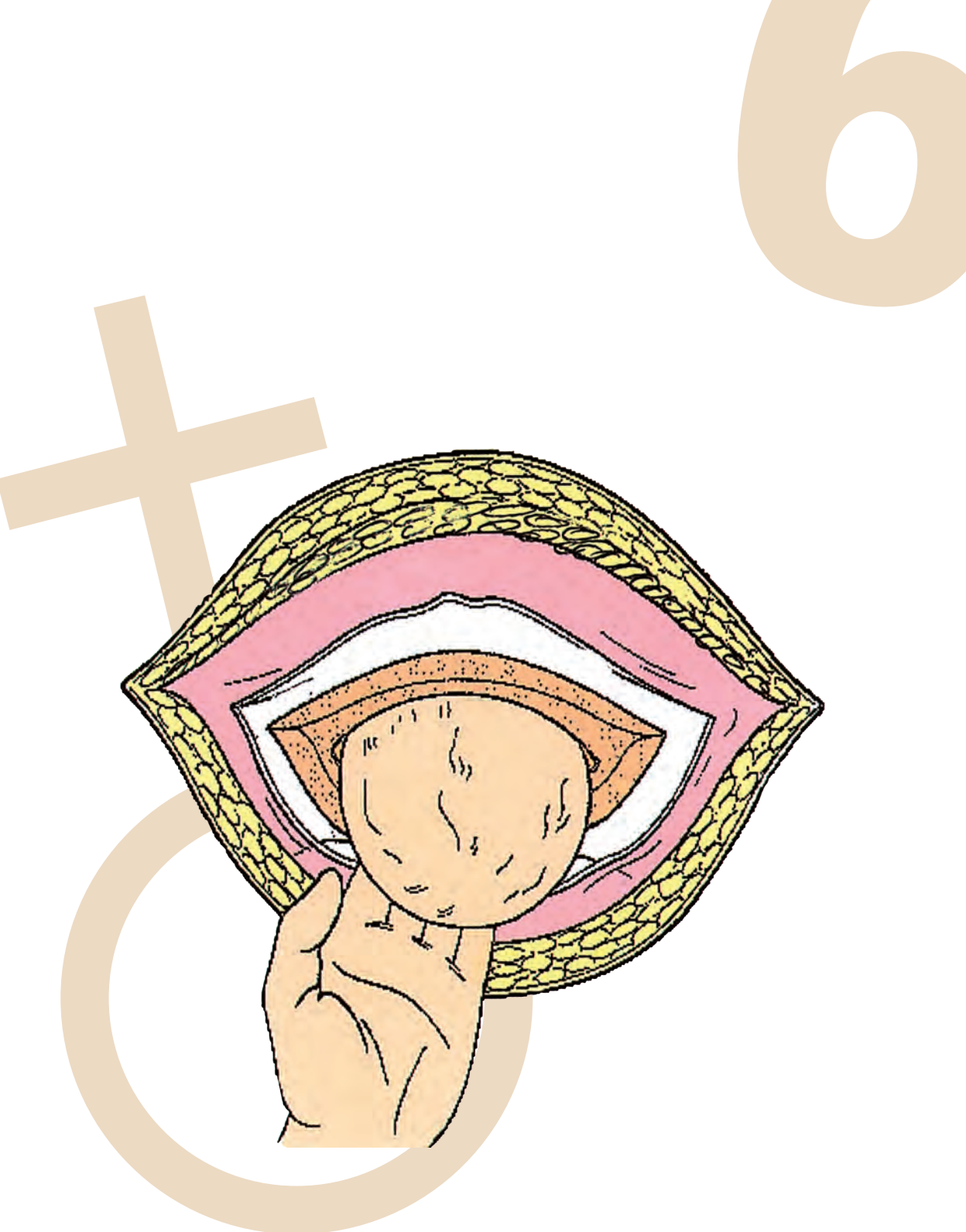
1. Ποιες εξετάσεις - και γιατί - θα ζητούσατε από μία γυναίκα στην αρχή της εγκυμοσύνης της;
2. Γυναίκα που βρίσκεται στον 3ο μήνα της εγκυμοσύνης, σας λέει πως έχει λίγο αίμα από τον κόλπο και πόνο χαμηλά στην κοιλιά. α. Τι θα σκεφτείτε; β. Τι θα τη συμβουλευσετε να κάνει;
3. Μια γυναίκα φορέας της ηπατίτιδας Β ρωτάει να μάθει αν μπορεί να κάνει παιδί και αν ναι, θα είναι το παιδί υγιές;
4. Αναφέρετε αίτια πρόωρου τοκετού που συζητούνται σε αυτό το κεφάλαιο. Σχολιάστε πώς μπορεί να προληφθεί.

5. Φίλη σας έγκυος στον 8ο μήνα σας δείχνει τα πόδια της που έχουν πρηστεί. Θα την καθησυχάσετε; Μπορείτε να ελέγξετε κάτι εσείς για να σιγουρευτείτε πως είναι καλά; Τι θα τη συμβουλευόσαστε;
6. Γυναίκα 20 ετών, έγκυος στο πρώτο της παιδί, σας λέει πως είχε εμέτους το 1ο τρίμηνο που σταμάτησαν και τώρα που είναι επτά μηνών, έχει από το πρωί πονοκέφαλο, δεν βλέπει πολύ καθαρά, έχει πόνο στο στομάχι και κάνει εμέτους. Μήπως «κρύωσε»;
7. Οικογενειακή σας φίλη 30 ετών με αρτηριακή υπέρταση, θέλει να αποκτήσει παιδί. Σας ρωτά αν μπορεί. Αν ναι, κινδυνεύει από την εγκυμοσύνη; Θα είναι καλά το μωρό της; Τι πρέπει να κάνει για να είναι και οι δύο υγιείς;
8. Εγκυμονούσα 2 μηνών έχει πυρετό 38°C. Ποιες αρρώστιες πιστεύετε πως πρέπει να αποκλείσετε; Τι θα τη ρωτήσετε; Τι πρέπει να κάνει;
9. Γυναίκα στον 9ο μήνα της εγκυμοσύνης έχει λίγο αίμα και πόνο χαμηλά στην κοιλιά. Τι μπορεί να συμβαίνει;
10. **Σημειώστε ποια πρόταση είναι σωστή και ποια λάθος:**
 - α. Η εξωμήτριος κύηση μπορεί να εξελιχθεί ομαλά ως τον τοκετό.
 - β. Ο προδρομικός πλακούντας είναι αιτία αιμορραγίας του γ' τριμήνου.
 - γ. Μια γυναίκα με διαβήτη δεν μπορεί να κάνει παιδιά.
 - δ. Το νεογνό της διαβητικής μητέρας κινδυνεύει από υπογλυκαιμία.
 - ε. Ο διαβήτης της κύησης εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εγκυμοσύνη.
 - στ. Οι διαβητικές έγκυες δεν πρέπει να παίρνουν κανένα φάρμακο για το διαβήτη τους.
 - ζ. Γυναίκα με υπέρταση δεν πρέπει να κάνει παιδιά.
 - η. Έγκυος που δεν έχει αρρωστήσει από ερυθρά πρέπει να εμβολιάζεται αμέσως.
 - θ. Η τοξοπλάσμωση μεταδίδεται από τις γάτες.
 - ι. Η προεκλαμψία είναι σοβαρή κατάσταση και χρειάζεται στενή ιατρική παρακολούθηση.
11. **Να συμπληρώσετε τα κενά**
 - α. Η ναυτία κι ο έμετος συνήθως υποχωρούν μέχρι την εβδομάδα της κύησης.
 - β. Η ρήξη της εξωμητρίου κύησης εκδηλώνεται με πόνο στο υπογάστριο.
 - γ. Η διάγνωση της εξωμητρίου κύησης γίνεται με
 - δ. Η αιμορραγία του α' 3μήνου συνήθως οφείλεται σε
 - ε. Για το διαβήτη η έγκυος επιτρέπεται να πάρει μόνο
 - ζ. Η προεκλαμψία χαρακτηρίζεται από

- η. Εκλαμψία είναι η προεκλαμψία με
- θ. Η συγγενής ερυθρά μπορεί να προληφθεί με όλων των παιδιών.
- ι. Στη συγγενή τοξοπλάσμωση κινδυνεύει το κι όχι η

Δραστηριότητες:

1. Σε μια γυναίκα που σκέφτεται να αποκτήσει παιδί, τι πληροφορίες για την υγεία της θα ζητούσατε να μάθετε πριν τη σύλληψη; Διαμορφώσετε ερωτηματολόγιο.
2. Να γράψετε σύντομα μερικές οδηγίες (για τη σύλληψη και την εγκυμοσύνη) που θα δίνате οπωσδήποτε σε μια φίλη σας που πάσχει από ΣΔ και θέλει να αποκτήσει παιδί.
3. Πόσα από τα παιδιά της τάξης σας έχουν εμβολιαστεί για ερυθρά; Μπορείτε να ελέγξετε το ίδιο για τα παιδιά ενός τμήματος της α' δημοτικού; Να συζητήσετε το αποτέλεσμα. Είναι ικανοποιητική η έκταση του εμβολιασμού σε σχέση με τις συνέπειες της συγγενούς ερυθράς;



ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Α • Σύνδρομο κάτω κοίλης φλέβας

Β • Πρόωρος τοκετός

Γ • Δυστοκία

Γ1 • Ανωμαλίες προβολής, θέσεως,
σχήματος ή μεγέθους του εμβρύου

Γ2 • Ανωμαλίες του σχήματος
και του μεγέθους της πυέλου

Γ3 • Η αδράνεια της μήτρας

Γ4 • Υπερβολική δραστηριότητα της μήτρας

Δ • Μαιευτικές επεμβάσεις

Ε • Ρήξη της μήτρας κατά τον τοκετό

ΣΤ • Αιμορραγίες αμέσως μετά τον τοκετό

A. Το σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας

Το σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας της εγκύου είναι ένα σύνδρομο, που οφείλεται σε μείωση της επαναφοράς του αίματος στην καρδιά της εγκύου, λόγω πίεσης της κάτω κοίλης φλέβας από τη μήτρα που έχει μεγαλώσει. Το σύνδρομο αυτό μπορεί να εμφανισθεί στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή κατά τον τοκετό. Η επίτοκος παρουσιάζει υπόταση και πέφτουν οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου. Στην περίπτωση αυτή βάζουμε τη γυναίκα να ξαπλώσει στο αριστερό πλευρό.

B. Πρόωρος τοκετός

Πρόωρος τοκετός είναι η έναρξη του τοκετού πριν από την 37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Το 10% των τοκετών είναι πρόωροι.

Παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό:

1. Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.
2. Είναι συχνότερος σε γυναίκες κάτω των 19 και άνω των 35 ετών.
3. Είναι συχνότερος σε γυναίκες με ύψος κάτω των 150 εκατοστών.
4. Η εντατική εργασία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
5. Πρόωροι τοκετοί στο παρελθόν.
6. Ινομυώματα της μήτρας.
7. Η πολύδυμη κύηση.
8. Τα ιατρικά προβλήματα της μητέρας (π.χ. διαβήτης, υπέρταση).
9. Ο προδρομικός πλακούντας.
10. Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.
11. Οι ανώμαλες θέσεις του εμβρύου.

Παράγοντες που προειδοποιούν για την εμφάνιση πρόωρου τοκετού:

1. Οι πρόωρες συστολές της μήτρας.
2. Η κολπική υπερέκκριση.
3. Ο πόνος χαμηλά στη μέση.

Διάγνωση του πρόωρου τοκετού γίνεται όταν:

1. Υπάρχουν συστολές της μήτρας κάθε 5 με 10 πρώτα λεπτά, που διαρκούν πάνω από 30 δευτερόλεπτα και επιμένουν τουλάχιστον για μία ώρα.
2. Η διαστολή του τραχήλου είναι μεγαλύτερη από 3 εκατοστά.

Πρόληψη του πρόωρου τοκετού:

Σε γυναίκες που υπάρχει κίνδυνος για πρόωρο τοκετό συνιστάται κατάκλιση, λήψη φυσικής προγεστερόνης ή νοσηλεία.

Αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού:

Σε περίπτωση πρόωρου τοκετού η γυναίκα εισάγεται στην αίθουσα τοκετών. Εάν η εγκυμοσύνη είναι κάτω των 35 εβδομάδων και το Νοσοκομείο δε διαθέτει νεογνολογική μονάδα, τότε επιχειρείται φαρμακευτική καταστολή του πρόωρου τοκετού. Σε μερικά Νοσοκομεία που διαθέτουν νεογνολογική μονάδα επιτρέπεται να προχωρήσει ο τοκετός που άρχισε μετά την 32η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Σε κυήσεις κάτω των 32 εβδομάδων επιχειρείται φαρμακευτική καταστολή του τοκετού με φάρμακα (τοκολυτικά) και κατάκλιση.

Τα πρόωρα νεογνά κινδυνεύουν από το σύνδρομο της αναπνευστικής δυσχέρειας, γιατί οι πνεύμονές τους δεν έχουν ωριμάσει ακόμα. Για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αναπνευστικής δυσχέρειας των πρόωρων νεογνών χορηγείται ενδοφλεβίως στη μητέρα κορτιζόνη πριν τον τοκετό.

Γ. Δυστοκία

Δυστοκία ονομάζεται ο δύσκολος τοκετός, ο οποίος οφείλεται σε:

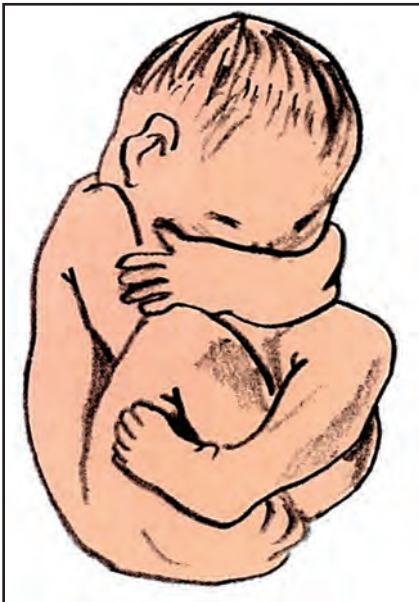
1. Ανωμαλίες προβολής, θέσεως, σχήματος ή μεγέθους του εμβρύου.
2. Ανωμαλίες σχήματος και μεγέθους της πυέλου.
3. Αδράνεια της μήτρας.
4. Υπερβολική δραστηριότητα της μήτρας (υπέρτονια της μήτρας και οξύς τοκετός).

Γ1. Ανωμαλίες προβολής, θέσεως, σχήματος, ή μεγέθους του εμβρύου

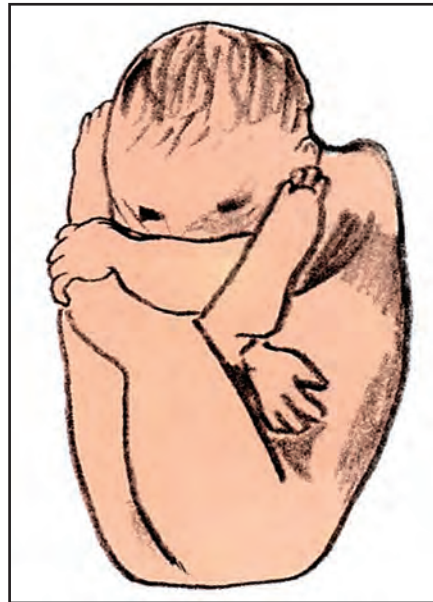
Οι κυριότερες ανωμαλίες προβολής του εμβρύου είναι η ισχιακή, η προσωπική και η μετωπική προβολή.

Η κυριότερη ανωμαλία σχήματος του εμβρύου είναι το εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου.

Οι ανωμαλίες μεγέθους του εμβρύου μπορεί να οφείλονται σε συγγενείς ανωμαλίες ή όγκους του εμβρύου (υδροκέφαλο), ή σε μακροσωμία του εμβρύου (βάρος άνω των 4 κιλών). Η μακροσωμία του εμβρύου



Εικόνα 6.1 Ομαλή ισχιακή προβολή.



Εικόνα 6.2 Ανώμαλη ισχιακή προβολή με τους γλουτούς.

μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικότητα, σε πολυτοκία, σε παράταση της κύησης, σε πολύ μεγάλη αύξηση του βάρους της μητέρας και σε σακχαρώδη διαβήτη.

Ισχιακή προβολή: Είναι η προβολή των γλουτών και οδηγό σημείο είναι ο κόκκυγας. Η ισχιακή προβολή διακρίνεται σε:

Ομαλή ισχιακή προβολή. Το έμβρυο βρίσκεται σε στάση οκλαδόν (Εικόνα 6.1).

Ανώμαλη ισχιακή προβολή με τους γλουτούς. Οι μηροί βρίσκονται σε έκταση προς τα πάνω (Εικόνα 6.2).

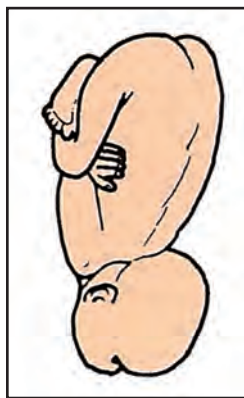
Ανώμαλη ισχιακή προβολή επί άκρους πόδας.

Ανώμαλη ισχιακή προβολή επί γόνατα.

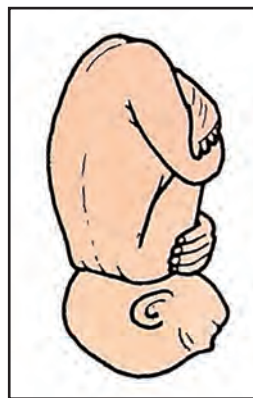
Η συχνότητα της ισχιακής προβολής μειώνεται καθώς προχωράει η εγκυμοσύνη, ώστε στο τέλος της κύησης η συχνότητά της να είναι 3% όλων των κυήσεων.

Προσωπική προβολή: Είναι η προβολή με το πρόσωπο. Οδηγό σημείο είναι το σαγόνι (Εικόνα 6.3).

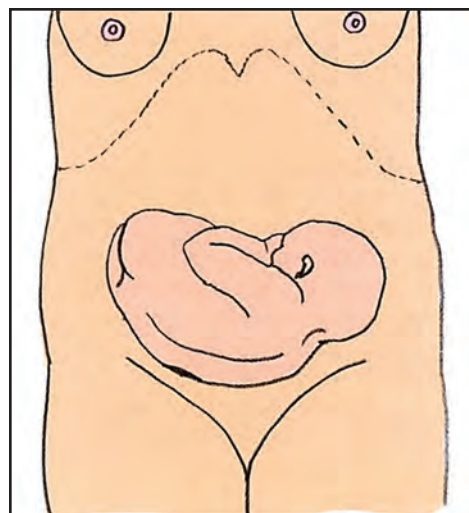
Μετωπική προβολή: Είναι η προβολή του μετώπου. Οδηγό σημείο είναι η ρίζα της μύτης (Εικόνα 6.4).



Εικόνα 6.3
Προσωπική προβολή.



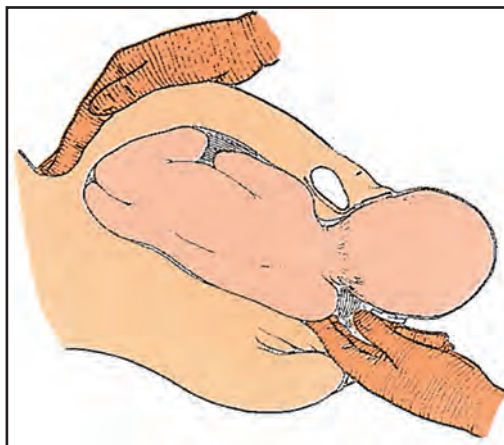
Εικόνα 6.4
Μετωπική προβολή.



Εικόνα 6.5 Εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου.

Εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου: Είναι το σχήμα του εμβρύου όταν ο επιμήκης άξονας του εμβρύου διασταυρώνεται με τον επιμήκη άξονα της μήτρας κάθετα (Εικόνα 6.5).

Δυστοκία ώμων: Είναι η επιπλοκή του τοκετού κατά την οποία δεν μπορεί να γεννηθεί ο πρόσθιος ώμος του εμβρύου, γιατί έχει σφηνωθεί πίσω από την ηβική σύμφυση (Εικόνα 6.6).

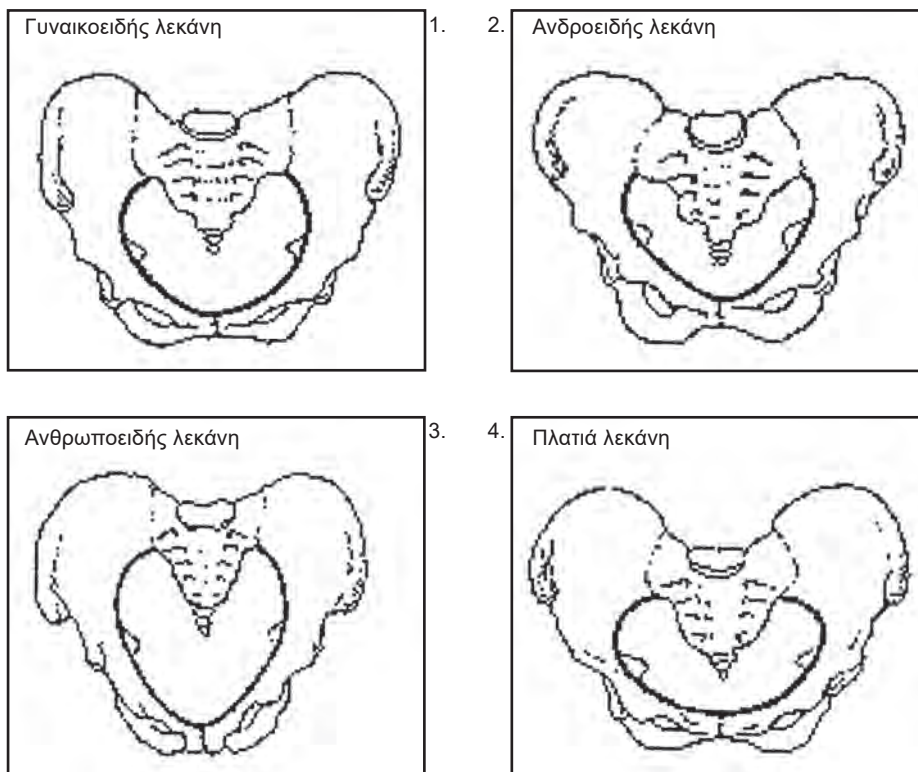


Εικόνα 6.6 Δυστοκία των ώμων.

Γ2. Ανωμαλίες του σχήματος και του μεγέθους της πυέλου

Η γυναικεία λεκάνη διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες (Εικόνα 6.7) οι οποίες είναι:

1. Η γυναιοειδής λεκάνη (φυσιολογική).
2. Η ανδροειδής λεκάνη (όπως του άνδρα).
3. Η ανθρωποειδής λεκάνη (με προσθιοπίσθια διάμετρο μεγαλύτερη της εγκάρσιας).
4. Η πλατιά λεκάνη (με την εγκάρσια διάμετρο πιο μεγάλη από το φυσιολογικό και την προσθιοπίσθια διάμετρο πιο μικρή από το φυσιολογικό).



Εικόνα 6.7 Είδη γυναικείας λεκάνης.

Γ3. Η αδράνεια της μήτρας

Διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. **Πρωτοπαθής αδράνεια της μήτρας ή παράταση της κύησης** ονομάζεται η καθυστέρηση της έναρξης του τοκετού. **Δευτεροπαθής αδράνεια της μήτρας ή παράταση του τοκετού** ονομάζεται η ανεπάρκεια των συστολών της μήτρας, με συνέπεια να μην μπορεί να προχωρήσει ο τοκετός.

Αίτια αδράνειας της μήτρας: Το μεγάλο κεφάλι και η μικρή λεκάνη, οι πρωτοτόκες άνω των 35 ετών, η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, η υπερβολική διάταση της μήτρας (π.χ. σε πολύδυμη κύηση), η υπερβολική χορήγηση ωκυτοκίνης και ψυχολογικοί λόγοι.

Αντιμετώπιση: Σε παράταση της κύησης πέραν των 41 εβδομάδων, γίνεται επίσης πρόκληση τοκετού, γιατί αυξάνει ο κίνδυνος για ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.

Σε ανεπαρκείς συστολές της μήτρας, γίνεται επίσης πρόκληση τοκετού.

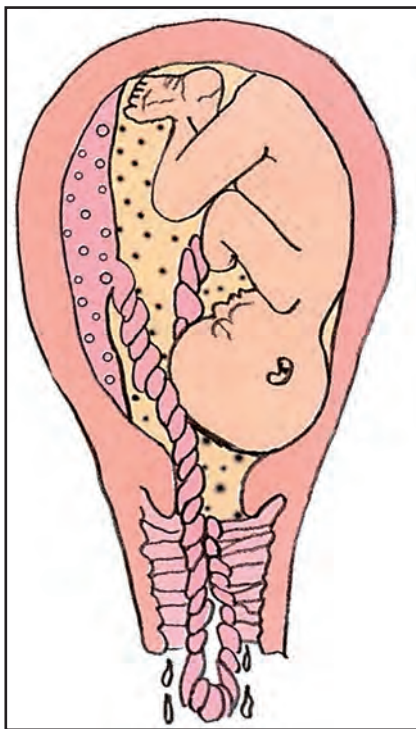
Γ4. Υπερβολική δραστηριότητα της μήτρας

Υπερτονία της μήτρας. Παρατηρείται μετά από υπερβολική χρήση ωκυτοκίνης. Οι συστολές της μήτρας είναι συνεχείς και δεν ακολουθούνται από παύλα. Αντιμετωπίζεται με διακοπή της ωκυτοκίνης.

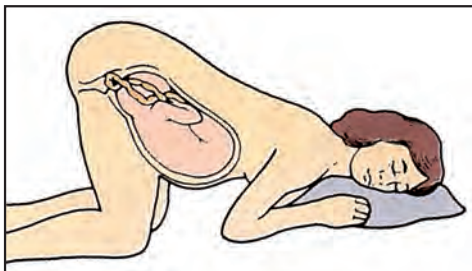
Οξύς τοκετός ονομάζεται ο τοκετός που συμβαίνει μέσα σε 2 ώρες από την έναρξη των συστολών της μήτρας. Οι συστολές της μήτρας είναι συχνές και έντονες. Το πρόβλημα στον οξύ τοκετό είναι ότι ο τοκετός μπορεί να συμβεί στο δρόμο πριν η γυναίκα φθάσει στο νοσοκομείο. Ο κίνδυνος στις περιπτώσεις αυτές είναι η αιμορραγία που μπορεί να προκύψει από τραυματισμούς στο πυελογεννητικό σύστημα της γυναίκας, από κάκωση της ομφαλίδας και από μερική αποκόλληση του πλακούντα.

Προβολή της ομφαλίδας ονομάζεται η ύπαρξη κάποιου τμήματος της ομφαλίδας στο πλάι ή μπροστά από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα συμβεί **πρόπτωση της ομφαλίδας**, εάν σπάζει το θυλάκιο (Εικόνα 6.8).

Η πρόπτωση της ομφαλίδας είναι επείγουσα μαιευτική κατάσταση και ο τοκετός πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Εάν υπάρχει τελεία διαστολή, τότε γίνεται χαμηλή εμβρυουλκία ή σικουουλκία, διαφορετικά γίνεται καισαρική τομή εφόσον το έμβryo είναι ζωντανό. Ενώ γίνεται προ-



Εικόνα 6.8 Πρόπτωση της ομφαλίδας μετά τη ρήξη του θυλακίου.



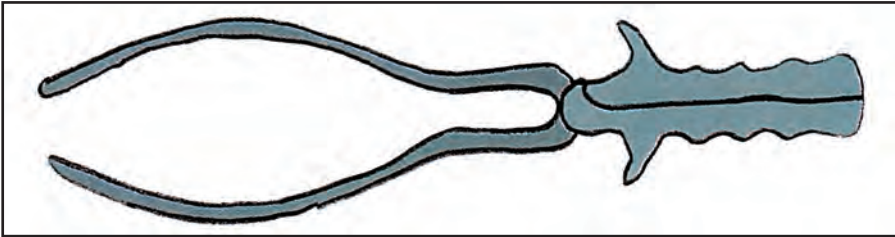
Εικόνα 6.9 Γονατο-στηθική θέση της επιτόκου.

ετοιμασία για την καισαρική τομή πρέπει να ελαττωθεί η πίεση που ασκείται στην ομφαλίδα τοποθετώντας τη γυναίκα σε ειδική θέση (γόνατο-στηθική θέση) (Εικόνα 6.9).

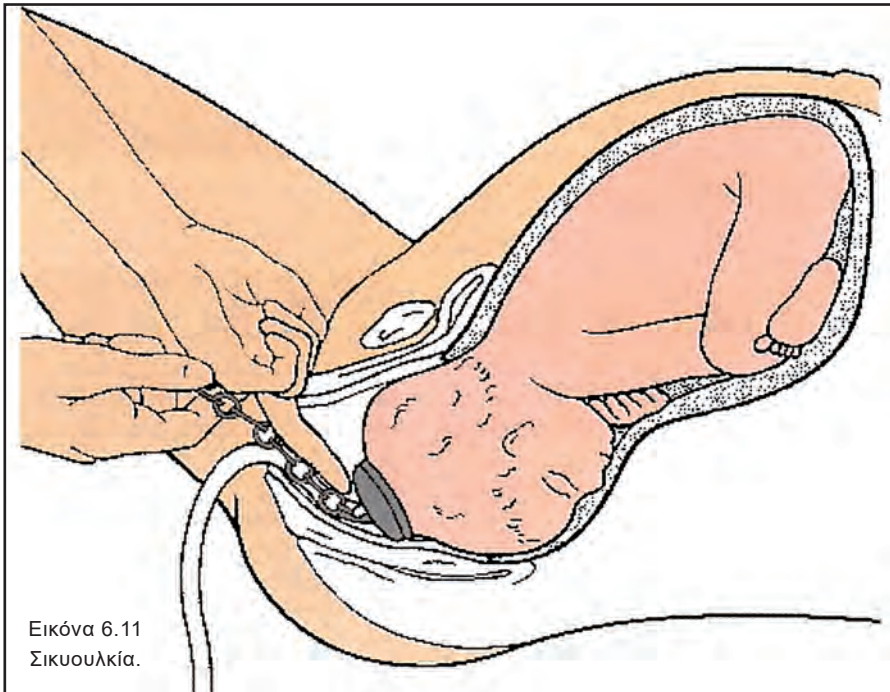
Δ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Εμβρυουλκία γίνεται με τον εμβρυουλκό που αποτελείται από δύο κοχλιάρια (Εικόνα 6.10). Οι εμβρυουλκίες στην Ελλάδα χρησιμοποιούνται πολύ σπάνια λόγω των σοβαρών βλαβών που μπορεί να προκληθούν στο έμβρυο ή τη μητέρα. Έχουν αντικατασταθεί από τη σικουουλκία (αναρροφητική εμβρυουλκία) και την καισαρική τομή.

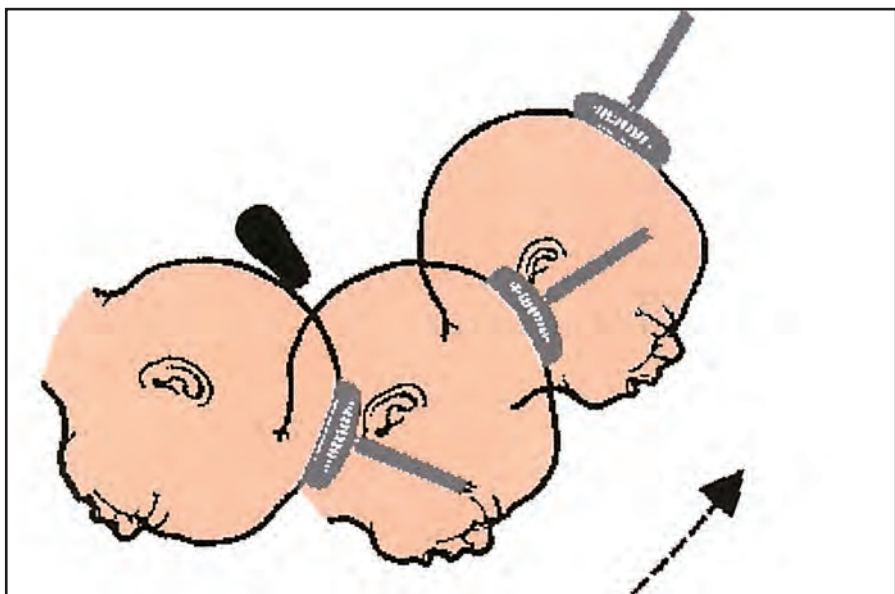
Σικουουλκία ή αναρροφητική εμβρυουλκία είναι η μαιευτική επέμβαση με την οποία ολοκληρώνεται ο τοκετός με τη βοήθεια ενός αναρροφητικού εμβρυουλκού (Εικόνα 6.11 και 6.12).



Εικόνα 6.10 Μαιευτικός εμβρυουλκός.



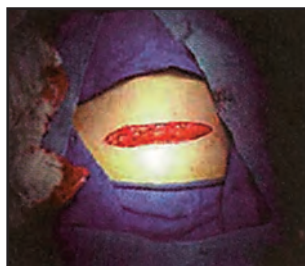
Εικόνα 6.11
Σικουουλκία.



Εικόνα 6.12 Σικουουλκία.

Ενδείξεις σικουουλκίας

1. Η αδυναμία εξώθησης της επιτόκου.
2. Η καρδιοπάθεια της επιτόκου.
3. Η μεγάλη μυωπία της επιτόκου.
4. Η παρατεταμένη εξώθηση.
5. Ο παρατεταμένος τοκετός.
6. Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.



Εικόνα 6.13 Χαμηλή εγκάρσια τομή δέρματος.

Καισαρική τομή είναι ο τοκετός κατά τον οποίον το κύημα βγαίνει από τη μήτρα με εγχείρηση της κοιλιάς και της μήτρας (Εικόνα 6.13 και 6.14).

Η συχνότητα της καισαρικής τομής στη χώρα μας είναι 12%.

Οι ενδείξεις καισαρικής τομής είναι οι παρακάτω:

1. Η προηγούμενη καισαρική τομή.
2. Η προηγούμενη εγχείρηση της μήτρας.
3. Η ύπαρξη δυσαναλογίας.
4. Ο δύσκολος τοκετός.
5. Η αποτυχία πρόκλησης τοκετού.
6. Η αποτυχία εκτέλεσης εμβρυουλκίας.
7. Η ισχιακή προβολή σε πρωτότοκο.
8. Η αλλοίωση των καρδιακών παλμών του εμβρύου, όταν δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για φυσιολογικό τοκετό.



Εικόνα 6.14 Έξοδος εμβρύου μετά από καισαρική τομή.

9. Ο προδρομικός πλακούντας.
10. Η πρόωρη κεντρική αποκόλληση του πλακούντα.
11. Η πρόπτωση της ομφαλίδας.
12. Η δίδυμη ή πολύδυμη κύηση, εκτός της κάθετης κεφαλικής προβολής και των δύο διδύμων.
13. Η εκλαμψία, εφόσον δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για φυσιολογικό τοκετό.
14. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.
15. Οι λοιμώξεις των εξωτερικών γεννητικών οργάνων (π.χ. τα κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων).

Ε. ΡΗΞΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Είναι η λύση της συνέχειας του σώματος της μήτρας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η συχνότητά της είναι μία κάθε 1000 με 1500 τοκετούς.

Αίτια

1. Εγχειρήσεις στη μήτρα. Στην περίπτωση αυτή η ρήξη της μήτρας οφείλεται σε μειωμένη ανθεκτικότητά της.
2. Η υπερβολική χρήση ωκυτοκίνης ή η δυσαναλογία. Η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου δεν εμπεδώνεται, αλλά επιπτεύει την ηβική σύμφυση, με αποτέλεσμα την ισχαιμία* και τη νέκρωση του τμήματος της μήτρας που συμπίεζεται στην ηβική σύμφυση.
3. Τα ιατρογενή αίτια (π.χ. η εμβρυουλκία, όταν η διαστολή του τραχήλου της μήτρας δεν είναι τέλεια ή η προβάλλουσα μοίρα βρίσκεται ψηλά).

Τα συμπτώματα της ρήξης της μήτρας κατά τον τοκετό είναι:

1. Ο διαξιφιστικός πόνος.
 2. Μερικές φορές μπορεί να υπάρχει αιμορραγία από τον κόλπο. Σε περίπτωση που η ρήξη της μήτρας έγινε κατά τη διάρκεια μιας μαιευτικής επέμβασης (π.χ. εμβρυουλκίας) αμέσως μετά την έξοδο του εμβρύου ακολουθεί μεγάλη αιμορραγία από τη μήτρα.
 3. Η απουσία καρδιακών παλμών.
 4. Το σταμάτημα των ωδίνων.
 5. Η καταπληξία (Shock) της γυναίκας με συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα και λιποθυμία.
- Στην εξέταση της κοιλιάς διαπιστώνεται ευαισθησία και μέλη του εμβρύου έξω από τη μήτρα.

Η θεραπεία της ρήξης της μήτρας είναι χειρουργική και γίνεται μεταγγιση αίματος, εάν χρειασθεί. Σε περίπτωση ατελούς ρήξης της μήτρας μετά την έξοδο του κυήματος μπορεί να ραφούν τα χείλη της ρήξης. Στην τέλεια ρήξη της μήτρας και σε μεγάλη αιμορραγία γίνεται μαιευτική ολική υστερεκτομία.

ΣΤ. Αιμορραγίες αμέσως μετά τον τοκετό

Μπορεί να οφείλονται σε τραυματισμό της γεννητικής οδού της γυναίκας, σε ανωμαλία αποκόλλησης του πλακούντα, σε ατονία της μήτρας, σε εκτροπή της μήτρας και στη ρήξη της μήτρας.

1. Τραύμα της γεννητικής οδού της γυναίκας: Περιλαμβάνει τη ρήξη του περινέου, τη ρήξη της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων του αιδοίου, τη ρήξη του τραχήλου της μήτρας, τις κακώσεις του κόλπου και τη δημιουργία αιματωμάτων.

2. Ατονία της μήτρας: Ονομάζεται η αδυναμία της μήτρας να συσπαστεί μετά την έξοδο του εμβρύου, εκδηλώνεται με αιμορραγία αμέσως μετά τον τοκετό.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

α. Εξέταση για να αποκλεισθεί η ρήξη του τραχήλου της μήτρας.

β. Μαλάξεις της μήτρας με το χέρι διαμέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων.

γ. Χορήγηση μητροσυσπαστικών (ωκυτοκίνη) ενδοφλεβίως.

δ. Χειρουργική επέμβαση αν αποτύχουν τα παραπάνω.

3. Εκτροφή μήτρας: Είναι το γύρισμα της εσωτερικής επιφάνειας της μήτρας προς τα έξω, στο τρίτο στάδιο του τοκετού. Γίνεται προσπάθεια επαναφοράς της μήτρας στη θέση της με το χέρι. Η επαναφορά γίνεται μετά από νάρκωση ή μυοχαλάρωση. Μπορεί να χρειαστεί και χειρουργική αντιμετώπιση.

Ανακεφαλαίωση

Ο τοκετός όπως κι η εγκυμοσύνη είναι φυσιολογικά γεγονότα. Μπορεί όμως να εμφανιστούν και στον τοκετό παθολογικές καταστάσεις που εμποδίζουν την ομαλή εξέλιξή του και χρειάζεται ειδική και άμεση αντιμετώπιση από τον μαιευτήρα-γυναικολόγο για να μην κινδυνεύσει η μητέρα και το παιδί.

Το **σύνδρομο της κάτω κοίλης φλέβας** της εγκύου: εμφανίζεται συνήθως στον τοκετό και αντιμετωπίζεται εύκολα με αλλαγή της θέσης της γυναίκας (ξαπλώνει στο αριστερό πλευρό).

Ο **πρώωρος τοκετός:** η έναρξη δηλ. του τοκετού πριν την 37η εβδομάδα βάζει σε κίνδυνο το νεογνό, κυρίως λόγω της ανωριμότητας των πνευμόνων του. Ανάλογα με την ηλικία της κύησης γίνεται προσπάθεια να σταματήσει με φάρμακα και ανάπαυση, ή αφήνεται να προχωρήσει.

Η **δυστοκία**, ο δύσκολος δηλ. τοκετός μπορεί να οφείλεται:

α. Σε ανώμαλες προβολές (ισχιακή, προσωπική, μετωπική).

β. Σε ανώμαλο σχήμα (εγκάρσιο).

δ. Σε ανωμαλίες της πυέλου (ανδροειδής, ανθρωποειδής, πλατιά λεκάνη).

ε. Σε αδράνεια της μήτρας δηλαδή αδυναμία των συστολών της μήτρας να αρχίσουν τον τοκετό ή να τον συνεχίσουν μετά την έναρξή του.

στ. Σε υπερβολική δραστηριότητα της μήτρας που διακρίνεται σε υπερτονία της μήτρας και οξύ τοκετό. Η υπερτονία της μήτρας χαρακτηρίζεται από συνεχείς συστολές χωρίς παύλα. Ο οξύς τοκετός συμβαίνει σε 2 ώρες από την έναρξή του. Το πρόβλημα είναι πως μπορεί να γεννηθεί το νεογνό πριν φτάσει η γυναίκα στο νοσοκομείο. Ο κίνδυνος τότε είναι η αιμορραγία από τραύμα του πυελογεννητικού σωλήνα, κάκωση της ομφαλίδας κ.λπ.

Η **προβολή της ομφαλίδας** μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη, όταν σπάσει το θυλάκιο, γιατί θα προκληθεί πρόπτωση της ομφαλίδας. Η πρόπτωση της ομφαλίδας βάζει σε άμεσο κίνδυνο το νεογνό. Γι' αυτό ο τοκετός πρέπει να ολοκληρωθεί αμέσως.

Καταφεύγουμε στις **μαιευτικές επεμβάσεις** όταν ο τοκετός δεν μπορεί να εξελιχθεί φυσιολογικά (δυσαναλογία, εγκάρσιο σχήμα κ.λπ.) ή όταν το έμβρυο ή η εγκυμονούσα κινδυνεύουν άμεσα (πρόπτωση ομφαλίδας, αλλοίωση καρδιακών παλμών του εμβρύου, εκλαμψία κ.λπ.). Αυτές είναι:

α. η εμβρυουλκία που τείνει να εγκαταλειφθεί λόγω των κακώσεων που προκαλεί στο έμβρυο και τη μητέρα.

β. η σικουσκία ή αναρροφητική εμβρυουλκία.

γ. η καισαρική τομή.

Αμέσως μετά τον τοκετό μπορεί να εμφανιστεί μεγάλη αιμορραγία που συνήθως οφείλεται σε **ρήξη της μήτρας**, σε ατονία της μήτρας και πολύ σπάνια σε εκστροφή της μήτρας. Χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση με ειδικούς χειρισμούς, μεταγγίσεις αίματος και πιθανόν χειρουργείο.

Για να εξελιχθεί ως το τέλος ομαλά και για να αντιμετωπίζεται αμέσως και αποτελεσματικά κάθε επιπλοκή του, ο τοκετός πρέπει να γίνεται σε οργανωμένες μονάδες (μαιευτήρια) και με τη συνεχή παρουσία του κατάλληλου προσωπικού (μαία/μαιευτής, μαιευτήρας-γυναικολόγος).

Ερωτήσεις

1. Μια γυναίκα βρίσκεται στην αίθουσα τοκετών και εμφανίζει πτώση της πίεσης χωρίς να αιμορραγεί. Τι θα σκεφτείτε; Αντιμετωπίζεται εύκολα;

2. **Με ποια από τα παρακάτω δε συνδυάζεται ο πρόωρος τοκετός:**

α. Ηλικία της εγκύου.

β. Υπέρταση εγκυμοσύνης.

γ. Σακχαρώδη διαβήτη της εγκύου.

δ. Φύλο του εμβρύου.

ε. Πολύδυμη κύηση.

στ. Αδράνεια μήτρας.

3. Γυναίκα στην 35η εβδομάδα της κύησης εμφανίζει πόνο χαμηλά στη μέση, κολπική υπερέκκριση και συστολές της μήτρας. Τι έχει; Κινδυνεύει η ίδια; Το έμβρυο; Κι από τι;

4. **Συμπληρώστε τη λέξη που λείπει:**

α. Στην προσωπική προβολή οδηγό σημείο είναι το

β. Στη μετωπική προβολή οδηγό σημείο είναι το

γ. Στην ισχιακή προβολή οδηγό σημείο είναι ο

5. **Συνδυάστε τα:**

Αδράνεια μήτρας

Υπertonία μήτρας

Οξύς τοκετός

συνεχείς συστολές χωρίς παύλα

δυστοκία

συχνές έντονες συστολές

6. **Ποιο από τα παρακάτω δεν είναι αίτιο δυστοκίας;**

α. Ανώμαλες προβολές.

β. Εγκάρσιο σχήμα.

γ. Λιποβαρές νεογνό.

δ. Ανωμαλίες πυέλου.

7. Ένα είναι λάθος. Σημειώστε το.

Η δυστοκία των ώμων οφείλεται σε:

- A. Σακχαρώδη διαβήτη.
- B. Παχυσαρκία.
- Γ. Μακροσωμία.
- Δ. Ισχιακή προβολή.

8. Ένα είναι σωστό. Σημειώστε το.

Η δυστοκία των ώμων μπορεί να προκαλέσει:

- α. Μαιευτική παράλυση
- β. Υπέρτονία της μήτρας
- γ. Πρόπτωση της ομφαλίδας

9. Ποιες μαιευτικές επεμβάσεις γνωρίζετε; Ποιες είναι οι κυριότερες ενδείξεις για κάθε μία απ' αυτές;

10. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση αν είναι σωστό ή λάθος.

- α. Η ρήξη της μήτρας κατά τον τοκετό οφείλεται σε προηγούμενες επεμβάσεις.
- β. Η ρήξη της μήτρας εκδηλώνεται με διαξιφιστικό πόνο στην κοιλιά και σταμάτημα των ωδίνων.
- γ. Μετά τη ρήξη της μήτρας χορηγούμε ωκυτοκίνη για να ολοκληρωθεί γρήγορα ο τοκετός.

11. Σημειώστε δίπλα σε κάθε κατάσταση το είδος του τοκετού που ενδείκνυται (καισαρική τομή, φυσιολογικός τοκετός, σικουολκία).

- Κάθετο σχήμα, κεφαλική προβολή
- Προγηθείσα καισαρική τομή
- Μεγάλη μυωπία
- Καρδιοπάθεια
- Έρπηγ γεννητικών οργάνων
- Επιπωματικός πλακούντας
- Παρατεταμένος τοκετός
- Δυσαναλογία
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- Πολύδυμη κύηση

Κύημα 6 εβδομάδων



Κύημα 8 εβδομάδων



ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Α • Στοιχεία γυναικολογικού ιστορικού

Β • Γυναικολογική εξέταση

Γ • Γυναικολογικά συμπτώματα

Ιστορικό

Η λήψη του γυναικολογικού ιστορικού είναι μια πράξη πολύ σημαντική για το γιατρό αλλά και για τη γυναίκα. Ένα καλό ιστορικό είναι η βάση για τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Ο γιατρός οφείλει με υπομονή, επιμονή και ευγένεια να πάρει όλες τις πληροφορίες που αφορούν το πρόβλημα που έφερε τη γυναίκα σ' αυτόν. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως δεν είναι πάντα εύκολο, γιατί η γυναίκα πρέπει να μιλήσει για ζητήματα που ο κόσμος θεωρεί προσωπικά, απόρρητα, ή θέματα που η αποκάλυψή τους έχει κοινωνικές συνέπειες π.χ. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανεπιθύμητη κύηση κ.λπ.

Οι ερωτήσεις πρέπει να διατυπώνονται με προσοχή, χωρίς κριτική διάθεση, για να κερδίσει ο γιατρός την εμπιστοσύνη της ασθενούς. Η λήψη του ιστορικού είναι μια πράξη αμοιβαίας διερεύνησης. Ο γιατρός διερευνά το ιατρικό πρόβλημα και η γυναίκα διερευνά τη συμπεριφορά, τις λέξεις και τις κινήσεις του γιατρού της για να αποφασίσει αν μπορεί να τον εμπιστευτεί.

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

1. Προσωπικές ερωτήσεις: Ο γιατρός ρωτάει το όνομα, την ηλικία και το επάγγελμα της ασθενούς.

2. Παρούσα νόσος: Είναι από τα σημαντικότερα στοιχεία του γυναικολογικού ιστορικού. Εδώ με τις κατάλληλες ερωτήσεις προσπαθεί ο γιατρός να μάθει όλες τις λεπτομέρειες για το κύριο σύμπτωμα που έχει η γυναίκα.

3. Γυναικολογικές ερωτήσεις: Αφορούν πληροφορίες σχετικά με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο και το σεξουαλικό ιστορικό.

Ερωτήσεις σχετικά με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο:

1. Πότε ήταν η πρώτη ημέρα της τελευταίας περιόδου.
2. Πότε ήταν η εμμηναρχή.
3. Πότε ήταν η εμμηνόπαυση (για μετεμμηνοπαυσιακές).
4. Εάν υπάρχουν διαταραχές του εμμηνορρυσιακού κύκλου.
5. Εάν συνοδεύεται η εμμηνορρυσία από πόνο.
6. Εάν υπάρχει αιμορραγία στο μέσον του κύκλου της γυναίκας.
7. Εάν υπάρχει αιμορραγία μετά από τη σεξουαλική επαφή.
8. Εάν υπάρχει κολπική υπερέκκριση.
9. Εάν υπάρχει μετεμμηνοπαυσιακή αιμορραγία.

Άλλες ερωτήσεις:

- Εάν έχει σεξουαλικές επαφές.
- Εάν χρησιμοποιεί μέθοδο αντισύλληψης και ποια.
- Πότε έκανε τελευταία φορά τεστ Παπανικολάου και ποια ήταν η απάντηση.
- Εάν έχει συχνουρία, εάν χάνει ούρα με το βήχα ή το γέλιο.
- Εάν αισθάνεται κάποια μάζα μέσα στον κόλπο.
- Εάν παίρνει φάρμακα και ποια.
- Εάν έχει αλλεργίες και ιδιαίτερα στην πενικιλίνη.
- Εάν καπνίζει και πόσα τσιγάρα και εάν κάνει χρήση αλκοόλ.

4. Μαιευτικό ιστορικό: Το μαιευτικό ιστορικό πρέπει να είναι σύγνομο και να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με προηγούμενες εγκυμοσύνες, εκτρώσεις και αποβολές. Σε περίπτωση που η γυναίκα είχε προηγούμενες εγκυμοσύνες λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο του τοκετού, το βάρος γέννησης του κυήματος, την ύπαρξη ή μη επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Επίσης, παίρνονται πληροφορίες εάν ο τοκετός ήταν πρόωρος ή όχι.

5. Ατομικό ιστορικό: Λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με προηγούμενες γυναικολογικές επεμβάσεις, την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη, καρδιολογικών ή πνευμονολογικών προβλημάτων, υπέρτασης, ίκτερου, νοσηλείας κατά το παρελθόν σε Νοσοκομείο και την αιτία της νοσηλείας.

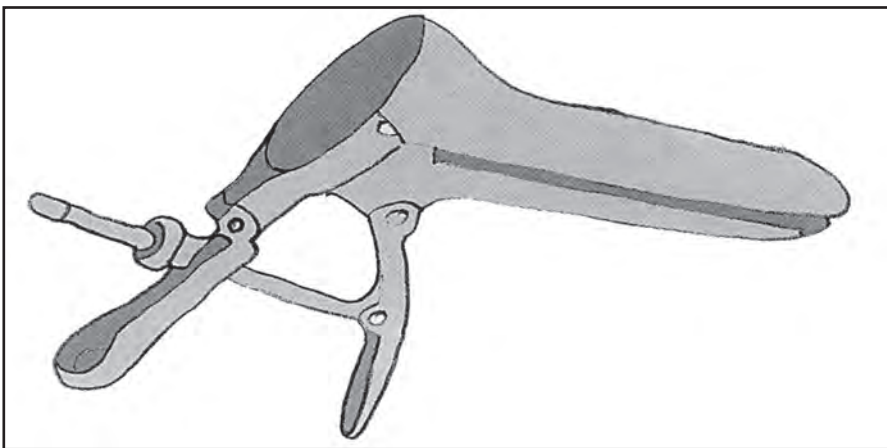
6. Οικογενειακό ιστορικό: Ρωτάμε τη γυναίκα εάν έχει συγγενείς με καρκίνο των μαστών ή των ωοθηκών ή αν υπάρχει σακχαρώδης διαβήτης ή υπέρταση ή καρδιαγγειακό νόσημα στην οικογένεια.

Β. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η εξέταση πρέπει να γίνεται σ' όλο το σώμα της γυναίκας, γιατί μπορεί να εκδηλωθεί με γυναικολογικά συμπτώματα μία νόσος άλλου συστήματος (π.χ. αιμορραγία λόγω αιματολογικού νοσήματος). Ο γυναικολόγος δεν πρέπει να παραλείπει την εξέταση των μαστών της γυναίκας πριν προχωρήσει στη γυναικολογική εξέταση.

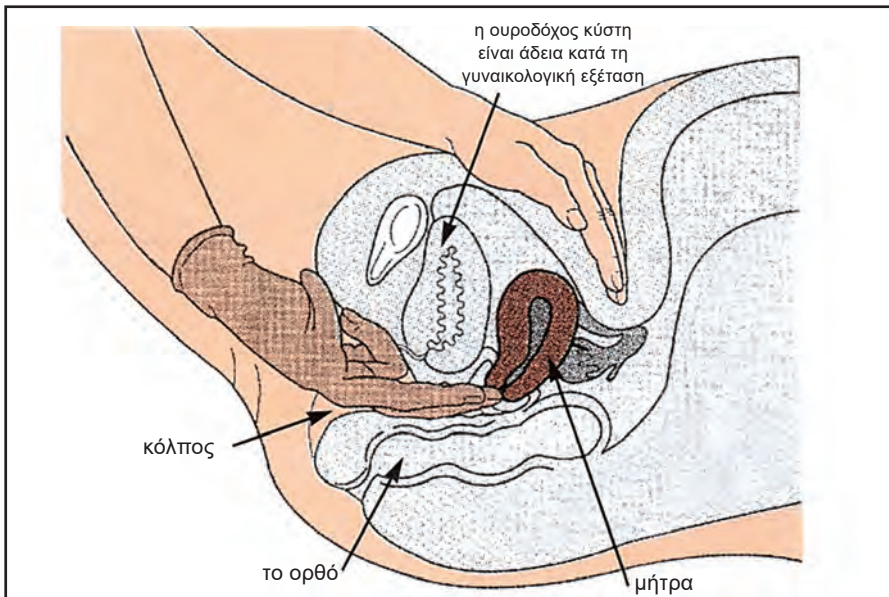
Γυναικολογική εξέταση

Πριν από τη γυναικολογική εξέταση η ασθενής ουρεί για να έχει άδεια την ουροδόχο κύστη. Τοποθετείται στην ειδική γυναικολογική καρέκλα (μπουμ). Η γυναικολογική εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Αναζητάται η ύπαρξη ελκών ή ογκιδίων στο αιδοίο. Ακολουθεί η επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας με τη βοήθεια των κολποδιαστολέων (Εικόνα



Εικόνα 7.1 Κολποδιαστολέας.

7.1) και αναζητούνται βλάβες ή σημεία αιμορραγίας. Κατόπιν γίνεται η **αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση**. Ο γυναικολόγος εισάγει δύο δάκτυλα στον κόλπο, ενώ το άλλο χέρι του το τοποθετεί στην κοιλιά της ασθενούς πάνω από την ηβική σύμφυση και πιέζει το κοιλιακό τοίχωμα προς τα μέσα ώστε να σταθεροποιήσει τον πυθμένα της μήτρας. Στη συνέχεια τα δύο δάκτυλα του μαιευτήρα μέσα στον κόλπο ψηλαφούν την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια της μήτρας. Φυσιολογικά οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες της γυναίκας δεν ψηλαφώνται (Εικόνα 7.2).



Εικόνα 7.2 Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.

Οι πληροφορίες που παίρνει είναι:

1. Για το μέγεθος, το σχήμα, τη σύσταση, την κινητικότητα, την κλίση και την κάμψη της μήτρας.
2. Για την ύπαρξη σκληρότητας ή ανωμαλίας του τραχήλου της μήτρας.
3. Για την ευαισθησία, το μέγεθος και τη σύσταση των εξαρτημάτων της μήτρας.

Γ. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι συχνότεροι λόγοι που επισκέπτονται το γυναικολόγο τους οι γυναίκες είναι:

1. Οι ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως.
2. Η δυσμηνόρροια.
3. Η κολπική υπερέκκριση.
4. Ο κνησμός των γεννητικών οργάνων.
5. Οι κλιμακτηριακές διαταραχές.
6. Η ακράτεια ούρων.
7. Τα προβλήματα γονιμότητας κ.λπ.

Ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως

Αραιομηνόρροια είναι η εμφάνιση της περιόδου σε διαστήματα μεγαλύτερα των 40 ημερών.

Συχνομηνόρροια είναι η εμφάνιση της περιόδου σε χρονικά διαστήματα μικρότερα των 21 ημερών.

Μητρορραγία είναι η εμφάνιση αιμορραγίας από τη μήτρα σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα εκτός της αναμενόμενης περιόδου.

Μηνορραγία είναι η εμφάνιση της περιόδου σε κανονικά χρονικά διαστήματα της οποίας όμως η διάρκεια ξεπερνάει τις 7 ημέρες και η ποσότητα τα 80 κυβικά εκατοστά.

Δευτεροπαθής αμηνόρροια είναι η έλλειψη περιόδου σε χρονικό διάστημα ίσο με τρεις γεννητικούς κύκλους.

Κύρια αίτια της κολπικής αιμορραγίας.

1. Τα νεοπλασμάτα, όπως ο πολύποδας, τα ινομυώματα της μήτρας, η υπερπλασία του ενδομητρίου, ο καρκίνος του ενδομητρίου και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

2. Οι φλεγμονές της μήτρας (ενδομητρίτιδα).

3. Η κύηση (επαπειλούμενη έκτρωση, εξωμήτριος κύηση, μύλη κύηση).

4. Τα τραύματα της μήτρας από ξένα σώματα ή ενδομήτρια σπειράματα.

5. Η λήψη φαρμάκων (π.χ. η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, οιστρογόνων, ασπιρίνης ή δακτυλίτιδας).

Ανακεφαλαίωση

Ένα καλό ιστορικό αποτελεί τη βάση για τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Το γυναικολογικό ιστορικό έχει ως ιδιαιτερότητα τον τρόπο με τον οποίο η ασθενής πρέπει να ερωτηθεί και να απαντήσει για θέματα που ο κόσμος θεωρεί απόρρητα, προσωπικά κ.λπ. Γι' αυτό οι ερωτήσεις πρέπει να διατυπώνονται με προσοχή και ευγένεια. Τα βασικά στοιχεία του γυναικολογικού ιστορικού είναι οι προσωπικές ερωτήσεις, οι αναλυτικές πληροφορίες για την παρούσα νόσο, οι γυναικολογικές ερωτήσεις, οι ερωτήσεις για τη σεξουαλική ζωή της ασθενούς και τέλος το μαιευτικό, το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό.

Τη λήψη του ιστορικού ακολουθεί η εξέταση της ασθενούς. Δεν πρέπει να παραλείπεται η ψηλάφηση των μαστών. Η εξέταση ολοκληρώνεται με τη γυναικολογική εξέταση.

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες απευθύνονται στο γυναικολόγο τους είναι οι ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως, η δυσμηνόρροια, η κολπική υπερέκκριση, οι διαταραχές της κλιμακτηρίου, προβλήματα γονιμότητας κ.ά.

Οι αναλυτικές πληροφορίες που παίρνει ο γυναικολόγος για το σύμπτωμα που έφερε τη γυναίκα σ' αυτόν σε συνδυασμό με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, τον βοηθούν να διαμορφώσει τις πιθανές διαγνώσεις. Κάποιες αρρώστιες αποκλείονται, και φαίνονται πιθανότερες κάποιες άλλες. Η οριστική διάγνωση συνήθως μπαίνει από τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Αυτές επιλέγονται με βάση το ιστορικό και την κλινική εξέταση.

Ερωτήσεις

1. Βάλτε στη σωστή σειρά τα γεγονότα που αφορούν τη γυναικολογική εξέταση:

- Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.
- Επισκόπηση εξωτερικών γεννητικών οργάνων.
- Η γυναίκα ουρεί για να αδειάσει την ουροδόχο κύστη.
- Επισκόπηση κόλπου, τραχήλου.
- Η γυναίκα ξαπλώνει στην ειδική γυναικολογική καρέκλα.

2. Απαντήστε αν είναι σωστές ή λάθος οι προτάσεις που ακολουθούν:

- α. Η σεξουαλική ζωή είναι αυστηρά προσωπική και ο γυναικολόγος δεν πρέπει να ρωτά γι' αυτή.
- β. Το συχνότερο αίτιο δευτεροπαθούς αμηνόρροιας σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είναι η κύηση.
- γ. Η έμμηνος ρύση ονομάζεται και μηνορραγία.
- δ. Το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να προκαλέσει κολπική αιμορραγία.

3. Αναφέρετε τα βασικά στοιχεία του γυναικολογικού ιστορικού.

4. Από το σύμπτωμα της νόσου μέχρι τη διάγνωσή της, ποια διαδικασία ακολουθείται;

Δραστηριότητες

1. Διαμορφώστε ένα γυναικολογικό ιστορικό-ερωτηματολόγιο με το οποίο θα επιδιώκετε να πάρετε όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται ο γυναικολόγος από τη γυναίκα που τον επισκέπτεται.

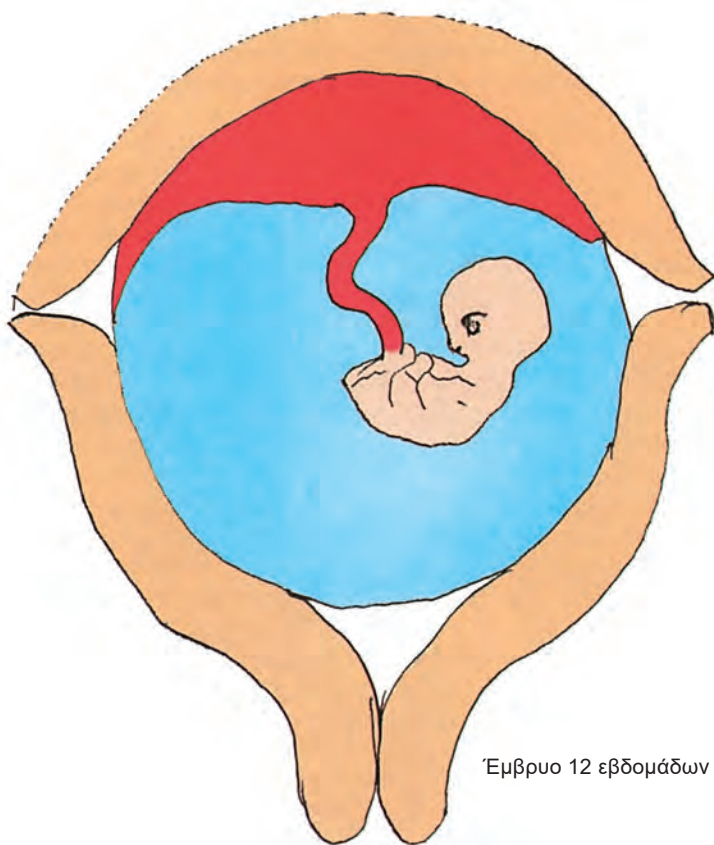
2. Διαμορφώστε ένα ερωτηματολόγιο που θα απευθύνεται σε γυναίκες κάθε ηλικίας του περιβάλλοντός σας και θα επιδιώκετε να μάθετε:

α. Πόσο συχνά επισκέπτονται το γυναικολόγο τους;

β. Για ποιο λόγο; Έχουν γυναικολογικά προβλήματα; Για προληπτικούς λόγους;

γ. Έχουν τα ίδια προβλήματα όλες οι ηλικίες γυναικών;

3. Διαμορφώστε ένα πλήρες γυναικολογικό ιστορικό που αφορά μια γυναίκα που σας λέει πως έχει κολπική αιμορραγία.



Έμβρυο 12 εβδομάδων

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΠΥΕΛΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

- 
- Συγγενείς και επίκτητες ανωμαλίες των ενδοπυελικών οργάνων

Α. Συγγενείς ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων

Αυτές αφορούν το αιδοίο, τον κόλπο, τη μήτρα και τις ωothήκες.

Συγγενείς ανωμαλίες του αιδοίου: Η πιο συχνή από τις συγγενείς ανωμαλίες του αιδοίου είναι η ατρησία του παρθενικού υμένα. Είναι η απουσία του φυσιολογικού ανοίγματος. Μπορεί να διαπιστωθεί και κατά την εξέταση του νεογνού. Εάν δεν διαπιστωθεί εγκαίρως, στην ήβη το αίμα της περιόδου συγκεντρώνεται στον κόλπο με αποτέλεσμα τη δημιουργία του αιματοκόλπου και δεν εμφανίζεται καθόλου έμμηνος ρύση. Η συγκέντρωση του αίματος στον κόλπο έχει ως αποτέλεσμα τη διάταση της μήτρας (αιματομήτρα) και των σαλπίγγων (αιμοσάλπιγγα) (Εικόνα 8.1).

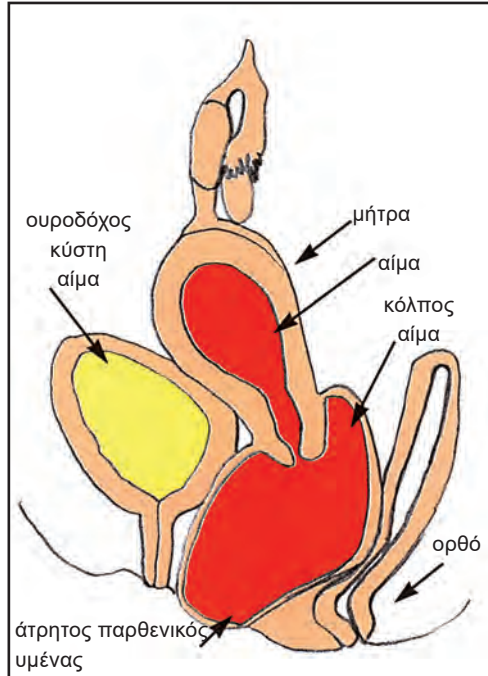
Η αντιμετώπιση της ατρησίας του παρθενικού υμένα είναι η διάνοιξη του χειρουργικά.

Συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης του κόλπου: Αυτές είναι τα διαφράγματα του κόλπου, ο διπλός κόλπος και η συγγενής απουσία του κόλπου.

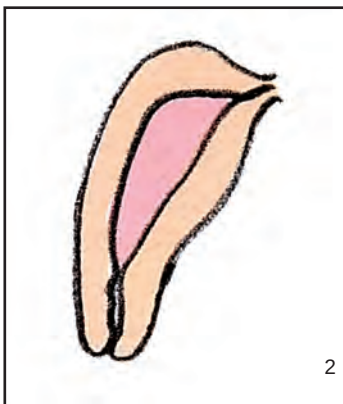
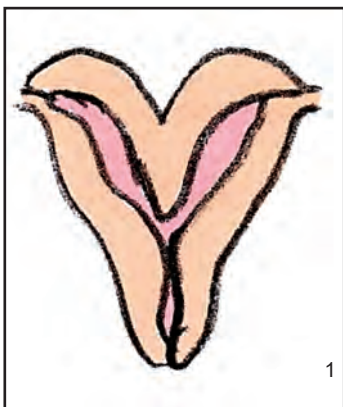
Τα διαφράγματα του κόλπου: Είναι η πιο συχνή ανωμαλία διάπλασης του κόλπου. Τα κολπικά διαφράγματα μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετα. Εάν τα εγκάρσια διαφράγματα είναι πλήρη, τότε εμποδίζουν την έξοδο του αίματος της περιόδου με αποτέλεσμα το σχηματισμό αιματοκόλπου και αιματομήτρας. Σχετίζονται με πόνο κατά τη συνουσία (δυσπαρέυνεια) και δυσκολίες κατά τον τοκετό. Συνήθως συνυπάρχουν με ανωμαλίες της μήτρας και του ουροποιητικού συστήματος. Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική.

Διπλός κόλπος: Είναι πολύ σπάνιος.

Συγγενής απουσία του κόλπου: Είναι πολύ σπάνια και μπορεί να συνοδεύεται και από βλάβες του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. έλλειψη νεφρού). Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Εάν η ασθενής δεν έχει μήτρα τότε μετά την ήβη υπάρχει αμηνόρροια, ενώ εάν η ασθενής έχει μήτρα τότε δημιουργείται αιματομήτρα. Επίσης, η ασθενής μπορεί να αναφέρει ότι αδυνατεί να έχει συνουσία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται η απουσία κόλπου. Αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση.



Εικόνα 8.1 Ατρησία του παρθενικού υμένα.
Αιματοκόλπος - αιματομήτρα - αιμοσάλπιγγα.



Εικόνα 8.2 Ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας: δίκερη μήτρα (1), μονόκερη μήτρα (2).

Συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας: Οι κυριότερες συγγενείς ανωμαλίες είναι η απλασία, η μονόκερη και η δίκερη μήτρα (Εικόνα 8.2). Επειδή οι συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης της μήτρας συνοδεύονται από ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος όπως είναι η απουσία του νεφρού, πρέπει να γίνεται έλεγχος και του ουροποιητικού συστήματος (με ενδοφλέβια πυελογραφία).

Απλασία της μήτρας: Οφείλεται στην αναστολή της ανάπτυξης των εμβρυϊκών καταβολών της μήτρας (Μυλλεριανοί πόροι). Κατά κανόνα συνοδεύεται από απουσία και του κόλπου. Οι ωθήκες είναι φυσιολογικές, αλλά η γυναίκα μετά την ήβη δεν έχει περίοδο.

Μονόκερη μήτρα (Εικόνα 8.2): Οφείλεται στην αναστολή της ανάπτυξης της μιας από τις δύο εμβρυϊκές καταβολές της μήτρας. Η σάλπιγγα απουσιάζει καθώς και η ωθήκη.

Δίκερη μήτρα (Εικόνα 8.1): Οφείλεται σε αποτυχία συνένωσης των εμβρυϊκών καταβολών κατά την 11η με 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η δίκερη μήτρα έχει έναν τράχηλο και μία μητρική κοιλότητα. Στο υπερηχογράφημα φαίνεται σαν καρδιά και στην υστεροσαλπιγγιογραφία σαν Υ. Η δίκερη μήτρα σχετίζεται με αποβολές, πρόωρο τοκετό και ανώμαλες θέσεις του εμβρύου στον τοκετό.

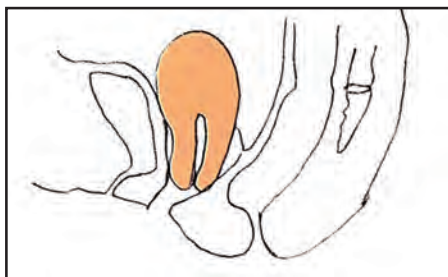
Διαταραχές ανάπτυξης των ωθηκών: Το σύνδρομο Turner (αγενεσία των ωθηκών) οφείλεται στην απουσία του ενός φυλετικού χρωμοσώματος Χ και ο καρύοτυπος είναι 45X αντί για το φυσιολογικό 46XX. Στο σύνδρομο αυτό οι ωθήκες είναι σαν ταινίες. Μήτρα και κόλπος όμως υπάρχουν. Κατά τη γέννηση το νεογνό έχει χαμηλό βάρος γέννησης, έχει οίδημα στα χέρια και τα πόδια και είναι μικρόσωμο. Λόγω της έλλειψης των ωθηκών δεν έχουν εφηβεία. Έτσι τα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι παιδικά, δεν αναπτύσσονται μαστοί και τρίχωμα και δεν εμφανίζεται έμμηνος ρύση. Επίσης έχουν χαμηλό ανάστημα και χαμηλή πρόσφυση του τριχωτού της κεφαλής στην αυχενική χώρα. Η νοημοσύνη είναι φυσιολογική. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι η χορήγηση οιστρογόνων για την ανάπτυξη των μαστών. Για την αύξηση του ύψους μπορεί να χορηγηθεί ανθρωπίνη αυξητική ορμόνη.

Β. Επίκτητες ανωμαλίες των ενδοπυελικών οργάνων

Χαλάρωση των γεννητικών οργάνων:

Πρόπτωση της μήτρας ονομάζεται η κάθοδος της μήτρας στον κόλπο και διακρίνεται σε τρεις βαθμούς. Πρώτου βαθμού έχουμε όταν ο

τράχηλος της μήτρας είναι ακόμα μέσα στον κόλπο (Εικόνα 8.3). Δευτέρου βαθμού έχουμε, όταν ο τράχηλος της μήτρας προβάλλει στην είσοδο του κόλπου (Εικόνα 8.3α) και τρίτου βαθμού, όταν ολόκληρη η μήτρα βρίσκεται εκτός του κόλπου (Εικόνες 8.4 και 8.5). Είναι αρκετά συχνή σε ηλικιωμένες γυναίκες που έχουν γεννήσει πολλά παιδιά (παραπομπή 7α).



Εικόνα 8.3 Πρόπτωση μήτρας πρώτου βαθμού.

Αιτιολογία της πρόπτωσης:

1. Ο φυσιολογικός τοκετός είναι το συχνότερο αίτιο σε περίπτωση που έχουμε μηχανικούς και νευρολογικούς τραυματισμούς. Επίσης ο παρατεταμένος τοκετός, η χρήση εμβρυουλκών και η κακή συρραφή των τραυματισμών των γεννητικών οργάνων κατά τον τοκετό.

2. Η έλλειψη των οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση.

3. Οι καταστάσεις που αυξάνουν την πίεση μέσα στην κοιλιά π.χ. η παχυσαρκία, ο χρόνιος βήχας και οι όγκοι της πυέλου.

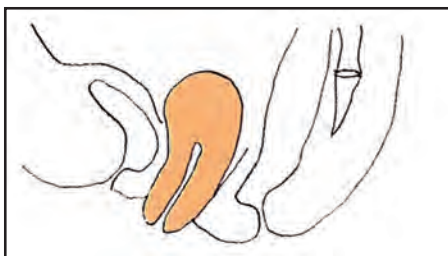
Πρόληψη: Για να αποφευχθεί η χαλάρωση των γεννητικών ενδοπυελικών οργάνων θα πρέπει:

- Να γίνει περινεοτομία και προσεκτικοί χειρισμοί κατά τον τοκετό και καλή συρραφή.

- Η σωματική άσκηση στην περίοδο της λοχείας αποτελεί πρόληψη.

- Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Συμπτώματα: Είναι πολλά. Αίσθημα βάρους χαμηλά στην κοιλιά, αίσθημα ξένου σώματος στον κόλπο, πόνος χαμηλά στη μέση, συχνουρία, ακράτεια ούρων μετά από βήχα ή γέλιο. Η ορθοκλήλη συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα αλλά μερικές φορές μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα. Σε πρόπτωση της μήτρας τρίτου βαθμού υπάρχει δυσκολία στο βάδισμα, στο κάθισμα και στη σεξουαλική επαφή. Μερικές γυναίκες μπορεί να μην έχουν συμπτώματα.



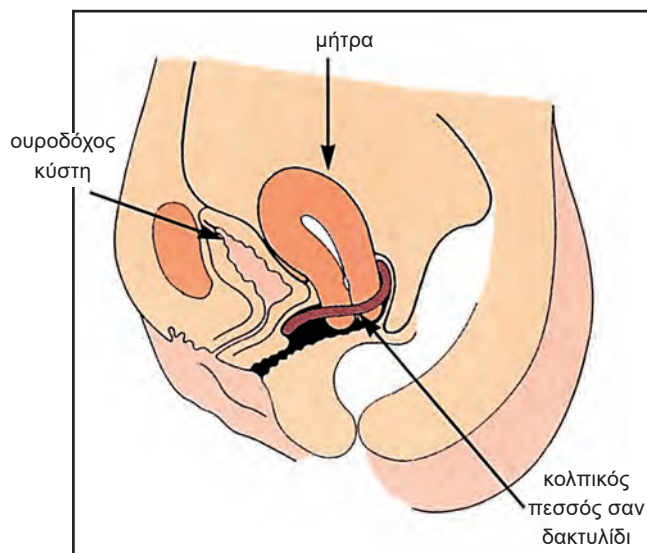
Εικόνα 8.3α Πρόπτωση μήτρας δευτέρου βαθμού.



Εικόνα 8.4 Πρόπτωση μήτρας τρίτου βαθμού.



Εικόνα 8.5 Πρόπτωση της μήτρας τρίτου βαθμού.



Εικόνα 8.6 Τοποθέτηση κολπικού πεσσού.

Αντιμετώπιση: Μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Η μικρή πρόπτωση δε χρειάζεται θεραπεία. Συνιστάται η μείωση του σωματικού βάρους και η εφαρμογή περινεϊκών ασκήσεων. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να δοθούν οιστρογόνα. Σε γυναίκες που δεν μπορούν να χειρουργηθούν τοποθετείται ένας πεσσός ενδοκολπικώς. Ο πεσσός συνήθως έχει σχήμα δακτυλιδίου και συγκρατεί τη μήτρα στη θέση της (Εικόνα 8.6). Οι πεσσοί πρέπει να αλλάζονται και να απο-

στειώνονται κάθε 3 μήνες για την αποφυγή ενδοκολπικών φλεγμονών.

Ανακεφαλαίωση

Συγγενείς ανωμαλίες μπορεί να εμφανιστούν στα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα. Άλλες μπορεί να γίνουν αντιληπτές από τη γέννηση και άλλες να διαγνωστούν στην εφηβεία, γιατί προκαλούν πρωτοπαθή αμηνόρροια, κι άλλες στην αναπαραγωγική ηλικία, γιατί προκαλούν στειρότητα.

Η συχνότερη συγγενής ανωμαλία του αιδoίου είναι η ατρησία του παρθενικού υμένα. Αν δε διαγνωστεί εγκαίρως προκαλεί αιματόκολπο και αιματόμητρα με απουσία εμμήνου ρύσεως στην εφηβεία.

Η συχνότερη συγγενής ανωμαλία του κόλπου είναι τα διαφράγματα του κόλπου. Τα εγκάρσια συνήθως προκαλούν πρωτοπαθή αμηνόρροια. Η παρουσία των διαφραγμάτων σχετίζεται με δυσπαρέυνεια και δυσκολίες στον τοκετό.

Οι συχνότερες συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας είναι η απλασία της, η μονόκερη και η δίκερη μήτρα. Η απλασία εκδηλώνεται με πρωτοπαθή αμηνόρροια. Η δίκερη μήτρα σχετίζεται με αποβολές και πρόωρο τοκετό.

Η κυριότερη συγγενής ανωμαλία ωθηκών είναι η αγενεσία τους, ή σύνδρομο Turner. Οφείλεται στην απουσία ενός Χ φυλετικού χρωμοσώματος (καρυότυπος 45X). Το άτομο έχει εξωτερικά γεννητικά όργανα και εμφάνιση κοριτσιού αλλά λόγω της έλλειψης ωθηκών δεν εμφανίζει εφηβεία και σωματική διαμόρφωση ενήλικης γυναίκας.

Από τις επίκτητες ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων η πιο χαρακτηριστική είναι η πρόπτωση της μήτρας. Οφείλεται συνήθως σε βλάβες που προκαλούνται από φυσιολογικούς τοκετούς ή από μαιευτικές επεμβάσεις. Ρόλο παίζει η έλλειψη οιστρογόνων μετά την εμμηνοπαύ-

ση, καθώς και η παχυσαρκία. Εκδηλώνεται με απώλεια ούρων με το γέλιο ή το βήχα, αίσθημα ξένου σώματος στον κόλπο, συχνουρία, δυσκολία στη σεξουαλική επαφή και το κάθισμα. Μπορεί να προληφθεί με προσεκτικούς χειρισμούς στον τοκετό (περινεοτομία, καλή συρραφή) και με θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση.

Ερωτήσεις

1. Συμπληρώστε τα κενά:

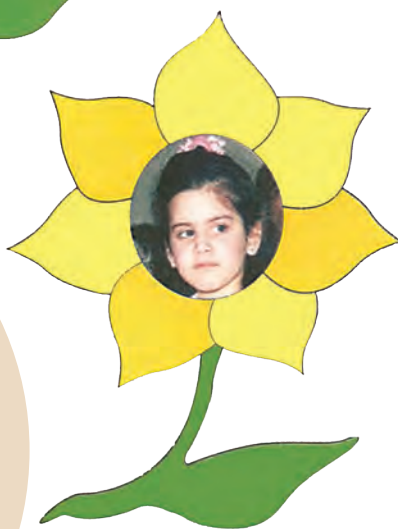
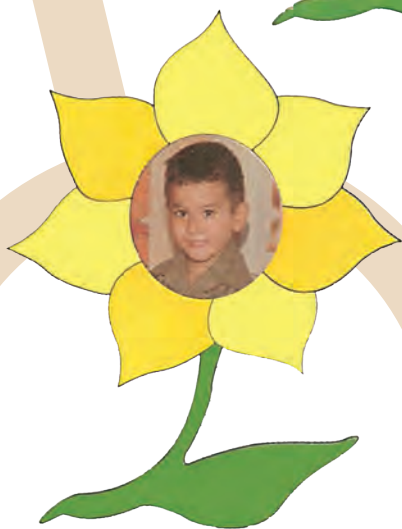
- α. Η πιο συχνή συγγενής ανωμαλία του αιδοίου είναι
- β. Η πιο συχνή συγγενής ανωμαλία του κόλπου είναι
- γ. Η πιο συχνή συγγενής ανωμαλία της μήτρας είναι
- δ. Το σύνδρομο Turner χαρακτηρίζεται από

2. Συμπληρώστε τα κενά:

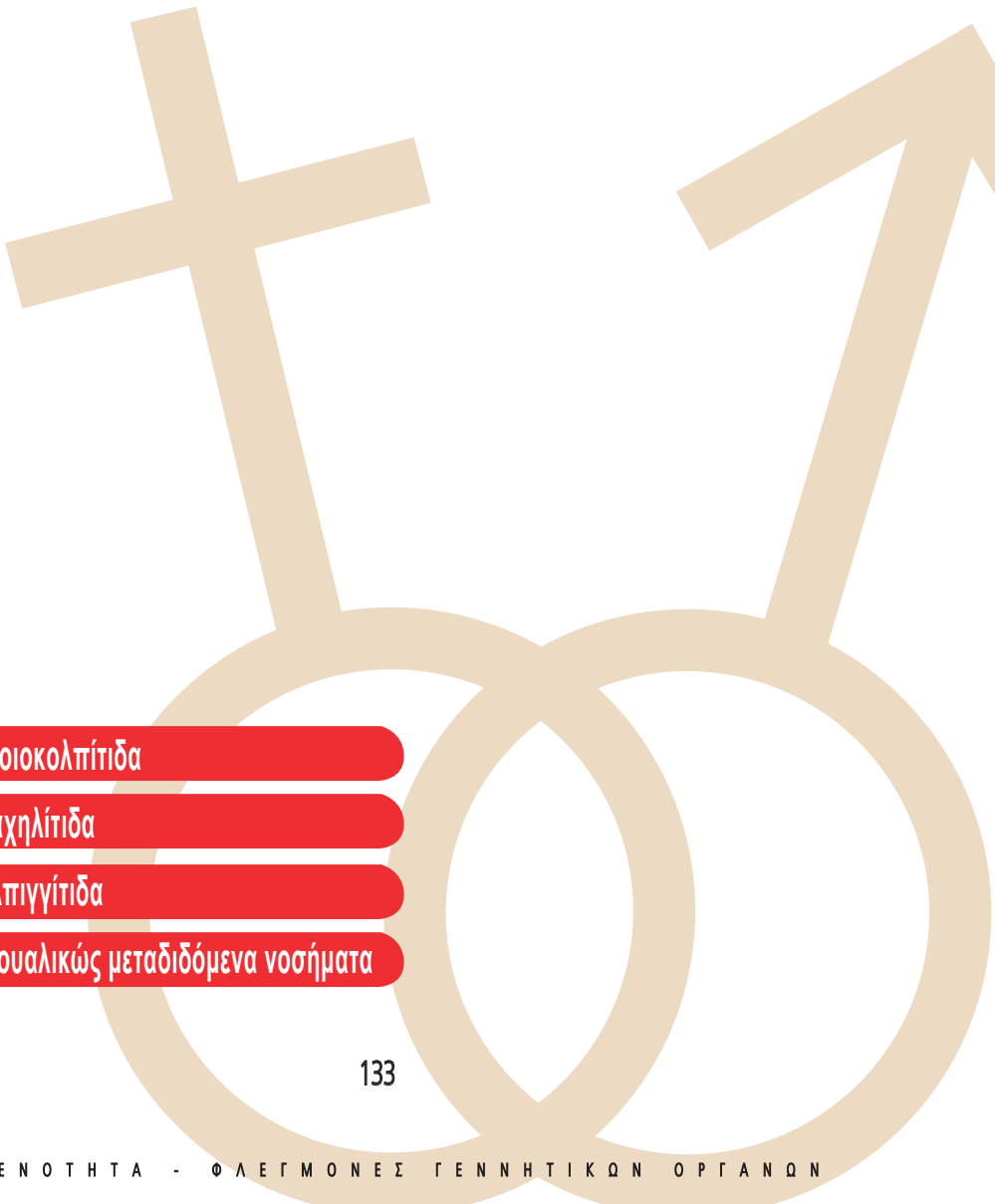
- α. Τα κολπικά διαφράγματα μπορεί να προκαλέσουν,
- β. Η απουσία κόλπου προκαλεί,
- γ. Η απλασία της μήτρας προκαλεί,
- δ. Η δίκερη μήτρα προκαλεί
- ε. Το σύνδρομο Turner προκαλεί.....,καιστην εφηβεία.

3. Απαντήστε αν είναι σωστές ή λάθος οι παρακάτω προτάσεις:

- Το συχνότερο αίτιο χαλάρωσης των γεννητικών οργάνων είναι ο φυσιολογικός τοκετός.
- Η περινεοτομία και η καλή συρραφή στον τοκετό δε βοηθούν στην πρόληψη της χαλάρωσης των γεννητικών οργάνων.
- Μια ηλικιωμένη που έχει γεννήσει 3 παιδιά κι αναφέρει συχνουρία και απώλεια ούρων με το βήχα ή το γέλιο έχει κατά πάσα πιθανότητα ουρολοίμωξη.



ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

- 
- Αιδοιοκολπίτιδα
 - Τραχηλίτιδα
 - Σαλπινγίτιδα
 - Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Ο κόλπος φυσιολογικά έχει πολλούς μικροοργανισμούς που δεν προκαλούν συμπτώματα στη γυναίκα και ζουν αρμονικά μεταξύ τους. Ένας από αυτούς είναι υπεύθυνος για την παραγωγή γαλακτικού οξέος το οποίο εμποδίζει την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών. Τα οιστρογόνα είναι απαραίτητα γι' αυτό. Τα κυριότερα αίτια που μπορεί να διαταράξουν αυτήν την ισορροπία είναι:

- Η εγκυμοσύνη.
- Η χρήση αντιβιοτικών.
- Ο διαβήτης.
- Η έλλειψη καθαριότητας.
- Τα αντισυλληπτικά χάπια.
- Οι συχνές πλύσεις με αντισηπτικά.

Αιδοιοκολπίτιδα είναι η φλεγμονή του αιδοίου και του κόλπου.

Κυριότερα αίτια που την προκαλούν είναι:

1. Οι μύκητες.
2. Οι τριχομονάδες.
3. Ο ιός του έρπητα των γεννητικών οργάνων.
4. Ο ιός του θηλώματος του ανθρώπου (προκαλεί τα κονδυλώματα).
5. Η σύφιλη.
6. Τα χλαμύδια.
7. Ο αιμόφιλος του κόλπου.
8. Ξένο σώμα στον κόλπο (π.χ. ταμπόν).

Συμπτώματα: Εξαρτώνται από την αιτία. Σε περίπτωση αιδοιίτιδας υπάρχει κοκκινίλα του δέρματος του αιδοίου και μερικές φορές έλκος. Οι γυναίκες έχουν κνησμό και δυσπαρέυνεια. Σε περίπτωση κολπίτιδας υπάρχει κολπική υπερέκκριση, κνησμός, δυσπαρέυνεια και συχνά δυσουρία. Σε γυναίκες που έχουν ξεχάσει ένα ταμπόν μπορεί να εμφανισθεί το **σύνδρομο του τοξικού σοκ** που προκαλεί υπόταση, υψηλό πυρετό, ανεπάρκεια πολλών οργάνων και μπορεί ακόμη να έχει και θανατηφόρα κατάληξη.

Η αντιμετώπιση της αιδοιοκολπίτιδας εξαρτάται από την αιτία που την προκαλεί.

Τραχηλίτιδα είναι η φλεγμονή του τραχήλου της μήτρας

Αίτια: Τα συχνότερα είναι:

1. Τα χλαμύδια του τραχώματος
2. Η τριχομονάδα του κόλπου και
3. Ο γονόκοκκος

Επίσης, η τραχηλίτιδα μπορεί να οφείλεται στον απλό έρπητα, στη σύφιλη ή να είναι δευτερογενής λόγω της κολπίτιδας από αιμόφιλο του κόλπου (*gardnerella vaginalis*).

Συμπτώματα: Η τραχηλίτιδα εκδηλώνεται με κολπική υπερέκκριση, πόνο χαμηλά στην κοιλιά, δυσπαρέυνεια και δυσουρία. Μερικές φορές υπάρχουν έλκη στον τράχηλο (π.χ. σε λοίμωξη από τον ιό του έρπητα των γεννητικών οργάνων).

Η αντιμετώπιση της τραχηλίτιδας είναι ανάλογη με το αίτιο.

Σαλπινγίτιδα είναι η φλεγμονή των σαλπίνγων.

Αίτια: Τα κύρια αίτια της σαλπινγίτιδας στην Ελλάδα είναι:

1. Οι αερόβιοι στρεπτόκοκκοι.
2. Αναερόβια (βακτηριοειδή).
3. Το μυκόπλασμα.

Η σαλπινγίτιδα είναι νόσος των νέων γυναικών (κυρίως μεταξύ 15 έως 24 ετών).

Ενοχοποιητικοί παράγοντες εμφάνισης σαλπινγίτιδας:

- Η έναρξη των σεξουαλικών επαφών σε ηλικία κάτω των 15 ετών.
- Η εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων.
- Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.
- Η ατοκία.
- Το ενδομήτριο σπείραμα.
- Προηγούμενες σαλπινγίτιδες.

Τα μικρόβια φτάνουν στις σάλπιγγες με τους εξής τρόπους:

1. Με τεχνητές εκτρώσεις.
2. Με τοποθέτηση ενδομητρίου σπειράματος για αντισύλληψη.
3. Με υστεροσαλπινγογραφία.
4. Με εξωσωματική γονιμοποίηση.
5. Με σπερματεγχύσεις.

Συμπτώματα: Αυτά είναι ο πυρετός, ο πόνος στο υπογάστριο, η ναυτία και οι έμετοι, η δυσουρία, η συχνουρία και η δύσσομη κολπική υπερέκκριση.

Ο γιαιρός διαπιστώνει ευαισθησία στο υπογάστριο της ασθενούς και πόνο στο ένα ή και στα δύο εξαρτήματα της μήτρας.

Επιπλοκές:

1. Η πυοσάλπιγγα.
2. Το απόστημα.
3. Η περιτονίτιδα.
4. Η καταστροφή των εξαρτημάτων με αποτέλεσμα τη στειρώση.
5. Η αυξημένη πιθανότητα εξωμήτριας κύησης.
6. Η δυσπαρέυνεια.
7. Η υποτροπή της σαλπινγίτιδας.

Η αντιμετώπιση γίνεται με αντιβιοτικά στο σπίτι ή το Νοσοκομείο ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα συχνότερα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή είναι:

1. Η βλεννόρροια.
2. Λοίμωξη από χλαμύδια του τραχώματος.
3. Μυκητίαση.
4. Τριχομονάδωση.
5. Μη ειδική κολπίτιδα.
6. Τα κονδυλώματα.
7. Έρπης των γεννητικών οργάνων.
8. Η σύφιλη.
9. Η ψώρα.
10. Η φθειρίαση του εφηβαίου.
11. Οι ηπατίτιδες.
12. Το AIDS.

Πολλά από αυτά τα νοσήματα έχουν παρόμοια συμπτώματα. Τα συχνότερα είναι:

- Κολπική υπερέκκριση. Φυσιολογικά οι γυναίκες έχουν κολπικά υγρά. Η αλλαγή τους αποτελεί σημάδι πως μπορεί να υπάρχει λοίμωξη.
- Κνησμός.
- Έλκη.

Βλεννόρροια: Είναι από τα συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οφείλεται στο γονόκοκκο (ναϊσσέρια της γονόρροιας). Ο γονόκοκκος δεν αντέχει έξω από το ανθρώπινο σώμα και γι' αυτό δε μεταδίδεται από καθίσματα ή λεκάνες τουαλέτας. Κινδυνεύουν κυρίως νέα άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους και άτομα που δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικά.

Συμπτώματα: Στον άνδρα προκαλεί ουρηθρίτιδα, προστατίτιδα και επιδιδυμίτιδα. Δυστυχώς ο 1 στους 5 άνδρες δεν έχει συμπτώματα. Στις γυναίκες προκαλεί ουρηθρίτιδα, τραχηλίτιδα και σαλπιγγίτιδα και η πλειοψηφία των γυναικών δεν έχει συμπτώματα. Η ουρηθρίτιδα εκδηλώνεται με έκκριση πύου (κιτρινοπράσινο υγρό) (Εικόνα 9.1), δυσουρία και συχνουρία. Επίσης, τόσο στον άνδρα όσο και στις γυναίκες, μπορεί να προκαλέσει αρθρίτιδα. Ανάλογα με τις σεξουαλικές πρακτικές μπορεί να προκαλέσει πρωκτίτιδα (έξοδος πύου από το ορθό) και φαρυγγίτιδα (επίμονος πονόλαιμος). Στο νεογέννητο μπορεί να προκαλέσει γονοκοκκική οφθαλμία με προσβολή των επιπεφυκώτων.



Εικόνα 9.1 Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, πύωδες έκκριμα.

Διάγνωση: Γίνεται με μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια υγρού από την ουρήθρα του άνδρα και τον κόλπο της γυναίκας.

Θεραπεία: Γίνεται με την κατάλληλη αντιβίωση.

Λοίμωξη από χλαμύδια του τραχώματος: Είναι το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Οφείλεται σε μικρά βακτηρίδια, τα οποία ζουν υποχρεωτικά μέσα στα κύτταρα όπως και οι ιοί. Τα χλαμύδια του τραχώματος προσβάλλουν συχνότερα νεαρά άτομα (μεταξύ 20 και 30 ετών). Κινδυνεύουν κυρίως άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.

Συμπτώματα: Συχνά δεν υπάρχουν. Αν υπάρχουν είναι συμπτώματα κολπίτιδας, τραχηλίτιδας, σαλπιγγίτιδας, ουρηθρίτιδας.

Διάγνωση: Θα γίνει με υλικό που παίρνουμε με ειδική μέθοδο από τον ενδοτράχηλο ή την ουρήθρα.

Θεραπεία: Γίνεται με αντιβίωση.

Μυκητίαση: Οφείλεται σε μύκητες (*Candida Albicans* ή *Monilia*). Φυσιολογικά αυτοί βρίσκονται στο στόμα και το έντερο. Η ανάπτυξή τους στον κόλπο ευνοείται από την υγρασία, την ελλιπή καθαριότητα των γεννητικών οργάνων, την κακή τεχνική στο σκούπισμα (σωστή τεχνική στο σκούπισμα είναι από μπροστά προς τα πίσω), τη χρήση αντιβιοτικών, τα συνθετικά εσώρουχα κ.ά. Μεταδίδονται όμως και με τη σεξουαλική επαφή.

Συμπτώματα: Στη γυναίκα είναι η παχιά και λευκή σαν τυρί κολπική υπερέκκριση και η έντονη φαγούρα του κόλπου και του αιδοίου. Τα συμπτώματα είναι πιο έντονα, ακριβώς πριν την εμφάνιση της περιόδου. Η λοίμωξη μπορεί να υποτροπιάσει. Ο άνδρας εμφανίζει φλεγμονή της βαλάνου και της πόσθης (βαλανοποσθίτιδα) ή φαγούρα και σπάνια ουρηθρίτιδα.

Διάγνωση: Ο γιατρός διαπιστώνει ερυθρότητα του αιδοίου και του κόλπου. Το έκκριμα είναι κολλημένο στα κολπικά τοιχώματα. Η διάγνωση γίνεται μικροσκοπικά.

Θεραπεία: Είναι τοπική (κολπικά υπόθετα ή αλοιφές) ή χάπια από το στόμα.

Τριχομονάδωση: Οφείλεται στην τριχομονάδα. Επειδή η τριχομονάδα μπορεί να ζήσει για αρκετές ώρες έξω από το σώμα και σε υγρό περιβάλλον είναι δυνατόν να μεταδοθεί εκτός από τη σεξουαλική επαφή και από τις τουαλέτες.

Συμπτώματα: Στη γυναίκα είναι η πράσινη και δύσοσμη κολπική υπερέκκριση, η φαγούρα, η δυσουρία και ο πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή (δυσπαρεύνεια). Οι άνδρες συνήθως δεν έχουν συμπτώματα αν και είναι φορείς των τριχομονάδων.

Διάγνωση: Ο κόλπος ή ο τράχηλος έχει όψη φράουλας. Η διάγνωση της τριχομοναδικής κολπίτιδας γίνεται με μικροσκόπηση κολπικού υγρού.

Θεραπεία: Γίνεται με αντιβίωση.

Μη ειδική κολπίτιδα: Οφείλεται συνήθως στον αιμόφιλο του κόλπου (*Gardnerella vaginalis*). Προσβάλλει συχνότερα γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών.

Συμπτώματα: Είναι η κολπική υπερέκκριση. Αυτή είναι γκρίζα, υδαρής και δύσοσμη σαν σάπιο ψάρι. Ο κόλπος δεν είναι κόκκινος και η ασθενής δεν έχει φαγούρα.

Διάγνωση: Γίνεται με μικροσκόπηση και καλλιέργεια κολπικού υγρού.

Θεραπεία: Γίνεται με αντιβίωση (κολπικά υπόθετα ή κρέμες, και αν επιμένει η κολπίτιδα η ασθενής παίρνει χάπια από το στόμα).

Οξυτενή κονδυλώματα: Οφείλονται στον ιό του θηλώματος του ανθρώπου. Μερικοί τύποι του ιού προσβάλλουν τα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό και προκαλούν τα οξυτενή κονδυλώματα, ενώ άλλοι προσβάλλουν το δέρμα των χεριών και των ποδιών και προκαλούν τις μυρμηκίες. Εκτός από τη σεξουαλική επαφή μεταδίδονται και με στενή σωματική επαφή. Ο ιός του θηλώματος του ανθρώπου ενοχοποιείται για τον καρκίνο των γεννητικών οργάνων.

Συμπτώματα: Μοιάζουν με μικρά κουνουπίδια. Το χρώμα τους είναι λευκό ή κοκκινωπό, αναπτύσσονται σε σωρούς και μερικές φορές μπορεί να μεγαλώσουν πολύ. Προκαλούν φαγούρα. Στις γυναίκες αναπτύσσονται στο αιδοίο, τον κόλπο, τον τράχηλο, το περίνεο και

τον πρωκτό (Εικόνα 9.2). Στους άνδρες στη βάλανο (Εικόνα 9.3), στην πόσθη, στον πρωκτό και σπανίως στην ουρήθρα.

Διάγνωση: Αναγνωρίζονται κλινικά και επιβεβαιώνονται ιστολογικά.

Θεραπεία: Γίνεται τοπικά με επάλειψη, με καυτηρίαση ή με χειρουργική αφαίρεση. Μπορεί να υποτροπιάσουν.

Έρπης των γεννητικών οργάνων: Οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2). Ο ιός του απλού έρπητα τύπου 1 ευθύνεται συνήθως για την προσβολή των χειλιών του προσώπου (επιχείλιος έρπης) αν και μερικές φορές προσβάλλει και τα γεννητικά όργανα. Είναι το συχνότερο αίτιο ελκών των γεννητικών οργάνων.

Συμπτώματα: Το πρώτο σημάδι της λοίμωξης είναι οι μικρές κόκκινες κηλίδες στα γεννητικά όργανα που συνήθως έχουν φαγούρα ή αίσθημα καύσου στην ούρηση. Γρήγορα οι κηλίδες γίνονται φυσαλίδες γεμάτες υγρό. Στη συνέχεια οι φυσαλίδες σπάνε και σχηματίζονται τα έλκη. Τα έλκη είναι επώδυνα. Στις γυναίκες τα έλκη βρίσκονται στο περίνεο, στο αιδοίο και στον τράχηλο της μήτρας. Στους άνδρες βρίσκονται στον πρωκτό και το πέος. Τα έλκη υποχωρούν πλήρως, αλλά υποτροπιάζουν συχνά. Ο ιός μεταδίδεται όταν υπάρχουν έλκη.

Διάγνωση: Όταν διαπιστώνουμε με επώδυνα έλκη στο αιδοίο και στον κόλπο σκεφτόμαστε τη λοίμωξη από τον έρπητα των γεννητικών οργάνων. Η διάγνωση θα γίνει με κυτταρολογική εξέταση και καλλιέργεια από υλικό που παίρνουμε από τη βλάβη.

Επιπλοκές: Οι ασθενείς μπορεί να μεταφέρουν τον ιό με τα χέρια τους από τα γεννητικά όργανα σε άλλες θέσεις όπως είναι τα μάτια τους. Η σοβαρότερη όμως επιπλοκή είναι η μετάδοση του ιού στο έμβρυο. Γι' αυτό σε ενεργό λοίμωξη των γεννητικών οργάνων της εγκύου πρέπει να γίνεται καισαρική τομή πριν τη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.

Θεραπεία: Η θεραπεία γίνεται με τη χρήση κρέμας τοπικά ή δισκίων Zovirax.



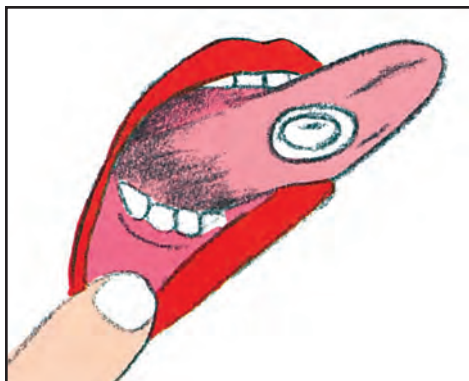
Εικόνα 9.2 Κονδυλώματα αιδοίου.



Εικόνα 9.3 Κονδυλώματα πέους.



Εικόνα 9.4 Συφιλιδικό έλκος πέους.



Εικόνα 9.5 Συφιλιδικό έλκος στο στόμα.

Σύφιλη: Οφείλεται στην ωχρά σπειροχαιτή. Είναι είτε σεξουαλικά μεταδιδόμενη είτε συγγενής. Τα στάδια της νόσου περιλαμβάνουν την πρωτογενή, τη δευτερογενή και τριτογενή σύφιλη.

Συμπτώματα: Η πρώτη βλάβη της σύφιλης είναι ένα μικρό έλκος που δεν πονάει και είναι γεμάτο μικρόβια. Το έλκος εμφανίζεται στο σημείο από το οποίο μπήκε το μικρόβιο στον οργανισμό (γεννητικά όργανα, πρωκτός, στόμα) (Εικόνα 9.4, 9.5). Εάν το έλκος μείνει χωρίς θεραπεία θα υποχωρήσει τελείως σε 2-6 εβδομάδες και δε θα αφήσει σημάδι. Όμως τα μικρόβια εξακολουθούν να υπάρχουν ζωντανά μέσα στον οργανισμό. Στη συνέχεια, σε ανύποπτο χρόνο εμφανίζονται εξανθήματα χωρίς κνησμό που εντοπίζονται κυρίως στον κορμό (συφιλιδική ροδάνθη). Εξάνθημα στις παλάμες και στα πέλματα είναι χαρακτηριστικό της σύφιλης. Το εξάνθημα μπορεί να συνοδεύεται από πυρετό και λεμφαδενοπάθεια. Αν και πάλι μείνει αθεράπευτος ο ασθενής τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν τελείως. Όμως μετά από καιρό ακόμη και χρόνια εμφανίζονται συμπτώματα από την προσβολή σημαντικών οργάνων (εγκέφαλος, καρδιά κ.λπ.).

Η σύφιλη μεταδίδεται όταν υπάρχει έλκος και εξανθήματα.

Αν δεν θεραπευτεί μπορεί να περάσει από τη μητέρα στο έμβρυο και να προκαλέσει συγγενή λοίμωξη ή ενδομήτριο θάνατο στο έμβρυο. Τα χαρακτηριστικά της συγγενούς σύφιλης είναι η κώφωση, η κερατίτιδα και τα βαρελοειδή δόντια.

Διάγνωση: Οφείλουμε να σκεφτόμαστε τη σύφιλη σε κάθε βλάβη των γεννητικών οργάνων και να την αποκλείουμε. Η διάγνωση γίνεται με μικροσκοπική εξέταση από υλικό που παίρνουμε από τη βλάβη και με ειδικές αιματολογικές εξετάσεις.

Θεραπεία: Γίνεται με πενικιλίνη.

Ψώρα: Οφείλεται στο άκαρι της ψώρας. Το άκαρι μπαίνει κάτω από την επιδερμίδα όπου γεννάει τα αυγά του. Η μετάδοση γίνεται με στενή σωματική επαφή και σπανιότερα από το κρεβάτι ή τα ρούχα. Το άκαρι ζει μόνο 24 ώρες έξω από το ανθρώπινο σώμα.

Συμπτώματα: Το κύριο σύμπτωμα είναι η έντονη φαγούρα που χειροτερεύει τη νύχτα και με το ζεστό μπάνιο. Προσβάλλονται οι καρποί, οι μεσοδακτύλιες πτυχές, οι αγκώνες, η μασχάλη, το όσχεο, ο ομφαλός και οι γλουτοί.

Διάγνωση: Γίνεται κλινικά.

Θεραπεία: Περιλαμβάνει επαλείψεις με ειδικά διαλύματα. Πρέπει να θεραπεύονται όλα τα μέλη της οικογένειας και να απολυμαίνονται τα ρούχα και τα κλινোসκεπτάσματα.

Φθειρίαση του εφηβαίου: Υπάρχουν δύο ειδών ψείρες. Αυτές που εμφανίζονται στο τριχωτό της κεφαλής και αυτές που εμφανίζονται στο τρίχωμα του εφηβαίου. Οι ψείρες του εφηβαίου μπορεί να φθάσουν στις μασχάλες και τα βλέφαρα αλλά ποτέ δεν προσβάλλουν το τριχωτό της κεφαλής. Η μετάδοση γίνεται με τη στενή σωματική επαφή.

Συμπτώματα: Το κύριο σύμπτωμα είναι η έντονη φαγούρα.

Διάγνωση: Φαίνονται οι ψείρες και τα αυγά τους στις τρίχες.

Θεραπεία: Με ειδικές λοσιόν και σαμπουάν όπως γίνεται και για το τριχωτό της κεφαλής.

Ιογενής ηπατίτιδα: Η ηπατίτιδα που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή είναι κυρίως η ηπατίτιδα Β. Η μετάδοση γίνεται από ασθενείς αλλά κυρίως από φορείς. Εάν κάποιο άτομο έχει σεξουαλική επαφή με φορείς πρέπει αμέσως να επισκεφθεί γιατρό για να αρχίσει το εμβόλιο και να κάνει υπεράνοση γ-σφαιρίνη.

Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS): Το AIDS είναι νόσος θανατηφόρα. Οφείλεται στον ιό HIV-1 και HIV-2. Προσβάλλει συχνότερα τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς. Σήμερα που ελέγχεται το αίμα, ο κίνδυνος μετάδοσης από μετάγγιση είναι ελάχιστος αλλά υπαρκτός. Υπολογίζεται ότι το 60% των ασθενών είναι ομοφυλόφιλοι. Οι τοξικομανείς κινδυνεύουν να μολυνθούν όταν κάνουν κοινή χρήση συρίγγων.

Ο ιός προσβάλλει και καταστρέφει το αμυντικό σύστημα του οργανισμού. Έτσι ο οργανισμός εξασθενεί και το άτομο προσβάλλεται ευκολότερα από διάφορα μικρόβια και οι λοιμώξεις αυτές είναι το κυριότερο αίτιο θανάτου. Επίσης, οι ασθενείς με AIDS εμφανίζουν συχνότερα ένα είδος καρκίνου του δέρματος (σάρκωμα Kaposi).

Μετάδοση: Ο ιός του AIDS βρίσκεται σε όλα τα υγρά του οργανισμού. Αλλά πιο επικίνδυνα από όλα είναι το αίμα και το σπέρμα. Η μόλυνση γίνεται κατά τη σεξουαλική επαφή από τον κόλπο ή το ορθό χωρίς χρήση προφυλακτικού.

Η εγκυμονούσα μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο έμβρυο και κατά τον τοκετό.

Ο ιός δε μεταδίδεται με τη χειραψία, το απλό φιλί, από καθίσματα και άλλους τρόπους που έχουν σχέση με τη συγκατοίκηση και την εργασία στον ίδιο χώρο με άτομα που έχουν μολυνθεί.

Συμπτώματα: Υπάρχουν άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό αλλά δεν έχουν καθόλου συμπτώματα. Σε κάποιες περιπτώσεις το διάστημα από τη μόλυνση ως τα συμπτώματα της νόσου φτάνει τα 10 χρόνια. Από τα συμπτώματα της νόσου τα πιο χαρακτηριστικά είναι ο πυρετός,

οι επίμονες διάρροιες, η προσδευτική απώλεια βάρους, οι επιδρώσεις και η καταβολή δυνάμεων.

Θεραπεία: Δεν υπάρχει θεραπεία. Γι' αυτό και η πρόληψη είναι ζωτικής σημασίας (Εικόνα 9.6).



Γενικές συμβουλές:

- Πρέπει να γίνεται επιλογή του ερωτικού συντρόφου. Αυτό αφορά και τους ομοφυλόφιλους* και τους ετεροφυλόφιλους* και τους αμφιφυλόφιλους*.
- Πρέπει να γίνεται χρήση του αντρικού προφυλακτικού.
- Πρέπει να εντοπίζονται και να θεραπεύονται όλοι οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ατόμων με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Οι τοξικομανείς πρέπει να χρησιμοποιούν πάντα αποστειρωμένες σύριγγες μιας χρήσης.

Ανακεφαλαίωση

Ο κόλπος φυσιολογικά είναι γεμάτος μικρόβια (φυσιολογική χλωρίδα) που δεν προκαλούν συμπτώματα στη γυναίκα κι εμποδίζουν την ανάπτυξη άλλων παθογόνων μικροοργανισμών. Υπάρχουν καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη, ο διαβήτης, η χρήση αντιβιοτικών που διαταράσσουν αυτήν την ισορροπία και προδιαθέτουν την εμφάνιση λοιμώξεων των γεννητικών οργάνων. Οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων, πολύ συχνά, οφείλονται και στη μετάδοση μικροβίων με τη σεξουαλική επαφή.

Η αιδοιοκολπίτιδα εκδηλώνεται με δυσπαρέυνεια, κνησμό και κολπική υπερέκκριση που εξαρτάται από το μικρόβιο που την προκαλεί. Η τραχηλίτιδα έχει παρόμοια συμπτώματα και επιπλέον μπορεί να προκαλέσει πόνο χαμηλά στην κοιλιά. Η σαλπινγίτιδα έχει πιο θορυβώδη συμπτώματα με πυρετό, πόνο στο υπογάστριο, εμέτους και συχνουρία. Είναι πιο επικίνδυνη, γιατί μπορεί να εξελιχθεί σε περιτονίτιδα και να προκαλέσει στείρωση ή εξωμήτρια κύηση στο μέλλον. Η διάγνωση του υπεύθυνου μικροοργανισμού γίνεται με εξέταση (μικροσκοπική-καλλιέργεια) των κολπικών υγρών και η θεραπεία με αντιβίωση τοπικά στον κόλπο ή από το στόμα. Για τη σαλπινγίτιδα μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι μια μεγάλη κατηγορία νοσημάτων που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Κάποια απ' αυτά (σύφιλη, βλεννόρροια) πρακτικά μεταδίδονται μόνο με τη σεξουαλική επαφή. Άλλα μεταδίδονται και μ' άλλους τρόπους (AIDS, ηπατίτιδες, μύκητες, τριχομονάδες) αλλά έχουν ως κύρια πηγή μετάδοσης τη σεξουαλική επαφή. Πολλά απ' αυτά τα νοσήματα έχουν παρόμοια συμπτώματα που είναι η κολπική υπερέκκριση, ο κνησμός και τα έλκη των γεννητικών οργάνων. Η ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων πρέπει να μας ευαισθητοποιεί για την αναζήτηση και τη θεραπεία του σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως συχνά οι ασθενείς δεν έχουν συμπτώματα π.χ. το 20% των ανδρών και πάνω από το 50% των γυναικών με βλεννόρροια δεν έχουν κανένα σύμπτωμα.

Το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα είναι τα χλαμύδια του τραχήματος. Από τα συχνότερα είναι η βλεννόρροια. Ο ιός του θηλώματος του ανθρώπου (οξυτενή κονδυλώματα) ενοχοποιείται για τον καρκίνο των γεννητικών οργάνων. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων υποτροπιάζει συχνά και προσβάλλει το νεογνό στον τοκετό. Η σύφιλη δεν είναι πια τόσο συχνή. Η μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β μπορεί να καταλήξει σε οξεία αλλά και χρόνια νόσο. Τέλος το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) είναι νόσος δυστυχώς θανατηφόρα, χωρίς αποτελεσματική θεραπεία προς το παρόν.

Κάποια απ' αυτά τα νοσήματα θεραπεύονται πλήρως (βλεννόρροια, σύφιλη) αλλά όμως προκαλούν χρόνια νόσο συχνά με θανατηφόρο κατάληξη ηπατίτιδα Β (κίρρωση*, ηπάτωμα*), AIDS. Αυτό σε συνδυασμό με την απουσία συμπτωμάτων στους φορείς αυτών των νόσων κάνει αναγκαία τη λήψη κάποιων μέτρων προφύλαξης όπως είναι η επιλογή του ερωτικού συντρόφου και η χρήση αντρικού προφυλακτικού.

Ερωτήσεις

1. Ποια τα συμπτώματα της αιδοίτιδας, ποια της κολπίτιδας και ποια της τραχηλίτιδας;
2. Ποια από τις παρακάτω προτάσεις είναι σωστή και ποια λάθος:
 - Οι μύκητες προκαλούν μόνο αιδοίτιδα.
 - Οι τριχομονάδες προκαλούν αιδοίτιδα, κολπίτιδα και τραχηλίτιδα.
 - Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι προδιαθεσικός παράγοντας για αιδοιοκολπίτιδα.

- Η χρήση ενδομητρίου σπειράματος δεν προκαλεί λοιμώξεις της ελάσσονος πυέλου.
- Η σαλπινγίτιδα μπορεί να ευθύνεται για εξωμήτριο κύηση και στείρωση.
- Η έκτρωση δεν αποτελεί αίτιο σαλπινγίτιδας.
- Όλοι οι άρρωστοι με βλεννόρροια έχουν συμπτώματα.
- Το συφιλιδικό έλκος δεν επουλώνεται χωρίς θεραπεία.
- Οι τριχομονάδες μπορεί να μεταδοθούν κι από την τουαλέτα.
- Ο έρπης των γεννητικών οργάνων υποτροπιάζει.

3. Ποιο είναι λάθος;

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που εκδηλώνονται με έλκη των γεννητικών οργάνων είναι:

- η σύφιλη.
- ο έρπης των γεννητικών οργάνων.
- η βλεννόρροια.

4. Ποιο είναι το λάθος;

Κνησμό των γεννητικών οργάνων προκαλούν τα παρακάτω:

- Μύκητες.
- Ψείρες.
- Ψώρα.
- Τριχομονάδα.
- Σύφιλη.

5. Συμπληρώστε τα κενά:

- α. Στη μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα η κολπική έκκριση είναι και η ασθενής έχει
- β. Στην κολπίτιδα από αιμόφιλο η κολπική έκκριση είναι και μυρίζει
- γ. Στη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα υπάρχει έκκριση από την ουρήθρα.

6. Σημειώστε ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος;

- το AIDS μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή.
- οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών κινδυνεύουν με την κοινή χρήση συρίγγων από AIDS και ηπατίτιδες.
- η ηπατίτιδα μεταδίδεται μόνο από τους πάσχοντες.
- το άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS μπορεί για χρόνια να μην έχει συμπτώματα.
- κάποιος που νιώθει και φαίνεται καλά δεν είναι δυνατόν να μεταδώσει το AIDS.
- το προφυλακτικό είναι απαραίτητο μόνο αν δεν ξέρεις το σεξουαλικό σου σύντροφο.
- το AIDS μεταδίδεται με το φιλί ακόμη και με τη χειραψία.

7. Σημειώστε μία απάντηση.

Το AIDS μεταδίδεται από:

- α. Το σεξ.
- β. Το φιλί.

- γ. Τη μετάγγιση αίματος.
- δ. Την κοινή σύριγγα.
- ε. Τη χειραψία.
- στ. Όλα τα παραπάνω.
- ζ. α+γ+δ

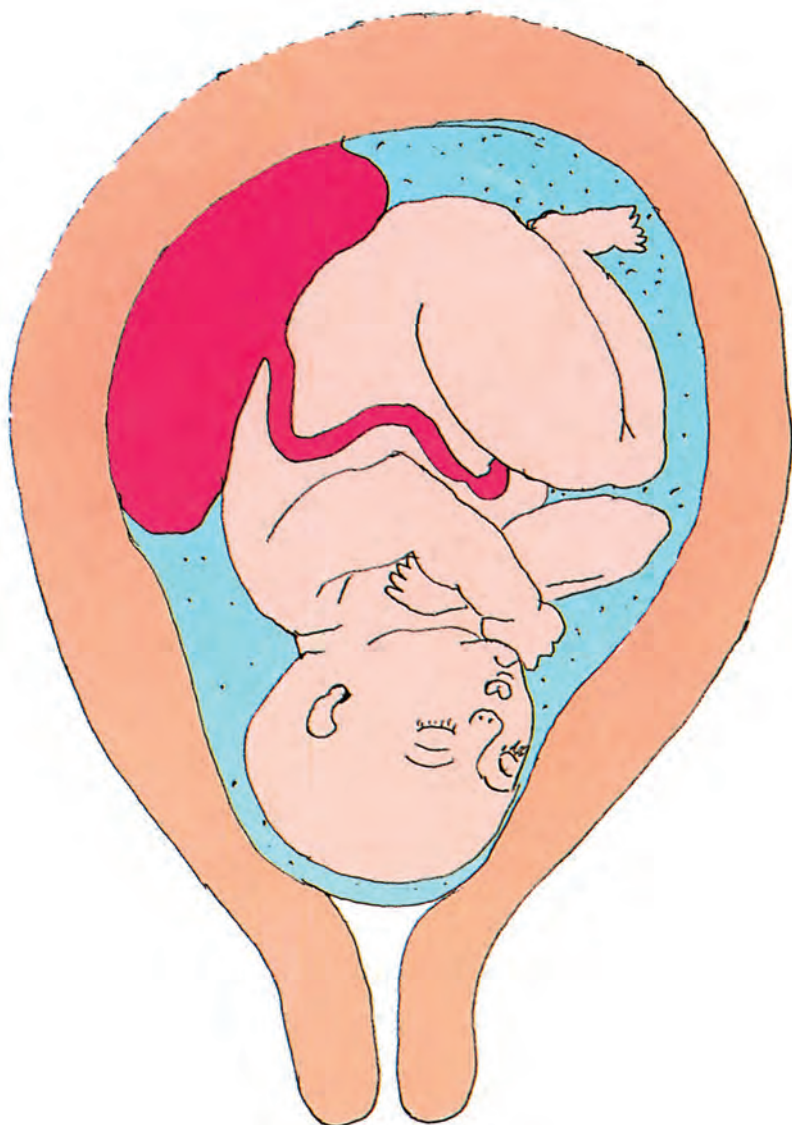
8. Σημειώστε μία απάντηση.

Από τουαλέτα μπορεί να κολλήσει κανείς:

- α. AIDS
- β. Ηπατίτιδα Β
- γ. Βλεννόρροια
- δ. Έρπη των γεννητικών οργάνων
- ε. Όλα τα παραπάνω
- στ. Κανένα από τα παραπάνω

9. Από τις παρακάτω προτάσεις μία μόνο είναι σωστή:

- Ο συχνότερος τρόπος μετάδοσης του AIDS είναι η κοινή χρήση συριγγών.
- Το AIDS μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή.
- Οι περισσότεροι πάσχοντες από AIDS κόλλησαν από τη μητέρα τους κατά τον τοκετό.
- Σήμερα το AIDS μεταδίδεται κυρίως με τις μεταγγίσεις αίματος.



ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

- 
- Καλοήγη νεοπλάσματα του αιδοίου
 - Καλοήγη νεοπλάσματα του τραχήλου της μήτρας
 - Καλοήγη νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας
 - Καλοήγη νεοπλάσματα των ωοθηκών
 - Ενδομητρίωση

Καλοήγη νεοπλάσματα του αιδοίου

Τα συχνότερα καλοήγη νεοπλάσματα του αιδοίου είναι τα οξυτενή κονδυλώματα, τα οποία ήδη έχουν αναπτυχθεί. Επίσης, **οι καλοήθεις κύστες** του αιδοίου (π.χ. κύστες του Βαρθολίνειου αδένου) (Εικόνα 10.1) και **οι συμπαγείς όγκοι**. Αυτοί διακρίνονται σε θηλώματα, λιπώματα κ.λπ. Αφαιρούνται χειρουργικά και εξετάζονται ιστολογικά.

Καλοήγη νεοπλάσματα του τραχήλου της μήτρας

Ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες του τραχήλου της μήτρας: Τα νεοπλασματικά κύτταρα βρίσκονται στο επιθήλιο του τραχήλου. Αποτελούν προκαρκινική κατάσταση και γι' αυτό πρέπει να διαγνωστούν και να αντιμετωπισθούν εγκαίρως.

Καλοήγη νεοπλάσματα του σώματος της μήτρας

Ενδομήτριος πολύποδας: Είναι ένας ινώδης ιστός που καλύπτεται από το επιθήλιο του ενδομητρίου (Εικόνα 10.2, 10.3).

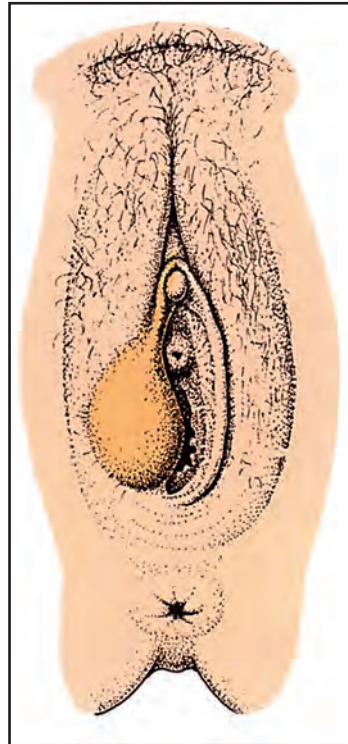
Συμπτώματα: Προκαλούν μηνορραγία ή μητρορραγία. Η ανώμαλη αιμορραγία οφείλεται σε νέκρωση της επιφάνειας του πολύποδα και πτώση του ενδομητρίου. Μερικές φορές ο ενδομήτριος πολύποδας μπορεί να βγαίνει από τον τράχηλο της μήτρας και να προκαλείται αιμορραγία μετά από τη σεξουαλική επαφή. Το 5% των πολυπόδων σχετίζεται με καρκίνο κυρίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Διάγνωση: Γίνεται με την υστεροσκόπηση*.

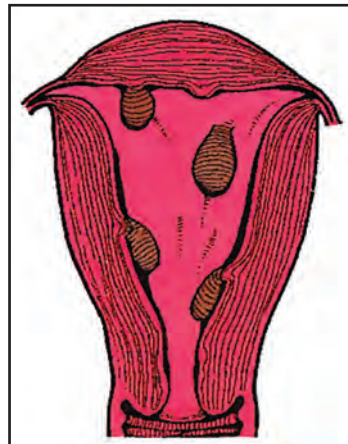
Θεραπεία: Γίνεται με αφαίρεση και ιστολογική εξέταση.

Ινομύωμα της μήτρας: Είναι καλοήθης όγκος της μήτρας, που προέρχεται από το τοίχωμά της. Το μέγεθός του μπορεί να είναι από μικρό μέχρι μεγάλο.

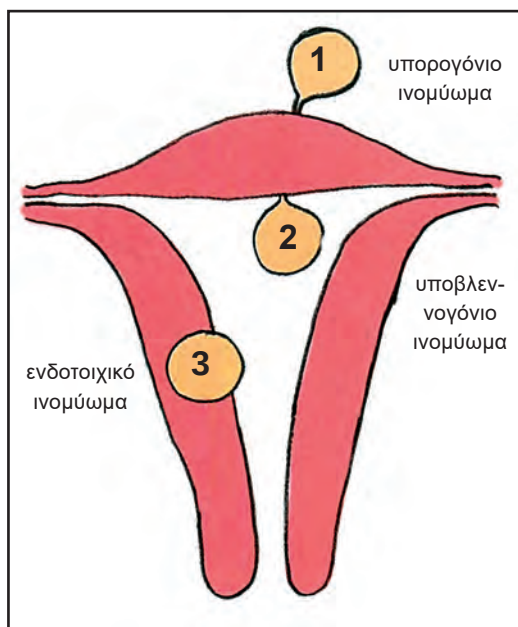
Το 20% των γυναικών πάνω των 30 ετών έχουν ινομυώματα της μήτρας. Η αιτιολογία των ινομυωμάτων είναι άγνωστη. Η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο.



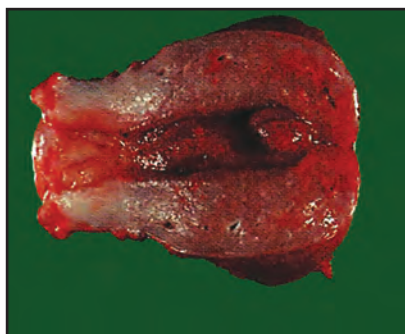
Εικόνα 10.1 Διόγκωση Βαρθολίνειου αδένου.



Εικόνα 10.2 Πολλαπλοί ενδομήτριοι πολύποδες.



Εικόνα 10.4 Ταξινόμηση των ινομυωμάτων.



Εικόνα 10.3 Ενδομήτριος πολύποδας.

Ταξινόμηση των ινομυωμάτων: Διακρίνονται σε ενδοτοιχικά, υπορογόνια και υποβλεννογόνια (Εικόνα 10.4).

Συμπτώματα: Οι μισές γυναίκες με ινομυώματα μήτρας δεν έχουν συμπτώματα. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι **ανωμαλίες της περιόδου, κολπική αιμόρροια, πόνος, αποβολές, στέρωση**.

Επιπλοκές:

1. Φλεγμονή και σχηματισμός αποστήματος.
2. Εκφύλιση του ινομυώματος.
3. Συστροφή υπορογόνιου ινομυώματος.
4. Μετατροπή σε καρκίνο. Μετατροπή ενός ινομυώματος σε καρκίνο (σάρκωμα) παρατηρείται σε ποσοστό 0.3%.

Θεραπεία: Όταν τα ινομυώματα της μήτρας προκαλούν συμπτώματα, η θεραπεία τους είναι χειρουργική. Εάν η γυναίκα ενδιαφέρεται να κάνει παιδιά τότε γίνεται εκπηρήνιση του ινομυώματος. Εάν η γυναίκα έχει συμπληρώσει τη οικογένειά της τότε γίνεται ολική υστερεκτομία.

Υπερπλασία του ενδομητρίου: Ονομάζεται η πάχυνση του ενδομητρίου που οφείλεται σε αύξηση του αριθμού και του μεγέθους των αδένων του. Η υπερπλασία του ενδομητρίου μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο του ενδομητρίου. Η διάγνωση γίνεται με απόξεση και ιστολογική εξέταση. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας και μπορεί να είναι χειρουργική ή φαρμακευτική (προγεστερόνη).

Καλοήγη νεοπλασμάτα των ωοθηκών

Κύστες των ωοθηκών: Οι συχνότερες κύστες των ωοθηκών οφείλονται σε ωοθηλάκια που δεν έσπασαν (άρρηκτα). Παρατηρούνται μόνο κατά την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας και σπάνια ξεπερνούν σε διάμετρο τα 6 εκατοστά. Η θεραπεία των κύστεων αυτών είναι η χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών για 3 κύκλους. Εάν η κύστη δεν υποχωρήσει, μπορεί να αφαιρεθεί λαπαροσκοπικώς. Επίσης συχνές κύστες των ωοθηκών κατά την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας είναι οι δερμοειδείς. Περιέχουν εμβρυικά κατάλοιπα, όπως δόντια, τρί-

χες, νύχια κ.λπ. Σε ποσοστό 2-3% είναι κακοήθεις. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση και ιστολογική εξέταση.

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών: χαρακτηρίζεται από πολλές κύστες στις ωοθήκες, υπερτρίχωση των γυναικών, αραιομηνόρροια ή αμηνόρροια, υπογονιμότητα και παχυσαρκία. Η διάγνωση γίνεται με υπερηχογραφικό και ορμονολογικό έλεγχο. Η θεραπεία είναι φαρμακευτική.

Συμπαγείς όγκοι των ωοθηκών: Μπορεί να παράγουν οιστρογόνα και να προκαλέσουν πρόωμη ήβη σε μικρά κορίτσια, ή ανδρογόνα, με αποτέλεσμα την αρρενοποίηση των γυναικών. Η θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση και ιστολογική εξέταση.

Τα νεοπλάσματα των ωοθηκών μπορεί να εντοπισθούν με τον υπερηχογραφικό έλεγχο. Επομένως οι γυναίκες πρέπει να επισκέπτονται το γυναικολόγο τους κάθε χρόνο για προληπτικό έλεγχο.

Ενδομητρίωση

Ονομάζεται η ύπαρξη ενδομητρικού ιστού εκτός της μήτρας και συνήθως βρίσκεται στις ωοθήκες (ενδομητρίωσικές κύστες ή ενδομητρίωματα), στις σάλπιγγες, στο δουλάσαιο χώρο, στη σκωληκοειδή απόφυση, ουροδόχο κύστη, κ.λπ.

Τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης είναι τα παρακάτω:

1. Οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως.
2. Ο χρόνιος πόνος χαμηλά στην κοιλιά όπως δυσμηνόρροια, δυσπαρέυνεια ή πόνος στο μέσον του κύκλου.
3. Η στέρωση εμφανίζεται στο 50% των περιπτώσεων ενδομητρίωσης.

Η αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης είναι ορμονική ή χειρουργική.

Ανακεφαλαίωση

Καλοήγη νεοπλάσματα μπορεί να αναπτυχθούν στα εξωτερικά και στα εσωτερικά γεννητικά όργανα. Έχουν παρόμοια συμπτώματα με τα κακοήγη, με πιο συχνό σύμπτωμα την αιμορραγία. Αφαιρούνται χειρουργικά και η οριστική διάγνωση γίνεται με την ιστολογική εξέταση.

Τα συχνότερα καλοήγη νεοπλάσματα του αιδοίου είναι τα οξυτενή κονδυλώματα. Τα συχνότερα καλοήγη νεοπλάσματα της μήτρας είναι οι πολύποδες που προέρχονται από το ενδομήτριο και τα ινομυώματα που προέρχονται από το τοίχωμά της. Εκδηλώνονται κυρίως με ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως και κολπική αιμορραγία, ενώ τα ινομυώματα μπορεί να προκαλέσουν αποβολές και στέρωση.

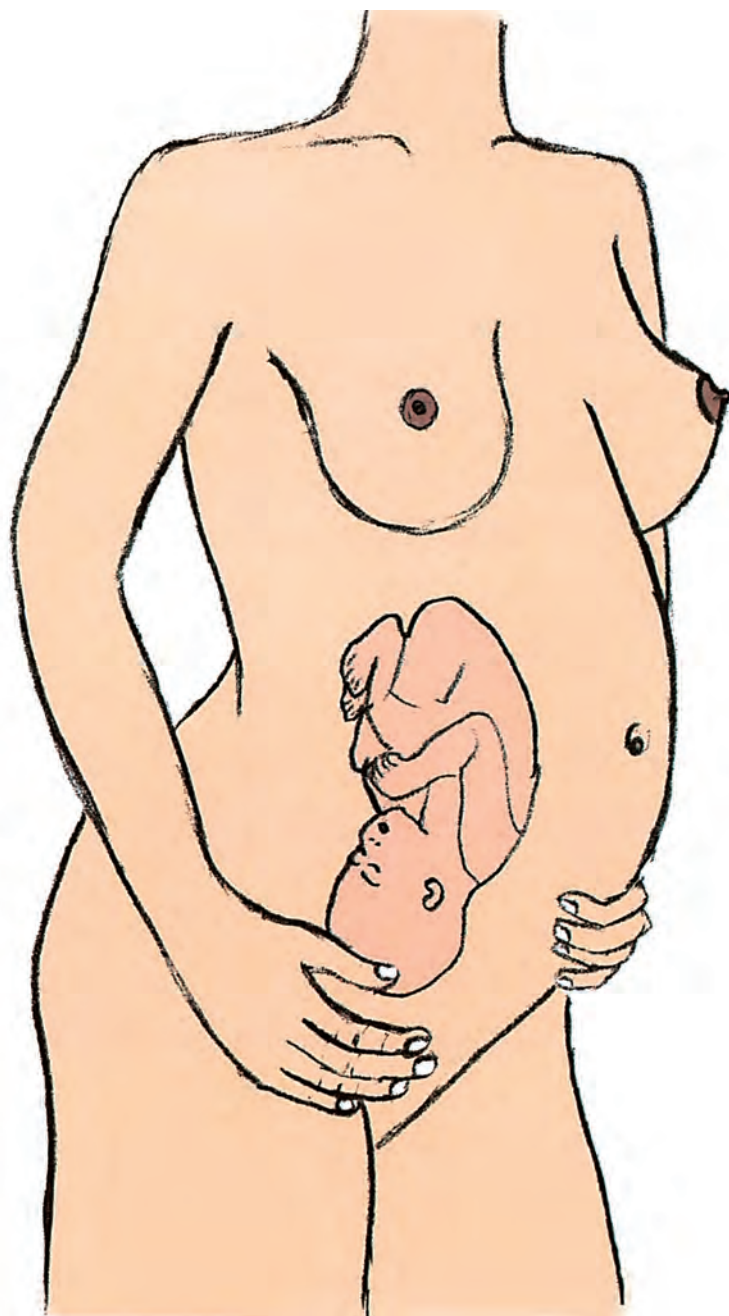
Τα καλοήγη νεοπλάσματα των ωοθηκών διακρίνονται σε κυστικά και συμπαγή. Οι συχνότερες κύστες των ωοθηκών οφείλονται σε άρρηκτα ωοθυλάκια και εμφανίζονται στην αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας. Τα συμπαγή νεοπλάσματα συνήθως είναι ορμονοπαραγωγά. Η παραγωγή ανδρογόνων προκαλεί αρρενοποίηση των γυναικών, ενώ η παραγωγή οιστρογόνων πρόωμη ήβη σε μικρά κορίτσια.

Τα νεοπλάσματα των ωοθηκών (καλοήγη ή κακοήγη) εντοπίζονται με τους υπερήχους. Γι' αυτό οι γυναίκες πρέπει να επισκέπτονται κάθε χρόνο το γιατρό τους για προληπτικό έλεγχο.

Ερωτήσεις

1. Ποιο καλόηθες νεόπλασμα του αιδοίου γνωρίζετε; Πώς μεταδίδεται, πού οφείλεται και πώς θεραπεύεται;
2. **Σημειώστε ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος.**
 - Οι ενδομήτριοι πολύποδες προκαλούν μηνορραγία και μητρορραγία.
 - Τα ινομυώματα προκαλούν αιμορραγίες και αποβολές.
 - Οι ενδομήτριοι πολύποδες δε χρειάζεται να αφαιρούνται.
 - Υπάρχουν όγκοι των ωοθηκών που προκαλούν αρρενοποίηση των γυναικών.
 - Η ενδομητρίωση συνήθως δεν έχει συμπτώματα.
3. **Συνδυάστε τα παρακάτω:**

Ιός των θηλωμάτων	όγκος ωοθηκών
Αποβολές	ενδομητρίωση
Δυσμηνόρροια	κονδυλώματα
Αρρενοποίηση	ινομύωμα μήτρας
Αιμορραγία μετά το σεξ	πολύποδας τραχήλου μήτρας
4. Ποιους καλοήθεις όγκους των ωοθηκών γνωρίζετε; Τι συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν;
5. Τι είναι οι πολύποδες και τι τα ινομυώματα; Ποιο είναι το κοινό τους σύμπτωμα;



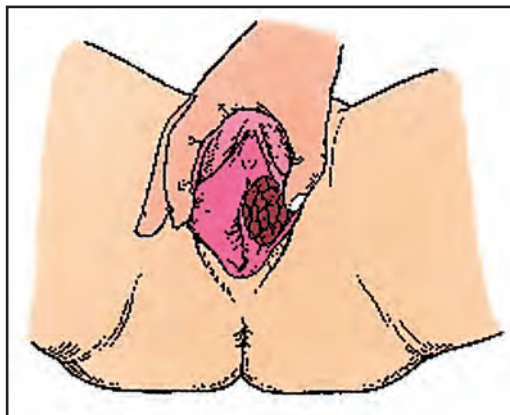
ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

- 
- Καρκίνος του αιδοίου
 - Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
 - Καρκίνος του ενδομητρίου
 - Καρκίνος των ωθηκών

1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

Είναι σπάνιος καρκίνος και εμφανίζεται μετά την ηλικία των 60 ετών. Η μόλυνση από τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου (HPV), το κάπνισμα και η παχυσαρκία είναι προδιαθεσικοί παράγοντες.

Συμπτώματα: Είναι η ψηλαφητή μάζα, η αλλαγή του χρώματος του δέρματος του αιδοίου (π.χ. κοκκίνισμα), ο κνησμός, ο πόνος και η αιμορραγία. Επειδή οι ασθενείς είναι μεγάλης ηλικίας ντρέπονται να πάνε στο γιατρό και έχουν τα συμπτώματα για αρκετό καιρό πριν τη διάγνωση του καρκίνου (Εικόνα 11.1).



Εικόνα 11.1 Καρκίνος του αιδοίου.

Διάγνωση: Κατά την εξέταση ελέγχονται οι αλλαγές του χρώματος του αιδοίου ή η ύπαρξη βλαβών, και λαμβάνονται βιοψίες για τη διάγνωση.

Αντιμετώπιση: Χειρουργική και ακτινοθεραπεία.

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

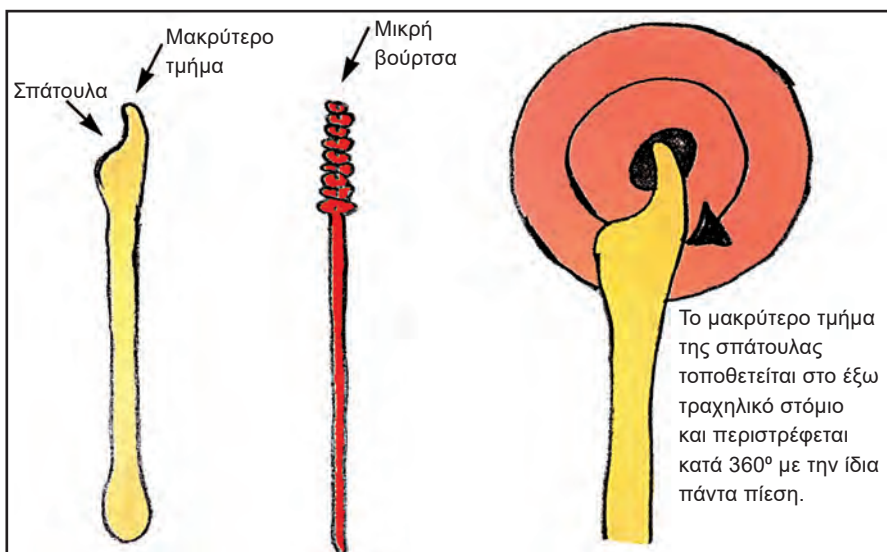
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας γίνεται με το τεστ Παπανικολάου, την κολποσκόπηση και την κωνοειδή εκτομή του τραχήλου της μήτρας.

1. Τεστ Παπανικολάου

Ο Παπανικολάου είναι ο θεμελιωτής της γυναικολογικής κυτταρολογίας. Η εξέταση Παπανικολάου γίνεται προληπτικά σε γυναίκες για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή για την παρακολούθησή τους μετά τη θεραπεία. Αρμόδιος για τη λήψη του τεστ Παπανικολάου δεν είναι απαραίτητα ο γυναικολόγος, η μαία/ής ή ο κυτταρολόγος. Η λήψη μπορεί να γίνει και από γενικούς γιατρούς εφόσον έχει προηγηθεί σωστή ενημέρωση και εκπαίδευσή τους.

Τρόπος λήψης του τεστ Παπανικολάου: Πριν από τη λήψη του κολπικού επιχρίσματος θα πρέπει να γίνεται σύσταση στις γυναίκες να αποφεύγουν για δύο ημέρες τη σεξουαλική επαφή, τις πλύσεις του κόλπου με αντισηπτικά διαλύματα ή την τοποθέτηση στον κόλπο αλοιφών ή κολπικών υποθέτων. Για τη λήψη του τεστ Παπανικολάου εισάγονται στον κόλπο οι κολ-



Εικόνα 11.2 Λήψη του τεστ Παπανικολάου.

ποδιαστολεις χωρίς τη βοήθεια κάποιου λιπαντικού για να μην αλλοιωθεί η εικόνα του επιχρίσματος. Η λήψη του τεστ Παπανικολάου περιλαμβάνει:

Α. Τη λήψη κολπικού δείγματος από τον οπίσθιο κολπικό θόλο (Εικόνα 11.2).

Β. Τη λήψη εξωτραχηλικού δείγματος (Εικόνα 11.2).

Γ. Τη λήψη ενδοτραχηλικού δείγματος (Εικόνα 11.2).

Τα τρία δείγματα επιστρώνονται το ένα δίπλα στο άλλο σε μια αντικειμενοφόρο πλάκα. Πρώτα επιστρώνεται το κολπικό δείγμα στο άκρο της πλάκας, μετά επιστρώνεται το εξωτραχηλικό δείγμα δίπλα στο προηγούμενο και τέλος επιστρώνεται το ενδοτραχηλικό δείγμα, αφήνοντας ένα χώρο στην αντικειμενοφόρο πλάκα για να γραφεί ο αριθμός του πλακιδίου στο κυτταρολογικό εργαστήριο. Αμέσως ακολουθεί η μονιμοποίηση των δειγμάτων πάνω στην αντικειμενοφόρο πλάκα με ψεκασμό από απόσταση περίπου 20 εκατοστών χρησιμοποιώντας λακ μαλλιών. Μονιμοποίηση επίσης, μπορεί να γίνει με εμβάπτιση της πλάκας σε δοχείο με οινόπνευμα 95 βαθμών.

Το επίχρισμα πρέπει να συνοδεύεται από το ιστορικό και τα ευρήματα της γυναικολογικής εξέτασης. Στην κάρτα πρέπει να γράφεται η ημερομηνία λήψης και εάν η γυναίκα έχει ξανακάνει την εξέταση Παπανικολάου και ποιο ήταν το αποτέλεσμα. Επίσης, πρέπει να αναγράφεται εάν η γυναίκα προσέρχεται για προληπτικό έλεγχο ή παρουσιάζει ενοχλήματα. Απαραιτήτως πρέπει να αναγράφεται η πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμήνου ρύσεως.

Συχνότητα επανάληψης του τεστ Παπανικολάου: Το τεστ Παπανικολάου πρέπει να λαμβάνεται σε όλες τις γυναίκες μετά την ηλικία των 18 ετών ή ανεξάρτητα από την ηλικία σε όλες τις σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες. Στην Ελλάδα γίνεται μια φορά το χρόνο. Μετά τη χειρουργική αφαίρεση της μήτρας (υστερεκτομία) κυτταρολογικό επίχρισμα του κολπικού κολοβώματος πρέπει να λαμβάνεται κάθε 3-5 χρόνια. Μετά

από θεραπεία καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή καρκίνου του ενδομητρίου κυτταρολογικό επίχρισμα πρέπει να λαμβάνεται κάθε τρεις μήνες τα πρώτα δυο χρόνια και στη συνέχεια κάθε έξι μήνες.

2. Κολποσκόπηση

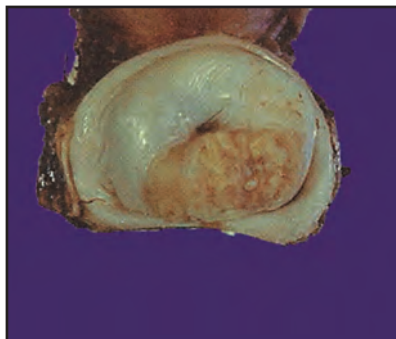
Είναι η εξέταση του κόλπου και του τράχηλου με κολποσκόπιο*, ώστε να αποκαλυφθούν οι ύποπτες περιοχές για νεοπλασία ή καρκίνο και να ληφθούν βιοψίες για ιστολογική εξέταση. Κολποσκόπηση γίνεται, όταν το τεστ Παπανικολάου είναι παθολογικό.

3. Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας

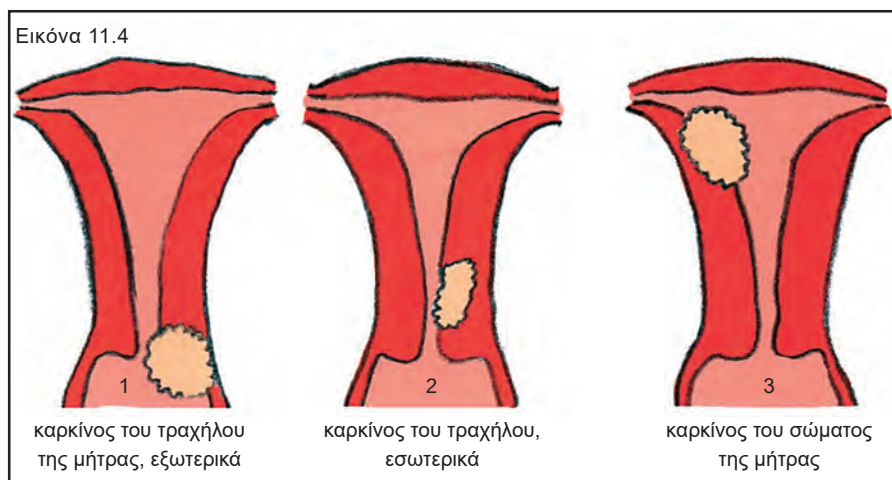
Είναι μια χειρουργική μέθοδος η οποία γίνεται για να διαγνωσθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Επίσης, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι και θεραπευτική.

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (Εικόνα 11.3) μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή. Όμως είναι συχνότερος μεταξύ των 45 και 55 ετών. Είναι ο δεύτερος σε σειρά συχνότητας καρκίνος των γυναικών σε όλον τον κόσμο μετά τον καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια έχει υπερδιπλασιασθεί το ποσοστό των γυναικών κάτω των 35 ετών, με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η αύξηση αυτή μπορεί να οφείλεται σε αύξηση της λοίμωξης από τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου (HPV), σε χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και στο κάπνισμα (Εικόνα 11.4).



Εικόνα 11.3 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.



Οι παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι:

1. Η πρώτη σεξουαλική επαφή σε μικρή ηλικία (κατά την εφηβεία).
2. Ο γάμος σε μικρή ηλικία.
3. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία.
4. Οι πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι.
5. Το κάπνισμα.
6. Η μόλυνση από τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου (HPV).
7. Το σπέρμα.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με ελαττωμένη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι:

1. Η έλλειψη σεξουαλικών επαφών (π.χ. οι παρθένες).
2. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι φραγμού όπως το διάφραγμα και το προφυλακτικό.

Συμπτώματα: Η συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου δεν είναι χαρακτηριστική. Η κολπική αιμόρροια και η κολπική υπερέκκριση εμφανίζονται στην αρχή, ενώ ο πόνος όταν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο. Το κλασσικό σύμπτωμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η **ανώδυνη μητρορραγία** ή η **σταγονοειδής κολπική αιμόρροια μετά από τις σεξουαλικές επαφές**. Κάθε περίπτωση κολπικής αιμόρροιας πρέπει να ελέγχεται από το γυναικολόγο. Άλλα συμπτώματα είναι η δυσουρία και η αιματουρία σε περίπτωση διήθησης της ουροδόχου κύστεως, και η αιμορραγία από το έντερο σε περίπτωση διήθησης του παχέος εντέρου. Σε προχωρημένη νόσο υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και επίμονο οίδημα του ενός ή και των δύο κάτω άκρων. Στο τελευταίο στάδιο της νόσου παρατηρείται μαζική αιμορραγία και νεφρική ανεπάρκεια.

Διάγνωση: Εάν η βλάβη είναι ορατή παίρνουμε δείγμα από τις ύποπτες περιοχές και κάνουμε βιοψία. Εάν όμως η βλάβη του επιθηλίου δεν είναι ορατή, τότε η κολποσκόπηση μετά από ένα ύποπτο τεστ Παπανικολάου βοηθάει στη λήψη βιοψιών. Εάν και αυτές οι βιοψίες είναι ύποπτες προχωρούμε σε κωνοειδή εκτομή.

Στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Στάδιο 0

Ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα ή καρκίνωμα in situ.

Στάδιο I

Το καρκίνωμα εντοπίζεται αυστηρά στον τράχηλο.

Στάδιο II

Το καρκίνωμα επεκτείνεται πέρα από τον τράχηλο αλλά κοντά στη μήτρα.

Στάδιο III

Το καρκίνωμα επεκτείνεται μέχρι το πυελικό τοίχωμα.

Στάδιο IV

Το καρκίνωμα επεκτείνεται πέρα από τη μικρή πύελο.

Μπορεί επίσης να διηθεί την ουροδόχο κύστη και το παχύ έντερο.

Θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας: Γίνεται χειρουργικά και με ακτινοθεραπεία.

Πρόγνωση: Μετεγχειρητικώς οι ασθενείς παρακολουθούνται στους 3 και 6 μήνες και στη συνέχεια κάθε 6 μήνες για 5 χρόνια. Περίπου στο 35% των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα παραμείνει η νόσος ή θα υποτροπιάσει. Συνολικά η πενταετής επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι 67%.

3. Καρκίνος του ενδομητρίου

Είναι συχνότερος σε γυναίκες πάνω από 60 ετών. Υπάρχουν δύο τύποι καρκίνου του ενδομητρίου. Ο τύπος I εξαρτάται από τα οιστρογόνα και έχει καλή πρόγνωση. Ο τύπος II δεν εξαρτάται από τα οιστρογόνα και έχει χειρότερη πρόγνωση.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η πρώιμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, οι μονοφασικοί κύκλοι των γυναικών, η ατοκία και η παχυσαρκία. Οι πολύτοκες και οι αδύνατες γυναίκες έχουν μικρότερο κίνδυνο.

Στάδια του καρκίνου του ενδομητρίου

Στάδιο I

Ο όγκος περιορίζεται στο σώμα της μήτρας.

Στάδιο II

Ο όγκος επεκτείνεται στον τράχηλο της μήτρας.

Στάδιο III

Ο όγκος έχει φτάσει στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας, στις σάλπιγγες και στους κοντινούς λεμφαδένες.

Στάδιο IV

Ο όγκος επεκτείνεται στην ουροδόχο κύστη ή στο παχύ έντερο ή υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (π.χ. τους πνεύμονες).

Συμπτώματα: Το κύριο σύμπτωμα είναι η **κολπική αιμόρροια**. Άλλα συμπτώματα είναι ο πόνος χαμηλά στην κοιλιά, δυσκοιλιότητα, αναιμία, πόνοι στα οστά κ.ά.

Διάγνωση: Γίνεται με **απόξεση** ή με υστεροσκόπηση και λήψη βιοψίας από την ύποπτη περιοχή.

Θεραπεία: Γίνεται με χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία.

Πρόγνωση: Τοπικές υποτροπές (στον κόλπο) είναι συχνότερες τα πρώτα 3 χρόνια.

4. Καρκίνος των ωθηκών

Είναι ο έβδομος σε σειρά συχνότητας καρκίνος των γυναικών σε όλον τον κόσμο, μετά τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου, του στομάχου, του σώματος της μήτρας και των πνευμόνων.

Προδιαθεσικοί παράγοντες:

1. Η ηλικία των γυναικών. Με την αύξηση της ηλικίας των γυναικών αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου των ωοθηκών. Οι καρκίνοι των ωοθηκών εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες πάνω των 50 ετών.

2. Η φυλή και η γεωγραφική περιοχή που ζουν οι γυναίκες. Στην Ελλάδα η συχνότητα του καρκίνου των ωοθηκών είναι 5/100.000 γυναίκες ανά έτος.

3. Η ατοκία - η στέρωση. Οι γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει παιδιά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο των ωοθηκών.

Μικρότερο κίνδυνο διατρέχουν οι πολύτοκες, οι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια και οι γυναίκες που θήλασαν τα παιδιά τους.

Ταξινόμηση των όγκων των ωοθηκών: Η κατάταξη των όγκων των ωοθηκών, στηρίζεται στη διαφορετική προέλευση των κυττάρων. Έτσι το 90% όλων των κακοήθων όγκων των ωοθηκών προέρχονται από το επιθήλιο της ωοθήκης και λέγονται αδενοκαρκινώματα. Το 6% είναι όγκοι του γεννητικού στρώματος, το 3% είναι όγκοι που προέρχονται από τα γεννητικά κύτταρα και το 1% είναι άγνωστης προέλευσης. Οι όγκοι των ωοθηκών που προέρχονται από τα γεννητικά κύτταρα είναι συχνότεροι σε γυναίκες κάτω των 30 ετών. Επίσης, στις ωοθήκες κάνουν μετάσταση καρκίνοι από άλλα όργανα, όπως από τους μαστούς, το παχύ έντερο, το στομάχι και το ενδομήτριο. Πιο συχνοί είναι οι μεταστατικοί όγκοι που προέρχονται από τους μαστούς.

Συμπτώματα: Στην αρχή δεν υπάρχουν συμπτώματα. Όταν αρχίσει να δίνει συμπτώματα η νόσος έχει προχωρήσει πάρα πολύ. Τα συμπτώματα προέρχονται από την πίεση των οργάνων της κοιλιάς. Συνήθως οι ασθενείς παραπονιούνται για συμπτώματα από το στομάχι και το έντερο. Σε προχωρημένα στάδια αναπτύσσεται ασκίτης.

Στάδια του καρκίνου των ωοθηκών

Στάδιο I

Ο όγκος περιορίζεται στις ωοθήκες.

Στάδιο II

Ο όγκος έχει επεκταθεί έξω από την ωοθήκη αλλά βρίσκεται μέσα στην πύελο.

Στάδιο III

Ο όγκος έχει επεκταθεί στους κοντινούς λεμφαδένες ή στο περιτόναιο.

Στάδιο IV

Μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Θεραπεία: Είναι χειρουργική και χημειοθεραπεία.

Μετεγχειρητική παρακολούθηση: Οι ασθενείς παρακολουθούνται μετά την εγχείρηση για να διαγνωσθεί νωρίς τυχόν υποτροπή.

Ανακεφαλαίωση

Ο συχνότερος καρκίνος των γεννητικών οργάνων είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Είναι ο δεύτερος σε συχνότητα, μετά τον καρκίνο του μαστού, γυναικολογικός καρκίνος. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες μετά τα 45, αλλά τα τελευταία χρόνια αυξάνει η συχνότητά του και στις κάτω των 35 ετών γυναίκες. Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η σεξουαλική επαφή σε μικρή ηλικία, η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία, το κάπνισμα, ο ιός του θηλώματος του ανθρώπου (οξυτενή κονδυλώματα) κ.λπ. Χαρακτηριστικό του σύμπτωμα είναι η ανώδυνη μητρορραγία και η αιμορραγία μετά από σεξουαλική επαφή. Η διάγνωση γίνεται με ιστολογική εξέταση και η θεραπεία είναι χειρουργική.

Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωστεί εγκαίρως. Η έγκαιρη διάγνωση στηρίζεται στην ετήσια κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (τεστ Παπανικολάου), που πρέπει να κάνουν όλες οι σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες. Το τεστ Παπανικολάου γίνεται προληπτικά ακόμη και σε γυναίκες χωρίς κανένα σύμπτωμα: αν είναι ύποπτο ακολουθεί κολποσκόπηση για να εντοπιστεί η βλάβη και να ληφθούν βιοψίες. Αν και οι βιοψίες είναι ύποπτες γίνεται κωνοειδής εκτομή του τραχήλου της μήτρας.

Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι συχνότερος σε γυναίκες μεγαλύτερες των 60. Εκδηλώνεται με κολπική αιμόρροια. Η διάγνωση στηρίζεται στην ιστολογική εξέταση υλικού μετά από απόξεση κι η θεραπεία είναι χειρουργική.

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ένας ύπουλος καρκίνος, γιατί δεν δίνει συμπτώματα στην αρχή, αλλά όταν πια έχει εξαπλωθεί και διηθήσει άλλα όργανα της κοιλιάς. Προσβάλλει κυρίως μεγάλης ηλικίας γυναίκες καθώς και γυναίκες άτοκες ή στείρες.

Συμπερασματικά πρέπει να πούμε πως κάθε γυναίκα που έχει κολπική αιμόρροια μετά την εμμηνόπαυση, αλλά και κάθε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας με διαταραχές της εμμήνου ρύσεως οφείλει να επισκεφθεί αμέσως το γυναικολόγο της.

Όμως ακόμη και χωρίς συμπτώματα οι γυναίκες πρέπει να πηγαίνουν μια φορά το χρόνο στο γυναικολόγο τους για να κάνουν τεστ Παπανικολάου και έλεγχο των ωοθηκών τους.

Ερωτήσεις

1. Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις:

- α. Κάθε πότε πρέπει να κάνουν τεστ Παπανικολάου οι γυναίκες;
- β. Η κολποσκόπηση πότε πρέπει να γίνεται;
- γ. Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου πότε γίνεται;

2. Σημειώστε ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος:

- α. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι συχνότερος μετά τα 60.
- β. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι δεύτερος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού.
- γ. Τα κονδυλώματα συνδέονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

- δ. Η πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του τραχήλου είναι ο πόνος.
ε. Ο καρκίνος του τραχήλου εκδηλώνεται με αίμα μετά τη σεξουαλική επαφή.

3. Σημειώστε μία απάντηση:

Ο καρκίνος του αιδοίου μπορεί να εκδηλωθεί ως:

- α. Μάζα
β. Πόνος
γ. Κνησμός
δ. Αιμορραγία
ε. Όλα τα παραπάνω
στ. β+δ

4. Δώστε μόνο μία απάντηση.

Ο καρκίνος του ενδομητρίου οφείλεται:

- α. Πρώιμη εμμηναρχή
β. Όψιμη εμμηνόπαυση
γ. Ατοκία
δ. Θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα
ε. α+β+δ
στ. Όλα τα παραπάνω

5. Σημειώστε ποιο είναι σωστό και ποιο λάθος:

- α. Ο καρκίνος του ενδομητρίου εκδηλώνεται με αιμορραγία από τον κόλπο.
β. Η αιμορραγία από τον κόλπο δε χρειάζεται να ανησυχήσει μια γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση, γιατί οφείλεται συνήθως σε καλοήθεις καταστάσεις (τραχηλίτιδα, πολύποδες κ.λπ.).
γ. Μια γυναίκα 60 χρονών που ντρέπεται δεν είναι απαραίτητο να κάνει τεστ Παπανικολάου.

6. Γυναίκα 65 ετών ανύπαντρη, παχύσαρκη με εμμηναρχή στα 9 χρόνια και εμμηνόπαυση στα 55 σας λέει πως τις τελευταίες μέρες είχε λίγο αίμα από τον κόλπο, αλλά δεν έχει πάει ποτέ σε γυναικολόγο. Δε θέλει να πάει στο γυναικολόγο και αναρωτιέται μήπως για την αιμορραγία φταίνει 2-3 ασπιρίνες που πήρε για πονοκέφαλο, εξάλλου σήμερα δεν είδε αίμα και μπορεί να σταματήσει η αιμορραγία. Θα συμφωνήσετε μαζί της; Αν όχι, τι θα της προτείνετε να κάνει και γιατί;

7. Μόνο μία απάντηση δώστε.

Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο των ωοθηκών είναι:

- α. Μεγάλη ηλικία
β. Ατοκία
γ. Πολυτοκία
δ. Θηλασμός
στ. Όλα τα παραπάνω
ζ. α+β+δ
η. α+β

8. **Μόνο μία πρόταση είναι σωστή:**
- α. Ο καρκίνος των ωοθηκών δίνει συμπτώματα όταν έχει προχωρήσει πολύ.
 - β. Ο καρκίνος των ωοθηκών από πολύ νωρίς προκαλεί πόνους στην κοιλιά και γίνεται εγκαίρως αντιληπτός.
 - γ. Ο καρκίνος των ωοθηκών εξελίσσεται τόσο αργά που πρακτικά οι μεγάλες γυναίκες (> 60 ετών) δεν κινδυνεύουν απ' αυτόν.
9. Ποιος καρκίνος είναι συχνότερος του αιδοίου, του ενδομητρίου ή του τραχήλου της μήτρας; Έχουν κάποιο κοινό σύμπτωμα;

Δραστηριότητες

Διαμορφώστε ένα ερωτηματολόγιο που θα απευθύνετε σε γυναίκες του περιβάλλοντός σας για να εντοπίσετε αυτές, με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου.



ΕΦΗΒΕΙΑ

- 
- Πρώιμη ήβη
 - Καθυστερημένη ήβη
 - Λειτουργική αιμορραγία μήτρας στην εφηβεία
 - Ερμαφροδιτισμοί

Η εφηβεία είναι μια χρονική περίοδος στη ζωή του ατόμου. Είναι η φάση της ανάπτυξης κατά την οποία το παιδί μετατρέπεται σε ενήλικα. Μια σειρά εντυπωσιακές αλλά φυσιολογικές αλλαγές συμβαίνουν στο σώμα και το χαρακτήρα του σ' αυτή τη διαδικασία ωρίμανσης.

Η αρχή αυτών των αλλαγών οφείλεται στην **ωρίμανση του υποθαλάμου**. Ο υποθάλαμος παράγει την ορμόνη που είναι υπεύθυνη για την παραγωγή των γοναδοτροπινών. Η ορμόνη αυτή δρα στην υπόφυση και εκκρίνονται οι γοναδοτροπίνες. Οι γοναδοτροπίνες επιδρούν στις ωθήκες (ωοθυλάκια) που αρχίζουν να παράγουν οιστρογόνα. Όλες αυτές οι ορμονικές αλλαγές της εφηβείας στόχο έχουν να ενεργοποιηθούν οι ωθήκες. Έτσι αρχίζει η κυκλική τους λειτουργία που συνεχίζεται σε όλη την αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας. Οι ωθήκες έχουν **διπλή λειτουργία**, γιατί παράγουν **τα ωάρια** για την αναπαραγωγή και εκκρίνουν τις γυναικείες ορμόνες, από τις οποίες τα **οιστρογόνα** είναι υπεύθυνα για τη διαμόρφωση του γυναικείου σώματος.

Για να αρχίσει η εφηβεία και το κορίτσι να γίνει σταδιακά γυναίκα, πρέπει ο **εγκέφαλος** (υποθάλαμος), οι **ενδοκρινείς αδένες** (υπόφυση) και οι **γονάδες** (ωθήκες) να είναι και να λειτουργούν φυσιολογικά.

- Στο κορίτσι η πρώτη αλλαγή του σώματος στην εφηβεία αφορά τους μαστούς. Η ανάπτυξη των μαστών γίνεται με την επίδραση των οιστρογόνων και αρχίζει περίπου στην ηλικία των 9 ετών (Εικόνα 12.1).

- Ακολουθεί η εμφάνιση τριχών πρώτα στο εφήβαιο και μετά στις μασχάλες. Σταδιακά ολοκληρώνεται η ανάπτυξη του σκελετού και η διαμόρφωση του γυναικείου σώματος.

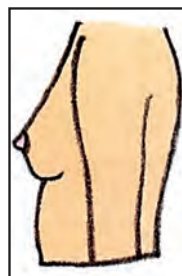
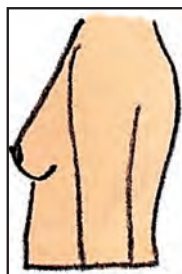
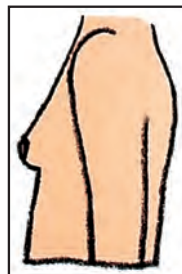
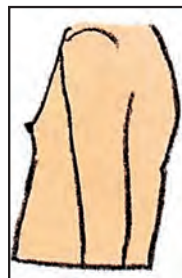
- Στο τέλος αυτών των αλλαγών εμφανίζεται η έμμηνο ρύση. Συνήθως εμφανίζεται μεταξύ 11 και 13 ετών.

Πρώιμη ήβη

Είναι η εμφάνιση των χαρακτηριστικών της εφηβείας πριν από την ηλικία των 7 ετών ή η εμφάνιση της περιόδου πριν από την ηλικία των 9 ετών.

Τύπος της πρώιμης ήβης: Η πρώιμη ήβη συνήθως δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια και το κορίτσι αναπτύσσεται φυσιολογικά (**πραγματική πρώιμη ήβη**).

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που η πρώιμη ήβη οφείλεται σε όγκους της ωθήκης που παράγουν οιστρογόνα ή γοναδοτροπίνες. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις το κο-



Εικόνα 12.1 Στάδια ανάπτυξης των μαστών της γυναίκας κατά την εφηβεία.

ρίτσι αρχίζει να εμφανίζει σημεία αρρενοποίησης, δηλαδή βγάζει τρίχες, βραχνιάζει η φωνή του και μεγαλώνει η κλειτορίδα του. Αυτό οφείλεται σε όγκους των ωοθηκών που παράγουν ανδρογόνα ή σε όγκους των επινεφριδίων που επίσης παράγουν ανδρογόνα κ.λπ. (**ψευδοπρώωρη ήβη**).

Διερεύνηση: Όλα τα κορίτσια με πρώιμη ήβη θα πρέπει να διερευνώνται για να αποκλεισθεί η πιθανότητα ύπαρξης κάποιας πάθησης.

Θεραπεία: Εξαρτάται από την αιτία που την προκάλεσε. Σε περίπτωση πραγματικής πρώιμης ήβης σκοπός της θεραπείας είναι να σταματήσουν οι ωοθήκες να παράγουν οιστρογόνα μέχρι να πάρει το κορίτσι το κανονικό του ύψος.

Καθυστερημένη ήβη

Στην Ελλάδα καθυστερημένη ήβη έχουμε όταν τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου (ανάπτυξη στήθους, τρίχωμα στο εφηβαιο και μασχάλες) δεν εμφανισθούν μέχρι την ηλικία των 11 ετών.

Κυριότερα αίτια:

1. Καθυστέρηση εμφάνισης της ήβης χωρίς παθολογικά αίτια. Μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικότητα ή στο περιβάλλον.

2. Ψυχολογικοί παράγοντες (ψυχικές νόσοι, στρες, ψυχογενής ανορεξία).

3. Διαταραχή του υποθαλάμου (π.χ. όγκος).

4. Ανεπάρκεια της υπόφυσης.

5. Ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να υπάρχει απουσία κόλπου και μήτρας, ατρησία του παρθενικού υμένα και αιματόκολπος.

6. Απουσία ωοθηκών (π.χ. σύνδρομο Turner).

7. Ερμαφροδιτισμός.

Διερεύνηση: Τα περισσότερα κορίτσια με καθυστέρηση της ήβης δεν έχουν κάποια πάθηση. Παρόλα αυτά πρέπει να γίνεται διερεύνηση.

Θεραπεία: Η θεραπεία εξαρτάται από την αιτία.

Λειτουργική αιμορραγία της μήτρας στην εφηβεία (ΛΑΜΕ)

Ονομάζεται η ανώδυνη αιμορραγία από τη μήτρα, η οποία εκδηλώνεται ως μεγάλη παράταση της περιόδου (μηνορραγία) ή ως μητρορραγία ή με εναλλαγές κανονικών περιόδων και μητρορραγίας. Η λειτουργική αιμορραγία της μήτρας στην εφηβεία δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια. Οφείλεται σε ορμονική διαταραχή λόγω ανωριμότητας του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκη.

Διάγνωση: Η διάγνωση γίνεται με το ιστορικό, τη γυναικολογική εξέταση, τις αιματολογικές εξετάσεις (γενική αίματος, πηκτικότητα), τον ενδοκρινικό και τον υπερηχογραφικό έλεγχο, για να αποκλεισθεί οργανική νόσος.

Θεραπεία: Πρέπει να είναι άμεση και να περιλαμβάνει τη χορήγηση ορμονών (οιστρογόνων και προγεστερόνης) και σιδήρου. Σε σοβαρή αιμορραγία γίνεται μετάγγιση αίματος.

Ερμαφροδιτισμοί

Ερμαφροδιτισμός ονομάζεται η ύπαρξη γεννητικών οργάνων του αντίθετου φύλου, που δε συμβαδίζει με τα φυλετικά χρωμοσώματα του

ατόμου. Δηλαδή, ένα άτομο με χρωμοσώματα γυναίκας (46XX) όταν παράγει ανδρογόνα αποκτά εξωτερικά γεννητικά όργανα άνδρα. Παράδειγμα είναι η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων (παραπομπή 12α) (Εικόνα 12.2). Εάν ένα άτομο με χρωμοσώματα άνδρα (46XY) δεν έχει όρχεις ή οι όρχεις δεν παράγουν ανδρογόνα ή τα ανδρογόνα δεν μπορούν να δράσουν (**σύνδρομο θηλεποιητικού όρχεως** - παραπομπή 12β), αναπτύσσει εξωτερικά γεννητικά όργανα γυναίκας (**ψευδής ερμαφροδιτισμός**). Επίσης υπάρχουν άτομα που ταυτόχρονα έχουν όρχεις και ωοθήκες (**αληθής ερμαφροδιτισμός**). Ο χρωμοσωμικός τύπος συνήθως είναι 46XX/46XY (μωσαϊκός τύπος). Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική.



Εικόνα 12.2 Ερμαφροδιτισμός λόγω συγγενούς υπερπλασίας των επινεφριδίων.

Ανακεφαλαίωση

Εφηβεία είναι η μεταβατική φάση ανάπτυξης κατά την οποία το κορίτσι μετατρέπεται σε γυναίκα. Εντυπωσιακές αλλαγές συμβαίνουν στο σώμα κυρίως του κοριτσιού. Αναπτύσσεται το στήθος, εμφανίζεται τρίχωμα στο εφήβαιο και τις μασχάλες, σχηματίζονται καμπύλες και τελικά εμφανίζεται η έμμηνος ρύση. Η έμμηνος ρύση είναι ένδειξη πως η κυκλική λειτουργία των ωοθηκών αρχίζει και πως το κορίτσι μπήκε στην αναπαραγωγική ηλικία.

Η έναρξη αυτών των αλλαγών οφείλεται στον εγκέφαλο (υποθάλαμο) που ωριμάζει και επιδρά στην υπόφυση (ενδοκρινής αδένας) και αυτή με τη σειρά της επιδρά στις ωοθήκες. Η λειτουργία-αλληλεπίδραση αυτού του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-ωοθηκών θα συνεχιστεί σ' όλη την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας.

Η πρώτη αλλαγή της εφηβείας (ανάπτυξη στήθους) γίνεται περίπου στην ηλικία των 9 ετών. Η έμμηνος ρύση εμφανίζεται μεταξύ 11 και 13 ετών.

Πρώιμη ήβη είναι η εμφάνιση των αλλαγών της εφηβείας πριν τα 7 έτη ή η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως πριν τα 9 έτη. Συνήθως δεν υπάρχει οργανική βλάβη. Σπανίως μπορεί να οφείλεται σε ορμονοπαγωγό όγκο των ωοθηκών και γι' αυτό πρέπει να γίνεται διερεύνηση.

Καθυστερημένη ήβη είναι η καθυστέρηση των αλλαγών της εφηβείας μετά τα 11 χρόνια. Συνήθως δεν υπάρχει νόσος. Σπανιότερα μπορεί να υπάρχει όγκος του υποθαλάμου, ανεπάρκεια υπόφυσης, απουσία ωοθηκών, ανωμαλίες γεννητικών οργάνων, ερμαφροδιτισμός, κ.λπ. Γι' αυτό το λόγο γίνεται διερεύνηση.

Στην εφηβεία μπορεί να εμφανιστεί η λειτουργική αιμορραγία της μήτρας. Ονομάζεται έτσι γιατί δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια αλλά στην ανωριμότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-ωοθηκών.

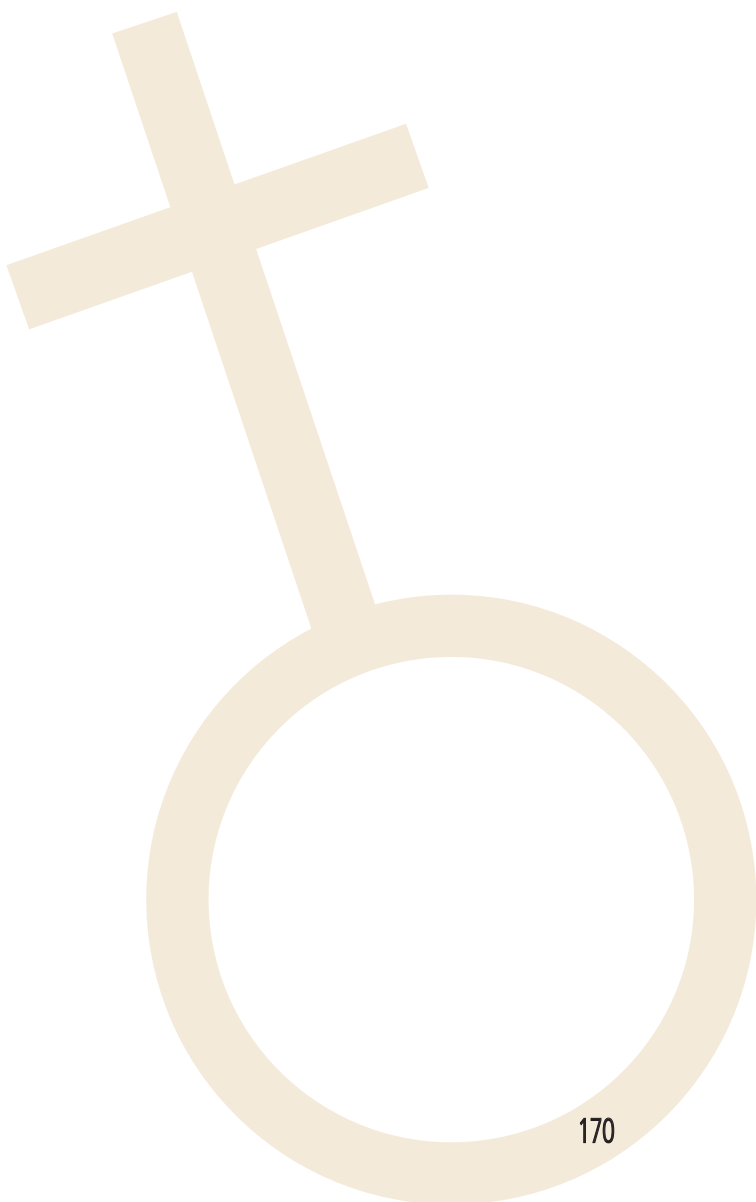
Ερμαφροδισμός είναι η παρουσία εξωτερικών γεννητικών οργάνων του άλλου φύλου, που δεν συμβαδίζουν με τα φυλετικά χρωμοσώματα του ατόμου. Έτσι άτομο με καρυότυπο 46XX μπορεί να έχει εξωτερικά γεννητικά όργανα άντρα (θήλυς ψευδερμαφροδισμός). Άτομο 46XY μπορεί να έχει εξωτερικά γεννητικά όργανα γυναίκας (άρρεν ψευδερμαφροδισμός). Τέλος υπάρχουν άτομα με μικτή γονάδα (ωοθήκη και όρχη) που είναι οι γνήσιοι ερμαφρόδιτοι και έχουν συνδυασμό γεννητικών οργάνων.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι η εφηβεία; Σε ποια ηλικία περίπου αρχίζει; Αναφέρετε τις μεταβολές στο σώμα με τη σειρά που εμφανίζονται.
2. Συμμετέχει ο εγκέφαλος και πώς στην έναρξη της εφηβείας; Ποιο όργανο έχουν ως στόχο οι ορμονικές αλλαγές της εφηβείας;
3. Ποιες βασικές λειτουργίες γίνονται στις ωοθήκες;
4. Μπορείτε να αναφέρετε μία περίπτωση που η εφηβεία αρχίζει κανονικά (ανάπτυξη μαστών, τρίχωμα εφηβαίου κ.λπ.) αλλά δεν εμφανίζεται έμμηνη ρύση;
5. Τι είναι η πρόωγη ήβη; Πώς ταξινομείται; Χρειάζεται να υποβάλλεται σε εξετάσεις ένα κορίτσι με πρόωγη ήβη και γιατί;
6. Πότε μιλάμε για καθυστερημένη ήβη; Ποιο αίτιο γνωρίζετε; Χρειάζεται να εξετάζεται ένα κορίτσι με καθυστερημένη ήβη και γιατί;
7. Τι είναι η λειτουργική αιμορραγία της μήτρας στην εφηβεία; Πού οφείλεται; Υπάρχει θεραπεία και ποια είναι αυτή;
8. Τι είναι ο ερμαφροδισμός; Μπορείτε ν' αναφέρετε μία περίπτωση που θεραπεύεται;
9. **Ποιες προτάσεις είναι σωστές και ποιες λάθος;**
 - Η εφηβεία είναι το στάδιο της σεξουαλικής ωρίμανσης των γυναικών που παρεμβάλλεται ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή.
 - Η εφηβεία δεν αρχίζει στην ίδια ηλικία για όλα τα κορίτσια.
 - Η ανάπτυξη των μαστών πριν την ηλικία των 10 ετών είναι σημείο πρόωγης ήβης και πρέπει να διερευνηθεί.
 - Η λειτουργία των ωοθηκών δεν είναι πάντα αναγκαία για να έχει η γυναίκα έμμηνο ρύση.
 - Με την έναρξη της λειτουργίας τους οι ωοθήκες παράγουν οιστρογόνα και απελευθερώνουν γονιμοποιημένα ωάρια.
 - Η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως αποτελεί ένδειξη γονιμότητας της γυναίκας.

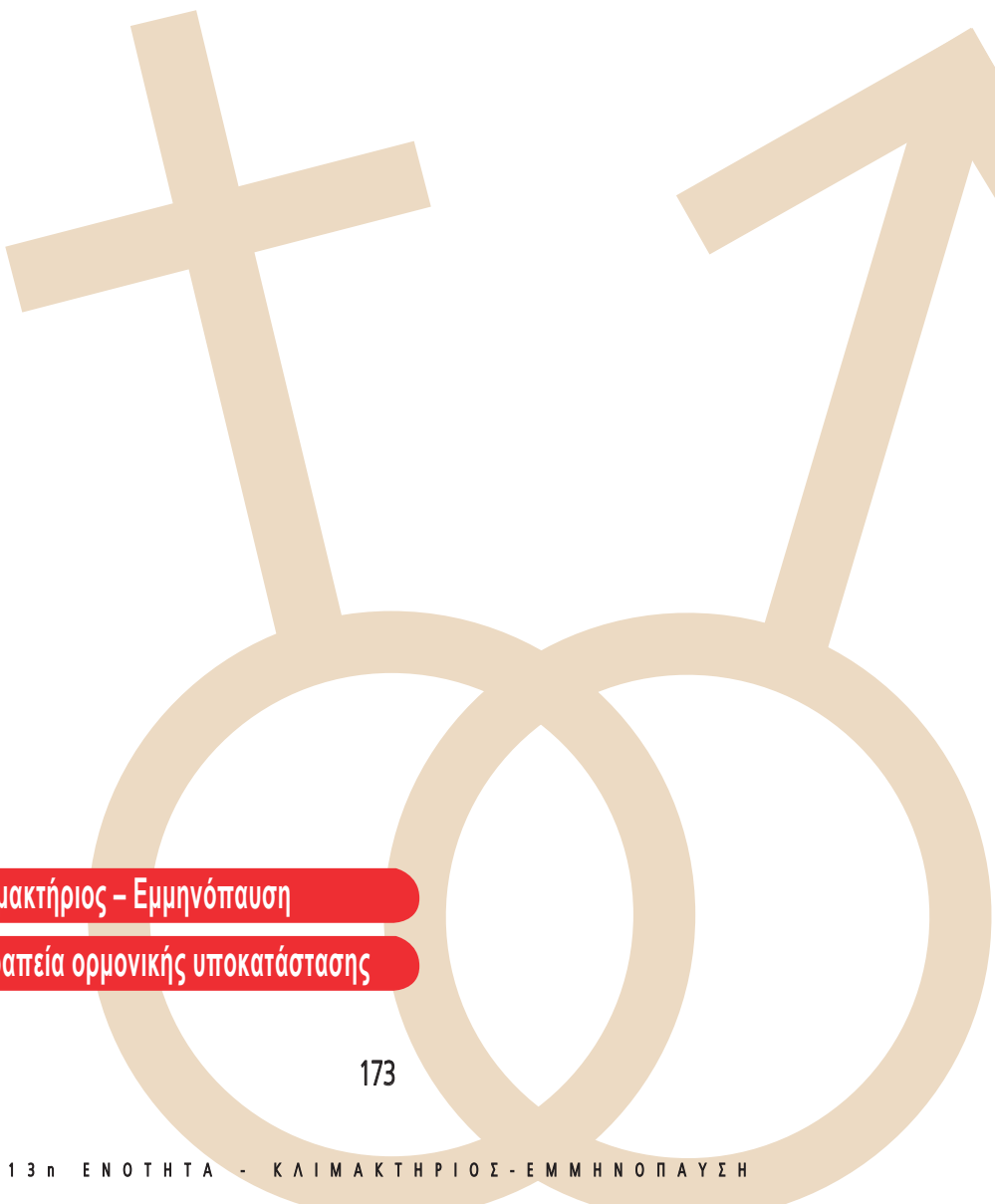
Δραστηριότητες

Υπάρχει εφηβεία για τ' αγόρια; Αναζητήστε πληροφορίες σ' άλλα συγγράμματα.





ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ – ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

- 
- Κλιμακτήριος – Εμμηνόπαυση
 - Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης

Κλιμακτήριος είναι ένα διάστημα περίπου 20 ετών στη ζωή της γυναίκας από τα 45 έως τα 65 έτη. Οι ωοθήκες χάνουν σιγά-σιγά τη λειτουργία τους μέχρι να σταματήσουν τελείως. Έχει 3 περιόδους: την προεμμηνοπαυσιακή, την εμμηνόπαυση και τη μετεμμηνοπαυσιακή. Στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο η έμμηνος ρύση παρουσιάζει ανωμαλίες. **Εμμηνόπαυση** είναι η τελευταία έμμηνος ρύση. Εμφανίζεται συνήθως στα 51 έτη.

Γεροντική ηλικία της γυναίκας ονομάζεται η περίοδος της γυναίκας μεταξύ των 65 και 75 ετών. Μετά την ηλικία αυτή η γυναίκα θεωρείται υπερήλικας.

Τεχνητή εμμηνόπαυση συμβαίνει μετά τη χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.

Ορμονικές αλλαγές στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο: Μετά τα 40 έτη η έμμηνος ρύση εμφανίζεται πιο αραιά και με λιγότερο αίμα. Η παραγωγή των οιστρογόνων από τις ωοθήκες ελαττώνεται και οι γοναδοτροπίνες από την υπόφυση αρχίζουν να αυξάνονται. Η προεμμηνοπαυσιακή περίοδος χαρακτηρίζεται συχνά από εναλλαγές μεγάλων αιμορραγιών και αμηνόρροιας. Τα συμπτώματα αυτής της περιόδου είναι:

1. Εξάψεις
2. Εφιδρώσεις
3. Εκνευρισμός
4. Πονοκέφαλοι
5. Ταχυκαρδία και αίσθημα παλμών
6. Υπνηλία - αϋπνία
7. Καταβολή
8. Μείωση της σεξουαλικής διάθεσης της γυναίκας

Ορμονικές αλλαγές στη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο: Στη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο οι ωοθήκες παράγουν ελάχιστα οιστρογόνα, ενώ οι γοναδοτροπίνες είναι πολύ αυξημένες. Παρόλα αυτά οι γυναίκες έχουν κάποια οιστρογόνα που παράγονται στον λιπώδη ιστό τους. Έτσι εξηγείται και η παχυσαρκία που παρατηρείται σε μερικές γυναίκες. Δηλαδή, αυξάνεται το λίπος για να διατηρηθούν σε καλή κατάσταση τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου. Στη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο τα συμπτώματα της προεμμηνοπαυσιακής ηλικίας γίνονται πιο έντονα, ενώ εμφανίζονται και άλλα όπως:

1. Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (libido).
2. Κολπική υπερέκκριση λόγω εύκολης ανάπτυξης φλεγμονής στον κόλπο.
4. Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή.
5. Συχνουρία.
6. Ακράτεια ούρων.

Συνέπειες της έλλειψης των οιστρογόνων

1. Εξάψεις: Το συχνότερο σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης είναι οι εξάψεις. Εμφανίζονται στο 80% των γυναικών. Οι εξάψεις οφείλονται σε αγγειοδιαστολή. Οι γυναίκες περιγράφουν ένα ξαφνικό αίσθημα

θερμότητας που αρχίζει από το κεφάλι και το λαιμό και περνάει σαν κύματα σε όλο το σώμα. Εκδηλώνονται αυτόματα ή μετά από τη λήψη αλκοόλ, ζεστού φαγητού και σε ζεστό περιβάλλον. Συχνά οι εξάψεις συνοδεύονται από εφιδρώσεις και αίσθημα παλμών. Οι εξάψεις μπορεί να επιμένουν για 5 χρόνια.

2. Αλλαγές στο δέρμα: Λόγω της έλλειψης των οιστρογόνων το δέρμα λεπταίνει και ζαρώνει και γίνεται ξηρό. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να υποχωρήσουν με τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Επίσης, υπάρχει απώλεια των τριχών της κεφαλής, της μασχάλης και του εφηβαίου.

3. Οστεοπόρωση: Η οστεοπόρωση αποτελεί μεγάλο και χρόνιο πρόβλημα υγείας για τη μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα. Οστεοπόρωση λέγεται η ελάττωση της μάζας των οστών, με αποτέλεσμα τα οστά να γίνονται εύθραυστα και να παθαίνουν εύκολα κατάγματα. Τα κατάγματα συμβαίνουν συνήθως στα ισχία, στους σπονδύλους και στους καρπούς. Η οστεοπόρωση εκδηλώνεται με χρόνιους πόνους λόγω της κακής στήριξης του σκελετού και με απώλεια ύψους (οι γυναίκες κονταίνουν λόγω της μείωσης της μάζας των σπονδύλων). Σε περίπτωση κατάγματος βέβαια ο χρόνιος πόνος γίνεται εντονότατος και οξύς. Το 20% των Ελληνίδων μετά τα 55 χρόνια έχει οστεοπόρωση. Τόσο η οστεοπόρωση όσο και τα κατάγματα των οστών δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στη ζωή των ηλικιωμένων γυναικών. Η οστεοπόρωση οφείλεται στην προχωρημένη ηλικία αλλά και στην έλλειψη οιστρογόνων. Γι' αυτό και η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης μπορεί να προλάβει την οστεοπόρωση.

4. Καρδιαγγειακά νοσήματα: Πριν την εμμηνόπαυση η γυναίκα βρίσκεται σε πλεονεκτικότερη θέση από τον άνδρα σε σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Την προστατεύει η λειτουργία των ωοθηκών και τα οιστρογόνα. Έτσι πριν τα 50 χρόνια οι άνδρες έχουν συχνότερα υπέρταση, αυξημένη χοληστερίνη και στεφανιαία νόσο. Οι άνδρες παθαίνουν συχνότερα εμφράγματα και αιφνίδιους θανάτους. Μετά την εμμηνόπαυση αυτό το πλεονέκτημα χάνεται, γιατί ο προστατευτικός ρόλος των οιστρογόνων σταματά. Ο κίνδυνος των γυναικών να εμφανίσουν τις παραπάνω αρρώστιες αυξάνει και τελικά γύρω στα 70 χρόνια άνδρες και γυναίκες διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο. Γι' αυτό μετά την εμμηνόπαυση η καρδιαγγειακή νόσος είναι η κύρια αιτία θανάτου των γυναικών.

Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης προσφέρει στις γυναίκες, που μπορούν να την πάρουν, την προστασία που χάνεται με την εμμηνόπαυση.

Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (Θ.Ο.Υ)

Όταν μιλάμε για θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (Θ.Ο.Υ) εννοούμε τη χορήγηση των ορμονών, δηλαδή των οιστρογόνων, που οι γυναίκες δεν έχουν πλέον ή έχουν σε πολύ χαμηλά επίπεδα μετά την εμμηνόπαυση. Το όφελος από τη Θ.Ο.Υ είναι και **άμεσο** (ανακούφιση από συμπτώματα όπως εξάψεις, εφιδρώσεις κ.λπ.) αλλά και **μακροπρόσθεσμο** (πρόληψη οστεοπόρωσης και καρδιαγγειακής νόσου).

Στη Θ.Ο.Υ χορηγούνται οιστρογόνα σε συνδυασμό με προγεστερόνη. Οι ορμόνες χορηγούνται από το στόμα, διαδερμικά (με αυτοκόλλη-

τες ταινίες που εφαρμόζονται στο δέρμα), ενδομυϊκά (ένεση) και τοπικά στον κόλπο με υπόθετα ή κρέμες (σε περίπτωση ατροφικής κολπίτιδας και αιδοιίτιδας). Παρά τα ευεργετικά της αποτελέσματα δεν μπορούν όλες οι γυναίκες να πάρουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Γι' αυτό και πρέπει να χορηγείται πάντα σε συνεργασία και στενή παρακολούθηση από το γιατρό. Γυναίκες με ηπατοπάθεια, χολολιθίαση, καρκίνο ενδομητρίου, μαστού και μερικά άλλα προβλήματα υγείας δεν πρέπει να υποβάλλονται σε Θ.Ο.Υ.

Η Θ.Ο.Υ θεωρήθηκε υπεύθυνη για καρκίνο του ενδομητρίου και του μαστού. Για τον καρκίνο του ενδομητρίου ο κίνδυνος εξουδετερώνεται με την ταυτόχρονη χορήγηση οιστρογόνου και προγεστερόνης. Για τον καρκίνο του μαστού σαφής απόδειξη ενοχής της Θ.Ο.Υ δεν υπάρχει, όμως αυτός είναι ο κύριος φόβος των γυναικών που τις αποτρέπει να αρχίσουν ή να συνεχίσουν Θ.Ο.Υ.

Από τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα πως κάθε γυναίκα αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση και η απόφαση για τη θεραπεία παίρνεται, αφού υποβληθεί σε ορισμένες αναγκαίες εξετάσεις. Μετά την έναρξη της θεραπείας, πρέπει να υποβάλλεται σε περιοδικούς ελέγχους.

Ανακεφαλαίωση

Η κλιμακτήριος είναι μια περίοδος περίπου 20 ετών στη ζωή της γυναίκας. Είναι το διάστημα της σταδιακής μείωσης της λειτουργίας των ωοθηκών δηλ. της σταδιακής ελάττωσης των οιστρογόνων. Εμμηνόπαυση είναι η τελευταία έμμηνος ρύση. Η κλιμακτήριος παρεμβάλλεται ανάμεσα στην αναπαραγωγική ηλικία και τη γεροντική ηλικία της γυναίκας.

Η έλλειψη των οιστρογόνων έχει συνέπειες στην υγεία και στη ζωή της γυναίκας. Από τις συχνότερες συνέπειες είναι οι εξάψεις, οι εφιδρώσεις, οι ταχυκαρδίες, η ξηρότητα του δέρματος, οι ρυτίδες και η αραίωση των τριχών της κεφαλής, του εφηβαίου και των μασχαλών. Οι σοβαρότερες όμως είναι η οστεοπόρωση, που στην Ελλάδα αφορά το 20% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, και η καρδιαγγειακή νόσος (υπέρταση, στεφανιαία νόσος, έμφραγμα), που αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Οι αρνητικές συνέπειες της έλλειψης οιστρογόνων μπορούν να προληφθούν ή και να βελτιωθούν με τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Η θεραπεία χορηγείται από γιατρό, αφού η γυναίκα υποβληθεί σε εξετάσεις για να αποκλεισθούν ορισμένες αρρώστιες, που αποτελούν αντένδειξη, αλλά και για να υποβάλλεται σε περιοδικούς ελέγχους αφού θα έχει αρχίσει τη θεραπεία.

Ερωτήσεις

1. Τι είναι κλιμακτήριος; Τι είναι εμμηνόπαυση; Έχουν σχέση με ορμονικές αλλαγές και ποιες;
2. Έχει οιστρογόνα η γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση; Από πού προέρχονται;

3. Η έλλειψη οιστρογόνων προκαλεί συμπτώματα; Και ποια;
4. Ποιο είναι το συχνότερο σύμπτωμα της κλιμακτηρίου; Και ποια είναι η πιο επικίνδυνη συνέπεια της έλλειψης οιστρογόνων;
5. Τι είναι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης; Έχει αντενδείξεις η χορήγησή της; Και ποιες είναι αυτές;
6. **Σημειώστε ποιες προτάσεις είναι σωστές και ποιες λάθος:**
- Εμμηνόπαυση είναι η οριστική διακοπή της περιόδου (η τελευταία περίοδος).
 - Η κλιμακτήριος είναι ένα διάστημα περίπου 20 ετών, στο οποίο οι ωοθήκες σταδιακά σταματούν να δουλεύουν.
 - Πριν την εμμηνόπαυση η έμμηνος ρύση και ο κύκλος της γυναίκας παρουσιάζουν ανωμαλίες.
 - Μετά την εμμηνόπαυση η γυναίκα δεν έχει καθόλου οιστρογόνα.
 - Τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου δεν οφείλονται στην έλλειψη οιστρογόνων αλλά στο χαρακτήρα κάθε γυναίκας, γι' αυτό μερικές έχουν εντονότερα συμπτώματα από άλλες.
 - Πριν από τα 50 οι άντρες παθαίνουν έμφραγμα πολύ συχνότερα από τις γυναίκες.
 - Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης προκαλεί καρκίνο του μαστού και πρέπει να αποφεύγεται.

Δραστηριότητες

Αναζητήστε γυναίκες του περιβάλλοντός σας που βρίσκονται στην κλιμακτήριο. Προσπαθήστε να απαντήσετε στο ερώτημα, αν έχουν συμπτώματα, ποια είναι αυτά και ποιο είναι το συχνότερο. Γνωρίζουν για την ορμονική υποκατάσταση; Ποιος τις ενημέρωσε; Παίρνουν Θ.Ο.Υ;



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

• Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Σε κάθε γυναίκα που διαπιστώνεται πως έχει καρκίνο του μαστού, υπολογίζεται πως αντιστοιχούν άλλες 5-10 γυναίκες που κάνουν βιοψία μαστού για ύποπτα συμπτώματα. Έχει υπολογιστεί ότι μία στις 12-15 γυναίκες θα πάθει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της και μία στις 28 θα πεθάνει από αυτόν. Ο καρκίνος του μαστού ανήκει στους λίγους κακοήθεις όγκους για τους οποίους υπάρχουν αποδείξεις πως ο προληπτικός έλεγχος θα περιορίσει τη θνητότητα. Είναι γεγονός πως τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότεροι καρκίνοι διαγιγνώσκονται σε αρχικά στάδια.

Αίτια και παράγοντες κινδύνου: Τα αίτια είναι μέχρι σήμερα άγνωστα. Υπάρχουν όμως μια σειρά παράγοντες που έχει αποδειχτεί πως έχουν σχέση με την εμφάνισή του. Στις γυναίκες “υψηλού κινδύνου”, δηλ. στις γυναίκες με ένα ή περισσότερους τέτοιους προδιαθεσικούς παράγοντες, ο καρκίνος του μαστού είναι 2-5 φορές συχνότερος σε σχέση με τις γυναίκες “χαμηλού κινδύνου” δηλ. χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι πιο γνωστοί **προδιαθεσικοί παράγοντες** είναι οι εξής (Πίνακας 14.1):

1. Ηλικία: Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία. Είναι πολύ σπάνιος σε γυναίκες μικρότερες των 20 χρονών. Μετά τα 20 αυξάνει σταδιακά η συχνότητά του, για να κορυφωθεί μετά τα 40.

2. Κληρονομικότητα: Γυναίκες των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρες, αδελφές) είχαν καρκίνο του μαστού, έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κι αυτές καρκίνο. Ο κίνδυνος αυξάνει αν ο καρκίνος των συγγενών τους είχε εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση, ήταν και στους δυο μαστούς ή είχε προσβάλει δύο ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού.

3. Ορμονικοί παράγοντες: Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με πρώιμη εμμηνарχή, με καθυστερημένη εμμηνόπαυση, σε άτεκνες καθώς και σε γυναίκες που είχαν την πρώτη τους εγκυμοσύνη μετά τα τριάντα. Οι πληροφορίες που έχουμε για τη σχέση καρκίνου του μαστού με τα αντισυλληπτικά χάπια και τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (Θ.Ο.Υ) σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, είναι προς το παρόν αντιφατικές.

4. Προηγούμενο ιστορικό: Μια γυναίκα με καρκίνο στον ένα μαστό έχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο και στον άλλο.

5. Ινοκυστική μαστοπάθεια: Είναι η συχνότερη καλοήθης πάθηση του μαστού. Μια μορφή της φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου.

6. Διατροφή: Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις γυναίκες της Δ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής σε σχέση με τις γυναίκες της Α. Ασίας και της Αφρικής. Αυτό αποδίδεται στη διαίτα δυτικού τύπου που είναι πλούσια σε λίπος καθώς και στη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης αυξημένο κίνδυνο διατρέχουν οι παχύσαρκες γυναίκες ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση.

7. Ιονίζουσα ακτινοβολία: Η έκθεση στην ιονίζουσα ακτινοβολία, ιδιαίτερα τη 2η δεκαετία της ζωής αυξάνει τον κίνδυνο, όπως αποδείχτηκε από μελέτες στα θύματα της ατομικής βόμβας στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού

- Ηλικία.
- Οικογενειακό ιστορικό (καρκίνος μαστού σε συγγενή α' βαθμού).
- Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου στον άλλο μαστό.
- Καλοήθης νόσος μαστού (ινοκυστική μαστοπάθεια).
- Πρώιμη εμμηναρχή (< 12 ετών).
- Καθυστερημένη εμμηνόπαυση (> 52 ετών).
- Άτεκνες γυναίκες.
- Πρώτη κύηση σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών.
- Διαιτητικοί παράγοντες (παχυσαρκία, κατανάλωση λίπους, αλκοόλ).
- Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία.

Συμπτώματα: Στις περισσότερες περιπτώσεις εκδηλώνεται ως ανώδυνη, σκληρή μάζα στο μαστό που την έχει ψηλαφήσει η ίδια η ασθενής (Πίνακας 14.2). Σπανιότερα μπορεί να εκδηλωθεί ως αιματηρό έκκριμα από τη θηλή, ως εισολκή της θηλής, ασυμμετρία στην εμφάνιση των μαστών ή αλλοίωση του δέρματος του μαστού (οίδημα, ερυθρότητα, εξέλκωση, εμφάνιση που μοιάζει με “φλοιό πορτοκαλιού”).

Διάγνωση: Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στηρίζεται στην αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια την ασθενή, στην εξέταση από το γιατρό, στη μαστογραφία και επιβεβαιώνεται με τη βιοψία.

1. Αυτοεξέταση: Οι περισσότερες γυναίκες πηγαίνουν στο γιατρό γιατί έχουν ψηλαφήσει μια μάζα στο στήθος τους. Δυστυχώς πολλές φορές, όταν γίνεται αυτό, η νόσος είναι ήδη προχωρημένη. Παίζει λοιπόν πολύ σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και μάλιστα στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η συστηματική και σωστή αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια τη γυναίκα. Όλες οι γυναίκες μετά την ηλικία των 20 ετών θα πρέπει να εξετάζουν το στήθος τους μια φορά το μήνα. **Η αυτοεξέταση γίνεται τη 10η περίπου μέρα του γεννητικού κύκλου** ως εξής:

α. Η γυναίκα στέκεται γυμνή από τη μέση και πάνω μπροστά σ' έναν καθρέφτη. Τα χέρια της βρίσκονται χαλαρά στο πλάι του σώματος και κοιτάζει προσεκτικά το στήθος της για να ελέγξει το μέγεθος (μια μικρή



Εικόνα 14.1 Αυτοεξέταση μαστών.



Εικόνα 14.2 Αυτοεξέταση μαστών.

διαφορά στο μέγεθος των δύο μαστών είναι φυσιολογικό να υπάρχει), τη συμμετρία και τη μορφολογία δηλ. την ύπαρξη διόγκωσης, εισολκής της θηλής, “φλοιού πορτοκαλιού” (Εικόνα 14.1).

β. Σηκώνει τα χέρια σε ανάταση πάνω από το κεφάλι (Εικόνα 14.2) ή τα φέρνει στη μέση και πιέζει τη λεκάνη ενώ παρατηρεί προσεκτικά αν υπάρχει μεταβολή στο σχήμα των μαστών. (Εικόνα 14.3).

γ. Με ανασηκωμένο το αριστερό άνω άκρο ψηλαφεί τον αριστερό μαστό με τα δάκτυλα του δεξιού χεριού. Αρχίζει την ψηλάφηση από το έξω τμήμα του μαστού και τη συνεχίζει κυκλικά για να ψηλαφήσει όλο το στήθος (Εικόνα 14.4). Στο τέλος πιέζει τη θηλή για να δει αν έχει έκκριμα (Εικόνα 14.5). Ολοκληρώνει την εξέταση με την ψηλάφηση της αριστερής μασχάλης. Στη συνέχεια ψηλαφεί με τον ίδιο τρόπο και το δεξιό μαστό.

δ. Η γυναίκα ξαπλώνει σε ύπτια θέση κι εξετάζει πρώτα τον ένα μαστό και μετά τον άλλο όπως προηγουμένως. Διευκολύνεται αν βάλει ένα μαξιλάρι κάτω από τους ώμους της, στην πλευρά του μαστού που εξετάζει κάθε φορά (Εικόνα 14.6).



Εικόνα 14.3 Αυτοεξέταση μαστών.



Εικόνα 14.4 Αυτοεξέταση μαστών.



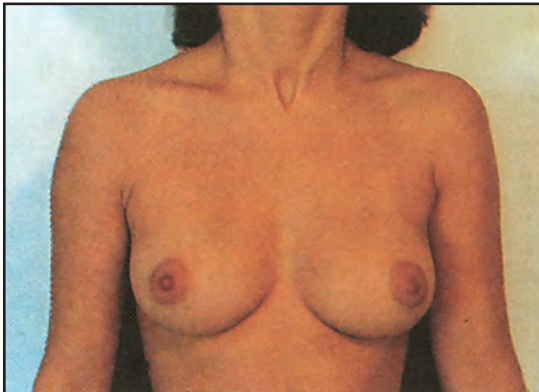
Εικόνα 14.5 Αυτοεξέταση μαστών.



Εικόνα 14.6 Αυτοεξέταση μαστών.

2. Η εξέταση των μαστών από το γιατρό περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση. Κατά την εξέταση η γυναίκα πρέπει να είναι γυμνή από τη μέση και πάνω.

α. Επισκόπηση: Οι μαστοί παρατηρούνται από μπροστά κι από το πλάι με τη γυναίκα σε καθιστή θέση, αφού της ζητήσουμε να αφήσει τα χέρια της χαλαρά πλάι στο σώμα της στην αρχή, και να τα φέρει σε ανάταση στη συνέχεια (Εικόνα 14.7). Αν έχει μεγάλο στήθος της ζητάμε να σκύψει προς τα εμπρός (Εικόνα 14.8). Παρατηρούμε με προσοχή για να δούμε, αν υπάρχει οποιαδήποτε αλλαγή στο σχήμα ή ασυμμετρία στην κίνηση των μαστών.



Εικόνα 14.7 Εξέταση μαστών από τον γιατρό.



Εικόνα 14.8 Εξέταση μαστών από τον γιατρό.

β. Ψηλάφηση: Η ψηλάφηση γίνεται με τη γυναίκα ξαπλωμένη σε ύπτια θέση, με τα άνω άκρα πλάι στο σώμα της ή πάνω από το κεφάλι της αν έχει μεγάλους μαστούς (Εικόνα 14.9). Ψηλαφούμε πρώτα τον ένα μαστό και μετά τον άλλο μεθοδικά, με κυκλική πορεία από την περιφέρεια προς τη θηλή, για να ελεγχθεί όλος ο μαστός. Τέλος πιέζουμε τη θηλή για τυχόν ύπαρξη εκκρίματος (Εικόνα 14.10). Η εξέταση ολοκληρώνεται με την ψηλάφηση των μασχαλών για τη διαπίστωση διογκωμένων λεμφαδένων (Εικόνα 14.11).



Εικόνα 14.9 Εξέταση μαστών από τον γιατρό.



Εικόνα 14.10 Εξέταση μαστών από τον γιατρό.

3. Ακτινοδιαγνωστικές μέθοδοι: Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφία των μαστών. Μας δείχνει την έκταση της βλάβης που έχουμε ψηλαφήσει και μας δίνει πληροφορίες για το είδος της βλάβης (καλοήθης, κακοήθης). Μπορεί ακόμη να δείξει βλάβες μικρότερες που έχουν ξεφύγει από την εξέτασή μας.

Η μαστογραφία λοιπόν γίνεται σε κάθε γυναίκα που έχει **ψηλαφητή μάζα** στο στήθος. Επίσης, γίνεται για **προληπτικούς λόγους**.

Εκτός από τη μαστογραφία χρησιμοποιούνται και άλλες μέθοδοι απεικόνισης, όπως το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία και το σπινθηρογράφημα οστών. Αυτές γίνονται σε γυναίκες με καρκίνο για να τις κατατάξουμε σε στάδια ανάλογα με την έκταση της νόσου στην αρχή και για να τις παρακολουθήσουμε μετά τη θεραπεία.



Εικόνα 14.11 Εξέταση μαστών από τον γιατρό.

1. Η οριστική διάγνωση του καρκίνου του μαστού πρέπει να γίνεται με **βιοψία της ψηλαφητής μάζας**.

Θεραπεία: Η θεραπεία του καρκίνου γίνεται χειρουργικά, με ακτινοθεραπεία, με ορμονοθεραπεία και με χημειοθεραπεία.

Προληπτικός έλεγχος: Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σημαίνει περισσότερες πιθανότητες ίασης ή περισσότερο χρόνο ζωής. Αυτό είναι αναγκαίο να το μάθουν και να το κατανοήσουν οι γυναίκες. Επίσης, αποτελεί ζήτημα ζωτικής σημασίας η εκπαίδευσή τους στην τεχνική της αυτοεξέτασης.

Ο προληπτικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Αυτοεξέταση μία φορά το μήνα.
- Εξέταση από γιατρό κάθε 3 χρόνια ως τα 40. Μετά τα 40 γίνεται μία φορά το χρόνο.
- Μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια μετά τα 40 ενώ γυναίκες “υψηλού κινδύνου” αρχίζουν από τα 35.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.2 Αλλαγές στο μαστό ενδεικτικές καρκίνου

- Ψηλαφητή μάζα (80% των περιπτώσεων).
- Αιματηρό έκκριμα από τη θηλή.
- Εισολκή της θηλής.
- Ανωμαλίες στο δέρμα (ερυθρότητα, οίδημα, εξέλκωση, εισολκή, “φλοιός πορτοκαλιού”).
- Ανωμαλία στο μέγεθος και στο σχήμα των μαστών.

Ανακεφαλαίωση

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Υπολογίζεται πως μία στις 12 γυναίκες θα πάθει καρκίνο του μαστού και μία στις 28 θα πεθάνει απ' αυτόν. Η αιτία του δεν είναι γνωστή. Υπάρχουν όμως γνωστοί προδιαθεσικοί παράγοντες που αν τους έχει (ένα ή περισσότερους) μια γυναίκα θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του. Τέτοιοι είναι η μεγάλη ηλικία, το θετικό οικογενειακό ιστορικό (συγγενείς α' βαθμού), η πρώιμη εμμηναρχή, η όψιμη εμμηνόπαυση, ο καρκίνος στον άλλο μαστό, οι καλοήθεις νόσοι του μαστού κ.λπ.

Ο καρκίνος συνήθως εκδηλώνεται ως ανώδυνη, σκληρή διόγκωση στο μαστό. Η διάγνωσή του στηρίζεται στην αυτοεξέταση των μαστών, στην εξέταση από γιατρό, στη μαστογραφία και στη βιοψία.

Η έγκαιρη διάγνωση (πριν τα συμπτώματα) σημαίνει περισσότερες πιθανότητες ίασης ή μεγαλύτερης διάρκειας ζωής. Γι' αυτό οι γυναίκες πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση μαστών κάθε μήνα, να εξετάζονται τακτικά από γιατρό και να κάνουν μαστογραφία σύμφωνα με την υπόδειξη του γιατρού τους.

Ερωτήσεις

1. Γυναίκα ηλικίας 30 ετών χωρίς παιδιά, με εμμηναρχή στα 9 χρόνια έχει μητέρα ηλικίας 60 ετών με καρκίνο του μαστού που διαγνώστηκε και χειρουργήθηκε πριν 2 χρόνια. Τι θα προτείνατε στην κόρη να κάνει ως προληπτικό έλεγχο; Μπορείτε να προτείνατε μία τουλάχιστον εξέταση για τη μητέρα;
2. Γυναίκα ηλικίας 42 ετών εμφανίζει σκληρή ανώδυνη διόγκωση στον αριστερό μαστό. Τι θα της προτείνατε να κάνει και με ποια σειρά;
3. **Σημειώστε ποια πρόταση είναι σωστή και ποια λάθος:**
 - Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει μόνο μεγάλες γυναίκες (> 40).
 - Ο καρκίνος του μαστού εκδηλώνεται με δυνατό πόνο στο στήθος.
 - Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος γυναικολογικός καρκίνος.
 - Αυτοεξέταση στήθους πρέπει να κάνουν οι γυναίκες μετά τα 40.

Δραστηριότητες

1. Διαμορφώστε ένα ερωτηματολόγιο, που θα απευθύνεται σε γυναίκες του άμεσου περιβάλλοντός σας, για να ξεχωρίσετε τις γυναίκες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού.

2. Συζητήστε τι θα προτείνατε στη μητέρα σας να κάνει στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

3. Οργανώστε μία μικρή έρευνα (γκάλοπ) σε γυναίκες του άμεσου περιβάλλοντός σας που θα προσπαθεί να απαντήσει αν είναι και σε τι ποσοστό ενήμερες οι γυναίκες για τους παράγοντες κινδύνου, από ποια πηγή ενημερώθηκαν, αν κάνουν συστηματικά αυτοεξέταση, από ποιον εκπαιδεύτηκαν και αν παρακολουθούνται από γιατρό.

4. Υπάρχει καρκίνος μαστού στους άνδρες; Συμβουλευτείτε άλλα συγγράμματα.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Στοιχεία μαιευτικής φυσιολογίας

α. Σελ. 16, Κεφάλαιο Ωοθήκες

Από την εμβρυϊκή ζωή της γυναίκας στην ωοθήκη βρίσκονται τα **άωρα ωοθυλάκια**, τα οποία φτάνουν τις 150.000 περίπου. Το κάθε ωοθυλάκιο αποτελείται από ένα ωάριο που περιβάλλεται από επιθηλιακά κύτταρα και λέγεται **πρωτογενές**. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) έχει ως αποτέλεσμα τη μεταμόρφωση των ωοθυλακίων. Τα συνδετικά κύτταρα σχηματίζουν ένα περίβλημα γύρω από το ωοθυλάκιο τη **θήκη** ενώ τα επιθηλιακά κύτταρα πηγαίνουν στην περιφέρεια και σχηματίζουν την **κοκκιώδη στιβάδα**. Με την εξέλιξη του ωοθυλακίου, το επιθήλιο αυτό αρχίζει να διαλύεται κατά τόπους και έτσι σχηματίζονται μέσα σ' αυτό χώροι με ακανόνιστο σχήμα. Οι χώροι αυτοί ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν μία ενιαία κοιλότητα η οποία είναι γεμάτη με **ωοθυλακικό υγρό**. Έτσι το ωοθυλάκιο μετατρέπεται σε κυστεοειδές σωματίο, που είναι το **ώριμο ωοθυλάκιο**. Αυτό λέγεται και **γρραφινάο**.

β. Σελ. 17, Κεφ. Γεννητικός Κύκλος.

Δράσεις προγεστερόνης.

- Είναι υπεύθυνη για την εκκριτική φάση του γεννητικού κύκλου (δρα στο ενδομήτριο).
- Είναι αναγκαία για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης.
- Δρα μυοχαλαρωτικά στη μήτρα. Αναστέλλει τη δράση της ωκυτοκίνης.
- Αλλάζει την τραχηλική βλέννα, προκαλεί διόγκωση των μαστών, ανεβάζει λίγο τη θερμοκρασία του σώματος, προκαλεί κατακράτηση νερού και αλατιού (στο δεύτερο μισό του κύκλου).

2. Φυσιολογία της κύησης

α. Σελ. 28, Κεφ. Πώς εξελίσσεται το γονιμοποιημένο ωάριο.

Η τροφοβλάστη επικοινωνεί με την εμβρυοβλάστη με τον **σωματικό μίσχο**, ο οποίος αντιστοιχεί στην **αρχέγονη ομφαλίδα**. Τα κύτταρα που βρίσκονται στο εξωτερικό μέρος της τροφοβλάστης σχηματίζουν μια στιβάδα που ονομάζεται **χόριο**.

β. Σελ. 35, Κεφ. Διάγνωση της εγκυμοσύνης

Ευρήματα από τη γυναικολογική εξέταση

- Από την 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης ο τράχηλος γίνεται κυανέρυθρος.
- Από την 8η εβδομάδα της εγκυμοσύνης το σώμα της μήτρας γίνεται σφαιρικό.

- Εκεί όπου έχει εγκατασταθεί το κύημα ψηλαφάται ένα μικρό έπαρμα.
- Το κατώτερο τμήμα της μήτρας γίνεται μαλακό.
- Ο τόνος του μυομητρίου παρουσιάζει εναλλαγές, ώστε από μαλακός να γίνεται σκληρός και αντίστροφα.

γ. Σελ. 38, Κεφ. Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης.

Παράγοντα Rhesus. Αν η μητέρα έχει Rh αρνητικό και ο πατέρας Rh θετικό τότε πρέπει να γίνει αμέσως στη μητέρα έλεγχος για ανεύρεση αντι-Rh αντισωμάτων (**έμμεση Coombs**). Αν η έμμεση Coombs είναι αρνητική τότε επαναλαμβάνεται την 24η εβδομάδα και στη συνέχεια κάθε 4 εβδομάδες. Αν η έμμεση Coombs είναι θετική τότε χαρακτηρίζεται ως **κύηση υψηλού κινδύνου**. Χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση.

3. Συγγενείς και επίκτητες ανωμαλίες των ενδοπυελικών οργάνων

α. Σελ. 128, Κεφ. Επίκτητες ανωμαλίες των ενδοπυελικών οργάνων.

Η πρόπτωση του κοιλιακού τοιχώματος είναι η κάθοδος του μέσα στον κόλπο. **Η πρόπτωση του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος** διακρίνεται στην κυστεοκήλη και την ουρηθροκήλη. **Κυστεοκήλη** είναι η πρόπτωση της ουροδόχου κύστης με αποτέλεσμα το σχηματισμό μιας διόγκωσης στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. **Ουρηθροκήλη** είναι η πρόπτωση της ουρήθρας και προκαλεί μια διόγκωση στο κατώτερο τμήμα του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος. **Η πρόπτωση του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος** διακρίνεται στην ορθοκήλη και την εντεροκήλη. **Ορθοκήλη** είναι η πρόπτωση του ορθού με αποτέλεσμα το σχηματισμό μιας διόγκωσης στο μέσον του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος. **Εντεροκήλη** είναι η πρόπτωση του οπισθίου Δουγλάσειου χώρου με αποτέλεσμα το σχηματισμό μιας διόγκωσης του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος, ακριβώς κάτω από τη μήτρα. Η εντεροκήλη συνήθως περιέχει έλικες του λεπτού εντέρου.

4. Εφηβεία

Σελ. 168, Κεφ. Ερμαφροδιτισμός

α. Συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων. Είναι μια ομάδα νοσημάτων που κληρονομούνται. Τα επινεφρίδια δεν μπορούν να παράγουν κορτιζόνη και υπερπλάθονται στην προσπάθειά τους να τα καταφέρουν. Αυτό έχει σαν συνέπεια την υπερπαραγωγή ανδρογόνων. Τα ανδρογόνα προκαλούν αρρενοποίηση στα κορίτσια (αύξηση του μεγέθους της κλειτορίδας), πρόωμη ανάπτυξη τριχοφυΐας στο εφηβαίο και τις μασχάλες. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση κορτιζόνης εφ' όρου ζωής και με πλαστική εγχείρηση κλειτορίδας νωρίς στην παιδική ηλικία.

β. Σύνδρομο θηλεοποιητικού όρχεως: Το άτομο έχει καρυότυπο 46XY, έχει όρχεις, αλλά τα ανδρογόνα που παράγει δεν μπορούν να δράσουν. Έτσι από τη γέννηση έχει γεννητικά όργανα κοριτσιού και στην εφηβεία διαμορφώνεται ως κορίτσι (ανάπτυξη μαστών, τριχοφυΐας κ.λπ.) αλλά δεν έχει έμμηνο ρύση. Οι όρχεις βρίσκονται στους βουβωνικούς πόρους ή στα χείλη του αιδοίου και πρέπει να αφαιρούνται χειρουργικά, γιατί υπάρχει κίνδυνος να αναπτύξουν καρκίνο. Χορηγούνται οιστρογόνα για την πλήρη ανάπτυξη των γυναικείων χαρακτηριστικών.

Αμφιφυλόφιλος: Το άτομο που έχει σεξουαλικές επαφές με άτομα του ιδίου φύλου και του άλλου φύλου.

Αντισώματα: Είναι ειδικές πρωτεΐνες (ανοσοσφαιρίνες) του οργανισμού, που τον προστατεύουν από τις λοιμώξεις. Τα αντισώματα δηλ. εξασφαλίζουν την ανοσία.

Ανοσία: Είναι η άμυνα του οργανισμού απέναντι σε μικροοργανισμούς. Μπορεί να είναι φυσική, μετά από λοίμωξη ή τεχνητή μετά από εμβολιασμό – χορήγηση γ-σφαιρίνης.

Δακτυλίτιδα: Φάρμακο που χορηγείται στην καρδιακή ανεπάρκεια.

Διαξιφιστικός πόνος: Οξύς διαπεραστικός ή δυνατός σαν μαχαίρι πόνος.

Εντύπωμα: Το σημάδι που αφήνει το δάκτυλο μετά από πίεση του δέρματος.

Ετεροφυλόφιλος: Το άτομο που έχει σεξουαλικές επαφές με άτομα του άλλου φύλου.

Ηπάτωμα: Καρκίνος του ήπατος.

Ισχαιμία: Είναι η ανεπαρκής αιμάτωση μιας περιοχής του σώματος ή ενός οργάνου. Οφείλεται σε μερική απόφραξη της αρτηρίας που τροφοδοτεί το όργανο ή την περιοχή. Αν η απόφραξη είναι πλήρης και παρατεταμένη προκαλείται νέκρωση. Π.χ. έμφραγμα (νέκρωση) του μυοκαρδίου λόγω στεφανιαίας νόσου (απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών).

Κετοξέωση: Βαριά επιπλοκή του διαβήτη τύπου Ι (νεανικός διαβήτη). Οφείλεται στην έλλειψη ινσουλίνης. Διαταράσσεται ο μεταβολισμός και αθροίζονται οξέα στον οργανισμό. Ο ασθενής έχει αδυναμία, ταχύπνοια, δύσπνοια και τελικά πέφτει σε κώμα. Χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση γιατί κινδυνεύει η ζωή του.

Κίρρωση ήπατος: Μόνιμη βλάβη του ήπατος με καταστροφή της φυσιολογικής του δομής και λειτουργική ανεπάρκεια. Οφείλεται συνήθως σε ηπατίτιδα (B, C) και σε κατάχρηση αλκοόλ.

Κλυδάξει: Κουνιέται.

Κλονικοί σπασμοί: Χαρακτηρίζονται από διαδοχική και γρήγορη σύσπαση – χάλαση των μυών των άκρων και του προσώπου. Είναι οι κύριοι σπασμοί της επιληπτικής κρίσης.

Κολποσκόπιο: Είναι ένα ιατρικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για να δούμε τον τράχηλο της μήτρας σε μεγέθυνση με τη βοήθεια μιας φωτεινής πηγής.

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Είναι ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός.

Λυκόστομα: Οπή στην υπερώα.

Ολιγουρία: Είναι η μειωμένη ποσότητα ούρων στη διάρκεια του 24ώρου. Ποσότητα ούρων 24ώρου λιγότερη από 400 ml.

Ομοφυλόφιλος: Το άτομο που έχει σεξουαλικές επαφές με άτομα του ίδιου φύλου.

Ποδονάρια: Καλύμματα των ποδιών που τοποθετούνται στα πόδια των επιτόκων.

Πρωτοπαθής αμηνόρροια: Η μη εμφάνιση εμμήνου ρύσης στην εφηβεία. Η γυναίκα με πρωτοπαθή αμηνόρροια δεν είχε ποτέ περίοδο.

Σύμπτωμα: Είναι το πρόβλημα, η ενόχληση που έχει ή αισθάνεται πως έχει ο ασθενής. Π.χ. κεφαλαλγία, ζάλη, αιμορραγία από τον κόλπο, πυρετό κ.λπ.

Σμήγμα: Λιπαρή ουσία που περιβάλλει το σώμα του εμβρύου.

Τονικοί σπασμοί: Χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη σύσπαση των μυών που εκδηλώνεται με οπισθότονο, κάμψη των άνω άκρων και έκταση των κάτω άκρων.

Υστερεκτομία: Είναι η χειρουργική αφαίρεση της μήτρας.

Υστεροσκόπηση: Έλεγχος της κοιλότητας της μήτρας με ειδικό όργανο που ονομάζεται υστεροσκόπιο.

Φωκομέλια: Συγγενής ανωμαλία που χαρακτηρίζεται από πολύ κοντά άκρα.

Ωχρο σωμάτιο: Είναι το ωοθυλάκιο μετά την ωορρηξία. Το ωχρο σωμάτιο παράγει προγεστερόνη. Σε περίπτωση κύησης παραμένει και λέγεται ωχρο σωμάτιο της εγκυμοσύνης. Αν δεν υπάρχει εγκυμοσύνη υποστρέφεται πλήρως μέχρι την έμμηνο ρύση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αραβαντινός ΔΙ. σε συνεργασία με Παπαζήση Ζ., Φυσιολογία της Γυναίκας, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982.

2. Αραβαντινός ΔΙ., Μαιευτική, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989.

3. Αραβαντινός ΔΙ., Μαιευτικά και Γυναικολογικά Νέα, ΔΙ Αραβαντινός, Αθήνα 1995.

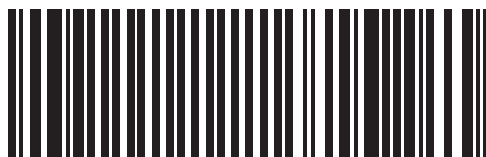
4. Αραπάκη Γ.Ι., Κλινική Σημειολογία και Διαγνωστική, 3η έκδοση, 1997.

5. Βάρρας ΜΝ., Προσδιορισμός μεταλλάξεων στα ογκογονίδια ras με την τεχνική της PCR σε όγκους της ωθήκης και καρκίνο του ενδομητρίου και αλληλεπίδραση της ογκοκατασταλτικής πρωτεΐνης P53 με το Hras, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, 1997.
6. Γεωργακόπουλος ΠΑ., Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, 7η έκδοση, Αθήνα, 1993.
7. Ζούρλας Π. και συνεργάτες, Μαθήματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1986.
8. Κατοστάρα Ε., Νοσηλευτική στη Μαιευτική – Γυναικολογία – Βρεφοκομία, Θεραπευτική Κοινότητα Ιθάκη, Γ΄ έκδοση, Θεσσαλονίκη.
9. Καρπάθιος ΣΕ., Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία, Μέρος Πρώτο, Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1984.
10. Καρπάθιος ΣΕ., Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία, Μέρος Δεύτερο, Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1988.
11. Κηντής Γ., Σύγχρονες γνώσεις για τα αφροδίσια νοσήματα, Έκδοση Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 1986.
12. Λώλης ΔΕ., Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος Πρώτος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1995.
13. Λώλης ΔΕ., Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος Πρώτος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1998.
14. Μουτούση-Ευστρατιάδου Μ. σε συνεργασία με Ζαμπέλα-Συμιακάκη Η. και Παπαευθυμίου-Χατζηιωσήφ Μ., Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1996.
15. Ράπτη Σ., Εσωτερική Παθολογία, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1998.
16. Σαλαμαλέκης ΕΕ., Κήσεις υψηλού κινδύνου. Παθολογικές καταστάσεις στην κύηση, τον τοκετό και την λοχεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1995.
17. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., Προληπτική ιατρική, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1986.
18. Σύλληψη και αντισύλληψη, έκδοση της Γενικής Γραμματείας Ισότητας του Υπουργείου Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικό Τυπογραφείο.
19. Bates B., Οδηγός για κλινική εξέταση, 2η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1982.
20. Cecil, Παθολογία, 3η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1996.
21. Harrison, Εσωτερική Παθολογία, 12η έκδοση, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1995.

Βάσει του ν. 3966/2011 τα διδακτικά βιβλία του Δημοτικού, του Γυμνασίου, του Λυκείου, των ΕΠΑ.Λ. και των ΕΠΑ.Σ. τυπώνονται από το ΙΤΥΕ - ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ και διανέμονται δωρεάν στα Δημόσια Σχολεία. Τα βιβλία μπορεί να διατίθενται προς πώληση, όταν φέρουν στη δεξιά κάτω γωνία του εμπροσθόφυλλου ένδειξη «ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΜΕ ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ». Κάθε αντίτυπο που διατίθεται προς πώληση και δεν φέρει την παραπάνω ένδειξη θεωρείται κλεψίτυπο και ο παραβάτης διώκεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του νόμου 1129 της 15/21 Μαρτίου 1946 (ΦΕΚ 1946,108, Α').

Απαγορεύεται η αναπαραγωγή οποιουδήποτε τμήματος αυτού του βιβλίου, που καλύπτεται από δικαιώματα (copyright), ή η χρήση του σε οποιαδήποτε μορφή, χωρίς τη γραπτή άδεια του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού / ΙΤΥΕ - ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ.

Κωδικός βιβλίου: 0-24-0229
ISBN 978-960-06-3000-8



(01) 000000 0 24 0229 1