

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Παρά το γεγονός, ότι τόσο η μητρική νοσηρότητα όσον και η μητρική θνησιμότητα έχουν υποχωρήσει σημαντικά κατά τα τελευταία χρόνια, οι δε επιλόχειες λοιμώξεις έχουν ιστορική πλέον σημασία, δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε ότι η λεχωΐδα, ειδικά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, απειλείται από πολυάριθμες επιπλοκές. Θα μπορούσαν να οφείλονται οι επιπλοκές αυτές σε παθήσεις, οι οποίες ευρισκόμενες υπό λανθάνουσα μορφή κατά την κύηση ή κατά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας αρχίζουν να εξελίσσονται σε επικίνδυνες για την ζωή της λεχωΐδας επιπλοκές, όπως π.χ. μία πρόωγη ρήξη του θυλακίου με ανιούσα λοίμωξη, η οποία οδηγεί σε μία σηψαιμική κατάσταση, ή μία EPH-τοξιναιμία, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε ανάλογα και η οποία μετά τον τοκετό οδηγεί σε εκλα-

μπτικό παροξυσμό. Είναι επίσης δυνατόν μετά από ένα τοκετό χωρίς καμία μαιευτική επέμβαση να εμφανισθεί μερικές φορές μετά τον τοκετό μία ατονία της μήτρας και αιμορραγία, της οποίας το μέγεθος δεν μπορεί εκ των προτέρων να εκτιμηθεί, και να οδηγήσει την γυναίκα σε επικίνδυνο για την ζωή της μαιευτικό shock (βλ. Τεύχος Β, σελ. 169). Είναι δυνατόν μία λεχωΐδα, η οποία παρέμεινε επί μακρόν κλινήρης, να παρουσιάσει μία θρομβοφλεβίτιδα. Από μία διαταραχή της παλινδρόμησης της μήτρας, η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ασήμαντη, μπορεί να αναπτυχθεί μία ενδομητρίτιδα ή ακόμη και ένας επιλόχειος πυρετός. Η γνώση των πιθανόν κινδύνων, οι οποίοι μπορεί να συμβούν σε μία λεχωΐδα, καθιστά επιβεβλημένη την υπεύθυνη παρακολούθηση των λεχωΐδων, προκειμένου να εντοπίσουμε έγκαιρα κάθε απόκλιση

από το φυσιολογικό και να αποσοβήσουμε κάθε κίνδυνο.

Διαταραχές παλινδρόμησης της μήτρας

Οι διαταραχές παλινδρόμησης της μήτρας χαρακτηρίζονται από το ύψος του θόλου της μήτρας και από την ποσότητα (πάρα πολύ ή πολύ λίγη) των λοχείων. Οι διαταραχές αυτές διαχωρίζονται σε:

- διαταραχές παλινδρόμησης της μήτρας
- κατακράτηση λοχείων

Η απλή, χωρίς επιπλοκές, παράταση της παλινδρόμησης της μήτρας είναι συχνά το αποτέλεσμα μιάς υπερδιάτασης της μήτρας, όπως συμβαίνει σε μία πολύδυμη κύηση, σε υπερβολικά μεγάλο παιδί, σε υδράμνιο ή σε ανεπαρκείς συσπάσεις του μυομητρίου, σύνηθες φαινόμενο σε έναν παρατεινόμενο τοκετό. Το ύψος του θόλου της μήτρας είναι υψηλότερα από ότι θα έπρεπε, η μήτρα είναι ευαίσθητη στην πίεση, τα λόχεια είναι άφθονα και αιματηρά. Η θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και κυρίως στην χορήγηση οξυτοκίνης κατά προτίμηση υπό μορφήν στάγδην εγχύσεως. Επειδή τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ολύρας μπορεί να επηρεάσουν το θηλασμό, σκόπιμο είναι να χορηγηθούν αυτά τα φάρμακα μόνο σε εξαιρετικές καταστάσεις.

Μερικές φορές παρεμποδίζεται η έξοδος των λοχείων είτε από πήγματα αίματος είτε από υπολείμματα, τα οποία φράσσουν το έσω τραχηλικό στόμιο, και τότε παρατηρείται μία κατακράτηση λοχείων, η γνωστή *λοχειόμητρα*. Στην περίπτωση αυτή ο θόλος της μήτρας ευρίσκεται υψηλότερα, αλλά η έξοδος των λοχείων είναι περιορισμένη ή ελλείπει παντελώς. Η θεραπεία επί του προκειμένου συνίσταται στην χορήγηση μη-

τροσυσπαστικών και εφαρμογή επιθεμάτων υπό μορφήν θερμοφόρας. Τόσο η παράταση της παλινδρόμησης της μήτρας όσο και κατακράτηση λοχείων ευνοούν την εμφάνιση του επιλόχειου πυρετού.

Αιμορραγίες

Οι αιμορραγίες, οι οποίες εμφανίζονται μετά την έξοδο του πλακούντα, διακρίνονται σε *πρώιμες* (οξείες) *αιμορραγίες* μετά τον τοκετό και σε *όψιμες αιμορραγίες* μετά τον τοκετό.

Οι πρώιμες εμφανίζονται συνήθως αμέσως μετά τον τοκετό, είναι όμως δυνατόν να παρατηρηθούν εντός των πρώτων 20 ωρών. Αντιθέτως οι όψιμες εμφανίζονται από την 2^η μέχρι την 32^η ημέρα της λοχείας. Οι όψιμες και πρώιμες αιμορραγίες έχουν διαφορετική αιτιολογία. Οι οξείες αιμορραγίες μετά τον τοκετό είναι οι πλέον συνήθεις και οι πλέον σοβαροί κίνδυνοι, από τους οποίους απειλείται η γυναίκα κατά την λοχεία. Οι αιτίες για μία οξεία αιμορραγία μετά την έξοδο του πλακούντα, σε πολλά σημεία όμοιες με τις αιμορραγίες του σταδίου της υστεροτοκίας, είναι

- ατονία της μήτρας
- τραυματισμοί των μαλακών μοριών
- υπολείμματα πλακούντα
- διαταραχές πήξεως.

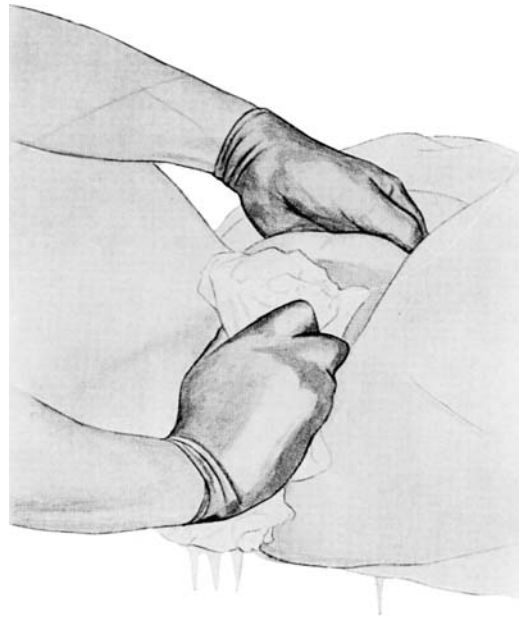
Ατονία της μήτρας: Η ατονία της μήτρας είναι κατά κύριο λόγο η αιτία της αιμορραγίας, αλλά πρέπει να σκεφθούμε, ότι στην αιμόσταση μετά τον τοκετό σημαντικό ρόλο έχουν οι διεργασίες συσπάσεων της μήτρας και οι διεργασίες πήξεως αίματος. Διαταραχές της συσπάσεως της μήτρας συμβαίνουν συχνά στις κατωτέρω καταστάσεις:

- Υπερβολική διάταση της μήτρας (μεγάλο παιδί, πολύδυμη κύηση, υδράμνιον)
- Πολυάριθμες κύησεις

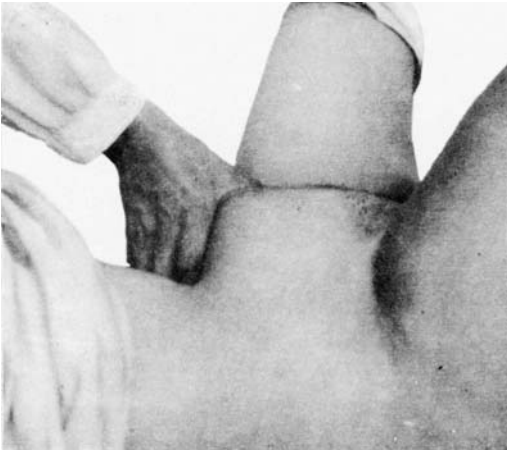
- Αδράνεια της μήτρας
- Παρατεινόμενος τοκετός
- Μαιευτικές επεμβάσεις
- Πρόδρομος πλακούντας (λόγω συσπάσεων της μήτρας στο κατώτερο τμήμα της μήτρας).

Χαρακτηριστικό για τις αιμορραγίες από ατονία της μήτρας είναι η εμφάνιση της αιμορραγίας μετά από ένα χρονικό διάστημα από την έξοδο του πλακούντα, κατά το οποίο η λεχωίδα δεν αιμορραγεί. Η αιμορραγία είναι κατά κύματα, διότι η μήτρα παύει να είναι σε σύσπαση, δηλ. γίνεται πλαδαρή και αιμορραγεί. Στο σημείο αυτό έγκειται ο μεγάλος κίνδυνος, διότι το μέγεθος της αιμορραγίας δεν μπορεί να εκτιμηθεί έγκαιρα και σωστά. Τα θεραπευτικά μέτρα αρχίζουν με την χορήγηση μητροσυσπαστικών όπως οξυτοκίνη ή αλκαλοειδή της ερυσιβώδους όλυρας (Mitrotan) ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως. Το αποτέλεσμα της μητροσύσπασης διατηρείται με χορήγηση μητροσυσπαστικών υπό μορφήν στάγδην έγχυσης. Προκειμένου να επιτύχουμε την μείωση της επιφανείας προσφύσεως του πλακούντα, ενέργεια η οποία είναι πολύ σημαντική για την αιμόσταση, συλλαμβάνεται ο θόλος της μήτρας και πιέζεται, παράλληλα ασκείται μασάζ στην μήτρα. Δεν πρέπει να παραλείψουμε την μετάγγιση αίματος, και μέχρι τότε πρέπει να χορηγήσουμε υποκατάστατα αίματος. Σε περίπτωση κατά την οποία δεν επιτυγχάνουμε το ποθητό με τα μητροσυσπαστικά, τότε πρέπει να χορηγήσουμε προσταγλανδίνες. Στην περίπτωση αθροάς αιμορραγίας και οργανωτικών δυσχερειών όσον αφορά την ταχεία χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων ή υποκατάστατων αίματος και κατά την προετοιμασία για χειρουργική αντιμετώπιση της επικίνδυνης καταστάσεως εφαρμόζουμε, προ-

κειμένου να περιορίσουμε την περαιτέρω απώλεια αίματος, τον χειρισμό του Fritsch (εικ. 1), ή τον χειρισμό του Credé (εικ. 2, 76) ή την αμφίχειρη συμπίεση της μήτρας με το ένα χέρι στον κόλπο κατά την υποδειχθείσα μέθοδο του Zweifel (εικ. 77) ή τον χειρισμόν του Zangemeister (εικ. 3). Στην περίπτωση, κατά την οποία αποκλείεται μία ανεπαρκής σύσπαση της μήτρας ως αιτία της αιμορραγίας – και αυτό συμβαίνει όταν η αιμορραγία συνεχίζεται παρά την καλή σύσπαση της μήτρας – τότε θα πρέπει να ερευνήσουμε άλλες αιτίες αιμορραγίας. Θα πρέπει να προβούμε σε επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας, δακτυλική επισκόπηση της μήτρας προκειμένου να αποκλείσουμε υπολείμματα πλακούντα ή μία ρήξη της μήτρας. Επίσης θα πρέπει να ερευνήσουμε τυχόν διαταραχές της πήξεως του αίματος.



Εικόνα 1. Χειρισμός του Fritsch, προς καταστολή αιμορραγίας λόγω ατονίας της μήτρας.



Εικόνα 2. Χειρισμός του Credé.



Εικόνα 3. Χειρισμός του Zamgemeister.

Αιμορραγίες μετά το πρώτο 24^{ωρο}, δηλ. όψιμες αιμορραγίες συμβαίνουν συχνότερα μεταξύ της 5^{ης} και 15^{ης} ημέρας μετά τον τοκετό. Οι συχνότερες αιτίες είναι:

- χωρίς επιπλοκές ανεπαρκής επαναφορά (παλινδρόμηση) της μήτρας στο φυσιολογικό,
- κατακράτηση υπολειμμάτων πλακούντα ή εμβρυϊκών υμένων,
- μαιευτικοί τραυματισμοί,
- λειτουργικές διαταραχές του ενδομητρίου.

Πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας, ότι σε ποσοστό 0,5% των λεχωϊδων διενεργείται μία απόξεση λόγω εντόνων αιμορραγιών. Σε

ποσοστό 30-50% των αποξέσεων διαπιστώνονται υπολείμματα πλακούντα, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν έναν *πλακουντικό πολύποδα* (εικ. 4). Ένας πλακουντιακός πολύποδας αποτελείται από υπολείμματα πλακούντα, γύρω από τον οποίον εναποτίθενται πύγματα αίματος σε πολλές σιβάδες, εις τρόπον ώστε να δημιουργείται ένας όγκος, σταθερά προσκολλημένος στο τοίχωμα της μήτρας. Τελικά μπορεί να είναι ορατός ή ψηλαφητός αυτός ο όγκος από το χείλι του τραχηλικού στόμιου. Η ύπαρξη υπολειμμάτων πλακούντα ή πλακουντικού πολύποδα έχει ως συνέπεια αιμορραγίες και λοίμωξη. Η αιμορραγία εμφανίζεται συνήθως κατά την 2^η εβδομάδα, είναι ευθύς εξ αρχής έντονη και όχι σπανίως απειλεί την ζωή της λεχωϊδας. Μία απόξεση, προκειμένου να αφαιρεθούν αυτά με ταυτόχρονη χορήγηση



Εικόνα 4. Πλακουντικός πολύποδας.

μητροσυσπαστικών, είναι αναπόφευκτη. Η ιστολογική εξέταση αυτών είναι απαραίτητη. Πρέπει να τονισθεί, ότι πρόκειται για μία πολύ επικίνδυνη επέμβαση. Όλα αυτά τονίζουν την σημασία του ελέγχου της πλήρους εξόδου του πλακούντα. Η δεύτερη σε συχνότητα αιτία εντόνων αιμορραγιών στην λοχεία είναι η φλεγμονή του ενδομητρίου στην θέση της πρόσφυσης του πλακούντα (πλακουντική άλω) και είναι γνωστή ως *ενδομητρίτιδα της λοχείας*. Οι αιμορραγίες αυτής της αιτιολογίας εμφανίζονται συνήθως ολίγες ημέρες μετά τον τοκετό και οφείλονται σε διαταραχές της θρομβώσεως των αγγείων της περιοχής της πλακουντικής άλω λόγω φλεγμονής αυτής. Κατά το τέλος της λοχείας μπορεί να προκληθεί μία έντονη αιμορραγία, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως *δυσλειτουργική αιμορραγία* και οφείλεται σε μία παρατεταμένη δράση των οιστρογόνων και έλλειψη ορμονών του ωχρού σωματίου λόγω ελλείψεως ωοθυλακορρηξίας.

Επιλόχειος πυρετός

Με τον όρο ‘επιλόχειος πυρετός’ συμπεριλαμβάνονται όλες εκείνες οι λοιμώξεις, οι οποίες αφορούν το γεννητικό σύστημα και στις οποίες η θερμοκρασία από του ορθού είναι υψηλότερη των 38°C. Ο επιλόχειος πυρετός αφορά την χρονική περίοδο μετά την 5^η ημέρα και μέχρι την 10^η ημέρα. Στον όρο ‘επιλόχειος πυρετός’ δεν εντάσσονται όλες εκείνες οι εμπύρετες καταστάσεις στην περίοδο της λοχείας και οι οποίες είναι άσχετες με το γεννητικό σύστημα.

Η ιστορία του επιλόχειου πυρετού απαιτεί να είναι γνωστή η πάθηση αυτή σε κάθε άτομο, το οποίο ασχολείται με την μαιευτική. Η νόσος αυτή θα πρέπει να υπήρχε και σε παλαιότερες εποχές, αφού ο Ιπποκράτης

την διέγινωσε για πρώτη φορά στην Θάσο, στην γυναίκα του Φιλίνου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι τον προηγούμενο αιώνα ο επιλόχειος πυρετός ήταν ο εφιάλης της μαιευτικής, αφού σύμφωνα με τα στοιχεία του Semmelweis η θνησιμότητα των λεχωϊδων ανέρχονταν σε 32% και μάλιστα στο Τμήμα εκείνο της Πανεπιστημιακής Μαιευτικής Κλινικής της Βιέννης, στο οποίο τους τοκετούς διενεργούσαν οι φοιτητές, οι οποίοι εργάζονταν την εποχή εκείνη στο ανατομείο. Η αιτία, πάντοτε κατά τον Semmelweis, οφείλονταν σε μόλυνση της επιτόκου από παράγοντα, τον οποίο έφεραν οι φοιτητές. Την άποψή του αυτή στοιχειοθέτησε ο Semmelweis από το γεγονός, ότι στο τμήμα, στο οποίο διενεργούσαν τον τοκετό μόνο οι μαίες, η θνησιμότητα δεν υπερέβαινε το 2,5%. Μετά την υποδειχθείσα από τον Semmelweis ασηψία με την καθαριότητα των χειρών και εργαλείων με χλώριο μειώθηκε σημαντικά η μητρική θνησιμότητα από τον επιλόχειο πυρετό. Την αξία των υποδείξεων του Semmelweis αποδέχθηκαν οι επιστήμονες μετά από μία εικοσαετία και παραμένουμε πιστοί μέχρι σήμερα στις υποδείξεις του Semmelweis για την ασηψία. Μόνο στα αντισηπτικά μέσα υπάρχει μία σημαντική μεταβολή.

Η συχνότητα του επιλόχειου πυρετού κυμαίνεται σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα μεταξύ του 1-8% και σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία περίπου 5%. Μετά από μία καισαρική τομή η συχνότητα είναι υψηλότερη. Σχετικά με την αιτιολογία του επιλόχειου πυρετού είναι γνωστό, ότι η εμπύρετη αυτή νόσος προκαλείται από την είσοδο παθογόνων μικροοργανισμών στο γεννητικό σύστημα, και κυρίως στην πλακουντική άλω, χωρίς να αποκλείονται άλλες τραυματικές επιφάνειες, όπως η περινεοτομή, ή τραύμα-

τα στον γεννητικό σωλήνα.

Όσον αφορά την προέλευση των μικροοργανισμών υπάρχουν δύο δυνατότητες. Μπορεί να αφορούν εξωγενείς (από τον έξω κόσμο) μικροβιακούς παράγοντες, οι οποίοι κατά τον τοκετό ή κατά την λοχεία σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του Semmelweis εισδύουν στο γεννητικό σύστημα. Μη αποστειρωμένα εργαλεία και γάντια, μη lege artis χειρισμοί, ανεπαρκής καθαριότητα και αποστείρωση εξοπλισμού και ρούχων συμμετέχουν σημαντικά στην πάθηση. Είναι γνωστό, ότι επιλόχειος πυρετός εμφανίζεται συχνότερα σε εσωτερική καρδιοτοκογραφία από ότι σε εξωτερική. Επίσης θα πρέπει να τηρούμε με σχολαστικότητα τους κανόνες της ασηψίας και αντισηψίας, διότι είναι μεγάλος ο κίνδυνος των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων μετά την αλόγιστη χρήση των αντιβιοτικών. Πρέπει να επισημάνουμε, ότι μετά την μείωση της μητρικής θνησιμότητας λόγω λοιμώξεων παρατηρείται μία χαλάρωση των μέτρων φροντίδας από τους ιατρούς και τις μαίες.

Η δεύτερη δυνατότητα αφορά την λοίμωξη από ενδογενείς μικροοργανισμούς της γυναίκας, δηλ. από μικροοργανισμούς που ευρίσκονται στον κόλπο, στο αιδοίο ή σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος. Επί του προκειμένου, δηλ. η λοίμωξη προκαλείται από ενδογενείς μικροοργανισμούς, συνηγορεί η σποραδική και όχι η ενδημική εμφάνιση του επιλόχειου πυρετού και το αποτέλεσμα των βακτηριολογικών εξετάσεων, ότι σε κλινικά χαρακτηριστικές λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος κατά τον τοκετό και την λοχεία απομονώνονται από την μήτρα και το ανώτερο τμήμα του κόλπου πάντοτε τα ίδια παθογόνα αίτια, όπως στις λεχωίδες, οι οποίες παραμένουν απύρετες. Στο ερώτημα, γιατί οι υπάρχοντες

ίδιοι μικροοργανισμοί προκαλούν μερικές φορές ανιούσες λοιμώξεις, η απάντηση είναι, ότι η τοπική ή γενική εξασθένηση της άμυνας του οργανισμού συμβάλλει προς τούτο. Σε αυτό συμμετέχουν προδιαθεσικοί παράγοντες, οι οποίοι ευνοούν την ανάπτυξη της λοίμωξης. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- *Παρατεινόμενος τοκετός:* Όταν ένας τοκετός διαρκεί πλέον των 18 ωρών είναι ο κίνδυνος της λοίμωξης αυξημένος.
- *Οι πολυάριθμες εξετάσεις κατά τον τοκετό:* Αυτός ο παράγων συμπίπτει εν μέρει με τον προηγούμενο παράγοντα.
- *Εσωτερική ενδοκολπική και ενδομήτρια παρακολούθηση:* Και αυτός ο παράγων συμπίπτει με τον παρατεινόμενο τοκετό και με άλλους παράγοντας, οι οποίοι αποτελούν ένδειξη για μία εντατική παρακολούθηση.
- *Μεγάλες απώλειες αίματος και αναιμία:* Επιλόχειος πυρετός εμφανίζεται συχνότερα μετά από μία μεγάλη αιμορραγία αποκόλλησης του πλακούντα, από ότι μετά από μία έγκαιρη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα, εις τρόπον ώστε να αποφύγουμε αιμορραγία.
- *Τραυματισμοί κατά τον τοκετό:* Μαιευτικές επεμβάσεις από τον κόλπο παρουσιάζουν αυξημένο αριθμό λοιμώξεων στην λοχεία. Μεγάλες περινεοτομές και αιματώματα συμμετέχουν στην δημιουργία μιάς λοίμωξης. Στην περίπτωση ενός παρατεινόμενου τοκετού ή μιάς δυστοκίας τραυματισμοί των μαλακών μοριών είναι συχνό εύρημα, διότι διενεργούνται μαιευτικές επεμβάσεις, όπως εμβρουσουλκία, σικουσκία.
- *Καισαρική τομή:* Πρόκειται για την συχνότερη αιτία μιάς λοίμωξης.
- *Κακή γενική κατάσταση της μητέρας:* Έχει αναφερθεί στο τμήμα “αναιμία”

- *Λοιμώξεις του αμνίου (χοριοαμνιονίτιδα):* Είσοδος παθογόνων μικροοργανισμών στην κοιλότητα της μήτρας κατά την διάρκεια του τοκετού αυξάνει τον κίνδυνο μίας λοίμωξης κατά την λοχεία. Μετά από πρόωρη ρήξη θυλακίου διαρκειάς πλέον των 8 ωρών ο κίνδυνος μίας λοίμωξης κατά την λοχεία είναι διπλάσιος.

Προκειμένου να προφυλάξουμε την επίτοκο από έναν επιλόχειο πυρετό πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπ' όψη μας τους προδιαθεσικούς αυτούς παράγοντες.

Κλινική εικόνα: Τα συμπτώματα αυτής της εμπύρετης νόσου διαμορφώνονται από το σημείο της εισόδου των παθογόνων αιτιών και από την έκτασή τους. Ως ένα, πρώτο σύμπτωμα λοίμωξης της περινεοτομής, η οποία έχει περιποιηθεί χειρουργικά, είναι μία οιδηματώδης διόγκωση και μία ερυθρότητα των χειλέων του τραύματος. Σύντομα είναι και η περίξ περιοχή ερυθρά και οιδηματώδης. Το τραύμα είναι έτοιμο να ανοίξει. Η λεχώνια παραπονείται για έντονους πόνους τοπικά. Παράλληλα προς τον πυρετό παρουσιάζεται συχνά ρίγος. Σύντομα το τραύμα παρουσιάζει σημεία διαπύησης, η ραφή ανοίγει και το τραύμα χαίνει. Στην περίπτωση, που το πύον ενός διαπυημένου τραύματος δεν εξέρχεται, αφαιρούμε μερικά ράμματα και διανοίγουμε το τραύμα προς παροχέτευση του πύου. Οι τραυματικές επιφάνειες παρουσιάζουν ένα τυπικό φαιοπράσινο, γλοιώδες επίχρισμα. Επί του προκειμένου ομιλούμε για ένα *έλκος της λοχείας* στην γεννητική περιοχή. Η τοπική θεραπεία συνίσταται στον καθαρισμό και στην επιθηλιοποίηση του τραύματος, η οποία είναι μακράς διαρκειάς. Όταν το τραύμα χαίνει και προβλέπεται ότι θα σχηματισθεί μία ουλώδης βλάβη, τότε προβαίνουμε στην συρραφή του τραύματος, αφού

προηγουμένως νεαροποιήσουμε τα χείλη του τραύματος.

Συχνότερα παρατηρείται μία ανιούσα λοίμωξη στην κοιλότητα της μήτρας, η *ενδομητρίτιδα των λεχωϊδων*, η οποία είναι και η αιτία του επιλόχειου πυρετού. Παράλληλα προς τον πυρετό είναι και τα κατωτέρω τοπικά συμπτώματα χαρακτηριστικά:

- Παρατεινόμενη επαναφορά (παλινδρομηση) της μήτρας στο φυσιολογικό
- Μεγάλη και μαλθακή μήτρα
- Η μήτρα είναι επώδυνη στην πίεση
- Τα λόχεια είναι κάκοσμα, συχνά περιορισμένα σε ποσότητα ή ελλείπουν παντελώς (κατακράτηση λοχίων).

Θεραπεία: Θεραπευτικώς χορηγούμε μητροσυσπαστικά, προκειμένου να βοηθήσουμε την έξοδο των λοχίων. Σκόπιμο είναι να χορηγήσουμε ταυτόχρονα σπασμολυτικά, προκειμένου να βοηθήσουμε την διαστολή του τραχήλου της μήτρας. Στην περίπτωση, που ο πυρετός επιμένει και παραμένει πλέον των 2 ημερών, πρέπει απαραίτητως να χορηγήσουμε αντιβιοτικά. Παρά το γεγονός, ότι μία ενδομητρίτιδα στην λοχεία έχει μία καλή εξέλιξη, δεν πρέπει να επαναπαυόμαστε, διότι μία τοπική λοίμωξη στην λοχεία μπορεί να εξελιχθεί σε μία σηπτική κατάσταση της λοχείας, της οποίας τα επακόλουθα είναι απρόβλεπτα. Όταν η λοίμωξη επεκτείνεται στις σάλπιγγες, τότε πρόκειται για μία *σαλπιγγίτιδα* και όταν συμμετέχει στην λοίμωξη και η ωοθήκη, τότε ομιλούμε για μία *εξαρτηματίτιδα* (σαλπιγγο-ωοθηκίτιδα) των *λεχωϊδων*, κατά την οποία συμμετέχει τοπικά και το περιτόναιο της ελάσσονας πύελου. Ο κίνδυνος μίας διάχυτης περιτονίτιδας είναι υπαρκτός, όταν παθογόνοι μικροοργανισμοί έχουν μεγάλη τοξικότητα και προσβάλλουν όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η *λεχωϊδα* εμφανίζει την τυπική ει-

κόνα του shock της περιτονίτιδας. Όταν οι παθογόνοι μικροοργανισμοί επεκταθούν λεμφογενώς στο παραμήτριο τότε πρόκειται για μία *παραμητρίτιδα*. Περί όλων αυτών βλέπε την “γυναικολογία”, κεφάλαιο “φλεγμονές”.

Όταν οι παθογόνοι μικροοργανισμοί επεκταθούν αιματογενώς σε όλον τον οργανισμό, τότε ομιλούμε για μία “σηψαιμία” και πρόκειται για κατάσταση κρίσιμη. Στο ήμισυ των περιπτώσεων της σηψαιμίας στην λοχεία παρατηρείται η πάθηση αυτή μετά από καισαρική τομή. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να συνυπάρχει και μία θρομβοφλεβίτιδα των αγγείων της ελάσσονος πυέλου. Η κλινική εικόνα της σηψαιμίας της λοχείας χαρακτηρίζεται από σηψαιμικό πυρετό πλέον των 39°C, κατά το πλείστον το βράδυ. Αυτή η βραδινή άνοδος της θερμοκρασίας είναι δυνατόν αρχικά να μην πέσει στην αντίληψή μας εάν δεν προβαίνουμε σε θερμομέτρηση αργά το απόγευμα. Ένα ρίγος δίνει λαβή να γίνει εκ νέου έλεγχος της θερμοκρασίας. Η υποκειμενική κατάσταση της γυναίκας είναι αρχικά παραδόξως καλή. Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της νόσου η ασθενής έχει την εικόνα μιάς βαρειάς αρρώστου. Οι γυναίκες κατέχονται από άγχος, είναι ανήσυχες, η αναπνοή και ο σφυγμός είναι επιταχυμένοι. Συχνά συνυπάρχει ένας ατελής ειλεός και μία διαλείπουσα πάρεση του εντέρου. Όταν η πάθηση επιδεινώνεται, οδηγείται η γυναίκα σε ένα τοξικό shock, η δέ τύχη της ασθενούς εξαρτάται από το γεγονός, εάν και κατά πόσο έχουν υποστεί βλάβη οι πνεύμονες αυτής. Η θεραπεία της σηψαιμίας συνίσταται στην έγκαιρη και σωστή εφαρμογή αντιβιοτικών. Μία ανεπαρκής αντίδραση της γυναίκας στην θεραπεία αυτή και μία επιδείνωση της νόσου μας οδηγούν στην

απόφαση να προβούμε στην χειρουργική αφαίρεση της πάσχουσας εστίας, η οποία είναι συνήθως η μήτρα.

Θρόμβωση, Θρομβοφλεβίτιδα, Εμβολή

Επιπλοκές από πλευράς του φλεβικού συστήματος είναι ένας μεγάλος και σοβαρός κίνδυνος για την λεχωίδα. Αιτίες για ένα αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης στην λοχεία είναι οι ακόλουθες:

- ◆ μεταβολές στην σύνθεση του αίματος, εμφανιζόμενες ήδη στην φυσιολογική κύηση, και οι οποίες παραμένουν στην πρώτη εβδομάδα της λοχείας.
- ◆ κυκλοφορία θρομβοπλαστικών στοιχείων από τον πλακούντα, τον φθαρτό, το ενάμνο υγρό μέσα στο αγγειακό σύστημα της μητέρας.
- ◆ μεταβολή στην ταχύτητα ροής του αίματος στο φλεβικό σύστημα των κάτω άκρων και της ελάσσονος πυέλου και κυρίως σε γυναίκες που είναι κληνήρεις.
- ◆ βλάβες στο ενδοθήλιο των φλεβών της ελάσσονος πυέλου μετά από επιπλοκές στον τοκετό.

Μία καισαρική τομή ευνοεί την ανάπτυξη μιάς θρόμβωσης, διότι παραμένει η λεχωίδα επί μακρότερο χρόνο κληνήρης. Η μεταβολή της ταχύτητας ροής του αίματος δηλ. η αργή κυκλοφορία του αίματος μέσα στο φλεβικό σύστημα, διότι δεν κινητοποιούμε έγκαιρα την ασθενή, είναι ο απλούστερος παράγων που προκαλεί μία θρόμβωση και ο οποίος παράγων συχνά δεν εκτιμάται σωστά. Δεν εκτιμούμε σωστά τον χρόνο, κατά τον οποίον παραμένει η επίτοκος κληνήρης, ειδικά σε ένα παρατεινόμενο τοκετό, και όταν τελειώνει με μία μαιευτική επέμβαση είτε από τον κόλπο (εμβρουλκία) είτε από την κοιλία (καισαρική τομή). Δεν θα

πρέπει να αποτελεί έκπληξη, ότι ο δείκτης θανάτου από εμβολή σε σύγκριση με φυσιολογικό τοκετό είναι αυξημένος σε μαιευτικές επεμβάσεις από τον κόλπο και ακόμη περισσότερο σε καισαρική τομή. Όταν η θρόμβωση αφορά επιφανειακούς κίρσους, ομιλούμε για *επιφανειακή θρομβοφλεβίτιδα*, και εμφανίζεται σαν κορδόνι, ευαίσθητο στη πίεση. Το δέρμα και οι πέριξ ιστοί είναι διογκωμένοι και ερυθροί. Γενικά συμπτώματα όπως πυρετός και ταχυκαρδία δεν υπάρχουν. Πρέπει όμως να αποσαφηνισθεί, εάν ταυτόχρονα συνυπάρχει *θρόμβωση και των εν τω βάθει φλεβών*. Τότε η ασθενής παρουσιάζει μία ελαφρά, δεκατική πυρετική κίνηση και μία αύξηση της συχνότητας του σφυγμού. Χαρακτηριστικό είναι μία ευαισθησία στην πίεση εκατέρωθεν του αχίλλειου τένοντα και στην περιοχή της γαστροκνημίας του πάσχοντος κάτω άκρου, διότι συνήθως οι θρομβωτικές διεργασίες συμβαίνουν συνήθως στο εν τω βάθει φλεβικό σύστημα της κνήμης. Ένα οίδημα, μία ιώδης απόχρωση του συνολικού άκρου είναι τα αρχικά συμπτώματα. Συχνότερα προσβάλλεται το αριστερό κάτω άκρο. Η διάγνωση βεβαιώνεται με Doppler. Όταν υφίσταται ένα αίσθημα πόνου κατά την πίεση στην βουβωνική χώρα και είναι το κάτω άκρο οίδηματώδες και με ιώδη απόχρωση, τότε πιθανόν να υφίσταται μία *θρόμβωση των φλεβών της πύελου*.

Τον μεγαλύτερο κίνδυνο, τον οποίον συνεπάγεται κάθε θρομβωτικό επεισόδιο αποτελεί η *εμβολή πνεύμονος*, η οποία εμφανίζεται με ένα αιφνίδιο πόνο σε ένα ημιθώρακιο, με δυσχέρεια στην αναπνοή, *collapse*, *shock*, κυάνωση και επιθανάτιο άγχος. Μέσα σε λίγη ώρα μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Τα συμπτώματα ποικίλλουν και είναι ανάλογα με το μέγεθος της εμ-

βολής. Στην περίπτωση, που η γυναίκα επιζησει, τότε εξελίσσεται η πάθηση σε *έμφραγμα των πνευμόνων*, με το οποίο εκδηλώνεται με πόνο κατά τις αναπνευστικές κινήσεις, αιμορραγικά πτύελα και τυπική ακτινολογική εικόνα. Συνήθως η εμβολή των πνευμόνων συμβαίνει κατά ώσεις (κύματα) και μετά από μία μικρή εμβολή μπορεί να ακολουθήσει μίας νέα, η οποία μπορεί να είναι ακόμη και θανατηφόρα. Όταν η λεχώνια παραπονείται για ελαφρά πυρετική κίνηση, για ανεξήγητη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού, για δυσχέρεια αναπνοής και γενικά για μία επιδείνωση της γενικής καταστάσεως θα πρέπει να σκεφθούμε ένα εμβολικό επεισόδιο. Η άμεση έναρξη θεραπείας με ηπαρίνη και η έγκαιρη διακομιδή της λεχωϊδας σε ανάλογο τμήμα με εντατική θεραπεία και χειρουργική θώρακος συνιστάται ακόμη και για λόγους υπερβολικής σχολαστικότητας.

Μία θρομβοφλεβίτιδα, κυρίως στις φλέβες της ελάσσονος πύελου, μπορεί να είναι η συνέπεια μιάς σηψαιμίας της λοχείας. Από τους γνωστούς παράγοντες, που προκαλούν μία θρόμβωση, μπορεί χωρίς χορήγηση κάποιου φαρμάκου μόνο η φλεβική κυκλοφορία να επηρεασθεί θετικά. Σχετικά με την ενεργητική κινησιοθεραπεία και μάλιστα υπό την μορφή μιάς έγκαιρης έγερσης της λεχούς από την κλίνη καθώς επίσης και για την γυμναστική των λεχωϊδων, ως σημαντική προφύλαξη από θρομβοεμβολικά επεισόδια, έχουμε αναφερθεί στο κεφάλαιο της λοχείας.

Όταν υφίσταται ο κίνδυνος ενός θρομβοεμβολικού επεισοδίου συνιστάται η προληπτική χορήγηση ηπαρίνης. Τέτοιες περιπτώσεις είναι, όταν η λεχωϊδα αναφέρει στο αναμνηστικό της μία θρόμβωση, ή όταν διενεργείται καισαρική τομή. Σε γυναίκες

με εκσεσημασμένους κιρσούς πρέπει να εφαρμόζουμε, πριν από την πρώτη έγερση, ειδικές κάλτσες, ή ελαστικούς επιδέσμους. Η θεραπεία μιάς επιφανειακής θρομβοφλεβίτιδας συνίσταται στην εφαρμογή αλοιφών ηπαρίνης και στην χορήγηση αντιφλογιστικών φαρμάκων. Στην περίπτωση θρομβώσεως των εν τω βάθει φλεβών των κάτω άκρων και της ελάσσονος πυέλου συνιστάται η χορήγηση ηπαρίνης, προκειμένου να σταματήσουμε το συντομότερο δυνατόν την διεργασία της θρομβώσεως. Στην περίπτωση υποψίας εμβολής των πνευμόνων και μέχρι να έλθει ο ιατρός, θα πρέπει η μαία να σηκώσει το σώμα και να χορηγήσει στην ασθενή οξυγόνο. Εκτός από τις προαναφερθείσες θρομβώσεις υπάρχουν και άλλες, όχι συχνές, θρομβώσεις στην λοχεία. Σε αυτές ανήκουν:

- *Οι θρομβώσεις των φλεβών του εγκέφαλου:* Στην σπάνια αυτή επιπλοκή (συχνότητα 1:2.500 τοκετούς) είναι υπεύθυνη η τάση προς θρόμβωση. Αυτή η επικίνδυνη επιπλοκή μπορεί να εμφανισθεί ακόμη και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και περιγράφεται ως επιπλοκή κατά την λήψη των ανασταλτικών της ωοθυλακιορρηξίας. Η θνητότητα είναι υψηλή (20-30%). Τα συμπτώματα είναι κεφαλαλγία, συνοδεύεται από τάση προς έμετο, έμετος, σπασμούς (μπορεί να γίνει λανθασμένη διάγνωση εκλαμψίας), απώλεια της συνειδήσεως, ημιπληγία και άνοδος της θερμοκρασίας.
- *Θρόμβωση των φλεβών των ωοθηκών:* Η θρόμβωση και συνεπώς η απόφραξη της ωοθηκικής φλέβας είναι συνήθως συνοδό εύρημα μιάς σηπτικής θρομβοφλεβίτιδας της ελάσσονος πυέλου και εμφανίζεται συχνότερα στην δεξιά ωοθηκική φλέβα. Αιφνίδια εμφανίζεται ένας εκτε-

ταμένος πόνος στο υπογάστριο. Συχνά διενεργείται αμέσως μία εγχείρηση για οξεία σκωληκοειδίτιδα ή για μία συστραφείσα κύστη ωοθήκης και κατά την εγχείρηση τίθεται η πραγματική διάγνωση. Αμέσως πρέπει να γίνει εφαρμογή ηπαρίνης και αντιβιοτικών.

- *Θρόμβωση μεσεντερίων φλεβών:* Πρόκειται για μία σπάνια επιπλοκή, της οποίας η διάγνωση είναι δύσκολη και καθυστερημένη εις τρόπον ώστε να επέρχεται το μοιραίο. Αιφνιδίως εμφανιζόμενοι πόνοι στην κοιλιακή χώρα με περιτοναϊκά φαινόμενα (σκληρία των κοιλιακών τοιχωμάτων) και σημεία παραλυτικού ειλεού πρέπει να οδηγήσουν στην σκέψη αυτή και η μόνη θεραπεία είναι η χειρουργική.

Νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος

Σχετικά με την αδυναμία να εκκενούνται μερικές φορές η ουροδόχος κύστη έχουμε αναφερθεί σε άλλο κεφάλαιο. Αυτή η *κατακράτηση ούρων* την 1^η ημέρα μετά τον τοκετό, κυρίως σε πρωτοτόκες, έχει ποικίλη αιτιολογία. Η κύρια αιτία είναι τραυματισμοί, οι οποίοι συμβαίνουν κατά την ώρα του τοκετού, στην περιοχή του έσω στομίου της ουρήθρας και σε αυτήν την ίδια την ουρήθρα. Κατά την κυστεοσκόπηση ανευρίσκονται οίδημα και αιμορραγίες στο τοίχωμα αυτού του τμήματος του ουροποιητικού συστήματος. Αυτό συμβαίνει την ώρα, κατά την οποία εισέρχεται η κεφαλή στην οστεΐνη πύελο και τραυματίζεται η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα από πίεση πάνω στην οστεΐνη πύελο. Συχνότερα παρατηρείται η κατακράτηση ούρων σε λεχωίδες, στις οποίες ο τοκετός ήταν παρατεταμένος και τελείωσε με μαιευτική επέμβαση από την

κολπική οδό. Άλλες αιτίες είναι ο μειωμένος μυϊκός τόνος της ουροδόχου κύστεως από την εγκυμοσύνη, καθώς επίσης και εκδορές και τραυματισμοί στην περιοχή των έξω γεννητικών οργάνων. Επίσης πολλές γυναίκες, την ώρα που είναι ξαπλωμένες υπτίως, δεν μπορούν να ουρήσουν στην λεκάνη. Όταν η ουροδόχος κύστη υπερπληρωθεί, τότε η λεχωίδα αποβάλλει ούρα στάγδην. Η επαναλαμβανόμενη ερώτηση στην λεχωίδα, “πότε ήταν η πρώτη ούρηση και πως η επόμενη ούρηση” είναι μία σημαντική υποχρέωση της μαίας. Ο απλούστερος τρόπος αντιμετώπισης και πρόληψης είναι η έγκαιρη έγερση της λεχωίδας και μετάβαση αυτής στην τουαλέτα. Εάν η λεχωίδα δεν δύναται να επισκεφθεί την τουαλέτα, τότε πρέπει να προσπαθήσει να ουρήσει στο κρεβάτι, στην λεκάνη. Πρέπει να την δώσουμε αρκετό χρόνο. Μία θερμοφόρα στην περιοχή της ουροδόχου κύστεως και πλύση του αιδοίου με θερμό νερό καθώς επίσης και ο ήχος του ρέοντος ύδατος από την βρύση είναι πολύτιμα βοηθητικά μέσα.

Σκόπιμο είναι να βοηθήσουμε τον μυϊκό τόνο της ουροδόχου κύστεως με την χορήγηση παρασυμπαθητικομιμητικών. Τα μητροσπασμικά βοηθούν στην εκκένωση της ουροδόχου κύστεως. Όταν όλα αυτά αποτύχουν, τότε επιβάλλεται η χρήση του καθετήρα και η παραμονή του μέσα για 2-3 ημέρες καλύπτοντας την γυναίκα από τυχόν μολύνσεις με αντιβιοτικά. Η συχνότερη αιτία μιάς *κυστίτιδας της λοχείας* εκτός από τραυματικές βλάβες κατά τον τοκετό είναι η κατακράτηση ούρων και οι συχνοί καθετηριασμοί.

Η πυελονεφρίτιδα των λεχωίδων είναι υποτροπή μιάς τέτοιας στην εγκυμοσύνη, μπορεί όμως να είναι και ανιούσα από μία κυστίτιδα. Η χορήγηση αντιβιοτικών μετά από καλλιέργεια και αντιβιογράμμα είναι η

ενδεδειγμένη θεραπεία.

Σε προχωρημένο στάδιο λοχείας παραπονούνται μερικές γυναίκες για ακράτεια ούρων, η οποία παρατηρείται για πρώτη φορά. Η ακράτεια αυτή συμβαίνει μετά από βήχα, παρμυό, γέλιο κ.τ.λ., δηλ. καταστάσεις, κατά τις οποίες αυξάνει η ενδοκοιλιακή πίεση. Η αιτία ανάγεται σε μαιευτικούς τραυματισμούς των μυών του περινέου με λειτουργικές διαταραχές του μηχανισμού του σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστεως. Η έλλειψη ορισμένων ορμονών, η οποία παρατηρείται κατά την περίοδο της γαλουχίας, συμμετέχει στην αιτιολογία της πάθησης. Με την επαναδραστηριοποίηση της ωοθηκικής λειτουργίας και με μία σημαντική άσκηση των μυών του περινέου έχουμε συχνά μία βελτίωση, ακόμη και μία πλήρη αποκατάσταση της λειτουργίας.

Χαλάρωση των αρθρώσεων της πυέλου

Οι αρθρώσεις της πυέλου, δηλ. η ηβική σύμφυση και οι ιερολαγόνιες αρθρώσεις, αποτελούν μία λειτουργική μονάδα. Κατά την εγκυμοσύνη υφίσταται υπό την επίδραση των ορμονών (οιστρογόνων) μία χαλάρωση. Τα οστά της πυέλου γίνονται περισσότερο ευκίνητα, το ένα έναντι του άλλου. Παρά την προετοιμασία αυτή της πυέλου της εγκύου για την διόδο της κεφαλής του παιδιού λαμβάνουν χώρα και κατά την ώρα του τοκετού κακώσεις και κυρίως στην ηβική σύμφυση με αποτέλεσμα να υπάρχει μία χαλάρωση της πυέλου.

Διάσταση της ηβικής σύμφυσης: Η σπάνια αυτή πάθηση αποτελεί μία βαριά κάκωση της πυέλου κατά την ώρα του τοκετού, και κυρίως μετά από δυστοκίες ή εμβρουουλκίες. Αντίθετα προς αυτήν υπάρχει και η *καταπόνηση της ηβικής σύμφυσης*, η ο-

ποία είναι η συχνότερα εμφανιζομένη και ελαφράς μορφής. Πρόκειται για συνέπεια μιας διαταραχής ανταλλαγής του ασβεστίου κατά την εγκυμοσύνη και μπορεί να συμβεί ακόμη και σε φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού. Μπορεί να εμφανισθεί τόσο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, κυρίως όμως εμφανίζεται στην περίοδο της λοχείας. Κατά την λεπτομερή λήψη του ιστορικού αναφέρουν το 50% των πασχόντων, ότι τα πρώτα ενοχλήματα χρονολογούνται από τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η ευαισθησία και ο πόνος στην ηβική σύμφυση και στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Ακαθόριστοι και βύθιοι πόνοι της κάτω κοιλίας, οι οποίοι ακτινοβολούν στους μηρούς και την περιοχή του ιερού οστού, μπορεί να οφείλονται σε χαλάρωση των αρθρώσεων της πυέλου. Η πίεση στην ηβική σύμφυση ή στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις είναι επώδυνη καθώς επίσης η συμπίεση της πυέλου με αμφότερες τις παλάμες επάνω στα ισχία της λεχωΐδας. Η λεχωΐδα έχει δυσχέρεια κατά την βάδιση και το βάδισμα ομοιάζει με της χήνας (*χηνοειδές βάδισμα*). Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ακτινολογικό έλεγχο.

Θεραπευτικώς συνιστάται σωματική ανάπαυση, αποφυγή εργασιών, που καταπονούν την γυναίκα, σφικτό δέσιμο της λεκάνης της γυναίκας, χορήγηση βιταμινών D, ασβεστίου και αναλγητικών. Σε σπάνιες περιπτώσεις χορηγούμε συμπληρωματικά και κορτιζόνη ενδοαρθρικώς. Η βλάβη αποκαθίσταται πλήρως.

Διαταραχές της ωοθηκικής λειτουργίας

Η αναστολή της ενδοκρινικής λειτουργίας των ωοθηκών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας οδηγεί σε ποσο-

στό περίπου 10% των λεχωΐδων γυναικών σε μία διαρκή ανεπάρκεια ωοθηκών. Τυπικό σύμπτωμα είναι διαταραχές αιμορραγιών υπό μορφήν μη επανεμφάνισης εμμηνορρυσίας, δηλ. μιάς αμηνορροίας, και η οποία διαταραχή συνοδεύεται συχνά από αύξηση του βάρους. Η θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση των ορμονών που λείπουν.

Μία σπάνια μορφή ορμονικής διαταραχής είναι το σύνδρομον *Sheehan*. Πρόκειται για το επακόλουθο μεγάλης απώλειας αίματος και μάλιστα στο στάδιο της υστεροτοξίας με συνέπεια την νέκρωση του προσθίου λοβού της υποφύσεως από μεθαιμορραγικό shock. Τα συμπτώματα συνάγονται από την διακοπή των ορμονών της υποφύσεως και κυρίως των γοναδοτρόπων, των αδρενοκορτικοτρόπων και θυρεοειδοτρόπων ορμονών καθώς επίσης και της προλακτίνης και συνίστανται σε μη παραγωγή γάλακτος, αδυναμία, υποθερμία και σε απώλεια χρωστικής καθώς επίσης και σε ατροφία του γεννητικού συστήματος και των δευτερογενών γεννητικών χαρακτηρισμών (αμηνόρροια, μείωση της τριχώσεως της μασχάλης και του εφηβαίου). Η θεραπεία αυτής της επικίνδυνης ορμονικής διαταραχής συνίσταται στην υποκατάσταση των ορμονών, που δεν παράγονται.

Ψύχωση της λοχείας

Ψυχώσεις σε συσχέτιση με κύηση παρατηρούνται συχνότερα στην λοχεία από ότι στην κύηση. Πρόκειται αποκλειστικά για τυπικές ενδογενείς ψυχώσεις, οι οποίες είναι 10 έως 20 φορές συχνότερες από ότι στην κύηση και εκδηλώνονται υπό μορφήν κατάθλιψης. Η πάθηση αυτή μπορεί να οδηγήσει την λεχωΐδα σε σχιζοφρένεια, όταν υπάρχει ως υπόβαθρο μία προδιάθεση. Γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν ψυχικό

νόσημα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, πρέπει να παρακολουθούνται από ψυχίατρο και μάλιστα κατά την λοχεία. Συνήθως οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν κατά την 3^η με 4^η ημέρα μία ελαφρού βαθμού κατάθλιψη, καθώς επίσης και μία ευερεθιστικότητα. Επίσης δηλώνουν αδυναμία και κόπωση περιποίησης του νεογνού.

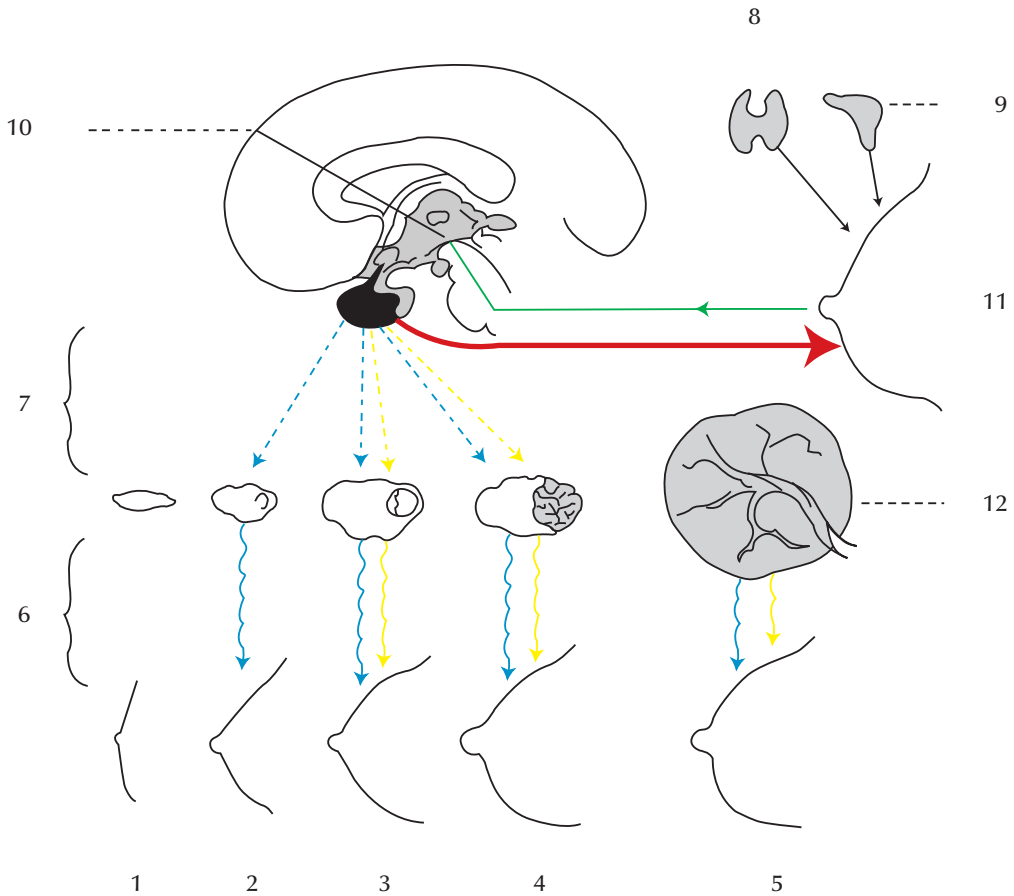
Στην περίπτωση, κατά την οποία η λεχωΐδα αλλάζει την συμπεριφορά της με εκδηλώσεις συγχύσεως, με χρονικό και τοπικό αποπροσανατολισμό, με παραισθήσεις κ.τ.λ. πρέπει να απομονωθεί και να ζητηθεί η συνδρομή ψυχιάτρου, διότι είναι δυνατόν να έχουμε απόπειρα αυτοκτονίας, ή παιδοκτονίας. Η θεραπεία θα ρυθμισθεί από τον ψυχίατρο.

Διαταραχές γαλουχίας

Μία λειτουργική διαταραχή της παραγωγής γάλακτος, η οποία συνοδεύεται από μία μειωμένη παραγωγή ή πλήρη απουσία παραγωγής γάλακτος, χαρακτηρίζεται ως *υπογαλακτία* ή *αγαλακτία*. Η κατάσταση αυτή είναι συνυφασμένη με την ιδιοσυγκρασία, όταν παρά την ιδανική ψυχική τοποθέτηση της μητέρας και παρά την κανονική και πλήρη εκκένωση των μαστών η παραγωγή του γάλακτος δεν είναι επαρκής. Συχνότερα όμως είναι γνωστές αιτίες, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την γαλακτοφορία, όπως η γενική κατάσταση της λεχωΐδας μετά από έναν δύσκολο τοκετό, ή μετά από μαιευτικές επεμβάσεις, πυρετικές καταστάσεις, έντονους πόνους καθώς επίσης ψυχικές ή Stress-καταστάσεις (εικ. 5).

Σε πολλές γυναίκες προκαλεί η απότομη “εμφάνιση” του γάλακτος έναν διογκωμένο και επώδυνο οίδηματώδη μαστό, η οποία κατάσταση συνίσταται σε μία έντονη υπεραιμία και συμφόρηση των μαστών. Θερά

επιθέματα όπως μία θερμοφόρα ανακουφίζουν την γυναίκα. Ο μαστός, λόγω της υπεραιμίας και της συμφόρησης, η οποία προηγείται της παραγωγής γάλακτος, είναι πλήρης και διογκωμένος. Το νεογέννητο δεν είναι σε θέση να πιάσει την θηλή του μαστού, διότι λόγω της έντονης διογκωσης, η θηλή γίνεται σχεδόν επίπεδη. Στην προκειμένη περίπτωση φροντίζουμε να εκκενώσουμε τον μαστό. Μία συχνή αιτία για ανωμαλίες θηλασμού είναι οι επώδυνες ραγάδες της θηλής, οι οποίες παρατηρούνται συχνότερα σε πρωτότοκες ή σε γυναίκες, οι οποίες δεν έχουν προβεί έγκαιρα στην προετοιμασία της θηλής. Επίσης μπορεί να οφείλεται σε κακή τεχνική του θηλασμού, όταν το παιδί δεν συλλαμβάνει με το στόμα του ολόκληρη την θηλή αλλά μόνο την άκρη αυτής. Με τον όρο “ραγάδες” αντιλαμβάνεται κανείς μικρές ρήξεις του δέρματος της θηλής. Αυτές οι ρήξεις, δηλ. οι τραυματισμοί, αποτελούν συχνά είσοδο παθογόνων μικροοργανισμών. Παράλληλα ο πόνος οδηγεί στην ατελή εκκένωση του μαστού, με αποτέλεσμα να έχουμε συλλογή γάλακτος του μαστού. Οι ραγάδες της θηλής απαιτούν μία σχολαστική φροντίδα και περιποίηση. Μετά τον θηλασμό συνιστάται ο καθαρισμός της θηλής και η χρήση αλοιφών (Bepanthol Cream). Τα εσώρουχα (στηθόδεσμος) πρέπει να είναι βαμβακερά, για τον καλύτερο αερισμό του μαστού. Όσον αφορά τις ανωμαλίες της θηλής παρατηρείται συχνά, ότι οι θηλές είναι επίπεδες ή εισέχουσες, κατά τρόπον ώστε ο θηλασμός να είναι αδύνατος. Στις γυναίκες αυτές συνιστούμε κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών της εγκυμοσύνης να έλκουν τις θηλές προς τα έξω με τα δάκτυλά τους. Τις περισσότερες φορές αυτή η άσκηση είναι χωρίς αποτέλεσμα και προβαίνουμε σε απογαλακτισμό.



Εικόνα 5. Σχηματική παράσταση της ορμονικής επίδρασης στον γυναικείο μαστό. μπλέ: οιστρογόνα, κίτρινο: προγεστερόνη, κόκκινο: προλακτίνη, πράσινο: αντανακλαστικό θηλασμό. 1. παιδική, 2. εφηβική ηλικία, 3. αναπαραγωγική ηλικία, 4. αρχόμενη εγκυμοσύνη, 5. προχωρημένη κύηση, 6. ωθητικές ορμόνες, 7. γοναδοτρόπος ορμόνη, 8. θυρεοειδής αδένας, 9. επινεφρίδια, 10. επιδράσεις ψυχικού κόσμου, 11. γαλουχία, 12. ο πλακούντας αναλαμβάνει κατά το ήμισυ της κύησης την ορμονική μέριμνα των μαστών.

Απογαλακτισμός

Μερικές φορές υπάρχει κάποια αιτία για τον απογαλακτισμό, ο οποίος διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Αιτίες για πρωτογενή (άμεση) διακοπή της γαλουχίας, δηλ. για την αναχαίτιση ενεργοποίησης της λειτουργίας του μηχανισμού της γαλακτοφορίας,

είναι από πλευράς μητέρας μία φυματίωση, ή άλλες σοβαρές λοιμώδεις παθήσεις ή άλλης φύσεως παθήσεις, όπως μη ρυθμισμένες παθήσεις της καρδιάς, νεφρών και ήπατος και από πλευράς παιδιού η αδυναμία του παιδιού να θηλάξει λόγω διαπλαστικών ανωμαλιών, όπως λυκόστομα και λαγώχειλος.

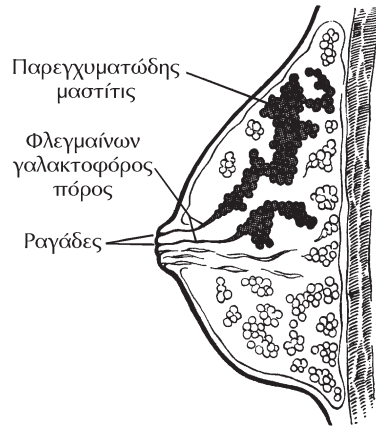
Ενδείξεις για δευτερογενή απογαλακτισμό, δηλ. διακοπή της ήδη εγκατεστημένης γαλουχίας είναι μαστίτιδες, οι οποίες καταλήγουν σε απόστημα, μία ψύχωση στην λοχεία, και η επί μακρόν λήψη φαρμάκων.

Στο παρελθόν χρησιμοποιούσαμε προς απογαλακτισμό οιστρογόνα ή μίγμα οιστρογόνων-ανδρογόνων. Σήμερα το φάρμακο της επιλογής είναι εκείνα τα οποία αναστέλλουν την παραγωγή προλακτίνης. Τα φάρμακα αυτά –Parlodel, Dipergon, Norprolac– (βρωμοκρυπτίνη, λισουριδία κ.τ.λ.), επειδή έχουν παρενέργειες όπως τάση προς έμετο και ζάλη, συνιστάται να χορηγούνται με αυξανόμενη δοσολογία αρχίζοντας από μικρές δόσεις. Προκειμένου να αποφύγουμε επανεμφάνιση της γαλουχίας συνιστάται η θεραπεία να διαρκεί πλέον των 10-14 ημερών και σταδιακά να περαπούται. Πρόσθετα μέτρα, όπως σφικτή περιδέση των μαστών, ψυχρά επιθέματα, περιορισμό λήψης υγρών και διουρητικά δεν είναι απαραίτητα, εντούτοις στον δευτεροπαθή απογαλακτισμό βοηθούν την γυναίκα.

Μαστίτιδα

Η μαστίτιδα, δηλ. η φλεγμονή του μαστικού αδένου (εικ. 6,7) είναι η βαρύτερη επιπλοκή της γαλουχίας. Εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε θηλάζουσες γυναίκες. Οι πρωτότοκες προσβάλλονται συχνότερα από ότι οι πολύτοκες. Συνήθως η πάθηση είναι μονόπλευρη. Όσον αφορά την δημιουργία μιάς μαστίτιδας πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας τους κατωτέρω παράγοντες:

Ο λοιμογόνος παράγοντας είναι τις περισσότερες φορές (πλέον των 90%) ένα στέλεχος του χρυσίζοντος σταφυλοκόκκου, το οποίο υπάρχει ως αίτιο ενδονοσοκομειακής επιδημίας. Οι σταφυλόκοκκοι αυτοί συναντώνται συνήθως στον ρινοφάρυγγα



Εικόνα 6. Παρεγχυματώδης μαστίτις (επέκταση της φλεγμονής των γαλακτοφόρων πόρων στον μαστικό αδένου). Σχηματική παράσταση της εικ. 7.

του νεογεννήτου. Η μεταφορά των παθογόνων αυτών μικροβίων στην θηλή συμβαίνει κυρίως με τον θηλασμό. Αντιθέτως σπανίως συμβαίνει μία μεταφορά του παθογόνου μικροβίου από τα λόχεια στην θηλή με ακάθαρτα χέρια. Η βακτηριολογική προσβολή του παιδιού συμβαίνει από το νο-



Εικόνα 7. Μαστίτις σε προχωρημένο στάδιο. Έχει καταλάβει όλον τον μαστικό αδένου και έχει δημιουργήσει απόστημα.

σηλευτικό προσωπικό, από άλλα μεγαλύτερης ηλικίας νεογέννητα, και από την ίδια την μητέρα. Η συχνότητα μιάς μαστίτιδας ανέρχεται σε 0,5-2%. Ομιλούμε για μία επιδημία, όταν ένας μεγάλος αριθμός λεχωϊδων ενός μαιευτηρίου προσβάλλεται από μαστίτιδα. Σε τοκετούς στα μαιευτήρια θα πρέπει η συχνότητα να κυμαίνεται σε υψηλότερα επίπεδα από ότι σε τοκετούς στο σπίτι. Από τα ανωτέρω συνάγεται, ότι η μαστίτιδα αποτελεί μία νόσο, η οποία συμβαίνει ενδονοσοκομειακώς, παρά το γεγονός, ότι η μεγάλη συχνότητα παρατηρείται την 2^η με 3^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Ο δείκτης μαστίτιδας αποτελεί ένα ασφαλές στοιχείο της σχολαστικότητας και τήρησης μέτρων προστασίας ενός μαιευτηρίου καθώς επίσης και του βαθμού σωστής παρακολούθησης των λεχωϊδων στο μαιευτήριο. Η μικράς διάρκειας παραμονή των λεχωϊδων στο μαιευτήριο συντελεί στην μείωση των κρουσμάτων μαστίτιδας. Επειδή όμως οι πρωτότοκες προσβάλλονται συχνότερα από ότι οι πολύτοκες, θα πρέπει να αναζητήσουμε και άλλα αίτια, τα οποία ευνοούν την προσβολή, όπως η μη ικανοποιητική προετοιμασία των μαστών και η μη σωστή τεχνική του θηλασμού. Όσον αφορά τις ραγάδες της θηλής ως γενεσιουργό αίτιο μιάς μαστίτιδας, οι τοποθετήσεις των ερευνητών είναι διχασμένες. Προ-

σωπική άποψη του συγγραφέα είναι ότι οι ραγάδες της θηλής δεν ευνοούν την δημιουργία μαστίτιδας και τεκμηριώνεται η άποψη αυτή από το γεγονός, ότι ραγάδες της θηλής παρατηρούνται σε ποσοστό 30% των λεχωϊδων, αντιθέτως μαστίτιδα μόνο 1%.

Συμπτώματα: Τα συμπτώματα συνίστανται σε:

- Πόνο
- Πυρετό
- Ερυθρότητα
- Οίδημα

Συχνά αρχίζει μία μαστίτιδα με μία ελαφρά και διάχυτη υπερφόρτωση των μαστών και με ένα μικρού βαθμού πόνο, ο δε μαστός είναι ευαίσθητος στην πίεση. Ο πυρετός εμφανίζεται αργότερα. Οίδημα (διόγκωση) και ερυθρότητα (υπεραιμία) είναι τα τελευταία συμπτώματα.

Στην περίπτωση, κατά την οποία δεν υποβληθεί έγκαιρα η λεχωϊδα στην ανάλογη θεραπεία, τότε η μαστίτιδα εξελίσσεται και σχηματίζεται απόστημα (εικ. 7) και τότε διενεργείται μία διάνοιξη του αποστήματος και η ανάλογη θεραπεία.

Η προφύλαξη μιάς μαστίτιδας συνίσταται στην λήψη όλων εκείνων των μέτρων, ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία μαστίτιδας. Σημαντικό ρόλο παίζει η περιποίηση των μαστών αρκετό χρόνο πριν από τον τοκετό.