



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΜΠΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ: ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ,
ΜΠΑΣΑ ΣΑΛΗ ΜΕΡΒΕ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ: ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ,
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

**ΘΕΜΑ: ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ: ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ,
ΜΠΑΣΑ ΣΑΛΗ ΜΕΡΒΕ

**ΘΕΜΑ: ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ,
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	8
ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ.....	8
1.1 ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	8
1.1.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	10
1.2 ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (Μ.Ε.Ν. ΝΕΟΓΝΩΝ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
1.3 ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ	22
1.3.1. ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΝΕΟΓΝΟΥ – ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	30
ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.....	30
2.1. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΝΟΣΟΙ Ή ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΑΜΕΣΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	30
2.1.1. ΚΡΑΝΙΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ	30
2.1.2 ΑΤΡΗΣΙΕΣ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΥ (ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ)	37
2.1.3 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	45
2.2. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ ΣΕ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΟΥΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	52
2.2.1. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	52
2.2.2 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ	52
2.2.3 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	53
2.2.4. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	59
2.2.5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ	62
2.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ.....	62
2.4. Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΑΣΗΣ ..	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	68
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	68
3.1 ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ..	68
3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ	72

3.3	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	74
3.3.1	ΣΙΤΙΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	77
3.3.2	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ	78
3.3.3	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ	80
3.4	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	82
3.4.1	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΟΓΝΟΥ – ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	85
3.4.2	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ	87
3.5	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ (follow up) ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΝΝ.....	91
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	93
	ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟ ΠΟΥ ΧΡΗΣΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	93
4.1	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ – ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	93
4.2	ΛΗΨΗ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	94
4.3	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΥΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	95
4.4	ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ – ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ.....	96
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	99
	ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΠΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ	99
	Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ – ΜΑΙΕΥΤΗ.....	99
5.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ - ΜΑΙΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΕΝΝ.....	99
5.2	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ –ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΑ ΝΕΟΓΝΑ	101
5.3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ –ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΕΣΜΟΥ ΜΗΤΕΡΑΣ- ΝΕΟΓΝΟΥ	103
5.4	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ	106
5.5	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΕΔΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	108
5.6	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ/ΜΑΙΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΓΚΟΥΡΟ “KANGAROOCARE”	108
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	112
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	115
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	116

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι χειρουργικές παθήσεις είναι γνωστό ότι αποτελούν μία από τις πιο σοβαρές και πολλές φορές δύσκολες στη διαχείριση κλινικές περιπτώσεις της νεογνικής ηλικίας. Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνηθεί το είδος των χειρουργικών παθήσεων που παρατηρούνται συχνότερα στα νεογνά, καθώς και η συμβολή της μαιευτικής φροντίδας στη χειρουργική των νεογνών.

Οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) στις μέρες μας αντιμετωπίζονται από όλους τους εμπλεκόμενους (μαίες/μαιευτές, νοσηλευτές, νεογνολόγους και άλλους ιατρούς, γονείς και οικείους τους, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, τεχνικούς και λοιπό προσωπικό κλπ) ως ένας νευραλγικός χώρος παροχής φροντίδας υγείας για τα νεογνά υψηλού κινδύνου.

Στο 1^ο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται περιγραφή της λειτουργίας, της οργάνωση καθώς και της φροντίδα που παρέχεται στα νεογνά της MENN. Συνεχίζοντας στο 2^ο κεφάλαιο αναφέρονται τα κυριότερα και συχνότερα χειρουργικά προβλήματα της νεογνικής ηλικίας που σχετίζονται με το νεογνό υψηλού κινδύνου. Στο 3^ο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια να σκιαγραφηθούν οι άξονες του σχεδίου φροντίδας και νοσηλείας για τα νεογνά της MENN προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, τους κινδύνους και τις επιπλοκές, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τα ανακουφιστικά μέτρα που είναι αναγκαίο να ληφθούν. Τέλος παρουσιάζεται και η σταδιακή προσαρμογή του νεογνού σε περιβάλλον εκτός της MENN.

Η επικοινωνία, η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η εμπλοκή στη φροντίδα του νεογνού και η υποστήριξη των γονέων των νεογνών που νοσηλεύονται στη MENN, από το προσωπικό της μονάδας, με εξατομίκευση στην περίπτωση των χειρουργημένων νεογνών, περιγράφεται στο 4^ο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας,

Κλείνοντας την εργασία στο 5^ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον τόσο σημαντικό ρόλο του προσωπικού των MENN που βρίσκεται διηλεκώς σε ετοιμότητα για πρόληψη επιπλοκών, αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκύπτουν, με έμφαση στη σύγχρονη αποστολή της μαίας – μαιευτή στην εντατική νοσηλεία των νεογνών.

ABSTRACT

Summary of surgical conditions are known to be one of the most serious and often difficult to manage clinical cases of neonatal age. The purpose of our research is to investigate the kind of surgical diseases most commonly seen in infants as well as the contribution of obstetric care in neonatal surgery.

Nowadays intensive nursing units for infants are treated by all involved (midwives, nurses, neologists and other medical parents and their families, physiotherapists, social workers, technicians and other staff) as a key healthcare provider for high-risk new born babies.

The first chapter of this survey describes the operation of organization as well as the care which is provided to the infants of the intensive care unit. Then, the second chapter mentions the most important and often surgical problems of neonatal age, associated with endangered new born. The third chapter attempts to outline the axes of the care and nursing plan for pre- and post-operative phase of intensive care unit for infants, the risks and complications of the treatment and the relief measures that need to be taken. Finally, the gradual introduction of the new born in a non intensive care environment for infants is presented.

The communication, information, education, involvement in the care of new born and the parents' support to the babies who are hospitalized in intensive care unit for infants by the staff of the unit is described in the fourth chapter of the present of this research and is specialized in the case of operated infants.

Finally, in the fifth chapter, the review refers to the vital role of the staff of intensive care unit, which is always aware to prevent complications, to cope with the emerging conditions, emphasizing to the current duty of midwife in the intensive nursing of infants.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των νεογνών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας. Είτε πρόκειται για προωρότητα, είτε για περιγεννητικές νεογνικές λοιμώξεις, είτε για γενετικά κληρονομούμενα νοσήματα, η γέννηση ενός νεογνού με πρόβλημα είναι μια δυσάρεστη κατάσταση που χρειάζεται αντιμετώπιση.

Η μαιευτική φροντίδα των πρόωρων νεογνών στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), είναι εξίσου σημαντική και πολύπλοκη διαδικασία, όσο και η νοσηλευτική φροντίδα στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας των ενηλίκων. Τα νεογνά που νοσηλεύονται στη MENN είναι: νεογνά υψηλού κινδύνου, πρόωρα νεογνά, υπερώριμα νεογνά, μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά, νεογνά πολλαπλών κυήσεων, νεογνά με κατώσεις κατά τον τοκετό, νεογνά με συγγενείς ανωμαλίες, νεογνά με ενδομήτρια ή άλλη λοίμωξη, νεογνά αυξημένου κινδύνου σχετιζόμενος με παθήσεις της μητέρας, νεογνά με διάφορες παθολογικές καταστάσεις και τέλος νεογνά με επείγοντα χειρουργικά προβλήματα.

Η συνεχής επαγρύπνηση και αξιολόγηση της κατάστασης του νεογνού, τη θρέψη του, την πορεία της νόσου, η ολιστική φροντίδα για υποστήριξη της υγειούς νευροανάπτυξης, ακόμη και η γνώση που απαιτείται για το χειρισμό των μηχανημάτων στη σύγχρονη νεογνική μονάδα, είναι ενδεικτικά κάποια από τα καθημερινά καθήκοντα των μαιών/μαιευτών του τμήματος. Αφετέρου δε οι πράξεις και οι χειρισμοί που πραγματοποιούνται στη MENN χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή, γνώσεις και αληθινό ενδιαφέρον, ακριβώς επειδή τα νεογνά είναι μια κατηγορία ασθενών, όπου και το παραμικρό λάθος, για παράδειγμα στη δοσολογία ενός φαρμάκου, μπορεί να οδηγήσει σε μια μη αναστρέψιμη κατάσταση. Επιπρόσθετα ο ρόλος των μαιών /μαιευτών ή των νοσηλευτριών/νοσηλευτών στη MENN, δεν σταματάει στη προαγωγή της υγείας και της ποιότητας του νεογνού. Ο ρόλος τους είναι πολύπλευρος και σημαντικός. Καλούνται να εκπαιδεύσουν, να ενθαρρύνουν, να στηρίξουν τους νέους γονείς, τους φοιτητές και νέους επαγγελματίες υγείας, ως προς

τα καινούργια δεδομένα που καλούνται να αντιμετωπίσουν και να προσαρμοστούν, αλλά και να ασκήσουν παρηγορητική και υποστηρικτική φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ

1.1 ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Νεογνά υψηλού κινδύνου ορίζονται εκείνα που ανεξάρτητα της περιόδου κύησης ή του σωματικού βάρους γέννησης υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα θνησιμότητας ή νοσηρότητας από τον μέσο όρο, εξαιτίας παθήσεων ή κατάστασης της υγείας τους που σχετίζεται με τον τοκετό και την προσαρμογή τους στην εξωμήτρια ζωή (Πάνου, 2007, Hockenberry et al., 2011). Η περίοδος κινδύνου περιλαμβάνει την αύξηση και την ανάπτυξη από την στιγμή βιωσιμότητας (η ηλικία κύησης που είναι η επιβίωση εκτός της μήτρας ή 23 εβδομάδες ζωής) έως και 28 ημέρες μετά τον τοκετό (Hockenberry et al., 2011). Τα νεογνά ταξινομούνται με βάση το μέγεθος, την διάρκεια της κύησης και τα παθοφυσιολογικά προβλήματα (Πάνου, 2007).

- **Κλινικές εκδηλώσεις**

Τα νεογνά υψηλού κινδύνου κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το βάρος γέννησης, την ηλικία κύησης και τα παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά. Τα προβλήματα έχουν σχέση με τη φυσιολογική κατάσταση που είναι στενά συνδεδεμένα με το επίπεδο ωριμότητας του νεογνού και περιλαμβάνουν βιοχημικές διαταραχές ή επιπτώσεις σε ανώριμα όργανα και συστήματα, όπως αναπνευστική δυσχέρεια, υποθερμία (Hockenberry et al., 2011).

Επιπλέον τα προβλήματα στα νεογνά σχετίζονται με την ωριμότητα και τις βιοχημικές διαταραχές όπως υπογλυκαιμία, υπασβεστιαιμία και ανώριμη λειτουργία οργάνων και συστημάτων όπως υπερχολεθρυναιμία, αναπνευστική δυσχέρεια και υποθερμία (Πάνου, 2007). Ένα νεογνό υπάρχει περίπτωση να θεωρείται υψηλού κινδύνου αν υπάρχουν κοινωνικοοικονομικά και ιατρικά

προβλήματα, που μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση της έκβασης της κύησης στην μητέρα ή στο νεογνό (Altinbas et al., 2014).

- **Πρόληψη**

Οι έγκυες λόγω της εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά την προγεννητική περίοδο. Οι γυναίκες με συνοδά νοσήματα λόγω της έλλειψης γνώσης θα πρέπει να υποβάλλονται σε αντισυλληπτικούς μεθόδους πριν αλλά και μετά τον τοκετό (Altinbas et al., 2014).

- **Συστηματική εκτίμηση των νεογνών υψηλού κινδύνου:**

- Επαγρύπνηση για επιβεβαίωση ευαίσθητων μεταβολών που δεν διαπιστώνονται με τα μηχανήματα π.χ. αλλαγές στο χρώμα και εμετοί που δεν θα καταγραφούν από το monitor, μόνο αν παρουσιαστεί εισρόφηση και προκαλέσει απνοϊκή κρίση. Ακόμα δεν μπορούν να καταγράψουν συμπεριφορές της διατροφής, κοιλιακή διάταση και χαρακτηριστικά των κοπράνων, συμπεριφορά, δερματικές εκδηλώσεις, χαρακτήρας και θέση καρδιακών ήχων και αναπνοές όπως εισολκές, αναπέταση πτερυγίων της μύτης και γογγυσμός.
- Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης των νεογνών στην καθημερινή φροντίδα γιατί τα ζωτικά σημεία αλλάζουν κάθε 4-5 ώρες
- Τα monitor λειτουργούν σε άπνοια με την σωστή πίεση και όγκο και δεν υπάρχουν διαρροές, είναι ρυθμισμένα στο επιθυμητό όριο και οι αντλίες έγχυσης απελευθερώνουν τον σωστό όγκο και είδος υγρού
- Επισκόπηση του νεογνού κάθε μια ώρα ή πιο συχνά και καταγραφή των συμπερασμάτων στο φύλλο παρατηρήσεων.
- Αλλαγή της θέσης κάθε 1-2 ώρες και οι περιοδικές θεραπείες πρέπει να ρυθμίζονται ώστε να συμπίπτουν με την εκτίμηση του νεογνού. Η εκτίμηση μπορεί να γίνει χωρίς μετακίνηση, με χειρισμούς που είναι αναγκαίοι και ολοκλήρωση σε σύντομο χρόνο (Πάνου, 2007).

1.1.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παρόλο που σημαντικά βήματα έχουν γίνει στον τομέα της περιγενετικής και νεογνικής φροντίδας στη χώρα μας, πολλά ακόμη χρειάζεται να θεσμοθετηθούν, ώστε να επιτευχθεί μείωση των ημερών νοσηλείας των νεογνών, αλλά και μια πιο σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση για πολλά νοσήματα με στόχο την καλύτερη έκβαση και την ποιότητα ζωής αυτών των παιδιών. Ένα από τα βασικά ζητήματα που απασχολεί τους νεογνολόγους είναι η επίτευξη των στόχων με φαρμακευτικά μέσα και όχι με επεμβατική θεραπεία (www.infokids.gr).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση φαίνεται να «βάζει το μαχαίρι στο λαιμό» των κρατών, προσανατολίζοντάς τους στη λήψη απαραίτητων μέτρων για εξυγίανση των συστημάτων υγείας και της εφαρμογής πολιτικών που θα δημιουργούν δίκτυ ασφαλείας στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Αυτό θα μπορέσει να επιτευχθεί μέσα από την περικοπή της σπατάλης, την καλή καταγραφή χρήσιμων πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο, και τον συνολικό επαναπροσδιορισμό για την αντιμετώπιση των νοσημάτων (Συμεωνίδου, 2017).

Ένα καλό παράδειγμα περικοπής της σπατάλης και επαναπροσδιορισμού της αντιμετώπισης των νοσημάτων ειδικά για τη χώρα μας, όπως ανακοινώθηκε σε πανελλήνιο συνέδριο, είναι η εφαρμογή εθνικών κλινικών πρωτοκόλλων. Τα κλινικά πρωτόκολλα και οι οδηγίες μπορούν να αποδειχθούν αρκετά ωφέλιμα σε κάθε τομέα ενός συστήματος φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στοχεύουν στη διευκόλυνση του κλινικού έργου μέσω της συστηματοποίησης του τεράστιου όγκου των σύγχρονων και συνεχώς εξελισσόμενων και αυξανόμενων ιατρικών δεδομένων συνεπικουρούμενα και από τη χρήση σύγχρονων τεχνολογικών μέσων. Αποτέλεσμα αυτού είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις καλές πρακτικές σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας των Νεογνών που εφαρμόζονται παγκοσμίως, γίνεται αναφορά στις πρακτικές βελτίωσης της ποιότητας σε MENN του Hn. Βασιλείου και της N. Αμερικής. Σύμφωνα με τη μελέτη του Hn. Βασιλείου, η MENN είναι ένα υψηλά περίπλοκο σύστημα το οποίο χρήζει από μόνο του την εφαρμογή αρχών βελτίωσης της ποιότητας. Αυτό προϋποθέτει την

ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας η οποία τείνει συνεχώς να βελτιώνεται. Το προσωπικό που εργάζεται στη MENN πρέπει να εκπαιδεύεται στις μεθοδολογίες της βελτίωσης της ποιότητας και στην ασφάλεια των νεογνών. Με τη χρήση των συλλογικών δικτύων μπορεί να επιτευχθεί η αλλαγή. Στην Ν. Αμερική το μοντέλο του κύκλου ποιότητας του Nolan, Plan-Do-Study-Act (PDSA) ακολούθησε και το Institute of Healthcare Improvement. Μετά το 1990 άρχισαν να εμφανίζονται διάφορα νεογνικά δίκτυα που συνδέθηκαν με σημαντικές βελτιώσεις στα νεογνικά αποτελέσματα. Στις MENN εκείνη την περίοδο αναπτύχθηκαν και πολλά συγκριτικά εργαλεία μέτρησης της απόδοσης για πιο ακριβή αποτελέσματα.

Αν και έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην νεογνική φροντίδα μέσω των προγραμμάτων της συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας, χρειάζεται ακόμα να διευκρινιστούν ορισμένα στοιχεία της μεθόδου (Συμεωνίδου et al., 2018).

1.2 ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (Μ.Ε.Ν. ΝΕΟΓΝΩΝ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σκοπός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι η παροχή προχωρημένων νεογνικών υπηρεσιών υγείας και επείγουσας φροντίδας σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους εντός του νοσοκομείου με δομή και οργάνωση που να έχει τη δυνατότητα για φροντίδα και υποστήριξη ή/και προσωρινή υποκατάσταση των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών, οι οποίοι έχουν πραγματικό ή δυνητικό κίνδυνο θανάτου ή ανήκεστης βλάβης της υγείας τους.

Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών είναι ο χώρος όπου παρέχεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συνεχούς και αδιάλειπτης παρακολούθησης, φροντίδας και θεραπείας σε ασθενείς, των οποίων οι ζωτικές λειτουργίες βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Η Μονάδα βρίσκεται σε 24-ωρη ετοιμότητα για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

- **Σπουδαιότητα της Μ.Ε.Ν. Νεογνών**

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που συχνά παραβλέπεται η σπουδαιότητα της Μ.Ε.Ν.Ν. Ειδικά για τα βρέφη, συχνά αποτελεί το πρώτο στάδιο της ζωής τους ενώ και για τους γονείς καθορίζει τη σχέση τόσο με το ίδιο το βρέφος, όσο και με την πρώτη επαφή με βασικά τμήματα του συστήματος υγείας. Ακόμη και για τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται με τη Μ.Ε.Ν.Ν. δίνεται η δυνατότητα να γνωρίσουν βασικά στοιχεία του εαυτού τους και να αναλογιστούν τα μεγέθη των ευθυνών και των καθηκόντων τους.



Εικ. 1: Επιτήρηση Βιοσημάτων και υποστήριξη Ζωτικών Λειτουργιών Νεογνών σε Θερμοκοιτίδα
<https://commons.wikimedia.org>

Στην ενίσχυση της σπουδαιότητας της Μ.Ε.Ν.Ν. συμπεριλαμβάνονται και τα στοιχεία που τη συγκροτούν, τα οποία αναλύονται στις ενότητες που θα ακολουθήσουν και περιλαμβάνουν τη χωροταξική διαμόρφωση, το φωτισμό, την επάρκεια αερισμού κλπ.

Η Μ.Ε.Ν.Ν. αποτελεί τμήμα ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς καθορίζει συχνά σε μεγάλο βαθμό τη μετέπειτα πορεία της ζωής του νεογνού. Για ένα χρονικό διάστημα, όσο η επιβίωση των πρόωρων βρεφών καθορίζεται από την εισαγωγή τους στη Μ.Ε.Ν.Ν., οι συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον της είναι ιδιαίτερα κρίσιμες. Οι συγκεκριμένες συνθήκες συχνά είναι και εκείνες που καθορίζουν το βαθμό επιτυχίας εισαγωγής ενός νεογνού στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών (Tsironi et al 2001).

Το περιβάλλον της Μ.Ε.Ν.Ν. αποτελεί το σημείο επαφής νεογνού και της νοσοκομειακής περίθαλψης ως επέκταση των ψυχοσωματικών δεσμών που σχηματίζονται μεταξύ μητέρας και νεογνού από τις πρώτες κιόλας στιγμές επαφής.

Συχνά, στη δημιουργία τμημάτων Μ.Ε.Ν.Ν. στα διάφορες μονάδες υγείας δεν λαμβανόταν υπόψη η ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το αίσθημα ασφάλειας που καλλιεργούνταν να μην είναι τέτοιο που να δημιουργεί προϋποθέσεις θετικών αποκρίσεων των γονέων ως προς τη Μ.Ε.Ν.Ν. Πλέον, η εξέλιξη της τεχνολογίας στο χώρο της ιατρικής σε συνδυασμό με την ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος, αλλά και της δημιουργίας των καταλληλότερων συνθηκών για το νεογνό, έχουν αναγάγει το σχεδιασμό και λειτουργία της Μ.Ε.Ν.Ν. σε σημαντικότερα στοιχεία (Browne et al. 2007).

- **Κριτήρια δωματίου υποδοχής νεογνού**

Καθοριστικό στοιχείο της λειτουργίας της Μ.Ε.Ν.Ν. αποτελούν τα βασικά κριτήρια που καθορίζουν τις συνθήκες των δωματίων υποδοχής των νεογνών. Τα δωμάτια υποδοχής πρέπει να είναι κατάλληλα συνδεδεμένα με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου ενώ πρέπει να διατίθεται και συγκεκριμένος χώρος ανάνηψης νεογνών, δηλαδή περιοχών σταθεροποίησης της υγείας τους με δυνατότητες άμεσης πρόσβασης, από τις Μ.Ε.Ν.Ν.

Το σύστημα εξαερισμού για κάθε δωμάτιο υποδοχής και αίθουσα ανάνηψης πρέπει να είναι σχεδιασμένα ώστε να ελέγχουν τη θερμοκρασία περιβάλλοντος μεταξύ 22 – 26° C ή 72 - 78 βαθμών Fahrenheit, κατά τη διάρκεια της παραλαβής, ανάνηψης και σταθεροποίησης του νεογνού (Von Dolinger de Brito et al., 2007).

Χωροταξικά, το ελάχιστο καθαρό εμβαδόν των 7,5 m² για κάθε βρέφος, πρέπει να παρέχεται, ώστε να πραγματοποιούνται όλες οι απαραίτητες πρώτες ενέργειες ανάνηψης, ενώ η επάρκεια οξυγόνου και ταυτόχρονα η προσβασιμότητα σε ηλεκτρικές πρίζες για τις αναγκαίες συσκευές πρέπει να παρέχονται ώστε να εξασφαλιστεί η υγεία του νεογνού.

Ο συγκεκριμένος χώρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολλούς σκοπούς, συμπεριλαμβανομένης της ανάνηψης, σταθεροποίησης, παρατήρησης, εξέτασης, παραμονής ή άλλων αναγκών του νεογνού.

Τα παράθυρα και οι πόρτες πρέπει να είναι σχεδιασμένα με σκοπό την οπτική και ακουστική προστασία της ιδιωτικής ζωής και πρέπει να π τρέπουν την εύκολη επαφή ενός νεογνού με το προσωπικό της ΜΕΝΝ. Το δωμάτιο υποδοχής ανάνηψης πρέπει να είναι εξοπλισμένο με ένα πέρασμα διαφυγής αέρα, μέσω του παραθύρου ή της πόρτας, που να έχει θετική πίεση ούτως ώστε αέρας να ρέει προς τα έξω όταν το παράθυρο ή η πόρτα ανοίγουν.

Μερικά βρέφη και ιδιαίτερα πρόωρα νεογνά απαιτούν μεγαλύτερη θερμική σταθερότητα και συχνά πρόσθετο εξειδικευμένο προσωπικό, εξοπλισμό και τελειοποίηση του χρόνου ανάνηψης. Είναι ουσιαστικά ασθενείς ΜΕΝΝ από τη στιγμή της παραλαβής τους και επομένως απαιτούν βέλτιστη διαχείριση σε συγκεκριμένο διάστημα. Η κατάλληλη ανάνηψη - σταθεροποίηση του νεογνού θα πρέπει να παρέχεται σε τέτοιο βαθμό, ώστε το δωμάτιο υποδοχής - ανάνηψης να αποτελεί το πρώτο βήμα νοσηλείας (Browne et al., 2007).

- **Διαμόρφωση Μ.Ε.Ν.Ν. και τοποθέτηση στο νοσοκομείο**

Η Μ.Ε.Ν.Ν. είναι ένα αυτόνομο τμήμα εντός μιας νοσηλευτικής μονάδας, με ελεγχόμενη πρόσβαση και ελεγχόμενο περιβάλλον. Πρέπει να βρίσκεται σε χώρο που έχει σχεδιαστεί για το σκοπό αυτό, ώστε να παρέχει αποτελεσματική μετακίνηση του εξειδικευμένου προσωπικού, της οικογένειας και του εξοπλισμού.

Η Μ.Ε.Ν.Ν. πρέπει να είναι σε στενή γειτνίαση με την αίθουσα τοκετών. Όταν η μαιευτική και οι νεογνικές υπηρεσίες πραγματοποιούνται σε ξεχωριστούς ορόφους του νοσοκομείου, πρέπει να υπάρχει δίπλα στις συγκεκριμένες μονάδες ένα ασανσέρ με κλήσεις προτεραιότητας, όπου η μετάβαση στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών να είναι άμεση αν καταστεί ανάγκη. Οι Μ.Ε.Ν.Ν. που παραλαμβάνουν βρέφη από τις υπόλοιπες μονάδες υγείας πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση στα μέσα

μεταφοράς και στο χώρο υποδοχής– ανάληψης του νοσοκομείου ή το ΕΚΑΒ, τις μονάδες μεταφοράς νεογνών.

Ο σκοπός επιλογής των συγκεκριμένων τμημάτων εντός του νοσοκομείου είναι να παρέχεται ασφαλή και αποτελεσματική μετακίνηση των νεογνών με ταυτόχρονο σεβασμό της ιδιωτικής ζωής τους. Κατά συνέπεια, η Μ.Ε.Ν.Ν. πρέπει να είναι μια ξεχωριστή, ελεγχόμενη περιοχή που γειτνιάζει άμεσα με άλλες υπηρεσίες περιγεννητικής φροντίδας, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις, όπου εξαιρέσεις μπορούν να δικαιολογηθούν. Η μεταφορά των βρεφών εντός του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι δυνατή χωρίς τη χρήση των γενικών δημοσίων διαδρόμων (Gray et al., 2004, Browne et al., 2007).

- **Χωροταξικές προδιαγραφές και απαιτήσεις Μ.Ε.Ν. Νεογνών**

Κάθε χώρος Μ.Ε.Ν.Ν. πρέπει να διαθέτει τουλάχιστον 11,2 m² ελεύθερο χώρο δαπέδου, εκτός από τους χώρους πλυσίματος των χεριών και διαδρόμους. Δίπλα σε κάθε νεογνό θα πρέπει να υπάρχει ένας διάδρομος με ελάχιστο πλάτος 1,2 μέτρα βάσει των δωματίων που διαθέτει η κάθε Μ.Ε.Ν.Ν. Όταν στη Μ.Ε.Ν.Ν. υπάρχουν μονόκλινα δωμάτια ή σταθερό χώρισμα, πρέπει να υπάρχει ένας διάδρομος δίπλα σε κάθε νεογνό όχι μικρότερος από 2,4 μέτρα με ανεμπόδιστο πλάτος ώστε να επιτρέπει την διέλευση του εξοπλισμού και του προσωπικού. Αίθουσες με πολλές θερμοκοιτίδες πρέπει να έχουν τουλάχιστον 2,4 μέτρα μεταξύ κάθε θερμοκοιτίδας ενώ πρέπει να προβλέπεται και η δυνατότητα οπτικής επαφής. Οι συγκεκριμένες προδιαγραφές στην ουσία αποτελούν μια γενική θεώρηση σχεδιασμών Μ.Ε.Ν.Ν. Συχνά πρέπει να είναι μεγαλύτερες, ώστε να αντικατοπτρίζουν την πολυπλοκότητα της φροντίδας που παρέχεται.

Ως προς το χώρο των κουνακίων των νεογνών, για κάθε ένα ξεχωριστά θα πρέπει να έχει προβλεφθεί ένας συνολικός χώρος 14 m², ώστε να επαρκεί τόσο για τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό, τη μεταφορά, τη διέλευση του προσωπικού αλλά και ένα χώρο για τους γονείς. Το πλάτος των διαδρόμων σε αίθουσες πολλαπλών λίκνων πρέπει να επιτρέπει την εύκολη μετακίνηση όλου του εξοπλισμού που θα μπορούσε να μεταφερθεί στο κρεβάτι του νεογνού, καθώς και εύκολη πρόσβαση για ένα

σπαστό κρεβάτι της μητέρας του. Επίσης, η ανάγκη για την προστασία της ιδιωτικής ζωής για τα βρέφη και την οικογένεια τους θα πρέπει να καθορίζεται όχι μόνο στο σχεδιασμό του κάθε χώρου αλλά και στο συνολικό σχεδιασμό των Μ.Ε.Ν.Ν. (Browne et al., 2007).

Σε επίπεδο μηχανικών απαιτήσεων, σε κάθε θερμοκοιτίδα ή λίκνο θα πρέπει να διατίθενται όλες οι απαραίτητες ηλεκτρολογικές εγκαταστάσεις, ώστε να εξασφαλίζεται η εύκολη πρόσβαση και ασφάλεια, ενώ πρέπει να έχει προβλεφθεί και η πιθανότητα αναγκαίων τροποποιήσεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, πρέπει να έχει καθοριστεί η ευκολότερη πρόσβαση για νεογνά που βρίσκονται σε κρίσιμη κλινική κατάσταση. Αυτή η περιοχή θα πρέπει να περιλαμβάνει, επίσης, συσκευές επικοινωνίας, αποθήκευση προμηθειών και χώρο γραφημάτων, ώστε να προκύπτει μια αποτελεσματική, οργανωμένη εργασία γύρω από το βρέφος (The American Institute of Architects Academy of Architecture for Health, 2006).

- **Η διαμόρφωση των δωματίων απομόνωσης**

Η διαμόρφωση των δωματίων εντατικής απομόνωσης θα πρέπει κατ' ελάχιστον να περιλαμβάνει ένα ελεύθερο χώρο 14 m² (χώρος δαπέδου), εκτός από την περιοχή εισόδου. Επίσης, θα πρέπει να περιλαμβάνεται χώρος για πλύσιμο των χεριών και αποθήκευση καθαρών και λερωμένων υλικών κοντά στην είσοδο του δωματίου.

Τα συστήματα εξαερισμού για τα δωμάτια εντατικής απομόνωσης θα πρέπει να παρέχουν αρνητική πίεση του αέρα με εξάντληση προς τα έξω, και πρέπει να πληρούν συγκεκριμένα πρότυπα για την ακουστική. Οροφές και πατώματα, συμπεριλαμβανομένων των εισόδων θα πρέπει να «σφραγίζονται αεροστεγώς», έτσι ώστε ο αέρας να μην διεισδύει στο περιβάλλον από εξωτερικούς χώρους ή από άλλους χώρους (Browne et al., 2007).



Εικ.2: Δωμάτιο απομόνωσης
<http://dione.lib.unipi.gr>

Στα δωμάτια εντατικής απομόνωσης, θα πρέπει να υπάρχουν συσκευές αυτόματου κλεισίματος σε όλες τις πόρτες εξόδου του δωματίου. Ένα ηλεκτρονικό σύστημα επικοινωνίας έκτακτης ανάγκης και παρακολούθησης είναι αναγκαίο, ώστε να είναι ανά πάσα στιγμή γνωστή, η κατάσταση της υγείας του νεογνού.

Τα παράθυρα παρατήρησης πρέπει να καλύπτονται με εσωτερικές περσίδες για εναλλασσόμενη προστασία της ιδιωτικής ζωής ή με αδιαφανές γυαλί για πλήρη προστασία της ιδιωτικής ζωής. Η τοποθέτηση των παραθύρων και των άλλων δομικών στοιχείων πρέπει να επιτρέπουν την εύκολη λειτουργία και τον καθαρισμό τους.

Το δωμάτιο εντατικής απομόνωσης πρέπει να είναι κατάλληλα σχεδιασμένο, ώστε να παρέχει φροντίδα για τα νεογνά και πρέπει να είναι εύκολα διαθέσιμο σε κάθε νοσοκομείο με Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό βρίσκεται σε ιδανική τοποθεσία εντός της Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Όταν το συγκεκριμένο δωμάτιο δεν χρησιμοποιείται για απομόνωση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη φροντίδα άλλων βρεφών και άλλους κλινικούς σκοπούς (Browne et al., 2007).

- **Ο χώρος υποδοχής και εισόδου της οικογένειας**

Η Μ.Ε.Ν.Ν. πρέπει να έχει μια είσοδο και ένα προσδιορισμένο χώρο υποδοχής για τις οικογένειες. Οι οικογένειες πρέπει να έχουν άμεση και έμμεση επαφή με το

προσωπικό κατά την άφιξή τους σε αυτό το χώρο υποδοχής. Ο σχεδιασμός αυτού του χώρου θα πρέπει να συμβάλει σε θετικές πρώτες εντυπώσεις για τις οικογένειες και να προωθήσει την ιδέα στις οικογένειες ότι τα μέλη της ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας φροντίδας του νεογνού τους βρίσκονται εκεί για να παρέχουν κάθε είδους βοήθεια. Η διευκόλυνση της επικοινωνίας των μελών της οικογένειας με το προσωπικό, θα ενισχύσει επίσης την εντύπωση της ασφαλούς και αποτελεσματικής νοσηλείας στη Μ.Ε.Ν.Ν. (Browne et al. 2007).

Σ' αυτή η περιοχή θα πρέπει να κλειδώνονται οι εγκαταστάσεις αποθήκευσης για τα προσωπικά αντικείμενα των οικογενειών (εκτός αν ορίζεται αλλού), ενώ μπορεί επίσης να περιλαμβάνει και πλύσιμο χεριών (εκτός αν ορίζεται αλλού). Λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες των νεογνών, των οικογενειών και των επαγγελματιών υγείας, ο χώρος υποδοχής και εισόδου της οικογένειας μπορεί να σχεδιαστεί σε ειδική περιοχή της Μ.Ε.Ν.Ν. Οι οικογένειες αλλά και το νεογνό θα πρέπει να επωφελούνται από την αυξημένη προστασία της ιδιωτικής ζωής, το χώρο, και την αίσθηση του ελέγχου (Guidelines Institute, 2010).

- **Οι γενικοί υποστηρικτικοί χώροι στη Μ.Ε.Ν.Ν.**

Ξεχωριστές υποστηρικτικές εγκαταστάσεις πρέπει να προβλέπονται στη Μ.Ε.Ν.Ν. για ιατρικό εξοπλισμό αποθήκευσης, για υπηρεσίες διαχείρισης μονάδα, για απόρριψη των χρησιμοποιημένων υλικών κλπ.

Θα πρέπει να έχει προβλεφθεί ο σχεδιασμός χώρου για την αποθήκευση των προμηθειών που χρησιμοποιούνται συχνά για την φροντίδα των νεογνών ενώ αναγκαία είναι και η αποθήκευση του μολυσματικού υλικού πριν από την απομάκρυνσή του από το χώρο της Μ.Ε.Ν.Ν.

Το σύστημα εξαερισμού στους βοηθητικούς χώρους θα πρέπει να έχει κατασκευαστεί, ώστε να δημιουργεί την κατάλληλη πίεση ενώ πιθανά μολυσμένα σωματίδια των χώρων καθαρισμού δεν θα πρέπει να εισέρχονται σε καμία περίπτωση σε χώρους της Μ.Ε.Ν.Ν. (Browne et al. 2007).

Επίσης, μια καθορισμένη περιοχή για τη συλλογή των ανακυκλώσιμων υλικών που χρησιμοποιούνται στη Μ.Ε.Ν.Ν. με διαστάσεις τουλάχιστον ένα τετραγωνικό ανά κλίνη έξω από την περιοχή φροντίδας.

Ένας επιπλέον ξεχωριστός χώρος ή γραφείο θα πρέπει να έχει προβλεφθεί για εργασίες όπως η σύνταξη πιο λεπτομερών αρχείων, τηλεφωνική επικοινωνία, χώρους τήρησης αρχείων φροντίδας και νοσηλείας του νεογνού, καθώς και αποθηκευτικοί χώροι με διαχωριστικές ζώνες.

Αρκετά νοσοκομεία συμβάλλουν σημαντικά στη συγκέντρωση αποβλήτων κάθε χρόνο σε χώρους υγειονομικής ταφής και αποτέφρωσης. Αυτό δημιουργεί όχι μόνο κίνδυνο για το περιβάλλον, αλλά και συνθήκες που είναι επιβλαβείς για την ανθρώπινη υγεία. Δημιουργώντας μια καθορισμένη περιοχή συλλογής επιτρέπεται στο προσωπικό να διαχωρίσει και να αποθηκεύσει απόβλητα όπως χαρτί, πλαστικά, μέταλλα, λαμπτήρες φθορισμού και γυαλί διευκολύνοντας τις διαδικασίες απόρριψης (Browne et al. 2007).

- **Ο φωτισμός των χώρων της Μ.Ε.Ν.Ν.**

Η θερμοκρασία σε επίπεδα φωτισμού σε χώρους Μ.Ε.Ν.Ν. πρέπει να είναι ρυθμισμένη μέσω μιας σειράς λαμπτήρων όχι περισσότερων από 600 lux. Τόσο το φυσικό και όσο και το τεχνητό φως πρέπει να έχουν στοιχεία ελέγχου που να επιτρέπουν την άμεση μείωση ή αύξηση.

Οι ηλεκτρικές πηγές φωτός πρέπει να έχουν συγκεκριμένο δείκτη χρωματικής απόδοσης (CRI) (Rea, 2011) και ένα πλήρες φάσμα δείκτη χρώματος (FSCI) (Rea et al., 2004). Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγεται η περιττή υπεριώδη ή υπέρυθη ακτινοβολία με τη χρήση των κατάλληλων λαμπτήρων, φακών ή φίλτρων (Illuminating Engineering Society of North America, 2006).

Δεν υπάρχει άμεση άποψη της πηγής φωτός που επιτρέπεται στο χώρο του νεογνού. Το βασικό στοιχείο που θα πρέπει να ακολουθείται είναι η αποφυγή της απευθείας έκθεσης του νεογνού σε φωτισμό, φυσικό ή τεχνητό. Απαιτείται, σημαντική ευελιξία

στα επίπεδα φωτισμού, έτσι ώστε οι διαφορετικές ανάγκες των βρεφών σε διάφορα στάδια της ανάπτυξης να διαμορφώνονται κατά περίπτωση.

Ο έλεγχος του φωτισμού θα πρέπει να είναι προσβάσιμος για το προσωπικό και τις οικογένειες και ικανός να προσαρμόζεται σε όλο το συνιστώμενο εύρος των επιπέδων φωτισμού. Η χρήση πολλαπλών διακοπών φωτός ώστε να διαμορφώνονται διαφορετικά επίπεδα φωτισμού αποτελεί μια μέθοδος χρήσιμη από μια άποψη, αλλά μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρές δυσκολίες κατά την ταχεία συσκότιση του δωματίου.

- **Η θερμοκρασία περιβάλλοντος και ο αερισμός στη Μ.Ε.Ν.Ν.**

Οι Μ.Ε.Ν.Ν. πρέπει να σχεδιάζονται ώστε να παρέχουν μία θερμοκρασία αέρα από 72° F έως 78 ° F (22 - 26°C) και σε σχετική υγρασία 30 - 60% (ASHRAE 2003), ενώ πρέπει να αποφεύγεται η συμπύκνωση στο τοίχωμα και στις επιφάνειες των παραθύρων. Ένα ελάχιστο επίπεδο εναλλαγών αέρα καθορίζεται σε έξι (6) εναλλαγές ανά ώρα.

Το σχέδιο εξαερισμού πρέπει να παρεμποδίζει τα αιωρούμενα σωματίδια να κινούνται ελεύθερα στο χώρο, καθώς και η εισαγωγή και εξαγωγή των σωληνώσεων εξαερισμού πρέπει καθορίζονται βάσει αρχιτεκτονικών σχεδίων. Ο αέρας εξαερισμού στη Μ.Ε.Ν.Ν. θα πρέπει να φιλτράρεται με ορισμένη κατά περίπτωση απόδοση. Φίλτρα πρέπει να βρίσκονται έξω από την περιοχή εντατικής φροντίδας και νοσηλείας του νεογνού, έτσι ώστε να μπορούν να αλλαχθούν εύκολα και με ασφάλεια. Η εισαγωγή φρέσκου αέρα πρέπει να επιτυγχάνεται από σωλήνες εξάτμισης των συστημάτων εξαερισμού, κατάλληλο εξοπλισμό και συστήματα αεραγωγών (Gray et al., 2004).

Οι πηγές θερμότητας κοντά στο εξωτερικό τοίχωμα, εφόσον συντρέχει περίπτωση, πρέπει να θεωρείται ότι βελτιώνουν το «ψυχρό τοίχωμα», κατάσταση η οποία με τη σειρά της μπορεί να είναι αποτέλεσμα των θερμοκρασιακών διαφορών. Το μοτίβο ροής του αέρα πρέπει να είναι σε χαμηλή ταχύτητα και σχεδιασμένο για ελαχιστοποίηση σε επίπεδα θορύβου για να μην ενοχλούνται τα νοσηλευόμενα

νεογνά. Επίσης, ένα τακτικό πρόγραμμα συντήρησης είναι απαραίτητο για να εξασφαλιστεί ότι τα συστήματα συνεχίζουν να λειτουργούν όπως έχουν σχεδιαστεί (ASHRAE, 2003).

- **Ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό στη Μ.Ε.Ν.Ν.**

Ως προς το προσωπικό στη Μ.Ε.Ν.Ν. θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες προσωπικού που απασχολείται με συγκεκριμένες δραστηριότητες. Ειδικότερα :

1. *Ιατρικό προσωπικό.* Το ιατρικό προσωπικό έχει την πλήρη και αποκλειστική ευθύνη για το σύνολο των νεογνών. Για κάθε ένα από αυτά και για όσο χρόνο παραμένουν στη Μ.Ε.Ν.Ν. ορίζεται κατά περίπτωση ένας ιατρός ως θεράπων. Ο θεράπων είναι υπεύθυνος για την φαρμακευτική αγωγή και τις ιατρικές πράξεις που εκτελούνται στο νεογνό της Μ.Ε.Ν.Ν. Ιατροί άλλων ειδικοτήτων καλούνται κατά περίπτωση από τον θεράποντα ο οποίος έχει την ευχέρεια και την ευθύνη να ακολουθήσει μερικά ή στο σύνολο ή καθόλου τις οδηγίες του συμβούλου. Το ιατρικό προσωπικό της Μ.Ε.Ν.Ν. καθορίζει τα κριτήρια εισόδου και εξόδου των νεογνών στη Μ.Ε.Ν.Ν. Επίσης, αναλαμβάνει την καθημερινή ενημέρωση των συγγενών, συμμετέχει στις οργανωμένες δραστηριότητες του τμήματος ενώ είναι δυνατόν όταν κληθεί από τον θεράποντα ιατρό άλλου τμήματος να καθοδηγήσει ως προς τις προτεραιότητες της αντιμετώπισης του νεογνού και να συμβάλει στην χάραξη θεραπευτικής στρατηγικής. Το ιατρικό προσωπικό διακρίνεται σε μόνιμο με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση και μόνο στο περιβάλλον της Μ.Ε.Ν.Ν. και σε εκπαιδευόμενους ιατρούς.
2. *Μαιευτικό προσωπικό.* Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στη Μ.Ε.Ν.Ν. Το καθηκοντολόγιο περιλαμβάνει την παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων με την χρήση του κατάλληλου εξοπλισμού, την εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών, την ετοιμότητα για CPR, τον έλεγχο επάρκειας και καταλληλότητας του φαρμακευτικού αποθέματος και υλικών και την εργασία σύμφωνα με τα νοσηλευτικά

πρωτόκολλα. Η εκπαίδευση του νέου προσωπικού γίνεται από τον νοσηλευτή κλινικό εκπαιδευτή ο οποίος ελέγχει την εμπέδωση των μεταδιδόμενων γνώσεων και δεξιοτήτων σύμφωνα με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Στην περίπτωση που δεν έχει πιστοποιηθεί κλινικός εκπαιδευτής, η εκπαίδευση διενεργείται από τον εμπειρότερο νοσηλευτή ο οποίος σε αυτό το διάστημα απαλλάσσεται από το νοσηλευτικό έργο. Οι εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές δεν αντικαθιστούν το μόνιμο προσωπικό και δεν λογίζονται στην δύναμη της Μ.Ε.Ν.Ν.

3. *Λοιπό προσωπικό.* Για την απρόσκοπτη λειτουργία της Μ.Ε.Ν.Ν. απαιτείται η συμβολή και προσωπικού μόνιμης ή περιοδικής απασχόλησης. Απαραίτητη κρίνεται η συμβολή φυσικοθεραπευτών, οι οποίοι προτιμότερο είναι να είναι αποκλειστικής απασχόλησης. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει ειδική ομάδα καθαρισμού των χώρων της Μ.Ε.Ν.Ν. εξοικειωμένη με τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων, της ξεχωριστής συλλογής των μολυσματικών και αιχμηρών αντικειμένων και με γνώση των ιδιαιτεροτήτων της ασφαλούς, τόσο για τους ίδιους όσο και για τις ηλεκτρονικές συσκευές, φροντίδας των ιατρικών μηχανημάτων. Ουσιαστική συμβολή τέλος στο έργο της Μ.Ε.Ν.Ν. έχουν οι βοηθοί θαλάμου και οι τραυματιοφορείς, οι οποίοι είναι επιθυμητό να είναι αποκλειστικής απασχόλησης στον χώρο. Στην αντίθετη περίπτωση, η εργασία τους στη Μ.Ε.Ν.Ν. αποκτά προτεραιότητα, στην περίπτωση που τους ζητηθεί σε όλη τη διάρκεια της ημέρας.

1.3 ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Η λειτουργική διασύνδεση ορίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στην εξάλειψη του κατακερματισμού (αποσπασματική παροχή υπηρεσιών), εξασφαλίζοντας οριζόντια και κάθετη επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών. Παράλληλα, διασφαλίζει τη ροή των υπηρεσιών στις κοινότητες που τις έχουν ανάγκη.

Τα τελευταία χρόνια επήλθε εκρηκτική αύξηση στις γνώσεις, αλλά και στις προσδοκίες που αναδύονται σχετικά με το έμβρυο και το πρόωρο νεογνό. Δεν είναι πλέον σήμερα επιτρεπτό οι μαιευτήρες και οι νεογνολόγοι να εργάζονται ανεξάρτητα οι μιν από τους δε, ούτε και είναι δυνατή η ανεξέλεγκτη αύξηση του αριθμού των εξειδικευμένων μέσων νοσηλείας (Di Renzo et al., 1992).

Τα εξειδικευμένα μέσα παροχής νοσηλείας αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στην περιγεννητική ιατρική. Αρχικά εφαρμόστηκαν σε μεγάλες παιδιατρικές μονάδες όπου λειτούργησαν σαν Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και γρήγορα συνέβαλαν στη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Αυτά τα κέντρα έγιναν τα κέντρα εξειδίκευσης στη φροντίδα του νεογνού όχι μόνο για παιδίατρους αλλά και για άλλες ειδικότητες και συνέβαλαν στην ανάπτυξη εργαστηριακών μικρομεθόδων, μηχανημάτων παρακολούθησης ζωτικών λειτουργιών και αναπνευστήρων κατάλληλων για τις ανάγκες πρόωρων ή τελειόμηνων βρεφών. Η μαιευτική εντατική νοσηλεία ταχέως ακολούθησε το μονοπάτι που χάραξε η νεογνική εντατική νοσηλεία, με την ανάπτυξη μαιευτικών μονάδων για κυοφορούσες υψηλού κινδύνου, για τη συνεχή παρακολούθηση τόσο του εμβρύου όσο και της μητέρας του, σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

Η σύνδεση της μαιευτικής με τη νεογνολογία, ήταν η φυσική συνέπεια στην προσπάθεια να συνεχισθεί η αρχική πρόοδος. Εκεί οφείλεται και η ανάπτυξη τα τελευταία 15-20 χρόνια μεγάλων περιγεννητικών κέντρων στη Β. Αμερική και την Ευρώπη που συνδυάζουν τη μαιευτική και τη νεογνική ειδικότητα κάτω από την ίδια στέγη. Αυτά τα περιγεννητικά μέσα περίθαλψης συνέβαλαν στην περαιτέρω βελτίωση της έκβασης, ιδίως νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης και παράλληλα έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση ιατρών, νοσηλευτών, κοινού, διοίκησης των νοσοκομείων και κράτους στη σπουδαιότητα δημιουργίας εξειδικευμένων κέντρων (National Perinatal Information Center, 2004).

1.3.1. ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΝΕΟΓΝΟΥ – ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η μεταφορά των νεογνών υψηλού κινδύνου αποτελεί μια πολύπλοκη και δύσκολη διαδικασία η οποία απαιτεί την παρουσία οργανωμένου συστήματος μεταφοράς αλλά και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό. Η εκτίμηση και η σταθεροποίηση των νεογνών πρέπει να αρχίζει στο περιφερειακό νοσοκομείο. Αυτή βασίζεται σε συγκεκριμένες ενέργειες και αρχές, οι οποίες ισχύουν για όλα τα νεογνά. Ωστόσο υπάρχουν ειδικές νεογνικές καταστάσεις που χρειάζονται η συγκεκριμένη προσέγγιση και παρεμβάσεις. Η επαρκής σταθεροποίηση κατά τη διάρκεια της μεταφοράς είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντική. Με την κατάλληλη αντιμετώπιση από τη γέννηση μέχρι την εισαγωγή στο τριτοβάθμιο νεογνολογικό κέντρο, οι πιθανότητες ευνοϊκής έκβασης του άρρωστου νεογνού αυξάνουν σημαντικά. (Σαραφίδης, 2005).

- **ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΝΕΟΓΝΩΝ**

Κάτω από ιδανικές συνθήκες, ο τοκετός πρέπει να γίνεται σε οργανωμένο περιγεννητικό κέντρο. Για το λόγο αυτό, συστήνεται η ενδομήτρια μεταφορά σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, εφόσον βέβαια το επιτρέπουν ο χρόνος και οι περιστάσεις, καθώς αυτή υπερτερεί σαφώς, ακόμη και από την αρτιότερη εξωμήτρια μεταφορά. Δυστυχώς, ορισμένα νεογνά πιθανόν να γεννηθούν σε νοσοκομεία ή κλινικές που δεν διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή και να απαιτηθεί η μεταφορά τους σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) λόγω διαφόρων προβλημάτων (Σαραφίδης, 2005).

Ενδείξεις μεταφοράς των νεογνών

Ενδείξεις μεταφοράς των νεογνών αποτελούν οι εξής καταστάσεις:

- 1) αναπνευστική δυσχέρεια
- 2) άπνοια ή/και βραδυκαρδία
- 3) προωρότητα (ΔΚ<32 εβδομάδες, ΒΓ < 1500 g)

- 4) περιγεννητική ασφυξία
- 5) νεογνά διαβητικών μητέρων
- 6) σοβαρή ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης
- 7) συγγενείς καρδιοπάθειες
- 8) σοβαρές αιματολογικές διαταραχές (θρομβοπενία, σοβαρή αιμολυτική νόσος)
- 9) συγγενείς ανωμαλίες
- 10) χειρουργικά προβλήματα
- 11) διαταραχές του μεταβολισμού

Σκοπός και προϋποθέσεις

Σκοπός της μεταφοράς κάθε σοβαρά άρρωστου νεογνού δεν είναι απλά η μεταφορά του, αλλά η μεταφορά του στην καλύτερη δυνατή κατάσταση. Για να γίνει όμως αυτό, απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις, όπως: α) οργάνωση, β) εξοπλισμός και γ) εκπαίδευση όσων αναλαμβάνουν μεταφορές νεογνών.

A. Οργάνωση

Ομάδα μεταφοράς: Η ομάδα μεταφοράς νεογνών μπορεί να αποτελείται από γιατρούς, μαιευτικό προσωπικό ή διασώστες που έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα. Τα νεογνά που είναι σε σοβαρή κατάσταση πρέπει να διακομίζονται από Νεογνολόγο. Η μεταφορά του νεογνού είναι πιο αποτελεσματική όταν σε αυτή συμμετέχουν τουλάχιστον δυο άτομα.

Οχήματα μεταφοράς: Η μεταφορά γίνεται συνήθως με ασθενοφόρο και σπανιότερα με ελικόπτερο, αεροπλάνο ή με συνδυασμό των ανωτέρω μέσων.

Ο τρόπος μεταφοράς εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η οργάνωση του υγειονομικού χάρτη κάθε περιοχής, η απόσταση, η βαρύτητα της κατάστασης του νεογνού, οι καιρικές συνθήκες, η ύπαρξη αεροδρομίου κλπ. Σε γενικές γραμμές, τα ασθενοφόρα καλύπτουν απόσταση μέχρι 150 Km (χρόνος άφιξης περίπου 2 ώρες),

ενώ τα ελικόπτερα και τα αεροπλάνα ενδείκνυνται για μεταφορές σε μεγαλύτερη απόσταση (150-500 και >500 Km, αντίστοιχα).

Όταν αποφασιστεί η μεταφορά του νεογνού, υπάρχουν ορισμένες τυπικές και οργανωτικές διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν. Αυτές περιλαμβάνουν:

α) *ενημερωτικό σημείωμα*, όπου καταγράφεται η ταυτότητα του νεογνού, το περιγεννητικό ιστορικό, οι βασικές εργαστηριακές εξετάσεις και τα προβλήματα και οι ιατρικοί χειρισμοί που έγιναν σε αυτό

β) *ενημέρωση των γονέων* για την αναγκαιότητα της μεταφοράς και γ) *επικοινωνία* του νοσοκομείου που νοσηλεύει το νεογνό με τη MENN που θα το παραλάβει.

B. Εξοπλισμός

Για την ασφαλή και αποτελεσματική μεταφορά των νεογνών απαιτείται ιδιαίτερος εξοπλισμός (Πίνακας 1). Τα μεταφερόμενα νεογνά χρειάζονται στενή παρακολούθηση και αντιμετώπιση, ανάλογη με αυτήν που προσφέρεται στη MENN. Έτσι, η γνώση της λειτουργίας και η εξοικείωση της ομάδας μεταφοράς με κάθε όργανο και συσκευή που χρησιμοποιείται στη μεταφορά αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση. Ο εξοπλισμός πρέπει να ελέγχεται πριν από κάθε μεταφορά και να είναι πάντα έτοιμος για χρήση (Σαραφίδης, 2005).

Πίνακας 1: Απαραίτητος εξοπλισμός για τη μεταφορά των νεογνών (Σαραφίδης, 2005).

Συσκευές
Θερμοκοιτίδα μεταφοράς Φιάλες οξυγόνου Συσκευή αναρρόφησης Λαρυγγοσκόπια (ευθείες λάμες 0, 1 και μπαταρίες) Ασκοί και προσωπίδες ανάνηψης Αναπνευστήρας μεταφοράς Αντλίες συνεχούς χορήγησης φαρμάκων Βασικό monitoring: παλμικό οξύμετρο, καρδιοαναπνευστικό monitor Πιεσόμετρο, στηθοσκόπιο
Αναλώσιμα
Καθετήρες αναρρόφησης (6, 8, 10F) Ενδοτραχειακοί σωλήνες (2,5-4 mm ID) Αεραγωγοί Καθετήρες γαστρικοί, θωρακικής παροχέτευσης Σύριγγες, πεταλούδες, φλεβικοί καθετήρες Εξοπλισμός για τον καθετηριασμό των ομφαλικών αγγείων Λευκοπλάστη, ζεστές κουβέρτες, Dextro-stix
Φάρμακα
Ενδοφλεβίως χορηγούμενα διαλύματα (φυσιολογικός ορός, D/W 5%, 10%) Αδρεναλίνη 1:1000 Διτανθρακικά 4% Ινότροπα (ντοπαμίνη, ντοβουταμίνη) Αντιεπιληπτικά (φαινοβαρβιτάλη, φενυντοΐνη) Αναλγητικά-κατασταλτικά (φεντανύλη, μιδαζολάμη, διαζεπάμη) Φουροσεμίδη Ναλοξόνη Ηπαρίνη Αμινοφυλλίνη

- **Εκτίμηση και σταθεροποίηση του άρρωστου νεογνού**

Εκτίμηση: Το νεογνό πρέπει να εκτιμάται προσεκτικά πριν τη μεταφορά του. Σε αυτό βοηθάει: α) το περιγεννητικό ιστορικό, β) η κλινική εξέταση και γ) ο αδρός εργαστηριακός έλεγχος (αιματοκρίτης, λευκά/τύπος, γλυκόζη, οξεοβασική ισορροπία). Έτσι, αποκτάται συνολική εντύπωση για τη βαρύτητα της κατάστασης του νεογνού και εντοπίζονται προβλήματα τα οποία ενδεχόμενα χρειάζονται αντιμετώπιση πριν τη μεταφορά. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκτίμηση της σοβαρότητας της αναπνευστικής δυσχέρειας και η κατάσταση του καρδιοκυκλοφορικού. Ειδικότερα για το αναπνευστικό σύστημα, εκτιμώνται η είσοδος αέρα, η παρουσία ταχύπνοιας, εισολκών, γογγυσμού καθώς και επεισοδίων άπνοιας ή βραδυκαρδίας, οι ανάγκες σε οξυγόνο (κορεσμός αιμοσφαιρίνης, οξεοβασική ισορροπία) και η ακτινογραφία θώρακα. Για το καρδιαγγειακό σύστημα, εκτιμώνται το χρώμα (ωχρότητα, κυάνωση), η παρουσία φυσημάτων, ο χρόνος τριχοειδικής επαναπλήρωσης και η παρουσία ψυχρών άκρων, η καρδιακή συχνότητα, η συστηματική αρτηριακή πίεση και η διούρηση. Η εκτίμηση του γαστρεντερικού και νευρικού συστήματος, καθώς και της υδροηλεκτρολυτικής κατάστασης είναι εξίσου σημαντικές (Σαραφίδης, 2005).

Σταθεροποίηση: Βασική αρχή είναι το νεογνό να είναι σταθεροποιημένο πριν τη μεταφορά. Επαρκής αναζωογόνηση και σταθεροποίηση πριν τη μεταφορά αυξάνει τις πιθανότητες το νεογνό να ανεχτεί τη μεταφορά και την πιθανότητα επιβίωσης. Σταθερό θεωρείται ένα νεογνό όταν:

- α) είναι επαρκώς οξυγονωμένο (ροδαλό)
- β) οι καρδιακές σφύξεις είναι > 100/λεπτό
- γ) δεν παρουσιάζει άπνοιες
- δ) δεν εμφανίζει υπογλυκαιμία (γλυκόζη αίματος > 40 mg/dL)
- ε) δεν εμφανίζει υπόταση
- στ) έχουν αντιμετωπιστεί συνοδά προβλήματα (π.χ πνευμοθώρακας, σοβαρή αναιμία, μεταβολική οξέωση).

Οι βασικοί χειρισμοί κατά την αρχική αντιμετώπιση αλλά και τη διάρκεια της μεταφοράς των νεογνών φαίνονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Βασικοί θεραπευτικοί στόχοι κατά τη διάρκεια της μεταφοράς των νεογνών.

Σκοπός-κατάσταση	Χειρισμός	Σχόλια
Αποφυγή υποθερμίας	Θερμαντική πηγή, σκούπισμα, ζεστές πάνες, πλαστική σακούλα, θερμοκοιτίδα μεταφοράς	
Απελευθέρωση αεροφόρων οδών	Αναρρόφηση στόματος και μύτης, σωστή θέση κεφαλής	
Επαρκής οξυγόνωση	O ₂ με Head-box Ασκός (AMBU) Διασωλήνωση	Καλό χρώμα, κινήσεις θώρακα, SatO ₂ >90%
Αντιμετώπιση Υπότασης	Φυσιολογικός ορός Ντοπαμίνη	
Αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας	Περιφερική φλέβα, διάλυμα γλυκόζης 5-10%	
Μεταβολική οξέωση	NaHCO ₃	Αργά
ΣΑΔ	Επιφανειοδραστικός παράγοντας	Εμπειρία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

2.1. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΝΟΣΟΙ Ή ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΑΜΕΣΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Με τον όρο «συγγενής διαμαρτίες» εννοούμε το αποτέλεσμα κάποιας ανωμαλίας στη διάπλαση του εμβρύου, η οποία μπορεί να συμβεί από την 6η ημέρα μέχρι και το τέλος του 7ου μήνα της κύησης. Αν και ο ακριβής προσδιορισμός της συχνότητας των συγγενών ανωμαλιών είναι δύσκολος αυτή κυμαίνεται γύρω στο 4% επί του συνόλου των γεννήσεων. Αιτιολογικά μπορεί να οφείλονται είτε σε χρωμοσωμικές διαταραχές, σε γενετικούς επίκτητους περιβαλλοντικούς παράγοντες είτε να αποτελούν τυχαία συμβάντα κατά την ενδομήτρια ζωή. Διακρίνονται σε :

- **Μορφογενετικές Ανεπάρκειες:** πρόκειται για αποτυχία πλήρους διάπλασης ενός οργάνου. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι διάφορες αγενεσίες, οι υποπλασίες, οι συνδακτυλίες, οι σχιστίες κ.ά.
- **Αθροιστικές Δυσμορφίες:** χαρακτηρίζονται από υπεράριθμους ιστούς, π.χ. πολυδακτυλίες.
- **Αμαρτώματα:** ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για μια ομάδα βλαβών που βρίσκονται στο όριο της πραγματικής νεοπλασίας, π.χ. σπίλοι, αιμαγγειώματα κ.ά.

2.1.1. ΚΡΑΝΙΟΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ

Οι συγγενείς δυσπλασίες ή διαμαρτίες του προσώπου οφείλονται σε αποτυχία πλήρους διάπλασης των διαφόρων ιστών της κεφαλής κατά την ενδομήτρια ζωή. Μερικές από αυτές οφείλονται σε κληρονομικότητα, κάποιες αποδίδονται σε ουσίες με τερατογόνο δράση ενώ άλλες αποτελούν τυχαία συμβάντα κατά την ενδομήτρια ζωή (Ann, 2011).

Οι συγγενείς δυσπλασίες που αφορούν την διάπλαση του προσώπου και του κρανίου είναι οι διάφοροι τύποι σχιστιών και οι κρανιοπροσωπικές δυσοστώσεις. Και οι δύο τύποι δυσπλασιών πρέπει να αντιμετωπίζονται σε μικρή ηλικία από ομάδα ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων (πλαστικοί χειρουργοί, παιδοχειρουργοί, γναθοχειρουργοί). Οι σχιστίες με συχνότερες το λαγώχειλος (χειλεοσχιστία) και το λυκόστομα (υπερωιοσχιστία) αντιμετωπίζονται συνήθως από την παιδική ηλικία. Ωστόσο, πολύ συχνά βλέπουμε ενήλικες με υπολειμματικές δυσμορφίες στα χείλη και τη μύτη. Στις περιπτώσεις αυτές μπορούμε να επέμβουμε δευτερογενώς και με την εφαρμογή των κατάλληλων τεχνικών να αποκαταστήσουμε τη συμμετρία του προσώπου (Ann, 2011).

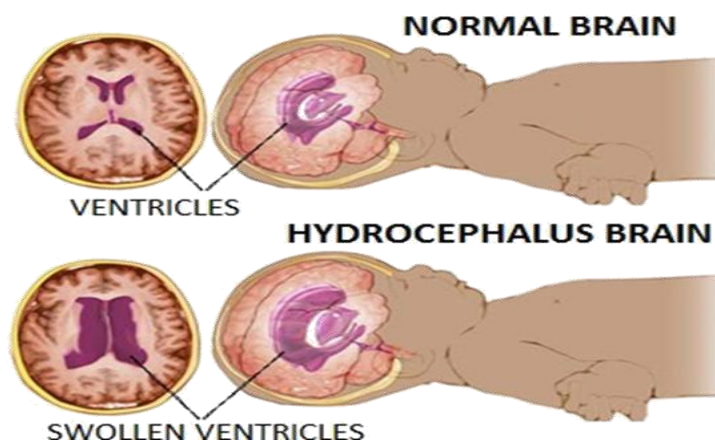
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

- **Υδροκεφαλισμός**

Ο Υδροκέφαλος (ύδωρ + κεφαλή) είναι μια κατάσταση του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από παθολογική συγκέντρωση εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY). Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων υδροκεφαλίας συναντάται στην παιδική ηλικία. Εμφανίζεται σε 3-4 νεογνά ανά 1000 γεννήσεις. Είναι εξαιρετικά σημαντικό ο παιδίατρος να διαγιγνώσκει άμεσα την υδροκεφαλία και να παραπέμπει τις περιπτώσεις στο νευροχειρουργό για περαιτέρω διερεύνηση, θεραπεία και παρακολούθηση. Η ανάπτυξη υδροκεφαλίας που δεν αντιμετωπίζεται έγκαιρα μπορεί να έχει τραγικές επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξη ενός παιδιού. Η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης μπορεί να απειλήσει άμεσα τη ζωή του παιδιού και να απαιτεί επείγουσα νευροχειρουργική αντιμετώπιση (Αγγελοπούλου 2011).

Η αποτελεσματικότερη θεραπεία του αποφρακτικού υδροκεφάλου γίνεται με την αναίρεση της αιτίας του. Το χειρουργείο δεν είναι πάντα απαραίτητο. Έχει σημασία το αίτιο που τον προκαλεί και ο βαθμός του κωλύματος. Ο στόχος της θεραπείας είναι να αποκατασταθεί η ισορροπία μεταξύ της παραγωγής και της απορρόφησης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Η χειρουργική αντιμετώπιση του συγγενούς αποφρακτικού υδροκεφάλου είναι σήμερα η μέθοδος εκλογής. Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην παροχέτευση του ΕΝΥ των κοιλιών του εγκεφάλου στην περιτοναϊκή κοιλότητα, δια μέσου ειδικών βαλβίδων χαμηλής πίεσης και ειδικών καθετήρων από σιλικόνη, ενώ η παροχέτευση του ΕΝΥ στο δεξιό κόλπο χρησιμοποιείται μόνο σαν εφεδρική εναλλακτική λύση (Πετρόπουλος 2011).



Εικ. 3: Υδροκεφαλισμός (www.midwestcompassion.gr)

- **Εγκεφαλοκήλη**

Η εγκεφαλοκήλη αποτελεί ανωμαλία κατά την οποία προεξέχουν δια μέσου ενός οστικού ελλείμματος οι μήνιγγες (μηνιγγοκήλη) και ο εγκέφαλος (εγκεφαλοκήλη). Συχνότητα 1:2.000 γεννήσεις. Στο 75% των περιπτώσεων η αλλοίωση βρίσκεται στην ινιακή χώρα, ωστόσο όμως σε άλλες περιπτώσεις βρίσκεται στη μετωποηθμοειδική και βρεγματική χώρα. Συχνά επίσης η εγκεφαλοκήλη συνδυάζεται με μικροεγκεφαλία, υδροκεφαλία, δισχιδή ράχη και το σύνδρομο Meckel–Gruber. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο η εγκεφαλοκήλη εμφανίζεται ως μία κυστική διόγκωση που περιέχει υγρό ή και τμήματα εγκεφάλου (Κίτσιου, 2004).

Συντηρητικά αντιμετωπίζονται μόνο οι εξαιρετικά μεγάλες εγκεφαλοκήλες που συνοδεύονται από μικροκεφαλία, όπου η πρόγνωση είναι εξαιρετικά βαριά. Οι υπόλοιποι ασθενείς αντιμετωπίζονται χειρουργικά με εκτομή του εξωκρανιακού

δυσπλαστικού εγκεφαλικού παρεγχύματος και τη σύγκλειση κατά στρώματα του ελλείμματος. Τα αποτελέσματα εξαρτώνται από το μέγεθος, την εντόπιση και τη βαρύτητα της πάθησης και από τις συνυπάρχουσες διαμαρτίες (Ashcraft, 2004).

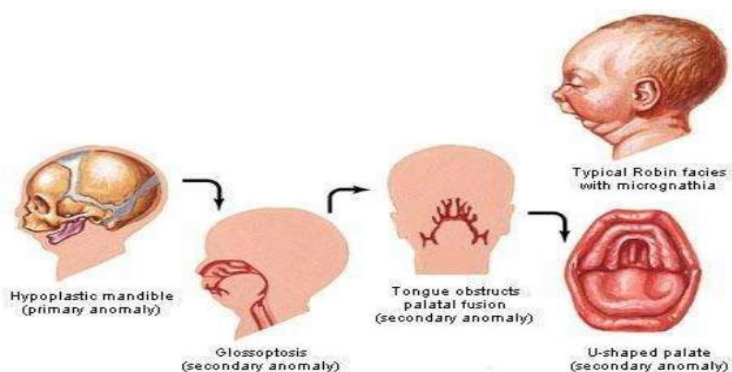
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

- **Ατρησία ή στένωση των ρινικών χοανών**

Πρόκειται για μια σχετικά σπάνια συγγενή διαμαρτία που χαρακτηρίζεται από μεγάλη στένωση ή απόφραξη των δύο οπίσθιων ρινικών χοανών από μεμβρανώδες ή οστικό διάφραγμα. Συνίσταται και η χειρουργική διάνοιξη των χοανών σε δεύτερο χρόνο (Haddad et al., 2016).

- **Σύνδρομο Pierre Robin**

Το σύνδρομο αυτό περιγράφηκε από τον P. Robin το 1923, με την κλασική τριάδα της γλωσσοπτώσης, του μικρογναθισμού και της υπερωιοσχιστίας. Σήμερα, το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από μικρογναθισμό και οπισθογναθισμό, οπίσθια γλωσσοπτώσια, που έχει σαν αποτέλεσμα την απόφραξη των ανώτερων αεροφόρων οδών, ενώ συνυπάρχει σε ποσοστό 80% υπερωιοσχιστία, συνήθως της μαλθακής υπερώας.



Εικ. 4: Σύνδρομο Pierre Robin (www.craniofacial.gr)

Η θεραπευτική αγωγή έχει σαν σκοπό την αντιμετώπιση της απόφραξης των ανωτέρων αεροφόρων οδών που εκδηλώνεται αμέσως μετά τη γέννηση ή και μέσα στις επόμενες 3 εβδομάδες της ζωής.

Η χειρουργική θεραπεία σ' αυτή την περίπτωση συνήθως εφαρμόζεται όταν η συντηρητική αντιμετώπιση κρίνεται ανεπιτυχής. Η καθήλωση της γλώσσας με τη μέθοδο της γλωσσοπηξίας και με διάφορες τεχνικές παραλλαγές, όπως οι χειρουργικές μέθοδοι κατά Douglas και Duhamel, αποτελούν τις μεθόδους εκλογής για τις περιπτώσεις αυτές. Σήμερα, η γλωσσοπηξία εφαρμόζεται σε λιγότερες περιπτώσεις σε σχέση με το παρελθόν (Evans et al., 2011).

- **Μακρογλωσσία**

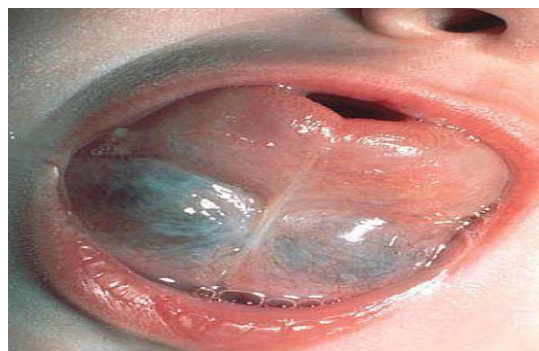
Η διαμαρτία αυτή χαρακτηρίζεται από την αύξηση του μεγέθους της γλώσσας, που έχει σαν αποτέλεσμα την έξοδό της εκτός του οδοντικού φραγμού στα μεγαλύτερα παιδιά, ειδικά όμως για τα νεογνά εκτός της φατνιακής ακρολοφίας.

Η Συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει τη νοσηλεία των νεογνών σε πρηνή ή πλάγια θέση. Σε αιφνίδια διόγκωση της γλώσσας μπορεί να απαιτηθεί επείγουσα διασωλήνωση ή σπανιότερα τραχειοστομία. Η χειρουργική θεραπεία είναι απόλυτα ενδεδειγμένη και προσφέρει την τελική λύση του προβλήματος. Σήμερα, η μέθοδος εκλογής είναι η σφηνοειδής εκτομή τμήματος της γλώσσας στο ελεύθερο άκρο της και η συρραφή της, με άριστα αποτελέσματα (Perkins, 2009).

- **Βατράχιο**

Πρόκειται για κυστική μάζα η οποία εντοπίζεται αμέσως κάτω από τη γλώσσα στο έδαφος του στόματος. Έχει σχήμα σφαιρικό ή ωοειδές, μπορεί να είναι ροζ ή μπλε χρώματος, ανάλογα με το πόσο βαθιά βρίσκεται η κύστη, και μπορεί να εμφανισθεί

αμέσως μετά τη γέννηση. Η αιτιοπαθογένεια του βατράχιου στα νεογνά είναι άγνωστη, ενώ η εμφάνιση βατράχιου σε μεγαλύτερες ηλικίες σχετίζεται με την ύπαρξη προηγμένων μικροτραυματισμών στην περιοχή. Για τη θεραπεία προτείνεται η μερική εκτομή και μαρσιποποίηση ή η ολική ριζική εκτομή της κύστης. Απαιτείται προσοχή για την αποφυγή τραυματισμού του εκφορητικού πόρου του υπογνάθιου σιελογόνου αδένου (Stevenson et al., 2015).



Εικ. 5: Βατράχιο (www.pinterest.gr)

ΣΧΙΣΤΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Πρόκειται για βαριές και συχνές συγγενείς διαμαρτίες που δημιουργούν πολλαπλά αισθητικά, κοινωνικά και λειτουργικά προβλήματα. Τα αισθητικά και κοινωνικά προβλήματα έχουν σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον, που πολλές φορές δυσκολεύεται να αποδεχθεί το μικρό ασθενή, ενώ η ίδια η πάθηση δημιουργεί πολλαπλά λειτουργικά προβλήματα και μεγάλη δυσχέρεια κατά τη σίτιση. Η γενική συχνότητα των σχιστιών είναι 0,8 έως 2,2%. Στην Ελλάδα υπολογίζεται σε μία περίπτωση στις 800 γεννήσεις.

Η ακριβής αιτιολογία των σχιστιών δεν είναι γνωστή, πιστεύεται ότι οφείλεται σε κληρονομούμενα χαρακτηριστικά, γενετικά σύνδρομα ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αρκετές σχιστίες είναι εμφανείς μετά την 14η-16η εβδομάδα της κύησης και εντοπίζονται πριν από την γέννηση στο υπερηχογράφημα κατά τους τακτικούς ελέγχους του εμβρύου (Ann, 2011).

• Χειλοσχιστία ή λαγώχειλο

Πρόκειται για συγγενή διαμαρτία που χαρακτηρίζεται από έλλειμμα του άνω χείλους, διαφόρου βαθμού και βαρύτητας, με ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Το έλλειμμα εντοπίζεται στη θέση της ακρολοφίας του φίλτρου του άνω

χείλους. Αποτελεί την κυριότερη και συχνότερη σχιστία του προσώπου, που απαιτεί την άμεση αντιμετώπιση κατά τη νεογνική περίοδο, δημιουργεί πολλά προβλήματα στο νεογνό όπως αισθητικά και κοινωνικά λόγω της μη αποδοχής του από το οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, δημιουργούνται λειτουργικά προβλήματα λόγω δυσκολιών κατά τη σίτιση (Ann, 2011, Αγγελοπούλου, 2010).

- **Η υπερωιοσχιστία ή λυκόστομα**

Είναι σχισμή ή έλλειμμα που εντοπίζεται στο μέσο της υπερώας και περιλαμβάνει είτε μέρος είτε ολόκληρη την υπερώα. Εμβρυολογικά, η διαμαρτία αυτή οφείλεται σε αναστολή της συνένωσης και της πλήρους ανάπτυξης των δύο υπερωίων αποφύσεων των όζων της άνω γνάθου μεταξύ τους και με το ρινικό διάφραγμα. Συμβαίνει μεταξύ της 6ης και 8ης εμβρυϊκής εβδομάδος (William, 2004).

- **Κολόβωμα ή χειλο-γναθο-υπερωιο-δακρυοσχιστία**

Πρόκειται για τη βαρύτερη σχιστία του προσώπου. Είναι σπάνια συγγενής διαμαρτία που αφορά ελλείμματα που περιλαμβάνουν το άνω χείλος, τα φατνία της άνω γνάθου, τους ρώθωνες, ενώ το οστικό έλλειμμα εκτείνεται μέχρι το ρινοδακρυϊκό πόρο τον οποίο μερικές φορές το διανοίγει.

Η διαμαρτία αυτή οφείλεται στη μη συνένωση κατά την εμβρυϊκή περίοδο της μετωπιαίας απόφυσης με τους όζους της άνω γνάθου. Στο κολόβωμα συνυπάρχουν έντονα προβλήματα δυσμορφίας και κοινωνικής αποδοχής καθώς επίσης και λειτουργικά προβλήματα κατάποσης και σίτισης. Λόγω της βαρύτητας της διαμαρτίας απαιτείται σειρά διορθωτικών επεμβάσεων για τη σταδιακή αποκατάσταση όλων των ελλειμμάτων (Ann, 2011, Μανώλης, 2008).



Εικ.6: Κολόβωμα (www.noesi.gr)

Χειρουργική Αντιμετώπιση των Σχιστίων

Οι Σχιστίες αντιμετωπίζονται χειρουργικά για λόγους αισθητικούς, κοινωνικούς, λειτουργικούς αλλά και ιατρικούς. Συμπεριλαμβάνεται η πολύ καλή φυσική κατάσταση του νεογνού την 1η εβδομάδα της ζωής του και η ύπαρξη ενισχυμένων αμυντικών μηχανισμών λόγω της παθητικής ανοσοποίησης από τα μητρικά αντισώματα.

Η αντιμετώπιση της χειλεοσχιστίας πραγματοποιείται σε ηλικία 3 μηνών, οπότε και έχει αποκατασταθεί η ομοιόσταση και η φυσιολογική ανάπτυξη του βρεφικού οργανισμού.

Η αντιμετώπιση της υπερωιοσχιστίας γίνεται συνήθως στην ηλικία 6-10 μηνών. Σκοπός αυτής είναι να εξασφαλίσει κατά το δυνατόν η φυσιολογική κατάσταση της υπερώας με την δημιουργία κρημνών και συρραφής του χάσματος της σχιστίας με διάφορες χειρουργικές τεχνικές (Marylin et al. 2011).

2.1.2 ΑΤΡΗΣΙΕΣ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΥ (ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ)

Οι συγγενείς διαμαρτίες του χεριού και του ποδιού (1:1000 γεννήσεις ζώντων) προκαλούν ποικίλου βαθμού κοσμητικές και λειτουργικές διαταραχές των άκρων. Πολλές απ' αυτές τις διαμαρτίες μπορεί να συνυπάρχουν με διαμαρτίες άλλων συστημάτων ή να αποτελούν μέρος συνδρόμων και για τον λόγο αυτόν είναι απαραίτητος ο πλήρης και λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος των παιδιών. Η αποκατάσταση εξαρτάται από το είδος της διαμαρτίας και τη βαρύτητα της παραμόρφωσης. Γενικά, συνιστάται η πρώιμη χειρουργική διόρθωση, καθώς προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα και αποφυγή εγκατάστασης περαιτέρω παραμορφώσεων (William 2004).

Η μικροχειρουργική συμβάλλει σημαντικά στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος, κοσμητικού και λειτουργικού, επιτρέποντας πιο ακριβείς χειρισμούς στους μικροσκοπικούς ιστούς του βρέφους και αποφυγή τραυματισμού των νευραγγειακών δομών. Συχνά απαιτούνται επαναληπτικές επεμβάσεις για διόρθωση

περαιτέρω παραμορφώσεων ή υποτροπών. Τις περισσότερες φορές τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούνται μετεγχειρητικά έως την ενήλικη ζωή για να αποκαλυφθούν τυχόν υποτροπές ή δευτερογενείς παραμορφώσεις (Κωνσταντάρας, 2004).

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΧΕΡΙΟΥ

- **Κερκιδική επιμήκης αποτυχία σχηματισμού**

Η κερκιδική επιμήκης ανεπάρκεια αφορά τη μερική ή ολική έλλειψη του κερκιδικού τμήματος, αντιβραχίου και χεριού. Μπορεί να παρουσιαστεί με ευρύ φάσμα από υποπλασία του αντίχειρα έως πλήρη έλλειψη της κερκίδας και της πρώτης ακτίνας. Η πιο γνωστή μορφή είναι η υποπλασία ή απλασία της κερκίδας (radial club hand).

Το είδος της θεραπείας ποικίλλει ανάλογα με τη βαρύτητα των παραμορφώσεων και την ηλικία του παιδιού. Σε περιπτώσεις με ήπια υποπλασία μπορεί να επιτευχθούν διορθώσεις με ασκήσεις διάτασης και νάρθηκες. Στις περιπτώσεις βαριάς υποπλασίας ή απλασίας ενδείκνυται χειρουργική θεραπεία με επικέντρωση του χεριού (τοποθέτηση του χεριού επί της ωλένης). Μία σημαντική αντένδειξη για τη χειρουργική διόρθωση αποτελεί η βαριά σύγκαμψη κάμψης-έκτασης του αγκώνα. Ένα παιδί με ελαττωμένη κάμψη του αγκώνα βασίζεται στην παραμόρφωση της κερκιδικής απόκλισης για να φέρει το χέρι του στο στόμα.



Εικ. 7: Υποπλασία κερκίδας (www.orthopaedics.gr)

- **Υποπλασία αντίχειρα**

Υπάρχουν ποικίλες μορφές υποπλασίας του αντίχειρα, οι οποίες εμφανίζονται ως μεμονωμένη διαμαρτία ή μαζί με μερική ή ολική απουσία της κερκίδας.

Η διάγνωση τίθεται όταν το βρέφος μετά τον 3ο μήνα που αρχίζει να χρησιμοποιεί τους αντίχειρες για τη σύλληψη, δεν εμφανίζει ενεργητική έκταση του αντίχειρα και ο αντίχειρας παραμένει καθηλωμένος στην παλάμη και εκτείνεται μόνο παθητικά (William, 2004).

Γενικά, η πρόιμη χειρουργική αντιμετώπιση κατά το πρώτο έτος επιτρέπει καλύτερα αποτελέσματα με καλύτερη ενσωμάτωση και λειτουργική προσαρμογή του νέου αντίχειρα (Βάος, 2011).

- **Αρθρογρύπωση**

Πρόκειται για συγγενές σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μη προοδευτικές γενικευμένες συγκάμψεις των αρθρώσεων, οι οποίες είναι παρούσες κατά τη γέννηση. Οι συγκάμψεις των αρθρώσεων οφείλονται στην απώλεια της κίνησης του εμβρύου κατά την εμβρυϊκή ζωή (William, 2004).

Η θεραπεία είναι δύσκολη και προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε ασθενούς. Στο άνω άκρο σκοπός της αντιμετώπισης είναι η δημιουργία ενός λειτουργικού άκρου για αυτονομία στη λήψη τροφής και της προσωπικής υγιεινής. Αρχικά, η θεραπεία περιλαμβάνει παθητική κινησιοθεραπεία, διαδοχικούς νάρθηκες και ορθωτικές συσκευές για τη βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων, με κύριο στόχο την πρόιμη αποκατάσταση της παθητικής κάμψης του αγκώνα (Puri, 2003).

Ο κατάλληλος χρόνος για την χειρουργική θεραπεία παραμένει αμφιλεγόμενος, ωστόσο προτιμάται αυτή να γίνει πριν την ηλικία των 4-5 ετών. Για τη διόρθωση της κάμψης του καρπού και της ωλένιας απόκλισης του χεριού έχουν προταθεί διάφορες επεμβάσεις, όπως διορθωτική οστεοτομία (ραχιαία οστεοτομία κλειστής γωνίας της περιφερικής κερκίδας), διατατική οστεογένεση, εκτομή οστών εγγύς στοίχου καρπού, αρθρόδεση και επεμβάσεις μαλακών μορίων. Για τη διόρθωση των

παραμορφώσεων των δακτύλων εκτελούνται επεμβάσεις μαλακών μορίων (θυλακοτομές, συμφυσιολύσεις), καθώς και διορθωτική οστεοτομία (Πετρόπουλος, 2011).

- **Συνδακτυλία**

Η συνδακτυλία αποτελεί μία από τις συχνότερες συγγενείς διαμαρτίες του χεριού με συχνότητα εμφάνισης περίπου 2-3 στις 2.000-3.000 γεννήσεις ζώντων. Η συγγενής συνδακτυλία οφείλεται σε αποτυχία διαχωρισμού του μεσοδακτύλιου διαφράγματος, λόγω αποτυχίας προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου (απόπτωση) των μεσεγγυματικών κυττάρων του μεσοδακτύλιου διαφράγματος κατά την εμβρυογένεση (6η-8η εβδομάδα ενδομήτριας ζωής). Η κατανομή της στον γενικό πληθυσμό μπορεί να είναι σποραδική (80%) ή οικογενής. Κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, που έχει όμως ελαττωμένη διεισδυτικότητα και πολλαπλή φαινοτυπική έκφραση. Εμφανίζεται σε διπλάσιο ποσοστό στα αγόρια από τα κορίτσια. Στο 50% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρη και συμμετρική.

Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική, γενικά συνιστάται πρώιμος διαχωρισμός των δακτύλων (6-18 μηνών) και όχι μετά το 4ο έτος, ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω διαταραχές στην ανάπτυξη και μόνιμες δυσκαμψίες (Ντολατζάς, 2005).



Εικ. 8: Πλήρη σύνθετη συνδακτυλία / Χειρουργική Αντιμετώπιση
(www.micro-surgery.gr)

- **Πολυδακτυλία - Διπλασιασμός δακτύλων**

Η πολυδακτυλία αποτελεί συχνή συγγενή διαμαρτία του χεριού συχνότητα εμφάνισης 1.7 στις 1000 γεννήσεις, η συχνότητα ποικίλλει σε σχέση με εθνικούς και φυλετικούς παράγοντες (συχνότερη στη μαύρη φυλή). Είναι πιο συχνή στα αγόρια ζώντων και διακρίνεται ανάλογα με την μεριά που εντοπίζεται στο χέρι, σε προαξονική ή κερκιδική πολυδακτυλία (αφορά τον αντίχειρα), κεντρική πολυδακτυλία (αφορά δείκτη, μέσο, παράμεσο), μεταξονική ή ωλένια πολυδακτυλία (αφορά μικρό δάκτυλο) και ωλένια διμελία ή χέρι καθρέπτη (πολύ σπάνια παραλλαγή) (Κωνσταντάρας 2005).

Η θεραπεία είναι σχεδόν πάντοτε χειρουργική. Στόχος της θεραπείας είναι η βελτίωση της κοσμητικής εμφάνισης αλλά και της λειτουργικότητας του χεριού, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις τριφαλαγγικού αντίχειρα. Η χειρουργική αποκατάσταση συνήθως πραγματοποιείται κατά το 1ο έτος, παράλληλα δηλαδή με την ανάπτυξη της συλληπτικής λειτουργίας του αντίχειρα, ώστε να επιτραπεί η μέγιστη πλαστική αναδιαμόρφωση στο αναπτυσσόμενο παιδί (Kay et al., 2017).

- **Μακροδακτυλία**

Πρόκειται για συγγενή διαμαρτία που χαρακτηρίζεται από εντοπισμένη υπερπλασία όλων των ιστών (μαλακών μορίων και οστών), ενός ή περισσότερων δακτύλων. Έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης οι όροι μεγαλοδακτυλία ή γιγαντισμός. Εντοπίζεται συχνότερα στο κερκιδικό χείλος του χεριού. Όταν προσβάλλονται περισσότερα του ενός δάκτυλου, τότε τα δάκτυλα είναι συνεχόμενα, χωρίς παρεμβολή φυσιολογικού δακτύλου.

Πολλές φορές απαιτούνται πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις σε ένα στάδιο ή και σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Μπορεί να εφαρμοστούν επεμβάσεις για τον περιορισμό της εξέλιξης της υπερπλασίας, όπως αφαίρεση των δακτυλικών νεύρων, επιφυσιόδεση (αφού το δάκτυλο έχει το μήκος που αναμένεται στην ενήλικη ζωή) και επεμβάσεις για την βράχυνση του δακτύλου, όπως η απολίπωση του δακτύλου (debulking), η εκτομή της άπω 145 φάλαγγας και η μεταφορά του νυχιού και της κοίτης του στην κορυφή της μέσης φάλαγγας, με ή χωρίς μέρος της άπω φάλαγγας.

Επίσης, μπορεί να πραγματοποιηθούν οστεοτομίες κλειστής γωνίας, συχνά σε συνδυασμό με επιφυσιόδεση για την διόρθωση απόκλισης των δακτύλων (Βάος, 2011).

Τέλος, μπορεί να πραγματοποιηθεί αποσυμπίεση καρπιαίου σωλήνα. Σε περιπτώσεις μακροδακτυλίας του αντίχειρα μπορεί να εφαρμοστεί αρθρόδεση της μετακαρποφαλαγγικής άρθρωσης ή βράχυνση του αντίχειρα με την τεχνική Millesi (αφαίρεση τμήματος και από τις δύο φάλαγγες του αντίχειρα με διατήρηση της φαλαγγοφαλαγγικής άρθρωσης). Σε περιπτώσεις προοδευτικής μακροδακτυλίας με σοβαρού βαθμού δυσκαμψίας και περιορισμένη κινητικότητα μπορεί να εφαρμοστεί ακτινωτός ακρωτηριασμός του δακτύλου. Ωστόσο, αποφεύγεται ο ακρωτηριασμός του αντίχειρα. Τα αποτελέσματα των παραπάνω επεμβάσεων αισθητικά και λειτουργικά ποικίλλουν ανάλογα με το βαθμό υπερπλασίας και της δυσκαμψίας του δακτύλου προεγχειρητικά. Η υποτροπή αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή και η πλήρης διόρθωση μπορεί να μην επιτυγχάνεται λόγω της προοδευτικής εξέλιξης της υπερπλασίας (Βάος 2011).

- **Σύνδρομο δακτυλιοειδών περισφίξεων**

Το σύνδρομο δακτυλιοειδών περισφίξεων ή σύνδρομο αμνιακών ταινιών χαρακτηρίζεται από μερική ή πλήρη κυκλοτερή περίσφιξη γύρω από το άκρο ή τα δάκτυλα με διαφόρου βαθμού αγγειακή δυσπραγία του περιφερικού τμήματος (λεμφοίδημα έως ισχαιμία και ακρωτηριασμό).

Στόχος της χειρουργικής διόρθωσης είναι η αισθητική και λειτουργική βελτίωση του χεριού.

Η χειρουργική διόρθωση της δακτυλιοειδούς περίσφιξης επιτυγχάνεται με μικροχειρουργικές τεχνικές. Σε περιπτώσεις που η περίσφιξη περιβάλλει κυκλοτερώς το δάκτυλο συνιστάται σταδιακή διόρθωση σε δύο χρόνους. Σε περιπτώσεις οξείας επιδείνωσης του περιφερικού οιδήματος απαιτείται επείγουσα απελευθέρωση της περίσφιξης.

Αν υπάρχει ακροσυνδακτυλία αντιμετωπίζεται με βάση τις αρχές διόρθωσης της συνδακτυλίας όσο το δυνατόν πιο πρώιμα. Αν μετά το διαχωρισμό των συνδακτυλιών τα κολοβώματα των δακτύλων είναι πολύ μικρά, μπορεί να πραγματοποιηθεί επιμήκυνσή τους σε δεύτερο χρόνο. Για την επιμήκυνση μπορεί να πραγματοποιηθεί και μεταφορά ελεύθερης φάλαγγας από το δάκτυλο του ποδιού. Σε περιπτώσεις ακρωτηριασμού των δακτύλων και ιδιαίτερα του αντίχειρα ενδείκνυται η μεταφορά ελεύθερου δακτύλου του ποδιού (Βάος, 2011).

- **Φωκομέλεια**

Είναι συγγενής ανωμαλία του εμβρύου στην οποία τα φυσιολογικά σε μέγεθος χέρια ή πόδια αρθρώνονται απευθείας από τον ώμο ή το ισχίο, όπως τα πτερύγια της φώκιας. Στις μισές περιπτώσεις απεικονίζεται μεμονωμένη έλλειψη ενός άνω άκρου ή τμήματος αυτού, ενώ στις υπόλοιπες παρατηρούνται πολλαπλές ελλείψεις μαζί ή ταυτόχρονα με κρανιοπροσωπικές και άλλες ανωμαλίες οργάνων, σαν μέρος κάποιου συνδρόμου. Δεν θεωρείται κληρονομική κατάσταση. Η συνολική επίπτωση της παθολογικής αυτής κατάστασης στο γενικό πληθυσμό είναι 0,15%. Αν και μπορούν να πραγματοποιηθούν χειρουργικές επεμβάσεις τα αποτελέσματα είναι περιορισμένα λόγω της απουσίας νεύρων, οστών και άλλων δομών για την αναδημιουργία των μελών (William, 2004).

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΠΟΔΙΟΥ

- **Συγγενής ραιβοϊποποδία**

Η συγγενής ραιβοϊποποδία αποτελεί μία από τις συχνότερες συγγενείς διαμαρτίες του ποδιού. Το πόδι του νεογνού είναι γυρισμένο προς τα μέσα και κάτω. Η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να είναι συντηρητική, χειρουργική ή συνδυασμός αυτών. Στην εξέλιξη της χειρουργικής θεραπείας της ραιβοϊποποδία συντέιναν αποφασιστικά η εξέλιξη μεθόδων ασηψίας, η εξέλιξη της αναισθησιολογίας, η χρήση ίσχαιμης περίδεσης και οι τεχνικές μικροχειρουργικής (Βάος, 2011).



*Εικ. 9: Συγγενείς ραιβοϊπποποδία
(www.children-orthopaedics.gr)*

- **Συγγενές εξάρθρωμα ισχίου**

Είναι μια πάθηση που αφορά τα νεογνά από την πρώτη στιγμή της γέννησης τους. Μπορεί να είναι από απλή χαλαρότητα (δυσπλασία) του ισχίου, έως σοβαρή παραμόρφωση της άρθρωσης στην οποία η κεφαλή του μηριαίου δεν έχει σχεδόν καμία επαφή με την κοτύλη και βρίσκεται σε εξάρθρωμα.

Η πρώιμη διάγνωση έχει πολύ μεγάλη σημασία, τόσο για το είδος της θεραπείας που θα επιλεγεί (συντηρητική ή χειρουργική), όσο και για την έκβαση της θεραπείας (Ιατράκης 2004).

- **Συγγενής κάθετος αστράγαλος**

Ο συγγενής κάθετος αστράγαλος αποτελεί σπάνια σοβαρή συγγενή διαμαρτία του ποδιού. Πρόκειται για μη ανατάξιμο εξάρθρωμα της αστραγαλοσκαφοειδούς άρθρωσης (ραχιαίο εξάρθρωμα σκαφοειδούς σε αστράγαλο με κάθετη φορά) με μόνιμη ιπποποδία του οπίσθιου ποδιού. Εμφανίζεται με συχνότητα 1:10.000 γεννήσεις με ίση κατανομή στα δύο φύλα και στις μισές περιπτώσεις αμφοτερόπλευρα (Αγγελοπούλου 2011).

Αρχικά, συνιστάται συντηρητική θεραπεία με τοποθέτηση διαδοχικών γύψων ώστε να γίνει προοδευτική διόρθωση της παραμόρφωσης. Στις πιο ανθεκτικές μορφές

συνιστάται χειρουργική θεραπεία με επεμβάσεις μαλακών μορίων και οστικές επεμβάσεις. Προτιμάται πρόιμη διόρθωση σε ηλικία μικρότερη του ενός έτους. Οι επεμβάσεις μαλακών μορίων μπορεί να πραγματοποιηθούν σε ένα ή δύο στάδια. Ανάλογα με τη βαρύτητα της παραμόρφωσης, μπορεί να πραγματοποιηθούν επιμηκύνσεις τενόντων, θυλακοτομές και τενοντομεταφορές.

- **Συνοστέωση ταρσού**

Ο Πρόκειται για συγγενή συνοστέωση των οστών του ταρσού, πιο συχνά της αστραγαλοπτερνικής και της πτερνοσκαφοειδούς άρθρωσης. Αποτελεί την πιο συχνή αιτία περνιαίας σπαστικής πλατυποδίας (Stevenson et al. 2015).

Σε περιπτώσεις επώδυνης συνοστέωσης του ταρσού συνιστάται αρχικά συντηρητική θεραπεία, καθώς μπορεί να αποτελεί και την τελική θεραπεία με ανακούφιση του πόνου με χρήση κηδεμόνων. Σε περιπτώσεις ανθεκτικές στη συντηρητική θεραπεία ενδείκνυται η χειρουργική θεραπεία. Η αντιμετώπιση της αστραγαλοπτερνικής συνοστέωσης είναι πιο δύσκολη (Ντολατζας, 2005).

2.1.3 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το εμβρυϊκό ουροποιητικό σύστημα ελέγχεται σχεδόν σε κάθε υπερηχογράφημα που διενεργείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις πρώτες εβδομάδες της κύησης οι νεφροί δεν έχουν τη μορφή που θα αποκτήσουν αργότερα και δεν απεικονίζονται με μεγάλη ευκρίνεια. Είναι όμως δυνατόν να απεικονιστεί εμμέσως η λειτουργία τους με απεικόνιση της ουροδόχου κύστεως και η αιμάτωσή τους με τεχνική doppler.

Οι εμβρυϊκοί νεφροί μπορούν να απεικονισθούν υπερηχογραφικά από την 9^η με 12^η εβδομάδα της κύησης. Η ουροδόχος κύστη είναι ορατή από το πρώτο τρίμηνο της κύησης (σε περίπου 80% των εμβρύων στις 11 εβδομάδες και σε περισσότερο από 90% των εμβρύων στις 13 εβδομάδες της κύησης).

Οι ουρητήρες φυσιολογικά δεν απεικονίζονται, εκτός εάν υπάρχει απόφραξη ή παλινδρόμηση. Η αγενεσία νεφρών είναι ασύμβατη με τη ζωή. Για τους

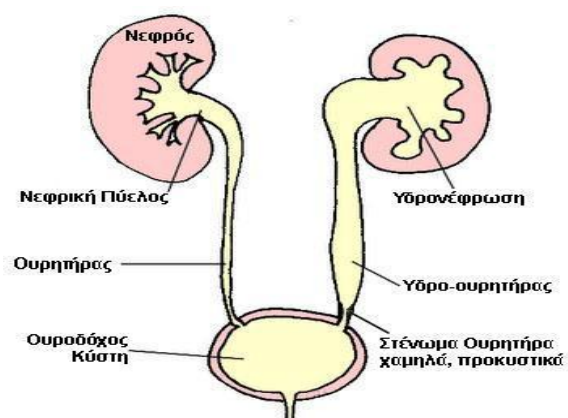
πολυκυστικούς νεφρούς η πρόγνωση ποικίλλει από νεογνικό θάνατο, υπέρταση μέχρι φυσιολογική ζωή. Οι αποφρακτικές ουροπάθειες είναι σε μεγάλο βαθμό χειρουργικά διορθώσιμες, Οι λειτουργικές αποφρακτικές ουροπάθειες αντιμετωπίζονται με αναμονή μέχρις ότου φτιάξουν από μόνες τους χωρίς να χρειαστεί επέμβαση (watchful waiting), ενώ οι όγκοι είναι σπανιότατοι (π.χ. μεσοβλαστικό νέφρωμα, υπερνέφρωμα) (Γαρδίκης, 2015).

Από το 1960 και μετά έχει δοθεί μεγάλη ώθηση στην παιδοουρολογία με βάση τη χειρουργική αποκατάσταση ανωμαλιών του ουροποιητικού συστήματος

- **Υδρονέφρωση**

Υδρονέφρωση ονομάζεται η διεύρυνση της νεφρικής πυέλου (εσωτερικό τμήμα του νεφρού, απ' όπου αποβάλλονται τα ούρα προς τον ουρητήρα), με ή χωρίς διάταση των ουρητήρων και της κύστης.

Η υδρονέφρωση αποτελεί τη συχνότερη πάθηση του ουροποιητικού στη νεογνική ηλικία. Επίσης αποτελεί την συχνότερη αιτία διόγκωσης της κοιλιάς σε νεογνά και βρέφη. Η διόγκωση αυτή μπορεί να αποτελεί εκδήλωση σοβαρής πάθησης ή να αποτελεί εύρημα χωρίς ιδιαίτερη κλινική σημασία. Η διάγνωσή της γίνεται προγεννητικά ή αμέσως μετά τη γέννηση



Εικ. 10: Υδρονέφρωση (www.iliaktida.gr)

Μπορούμε να καταφύγουμε και στην χειρουργική θεραπεία με την οποία επιχειρείτε η άρση της απόφραξης, ανάλογα με το αίτιο που προκάλεσε την απόφραξη με χειρουργικές μεθόδους. Η μετεγχειρητική θνητότητα έχει σήμερα σχεδόν μηδενισθεί. Τα απώτερα αποτελέσματα εξαρτώνται από το αίτιο της απόφραξης, αν και γενικά κρίνονται απολύτως ικανοποιητικά σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις απόφραξης του ανώτερου και κατώτερου ουροποιητικού (Βάος, 2011).

- **Πεταλοειδής νεφρός (σύντηξη κάτω πόλων)**

Πρόκειται για συγγενή ανατομική διαταραχή κατά την οποία οι νεφροί δε διαχωρίζονται και είναι ενωμένοι στον κάτω πόλο τους μέσω ενός ισθμού, δηλαδή μιας λωρίδας νεφρικού παρεγχύματος ή ινώδη ιστού που διασχίζει τη μέση γραμμή. Πρόκειται για τη συχνότερη ανωμαλία με σύντηξη των νεφρών, αποτελεί το 90%.



Εικ. 11: ΑΤ ουρογραφία πεταλοειδούς νεφρού (www.iatrikionline.gr)

Δεν χρειάζεται κάποια θεραπευτική προσέγγιση παρά μόνο αν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα όπως ουρολοίμωξη ή λιθίαση. Όταν υπάρχει στένωση της πυελοουρητηρικής συμβολής που δημιουργεί προβλήματα προτείνεται χειρουργική παρέμβαση με πυελοουρητηροπλαστική, καλύτερα λαπαροσκοπικά (Βάος, 2011).

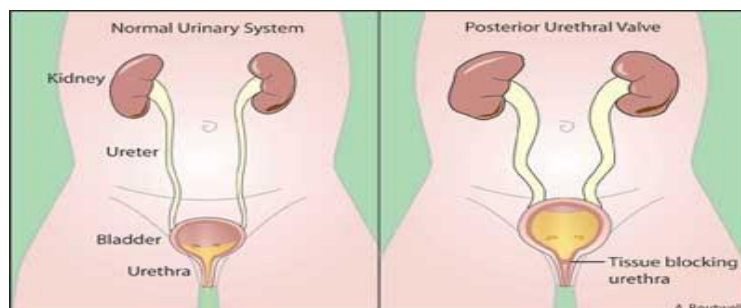
- **Εκτροφή ουροδόχου κύστεως**

Η εκτροφή της κύστης αποτελεί συγγενή διαμαρτία που χαρακτηρίζεται από τη μη σύγκλειση του κατώτερου κοιλιακού τοιχώματος και της ουροδόχου κύστης, με αποτέλεσμα την προβολή του οπίσθιου τοιχώματός της στο εξωτερικό περιβάλλον. Η εκτροφή της ουροδόχου κύστεως, η εκτροφή της κλοάκης και οι διάφορες μορφές του επισπαδία αποτελούν μέρος της διαμαρτίας εκτροφή-επισπαδίας (Κωνσταντάρας, 2004).

Σήμερα, πιστεύεται ότι η πρόωμη χειρουργική αποκατάσταση προσφέρει άριστα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα. Η επέμβαση πρέπει να γίνεται μέσα στα δύο πρώτα 24ώρα, επειδή τα οστά και οι αρθρώσεις της λεκάνης είναι ακόμη χαλαρές από την επίδραση της μητρικής οκυτοκίνης και συνεπώς είναι δυνατή η σύγκλεισή τους χωρίς οστεοτομία. Σε ασθενείς που εμφανίζουν μόνο εκτροφή της κύστεως η επιβίωση είναι ο κανόνας. Σε συνύπαρξη και άλλων ανωμαλιών η επιβίωση εξαρτάται από τις συνοδές ανωμαλίες (Γαρδίκης, 2015).

- **Συγγενείς βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας**

Οι συγγενείς βαλβίδες της οπίσθιας ουρήθρας εξακολουθούν ακόμη και σήμερα να αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος των νεογνών. Η πάθηση αυτή αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία νεφρικής ανεπάρκειας και μεταμόσχευσης νεφρών σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών.



Εικ. 12: Απεικονίζεται το φυσιολογικό ουροποιητικό σύστημα και βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας (www.paidouurologos.gr)

Κατά τη χειρουργική αντιμετώπιση των βαλβίδων της οπίσθιας ουρήθρας, συνήθως δημιουργείται εκτροπή των ούρων με κυστεοτομία και στη συνέχεια προβαίνουμε σε εκτομή των βαλβίδων κυστεοσκοπικά. Η αντιμετώπιση αυτή αποτελεί τη μέθοδο εκλογής (Γαρδίκης 2015).

- **Περισφιγμένη βουβωνοκήλη**

Η συντριπτική πλειοψηφία των βουβωνοκηλών της παιδικής και κυρίως της νεογνικής ηλικίας είναι συγγενείς λοξές βουβωνοκήλες. Αυτές οφείλονται στην παραμονή ανοιχτού του ελυτροπεριτοναϊκού πόρου μετά τη γέννηση, που επιτρέπει τη διέλευση ενδοκοιλιακών οργάνων και την πρόπτωσή τους εκτός του κοίτους της κοιλιάς, στην οσχεοβουβωνική χώρα (Ντόλατζας, 2005).

Όταν υπάρχει αδυναμία ανάταξης του περιεχομένου της κήλης απαιτείται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση της πάθησης. Η επείγουσα χειρουργική επέμβαση γίνεται για την πρόληψη της νέκρωσης των περιεχομένων σπλάχνων του κηλικού σάκου (Γαρδίκης, 2015).

- **Συστροφή Όρχεως**

Η συστροφή του όρχεως κατά τη νεογνική περίοδο διαφέρει από τη συστροφή του όρχεως των μεγαλύτερων παιδιών. Στα μεγαλύτερα παιδιά, η συστροφή είναι συνήθως ενδοελυτροειδής, που οφείλεται σε ατελή καθήλωση του όρχεως εντός του ιδίως ελυτροειδή χιτώνα. Αυτό δημιουργεί μια ανωμαλία του όρχεως που ονομάζεται «όρχις δίκην γλωσσιδίου καμπάνας», που επιτρέπει την ευχερή περιστροφή του όρχεως εντός του ιδίως ελυτροειδούς χιτώνα. Αντίθετα, στα νεογνά και στα βρέφη η πλέον συχνή είναι η εξω ελυτροειδής συστροφή, λόγω της ατελούς καθήλωσης του όρχεως και των χιτώνων του στο όσχεο που τον περιβάλλει (Lissauer et al., 2012).

Η νεογνική συστροφή συνήθως διαγιγνώσκεται κατά τη γέννηση ή αμέσως μετά. Σε περίπτωση που το νεογνό είναι καλά ενυδατωμένο και δεν εμφανίζει άλλη συγγενή διαμαρτία απειλητική για τη ζωή του αποφασίζεται η άμεση χειρουργική αντιμετώπισή του (Ιατράκης, 2004).

- **Κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση**

· Η κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση χαρακτηρίζεται από την παθολογική μετακίνηση των ούρων από την ουροδόχο κύστη προς τον ουρητήρα και το νεφρό, είτε κατά την πλήρωση της ουροδόχου κύστης, είτε κατά τη διάρκεια της ούρησης, ενώ συνήθως συνοδεύεται από ουρολοίμωξη. Η συχνότητα εμφάνισης της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης σε μικρούς ασθενείς που δεν εμφανίζουν άλλη πάθηση υπολογίζεται στο 1% περίπου του γενικού πληθυσμού. Η πάθηση εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια (86%), σε σχέση με τα αγόρια. Συνήθως στις μικρότερες ηλικίες εμφανίζεται και ο σοβαρότερος βαθμός κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης (Γαρδίκης 2015).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση διακρίνεται σε συντηρητική και χειρουργική. Έχει ως στόχο την εκρίζωση του μικροβιακού παράγοντα, την αποτροπή δημιουργίας νεφρικής ουλής και τον περιορισμό εμφάνισης νέων ουλών.

Για τη χειρουργική αντιμετώπιση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης χρησιμοποιούνται διάφορες χειρουργικές τεχνικές, όλες όμως χαρακτηρίζονται από ορισμένες γενικές αρχές, αναγνώριση, παρασκευή και κινητοποίηση του ουρητήρα, μεγάλη προσοχή στη διατήρηση της αιμάτωσής του και δημιουργία ικανού σε μήκος ενδοκυστικού τμήματος του ουρητήρα. Η επιτυχής μετεμφύτευση του ουρητήρα για τη αντιμετώπιση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης σήμερα φτάνει το 95–98% των περιπτώσεων (Πετρόπουλος, 2011).

- **Κρυπορχία**

Η κρυπορχία αποτελεί τη συχνότερη συγγενή ανωμαλία γεννητικών οργάνων στα αγόρια, κατά την οποία ο όρχις δεν βρίσκεται στο όσχεο. Ο μη κατερχόμενος όρχις μπορεί να εντοπίζεται από το νεφρό μέχρι το έξω βουβωνικό στόμιο - προσσχεϊκά, να είναι έκτοπος, να είναι ατροφικός ή και να μην υπάρχει. Γενικά στις περισσότερες περιπτώσεις, ο μη κατελθών όρχις είναι μικρότερος σε όγκο, με μαλθακή υφή. Η επιδιδυμίδα μπορεί να είναι ατελώς ή και καθόλου προσκολλημένη στον όρχη. Στα

τελειόμηνα νεογνά το ποσοστό εμφάνισης της κρυσορχίας είναι 3%. Εάν ο πατέρας έπασχε από κρυσορχία το αγόρι του έχει πιθανότητα σε ποσοστό 5% να γεννηθεί με κρυσορχία. Εάν ένα αγόρι γεννηθεί με κρυσορχία, το επόμενο σε ποσοστό 7% θα εμφανίσει την ίδια πάθηση. Η κρυσορχία αφορά συχνότερα το δεξιό όρχη (70%), ενώ σε ένα ποσοστό 10-15% αυτή είναι αμφοτερόπλευρη (Αγγελοπούλου, 2010).

Ο κατάλληλος χρόνος χειρουργικής αποκατάστασης της κρυσορχίας θεωρείται ο περί τον πρώτο χρόνο της ζωής (κατά άλλους τον 6ο μήνα της ζωής) (Γαρδίκης, 2015).

Ατρησία του παρθενικού υμένα

Η ατρησία του παρθενικού υμένα αποτελεί σπάνια συγγενή ανωμαλία, που οφείλεται σε αναστολή της διάτρησης του κατά την εμβρυϊκή ζωή. Γίνεται αντιληπτή κατά την γέννηση με την παρουσία βλεννοκήλης η οποία δημιουργείται από τη συσσώρευση των κολπικών εκκρίσεων, είτε κατά την εφηβεία με συμπτώματα πρωτοπαθούς αμηνόρροιας και αιματόκολπου με κυκλική εμφάνιση άλγους στην κοιλιακή χώρα (Lissauer et al., 2012).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει: Υμενοτομή του παρθενικού υμένα, με κυκλοτερή τομή και αφαίρεση στη νεογνική ηλικία, με σκοπό την παροχέτευση των κολπικών εκκρίσεων και την αποφυγή επιπλοκών όπως η ακράτεια ούρων και η δυσουρία. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν συμπτώματα η υμενοτομή γίνεται σε δεύτερο χρόνο κατά την εφηβεία όπου ξεκινά η έμμηνος ρήση ή σε περιπτώσεις όπου υπάρχει αιματόκολπος.

Οι επιπλοκές δεν είναι συχνές, όμως συμπεριλαμβάνουν την επιμόλυνση ή τον τραυματισμό της ουρήθρας και την υποτροπιάζουσα απόφραξη του παρθενικού υμένα, η οποία προλαμβάνεται με την αποφυγή απλής τομής του υμένα (Keffer, 2016).

2.2. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ ΣΕ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΟΥΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

2.2.1. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

- **Κυστικό ύγρωμα ή λεμφαγγείωμα του τραχήλου**

Το κυστικό ύγρωμα χαρακτηρίζεται ένας πολύχωρος κυστικός σχηματισμός, που επενδύεται εσωτερικά από ενδοθηλιακά κύτταρα και το υγρό που περιέχει προσομοιάζει με τη λέμφο. Οι κυστικοί σχηματισμοί που διαχωρίζονται μεταξύ τους με λεπτά διαφραγμάτια, που περιέχουν λείες μυικές ίνες και ινώδη στοιχεία. Η θεραπεία εκλογής είναι η ριζική χειρουργική εκτομή του υγρώματος, με πολύ καλά αποτελέσματα.

2.2.2 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Οι κυριότερες χειρουργικές παθήσεις του πνεύμονα που εκδηλώνονται με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας αναλύονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3: Χειρουργικές παθήσεις του πνεύμονα και διαφράγματος

<i>Συγγενείς κύστεις του πνεύμονα</i>
Συγγενές λοβώδες εμφύσημα Βρογχογενείς κύστεις Συγγενής αδενωματοώδης κυστική δυσπλασία Συγγενής πνευμονική ατελεκτασία ή πνευμονικό απόλλυμα
<i>Επίκτητες κύστεις του πνεύμονα</i>
Λοβώδες διάμεσο εμφύσημα Πνευματοκήλες ή ψευδοκύστεις από σταφυλοκοκκική πνευμονία
<i>Παθήσεις διαφράγματος</i>
Συγγενείς διαφραγματοκήλες Συγγενής χάλαση ή ανύψωση του ημιδιαφράγματος Πάρεση ή παράλυση του ημιδιαφράγματος

2.2.3 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

- **Ατρησία οισοφάγου**

Η ατρησία οισοφάγου χαρακτηρίζεται από την διακοπή της συνέχειας του οισοφάγου σε κάποιο σημείο της διαδρομής του.

Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την τελικοτελική αναστόμωση των δύο κολοβωμάτων του οισοφάγου σε ένα ή δύο στρώματα (Haight-Ladd-Gross), με δεξιά θωρακοτομή σε ένα χειρουργικό χρόνο. Η αναστόμωση αυτή είναι εφικτή στις περισσότερες των περιπτώσεων

- **Εντερική απόφραξη**

Η εντερική απόφραξη ή μηχανικός ειλεός των νεογνών ή σύνδρομο μηχανικής απόφραξης χαρακτηρίζεται από διακοπή της λειτουργικής και αντομικής συνέχειας του πεπτικού σωλήνα σε διάφορα ύψη, από πολλές συγγενείς μηχανικές αιτίες, ενδοαυλικές, εξωτοιχωματικές ή τοιχωματικές (Πετρόπουλος, 2005).

Το σύνδρομο εκδηλώνεται σε μεγάλη ομάδα χειρουργικών παθήσεων, που θέτουν σε κίνδυνο την ζωή των μικρών ασθενών και απαιτούν έγκαιρη διάγνωση και άμεση χειρουργική θεραπεία.

Το κεφάλαιο της θεραπείας είναι το βασικότερο και στηρίζεται στη σωστή προεγχειρητική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση, που είναι εντελώς διαφορετική από τους ενήλικες σχετικά με τις φαρμακευτικές ουσίες και τα διαλύματα που χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των βασικών αναγκών και των απωλειών των μικρών ασθενών.

Οι εγχειρητικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται έχουν κύριο σκοπό να αφαιρέσουν το ανατομικό κώλυμα που υπάρχει στην Ε.Α. και να αποκαταστήσουν τη συνέχεια του πεπτικού σωλήνα.

- **Ατρησία δωδεκαδακτύλου**

Η ατρησία του δωδεκαδακτύλου συνήθως εντοπίζεται κάτω από το φύμα του Vater και για το λόγο αυτό εκδηλώνεται σχεδόν πάντα με χολώδεις εμέτους. Επίσης, συνυπάρχει μετεωρισμός του επιγαστρίου, που συνοδεύεται από ορατό γαστρικό περισταλτισμό.

Για την αποσυμφόρηση του στομάχου, πρέπει πάντοτε να τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας τύπου Levin.

Θεραπευτικά, σήμερα, οι περισσότεροι χειρουργοί παιδών προτιμούν την εκτέλεση δωδεκαδακτυλοδωδεκαδακτυλικής αναστόμωσης. Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας είναι απόλυτα ικανοποιητικά, με εξαιρετικά χαμηλή θνητότητα (Πετρόπουλος, 2005).

- **Ατρησία λεπτού εντέρου (Νήστιδα-Ειλεός)**

Η κλινική εικόνα προσομοιάζει με την ατρησία του δωδεκαδακτύλου, αλλά η απλή ακτινογραφία καταδεικνύει περισσότερα υδραερικά επίπεδα ποικίλου μεγέθους και απουσία αέρα στο ορθό. Η διαμαρτία αυτή συνήθως δεν συνοδεύεται από άλλες συγγενείς ανωμαλίες.

Συνίσταται χειρουργική αντιμετώπιση της διαμαρτίας και αποσκοπεί στην αποκατάσταση της συνέχειας του αυλού του εντέρου συνήθως με τελικοτελική και σπανιότερα με τελικοπλάγια αναστόμωση (Πετρόπουλος, 2005).

- **Ατρησία παχέος εντέρου**

Πρόκειται για τη σπανιότερη ατρησία του πεπτικού συστήματος που έχει συχνότητα 1:20000 γεννήσεις. Κλινικά εκδηλώνεται τα πρώτα 24ωρα της ζωής με έντονο μετεωρισμό και χολώδεις εμέτους. Συνήθως η διάγνωση τίθεται με τη διαγραφή του παχέος εντέρου με υποκλυσμό, με τη χρησιμοποίηση διαφόρων σκιαγόνων ουσιών.

Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του παχέος εντέρου. Κατά την επέμβαση αποκλείονται άλλες ατρησίες και διατηρείται όσο δυνατόν μεγαλύτερο μήκος εντέρου. Η καλή βατότητα ολόκληρου του πεπτικού σωλήνα ελέγχεται διεγχειρητικά, με την έγχυση φυσιολογικού ορού εντός του αυλού του. Το περιφερικό τμήμα έχει συνήθως ελεγχθεί προεγχειρητικά με βαριούχο υποκλυσμό.

- **Ορθοπρωκτικές διαμαρτίες**

Οι περισσότερες από τις συγγενείς διαμαρτίες της ορθοπρωκτικής χώρας διαγιγνώσκονται αμέσως μετά τη γέννηση, με απλή επισκόπηση του περινέου. Για τη σωστή εξέταση, απαιτείται η πλήρης κάμψη των ισχίων του νεογνού και ο διαχωρισμός των γλουτών μεταξύ τους με τη βοήθεια των αντίχειρων του εξεταστή. Έτσι, γίνεται φανερή η παρουσία έκτοπου πρωκτού.

Σήμερα, με την ευρεία χρήση της εγχειρητικής μεθόδου Pená, όλες οι ατρησίες του ορθού αντιμετωπίζονται επιτυχώς, με άριστα λειτουργικά αποτελέσματα και με θνητότητα εξαιρετικά χαμηλή (Πετρόπουλος, 2005).

- **Ανωμαλίες στροφής και προσήλωσης του μέσου εντέρου (Mal Rotation-Non Rotation)**

Οι ανωμαλίες στροφής και προσήλωσης του μέσου εντέρου μπορούν να προκαλέσουν διάφορα σύνδρομα τέλειας ή ατελούς εντερικής απόφραξης. Εφ' όσον πρόκειται για κοινό μεσεντέριο (Non Rotation), συνήθως γίνεται συμφυσιολυσία και τοποθέτηση του εντέρου σε θέση αντίθετη με το φυσιολογικό. Μερικοί συγγραφείς παλαιότερα προέβαιναν και στη στερέωση του εντέρου με ειδικές ραφές (Fixation). Σήμερα, όμως, αυτή η στερέωση αυτή δεν είναι απαραίτητη.

Για την ατελή στροφή του εντέρου (Mal Rotation), προτιμάται απελευθέρωση της δεύτερης μοίρας του 12δακτύλου με διατομή των ταινιών του Ladd.

Σε περίπτωση συστροφής και νέκρωσης του εντέρου, εκτελείται ανάταξη της συστροφής και, εφ' όσον είναι απαραίτητο, εντερεκτομή και εντεροαναστόμωση.

- **Ειλεός από μηκόνιο**

Ο ειλεός από μηκόνιο αποτελεί το 30% των περιπτώσεων απόφραξης του λεπτού εντέρου κατά τη νεογνική περίοδο. Επίσης στο 90% των ασθενών με ειλεό εκ μηκωνίου συνυπάρχει η κυστική ίνωση, ενώ το 15% των ασθενών με κυστική ίνωση θα εμφανίσουν ειλεό από μηκόνιο.

Η κυστική ίνωση μεταδίδεται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα, ενώ η συχνότητα σε σχέση με το φύλο είναι η ίδια μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Η πάθηση χαρακτηρίζεται από την ενσφήνωση κηρωδών βυσμάτων μηκωνίου στον τελικό ειλεό, πάνω από τον οποίο συσσωρεύεται παχύρευστο μηκόνιο, προκαλώντας διάταση του υπερκείμενου εντέρου. Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης, αποτελούν η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής, η εμφάνιση συμπτωμάτων μηκωνιακής περιτονίτιδας (Πετρόπουλος, 2005).

Η επιβάρυνση της γενικής κατάστασης και οι αμφιβολίες όσον αφορά την ορθή διάγνωση. Κατά την επέμβαση, πρέπει να γίνουν πλύσεις του αυλού του εντέρου για την αφαίρεση του πυκνόμενου και στερεά συμπεφυμένου παθολογικού μηκωνίου ή εντερεκτομή και η διενέργεια τελικοτελικής αναστόμωσης.

- **Μηκωνιακή περιτονίτιδα**

Η ενδομήτρια ρήξη του εντέρου προκαλεί την εμφάνιση μηκωνιακής περιτονίτιδας. Εφόσον η ρήξη επισυμβεί αμέσως πριν από τον τοκετό, τότε εμφανίζεται ασκитικό υγρό, αλλά χωρίς την παρουσία ενδοπεριτοναϊκών επασβεστώσεων. Εφόσον, όμως, η ρήξη επισυμβεί πρώιμα ενδομητρίως, τότε δημιουργούνται πολλαπλές επασβεστώσεις και ινώδεις στερεές συμφύσεις.

Θεραπευτικά, αρχικά υποστηρίζεται ο μικρός ασθενής με την παροχή κατάλληλων υγρών για τη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Όταν αποκατασταθούν οι

διαταραχές, το νεογνό είναι έτοιμο να υποστεί την αναγκαία χειρουργική επέμβαση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο προσδιορισμός του σημείου της εντερικής απόφραξης είναι αδύνατος. Η χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει την ευρεία εφαρμογή διαφόρων χειρουργικών τεχνικών, όπως λύση των συμφύσεων, εντερεκτομή, τελικοτελική εντεροεντεροαναστόμωση, ειλεοστομία, κολοστομία και εξωτερική παροχέτευση του κοίτους της κοιλίας. Όταν, όμως, διενεργηθεί εντερεκτομή, τότε μεγαλύτερη ασφάλεια παρέχει η ειλεοστομία ή η κολοστομία (Πετρόπουλος, 2005).

- **Βύσμα μηκωνίου**

Η ενσφήνωση βύσματος μηκωνίου στην περιοχή του ορθού μπορεί να συμβεί σε νεογνά με οποιαδήποτε μορφή διαταραχής της κινητικότητας του παχέος εντέρου. Τότε το μηκόνιο, που συσσωρεύεται στην περιοχή του ορθού και του σιγμοειδούς, αφυδατώνεται, σκληραίνει και τελικά προκαλεί μηχανική εντερική απόφραξη. Η πάθηση εμφανίζεται συχνότερα στα πρόωρα νεογνά ή σε αυτά που οι μητέρες τους πάσχουν από εκλαμψία, σακχαρώδη διαβήτη, υποθυρεοειδισμό ή σηψαιμία.

Πολλές φορές η δακτυλική εξέταση ή ο βαριούχος υποκλυσμός επιδρούν θεραπευτικά. Επιπλέον, ο βαριούχος υποκλυσμός υποβοηθεί στον αποκλεισμό του συγγενούς μεγακόλου. Τέλος όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από την πάθηση αυτή πρέπει να ελεγχθούν για κυστική ίνωση, συγγενές megacolon και υποθυρεοειδισμό. Η πρόγνωση είναι άριστη. Πολύ σπάνια, μπορεί να απαιτηθεί, χειρουργική αντιμετώπιση.

- **Νόσος του Hirschsprung ή συγγενές αγαγγλιονικό megacolon**

Πρόκειται για συγγενή πάθηση που αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες εντερικής απόφραξης της νεογνικής περιόδου.

Αρχικά, για μικρό χρονικό διάστημα, η πάθηση μπορεί να αντιμετωπισθεί συντηρητικά, με πλύσεις του ορθοσιγμοειδούς με φυσιολογικό ορό κάθε 6 ώρες. Εφόσον το νεογνό έχει κενώσεις και δεν υπάρχει μετεωρισμός, τότε μπορεί να

σιτισθεί κανονικά. Στη μεταβατική αυτή περίοδο, υπάρχει απόλυτη ένδειξη για διενέργεια βιοψίας και επιβεβαίωση της διάγνωσης του συγγενούς μεγακόλου. Σε ορισμένα κέντρα η πάθηση αντιμετωπίζεται κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής, με μία από τις θεραπευτικές επεμβάσεις του μεγακόλου κατά Swenson, Duhamel ή Soave.

Συνήθως, όμως, προηγείται η δημιουργία, σε φυσιολογικό παχύ έντερο, κολοστομίας αμέσως μετά από τη διάγνωση. Στη συνέχεια, στην ηλικία των 8-10 μηνών, γίνεται η τελική χειρουργική θεραπεία.

Σήμερα, σε ελάχιστα παιδοχειρουργικά κέντρα, γίνεται πρόιμη αντιμετώπιση του συγγενούς μεγακόλου, με λαπαροσκοπική χειρουργική εκτομή και αναστόμωση σε ένα χρόνο, κατά τη νεογνική περίοδο. Τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου δεν μπορεί να αξιολογηθούν σήμερα, γιατί πρόκειται για πολύ μικρές σειρές ασθενών (Πετρόπουλος, 2005).

- **Ατρησία χοληφόρων**

Η ατρησία των χοληφόρων αποτελεί μια προϊούσα συγγενή πάθηση, που χαρακτηρίζεται από αναστολή της ανάπτυξης των εξωηπατικών χοληφόρων, που τελικά οδηγεί σε πλήρη απόφραξη και εκδηλώνεται με χολόσταση κατά τη νεογνική περίοδο. Τα ενδοηπατικά χοληφόρα αποφράσσονται στη συνέχεια, λόγω της ταυτόχρονης ανάπτυξης ίνωσης γύρω από αυτά.

Η θεραπεία της ατρησίας των χοληφόρων είναι μόνο χειρουργική και περιλαμβάνει τη διενέργεια χολαγγειοεντεροαναστόμωσης κατά Roux en Y, όταν ανευρεθούν εξωηπατικά χοληφόρα. Αν δεν ανευρεθούν εξωηπατικά χοληφόρα, σε μη χειρουργικά διορθώσιμες μορφές, τότε διενεργείται πυλαιοεντεροαναστόμωση κατά Kasai I ή II ή παραλλαγές αυτών (Πετρόπουλος, 2005).

- **Κύστεις χοληδόχου πόρου**

Πρώτη παθολογοανατομική κατάταξη των κύστεων του χοληδόχου πόρου, έγινε από τον Alonso-Lej το 1959. Αυτή η κατάταξη, με μικρές τροποποιήσεις, ισχύει μέχρι σήμερα και είναι η ακόλουθη:

- Τύπος I. Κυστική διάταση του χοληδόχου πόρου.
- Τύπος II. Εκκόλπωμα του χοληδόχου πόρου.
- Τύπος III. Χοληδοχοκήλη
- Τύπος IV. Κυστική διάταση του χοληδόχου πόρου με διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων.
- Τύπος V. Διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων ή νόσος του Caroli

Σήμερα, θεραπεία εκλογής αποτελεί η ολική εκτομή της κύστης και η αναστόμωση του κεντρικού φυσιολογικού κολοβώματος του χοληδόχου πόρου, κατά Roux-en-Y με τη νήστιδα.

2.2.4. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

- **Εξόμφαλος ή συγγενής ομφαλική εξεντέρωση - γαστρόσχιση ή λαπαρόσχιση**

Ο εξόμφαλος ή συγγενής ομφαλική εξεντέρωση ή αμνιακή κήλη χαρακτηρίζεται από απουσία διάπλασης των κοιλιακών τοιχωμάτων στην περιοχή του ομφαλού και περιομφαλικά. Αυτό οφείλεται στην αδυναμία υποστροφής του έξω σπλαχνικού κοιλώματος, μεταξύ της 32^{ης} (έμβρυο 5mm) και της 70^{ης} (έμβρυο 45mm) ημέρας.

Η Γαστρόσχιση ή Λαπαρόσχιση χαρακτηρίζεται από τοπική απουσία διάπλασης του κοιλιακού τοιχώματος και εμφανίζεται σαν επιμήκης σχισμή προς τα έξω και δεξιά του ομφαλικού δακτυλίου. Η διαμαρτία αυτή οφείλεται σε διαταραχή της διάπλασης της σωματόπλευρας, δηλαδή του περιτόνου πετάλου του μέσου βλαστικού δέρματος (Πετρόπουλος, 2005).

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί την προτιμώμενη μέθοδο αντιμετώπισης όλων των μορφών εξομφάλου και γαστρόσχισης. Έτσι, σε μικρούς και μεσαίου μεγέθους

εξομφάλους και γαστροσχίσεις, προτιμάται η πρωτογενής αποκατάσταση της διαμαρτίας, με την ανάταξη των προπιπτόντων σπλάχνων και τη σύγκλειση του κοιλιακού ελλείμματος. Σε εξαιρετικά μεγάλους εξομφάλους και γαστροσχίσεις, προτιμάται η σταδιακή αποκατάσταση της διαμαρτίας με τη μέθοδο Schuster, με τη χρήση διαφόρων προθέσεων, όπως αρχικά το Silastic, το Teflon και η ανθρώπινη λυοφιλημένη μήνιγγα. Σήμερα όμως, χρησιμοποιείται κατά προτίμηση το απορροφήσιμο αδρανές υλικό, Gore-Tex, με άριστα αποτελέσματα.

- **Τερατώματα ιεροκοκκυγικής χώρας**

Πρόκειται για διογκώσεις συγγενούς προέλευσης,, που εξορμούνται από την ιεροκοκκυγική περιοχή και σε ποσοστό 70-80% διαγιγνώσκονται κατά τη νεογνική και βρεφική ηλικία. Τα τερατώματα αυτά προβάλλουν μπροστά από τον κόκκυγα και παρεκτοπίζουν τον πρωκτικό δακτύλιο, παραμορφώνοντας την αρχιτεκτονική των γλουτών

Η θεραπεία των τερατωμάτων είναι η έγκαιρη εγχειρητική αφαίρεση του όγκου με τη μέθοδο Gross που συνιστάται σε πλήρη αφαίρεση του όγκου μαζί με τον κόκκυγα.

Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις, ιδίως σε μεγάλα προϊερά τερατώματα, που απαιτείται συνδυασμένη επέμβαση και δια του ιερού οστού και διακοιλιακώς για την αφαίρεση του όγκου (Πετρόπουλος, 2005).

- **Άλλες συγγενείς διογκώσεις της ιεροκοκκυγικής χώρας**

- ❖ Οπίσθια ιερή μηνιγγοκήλη ή μηνιγγομυελοκήλη: Συνήθως εντοπίζεται στη ράχη σε υψηλότερο επίπεδο και καλύπτεται από ημιδιαφανή μεμβράνη. Η διαμαρτία αυτή δεν προκαλεί μετατόπιση του ορθού και σπάνια επεκτείνεται προς τους γλουτούς. Η θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση της διόγκωσης.

- ❖ Πρόσθια ιερή μηνιγγοκήλη: Αυτή προσομοιάζει με προϊερά τερατώματα. Κατά την ακτινολογική εξέταση συνυπάρχει δισχιδής ράχη και ενδεχομένως νευρολογικές διαταραχές από την ουροδόχο κύστη και τα κάτω άκρα. Η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργική αφαίρεση της διόγκωσης, με εγκάρσια τομή δια μέσου του κόκκυγα για προσπέλαση του προϊερού χώρου. Σπάνια θα χρειασθεί συνδυασμένη επέμβαση διακοιλιακά και από τον κόκκυγα και το ιερό οστόύν για αφαίρεση υπερμεγέθων διογκώσεων κυστικών μηνιγγοκεληών.
- ❖ Χόρδωμα: Είναι σπάνιος καλοήθης συγγενής όγκος που αναπτύσσεται από υπολείμματα της νωτιαίας χορδής. Είναι σπάνιος όγκος της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας και συχνότερος στα αγόρια. Η θεραπεία απαιτεί χειρουργική αφαίρεση του όγκου (Πετρόπουλος, 2005).
- ❖ Γαγγλιονεύρωμα: Ο όγκος αυτός προέρχεται από τα συμπαθητικά γάγγλια και σπάνια εντοπίζεται στην προϊερά χώρα. Είναι καλοήθης όγκος που προκαλεί, όμως, συμπτώματα πίεσης στα παρακείμενα όργανα, όπως ακριβώς και το προϊερό τεράτωμα.
- ❖ Κυστικός διπλασιασμός του ορθού: Η διόγκωση αυτή προσομοιάζει με το προϊερό κυστικό τεράτωμα. Για το λόγο αυτό, είναι δύσκολη η διάγνωση προεγχειρητικά. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την επέμβαση και ιστολογικά.
- ❖ Σύνδρομο Currarino: Το σύνδρομο Currarino είναι μια σπάνια κληρονομική νόσος. Η πλήρης του μορφή χαρακτηρίζεται από την παρουσία ορθοπρωκτικών ανωμαλιών, συνήθως ορθοπρωκτικής στένωσης, προϊεράς μάζας και ανωμαλιών διάπλασης του ιερού οστού. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η χρόνια δυσκοιλιότητα από τη νεογνική ή βρεφική ηλικία. Για την θεραπεία των ασθενών συνιστάται η εκτομή της προϊεράς μάζας και ταυτόχρονη διόρθωση της ορθοπρωκτικής ανωμαλίας δια μέσου οπίσθιας μέσης οβελιαίας περινεϊκής προσπέλασης.

2.2.5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

- **Νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK)**

Είναι πολυπαραγοντική νόσος που προκαλεί οξεία νεκρωτική ισχαιμία και μπορεί να προσβάλει τόσο το λεπτό, όσο και το παχύ έντερο. Είναι η πιο συχνή, σοβαρή και πολλές φορές θανατηφόρα νόσος του γαστρεντερικού συστήματος τω πρόωρων νεογνών. Η ανωριμότητα του γαστρεντερικού συστήματος λόγω προωρότητας, σε συνδυασμό με το χαμηλό βάρος γέννησης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της. Εμφανίζεται συνήθως τις τρεις πρώτες βδομάδες ζωής των νεογνών στα νεογνά που έχουν ιδιαίτερα χαμηλό βάρος και ηλικία κύησης. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της NEK περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και χειρουργική επέμβαση. Η συχνότητα εμφάνισης της NEK στον γενικό πληθυσμό είναι 0,5-5 περιπτώσεις στις 1000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών. Η θνητότητα της NEK κυμαίνεται σε ποσοστό 20-50%. Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις διάτρησης του εντέρου ή όταν υπάρχουν ενδείξεις νέκρωσής του, καθώς και σε περιπτώσεις όπου η κλινική εικόνα του νεογνού επιδεινώνεται, διότι λαμβάνει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Το είδος της χειρουργικής αντιμετώπισης ποικίλει ανάλογα με το στάδιο της νόσου και περιλαμβάνει πρωτίστως την παροχέτευση υγρών με την εισαγωγή ειδικών καθετήρων. Η μαίες/μιαευτές αποτελούν την πρώτη γραμμή άμυνας, με την καθημερινή παροχή φροντίδας. Πρέπει να δείχνουν ιδιαίτερη προσοχή, τόσο στο γαστρεντερικό σύστημα, όσο και στη διατροφική ανεκτικότητα του νεογνού (Μπιλάλη, 2012).

2.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Η Παιδοχειρουργική εξελίχθηκε σημαντικά από τα μέσα του 20ου αιώνα με την εφαρμογή νέων τεχνικών αναισθησίας και καλύτερης οργάνωσης των παιδιατρικών νοσοκομείων.

Ασχολείται με χειρουργικές παθήσεις νεογνών, βρεφών, παιδιών και εφήβων, που αφορούν το πεπτικό, αναπνευστικό, ουροποιητικό και γεννητικό σύστημα, εντοπίζονται στο θώρακα, την κοιλιά, τα μαλακά μόρια, τον τράχηλο, την ορθοπρωκτική χώρα και τα έξω γεννητικά όργανα. Είναι δε κυρίως συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες, ανατομικές ή λειτουργικές, φλεγμονώδεις παθήσεις, νεοπλάσματα, τραύματα και εγκαύματα. Επίσης οι μεταμοσχεύσεις νεφρών, ήπατος και εντέρου διενεργούνται από εξειδικευμένους παιδοχειρουργούς σε ειδικά κέντρα (Ορφανουδάκη. Π.).



Εικ. 13: (www. paidoxeirurgos.gr)

Η βαθύτερη κατανόηση της παθολογικής ανατομικής και παθοφυσιολογίας των παιδικών παθήσεων, καθώς και η ακριβέστερη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση, είχε σαν αποτέλεσμα μεγαλύτερο ποσοστό ίασης και καλύτερη ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα για τις δύσκολες συγγενείς χειρουργικές παθήσεις της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας. Συγχρόνως η εκπαίδευση των παιδοχειρουργών ώστε να χειρουργούν με τη μικρότερη δυνατή βλάβη των ιστών, είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση των διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών και την καλύτερη έκβαση των νοσημάτων αυτών.

Σημαντικός είναι και ο ρόλος του παιδοχειρουργού στην ομάδα προγεννητικής διάγνωσης / συμβουλευτικής, καθ' όσο θα καθορίσει την αντιμετώπιση μιας χειρουργικής πάθησης, μετά τη γέννηση του νεογνού, πληροφορώντας τους γονείς για την προ- και μετεγχειρητική περίοδο, αλλά και για τη μετέπειτα πορεία του παιδιού τους, στη ζωή του (Ορφανουδάκη. Π.).

Πολύ σημαντική επίσης η συνεργασία του με τον νεογνολόγο και το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, μιας και τα πρόωρα νεογνά έχουν ανάγκη μεγάλης φροντίδας, λόγω της μειωμένης ενδομήτριας

ανάπτυξης, του μικρού βάρους γέννησης, των συγγενών ανωμαλιών που πιθανόν φέρουν, της αναπνευστικής ανωριμότητας και του κινδύνου των λοιμώξεων.

Επίσης συνεργάζεται στενά εκτός του παιδίατρου και με πολλές ειδικότητες της παιδιατρικής για την πληρέστερη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου ή τη συνδυασμένη θεραπεία. Η ανάπτυξη της ενδοσκοπικής χειρουργικής την τελευταία δεκαετία στα παιδιά και γενικότερα η τάση της ελάχιστης θεραπευτικής παρέμβασης (minimal invasive treatment), οδήγησε σε ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση των επιπλοκών και την καλύτερη έκβαση σημαντικού αριθμού νοσημάτων (Ορφανουδάκη Π.).

Με την εξέλιξη της αναισθησίας της αναλγησίας και των εγχειρητικών τεχνικών, έχει περιορισθεί ο χρόνος νοσηλείας (day clinic) σε μεγάλο αριθμό επεμβάσεων της παιδοχειρουργικής. Με αυτό τον τρόπο τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί ταχύτερη ανάρρωση, μείωση των λοιμώξεων, λιγότερος φόβος στα παιδιά, μικρότερη διαταραχή της οικογενειακής ζωής, λιγότερη επιβάρυνση του οικογενειακού προϋπολογισμού και ελάττωση της δυσφορίας των μεγάλων αναμονών.

2.4. Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΑΣΗΣ

Η αύξηση των γεννήσεων νεογνών υψηλού κινδύνου και κατ' επέκταση οι αυξημένες ανάγκες νοσηλείας σε MENN, οδήγησαν στη ριζική αναδιαμόρφωση των παρεχόμενων υπηρεσιών περιγεννητικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο τα τελευταία 40 έτη, με στόχο την επίτευξη της καλύτερης δυνατής έκβασης όλων των νεογέννητων με το μικρότερο δυνατό κόστος για τη δημόσια υγεία. Έτσι, η περιγεννητική φροντίδα χρειάζεται να οργανώνεται σε νεογνικά κέντρα διαφορετικών επιπέδων περίθαλψης, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του νεογνού. Το πυραμιδικό αυτό σύστημα δίνει τη δυνατότητα περίθαλψης του νεογνού

στο κατάλληλο κέντρο δεδομένης της βαρύτητας της κατάστασής του, αλλά και τη μεταφορά του σε κέντρο υψηλότερου επιπέδου, εφόσον κριθεί αναγκαίο.

Οι περισσότερες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, σύμφωνα με έκθεση εμπειρογνομόνων του ΚΕΣΥ, ακολουθούν το πρότυπο των τριών επιπέδων, ενώ από το 2012 στις ΗΠΑ υιοθετήθηκε σύστημα 4 επιπέδων. Σε θεωρητικό επίπεδο οι ανάγκες για Νεογνικά Τμήματα/Νεογνικές Μονάδες προσδιορίζονται με βάση τον πληθυσμό, τις ετήσιες γεννήσεις κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας και άλλες παραμέτρους που αφορούν τη δομή του πληθυσμού και τις υπάρχουσες υποδομές και ροές. Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπόψη για τον προγραμματισμό της παροχής των υπηρεσιών περιγεννητικής φροντίδας στον ελληνικό χώρο είναι:

1. η γεωγραφική διαμόρφωση της χώρας με τον εκτεταμένο νησιωτικό χώρο
2. η μεγάλη αναλογία (>50%) τοκετών στον ιδιωτικό τομέα
3. η συγκεντροποίηση των μεγάλων ιδιωτικών μαιευτηρίων στη μείζονα περιοχή της πρωτεύουσας (40% των γεννήσεων πραγματοποιούνται σε ιδιωτικά μαιευτήρια και μόνον 10% σε δημόσια της ίδιας περιοχής) και
4. η δυσαναλογία των προβληματικών νεογνών, που χρειάζεται να μεταφερθούν για νοσηλεία από τα ιδιωτικά στα κρατικά Νεογνολογικά Τμήματα λόγω οικονομικών ή άλλων λόγων ή να νοσηλευτούν αποκλειστικά σε κρατικά Τμήματα ή Μονάδες λόγω έλλειψης της απαιτούμενης υποδομής σε ιδιωτικά Μαιευτήρια

Η σημαντική έλλειψη βασικών στατιστικών δεδομένων καθιστά δύσκολη την αξιολόγηση της παρεχόμενης περιγεννητικής περίθαλψης και την αποτελεσματικότητα της οργάνωσης των νεογνικών κέντρων στη χώρα μας. Ωστόσο, στην Ελλάδα έχει υπολογιστεί ότι χρειάζονται τουλάχιστον 200 κλίνες εντατικής νοσηλείας, 400 ενδιάμεσης και 200 απλής νοσηλείας, επιπλέον όσων λειτουργούν για τα φυσιολογικά νεογνήτα των Μαιευτικών Τμημάτων. Πάνω από είκοσι χρόνια μετά την έκθεση της υπο - επιτροπής Νεογνολογίας - Εμβρυομητρικής Ιατρικής και μετά την πιο πρόσφατη της Ειδικής Επιτροπής του ΚΕΣΥ για την Περιγεννητική Φροντίδα στην Ελλάδα το 2012, αρκετά βασικά σημεία δεν έχουν ληφθεί υπόψη στη

λειτουργία του συστήματος παροχής περιγεννητικής φροντίδας για πρόωρα και προβληματικά νεογνά.

Αναπτύχθηκαν και λειτουργούν μονάδες που έχουν χαρακτηριστεί τριτοβάθμιες, χωρίς διαχρονική παρακολούθηση της λειτουργίας τους από μηχανισμούς επιτόπιας αξιολόγησης και ανεξάρτητη επιτροπή με βάση προκαθορισμένα κριτήρια. Επίσης, καθυστερεί η εφαρμογή της περιφερικοποίησης των υπηρεσιών με αποτέλεσμα την υποστελέχωση των τριτοβάθμιων μονάδων, τη σπατάλη οικονομικών πόρων και πιθανότατα την επιβάρυνση της έκβασης των πρόωρων και προβληματικών νεογνών χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης ή όσων ζουν στις πιο απομακρυσμένες περιοχές της χώρας (repository.kallipos.gr).

Συμπερασματικά, προκειμένου να λειτουργήσει οποιοδήποτε σύστημα αξιολόγησης της δομής και της οργάνωσης της περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας είναι αναγκαία η διασφάλιση από την Πολιτεία της άμεσης ηλεκτρονικής καταγραφής δεδομένων παρακολούθησης της εγκυμοσύνης και παροχής περιγεννητικής φροντίδας, όπως προβλέπεται από τον αντίστοιχο νέο νόμο (12/2014), παρότι δεν αναφέρεται στις διατάξεις του πώς θα γίνει η εφαρμογή του. Μέχρι τότε ακόμη και σε δοκιμαστική φάση από τους ενδιαφερομένους φορείς χρειάζεται να γίνει προσπάθεια ανάδειξης του προβλήματος και των πλεονεκτημάτων της αποτύπωσης βασικών πρωτογενών δεδομένων από τις μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες, ώστε:

1. να υπολογιστούν οι δείκτες περιγεννητικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της έκβασης της διαχρονικής παρακολούθησης όσων νεογνών χρειάστηκαν νοσηλεία σε ΜΕΝΝ
2. να αναδειχθούν οι παράγοντες που τους διαμορφώνουν και επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση των προβληματικών νεογνών στον ελληνικό χώρο και
3. να χρησιμοποιηθούν πραγματικά δεδομένα για το διαχρονικό επανασχεδιασμό της περιφερικοποίησης των υπηρεσιών. Η ανάπτυξη του συστήματος αξιολόγησης δομών και υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς νεογνών, αλλά και της υποστήριξης του ρόλου των επαγγελματιών περιγεννητικής φροντίδας μόνον θετικές επιπτώσεις μπορεί να έχει στην τελική έκβαση των πρόωρων και προβληματικών νεογνών, αλλά και στην

ελάφρυνση του οικονομικού αυτού φορτίου στην Ελλάδα της κρίσης
(repository.kallipos.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

3.1 ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τα ανώριμα συστήματα σε συνδυασμό με τις ποικίλες χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υποβάλλονται καθιστούν την αναισθησία στα πρόωρα νεογνά πραγματική πρόκληση. Οι κυριότερες επιπλοκές αφορούν στο αναπνευστικό σύστημα και στην άπνοια της προωρότητας, στο καρδιαγγειακό, στο κεντρικό νευρικό, στην ομοιόσταση της γλυκόζης, στο ουροποιητικό σύστημα, στη θερμορύθμιση, στο αιμοποιητικό σύστημα, καθώς και στην αμφιβληστροειδοπάθεια των νεογνών.

➤ **Αναπνευστικό**

Τα νεογνά με εμβρυϊκή δομή των πνευμόνων και ανώριμη λειτουργική χωρητικότητα εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αναπνευστική ανεπάρκεια, ανάγκη σε οξυγόνο και αερισμό θετικών πιέσεων. Το σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας οφείλεται στην έλλειψη επιφανειοδραστικού παράγοντα και σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία κύησης επηρεάζοντας το 90% των παιδιών που έχουν γεννηθεί την 26η εβδομάδα κύησης. Η αναισθησία μπορεί να προκαλέσει χαμηλούς αναπνευστικούς όγκους και διαταραχή αερισμού/αιμάτωσης. Ο συνδυασμός της ανώριμης ανάπτυξης, της ασθένειας και της αναισθησίας μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα υποξίας, η οποία μπορεί να αποφευχθεί χρησιμοποιώντας τεχνικές μηχανικού αερισμού με εφαρμογή θετικής τελοεκπνευστικής πίεσης. Ο κίνδυνος τοξικότητας από οξυγόνο και βαροτραύματος κατά την αναισθησία θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη. Έτσι στόχος είναι ο επαρκής αερισμός και οξυγόνωση με τις χαμηλότερες δυνατές συγκεντρώσεις οξυγόνου και πίεση αεραγωγών. Επιπρόσθετα, σε συνεννόηση με τους νεογνολόγους πρέπει να ερευνάται το ενδεχόμενο χορήγησης επιφανειοδραστικού παράγοντα αμέσως μετά τη γέννηση (Υψηλάντη, 2018).

Άπνοια της προωρότητας

Η απάντηση των χημικών υποδοχέων είναι πολύ μειωμένη στα πρόωρα νεογνά. Η φυσιολογική απάντηση στην υποξία (υπεραερισμός ακολουθούμενος από υποαερισμό και άπνοια) αντικαθίσταται μόνο από άπνοια. Άπνοια ορίζεται ως η παύση της αναπνοής για περισσότερο από 20 sec ή λιγότερο από 20 sec σχετιζόμενη με βραδυκαρδία ή και κυάνωση. Μπορεί να είναι κεντρικής, αποφρακτικής ή συχνότερα μικτής αιτιολογίας. Η άπνοια σχετίζεται τόσο με την ηλικία κύησης όσο και με την ηλικία σύλληψης, ενώ ο κίνδυνος είναι περίπου 45% στις 48-60 εβδομάδες από τη σύλληψη.

Στην άπνοια της προωρότητας συμβάλλουν η υποξία, η υπο/υπερθερμία, η εγκεφαλική αιμορραγία, οι μεταβολικές διαταραχές, η σήψη, η απόφραξη ανώτερου αεραγωγού, η καρδιακή ανεπάρκεια, η αναιμία και τα φάρμακα. Στα φάρμακα αυτά συμπεριλαμβάνονται παράγοντες που χρησιμοποιούνται στη γενική αναισθησία, όπως εισπνεόμενα αναισθητικά, κατασταλτικά, οπιοειδή και μυοχαλαρωτικά.

Για να μειωθεί ο κίνδυνος της άπνοιας μπορεί να χορηγηθεί διεγχειρητικά καφεΐνη ή αμινοφυλλίνη, να εφαρμοστεί περιοχική αντί για γενική αναισθησία και να αποφευχθεί η χειρουργική επέμβαση μέχρι το νεογνό να φτάσει τις 50-60 εβδομάδες μετά τη σύλληψη.

➤ Καρδιαγγειακό

Οι διαταραχές στη μετάβαση από την εμβρυϊκή στη νεογνική κυκλοφορία φυσιολογικά έχει ως αποτέλεσμα το κλείσιμο του ωοειδούς τρήματος και του βοτάλειου πόρου. Στην προωρότητα ο βοτάλειος πόρος παραμένει ανοιχτός συχνά. Αυτό και άλλες διαφραγματικές ανωμαλίες μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική αριστερά προς δεξιά διαφυγή, προοδευτική αύξηση της πνευμονικής κυκλοφορίας και καρδιακή ανεπάρκεια. Η γενική αναισθησία είναι δυνατό να συνοδεύεται από καταστολή του μυοκαρδίου, μεταβολή των συστηματικών και πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων και των πιέσεων των αεραγωγών (Υψηλάντη, 2018).

Οι μεταβολές αυτές μπορεί να επηρεάσουν το ήδη επιβαρυνμένο καρδιαγγειακό σύστημα των πρόωρων νεογνών και γι' αυτό απαιτείται προσεκτική τιτλοποίηση των αναισθητικών παραγόντων καθώς και επαρκής αερισμός και οξυγόνωση.

➤ **Κεντρικό νευρικό**

Η εγκεφαλική αιμορραγία παραμένει σημαντική αιτία θνησιμότητας και θνητότητας, ενώ συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία κύησης. Μεταβολές στη εγκεφαλική αιματική ροή σε συνδυασμό με την ανώριμη αυτορρύθμιση αυξάνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικής αιμορραγίας. Οι κύριες καταστάσεις που σχετίζονται με τον κίνδυνο αυτό και πρέπει να αποφεύγονται είναι η υπέρταση, η ταχυκαρδία, η υποξία, η υπερκαπνία και η υπεροσμωτικότητα.

➤ **Ομοιόσταση γλυκόζης**

Τα πρόωρα νεογνά έχουν χαμηλότερα αποθέματα γλυκογόνου και υπανάπτυκτους μηχανισμούς γλυκονεογένεσης. Η υπογλυκαιμία θα πρέπει να αναμένεται και να θεραπεύεται άμεσα με αργή έγχυση υγρών και μείωση της προεγχειρητικής νηστείας στο ελάχιστο δυνατό. Η υπεργλυκαιμία θα πρέπει επίσης να αποφεύγεται γιατί ως υπεροσμωτική κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική αιμορραγία, οσμωτική διούρηση και αφυδάτωση (Υψηλάντη, 2018).

➤ **Ουροποιητικό**

Τα νεφρικά σωληνάκια των πρόωρων νεογνών έχουν μειωμένη ικανότητα να επαναρροφήσουν διττανθρακικά, όπως και να διατηρήσουν το νάτριο. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα αφενός τη φυσιολογική οξέωση των πρόωρων, αφετέρου την απώλεια ύδατος η οποία επιταχύνεται εξαιτίας της διαπερατότητας του δέρματός τους και της σχετικά μεγάλης επιφάνειας σώματος που διαθέτουν. Έτσι είναι απαραίτητη η άμεση αναπλήρωση των υγρών τόσο προεγχειρητικά όσο και διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, καθώς και ο έλεγχος της διούρησης

➤ **Θερμορύθμιση**

Η θερμορύθμιση στα πρόωρα νεογνά είναι μειωμένη και επηρεάζεται εύκολα από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Υπάρχει μεγάλη απώλεια θερμότητας (αυξημένη επιφάνεια σώματος σε σχέση με το βάρος τους, αυξημένη αγωγιμότητα θερμότητας, μεγαλύτερη εξάχνωση από το λεπτό τους δέρμα) και μειωμένη ικανότητα παραγωγής θερμότητας (μειωμένα αποθέματα φαιού λίπους). Συνέπειες της υποθερμίας είναι η άπνοια, η βραδυκαρδία, η οξέωση και η υπογλυκαιμία. Για να αποφευχθούν αυτά, θα πρέπει να πρόωρα νεογνά να βρίσκονται σε θερμοκοιτίδα και η χειρουργική αίθουσα θα πρέπει να έχει θερμοκρασία 27ο C και ο ασθενής να θερμαίνεται καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης με ειδική συσκευή θέρμανσης (Υψηλάντη, 2018).

➤ **Αιμοποιητικό**

Η αιμοσφαιρίνη ενός πρόωρου νεογνού είναι συνήθως 13-15 gr/dl από το οποίο το 70-80% HbF (με μειωμένη ικανότητα απόδοσης οξυγόνου). Εξαιτίας των μειωμένων αντισταθμιστικών μηχανισμών των πρόωρων νεογνών σε σχέση με τα τελειόμηνα νεογνά τίθεται ως στόχος ο αιματοκρίτης να έχει τιμή 40%-45% ώστε να διευκολύνεται η απόδοση οξυγόνου. Επιπλέον η ανεπάρκεια βιταμίνης K που παρουσιάζουν τα νεογνά αυτά, καθιστά αναγκαία την εξωγενή χορήγησή της πριν από το χειρουργείο.

➤ **Αμφιβληστροειδοπάθεια των νεογνών**

Η αμφιβληστροειδοπάθεια των νεογνών πιθανώς σχετίζεται με παρατεταμένη έκθεση σε υψηλές συγκεντρώσεις οξυγόνου. Αυτό είναι κάτι που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε μεγάλης διάρκειας χειρουργικές επεμβάσεις και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Συνιστάται η διατήρηση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης του αρτηριακού αίματος μεταξύ 94%-97%.

3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Με την πρόοδο της ιατρικής η επιβίωση των πρόωρων νεογνών έχει αυξηθεί σημαντικά, με αποτέλεσμα τα πρόωρα ή τα πρώην πρόωρα νεογνά να υποβάλλονται συχνά σε χειρουργικές επεμβάσεις. Η καλή έκβαση της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από τη γνώση της φυσιολογίας της ανάπτυξης, καθώς και από την αναγνώριση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών που σχετίζονται με την ανωριμότητα των διαφόρων συστημάτων του νεογνού. Στο πλαίσιο αυτό απαραίτητη είναι η διαρκής ενημέρωση και συνεργασία των ιατρικών ειδικοτήτων που αναλαμβάνουν την περιεγχειρητική διαχείριση των νεογνών.

Μελέτη που έγινε στη διάρκεια ενός έτους, σε δύο μεγάλα δημόσια μαιευτήρια της Αθήνας, σε 117 νεογνά που γεννήθηκαν με παθήσεις για την αντιμετώπιση των οποίων χρειαζόταν χειρουργική επέμβαση είχαμε τα εξής αποτελέσματα:

Από τα αποτελέσματά μας φάνηκε ότι από τα 117 παιδιά στο σύνολο των 10.308 γεννήσεων, 30 (25%) εμφάνιζαν χειρουργική πάθηση του κυκλοφορικού συστήματος (σχεδόν όλο το φάσμα των συγγενών καρδιοπαθειών από μεσοκοιλιακή, μεσοκοιλιακή επικοινωνία μέχρι σύμπλοκες καρδιοπάθειες όπως Fallot, μετάθεση μεγάλων αγγείων, μονήρη κοιλία κ.τ.λ.). Σε 22 (19%) το πρόβλημα εντοπιζόταν στο πεπτικό (ατρησία οισοφάγου, δωδεκαδακτύλου, πρωκτού κ.λπ.), σε 12 (10%) η βλάβη εντοπιζόταν στην κοιλιακή χώρα (γαστροσχιση, ομφαλοκήλη, βουβονοκήλη), σε 10 (9%) στο γεννητικό σύστημα (υποσπαδίας, κρυσορχία, φίμωση), σε 8 (7%) στο ουροποιητικό σύστημα (διπλό πυελοκαλυκτικό σύστημα, υδρονέφρωση, βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας), σε 7 (6%) στο διάφραγμα (διαφραγματοκήλη), σε 6 (5%) στο αναπνευστικό (ατρησία ρινικών χοανών) (Αντωνιάδης κ.α., 2008).

Σε 6 (5%) νεογνά το πρόβλημα αφορούσε το κρανίο (συγγενής έλλειψη μεσολόβιου, πορεγκεφαλική κύστη), σε 5 (4%) το προσωπικό κρανίο (λαγόχειλος-λυκόστομα, βατράχιο), 5 (5%) νεογνά είχαν βλάβες στη σπονδυλική στήλη (μηνιγγομυελοκήλη, μόρφωμα ιεροκοκκυγικής χώρας), ενώ 4 (3%) παρουσίαζαν προβλήματα στα οστά και τις αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων (πολυδακτυλία, συνδακτυλία) και 2 (2%) στις χοληφόρους οδούς (ατρησία εξωηπατικών χοληφόρων).

Από τους γονείς 40% ανήκαν στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (εκτίμηση με βάση την προσωπική συνέντευξη, το επάγγελμα, την κατοικία και άλλους παράγοντες), 33% ήταν αλλοδαποί ενώ 26% είχαν μόνιμη κατοικία στην περιφέρεια.

Σε 82 νεογνά (70%) είχε γίνει προγεννητικός έλεγχος με τουλάχιστον ένα υπερηχογράφημα εμβρύου μεταξύ των 18-22 εβδομάδων κύησης (β' επιπέδου). Από τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού σε 36 (44%) περιπτώσεις το πρόβλημα είχε διαγνωστεί, σε 31 (38%) δεν είχε διαγνωστεί, ενώ σε 15 (18%) είχε θεωρηθεί ότι υπήρχαν ύποπτα ευρήματα και είχε συστηθεί επανάληψη.

Σε 70 (60%) από τις 117 κηύσεις παρουσιάστηκαν προβλήματα, με συχνότερα τις πρόωρες συσπάσεις (50%), την πρόωρη ρήξη υμένων (33%), την πρόωρη αποκόλληση πλακούντα (33%) και το ολιγάμνιο (17%). Από τα νεογνά, 71 (60%) ήταν αγόρια και 46 (40%) κορίτσια (Αντωνιάδης et al., 2008).

Σε 55 νεογνά (47%) η χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της νεογνικής περιόδου θεωρήθηκε απαραίτητη για την επιβίωση τους. Από αυτά, 12 (10%) χειρουργήθηκαν άμεσα, 20 (17%) στις αμέσως επόμενες ημέρες και 23 (20%) εντός των επομένων 30 ημερών. Η εγχείρηση ήταν επιτυχής σε 47 (85%) από τις επεμβάσεις, ενώ προβλήματα παρουσιάστηκαν σε 8 περιστατικά. Συνολικά, 9 (16%) νεογνά απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Στα υπόλοιπα 62 (53%) περιστατικά αποφασίστηκε προσωρινά συντηρητική αγωγή, επανεξέταση, παρακολούθηση και επέμβαση στον ιδανικό χρόνο για την κάθε περίπτωση.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε 36 (66%) περιστατικά έγιναν στα δύο μεγάλα νοσοκομεία παιδών της Αθήνας, σε 18 (33%) σε ένα από τα κρατικά μαιευτήρια, ενώ σε μία περίπτωση (συγγενής καρδιοπάθεια) κρίθηκε αναγκαία η μετάβαση στο εξωτερικό (Αντωνιάδης et al., 2008).

Σε 22 χειρουργημένα νεογνά (40%) η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ικανοποιητική, σε 20 (35%) άριστη, ενώ σε 13 (25%) περιπτώσεις παρουσιάστηκαν επιπλοκές.

3.3 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Για τη σωστή αντιμετώπιση των νεογνών με συγγενείς χειρουργικές ανωμαλίες έχει καθοριστική σημασία η έγκαιρη προγεννητική διάγνωση, η οποία τίθεται με υπερηχογράφημα στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Συμπληρωματικά, μπορεί να γίνει αμνιοκέντηση για αποκλεισμό τυχόν χρωμοσωμικών ανωμαλιών ή γενετικών συνδρόμων. Προγεννητικά διαγιγνώσκονται η συγγενής διαφραγματοκήλη, ανωμαλίες του κοιλιακού τοιχώματος, όπως εξόμφαλος και γαστροσχισση, συγγενείς ανωμαλίες του πνεύμονα, όπως συγγενής κυστική αδеноματώδης δυσπλασία, πνευμονικό απόλυμα, τεράτωμα μεσοθωρακίου, ενδοκοιλιακές μάζες όπως κύστη ωοθήκης και μάζες στην τραχηλική χώρα. Κατά τη γέννηση διαγιγνώσκεται συνήθως ή ατρησία του οισοφάγου, λόγω αυξημένης σιελόρροιας και αδυναμίας προώθησης του στοματογαστρικού καθετήρα στο στομάχι, κατά τον αρχικό έλεγχο του νεογέννητου. Επίσης, η ατρησία πρωκτού, αμιγής ή με άλλες συνοδές ορθοπρωκτικές ανωμαλίες, συγγενείς ανωμαλίες των έξω γεννητικών οργάνων και νεογνικά μορφώματα. Τα νεογνά με διαγνωσμένη προγεννητικά ή αμέσως μετά τη γέννηση συγγενή χειρουργική ανωμαλία, μεταφέρονται από την αίθουσα τοκετών ή το χειρουργείο απ' ευθείας στη MENN (Σακλαμάκη, 2016).

Υπάρχουν περιπτώσεις εξάλλου στις οποίες το χειρουργικό πρόβλημα εκδηλώνεται μετά τη γέννηση, με την έναρξη σίτισης ή και αργότερα, όπως η ατρησία δωδεκαδακτύλου, η πλήρης ατρησία ή η ατελής απόφραξη του εντέρου, οι ανωμαλίες στροφής και καθήλωσης του εντέρου και το συγγενές αγγαλιονικό megacolon (v. Hirschsprung) στο οποίο καθυστερεί και η αποβολή μηκωνίου. Το νεογνό εμφανίζει μετεωρισμό, εμέτους ενίοτε χολώδεις, κακή περιφερική κυκλοφορία και άπνοιες. Η ατρησία των εξωηπατικών χοληφόρων εκδηλώνεται με παράταση του νεογνικού ίκτερου, σταδιακή αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης και της γ-GT και αποχρωματισμό των κοπράνων. Στις παθήσεις αυτές το νεογνό εισάγεται στη MENN με την έναρξη των συμπτωμάτων.

Σταθεροποίηση νεογνού στη MENN

Μετά την είσοδό του στη MENN, το νεογνό τοποθετείται σε κλειστή θερμοκοιτίδα και συνδέεται με παλμικό οξύμετρο για τη συνεχή καταγραφή του καρδιακού ρυθμού

και του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο (SpO₂%). Φυσιολογικά ο κορεσμός οξυγόνου κυμαίνεται μεταξύ 92%-96%. Εάν η οξυγόνωση του νεογνού δεν είναι ικανοποιητική (SpO₂<90%), τότε χορηγείται οξυγόνο, είτε διάχυτο στη θερμοκοιτίδα είτε με hood. Αν το νεογνό παρουσιάζει εντονότερη αναπνευστική δυσχέρεια, όπως σε περιπτώσεις με συγγενή αδενωματώδη δυσπλασία του πνεύμονα, γίνεται μηχανική υποστήριξη με ρινικό-CPAP ή NIPPV (ήπιοι τρόποι μηχανικού αερισμού). Νεογνά με σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια, όπως τα νεογνά με συγγενή διαφραγματοκήλη, διασωληνώνονται κατά τη γέννηση και παραμένουν σε μηχανική υποστήριξη στη ΜΕΝΝ, σε συμβατικό ή υψίσυχο αναπνευστήρα, ενώ παρακολουθούνται τα αέρια αίματος (φυσιολογικά PO₂ 60-80 mmHg) (Σακλαμάκη, 2016).

- Ελέγχεται και καταγράφεται κατά διαστήματα η αρτηριακή πίεση.
- Εξασφαλίζεται η σταθερή θερμοκρασία του νεογνού, με ειδικό διαδερμικό αισθητήρα, ο οποίος τοποθετείται στην περιοχή του ήπατος και συνδέεται με servo-control με τη θερμοκοιτίδα, ώστε η θερμοκρασία δέρματος του νεογνού να διατηρείται σταθερή, μεταξύ 36,5-37,0οC.
- Το νεογνό παραμένει νηστικό, ενώ τοποθετείται μόνιμος ρινογαστρικός καθετήρας για αποσυμφόρηση του στομάχου.
- Καταγράφεται η διούρηση του νεογνού, ρυθμίζονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Χορηγείται ολική παρεντερική διατροφή με αυξημένο ποσόν αμινοξέων και λίπους, από το πρώτο 24ωρο ζωής, βάσει ειδικών πρωτόκολλων, ανάλογα με την ηλικία κύησης και την ημέρα ζωής του νεογνού.
- Στέλνεται ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος και αρχίζει αντιβίωση, συνήθως αμπικυλλίνη και γενταμυκίνη (Σακλαμάκη – Κοντού, 2008).

Αναλυτικά στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται ο συνήθης προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος.

Πίνακας 4: Προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος (Ιατρικά Ανάλεκτα, 2016)

1: Γενική αίματος, CRP, καλλιέργεια αίματος
2: Ομάδα αίματος, Rh, διασταύρωση για αίμα και πλάσμα
3: Αέρια αίματος
4: Σάκχαρο αίματος, ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατινίνη
5: Έλεγχος ηπικτικότητας
6: Ακτινογραφία θώρακος - κοιλίας
7: Υπερηχογράφημα κοιλίας
8: Διάβαση ανωτέρου πεπτικού με γαστρογραφίνη (επί υποψίας ατρησίας εντέρου)
9: Βαριούχος υποκλυσμός (σε χαμηλή ατρησία εντέρου ή πιθανό συγγενές megacolon)
10: Καρδιολογική εκτίμηση και υπερηχογράφημα καρδιάς
11: Υπερηχογράφημα εγκεφάλου και νεφρών

Ειδική προεγχειρητική νεογνολογική φροντίδα

Η αρτηριακή πίεση στο νεογέννητο εξαρτάται από την ηλικία κύησης, παρακολουθείται στενά και στο τελειόμηνο η μέση αρτηριακή πίεση φυσιολογικά είναι >50 mmHg. Εάν το νεογνό παρουσιάζει υπόταση, χορηγούνται επιπλέον όγκος υγρών για αύξηση του ενδαγγειακού χώρου, συνήθως NaCl 0,9% 15 ml/kg I.V., πλάσμα 15 ml/kg I.V., ινóτροπα φάρμακα Dopamine και Dobutamine 5-10 µg/kg/min, καθώς και υδροκορτιζόνη 0,5-1,0 mg/kg/8-12 hrs I.V. Εάν το νεογνό παρουσιάζει εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας και σηψαιμίας με έντονο μετεωρισμό, χολώδεις εμέτους, αίμα στα κόπρανα, γογγυσμό ή άπνοιες, πυρετό, κακή περιφερική κυκλοφορία, υπόταση ή κυκλοφορική καταπληξία, η κατάσταση

θεωρείται κρίσιμη και λαμβάνονται ταχύτατα δραστικά μέτρα. Η οξεία χειρουργική κοιλία παρατηρείται σε οξεία διάτρηση του εντέρου, ανωμαλία στροφής και καθήλωσης του εντέρου με συστροφή (volvulus), σε εγκολεασμό του εντέρου και σε συγγενές αγγαλιονικό megacolon με οξεία εντεροκολίτιδα (σπάνια επιπλοκή κατά την νεογνική περίοδο, συνοδεύεται και από εκρηκτική διάρροια έπειτα από δακτυλική εξέταση). Το νεογνό διασωληνώνεται και γίνεται μηχανική υποστήριξη της αναπνοής με χορήγηση οξυγόνου. Για την αντιμετώπιση της κυκλοφορικής καταπληξίας χορηγούνται επιπλέον όγκος υγρών, ινóτροπα, υδροκορτιζόνη, πλάσμα και αίμα. Προστίθενται αντιβιοτικά ευρέος φάσματος με κάλυψη και για αναερόβια (Metronidazole) και για Gram αρνητική μικρόβια (Meropenem). Τέλος, το νεογνό οδηγείται επειγόντως στο χειρουργείο για περαιτέρω αντιμετώπιση (Σακλαμάκη-Κοντού, 2008).

3.3.1 ΣΙΤΙΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Στις περισσότερες από τις παραπάνω περιπτώσεις ακολουθούμε απλές οδηγίες για την εγχείρηση. Ο μικρός ασθενής ακολουθεί ελεύθερη διαίτα έως το προηγούμενο βράδυ, όσον αφορά στερεή τροφή και γάλα, ενώ μπορεί να πιει υγρά έως και 5 ώρες προ του προγραμματισμένου χειρουργείου. Για τα νεογνά και τα βρέφη αυτό ισχύει για αραιωμένο γάλα. Το πρωινό του χειρουργείου γίνονται οι απαραίτητες εξετάσεις του προεγχειρητικού ελέγχου για ασφαλή αναισθησία και το νεογνό οδηγείται στο χειρουργείο. Ο χρόνος της επέμβασης διαφέρει, αλλά, γενικά, είναι σύντομος και ο νεογνό οδηγείται στην ανάνηψη, μέχρι να συνέλθει από την αναισθησία, και στη συνέχεια στο δωμάτιό του, όπου παραμένει μέχρι να φύγει για το σπίτι του, με οδηγίες από τον παιδοχειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

- **Οδηγίες σχετικά με τη προεγχειρητική νηστεία**

Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές αποτελούν συχνά πηγή άγχους για τους ασθενείς, τους γονείς και τους ιατρούς. Η προεγχειρητική νηστεία συνίσταται λόγω του ότι η χορήγηση των αναισθητικών επιφέρει απώλεια των αντανακλαστικών των αεραγωγών, που αποτρέπουν την εισφόρηση του παλινδρομούντος γαστρικού

περιεχομένου. Η εισρόφηση προκαλεί δύο προβλήματα: απόφραξη των αεραγωγών λόγω άπεπτων μικρών τμημάτων τροφής και χημική πνευμονίτιδα οφειλόμενη στο γαστρικό οξύ.

Αν και το στομάχι του παιδιού δεν θα περιέχει στερεά υπολείμματα πριν από την αναισθησία, είναι σημαντικό να αποφευχθεί η διαταραχή της πρόσληψης υγρών. Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά δεν θα πρέπει να υποβάλλονται σε παρατεταμένη προεγχειρητική νηστεία. Η στέρηση υγρών θα οδηγήσει αρκετά γρήγορα σε αφυδάτωση και υπογκαιμία.

- ✚ Τα βρέφη που θηλάζουν μπορούν να σιτίζονται μέχρι 4 ώρες πριν από την εισαγωγή στην αίθουσα.
- ✚ Στα παιδιά <2 ετών, χορηγείται στερεά τροφή ή γάλα μέχρι 6 ώρες προεγχειρητικά, ενώ καθαρά υγρά (νερό, τσάι, χυμός μήλου) χορηγούνται μέχρι 2 ώρες προεγχειρητικά.
- ✚ Παιδιά >2 ετών, δεν θα πρέπει να λαμβάνουν στερεά τροφή ή γάλα μετά τα μεσάνυχτα, ωστόσο θα πρέπει να τους χορηγούνται καθαρά υγρά μέχρι 2 ώρες πριν την προγραμματισμένη επέμβαση (Βεντούρη κ.α., 2002).

Η γαστρική κένωση μπορεί να επιβραδυνθεί σε διάφορες περιστάσεις, όπως είναι το τραύμα, η γαστρική απόφραξη κατά την εξώθηση ή η σοβαρή ανησυχία. Στις περιπτώσεις αυτές καθώς και στα επείγοντα χειρουργεία, συνιστάται η λήψη προφυλακτικών μέτρων για το «γεμάτο στομάχι» (Βεντούρη κ.α., 2002).

3.3.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Οι μαίες και οι νοσηλευτές στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή λειτουργία της μονάδας και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας των νεογνών. Η εντατική νοσηλευτική φροντίδα των πρόωρων νεογνών είναι μια συνιστώσα γνώσεων αλλά και ανθρωπισμού. Το νοσηλευτικό, μαιευτικό προσωπικό της μονάδας αυτής χρειάζεται να έχει κατανόηση της φυσιολογίας και των χαρακτηριστικών των πρόωρων νεογνών, γνώση της λειτουργίας και του χειρισμού μεγάλου αριθμού μηχανημάτων και συσκευών,

ικανότητα αναγνώρισης πολύ ευαίσθητων μεταβολών στη συμπεριφορά των πρόωρων νεογνών και ικανότητα επιτυχημένων χειρισμών στο κατάλληλο χρόνο. Από την άλλη μεριά η μονάδα των νεογνών έχει την ανάγκη της στελέχωσής της από ανθρώπους με ιδιαίτερη αγάπη για τα παιδιά και την ίδια την ζωή.

Το νοσηλευτικό μαιευτικό προσωπικό της MENN υφίσταται πιέσεις που δεν παρατηρούνται στις περισσότερες νοσηλευτικές μονάδες. Η κρισιμότητα της κατάστασης τους δημιουργεί μια κατάσταση συνεχούς έντασης. Η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί συνεχή και ουσιαστική παρατήρηση με γρήγορη αξιολόγηση και παρέμβαση.

Η προωρότητα και οι επιπλοκές γενικά θεωρούνται ως ο κυριότερος παράγοντας που επιδρά στη νεογνική θνησιμότητα. Η συχνότητα των νεογνικών επιπλοκών είναι πολύ αυξημένη σε αυτή την ομάδα και συχνά παρατηρούνται και άλλοι παράγοντες υψηλού κινδύνου σε συνδιασμό με τη προωρότητα.

Στο εξής παρατίθεται με αξιολογική σειρά η νοσηλευτική φροντίδα στη MENN η οποία περιλαμβάνει τη παρακολούθηση, τη πρόληψη, την εκτίμηση, την αξιολόγηση και τη παρέμβαση, συνολικά στο πρόωρο νεογνό.

Γίνετε αξιολόγηση της φυσιολογικής κατάστασης του νεογνού και παροχή κατάλληλης υποστήριξης. Αμέσως μετά τη γέννηση εκτιμάται η κατάσταση του νεογνού, για να καθοριστούν εμφανή προβλήματα και να διαπιστωθούν εκείνα που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Η εξέταση αυτή αρχικά αφορά στην αξιολόγηση της καρδιαναπνευστικής και νευρολογικής λειτουργίας. Μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της άμεσης προσαρμογής του νεογνού στην εξωμήτρια ζωή είναι η βαθμολόγηση κατά Apgar, που προτάθηκε από την Virginia Apgar το 1952. Βασίζεται στη παρατήρηση της καρδιακής συχνότητας, της αναπνευστικής προσπάθειας, του μυϊκού τόνου, της αντίδρασης στα ερεθίσματα και του χρώματος του δέρματος.

Σε κάθε στοιχείο δίνεται ο βαθμός 0, 1 ή 2. Αξιολογήσεις και των πέντε κατηγοριών γίνονται κατά το 1^ο λεπτό και το 5^ο λεπτό μετά τη γέννηση και επαναλαμβάνονται, μέχρις ότου η κατάσταση του νεογνού σταθεροποιηθεί. Συνολικός βαθμός από το 0-3

αντιπροσωπεύει βαριά δυσχέρεια, από 4-6 μέτρια δυσκολία, ενώ από 7-10 δεν υπάρχει δυσκολία προσαρμογής στην εξωμήτρια ζωή. Εκτός από την εκτίμηση της κατάστασης του νεογνού με τη βαθμολογία Apgar, γίνεται κλινική κατά συστήματα εξέταση του νεογνού. Στην αίθουσα τοκετού υπάρχει ειδικός χώρος ανάνηψης για την ανάνηψη των πρόωρων νεογνών, ώστε στη συνέχεια να μεταφερθούν με καλές συνθήκες στη MENN για πληρέστερη θεραπεία.

Κατά τη διάρκεια όλων των προηγούμενων δραστηριοτήτων, εκείνο που ιδιαίτερα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι η διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος του νεογνού.

- Τοποθέτηση του νεογνού γυμνού στο ελεγχόμενο μικροπεριβάλλον της θερμοκοιτίδας. Ο γυάλινος θόλος παρέχει τη δυνατότητα παρατήρησης του νεογνού από όλα τα σημεία της θερμοκοιτίδας. Η εύκολη πρόσβαση μέσω ειδικών θυρίδων μειώνει την απώλεια θερμοκρασίας και οξυγόνου, ενώ μια μεγαλύτερη θυρίδα παρέχει καλύτερη πρόσβαση προς το νεογνό.
- Νεογνά με δυσχέρεια που χρειάζονται μηχανική υποστήριξη, όπως αναπνευστήρα, monitors και ενδοφλέβιες εγχύσεις, και συχνούς χειρισμούς, όπως λήψη ζωτικών σημείων, αναρροφήσεις και μαλάξεις θώρακος, τοποθετούνται σε ανοικτή θερμοκοιτίδα με ακτινοβολούσα πηγή θερμότητας πάνω από το σώμα του νεογνού.
- Λεπτομερής αναγραφή όλων των δραστηριοτήτων και παρατηρήσεων αποτελεί σημαντική ευθύνη των νοσηλευτών της MENN.
- Η γνώση και η λειτουργία των πολύπλοκων μηχανημάτων και συσκευών είναι συνιφασμένη με τη φροντίδα των πρόωρων νεογνών. Όμως τα περίπλοκα αυτά συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής, παρακολούθησης και υποστήριξης δεν μπορούν να αντικαταστήσουν το άγρυπνο μάτι και τη συνεχή λεπτομερή εξέταση και καταγραφή από έμπειρο προσωπικό.

3.3.3 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Οι αναισθησιολόγοι είναι κατεξοχήν εκπαιδευμένοι στην υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών. Τα φάρμακα που καθημερινά χρησιμοποιούν είναι

εξαιρετικά ισχυρά. Χορηγούν περισσότερα ενδοφλέβια φάρμακα από ότι οι γιατροί όλων των άλλων ειδικοτήτων μαζί. Η σύγχρονη αναισθησιολογία έχει κάνει τεράστια βήματα προς όφελος νέων πιο περίπλοκων και αποτελεσματικών χειρουργικών τεχνικών, ενώ ταυτόχρονα είναι πιο ασφαλής από ποτέ. Σήμερα, χάρη στις προόδους της αναισθησιολογίας επιτυγχάνονται χειρουργικές επεμβάσεις σε πρόωρα νεογνά που ζυγίζουν μερικές εκατοντάδες γραμμάρια και σε υπερωμόβιους ασθενείς. Το μεγάλο εύρος της κλινικής ευθύνης και γνώσης του αναισθησιολόγου έχει σήμερα οδηγήσει στην εισαγωγή του όρου ‘Περιεγχειρητική Ιατρική’, αντί του όρου ‘Αναισθησιολογία’.

Πριν 40 χρόνια ένα στηθοσκόπιο και η κλινική παρατήρηση του αναισθησιολόγου ήταν η συνήθης διεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς. Σήμερα, η σωστή ερμηνεία των ενδείξεων μηχανημάτων προηγμένης τεχνολογίας συμπληρώνει την κλινική κρίση του αναισθησιολόγου. Τα μηχανήματα αυτά καταγράφουν τις ζωτικές λειτουργίες των ασθενών, μετρούν τη στάθμη των χορηγούμενων αναισθητικών και άλλες παραμέτρους και προειδοποιούν έγκαιρα όταν κάτι δεν πάει καλά. Σύγχρονα φάρμακα και τεχνικές δίνουν τεράστιες δυνατότητες επιλογών στον αναισθησιολόγο.

Ενώ τα αναισθητικά φάρμακα είναι εξαιρετικά επικίνδυνα, η αναισθησία είναι εξαιρετικά ασφαλής. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις προηγμένες ιατρικά χώρες, μέσα σε λιγότερο από μια εικοσαετία οι θάνατοι οφειλόμενοι αποκλειστικά στην αναισθησία έχουν μειωθεί από ένα για κάθε 10.000 αναισθησίες σε ένα για κάθε 250.000. Ο αριθμός αυτός συγκρίνεται με την πιθανότητα που έχει κάποιος να πεθάνει από αεροπορικό ατύχημα.

Στην παιδιατρική και παιδοχειρουργική η αναισθησία είναι απαραίτητη. Η μορφή που χορηγείται είναι η γενική αναισθησία. Ο λόγος που προτιμάται από την τοπική αναισθησία είναι προφανής: το παιδί δεν μπορεί να νικήσει το φόβο που νιώθει μέσα στο χειρουργείο και άρα να συνεργαστεί και να χειρουργηθεί με τοπική αναισθησία. Επιπλέον, η τοπική αναισθησία σε ένα παιδί θα έμοιαζε με το να προσπαθεί κανείς να το δέσει και να το κρατήσει ακίνητο, κάτι που θα ήταν απάνθρωπο και θα το έκανε να υποφέρει. Αυτό που μειώνει κάπως την ανησυχία του παιδιού είναι η παρουσία του ενός ή και των δύο γονέων την ώρα που αυτό παίρνει την αναισθησία. Η παρουσία τους είναι χρήσιμη και όταν το παιδί ετοιμάζεται να ξυπνήσει από τη

νάρκωση, που έχει ανάγκη να τους δει κοντά του. Αν βέβαια οι γονείς δεν είναι ψυχραιμοί, θα τους ζητηθεί να βγουν από την αίθουσα. Υπάρχουν γονείς που ανησυχούν υπερβολικά για την αναισθησία, τη φοβούνται περισσότερο από την ίδια την επέμβαση. Αυτό όμως δεν πρέπει να γίνεται, μια και η αναισθησία σε παιδιά είναι απόλυτα ασφαλής, ενώ κάποια μεμονωμένα άτυχα περιστατικά είναι σπανιότατα.

Η διαδικασία χορήγησης αναισθησίας σε παιδιά αρχίζει συνήθως με μια αναισθητική κρέμα που εφαρμόζεται και μετά στο σημείο εκείνο γίνεται και η ενδοφλέβια ένεση. Ο πόνος έτσι από την ένεση δεν φαίνεται αντιληπτός, αφού έχει δράσει η κρέμα. Μέχρι το σημείο αυτό επιτρέπεται στο γονιό να είναι κοντά στο παιδί του. Θα επανέλθει, όπως είπαμε, όταν η επέμβαση τελειώσει.

3.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, το νεογνό μεταφέρεται συνήθως διασωληνωμένο στη ΜΕΝΝ και τοποθετείται σε θερμοκοιτίδα.

- Ρυθμίζονται οι ανάγκες μηχανικής υποστήριξης από τον αναπνευστήρα ανάλογα με τα αέρια αίματος και το νεογνό συνδέεται με παλμικό οξύμετρο, για τη συνεχή καταγραφή των καρδιακών παλμών και του κορεσμού του οξυγόνου(SpO₂). Παρακολουθούνται και καταγράφονται ανά τακτά διαστήματα η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία δέρματος και η διούρηση του νεογνού.
- Η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής συνεχίζεται για χρονικό διάστημα που εξαρτάται από το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Η αποσωλήνωση του νεογνού γίνεται είτε σταδιακά σε NIPPV, ρινικό-CPAP και τελικά σε αέρα δωματίου, είτε επιχειρείται απευθείας αποσωλήνωση, εάν το νεογνό παρουσιάζει ικανοποιητική αυτόματη αναπνευστική προσπάθεια.
- Χορηγείται εκ νέου ολική παρεντερική διατροφή, παρακολουθείται η διούρηση του νεογνού και γίνεται ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

- Εάν το νεογνό παρουσιάζει κακή περιφερική κυκλοφορία ή χαμηλή αρτηριακή πίεση, χορηγούνται επιπλέον όγκος με φυσιολογικό ορό, πλάσμα ή ινότροπα, ενώ, εάν έχει χαμηλή αιμοσφαιρίνη, λόγω σημαντικής απώλειας αίματος στο χειρουργείο, δίδονται συμπυκνωμένα ερυθρά.
- Ελέγχεται το χειρουργικό τραύμα για τυχόν αιμορραγία και ενημερώνεται ανάλογα ο θεράπων παιδοχειρουργός.
- Εάν το νεογνό έχει θωρακική παροχέτευση, ελέγχεται η καλή λειτουργία της παροχέτευσης. Εάν έγινε στομία του εντέρου, παρακολουθείται η έναρξη λειτουργίας της στομίας και στη συνέχεια η σωστή περιποίηση της στομίας. Εάν έχει μόνιμο ρινογαστρικό καθετήρα, καταγράφονται και αναπληρώνονται τα αποβαλλόμενα υγρά μέσω του καθετήρα.
- Μετεγχειρητικά χορηγούνται αναλγητικά στο νεογνό, παρακεταμόλη 10 mg/kg IV, μορφίνη σε δόση εφόδου 100 µg/kg IV και συντήρηση 10-20 µg/kg/hr IV ή Fentanyl 1-4 µg/kg IV αργά εφάπαξ ή σε επαναλαμβανόμενες δόσεις ανά 2-4 ώρες ή σε στάγδην ενδοφλέβια έγχυση 1-4 µg/kg/hr
- Μετεγχειρητικά το νεογνό παραμένει νηστικό, υπό ολική παρεντερική διατροφή για χρονικό διάστημα ανάλογα με το χειρουργικό του πρόβλημα, ενώ επαναλαμβάνεται ο αιματολογικός και βιοχημικός του έλεγχος και καλύπτεται με αντιβίωση. Η έναρξη σίτισης καθορίζεται από το θεράποντα παιδοχειρουργό και αυξάνεται σταδιακά, ενώ μειώνεται και τελικά διακόπτεται η παρεντερική διατροφή. Η σίτιση των πρόωγων νεογνών γίνεται με ρινογαστρικό καθετήρα, ενώ των τελειόμηνων με μπιμπερό. Για τη σίτιση τόσο των πρόωγων όσο και των τελειόμηνων νεογνών προτιμάται το μητρικό γάλα, το οποίο είναι καλύτερα ανεκτό. Εκτός από την άριστη αναλογία των θρεπτικών συστατικών του, περιέχει και τους πολύτιμους αμυντικούς του παράγοντες, αντιμικροβιακούς, αντιφλεγμονώδεις και ανοσορυθμιστικούς, οι οποίοι θωρακίζουν μετεγχειρητικά το νεογνό και προσφέρουν πολύτιμη ασπίδα προστασίας έναντι των λοιμώξεων (Σακλαμάκη-Κοντού, 2008).

Συνήθως η μετεγχειρητική πορεία του νεογνού εξελίσσεται ομαλά και το νεογνό εξέρχεται από τη ΜΕΝΝ με οδηγίες για τη μετέπειτα παρακολούθησή του τόσο

από το θεράποντα παιδοχειρουργό όσο και από τον παιδίατρο-νεογνολόγο (Σακλαμάκη-Κοντού, 2008).

Επιπλέον η μαία της βάρδιας μετεγχειρητικά θα πρέπει να ακολουθεί τις παρακάτω στρατηγικές για την παρακολούθηση και τη φροντίδα του νεογνού μετεγχειρητικά.

- Η επαγρύπνηση για διαπίστωση ευαίσθητων μεταβολών που δεν διαπιστώνονται με τα μηχανήματα, π.χ. μεταβολές στο χρώμα και έμετοι που δεν θα καταγραφούν από το monitor παρά μόνο εάν η εισρόφηση προκαλέσει απνοϊκή κρίση.
- Επίσης, δεν μπορούν να διαπιστωθούν από τα monitors διατροφικές συμπεριφορές, κοιλιακή διάταση και χαρακτηριστικά κοπράνων, συμπεριφορά, δερματικές εκδηλώσεις, χαρακτήρας και θέση των καρδιακών ήχων και αναπνευστικές πληροφορίες, όπως εισολκές, αναπέταση πτερυγίων μύτης και γογγυσμός.
- Η ανάθεση της φροντίδας των νεογνών στο ίδιο προσωπικό καθημερινά, για την ακριβή αξιολόγηση της καθημερινής προόδου τους.
- Συχνές συστηματικές εκτιμήσεις της φυσικής κατάστασης των νεογνών κατά τη διάρκεια της καθημερινής φροντίδας, διότι τα ζωτικά σημεία τους μεταβάλλονται πολλές φορές κάθε λίγη ώρα. Λέγεται ότι τα νεογέννητα παρουσιάζουν τόσο πολλές μεταβολές κάθε 4-5 ώρες, όσες ο ενήλικος σε 24 ώρες.
- Εξακρίβωση της καλής λειτουργίας των συσκευών υποστήριξης της ζωής κατά τη διάρκεια της εκτίμησης – ότι το monitor συνεχούς παρακολούθησης απνοιών λειτουργεί με τη σωστή πίεση και όγκο και δεν παρατηρούνται διαρροές, ότι τα monitors είναι ρυθμισμένα στα επιθυμητά όρια και οι αντλίες έγχυσης απελευθερώνουν το σωστό όγκο και είδος υγρού.
- Εκτίμηση του νεογνού με συστηματικό τρόπο.
- Επισκόπηση του νεογνού κάθε μια ώρα ή πιο συχνά στα πολύ άρρωστα νεογνά και αναγραφή των συμπερασμάτων στο φύλλο παρατηρήσεων του νεογνού.

- Ρύθμιση των διαδικασιών εκτίμησης που ενοχλούν το νεογνό, κατά τρόπο που να εξασφαλίζεται επαρκής ανάπαυση στο μεσοδιάστημα των εκτιμήσεων.

Για διατήρηση της ενέργειας, η αλλαγή θέσης του νεογνού, που γίνεται κάθε 1-2 ώρες και οι περιοδικές θεραπείες, πρέπει να προγραμματίζονται έτσι, ώστε να συμπίπτουν με την εκτίμηση του νεογνού. Μεγάλο μέρος της εκτίμησης μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς μετακίνηση του νεογνού. Οι χειρισμοί να περιορίζονται στους απολύτως απαραίτητους, να ολοκληρώνονται στον ελάχιστο δυνατό χρόνο και να είναι όσο το δυνατόν ατραυματικοί και να μην εκθέτουν σε κίνδυνο την περιοχή του τραύματος.

3.4.1 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΟΓΝΟΥ – ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Τα πρόωρα έχουν αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις, γεγονός που απαιτεί νοσηλευτικό προσωπικό που να πλένει καλά τα χέρια του μέχρι τους αγκώνες πριν και μετά το «πιάσιμο» του νεογνού, να λαμβάνει μέτρα για τη πρόληψη της μόλυνσης της τροφής και των αντικειμένων που έρχονται σε επαφή με το νεογνό, να προλαμβάνει την αερογενή μόλυνση, να αποτρέπει το συνωστισμό ατόμων, και να περιορίζει την άμεση και έμμεση επαφή μεταξύ τους και με άλλα νεογνά. Σε κανένα που είναι άρρωστος από λοίμωξη δεν θα επιτρέπεται η είσοδος στο τμήμα νεογνών. Όμως, οι κίνδυνοι λοιμώξεων πρέπει να αντισταθμίζονται έναντι των μειονεκτημάτων που ανακύπτουν όταν το νεογνό (αποκοπεί) από την οικογένεια, γεγονός που μπορεί να αποβεί καταστροφικό για τη μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού.

Η πρόωμη και συχνή συμμετοχή των γονιών στο θάλαμο περίθαλψης και παρακολούθησης του παιδιού τους δεν αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προληπτικά μέσα. Η προφυλακτική χορήγηση γάμμα σφαιρίνης στα πρόωρα δεν περιορίζει το κίνδυνο των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Η πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης από νεογνό σε νεογνό είναι δυσχερής γιατί ούτε τα τελειόμηνα, ούτε τα πρόωρα εκδηλώνουν σαφή κλινικά στοιχεία λοίμωξης στο πρώιμο στάδιο τη εξέλιξής τους. Όταν ξεσπάσει επιδημία μετά στο τμήμα νεογνών,

- Όλα τα αντικείμενα και τα λευχείατα που έρχονται σε επαφή με τα νεογνά πρέπει να είναι αποστειρωμένα και καθαρά.
- Τακτικές καλλιέργειες στα αντικείμενα πολλαπλών χρήσεων, για μολυσματικούς μικροοργανισμούς. Εφόσον τα μικρόβια αναπτύσσονται καλύτερα στο νερό, οι σωλήνες και οι συσκευές εφύγρανσης είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες. Μιας χρήσεως συσκευές που χρησιμοποιούνται για θεραπείες που έχουν σχέση με το νερό, όπως ομιχλοποιητές και σωλήνες, αλλάζονται τακτικά. Π.χ. οι πλαστικοί σωλήνες αντικαθίστανται μετά από 24 ώρες και το νερό στους εφυγραντές αλλάζεται κάθε 8 ώρες.
- Απαγόρευση εισόδου στη μονάδα του προσωπικού, με οποιαδήποτε φλεγμονή, μέχρις ότου διαπιστωθεί ότι δεν είναι δυνατή η μετάδοση στα νεογνά ή στο υπόλοιπο προσωπικό. Ανάλογα με τη πολιτική του νοσοκομείου, μπορεί να τους επιτραπεί η είσοδος, αφού προηγουμένως πάρουν ειδικά προφυλακτικά μέτρα (μάσκα, γάντια) για να μειωθεί η πιθανότητα μόλυνσης.
- Απομόνωση των νεογνών με λοίμωξη, ώστε να αποφευχθεί διασταυρούμενη λοίμωξη άλλων νεογνών.
- Τα περισσότερα νεογνά απομονώνονται αποτελεσματικά από τους μολυσματικούς παράγοντες που μεταφέρονται με τον αέρα μέσα στο προφυλακτικό περιβάλλον της θερμοκοιτίδας.
- Ο τακτικός καθαρισμός της θερμοκοιτίδας, είτε με απλό πλύσιμο είτε με αποστείρωση σε ειδικό κλίβανο, πρέπει να αποτελεί μέρος των μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων.

3.4.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ο πόνος ορίζεται ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία (σωματοψυχική εμπειρία) συνοδευμένη με πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» (Franck κ.α., 2000). Τα βρέφη, περιλαμβάνοντας και τα νεογέννητα, βιώνουν πόνο παρόμοιο και πιθανόν πιο έντονο από τα μεγαλύτερα παιδιά και τους ενήλικες. Επιπλέον λόγω της ανεπαρκούς

ανακούφισης του πόνου νωρίς στη ζωή τα βρέφη βρίσκονται σε κίνδυνο επιζήμιων μακροπρόθεσμων επιδράσεων στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη (Mathew, 2003).

Τα βρέφη επειδή βρίσκονται στο προ-λεκτικό στάδιο και δεν μπορούν να εκφράσουν τον πόνο τους με λέξεις, για την τεκμηρίωσή του χρησιμοποιείται η παρατήρηση της συμπεριφοράς και των φυσιολογικών παραμέτρων. Οι δείκτες συμπεριφοράς του πόνου περιλαμβάνουν τις εκφράσεις προσώπου, το κλάμα, τις κινήσεις, τις αλλαγές στην κατάσταση και πρότυπα συμπεριφοράς, όπως είναι ο ύπνος (Franck κ.α., 2000).

Η κατάσταση συμπεριφοράς των βρεφών αμέσως πριν τον επώδυνο ερεθισμό, επηρεάζει την ακμαιότητα της αντίδρασης καθώς τα βρέφη που βρίσκονται σε κατάσταση βαθύ ύπνου δείχνουν λιγότερο δυναμικές εκφράσεις προσώπου σε απάντηση στο σκαριφισμό πτέρνας, σε σχέση με βρέφη που είναι ξύπνια ή σε εγρήγορση πριν το σκαριφισμό πτέρνας (Grunau et al., 1987, και Stevens κ.α., 1994). Ο Porter και οι συνεργάτες του (1998) παρατήρησαν ότι τα τελειόμηνα και πρόωρα υγιή νεογέννητα τα οποία υπέστησαν χειρισμούς ή ακινητοποιήθηκαν πριν το σκαριφισμό πτέρνας, παρουσίασαν μεγαλύτερη αντιδραστικότητα συμπεριφοράς και φυσιολογικών παραμέτρων, δείχνοντας ότι το προηγούμενο στρες μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αστάθεια στην αντίδραση στον πόνο. Επειδή οι αντιδράσεις των πρόωρων βρεφών στον πόνο είναι λιγότερο ακμαίες από ότι αυτές των τελειόμηνων, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν επίγνωση για τα πιο δυσδιάκριτα πρότυπα πόνου των πρόωρων βρεφών όπως το κλάμα, πιο αδύναμη γκριμάτσα και άκρα, υποτονία και απαθής στάση σώματος (Franck et al., 2000).

Η έκφραση του προσώπου αποτελεί τον πιο αξιόπιστο και σταθερό δείκτη πόνου και γι' αυτό θα πρέπει να θεωρείται ο «χρυσός κανόνας» των απαντήσεων συμπεριφοράς πόνου των βρεφών (Franck et al., 2000). Οι εκφράσεις προσώπου του βρέφους που βιώνει οξύ πόνο περιλαμβάνουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: μάτια ισχυρά κλειστά, φρύδια χαμηλωμένα και χαρακωμένα, μύτη διευρυμένη και διογκωμένη, βάθυνση της ρινοχειλικής σχισμής, τετράγωνο στόμα και τεταμένη γλώσσα (Grunau et al., 1987).

Μερικές από τις κλίμακες αξιολόγησης του πόνου στα βρέφη είναι: το "Neonatal facial coding system" σύστημα κωδικοποίησης για τον προσδιορισμό εκφράσεων προσώπου που σχετίζονται με οξύ πόνο κατά τις ιατρικές πράξεις και μετεγχειρητικά

(Grunau et al., 1998), η "Postoperative pain score" μετεγχειρητική κλίμακα πόνου (McGrath et al., 1995), και η "Neonatal Infant Pain Scale" νεογνική κλίμακα για τον πόνο κατά τη διάρκεια ιατρικής πράξης (Faulds et al., 2002).

Μερικά από τα πολυδιάστατα εργαλεία που περιλαμβάνουν παρατήρηση συμπεριφοράς και προσδιορισμό φυσιολογικών παραμέτρων είναι η "CRIES" (C-crying, R-requires oxygen to maintain saturation greater then 95%, I-increased vital signs, E-expression and S-sleepless) που περιλαμβάνει το κλάμα, την ανάγκη σε οξυγόνο, τα αυξημένα ζωτικά σημεία, την έκφραση και την αϋπνία (Wong 2005), η "Scale for use in newborns" κλίμακα για χρήση στα νεογνά για τον πόνο κατά τη διάρκεια ιατρικής πράξης (Blauer et al., 1998) και το "Premature Infant Pain Profile" προφίλ πόνου για πρόωρα νεογνά (Stevens et al., 1996).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Α. Μη φαρμακευτική

Ξεκινώντας από το περιβάλλον των Μαιευτηρίων είναι βέβαιο πως η περιστολή των άσκοπων μαιευτικών χειρισμών, των θορύβων και γενικά η επικράτηση ενός ήρεμου και κατά το δυνατό οικείου περιβάλλοντος που σέβεται τη μητέρα και το νεογέννητο, μπορεί να ελαττώσει πολλές από τις αιτίες που προκαλούν μαιευτικές επεμβάσεις κι επομένως ερεθίσματα πόνου στο νεογνό (Chamberlain, 1987).

Όσον αφορά τις Μ.Ε.Ν.Ν. είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αντίληψη και εκτίμηση του πόνου των νεογνών και στην αντιμετώπισή τους ως προσωπικότητες. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο τρόπος συμπεριφοράς απέναντι στους γονείς, οι οποίοι πρέπει να ενθαρρύνονται να παίρνουν μέρος στην αντιμετώπιση του πόνου των νεογνών (Frank, 1997, RPAH, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, η ενθάρρυνση της επαφής "δέρμα με δέρμα" ή αλλιώς η "φροντίδα καγκουρό" είναι πολύ σημαντική. Στη φροντίδα αυτή το νεογνό φορώντας μόνο την πάνα του τοποθετείται στο γυμνό στήθος του γονιού. Αυτή η φυσική επαφή με το γονιό οδηγεί σε συναισθηματικό δέσιμο και βοηθά στη σταθεροποίηση του

καρδιακού ρυθμού, της αναπνοής και της θερμοκρασίας. Επίσης, έχει αποδειχθεί ως η μεγαλύτερη επιτυχία στην εγκατά-σταση του μητρικού θηλασμού με αποτέλεσμα τη γρηγορότερη αύξηση του βάρους και τις περισσότερες περιόδους ηρεμίας, ύπνου κι επαγρύπνησης (Wikipedia, 2006). Όλα αυτά οδηγούν στη γρηγο-ρότερη έξοδο από τις Μ.Ε.Ν.Ν.

Γενικότερα, το ήρεμο περιβάλλον, η αναπαυτι-κή θέση, ο μητρικός θηλασμός και η περίσπαση με ηχητικά και οπτικά ερεθίσματα (ομιλία, τραγούδι, μουσικά παιχνίδια) μπορούν να απαλύνουν τον πόνο ενός νεογνού (RHC, 2006). Ειδικότερα, το χαίδεμα, η αγκαλιά, το απαλό μασάζ, το λίκνισμα και η βύθι-ση σε νερό προκαλούν την έκκριση ενδορφινών στο νεογνό (Young et al., 1994).

B. Φαρμακευτική

Πριν τη χορήγηση οποιουδήποτε αναλγητικού ή αναισθητικού φαρμάκου είναι απαραίτητο να εξετάζονται οι φαρμακοδυναμικές ιδιότητες του φαρμάκου αυτού, ειδικά στα πρόωρα νεογνά, καθώς και η αλληλεπίδρασή τους με άλλα φάρμακα που τυχόν χορηγούνται, ώστε να αποφευχθούν οι ανεπιθύμη-τες παρενέργειες (Mathew et al., 2003).

Τα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα νεογνά για την ανακούφιση από τον πόνο είναι τα παρακάτω:

- Ήπια αναλγητικά (ακεταμινοφάι'νη, παρακεταμόλη). Αυτά αποτελούν τα συνήθη αναλγητικά και θεωρούνται ασφαλή και αποτελεσματικά για όλες τις ηλικίες (Τσόχας, 1996).
- Οπιοειδή (μορφίνη, μεθαδόνη, κωδεΐνη, φεντανύλη, αλφεντανύλη, σουφεντανύλη). Αυτά έχουν ισχυρή αναλγητική δράση, ενώ μπορούν εύκολα να αναστραφούν οι παρενέργειες λόγω υπερβολικής δόσης (AJMCN, 2004).

- Τοπικά αναισθητικά. Αυτά χρησιμοποιούνται με επιτυχία στις χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η περιτομή και οι διαγνωστικές επεμβάσεις όπως οι βιοψίες. Ωστόσο, η χρήση τους είναι περιορισμέ-νη λόγω των παρενεργειών που μπορεί να εμφανιστούν, όπως η υπόταση και η αναφυλαξία. Τα τοπικά αναισθητικά που χρησιμοποιούνται είναι η λιγνοκαΐνη (ενέσιμη, σπρί ή τζελ), η μπουπιβακαΐνη, το τζελ αμπεθοκαΐνης και η ροπιβακαΐνη (Τσόχας, 1996, Χατζηϊωαννίδης, 1995).

ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Κατά καιρούς προβάλλονται ανησυχίες για εθισμό των νεογνών στα φάρμακα, ειδικότερα από γονείς με πρόωρα νεογνά. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο εθισμός αποτελεί ψυχολογικό πρόβλημα και αφορά τη λήψη φαρμάκων με σκοπό την “πνευμα-τική ανύψωση”.

Ο εθισμός διαφέρει από τη σωματική εξάρτηση. Ένα νεογνό που υποφέρει πρέπει να ανακουφιστεί από τον πόνο. Προκειμένου, όμως, να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης του χορηγούμενου φαρμάκου, οι δόσεις μειώνονται σταδιακά. Είναι σημα-ντικό αυτή η φάση να συνοδεύεται κι από άλλα μέ-τρα, όπως αγκαλιά, χείδεμα και λίκνισμα (RHC, 2004, Tausch et al., 1998).

3.5 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ (follow up) ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΝΝ

Καθημερινά στο νεογνό πρέπει να ελέγχονται τα εξής:

1. ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ. Αυτή παίρνεται με το ατομικό θερμόμετρο το οποίο τοποθετείται στο ορθό μετά από επάλειψη με βαζελίνη σε βάθος 2-3 cm. Η θερμοκρασία(άσχετα αν το νεογνό βρίσκεται σε θερμοκοιτίδα Servo με αυτο ρυθμιζόμενη θερμοκρασία) παίρνεται κάθε 2 ώρες και σε υποθερμικά νεογνά κάθε 1 ώρα.

2. ΣΦΥΞΕΙΣ- ΑΝΑΠΝΟΕΣ.Μετριοούνται κάθε 2 ώρες, χωρίς να παίρνονται υπόψη οι αντίστοιχες τιμές που δείχνει το monitor.
3. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ . Με την είσοδο του νεογνού μετριέται απαραίτητα η Α.Π. και κατόπιν 2-3 φορές το 24ωρο τουλάχιστον, όταν δεν υπάρχει δυνατότητα για πιο συστηματική παρακολούθηση.
4. ΖΥΓΙΣΜΑ. Γίνεται 1 φορά το 24ωρο και πάντα κάτω από τις ίδιες συνθήκες ζύγισης. Πρέπει να αναγράφονται τυχόν επιπρόσθετα αντικείμενα που φέρνει το νεογνό (νάρθηκες, ηλεκτρόδια κ.ά.).
5. ΈΛΕΓΧΟΣ ΟΥΡΩΝ. Τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα και σε νεογνά με διαταραχές στο ισοζύγιο υγρών 4 φορές την ημέρα. Προσεκτική πρέπει να είναι στην περίπτωση αυτή, η μέτρηση του ειδικού βάρους (ΕΒ) των ούρων.
- 6.ΓΛΥΚΟΖΗ ΑΙΜΑΤΟΣ (Dextrostix). Σε νεογνό που είναι σε ολική παρεντερική διατροφή ελέγχεται 3 φορές το 24ωρο, ενώ σε νεογνά που σιτίζονται από το στόμα, 2 φορές.

Σε νεογνά με υπογλυκαιμία ή δυστροφικά νεογνά η γλυκόζη ελέγχεται κάθε μια ώρα μέχρι να σταθεροποιηθεί. Σε νεογνά διαβητικής μητέρας, ελέγχεται η γλυκόζη αίματος κάθε 2-4 ώρες το 1ο 24ωρο ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟ ΠΟΥ ΧΡΗΣΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

4.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ – ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Πιο δύσκολη και εξίσου σημαντική είναι η συμβολή του μαιευτικού προσωπικού στην υποστήριξη της οικογένειας, της οποίας το νεογνό έχει πρόκειται να χειρουργηθεί. Πρέπει στις περιπτώσεις αυτές, σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, πάντα λέγοντας την αλήθεια, να φροντίσει στην άμβλυση του άγχους και της ενοχής που νοιώθουν οι γονείς τέτοιων νεογνών (Luxner, 2011).

Οι γονείς μπορεί να θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο. Εδώ πρέπει να βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να θωρακίσει την οικογένεια από τις προλήψεις και τις κοινωνικές προκαταλήψεις. Αν π.χ πρόκειται για κάποια δυσμορφία και υπάρχουν τρόποι διόρθωσης αυτής της δυσμορφίας (πλαστική χειρουργική), βοηθάει πολύ να δείχνονται στους γονείς φωτογραφίες άλλων νεογνών που έπασχαν από την ίδια δυσμορφία, πριν και μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, για να βεβαιωθούν ότι και το βρέφος τους έχει τις ίδιες πιθανότητες να αποκατασταθεί στο φυσιολογικό. Σημαντική επίσης είναι η βοήθεια που μπορούμε να προσφέρουμε στους γονείς, όταν τους φέρνουμε σε επαφή με άλλους γονείς νεογνών με ανάλογα προβλήματα. Έτσι ανακουφίζονται, γνωρίζοντας ότι και άλλοι γονείς έχουν τα ίδια προβλήματα. Εξάλλου πολύτιμες είναι και οι συμβουλές των πιο πεπειραμένων γονιών πάνω στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων.

Ένα άλλο πρόβλημα όπου η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σημαντική είναι στην αντιμετώπιση και φροντίδα νεογνών με χρόνια πάθηση. Πρέπει εδώ να πείσει τη μητέρα να ξεπεράσει μέσα της το αίσθημα του χρόνιου και αζεπέραστου, γιατί και αυτά τα νεογνά χρειάζονται αγάπη και φροντίδα (Καλοκαιρινού κ.α., 2010).

4.2 ΛΗΨΗ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

- **Υποχρέωση ενημέρωσης**

Ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τους γονείς του νεογνού για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεση της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων (Κουκούλης, 2014).

- **Μη συναίνεση των γονιών σε περίπτωση κατεπείγουσας ανάγκης ιατρικής επέμβασης**

Για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1534 του Αστικού Κώδικα "σε περίπτωση όπου υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επέμβασης, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου, ο εισαγγελέας πρωτοδικών μπορεί, αν αρνούνται οι γονείς, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια, ύστερα από αίτηση του αρμόδιου για τη θεραπεία γιατρού ή του διευθυντή της κλινικής όπου νοσηλεύεται το τέκνο ή οποιουδήποτε άλλου αρμόδιου υγειονομικού οργάνου". Η προβλεπόμενη από τη διάταξη αυτή άδεια του εισαγγελέα πρωτοδικών αναπληρώνει την (λόγω αρνήσεως ελλείπουσα) συναίνεση των ασκούντων τη γονική μέριμνα γονέων. Όταν, δηλαδή, στο πλαίσιο της επιμέλειας του προσώπου του τέκνου, οι γονείς συνειδητά αρνούνται να συναινέσουν, η άδεια του εισαγγελέα πρωτοδικών μπορεί να υποκαταστήσει τη γονική συναίνεση. Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/ 2005), που τέθηκε σε ισχύ στις 28.11.2005, ρυθμίζει το ζήτημα της συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς ορίζοντας κατ' αρχήν ότι (άρθρο 12 § 1 ΚΙΔ) ο γιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς. Όμως, στο ίδιο άρθρο του ΚΙΔ προβλέπονται και εξαιρέσεις, ειδικότερα

δε, αναφορικά με ανήλικο ασθενή, ορίζεται ότι (άρθρο 12 § 3 στοιχ. γ ΚΙΔ) "κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση ... γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενούς ... αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς". Συνεπώς, υπό τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις (κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία ανηλικού τέκνου, ανάγκη άμεσης ιατρικής παρέμβασης, άρνηση των γονέων να συναινέσουν) δεν απαιτείται πλέον να απευθυνθεί ο αρμόδιος γιατρός στον εισαγγελέα πρωτοδικών για να δοθεί η προβλεπόμενη στο άρθρο 1534 ΑΚ εισαγγελική άδεια. Η διάταξη αυτή του Αστικού Κώδικα πρέπει να θεωρείται πλέον σιωπηρά καταργηθείσα, αφού ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ρητά μεν κατήγγησε μόνον το β.δ. 25.5/6.7.1955 (δηλαδή τον προϊσχύσαντα "Κανονισμό Ιατρικής Δεοντολογίας"), αλλά η διαφορετική ρύθμιση του ίδιου θέματος με μεταγενέστερη διάταξη σημαίνει εφαρμογή της γενικής αρχής "lex posterior derogat priori" (πρβλ. αρθρ. 2 ΑΚ), δηλαδή, στην προκειμένη περίπτωση, υπέρσχυση του άρθρου 12 § 3 στοιχ. γ ΚΙΔ έναντι του άρθρου 1534 ΑΚ (βλ. ΑΠ 588/1969, ΝοΒ 18. 314) Συνεπώς, ο σύγχρονος νομοθέτης δείχνει εμπιστοσύνη στην επιστημονική γνώση, κρίση και συνείδηση του θεράποντος γιατρού και εξαρτά από τη δική του απόφαση και μόνον την πραγματοποίηση της κατεπείγουσας ιατρικής επέμβασης στον ανήλικο ασθενή, όταν οι γονείς του αρνούνται τη συναίνεση παρά την ύπαρξη κινδύνου για τη ζωή ή την υγεία του τέκνου τους (Κουτσούκου Η.).

4.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΥΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η εκπαίδευση των γονέων από τον/την μαία/μαιευτή με σκοπό να αναλάβουν σταδιακά τη φροντίδα του νεογνού στο σπίτι. Η έξοδος από το νοσοκομείο προϋποθέτει την προετοιμασία τις οικογενείας και τη διασφάλιση ότι οι γονείς διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες για να φροντίσουν το νεογνό τους. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τη δημιουργία ενός γραπτού σχεδίου φροντίδας για το σπίτι, βασισμένο στις ανάγκες του νεογνού και της οικογενείας στο

όποιο αναγράφονται ευκρινώς οι ενέργειες που θα πρέπει να πραγματοποιήσουν οι γονείς (Πάνου, 2007).

Η κατάλληλη εκπαίδευση των γονέων για θέματα που αφορούν την τήρηση στη φαρμακευτική αγωγή, τη σίτιση του νεογνού, επιλογή του κατάλληλου υλικού ώστε να τους διευκολύνει στην περιποίηση του τραύματος, την καθημερινή φροντίδα του νεογνού, την φροντίδα τυχόν στομιών, την χρήση άσηπτης τεχνικής και την αποτροπή της επαφής του τραύματος και του επιδερμικού υλικού με τα χερίά αποτελούν τα θεμέλια της αποτελεσματικότητας διαχείρισης του νεογνού στο σπίτι, καθώς και σημεία και συμπτώματα (όπως ερυθρότητα, εκροή υγρού, δύσσομο τραύμα, οίδημα, ευαισθησία περιοχής) που πρέπει να αναγνωρίσει έγκαιρα ο γονέας και να ενημερώσει τον γιατρό. Σημαντικό επίσης είναι ο γονέας να περνάει χρόνο με το παιδί, να παίζει μαζί του, διότι το παιχνίδι χρησιμοποιείται ως μέσο διδασκαλίας και μέθοδος επικοινωνίας για την επίτευξη κάποιου θεραπευτικού σκοπού.

Επισημαίνετε ότι είναι απαραίτητος ο προγραμματισμός επισκέψεων επανέλεγχου, καθώς μειώνει το άγχος των γονέων και προλαμβάνει πιθανές επιπλοκές. Η επικοινωνία με τους γονείς από το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ανοιχτή, ώστε οι γονείς να έχουν την άνεση να επικοινωνούν και να συμβουλεύονται το προσωπικό. Απαραίτητη είναι και η συνεργασία με ψυχολόγους, λογοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και φυσικοθεραπευτές για την γρήγορη αποκατάσταση του νεογνού (Καλοκαιρινού κ.α., 2010).

4.4 ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ – ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ένα από τα πιο δύσκολα γεγονότα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ένας νέος γονιός είναι η απώλεια του μωρού του, ενδεχομένως μετά από μία επιπλοκή κατά τη διάρκεια του τοκετού ή ακόμα μετά από κάποιας διάρκειας νοσηλεία στην εντατική νεογνών.

- **Το πένθος**

Ως γονείς, θα τους είναι πολύ δύσκολο να «ξεπεράσουν» πραγματικά την απώλεια του μωρού τους, αλλά σταδιακά θα μάθουν να ζουν χωρίς τη σωματική του παρουσία και, τελικά, θα ενσωματώσουν την απώλεια στην εμπειρία της ζωής τους. Ενδεχομένως ο θάνατος του μωρού τους να τους αλλάξει σαν ανθρώπους · οι κανόνες και οι τρόποι αλληλεπίδρασης με τον κόσμο πλέον θα είναι διαφορετικοί.

Το σημαντικό είναι πως οι γονείς μπορούν και θα οδηγηθούν μέσα από τη θλίψη στη «θεραπεία». Η γνώση και η κατανόηση ότι το πένθος είναι μια διαδικασία, μπορεί να συμβάλει στην εκτόνωση συναισθημάτων αβοηθησίας και να προσφέρει παρηγοριά, ελπίδα και γαλήνη.

Το πένθος είμαι μια ιδιαίτερη και ατομική εμπειρία αλλά είναι και μια διαδικασία που διέρχεται από ορισμένα στάδια, τα οποία ενδεχομένως βιώνονται διαφορετικά από τον καθένα και όχι απαραίτητα με την ίδια σειρά. Μπορεί να προσπεραστεί κάποιο στάδιο ή να ξαναβιωθεί. Δεν υπάρχει σωστός και λάθος τρόπος να θρηνησει κανείς.

Τα στάδια του πένθους είναι τα εξής: άρνηση/δυσπιστία, θυμός, κατάθλιψη, διαπραγμάτευση/προσαρμογή και αποδοχή.

Αναπόφευκτα, το πένθος είναι μια επώδυνη διαδικασία. Οι γονείς μπορεί να διακατέχονται από αντικρουόμενα συναισθήματα και να νιώθουν συγκλονισμένοι μερικές φορές. Μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας είναι το να επιτρέψουν στον εαυτό τους να βιώσουν αυτόν τον πόνο. Η αποσιώπηση και η αγνόηση των συναισθημάτων αυξάνει τη δυσφορία.

Γονείς που έχουν χάσει ένα παιδί θα κουβαλούν αυτό το πένθος μαζί τους για όλη τους τη ζωή. Αλλά η θεραπεία και η επιθυμία και ικανότητα να συνεχίσουν τη ζωή τους θα έρθει με τον καιρό. Το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την επούλωση των «πληγών» δεν είναι καθορισμένο, καθώς η εμπειρία του πένθους βιώνεται με διαφορετικό τρόπο.

- **Φροντίδα για τον εαυτό**

- Η ισορροπημένη διατροφή, η άσκηση και το σταθερό πρόγραμμα χωρίς αλλαγές (υπερβολική εργασία/ απόσυρση) είναι απαραίτητα στοιχεία για τη διατήρηση της καλής σωματικής υγείας και ενέργειας.
- Η συνομιλία για το μωρό και η έκφραση των συναισθημάτων με τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα ωφέλιμη και να δράσει απελευθερωτικά από τα αποπνικτικά συναισθήματα.
- Η ανάγνωση βιβλίων ή ποίησης μπορεί να προσφέρει κατανόηση και παρηγοριά και να μειώσει το συναίσθημα της μοναξιάς.
- Το γράψιμο και η ενασχόληση με διάφορες τέχνες (ζωγραφική, γλυπτική κ.ά.) μπορεί να προσφέρει διέξοδο στα συναισθήματά σας.
- Αναζήτηση βοήθειας. Προσφέρει τη συμπαράσταση και την ανακούφιση.

- **Η ανάμνηση του μωρού**

Δεν είναι ποτέ αργά για τους γονείς να μνημονεύσουν το μωρό τους. Μπορούν να κάνουν μια μικρή τελετή μετά την απώλεια. Ακόμα, μπορούν να διατηρήσουν στη μνήμη τους το μωρό τους εμφανίζοντας το πορτραίτο του στο σπίτι, αγοράζοντας ένα κόσμημα που συμβολίζει το μωρό, διατηρώντας ένα ιδιαίτερο φυτό σαν ζωντανό μνημείο του μωρού ή δημιουργώντας το δικό τους μνημείο όπως μια κουβέρτα, μια ζωγραφιά, ένα γλυπτό ή ένα έπιπλο.

Καθώς προχωράει η ζωή τους, δεν θα ξεχάσουν το μωρό τους. Θα το κουβαλούν για πάντα στην καρδιά τους και το μωράκι θα ζει μέσα από αυτούς (Λιώτη, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΠΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ – ΜΑΙΕΥΤΗ

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ - ΜΑΙΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΕΝΝ

Είναι πλέον επιστημονικά αποδεδειγμένη η σημασία της τεκμηριωμένης φροντίδας που ασκείται στη μονάδα νεογνών από τις μαιές και τους μαιευτές, καθώς και οι παρεμβάσεις στην ορθή αντιμετώπιση του προβληματικού νεογνού.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, είναι απαραίτητο, αφ' ενός να υπάρχει σωστή αναλογία μαιευτικού/ νοσηλευτικού προσωπικού - νεογνών, που σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να είναι μια μαιά για κάθε νεογνό σε αναπνευστική υποστήριξη και αφ' ετέρου η διαρκής επιμόρφωση του μαιευτικού προσωπικού. Ο ρόλος της μαιάς/μαιευτή στις ΜΕΝΝ είναι πολυδιάστατος και συνίσταται:

- στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την άσκηση φροντίδας καθώς και της τήρησης πολιτικής πρόληψης πιθανών κινδύνων και επιπλοκών
- στην ενσωμάτωση νέων κατευθυντήριων οδηγιών στη φροντίδα των νεογνών υψηλού κινδύνου
- στην τήρηση των οδηγιών για την περιστολή των λοιμώξεων στη ΜΕΝΝ
- στην προαγωγή της γαλουχίας και της σίτισης με μητρικό γάλα στα νεογνά της ΜΕΝΝ
- στην άσκηση της φροντίδας με γνώμονα την υποστήριξη της νευροαναπτυξιακής φροντίδας του νεογνού στη ΜΕΝΝ και την οικογενειοκεντρική φροντίδα
- στη συμβολή τους στην ανάπτυξη του δεσμού γονέων – νεογνού/βρέφους

- στην ψυχολογική στήριξη γονιών που το νεογνό τους νοσηλεύεται στην εντατική μονάδα
- στην ομαλή και δημιουργική συνεργασία με όλο το προσωπικό της μονάδας για τα βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα
- στην πολιτική ανάπτυξης αυτοφροντίδας, καθώς η εργασία στη MENN αποτελεί ένα ιδιαίτερα στρεσσογόνο παράγοντα
- στη συμμετοχή στη διεξαγωγή μελετών για την βελτίωση της φροντίδας υγείας και ποιότητας ζωής των νεογνών υψηλού κινδύνου

Εάν κριθεί απαραίτητη η εισαγωγή του νεογνού στη MENN, πριν μεταφερθεί το νεογνό από την αίθουσα τοκετού ή το χειρουργείο θα πρέπει:

α) να σταθεροποιηθεί η κατάστασή του στον τόπο γέννησής του (σταθεροποίηση θερμοκρασίας, εξασφάλιση βατών αναπνευστικών οδών)

β) να ειδοποιηθεί έγκαιρα το νεογνικό τμήμα που θα το δεχτεί, ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα για την αντιμετώπιση άμεσων αναγκών του νεογνού (π.χ. κλήση παιδοχειρουργού σε νεογνό με διαφραγματοκήλη, λειτουργία αναπνευστήρα σε νεογνό με ΣΑΔ), προκειμένου μην υπάρξει καμιά καθυστέρηση στην αντιμετώπισή του

γ) να γίνει λήψη όλων των σχετικών με το νεογνό εργαστηριακών εξετάσεων, του ιστορικού

δ) να ενημερωθούν οι γονείς για το άμεσο πρόβλημα του νεογνού και να δοθεί έγγραφη συγκατάθεση των γονιών για τη μεταφορά, τη νοσηλεία του ή τη χειρουργική θεραπεία του (Μπαλατσού κ.α., 2016).

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ –ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΑ ΝΕΟΓΝΑ

Γενική εκτίμηση

- Μέτρηση σωματικού βάρους, χρονικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
- Παρατήρηση και αναγνώριση σχήματος και μεγέθους σώματος, ανάπτυξη οιδήματος ή συσσώρευση λιπώδους ιστού
- Παρακολούθηση γενικών δυσμορφιών

Αναπνευστική εκτίμηση

- Παρατήρηση σχήματος θώρακος, συμμετρίας, ύπαρξης τομής, καθετήρων ή άλλων παρεκκλίσεων
- Αναφορά λειτουργίας βοηθητικών αναπνευστικών μυών (αναπέταση περυγίων μύτης ή εισολκές στέρνου, μεσοπλεύριων διαστημάτων)
- Προσδιορισμός αναπνευστικής συχνότητας και ρυθμού
- Αναγνώριση αναπνευστικών ήχων (ρόγχοι, συριγμός, υγροί μειωμένης έντασης ήχοι, γογγυσμός)
- Εκτίμηση της πράξης αναρρόφησης
- Αξιολόγηση κλάματος

Καρδιαγγειακή εκτίμηση

- Αξιολόγηση καρδιακής συχνότητας και ρυθμού
- Αναγνώριση καρδιακών ήχων και φυσημάτων
- Ακρόαση καρδιακού κτύπου εντονότερα σε ορισμένα σημεία δηλώνει μετατόπιση μεσοθωρακίου
- Παρατήρηση χρώματος νεογνού
- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης
- Μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης

- Περιγραφή περιφερικών σφυγμών

Γαστρεντερική εκτίμηση

- Προσδιορισμός ενδείξεων κοιλιακής διάτασης
- Προσδιορισμός και αναφορά για σημείο αναγωγής, ιδίως μετά από τη σίτιση του νεογνού
- Αξιολόγηση ποσότητας, χρώματος, σύστασης και οσμής των εμεσμάτων
- Εκτίμηση της ποσότητας, χρώματος και σύστασης των κοπράνων
- Αναγνώριση των εντερικών ήχων (παρουσία ή απουσία)

Ουροποιογεννητική εκτίμηση

- Αναγνώριση τυχόν γεννητικής ανωμαλίας
- Εκτίμηση ούρων (χρώμα, ειδικό βάρος, pH)
- Έλεγχος σωματικού βάρους (παρουσία κατακράτησης υγρών και στοιχεία ενυδάτωσης)

Νευρολογική και μυοσκελετική εκτίμηση

- Παρατήρηση της κινητικής δραστηριότητας (αυθόρμητες συσπάσεις μυών, αντανακλαστικές)
- Εκτίμηση νεογνικής θέσης (σε κάμψη ή σε έκταση)
- Αναφορά κινήσεως, αντανακλαστικές σε ερεθίσματα ή υπό συγκεκριμένες συνθήκες
- Παρακολούθηση καταστάσεων που προκαλούν μεταβολή ή στροφή της κεφαλής
- Εκτίμηση αντανακλαστικού της κόρης

Δερματική εκτίμηση

- Αξιολόγηση τυχόν ερυθρότητας περιοχών ερεθισμού
- Αξιολόγηση δερματικής υφής (δέρμα ξηρό, μαλακό, ξεφλουδισμένο)
- Παρουσία εξανθήματος και δερματικής εξέλκωσης
- Ενδείξεις ιστικής διήθησης λόγω ενδοφλέβιου καθετηριασμού
- Παρακολούθηση των γραμμών παρεντερικής έγχυσης, δηλαδή θέση και είδος (αρτηριακή, φλεβική, υπερθρεψίας)

Αιματολογική εκτίμηση

- Αναγραφή της ποσότητας αίματος που λαμβάνεται σε κάθε αιμοληψία
- Προσδιορισμός αερίων αίματος διαδερματικά μέσω sensor (Παπά, 2016).

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ –ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΕΣΜΟΥ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΝΕΟΓΝΟΥ

Πολλοί νομίζουν ότι ο ρόλος της μαίας –μαιευτή/ νοσηλευτή εξαντλείται στην παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας στο νεογνό. Η προσφορά του ωστόσο, είναι εξίσου σημαντική για την ομαλή κατά το δυνατόν ψυχοκινητική εξέλιξη του νεογνού και καθοριστική στη δημιουργία πρώιμου δεσμού μεταξύ μητέρας/πατέρα και νεογνού.

Έτσι το θεραπευτικό άγγιγμα, το χαϊδεμα, το αγκάλιασμα, η ομιλία σε χαμηλή ένταση, το τραγούδι και το νανούρισμα, αποτελούν παρεμβάσεις που εκ πρώτης όψης φαίνονται τόσο απλές, ενώ έχουν μεγάλη σημασία στην υγιή ανάπτυξη του νεογνού (Μπαλατσού κ.α., 2016).

Εκτός όμως από την απευθείας παρέμβαση της μαίας στη σωστή ανάπτυξη του νεογνού, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της στη δημιουργία και την καλλιέργεια της σχέσης μητέρας - νεογνού. Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί

προσωπική επαφή των γονιών με μια συγκεκριμένη μαία, η οποία ενθαρρύνει και προτρέπει τους γονείς να επισκέπτονται όσο το δυνατό περισσότερο το νεογνό τους. Επιπλέον, τους συμβουλεύει να τηλεφωνούν για πληροφορίες όποτε το επιθυμούν και τους ενθαρρύνει στην ανάληψη ευθυνών στην καθημερινή φροντίδα του νεογνού.

Είναι πολύ σημαντικό η μαία/ ο μαιευτής να μεριμνούν για την εξάλειψη του φόβου που φυσιολογικά δημιουργείται στους γονείς βλέποντας το νεογνό τους γυμνό και αδύναμο ανάμεσα σε ηλεκτρόδια, συνδεδεμένο με κάθε λογής άγνωστα για αυτούς μηχανήματα κυρίως με τα μάτια σκεπασμένα με γάζα λόγω της φωτοθεραπείας. Πρέπει να τους εξηγεί με απλό και κατανοητό τρόπο, τη χρησιμότητα και την λειτουργία των διαφόρων μηχανημάτων καθησυχάζοντάς τους παράλληλα ότι τα μάτια του νεογνού δεν έχουν τίποτε και ότι η κάλυψή τους γίνεται για καθαρά προληπτικούς λόγους (Μπαλάτσου κ.α., 2016).

Με αυτό τον τρόπο ο γονιός συνειδητοποιεί ότι το παιδί του έχει ελπίδα σωτηρίας και ότι το σύνολο των προσπαθειών κατευθύνεται από το περιβάλλον της μονάδας με μοναδικό σκοπό να βοηθήσει το νεογνό στο δύσκολο αγώνα του για επιβίωση. Αυτό το αίσθημα έρχεται να απαλύνει το δυσάρεστο πρώτο συναίσθημα που δημιουργεί ο πρόωρος αποχωρισμός και εξουδετερώνει όλες τις ανεύθυνες εκείνες πληροφορίες που έρχονται στους γονείς από τρίτους και που συνήθως είναι καταδικαστικές για τη ζωή του νεογνού. Γιατί η επικρατούσα κοινωνική αντίληψη, συνήθως θεωρεί τα νεογνά υψηλού κινδύνου και ειδικά τα εξαιρετικά πρόωρα νεογνά, σαν όντα χωρίς προοπτική ζωής.

Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται, αναλύοντάς τους την κατάσταση του νεογνού με σαφήνεια, χωρίς να δημιουργείται έδαφος για υπερβολικές ελπίδες και χωρίς να αποκρύπτονται οι δυσκολίες και τα προβλήματα. Η γλώσσα της αλήθειας είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος επικοινωνίας με τους γονείς.

Μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στην πρώτη επίσκεψη των γονιών στη μονάδα. Είναι ίσως η πλέον σημαντική από όλες. Αυτές τις στιγμές η μαία/ ο μαιευτής βρίσκεται δίπλα στη μητέρα, απαντώντας στις ερωτήσεις της με απλό και κατανοητό τρόπο, εξηγώντας, ενθαρρύνοντας, τονίζοντας τα θετικά στοιχεία του νεογνού όπως τα όμορφα χαρακτηριστικά του. Αυτό υποστηρίζει τη μητέρα να αποβάλει το άγχος

της και την προετοιμάζει στη δημιουργία δεσμού με το νεογνό, από το οποίο αποχωρίστηκε πριν λίγες συνήθως ώρες.

Η επαφή της μαίας με τη μητέρα είναι σημαίνουσα για έναν πρόσθετο λόγο. Από τη σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης αντλούνται σημαντικές πληροφορίες για το ενδιαφέρον των γονιών για το νεογνό, για τις κοινωνικές αλλά και οικονομικές συνθήκες της οικογένειας. Η μαία που εργάζεται στη MENN, είναι η πρώτη συνήθως που ανιχνεύει τα προβλήματα, τα οποία σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό και την κοινωνική λειτουργό πρέπει να επιλυθούν πριν ακόμη το νεογνό πάρει εξιτήριο από το τμήμα. Η καλλιέργεια αυτής της σχέσης της μαίας με τη μητέρα, είναι εκείνη που με την έξοδο του νεογνού θα την καθοδηγήσει διδάσκοντάς την στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων (σίτιση του νεογνού, μετάβαση στο θηλασμό, μπάνιο, υγιεινή και μέτρα προστασίας, ενδεχόμενα χορήγηση φαρμάκων, επιτήρηση της κλινικής εικόνας του νεογνού/βρέφους, τήρηση του προγράμματος επανεξέτασης - παρακολούθησης κ.ά.).

Πριν την έξοδο του νεογνού από το τμήμα (που γίνεται όταν αυτό φθάσει τα 2200 g.), συνιστάται στη μητέρα να επισκέπτεται συχνά το τμήμα όπου με τη βοήθεια του προσωπικού αναλαμβάνει προοδευτικά όλο και μεγαλύτερες ευθύνες στην περιποίηση του νεογνού. Θα ήταν ιδανικό να μπορούσε η μητέρα να παραμείνει σε ειδικό δωμάτιο μέσα ή δίπλα στο νεογνικό τμήμα, για 1-2 ημέρες, σε στενή επαφή με το βρέφος της.

Στις περιπτώσεις που έχουμε να κάνουμε με χειρουργημένο νεογνό οι δυσκολίες και οι απαιτήσεις είναι πολλές. Η μαία πρέπει να βοηθάει στην ανάπτυξη του δεσμού μητέρας-νεογνού, διότι, λόγω των διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων στις οποίες έχουν υποβληθεί τα νεογνά, ο θηλασμός αρκετές φορές είναι ατελέσφορος (εξαιτίας πληγών, διασωλήνωσης του νεογνού, ρινικού C-PAP κτλ.). Επομένως, η μαία πρέπει να βοηθήσει τη μητέρα να βρει την κατάλληλη θέση για την επίτευξη του θηλασμού, στην οποία δεν καταπονείται το μωρό, ενώ συγχρόνως επιτυγχάνεται η δέρμα με δέρμα επαφή μεταξύ μητέρας και νεογνού. Επιπλέον, ένα από τα καθήκοντα της μαίας που ενισχύουν τη σύνδεση μεταξύ μητέρας – νεογνού είναι η ενημέρωση και η καθοδήγηση των μητέρων ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στο τάισμα των μωρών τους σε περίπτωση που αυτά σιτίζονται με ρινογαστρικό καθετήρα.

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ

Πιο δύσκολη και εξίσου σημαντική είναι η συμβολή της μαίας στην υποστήριξη της οικογένειας, της οποίας το νεογνό έχει συγγενείς ανωμαλίες. Στις περιπτώσεις αυτές, σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, με γνώμονα πάντοτε την αλήθεια, είναι αναγκαίο να φροντίζει στην άμβλυση του άγχους και της ενοχής που νοιώθουν οι γονείς. Οι γονείς, συνήθως, θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την ανωμαλία και νιώθουν στιγματισμένοι. Η μαία/ο μαιευτής που εμπλέκεται στη φροντίδα του νεογνού είναι καλό να ενθαρρύνει τους γονείς να εκφράσουν τις σκέψεις τους και να συμβάλει μέσα από συζητήσεις στην καταπολέμηση των προλήψεων και τις κοινωνικών προκαταλήψεων.

Αν υπάρχουν τρόποι αποκατάστασης των ανωμαλιών ή της δυσμορφίας (πλαστική χειρουργική), είναι βοηθητικό να παρουσιάζονται στους γονείς φωτογραφίες άλλων νεογνών που έπασχαν από την ίδια δυσμορφία, πριν και μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, προκειμένου να βεβαιωθούν ότι και το βρέφος τους έχει τις ίδιες πιθανότητες να αποκατασταθεί.

Όταν οι γονείς νεογνών που νοσηλεύονται στη MENN έρχονται σε επαφή με άλλους γονείς, που έχουν βιώσει ανάλογη εμπειρία ή ακόμη και με ίδιο πρόβλημα στην υγεία του νεογνού τους, αυτό αποτελεί στρατηγική που, όταν η μαία την ενθαρρύνει και την εφαρμόζει, συντελεί στην ανακούφιση των γονέων, τη μείωση του άγχους, και την ενδυνάμωσή τους. Οι εμπειρίες των γονέων αυτών είναι δυνατό να συμβάλουν στην επιτυχή διαχείριση των δυσκολιών αυτής της κρίσιμης περιόδου, ενώ η ανταλλαγή αντίστοιχων εμπειριών μεταξύ τους, ενθαρρύνει την εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους και διευρύνει τις γνώσεις τους για τα θέματα που ανακύπτουν σε όλα τα επίπεδα (Μπαλατσού κ.α., 2016).

Ένα άλλο πρόβλημα, όπου η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού της MENN είναι αξιοσημείωτη, είναι στην αντιμετώπιση και φροντίδα νεογνών με χρόνια νόσο. Είναι αναγκαίο να υποστηρίξει τη μητέρα να ξεπεράσει το αίσθημα του χρόνιου και αζεπέραστου που ορθώνεται μπροστά της, γιατί και αυτά τα νεογνά χρειάζονται

αγάπη και φροντίδα. Λόγω της χρονιότητας του ζητήματος υγείας, χρειάζεται να δοθεί έμφαση στην κοινή γραμμή αντιμετώπισης των γονιών από όλο το προσωπικό. Η πληροφόρηση πρέπει να είναι ενιαία και ακριβής.

Η κοινή γραμμή είναι αναγκαία γιατί οι γονείς στην προσπάθειά τους να καλύψουν τα δικά τους αισθήματα ενοχής, συχνά φαίνεται να επιρρίπτουν ευθύνες προς κάθε κατεύθυνση για κάθε αντιφατική πληροφόρηση που θα τύχει να δεχτούν.

Η σχέση γονέων με το προσωπικό της MENN, αποτελεί μια δυναμική πολλές φορές αντιφατικών συναισθημάτων, θετικών και αρνητικών. Από τη μια προβάλλει η αναγνώριση του έργου τους και η αγάπη, και από την άλλη η αρνητική κριτική, και μια δυσαρέσκεια. Για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας της MENN θα πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση, να αιτιολογούν τους γονείς και να στηρίζονται στον άξονα της θετικής σχέσης με τους γονείς.

Είναι κοινή πεποίθηση ότι η πιο δύσκολη για τη διαχείριση της περίπτωση για το προσωπικό της μονάδας εντατικής νοσηλείας νεογνών, είναι όταν προκύψει θάνατος σε νεογνό που νοσηλεύεται. Όλο το προσωπικό θα πρέπει να οπλιστεί για αυτή την περίπτωση με κατανόηση, υπομονή και προ πάντων με ευαισθησία. Η ανακοίνωση του θανάτου γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε ο γονιός να αισθάνεται ότι όλο το προσωπικό της μονάδας συμμετέχει στη θλίψη του και να πεισθεί ότι έγινε κάθε τι δυνατό για τη σωτηρία του νεογνού. Η έκφραση τους πένθους των γονέων ενθαρρύνεται και δεν καταπιέζεται από το προσωπικό, ενώ δίνεται χώρος προκειμένου να έχουν ιδιωτικότητα και χρόνο να αγκαλιάσουν και να αποχαιρετίσουν το παιδί τους. Ακόμη ενθαρρύνεται νέα επίσκεψη των γονιών στη μονάδα, μετά από λίγες ημέρες, προκειμένου να συζητηθεί με ηρεμία η αιτία που προκάλεσε το θάνατο του νεογνού, και να δοθούν γενετικές συμβουλές, όπου χρειάζεται, για κάθε μελλοντική εγκυμοσύνη.

Η παρέμβαση της μαίας ή της νοσηλεύτριας της MENN στην υγιή ανάπτυξη ενός νεογνού και στην ανάπτυξη ισχυρού δεσμού μεταξύ των γονιών και του νεογνού, είναι

καθοριστική. Στηρίζεται στην τεκμηρίωση, τη γνώση του αντικειμένου και προϋποθέτει την αγάπη για το επάγγελμά της και την αποστολή του στην κοινωνία.

5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΕΔΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Το μητρικό γάλα- τεκμηριωμένα πλέον ως πηγή σημαντικών θρεπτικών και μη θρεπτικών συστατικών για το τελειόμηνο νεογνό-αρχίζει να χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για τη διατροφή και τού πρόωρου. Η υπεροχή του ανθρωπίνου γάλακτος για τα πρόωρα νεογνά, σχετίζεται με την προστασία του έναντι των λοιμώξεων(περιέχει ανοσολογικούς, αντιφλεγμονώδεις, αντιϊκούς παράγοντες) και ειδικότερα της Νεκρωτικής εντεροκολίτιδας.

Ωστόσο για τα πρόωρα νεογνά είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν ενισχυτές του μητρικού γάλακτος.

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ/ΜΑΙΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΓΚΟΥΡΟ “KANGAROOCARE”

Η φροντίδα Καγκουρό ή φροντίδα δέρμα με δέρμα, είναι μια τεχνική που εφαρμόζεται στα νεογέννητα, συνήθως πρόωρα βρέφη, όπου το βρέφος πραγματοποιεί επαφή δέρμα με δέρμα, με έναν ενήλικα. Η φροντίδα Καγκουρό πήρε το όνομά της, λόγω της ομοιότητας με τον τρόπο που ορισμένα μαρσιποφόρα ζώα φέρουν τα μικρά τους.

Τα νεογνά που επιλέγονται για τη φροντίδα καγκουρό είναι :

- Πρόωρα νεογνά που μπορεί να ζυγίζουν και λιγότερο από 1.500 γρ. και αναπνέουν αυτόνομα

- Πρόωρα με συμπληρωματικό οξυγόνο (ρινικό cprap ή αναπνευστήρα)
- Φέρουν καρδιοπνευμονική παρακολούθηση, οξυμετρία (τα μόνιτορ δεν εμποδίζουν τη φροντίδα)
- Φέρουν ενδοφλέβιες εγχύσεις και καθετήρες.

Αρχικά η μαία θα πρέπει να ενημερώσει τους γονείς για την φροντίδας καγκουρό και τον τρόπο που εφαρμόζεται:

- Γίνεται αφαίρεση του το στηθόδεσμου της μητέρας και τίθεται μια μπλούζα ή πουκάμισο που ανοίγει στο μπροστινό μέρος (νοσοκομειακή ποδιά που ανοίγει στο μπροστινό μέρος μπορεί να διατεθεί για τη χρήση σας.)
- Θα πρέπει να παρέχονται οι προϋποθέσεις για την προστασία της ιδιωτικής ζωής
- Το νεογνό, φορώντας μόνο μια πάνα και καπέλο, θα τοποθετηθεί στο γυμνό μεταξύ των μαστών σε όρθια θέση.
- Το νεογνό καλύπτεται με το πουκάμισο / το φόρεμα, ή μια κουβέρτα.
- Ακολουθεί χαλάρωση και απόλαυση της μοναδικής εμπειρίας προσκόλλησης.

Τα οφέλη για τους γονείς είναι ότι βελτιώνουν τη γονική εμπιστοσύνη, ενισχύουν την ικανότητα τους να φροντίσουν τα νεογνά, νιώθουν εμπιστοσύνη ότι τα νεογνά είναι φροντισμένα και ασφαλή, καθώς και η πρώιμη επαφή δέρμα με δέρμα μητέρας-νεογνού, διεγείρει ένα φυσικό ένστικτο προσκόλλησής τους με το μαστό και έναρξης του θηλασμού (Μπαλατσού κ.α., 2016).

Τα οφέλη της φροντίδας καγκουρό για το νεογνό είναι:

1. σταθεροποίηση του καρδιακού ρυθμού στο νεογνό
2. βελτιωμένα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου
3. κέρδος σε χρόνο ύπνου
4. μειωμένο κλάμα - ανησυχία
5. πιο επιτυχημένα επεισόδια θηλασμού
6. ταχύτερη αύξηση του σωματικού βάρους
7. ταχύτερη έξοδο από το νοσοκομείο.

Η αποστολή της μαίας συνιστάται στα ακόλουθα:

1. ενθάρρυνση των γονιών
2. προετοιμασία του νεογνού και των γονιών για την επαφή
3. επίβλεψη κατά τη διάρκεια της φροντίδας
4. ενημέρωση για τα οφέλη ως προς το νεογνό, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, όσο και κατά την έξοδο από τη MENN.

Είναι πολύ πιθανό το προσωπικό να αποκτήσει γονεϊκό ρόλο, αφού είναι αυτοί που πρωταγωνιστούν στη φροντίδα του νεογνού. Δεν είναι μόνο η ευθύνη της φροντίδας που φέρουν ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του εξειδικευμένου χώρου που εργάζονται καθημερινά, αλλά έχουν να αντιμετωπίσουν το φόβο που τους προκαλεί το συναίσθημα που αφαιρεί τη ζωή.

Η φροντίδα καγκουρό μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε την πρώτη μέρα του νεογνού στο νοσοκομείο ή την πρώτη μετεγχειρητική του μέρα. Μελέτες δείχνουν ότι η φροντίδα καγκουρό πέρα από τα βασικά της οφέλη μπορεί να μειώσει τον πόνο, τον κίνδυνο μόλυνσης (βασική απειλή για τα χειρουργημένα νεογνά), καθώς και να αυξάνει την παραγωγή γάλακτος της μητέρας. Σήμερα, υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο για τη διασφάλιση της φροντίδας καγκουρό και των διασωληνωμένων νεογνών τα οποία φέρουν ρινογαστρικό καθετήρα. Η φροντίδα αυτή επιτρέπει στους γονείς να επανασυνδεθούν με τα μωρά τους και να τα βοηθήσουν στη γρήγορη ανάρρωση (Post-Surgical Kangaroo Care for Babies in the NICU).



Εικ. 16: Φροντίδα καγκουρό (<http://senaydogan.com/GR>)

Ωστόσο στα σύγχρονα πρωτόκολλα φροντίδας η ενσωμάτωση των γονέων, η εκπαίδευση και η εξοικείωσή τους με τη φροντίδα του νεογνού, έχουν τη δυναμική να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στο γονεϊκό τους ρόλο, στην αύξηση της ποιότητας της φροντίδας, στην ψυχική τους υγεία, στην υγεία και ποιότητα ζωής του νεογνού καθώς και στην ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (Μπαλατσου κ.α., 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα χειρουργικά προβλήματα της νεογνικής περιόδου είναι πολλά και διαφορετικά σε βαρύτητα. Άλλα χρειάζονται παρατεταμένη φροντίδα και νοσηλεία και άλλα σύντομη θεραπεία και αποκατάσταση. Κάποια από αυτά, όπως η διαφραγματοκύλη έχουν χαρακτήρα επείγοντα για την αντιμετώπισή τους, ενώ άλλα όχι. Πολλά επηρεάζουν τη λειτουργία της εντερικής σίτισης των νεογνών, άλλα το αναπνευστικό σύστημα, άλλα την λειτουργία της καρδιάς και την κυκλοφορία. Κάποια από αυτά αφορούν ανατομικές εμφανείς ανωμαλίες, ή συγγενείς δυσπλασίες, ενώ άλλα αφορούν όργανα του σώματος όπως την ουρήθρα και τους νεφρούς.

Ανάλογα με το πρόβλημα κάθε νεογνό που θα λάβει εξιτήριο θα χρειαστεί να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα παρακολούθησης της υγείας του και το θεμάτων που δεν έχουν πλήρως αποκατασταθεί.

Απαραίτητη είναι η άρτια και τεκμηριωμένη φροντίδα των νεογνών στη MENN πριν και μετά τη χειρουργική θεραπεία τους σε συνιστώσες περιποίησης των τραυμάτων, πρόληψης των λοιμώξεων, μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, γρήγορη αποκατάσταση των συστημάτων, πρόληψη και αντιμετώπιση του πόνου στο νεογνό και κατάλληλη τοποθέτηση του νεογνού, έτσι ώστε να είναι σε αναπαυτική θέση κ.α.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις MENN θα πρέπει να εκπαιδεύονται διηλεκώς για κάθε νέα στρατηγική φροντίδας για τα πρόωρα νεογνά, στηρίζοντας την επιβίωσή τους και την ποιότητα ζωής τους. Στο πλαίσιο αυτό τα σεμινάρια, συνέδρια, τα ενδοκλινικά μαθήματα έχουν όλα το σημαντικό τους νόημα στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού.

Η φροντίδα των νεογνών στη MENN αποτελεί για τη μαία – μαιευτή αποτελεί μια συνιστώσα πολλών παραγόντων. Πρωτίστως, όπως βέβαια ισχύει και για τα λοιπά τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, το θέμα της συνειδητής επιλογής για ενασχόληση στη MENN καθορίζει τη μετέπειτα ποσοτική και ποιοτική απόδοση της μαίας – μαιευτή στην εργασία τους, καθώς και τη δημιουργία υγείων και ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων με το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το βοηθητικό, διοικητικό προσωπικό, αλλά και με τους γονείς.

Η συχνότητα που επισκέπτονται οι γονείς τη MENN, καθώς και ο χρόνος παραμονής τους στη Μονάδα, αποτελούν και για τους δυο γονείς (μητέρα – πατέρα) διαδικασία ζωτικής σημασίας. Σήμερα παρατηρείται ότι τα σύγχρονα ζευγάρια είναι ίσα απέναντι σε μια δύσκολη περίπτωση που αφορά στο νεογέννητο μέλος της οικογένειάς τους. Η βοήθεια που ζητούν από το προσωπικό της μονάδας είναι μεγάλη. Το προσωπικό στη MENN αποτελεί τη γέφυρα που ενώνει το γονιό με το νεογνό σε μια χρονική περίοδο που η σχέση αυτή υπό άλλες συνθήκες δεν θα χρειαζόταν γεφύρωμα.

Η μαία – μαιευτής στη προκειμένη περίπτωση αναλαμβάνει και αναπληρώνει το ρόλο του γονέα σε όλα τα επίπεδα μιας και οι γονείς δεν έχουν ακόμα τη δυνατότητα αυτή. Η σχέση της Μαίας με τους γονείς είναι καθοριστική για τη προαγωγή της υγείας του νεογνού και τη ψυχική υγεία των γονέων. Οι γονείς χρειάζονται υποστήριξη από το προσωπικό.

Η ενθάρρυνση καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προς τους γονείς διαπιστώνεται πως είναι εξαιρετικά μεγάλη και από τις Μαίες/νοσηλεύτριες και από τους Ιατρούς. Άλλωστε οι Ιατροί αλλά κυρίως οι Μαίες, είναι οι διαμεσολαβητές των γονέων, για να έρθουν σε επαφή με το νεογνό τους και να αναπτύξουν αργά και σταθερά τη σχέση που άλλοι γονείς απολαμβάνουν δεχόμενοι τη φυσιολογική ροή των πραγμάτων και της εξέλιξης των ανθρώπινων σχέσεων.

Εξίσου σημαντικός είναι και ο βαθμός ευαισθητοποίησης της οικογένειας όσον αφορά τα πιθανά προβλήματα των νεογνών. Η συμβουλευτική παρέμβαση από ειδικούς μετά την έξοδο από τη MENN, κρίνεται απαραίτητη για τους γονείς αλλά και τα βρέφη. Κυρίως οι γονείς χρειάζονται άμεσα εκπαίδευση, καθοδήγηση και τεκμηριωμένη ενημέρωση σχετικά με τα σημεία που θα πρέπει να προσέχουν στο νεογνό σε θέματα διατροφής/θρέψης και ατομικής υγιεινής και ποιοι είναι οι χειρισμοί αυτοί, αλλά και ποιες είναι οι επαναληπτικές – προληπτικές εξετάσεις ή τα εμβόλια που προφανώς το νεογέννητο θα χρειαστεί να πραγματοποιήσει. Πολλές είναι οι νέες μητέρες, κι αυτό είναι πολύ αισιόδοξο και ενθαρρυντικό, οι οποίες συνειδητοποιούν τη σπουδαιότητα της διαδικασίας του θηλασμού, ζητώντας τη καθοδήγηση και την ενημέρωση επί του θέματος. Σχεδόν όλα τα νεογνά στη MENN

δεν είναι σε θέση αρχικά να θηλάσουν. Πολλά μάλιστα εξ αυτών εξαιτίας της κατάστασής τους σιτίζονται παρεντερικά. Όσα όμως δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα θρέψης, η μητέρα θα πρέπει να αντλεί και να δίνει το γάλα της στην εκάστοτε τράπεζα γάλακτος της MENN

Πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει πως η στενή δερματική επαφή και η χορήγηση μητρικού γάλακτος ωθούν στην υγιή και ομαλή ανάπτυξη των νεογνών/βρεφών, αλλά και αυτά να ξεπεράσουν ευκολότερα και γρηγορότερα οποιαδήποτε προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, ιδιαίτερα μετά από τη χειρουργική θεραπεία που μπορεί να χρειαστούν. Η έκθεση στη δερματική επαφή με τους γονείς μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση των νεογνών και στη σταθεροποίησή τους.

Τέλος ο ρόλος της Μαίας – Μαιευτή στη σύγχρονη Νεογνική Μονάδα συνίσταται στην αντιμετώπιση νοσηλευτικών προβλημάτων, στην βοήθεια που προσφέρει για την ανάπτυξη σωστής σχέσης μητέρας- νεογνού, αλλά και στην ψυχολογική υποστήριξη των δυο γονέων που το παιδί τους νοσηλεύεται στη MENN.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ανθρώπινη απώλεια, ιδιαίτερα κατά τη νεογνική περίοδο, αποτελεί γεγονός που συγκλονίζει όχι μόνο την οικογένεια, αλλά και το προσωπικό της MENN. Ορισμένα από τα νεογνά στις MENN χρήζουν χειρουργικής επέμβασης και επομένως διαφέρουν στη φροντίδα από τα υπόλοιπα νεογνά, των οποίων η θεραπεία είναι απλά μια φαρμακευτική αγωγή.

Οι μαίες/μαιευτές μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση των καταστάσεων στις MENN. Συμβάλλουν στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, εκτιμώντας τη νόσο σε πρώιμα στάδια και παρέχοντας την κατάλληλη φροντίδα μετά τη διάγνωση. Για το σκοπό αυτό απαιτείται η προσεκτική και συνεχής παρακολούθηση του νεογνού, καθώς και η έγκυρη εφαρμογή παρεμβάσεων. Σαν αποτέλεσμα αποτρέπεται η επιδείνωση της υγείας των νεογνών.

Είναι αναγκαίο ως εκ τούτου να υιοθετηθούν στρατηγικές πρόληψης της προωρότητας και των κλινικών καταστάσεων που επιβαρύνουν την κύηση, το καλώς έχειν του εμβρύου και την υγεία του νεογνού. Επίσης να συνεχιστεί η έρευνα για την προωρότητα και την προαγωγή της εκπαίδευσης στις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες για τη νεογνική φροντίδα υψηλού κινδύνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AJMCN: Child Nursing-Caring Into Infant Pain. The American Journal of Maternal 2004; 29 (2): 84-89. Royal Prince Alfred Hospital: New born Care Protocol Book-Neonatal Pain Policy. Sydney, 2004.
- ANN W. KUMMER, (2011). Επιμέλεια Γεωργία Λινάρδου, Σχιστίες και Κρανιοπροσωπικές Ανωμαλίες, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
- ASHCRAFT K. (2004). Pediatric Surgery, W.B. Saunders Company; 4th Bk&Cdr edition December 1
- BROWNE et al. Family based intervention to enhance infant parent relationship in the neonatal intensive care unit. J. of Pediatric Psychology 2007 30:(8) 667-677.
- BROWNE, J., CICCIO, R., ERIKSON, D., *Report of the Seventh Consensus Conference on Newborn ICU Design*, Florida, Recommended Standards for Newborn ICU Design, 2007, p. 8-14.
- DI RENZO, G., O' HERLIHY, C., VAN GEIJN, H., COPRAY F., “Organization of perinatal care within the European community”, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 1992, 45(2):81-87.
- FRANCK S. et al. Parent views of infant pain and pain management in NICU. New born and infant Nursing reviews , 2000 2(6): 106-113
- FRANK S.L.: Critical Care Nurse – Neonatal. Critical Care Nurse 1997, RPAH, 2004

- GRAY, L., PHILBIN, M., “Effects of the neonatal intensive care unit on auditory attention and distraction”, Clin Perinatol, 2004, 31:243-260.
- GUIDELINES INSTITUTE, *Health Guidelines Revision Committee: Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities*, Dallas, TX, 2010, p. 8.
- HADDAD J, KEESECKER S. (2016) Congenital disorders of the nose. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW III, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier :chap 37 □
- HAMILTON, B., MARTIN, J., VENTURA, S., “Births: Preliminary Data for 2008: National Vital Statistics Reports;”, Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, 2010, 58(16).
- HOCKENBERRY M., WILSON D. (2011). Παιδιατρική Νοσηλευτική Θεμελιώδεις Γνώσεις Για Τη Φροντίδα Του Παιδιού Σε Όλα Τα Στάδια Της Ανάπτυξης. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- ILLUMINATING ENGINEERING SOCIETY OF NORTH AMERICA, *Recommended practice for lighting for hospitals and health care facilities*, New York, Illuminating Engineering Society of North America, 2006, p. 26.
- JOLLEY, A., “The value of surveillance cultures on neonatal intensive care units”, Journal of Hospital Infection, 1993, 25(3):153-159.
- KAY SP, MCCOMBE DB, KOZIN SH. (2017). Deformities of the hand and fingers. In: Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson WC, Kozin SH, Cohen MS, eds. *Green's Operative Hand Surgery*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier :chap 36.
- KEEFER M. (2016), Management of abnormalities of the genitalia in girls. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, eds. *Campbell-Walsh Urology*. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; :chap 149.

- LUXNER, KARLA L.(2011). Παιδιατρική νοσηλευτική, Έκδοση 1^η, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- MARILYN J., HOCKENBERRY, DAVID W., (2011). Παιδιατρική Νοσηλευτική, Επιμέλεια Ελένη Κυρίτση, Έκδοση 8^η, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- MILLER, C., WHITE, R., WHITMAN, T., ET AL., “The effects of cycled versus noncycled lighting on growth and development in preterm infants”, Infant Behav Dev, 1995, 18:87-95.
- NATIONAL PERINATAL INFORMATION CENTER, University of South Florida, “School of Public Health Regional organization of perinatal care Seminars in Neonatology”, 2004, 9(2):87-88.
- PURI P. Newborn Surgery. 2nd ed, Arnold Publications, 2003.
- REA., M., DENG, L., WOLSEY, R., Lighting answers: Light sources and color, Lighting Research Center, 2004, 8(1):41.
- STEVENSON RE, HALL JG, EVERMAN DB, SOLOMAN BS, eds. (2015). Human Malformations and Related Anomalies. 3rd Edition. Oxford University Press. New York, P:888-891.
- THE AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS ACADEMY OF ARCHITECTURE FOR HEALTH, *Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities*, Washington, DC, 2006, p. 8.
- TSIRONI,S.,BOVARETOS,N.,TSOUMAKAS,K., GIANNAKOPOULOU, M., MATZIOU, V., “Factors affecting parental satisfaction in the neonatal intensive care unit”, Journal of Neonatal Nursing, 2012, 18(5):183-192.
- ULRICH, R., “Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research”, J Health Care Inter. Des., 1991, 3:97-109.

- VICTOR, Y., “Perinatal Care: Organisation and Outcome”, The Lancet, 1986, 327(8484):777-778.
- VON DOLINGER DE BRITO, D., ALMEIDA SILVA, H., JOSE OLIVEIRA, E., ARANTES, A., ABDALLAH, V., TANNUS JORGE, M., GONTIJO FILHO, P., “Effect of neonatal intensive care unit environment on the incidence of hospital-acquired infection in neonates”, Journal of Hospital Infection, 2007, 65(4):314-318.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ Ρ. (2010). Εμβρυολογία, Έκδοση 2^η, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ. (2011). Κλινική νοσηλευτική: Βασικές και ειδικές νοσηλείες, Έκδοση 19^η, Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισσιανός, Αθήνα.
- ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Σ, ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ Τ., ΛΥΜΠΕΡΗ Β., ΧΑΤΖΗΣΤΑΜΑΤΙΟΥ Ζ., ΔΙΟΝΥΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΚΛΕΑΝΘΟΣ Π., ΛΙΟΣΗΣ Γ., Χειρουργικές παθήσεις στην νεογνική ηλικία. Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 55, 2008 http://www.iatrikionline.gr/Deltio_55d_2008/5.pdf
- ΒΑΚΑΛΟΣ, Α., *Κανονισμός λειτουργίας της Μ.Ε.Ν. Ενηλίκων*, Ξάνθη, Γενικό Νομαρχιακό Ξενοδοχείο Ξάνθης, 2006, σ. 4-7.
- ΒΑΟΣ Γ. (2011). Σύγχρονη Κλινική Παιδοχειρουργική Και Διάγνωση- Θεραπεία. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- ΒΕΝΤΟΥΡΗ Μ., ΖΑΜΠΟΥΡΗ Α., ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Π., ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Α. (2002), Αναισθησία στις παιδοχειρουργικές επεμβάσεις, Μπαλαμούτσος Ν., Στοιχεία Περιεγχειρητικής Ιατρικής, University Studio Press/

- ΓΡΑΔΙΚΗΣ Σ. (2015). Αρχές Παιδοχειρουργικής και Παιδοουρολογίας. Εκδόσεις Κάλλιππος, Αθήνα
- ΙΑΤΡΑΚΗΣ Γ. (2004). Μαιευτική, Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα.
- ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Α. & ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ-ΒΟΥΔΟΥΡΗ, Μ. (2010). Νοσηλευτική της οικογένειας. Έκδοση 1^η. : Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα
- ΚΙΤΣΙΟΥ-ΤΖΕΛΗ Σ. (2004). Παράγοντες Τερατογένεσης Και Συγγενείς Ανωμαλίες, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα
- ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ Α.-Ν. Η επιμέλεια του ανηλίκου ασθενούς
- ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ Η. Σε περίπτωση όπου υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επέμβασης, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου και οι γονείς του παιδιού δεν συναινούν για την εν λόγω ιατρική επέμβαση, τι μπορεί να κάνει ο γιατρός; <http://www.ygeiapaidiou-ich.gr/nomika-erotimata/>
- ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ Η. (2004). Σύγχρονη Νεογνολογία, Επιμέλεια έκδοσης Κωστάλος Χ, Αθήνα.
- ΚΩΣΤΑΛΟΣ, Χ., 1996, *Νεογνολογία*, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Τόμος Α', σ. 13-38.
- ΜΑΝΩΛΗΣ Κ. (2008). Σχιστίες του Γναθοπροσωπικού συστήματος, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- ΛΙΩΤΗ Ν. Νεογνική απώλεια <https://babyradio.gr/goneis/neogniki-apolia>
- ΜΠΑΛΑΤΣΟΥ Α. ΧΟΥΛΙΑΡΑ Α, (2016) Η νοσηλευτική φροντίδα στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών Πτυχιακή εργασία.
- ΜΠΙΛΑΛΗ Α. και συν. (2012). Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας στα πρόωρα νεογνά, *Hellenic Journal of Nursing*.

- ΝΤΟΛΑΤΖΑΣ Θ. (2005). Συνοπτική Παιδοχειρουργική, Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα.
- ΟΡΦΑΝΟΥΔΑΚΗ. Π. <https://www.paidoxeirourgios.gr/>
- ΠΑΝΟΥ Μ. (2007). Παιδιατρική Νοσηλευτική Εννοιολογική Προσέγγιση. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- ΠΑΠΠΑ Ο. (2016). Προωρότητα και προβλήματα πρόωρων νεογνών, Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα.
- ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. (2011). Χειρουργική Παίδων- Νεογνική Παιδοχειρουργική, Copy City ΕΠΕ., Θεσσαλονίκη.
- ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. Σ., Επείγουσα Νεογνική Χειρουργική, Θεσσαλονίκη 2005
- ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. και συν. Νεογνική Χειρουργική, οι Πρόοδοι και τα Νεότερα Δεδομένα, Θεσσαλονίκη 1999
- ΣΑΚΛΑΜΑΚΗ-ΚΟΝΤΟΥ Μ. Νεογνολογική αντιμετώπιση των συγγενών χειρουργικών ανωμαλιών
- ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ Ε. (2008). Παθολογία Της Κύησης. Εκδόσεις Mendor, Αθήνα
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. & ΠΑΝΟΥ, Μ. (2007). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες. Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ Α., ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Π., ΤΣΙΟΤΡΑΣ Γ., (2018) Καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών <http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2018/03/kales-praktikes-veltiosi-roioutitas.pdf>
- ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ Α., Καλές πρακτικές σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (MENN). Η περίπτωση της Β' ΜΕΝΝ του Γ.Θ.Ν. Παπαγεωργίου Διπλωματική Εργασία 2017/

- ΤΣΙΟΤΡΑΣ Γ. (2002). Βελτίωση Ποιότητας. Εκδόσεις Μπένος. Αθήνα. σελ.326.
- ΤΣΟΧΑΣ Κ.: Επίτομη Κλινική Φαρμακολογία I & II, τόμος 1. Εκδόσεις “Λύχνος” . Αθήνα, 1996:210-211.
- ΥΨΗΛΑΝΤΗ Ε., (2018) Επιπλοκές κατά την αναισθησία σε πρόωρα νεογνά <https://www.mitera.gr/arthra-ygeias/epiplokes-kata-tin-anaisthisia-se-proora-neogna/>
- ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΙΔΗΣ Α.Κ.: Θεραπευτική αντιμετώπιση προβλημάτων νεογνού . Εκδόσεις “Λίτσας ” . Αθήνα, 1995: 85-87

ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

- <https://www.hygeia.gr/neognologiki-antimetopisi-ton-syggenon-xeiroyrgikon-anomalion/>
- https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/1479/1/02_chapter_01.pdf
- <https://www.mitera.gr/arthra-ygeias/epiplokes-kata-tin-anaisthisia-se-proora-neogna/>
- https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3042/1/02_chapter_07.pdf
- www.craniofacial.gr
- www.pinterest.gr
- www.noesi.gr
- www.orthopaedics.gr
- www.micro-surgery.gr
- www.children-orthopaedics.gr
- www.hektoeninternational.org/index.php?option=com_content&view=article&id=689
- www.medvarsity.com/Articles/Dr.%20Sweena.html Layout of an Intensive care unit.)
- [www.iatrikodiavalkaniko.gr/en/monades-entatikhs-diavalkanikou\)](http://www.iatrikodiavalkaniko.gr/en/monades-entatikhs-diavalkanikou)
- [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:US_Navy_060502-N-1577S-003_A_look_at_the_Intensive_Care_Unit_%28ICU%29_ aboard_the_Military_Sealift_Command_%288MSC%29_hospital_ship_USNS_Mercy_%28T-AH_19%29.jpg\)](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:US_Navy_060502-N-1577S-003_A_look_at_the_Intensive_Care_Unit_%28ICU%29_ aboard_the_Military_Sealift_Command_%288MSC%29_hospital_ship_USNS_Mercy_%28T-AH_19%29.jpg)
- https://commons.wikimedia.org/wiki/File:An_intensive_care_unit_in_a_hospital._Wellcome_L0075034.jpg

- https://commons.wikimedia.org/wiki/Neonatal_care#/media/File:Tahril-neonatal.jpg
- <file:///C:/Users/USER/Downloads/53839.pdf>
- <https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/staffordshire-shropshire-and-black-country-newborn/documents/documents/strategic-review-of-care-of-babies-needing-surgery-report-2016>
- <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6576/DYPAPADOPOULOU.pdf?sequence=1>
- www.children-orthopaedics.gr/
- www.paidoxeeirourgios.gr
- <http://www.nationwidechildrens.org/family-resources-education/700childrens/2017/03/post-surgical-kangaroo-care-for-babies-in-the-nicu>