

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

**ΓΕΩΡΓΙΑ - ΕΙΡΗΝΗ ΜΩΥΣΙΑΔΟΥ
ΕΛΕΝΗ ΠΛΩΤΑ**

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΚΙΤΡΟΥ ΜΙΧΑΗΛ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Αξίζει να συγχαρούμε όλους τους νοσηλευτές που με την καθημερινή τους προσφορά στα πιο οξεία τμήματα του συστήματος υγείας μεταλλάσσουν, εξελίσσουν και διευρύνουν διαρκώς το ρόλο του νοσηλευτή, δρώντας ως θεραπευτές, συνήγοροι, δάσκαλοι και οργανωτές. Με την πάροδο μόλις λίγων χρόνων, η νοσηλευτική είναι σε θέση να μας προσφέρει το κατάλληλο υπόβαθρο και δίκτυο για τη διεύρυνση των επιστημονικών μας αναζητήσεων και διεκδικήσεων ως φοιτητές της νοσηλευτικής, ώστε η θαυμάσια αυτή επιστήμη που επιλέξαμε να πρεσβεύουμε, να μεταφράζεται κάθε στιγμή σε βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας, καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και θετικότερα βιώματα για όλους.

Η νοσηλευτική, τα τελευταία χρόνια, βρίσκεται σε μία κρίσιμη αιχμή. Με πολλαπλές πιέσεις, τόσο στον επαγγελματικό όσο και στον επιστημονικό χώρο, συρρικνωμένη από έλλειψη προσωπικού και καταληστευμένη από την ταυτότητά της, βρίσκεται εντούτοις στο κατώφλι αλλαγών. Οι αλλαγές αυτές που παλαιότερα έμοιαζαν ανέφικτες, είναι σήμερα αναπόφευκτες, ακριβώς διότι το νοσηλευτικό σώμα αποτελείται από λειτουργούς άξιους και ικανούς, που με την αυξανόμενη ποιότητα της εκπαίδευσης και του έργου τους κερδίζουν καθημερινά το στοίχημα της κατάδειξης της θεραπευτικής αξίας της νοσηλευτικής και μεταλλάσσουν τα νοσοκομεία σε χώρους υγείας.

Αντιπροσωπεύουμε μία δυναμική ομάδα νοσηλευτών και όλοι μας έχουμε να ευεργετηθούμε πολύ από τις δικές μας προόδους και κατακτήσεις. Η διασφάλιση ποιότητας και η καθιέρωση προτύπων, η εξέλιξη του θεραπευτικού και επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτή και η επιστημονική διερεύνηση της πρακτικής και των αποτελεσμάτων της, αποτελούν οδηγό για εμάς τους νέους νοσηλευτές. Το μέλλον της υγείας στη χώρα μας είναι στα χέρια όλων εμάς, των επαγγελματιών υγείας. Προσδοκούμε ότι θα δοθεί η ευκαιρία να δημιουργήσουμε συνεργασίες και να εργαστούμε συλλογικά και μεθοδικά για τον καθορισμό προτεραιοτήτων, τόσο στην κλινική οργάνωση όσο και στην έρευνα. Είναι τέτοια η δυναμική της προσφοράς μας στους νοσηλευόμενους, που ακόμη και μικρές βελτιώσεις της πρακτικής μας επιφέρουν σίγουρα πολλαπλά θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία και τη φροντίδα των νοσηλευόμενων.

Ευχόμαστε σε όλους τους συμφοιτητές και μελλοντικούς συναδέλφους μας μία δημιουργική πορεία και αυξανόμενη πρόοδο! Ευχαριστούμε τους καθηγητές της σχολής μας για την υποστήριξή τους, τη συνεργασία τους και την προθυμία τους και ειδικότερα τον εισηγητή μας, κ^ο Κίτρου Μιχαήλ που με την παρότρυνση του φέραμε εις πέρας την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο μαιευτικός πληθυσμός διαφέρει σε αρκετά σημεία από το γενικό πληθυσμό με ουσιωδέστερες διαφορές την ύπαρξη του εμβρύου, οι ανάγκες και η επιβίωση του οποίου είναι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε κάθε θεραπευτικό χειρισμό, αλλά και τις φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν σε όλα τα συστήματα της εγκύου. Κάθε οργανικό σύστημα της μέλλουσας μητέρας προσπαθεί να ανταποκριθεί στις μεταβολές αυτές, οι οποίες της προσφέρουν κάλυψη των αυξημένων μεταβολικών αναγκών και την προετοιμάζουν για τη στιγμή του τοκετού. Αυτές οι δύο παράμετροι, επομένως, θα πρέπει να είναι η βάση των παραγόντων που θα ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό και την αντιμετώπιση των παθολογικών, χειρουργικών και ψυχικών διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο.

Στην κάτωθι εργασία θα ερμηνεύσουμε, θα επεξηγήσουμε, θα αναλύσουμε και θα απενοχοποιήσουμε ορισμένες από τις σημαντικότερες και συνηθέστερες περιγεννητικές διαταραχές, τις οποίες κρίνεται σκόπιμο να γνωρίζουμε. Θα αναλύσουμε, ακόμα, το ρόλο και την σπουδαιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και αντιμετώπισης αυτών.

Η εγκυμοσύνη σε μεγάλο ποσοστό επιπλέκεται από παθολογικές, χειρουργικές και ψυχικές καταστάσεις, επικίνδυνες για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου και είναι υπεύθυνες κατά μεγάλο μέρος για την περιγεννητική μητρική θνησιμότητα. Είναι πολύ σημαντικό η αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών, να γίνεται από επίσημες ομάδες συνεργασίας, οι οποίες να αποτελούνται από έμπειρους μαιευτήρες, εντατικολόγους, αναισθησιολόγους, νεογνολόγους, νοσηλευτές και ψυχολόγους.

Οι νοσηλευτές ερχόμενοι σε άμεση επαφή με τη γυναίκα έχουν καθήκον και υποχρέωση να ανακουφίζουν από τα συμπτώματα των διαταραχών, να οργανώνουν τη νοσηλευτική φροντίδα, να προλαμβάνουν επιπλοκές, να αξιολογούν την προτεραιότητα των αναγκών και του κινδύνου και μέσω της συνεχούς εκπαίδευσής τους να στοχεύουν στην καλύτερη της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ασφάλειας των ασθενών.

Στην Ελλάδα υπάρχουν τρεις επίσημοι και αναγνωρισμένοι διεθνώς οργανισμοί, οι οποίοι μελετούν τις περιγεννητικές διαταραχές και προάγουν την περιγεννητική ιατρονοσηλευτική φροντίδα στις πάσχουσες γυναίκες, στα πάσχοντα νεογνά και παράλληλα εκπαιδεύουν τις ίδιες και τις οικογένειές τους. Συνεπώς, η προσφορά των οργανισμών αυτών στη διαρκή ενημέρωση και εκπαίδευση της ελληνικής περιγεννητικής ιατρονοσηλευτικής κοινότητας, αλλά και των γονέων είναι ιδιαίτερα σημαντική.

SUMMARY

The obstetric population differs in several respects from the general population with more substantial differences in the existence of the fetus, the needs and survival of which are factors that must be considered in any therapeutic treatment, but also the physiological changes that occur in all systems pregnant. Every organ system of the expectant mother is trying to respond to these changes, which provide coverage of the increased metabolic needs and prepare for the birth. These two parameters, therefore, should be the basis of the factors to be taken into account in planning and treatment of pathological, surgical and psychiatric disorders in the perinatal period.

In the following text will interpret, explain, analyze and unincriminate some of the most important and most common perinatal disorders, which should be known. We will analyze, also, the role and importance of nursing care and treatment thereof.

Pregnancy heavily complicated by medical, surgical and psychiatric conditions, dangerous for the health of mother and fetus and is largely responsible for the perinatal maternal mortality. It is very important that the treatment of these disorders, by official cooperation teams, which consist of experienced obstetricians, intensivists, anesthesiologists, neonatologists, nurses and psychologists.

Nurses coming in direct contact with the woman have a duty and obligation to relieve the symptoms of the disorder, to organize nursing care, prevent complications, to assess the priority needs and risk and through ongoing training to aim at improvement of health care provided and patient safety.

In Greece there are three official and internationally recognized organizations that study perinatal disorders and promote perinatal medical-nursing care to women suffering in ill neonates and also educate themselves and their families. Therefore, the contribution of these organizations to the constant updating and training of perinatal medical-nursing greek community and parents is very important.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	2
Περίληψη.....	3
Summary.....	4
Εισαγωγή.....	7

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Προσέγγιση περιγεννητικής περιόδου

1.1: Ορισμός περιγεννητικής περιόδου.....	11
1.2: Δημογραφικά δεδομένα.....	13
1.3: Φυσιολογικές μεταβολές στην κύηση.....	14

Κεφάλαιο 2: Παθολογικά συμβάματα

2.1: Υπέρταση και κύηση.....	20
2.1.1: Προεκλαμψία.....	22
2.1.2: Εκλαμψία.....	25
2.1.3: Σύνδρομο HELLP.....	27
2.2: Πνευμονική εμβολή – Κλασσική τριάδα Virchow.....	28
2.2.1: Εμβολή αμνιακού υγρού – Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη..	32
2.3: Περιγεννητική ασφυξία.....	34
2.4: Καρδιοπάθειες και κύηση.....	37
2.5: Σακχαρώδης διαβήτης στην κύηση.....	38

Κεφάλαιο 3: Χειρουργικά συμβάματα

3.1: Σηπτικό σύνδρομο.....	43
3.2: Αιμορραγία.....	45
3.3: Οξεία σκωληκοειδίτιδα.....	51
3.3.1: Οξεία χολοκυστίτιδα.....	54
3.3.2: Οξεία παγκρεατίτιδα.....	57
3.4: Εντερική απόφραξη.....	62

3.5	Συστροφή ωοθήκης.....	63
3.6:	Αυτόματη ρήξη ήπατος σε σύνδρομο HELLP.....	64
3.7:	Έκτοπη κύηση.....	65
3.8:	Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών.....	67

Κεφάλαιο 4: Ψυχικές διαταραχές

4.1:	Αναμενόμενες αλλαγές στη ψυχολογία της γυναίκας...71
4.2:	Διαταραχές διάθεσης.....72
4.3:	Αγχώδεις διαταραχές.....73
4.4:	Κατάθλιψη.....74
4.4.1:	Επιλόχεια κατάθλιψη.....75
4.5:	Διπολική διαταραχή.....77
4.6:	Επιλόχεια ψύχωση.....78
4.7:	Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.....79
4.8:	Συνέπειες των ψυχικών διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο.....82

Κεφάλαιο 5: Εναλλακτικές μέθοδοι αντιμετώπισης

5.1:	Σωματική άσκηση.....87
5.2:	Τεχνικές χαλάρωσης.....88
5.3:	Βελονισμός.....88

Κεφάλαιο 6: Η νοσηλευτική παρέμβαση στις περιγεννητικές διαταραχές

6.1:	Ο ρόλος της νοσηλευτικής.....90
6.2:	Αναγκαιότητα εξειδίκευσης των νοσηλευτών.....93

Κεφάλαιο 7: Νοσηλευτική διεργασία

7.1:	Νοσηλευτική διεργασία δύο κλινικών περιστατικών.....96
------	--

Βιβλιογραφία.....	99
--------------------------	-----------

Παράρτημα.....	105
-----------------------	------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απόφαση μιας γυναίκας να φέρει στον κόσμο ένα παιδί αποτελεί ένα κομβικό γεγονός, μια τεράστια αλλαγή στη ζωή της και μάλιστα, μια αλλαγή χωρίς επιστροφή. Η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού είθισται να περιγράφονται ως ευτυχείς εμπειρίες, ως επιτυχία της ίδιας της γυναίκας αλλά και του ζευγαριού. Μια πιο προσεκτική προσέγγιση, όμως, αναδεικνύει μια σειρά αμφιθυμικών συναισθημάτων και προβληματισμών, ικανών να τη μετατρέψουν σε μια δυσάρεστη εμπειρία. Σε όλη την διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με μια σειρά από σημαντικά ερωτήματα: *Πόσο επιθυμητή είμαι από τον σύζυγο; Εγώ θα τον επιθυμώ; Πόσο θα αλλάξει η σχέση μας ως ζευγάρι; Θα είμαι καλή μητέρα; Θα μπορώ να μεγαλώσω το παιδί μου σωστά ή κάποια στιγμή θα δω στη ζωή του τα λάθη που διέπραξα στην ανατροφή του; Θα μπορώ να συνεχίσω την καριέρα μου ή θα κλειστώ σε ένα σπίτι, έχοντας μόνο το ρόλο της μητέρας; Θα έχω βοήθεια από το σύζυγο σε πρακτικά θέματα; Η μητέρα μου θα μου σταθεί; Μήπως όλοι θα με κατακρίνουν για τα λάθη που κάνω στην ανατροφή του παιδιού;*

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, εντούτοις, αποτελούν φυσιολογικές λειτουργίες, οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν χωρίς επιπλοκές αν η γυναίκα και το έμβρυο είναι υγιείς, αν υπάρχει η απαιτούμενη ενημέρωση και φροντίδα και αν είναι αρκετά ήρεμη η γυναίκα ώστε να απολαύσει τη σωματική και ψυχική της μεταμόρφωση. Δεν πρόκειται απλώς για ένα βιολογικό – σωματικό γεγονός, αλλά για μία πολύπλοκη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η γυναίκα καλείται να προσαρμοστεί σε μια πληθώρα πρωτόγνωρων καταστάσεων και συνθηκών ζωής και καθημερινότητας. Θα πρέπει να φροντίσει ώστε η ίδια και το έμβρυο να παραμείνουν ασφαλείς, πράγμα που προϋποθέτει τη συγκατάθεσή της σε μια σειρά από «θυσιές» - αλλαγές στο συνήθη τρόπο ζωής της. Οι αλλαγές ενδέχεται να είναι καλοδεχούμενες, ίσως όμως απομακρύνουν για ένα μεγάλο διάστημα τη γυναίκα από σημαντικά ενδιαφέροντα, εργασιακά, κοινωνικά ή άλλου τύπου. Η έγκυος καλείται να συνάψει ένα δεσμό με το έμβρυο που κυοφορεί, να διασφαλίσει την αποδοχή του από το οικογενειακό περιβάλλον και την ασφάλειά του και να προετοιμαστεί για τον τοκετό. Καλείται, ακόμη, να αποδεχθεί τις αλλαγές στην εικόνα του σώματός της και να τροποποιήσει διάφορες πτυχές στη σχέση με το σύντροφο και πατέρα του παιδιού. Οι προαναφερθείσες προσαρμοστικές προκλήσεις είναι μόνο ενδεικτικές, δεδομένου ότι έκαστη γυναίκα φέρει τη δική της ιστορία, τις δικές της σχέσεις και τρόπο ζωής, άρα έχει και διαφορετικές ανάγκες.

Η έναρξη του τοκετού είναι μια μοναδική διαδικασία. Σπάνια επέρχεται χωρίς προειδοποιητικά σημάδια, των οποίων η αναγνώριση και η κατανόηση βοηθούν σημαντικά τη γυναίκα να ησυχάσει από όποιους φόβους μπορεί να έχει και να προετοιμαστεί καλύτερα για τη στιγμή του τοκετού. Ο ακριβής μηχανισμός που ενεργοποιεί την έναρξη του τοκετού δεν είναι

ακόμα γνωστός. Ωστόσο, μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι προκαλείται μέσω μιας αλληλεπίδρασης ορμονών μεταξύ της γυναίκας και του βρέφους. Ο τοκετός γίνεται σε τρία (3) στάδια. Στο πρώτο στάδιο, η γυναίκα νιώθει συσπάσεις των μυών της μήτρας, οι οποίες προκαλούν τη διαστολή (διεύρυνση) του τραχήλου της μήτρας, ώστε να μπορέσει το μωρό να περάσει μέσα από τον κόλπο. Στη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, με τη βοήθεια των ωθήσεων της γυναίκας, το μωρό περνάει μέσα από τον κόλπο και γεννιέται. Στο τρίτο στάδιο, αποβάλλεται ο πλακούντας από τη μήτρα. Στις πιο πολλές γυναίκες, ο τοκετός διαρκεί κατά μέσο όρο 12 με 14 ώρες για το πρώτο μωρό, οι επόμενοι τοκετοί είναι βραχύτεροι (διαρκούν συνήθως 7 ώρες).

Μετά τον τοκετό, οι γονείς περιμένουν με έντονη επιθυμία και ανυπομονησία τη στιγμή που θα κρατήσουν το νεογέννητο μωρό τους. Δυστυχώς, ενίοτε, δημιουργούνται επιπλοκές κατά τον τοκετό ή μετά τη γέννηση του μωρού, τα προειδοποιητικά σημάδια των οποίων εκτιμάει και αντιμετωπίζει ο υπεύθυνος ιατρός. Το προγεννητικό στάδιο, η σύλληψη, η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και οι πρώτες ημέρες της ζωής του ανθρώπου είναι υψίστης σημασίας για την υγεία και την εξέλιξή του και η σωστή ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και πρόληψη αποτελούν μία μοναδική ευκαιρία για να αποφευχθούν μετέπειτα ψυχολογικές, συναισθηματικές και σωματικές δυσλειτουργίες στη ζωή του.

Η συστηματική παρακολούθηση της κύησης έχει σαν σκοπό να οδηγήσει κάθε επιθυμητή εγκυμοσύνη στον τοκετό υγιούς νεογνού, χωρίς να επηρεασθεί η υγεία της μητέρας. Η εγκυμοσύνη σε μεγάλο ποσοστό επιπλέκεται από παθολογικές, χειρουργικές και ψυχικές καταστάσεις, επικίνδυνες για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου και είναι υπεύθυνες κατά μεγάλο μέρος για τη μητρική θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μητρική θνησιμότητα ορίζεται ο αριθμός των μητρικών θανάτων σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών. Αίτια της μητρικής θνησιμότητας μπορεί να είναι:

α) Άμεσα μαιευτικά αίτια. Στις περιπτώσεις αυτές ο μητρικός θάνατος προέρχεται από μαιευτικές παθήσεις και επιπλοκές που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, όπως είναι η αιμορραγία, η εκλαμψία ή από επιπλοκές που οφείλονται σε παρεμβάσεις, παραλείψεις ή λαθεμένη θεραπεία.

β) Έμμεσα μαιευτικά αίτια. Στις περιπτώσεις αυτές ο μητρικός θάνατος προέρχεται από προϋπάρχουσα νόσο ή νόσο που αναπτύχθηκε και επιδεινώθηκε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως καρδιοπάθεια.

γ) Μη μαιευτικά αίτια. Συμπωματικός θάνατος που προέρχεται από μη σχετιζόμενες με την κύηση αιτίες.

Ωστόσο πρέπει να τονισθεί ότι η εγκυμοσύνη προστατεύεται με ποικίλους ρυθμιστικούς μηχανισμούς και ότι μόνο το 1/3 των θανάτων των γυναικών ηλικίας 15 έως 44 ετών είναι μητρικοί θάνατοι. Ο κίνδυνος θανάτου στις εγκυμονούσες και στις λεχωίδες από μαιευτικά αίτια είναι πέντε φορές μικρότερος σε

σύγκριση με τους θανάτους των μη εγκύων γυναικών από ποικίλα άλλα αίτια.

Στην περίπτωση, βέβαια, της πάσχουσας εγκύου οι εμπλεκόμενοι ασθενείς είναι δύο, η μητέρα και το έμβρυο, οι οποίοι βρίσκονται σε σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Η θεραπεία, η οποία είναι προτιμότερη για τη μητέρα μπορεί να βλάψει το έμβρυο και αντίστροφα. Η μητέρα, όμως, σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να υποθεραπεύεται λόγω της εγκυμοσύνης. Θα πρέπει να λάβει την απαιτούμενη αγωγή, να γίνουν όλες οι απαιτούμενες εξετάσεις, αλλά και όλες οι απαιτούμενες παρεμβάσεις για τη διάγνωση, υποστήριξη και θεραπεία. Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά την κύηση μπορεί να επηρεάσουν τόσο τη διάγνωση όσο και τη θεραπεία. Είναι πολύ σημαντικό η αντιμετώπιση των περιστατικών περιγεννητικών διαταραχών να γίνεται από επίσημες ομάδες συνεργασίας, οι οποίες να αποτελούνται από έμπειρους μαιευτήρες, εντατικολόγους, αναισθησιολόγους, νεογνολόγους και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, όπως ψυχολόγους και νοσηλευτές.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

- ✓ Ορισμός περιγεννητικής περιόδου
- ✓ Δημογραφικά δεδομένα
- ✓ Φυσιολογικές μεταβολές στην κύηση

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Για να κατανοήσουμε ακριβέστερα την έννοια της περιγεννητικής περιόδου, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε εν συντομία στη διαδικασία της εγκυμοσύνης. Είναι, λοιπόν, η διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται και εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι την γέννηση του βρέφους. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι “έγκυος” και για το μωρό πριν τη γέννησή του “έμβρυο”.

Μια φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί 37 - 42 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου και το νεογνό καλείται τελειόμηνο. Σε ηλικία κύησης μικρότερη των 37 εβδομάδων το νεογνό αναφέρεται ως πρόωρο και σε ηλικία κύησης μεγαλύτερη των 42 εβδομάδων, υπέρωριμο. Το σώμα δεν είναι σε θέση να γνωρίζει την εγκυμοσύνη παρά μόνο όταν το γονιμοποιημένο ωάριο (στο στάδιο της βλαστοκύστης) εμφυτεύεται στα τοιχώματα της μήτρας, περίπου επτά ημέρες μετά τη γονιμοποίηση. Έπειτα το ωάριο στέλνει την εντολή στο σώμα να συνεχίσει να παράγει προγεστερόνη, μια ορμόνη που παράγεται φυσιολογικά στο σώμα για να διασφαλίσει την δημιουργία μιας παχιάς επένδυσης της μήτρας, η οποία διευκολύνει την εμφύτευση του εμβρύου στα τοιχώματά της κατά τις πρώτες ημέρες της εγκυμοσύνης και την ανάπτυξή του. Τότε αρχίζει να παράγεται και η hCG (χοριακή γοναδοτροπίνη), δηλαδή η ορμόνη της εγκυμοσύνης. Σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη τα επίπεδα της χοριακής γοναδοτροπίνης διπλασιάζονται κάθε δεύτερη ημέρα, μέχρι την ένατη εβδομάδα της κύησης, παρουσιάζοντας τη μέγιστη τιμή της την όγδοη εβδομάδα και στη συνέχεια φθίνει προοδευτικά⁸⁴.

Υπάρχουν διάφορες αναφορές σχετικά με τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Σύμφωνα, όμως, με το άρθρο 23 του καταστατικού χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, αφορά στο χρονικό διάστημα της κύησης, του τοκετού και της λοχείας από τις 22 συμπληρωμένες εβδομάδες κυοφορίας (154 ημέρες) μέχρι και τις επτά συμπληρωμένες ημέρες ζωής του νεογνού. Ορισμένοι όροι τους οποίους κρίνεται χρήσιμο να γνωρίζουμε και να ερμηνεύουμε ορθά στην παρακάτω εργασία είναι: α) το ζωντανό νεογνό, κάθε νεογνό δηλαδή με βάρος γέννησης 500 γραμμάρια ή περισσότερο που αναπνέει, παρουσιάζει καρδιακή ώση ή σφύξεις του ομφάλιου λώρου ή ενεργητικές μυϊκές κινήσεις, β) το θνησιγενές νεογνό, κάθε νεογνό με βάρος γέννησης μικρότερο των 500 γραμμαρίων το οποίο δεν εμφανίζει σημεία ζωής, και γ) την περιγεννητική θνησιμότητα, με την οποία εννοούμε το σύνολο των εμβρυικών και νεογνικών θανάτων στις πρώτες επτά ημέρες ζωής σε νεογνά που ζυγίζουν λιγότερο από 1.000 γραμμάρια⁸⁵.

Στην Ελλάδα υπάρχουν τρεις επίσημοι και αναγνωρισμένοι διεθνώς οργανισμοί που μελετούν τις περιγεννητικές

διαταραχές και προάγουν την περιγεννητική ιατρονοσηλευτική φροντίδα στις πάσχουσες γυναίκες, στα πάσχοντα νεογνά και παράλληλα εκπαιδεύουν τις ίδιες και τις οικογένειές τους ώστε να είναι ικανοί να κατανοήσουν, να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους. Αναφερόμαστε, σαφώς, στην ελληνική εταιρεία περιγεννητικής ιατρικής (ΕΕΠΙ), μια επιστημονική εταιρεία, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, η οποία ιδρύθηκε το 1976 και σύμφωνα με το καταστατικό της έχει σαν σκοπό την προώθηση των στόχων της περιγεννητικής ιατρικής, δηλαδή την επίτευξη της καλύτερης δυνατής φροντίδας για το έμβρυο, το νεογνό και την εγκυμονούσα, μέσω της ανταλλαγής γνώσεων και απόψεων. Η εταιρεία έχει πραγματοποιήσει μέχρι σήμερα 15 πανελλήνια συνέδρια και πλήθος επιστημονικών εκδηλώσεων. Συνεργάζεται με την ελληνική νεογνολογική εταιρεία για την έκδοση ενός επιστημονικού περιοδικού⁸⁶. Επιδιώκει τη στενότερη συνεργασία μεταξύ μαιευτήρων, νεογνολόγων και όλων των συναφών ειδικοτήτων που ασχολούνται με τα προβλήματα του εμβρύου και του νεογνού, όπως οι νοσηλεύτες.

Η ίδρυση της εταιρείας ανταποκρίνεται στη σύσταση της ευρωπαϊκής εταιρείας περιγεννητικής ιατρικής για τη δημιουργία εθνικών εταιρειών περιγεννητικής ιατρικής. Η ελληνική νεογνολογική εταιρεία, την οποία αναφέραμε και παραπάνω, ιδρύθηκε το 2004 και έχει ως κύριο στόχο την αντιπροσώπευση των μελών του σε κρατικούς φορείς και γενικότερα στο πανελλήνιο και το εξωτερικό για επιστημονικά θέματα, τη συνεργασία και την αλληλεγγύη μεταξύ των μελών του με σκοπό την αναγνώριση του νεογνολόγου ως επιστήμονα κι επαγγελματία και τέλος, στοχεύει στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής φροντίδας για το νεογνό. Υπάρχει, ακόμα, η ελληνική ένωση προγεννητικής και περιγεννητικής ψυχολογίας και ιατρικής, η οποία ιδρύθηκε το 2004 και πρόκειται για ένα επιστημονικό, ερευνητικό σωματείο, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και αποδίδεται με το αρτικόλεξο «ΕΛ.Ε.Π.Π.Ψ.Ι». Σκοπός της ένωσης είναι η έρευνα της προγεννητικής, περιγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου του ανθρώπου και η εφαρμογή των ευρημάτων αυτών με στόχο τη βελτίωση της ζωής του ανθρώπου⁸⁷.

Επιδιώκει, ειδικότερα, να φέρει την προσοχή του επιστήμονα, καθώς και όποιου εμπλέκεται στο χώρο της φροντίδας υγείας, αλλά και του γονέα ή μέλλοντα γονέα, στη σπουδαιότητα αυτής της περιόδου. Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται με τη συνεργασία με αντίστοιχους φορείς στην Ελλάδα και το εξωτερικό διαφόρων ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας, έρευνας, επιστήμης και τεχνολογίας για την ανταλλαγή πληροφοριών και επιστημονικών ευρημάτων.

Η προσφορά έκαστου φορέα και οργανισμού στη διαρκή ενημέρωση και εκπαίδευση της ελληνικής περιγεννητικής ιατρονοσηλευτικής κοινότητας αλλά και των γονέων, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αν όμως ενώσουν τις γνώσεις και την επιρροή των μελών τους, η προσφορά τους θα γίνει ακόμα

μεγαλύτερη, θα μπορέσουν να ενημερώσουν και να εκπαιδεύσουν ακόμα περισσότερες ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού. Για το όραμα αυτό κρίνεται απαραίτητη η συμβολή των επαγγελματιών και επιστημόνων των υπηρεσιών υγείας, ψυχολόγων, ψυχιάτρων ή οποιουδήποτε πολίτη, ο οποίος θέλει να συμμετάσχει υπό τη μορφή της εθελοντικής προσφοράς.

1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως ζωντανή γέννηση, τη γέννηση οποιουδήποτε ανθρώπινου όντος που δείχνει σημεία αυτοδύναμης ζωής, τα οποία περιλαμβάνουν την αναπνοή, την εκούσια μυϊκή κίνηση και τον καρδιακό παλμό. Ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας καθορίζεται, μεταξύ άλλων, από την ποιότητα της προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας, από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας, και από το επίπεδο προστασίας της μητρότητας που παρέχει μία κοινωνία. Σε πολλές χώρες ωστόσο, που περιλαμβάνουν αρκετές ευρωπαϊκές και την Ιαπωνία, μετρούνται ως ζωντανές γεννήσεις και περιπτώσεις που τα έμβρυα απλώς φτάνουν ζωντανά ως τη γέννησή τους, γεγονός που ελαττώνει κάπως τους υπολογιζόμενους δείκτες περιγεννητικής θνησιμότητας. Ωστόσο, η ανάπτυξη εξειδικευμένων μονάδων παροχής φροντίδας στα νεογνά έχει οδηγήσει στην παράταση του χρόνου κατάληξης των νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας.

Η μητρική θνητότητα έχει μειωθεί σε λιγότερο από 15 ανά 100.000 τοκετούς στον αναπτυγμένο κόσμο την τελευταία εκατονταετία, αλλά παραμένει στα προ εκατονταετίας επίπεδα σε υποανάπτυκτες περιοχές της υδρογείου, όπως στην υπό τη Σαχάρα Αφρική όπου είναι περισσότεροι από 600 οι θάνατοι στους 100.000 τοκετούς. Μελέτη στον Καναδά τη δεκαετία 1970 – 1980 έδειξε ότι το 55% των θανατηφόρων επιπλοκών σχετιζονταν άμεσα με ανεπαρκή ιατρική επαγρύπνηση και φροντίδα και μπορούσε να είχε αποφευχθεί. Στα ίδια περίπου συμπεράσματα, στο 40% δηλαδή των θανάτων η παραχθείσα ιατρική βοήθεια δεν ήταν σωστή ή ήταν ελλιπής, καταλήγουν και οι πρόσφατες «εμπιστευτικές αναφορές για το μητρικό θάνατο» του Ηνωμένου Βασιλείου⁸⁸. Οι περισσότεροι μητρικοί θάνατοι συμβαίνουν μετά την εκτέλεση καισαρικής τομής, κυρίως της επείγουσας. Επομένως, είναι δυνατό να επιτευχθεί ακόμα μεγαλύτερη μείωση των μητρικών θανάτων με την επικέντρωση των προσπαθειών στην ορθότερη και ταχύτερη αντιμετώπιση των επιπλοκών της εγκυμοσύνης στον τομέα της πρόληψης και ειδικότερα στην εκπαίδευση της διαχείρισης των επειγόντων μαιευτικών περιστατικών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, στις αίθουσες τοκετών, και στις χειρουργικές αίθουσες.

Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποβάλλουν στην αρμόδια επιτροπή κατά τακτά χρονικά διαστήματα στοιχεία για την περιγεννητική θνησιμότητα, σε προαιρετική βάση. Βάσει στοιχείων, τα οποία έχουν κατατεθεί, φαίνεται πως η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα ελαττώνεται σταθερά τα τελευταία 30 χρόνια, κυρίως λόγω της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, από 25,8 ανά χίλιες γεννήσεις το 1975, έφτασε στο 6,26 ανά χίλιες γεννήσεις το 2003. Αυτή η επίδοση φέρνει την Ελλάδα χαμηλότερα από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος την ίδια χρονιά ήταν 6,54 ανά χίλιες γεννήσεις. Στην πιο πρόσφατη ενημέρωση, η οποία αφορά στο διάστημα από το 2009 έως το 2010, η εν λόγω θνησιμότητα στην Ελλάδα σημείωσε ακόμα μεγαλύτερη μείωση αφού έφτασε στο 5,0 επί συνόλου χιλίων γεννήσεων. Η εξέλιξη αυτή αντικατοπτρίζει τη βελτίωση των συνθηκών προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας τις τελευταίες δεκαετίες^{84,88}. Στη βελτίωση αυτή μείζωνος σημασίας είναι οι νέες πρωτοποριακές μέθοδοι που προλαμβάνουν τον πρόωρο τοκετό, θεραπεύουν συγγενείς παθήσεις, εντοπίζουν χρωμοσωμικές βλάβες και αποκαθιστούν ανατομικές ανωμαλίες του εμβρύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εφαρμοζόμενες πλέον από ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, στη χώρα μας.

Όπως εξηγούν οι επιστήμονες, το έμβρυο θεωρείται πλέον από την επιστημονική κοινότητα ένας ανεπτυγμένος και αυτόνομος οργανισμός, στον οποίο τα τυχόν προβλήματα που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αντιμετωπίζονται με ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες εφαρμόζονταν μέχρι σήμερα σε βρέφη. Αποτέλεσμα της ανάπτυξης της περιγεννητικής ιατρικής τα τελευταία χρόνια είναι η ραγδαία μείωση της του ποσοστού της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας,

Ο μαιευτικός πληθυσμός διαφέρει σε αρκετά σημεία από τον γενικό πληθυσμό με ουσιωδέστερες διαφορές την ύπαρξη του εμβρύου, οι ανάγκες και η επιβίωση του οποίου είναι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται σοβαρότατα υπόψη σε κάθε θεραπευτικό χειρισμό, αλλά και τις φυσιολογικές μεταβολές σε όλα τα συστήματα της εγκύου (η κύηση έχει περιγραφεί ως η μόνη φυσιολογική κατάσταση στην οποία οι περισσότερες παράμετροι της φυσιολογίας έχουν παθολογικές τιμές). Αυτές οι δύο παράμετροι, επομένως, θα πρέπει να είναι η βάση των παραγόντων που θα ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό και την αντιμετώπιση των επειγόντων καταστάσεων στην εγκυμοσύνη.

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η κυοφορούσα γυναίκα υποβάλλεται σε πολλές φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την ορμονική δράση των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της χοριακής γοναδοτροπίνης, των προσταγλανδινών και των ενδορφινών από το πρώτο ήδη τρίμηνο της κύησης, τη μηχανική πίεση που ασκεί η μήτρα προϊούσης της κύησης, αλλά και τις απαιτήσεις του αναπτυσσόμενου εμβρύου. Κάθε οργανικό σύστημα της μέλλουσας μητέρας προσπαθεί να ανταποκριθεί στις μεταβολές αυτές, οι οποίες της προσφέρουν κάλυψη των αυξημένων μεταβολικών αναγκών και την προετοιμάζουν για τη στιγμή του τοκετού. Επεξηγηματικά αναφέρεται ότι οι προσταγλανδίνες ανήκουν στην κατηγορία των βιοχημικών λιπιδίων και είναι γνωστές για τις ισχυρές ιδιότητές τους, ενώ οι ενδορφίνες αποτελούν μία από τις τρεις κύριες ομάδες ενδογενών οπιοειδών που παράγονται στον εγκέφαλο, με αντιπροσωπευτικότερη τη β- ενδορφίνη, η οποία έχει την ισχυρότερη αναλγητική δράση. Χαρακτηρίζονται παγκοσμίως σαν οι ορμόνες φυσικής αναλγησίας. Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά οι αλλαγές που συντελούνται σε κάθε οργανικό σύστημα της εγκύου μεμονωμένα.

Όσον αφορά στο αναπνευστικό σύστημα, οι ανατομικές μεταβολές που συντελούνται, περιορίζονται στην αύξηση της αγγείωσης των βλεννογόνων των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Συνεπώς, ο στοματοφαρυγγικός αεραγωγός, η λαρυγγοσκόπηση και η αναρρόφηση μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή αιμορραγία. Οι αναπνευστικές μεταβολές περιλαμβάνουν την αύξηση του κατά λεπτού αερισμού και του κυψελιδικού αερισμού, με αποτέλεσμα την πτώση της μερικής πίεσης διοξειδίου του άνθρακα (PaCO_2) σε 32 mmHg στο τέλος της εγκυμοσύνης και τη μικρού βαθμού αλκάλωση, αφού η φυσιολογική τιμή της μερικής πίεσης του διοξειδίου του άνθρακα κυμαίνεται μεταξύ 29 – 32 mmHg. Περιορισμένη αύξηση του εύρους της φυσιολογικής τιμής αποτελεί δείγμα αλκάλωσης, ενώ μείωση αυτού αποτελεί δείγμα οξέωσης. Ο αερισμός επανέρχεται στις φυσιολογικές τιμές μία με τρεις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η αντίσταση των αεραγωγών μειώνεται επειδή η προγεστερόνη προκαλεί βρογχοδιαστολή. Η διαμόρφωση του θώρακα διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της κύησης. Το διάφραγμα ανέρχεται και η αναπνοή γίνεται περισσότερο διαφραγματικά παρά πλευρικά. Η κατανάλωση οξυγόνου αυξάνεται κατά 20% στη διάρκεια της κύησης και 100% στον τοκετό. Ο αναπνευστικός όγκος αυξάνει κατά 40% και η συχνότητα των αναπνοών κατά 15%⁸⁶.

Σημαντικές μεταβολές που επιφέρει η κύηση στο καρδιαγγειακό σύστημα αποτελούν η αύξηση του όγκου του αίματος, η οποία αρχίζει από την έκτη εβδομάδα και μέχρι το μέσο της κύησης αυξάνεται με γρήγορο και μετά με μικρότερο ρυθμό. Κατά μέσο όρο η αύξηση φθάνει το 50% και σχετίζεται με το βάρος του εμβρύου, τη μάζα του πλακούντα και το βάρος της γυναίκας. Η καρδιακή παροχή αυξάνει κατά 30 – 50% από την πέμπτη εβδομάδα της κύησης και φθάνει στη μέγιστη αύξηση στο μέσο μεταξύ του δευτέρου και τρίτου τριμήνου, με

τελικό ποσοστό ανόδου μέχρι και 80%. Η αύξηση της καρδιακής παροχής οφείλεται στην αύξηση του όγκου παλμού στα αρχικά στάδια της κύησης και στην αύξηση της καρδιακής συχνότητας στο τρίτο τρίμηνο. Οι μεταβολές που συντελούνται στο καρδιαγγειακό σύστημα, περιλαμβάνουν αλλαγές, ακόμα, στην αρτηριακή πίεση και την περιφερική αντίσταση. Η αρτηριακή πίεση ελαττώνεται και φθάνει στην ελάχιστη, κυρίως η διαστολική, στο μέσο της κύησης. Η πτώση οφείλεται στις ορμόνες της κύστης, την αύξηση των προσταγλανδινών και στη χαμηλή αντίσταση κυκλοφορία που συμβαίνει στην έγκυο, τη μείωση δηλαδή των συστηματικών αγγειακών αντιστάσεων έως 21% και των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων έως 34%. Αυξημένη αρτηριακή πίεση κατά την κύηση είναι πάντοτε παθολογική εκτός από τη διάρκεια του τοκετού⁸⁹.

Κατά την κύηση παρατηρούνται και μεταβολές στην κατανομή του αίματος σε διάφορα όργανα. Έτσι, σημαντική αύξηση της παροχής αίματος παρατηρείται, εκτός φυσικά από τη μήτρα, στους νεφρούς, στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Ο καρδιακός μυς παρουσιάζει υπερτροφία, η δε χωρητικότητα της καρδιάς αυξάνει κατά 70 – 80 ml. Λόγω της διόγκωσης της μήτρας και της ανόδου του διαφράγματος, η καρδιά μετακινείται ελαφρώς με αποτέλεσμα η καρδιακή ώση να μετατοπίζεται προς τα άνω και αριστερά. Είναι δυνατόν στο ηλεκτροκαρδιογράφημα να παρουσιασθούν ευρήματα, τα οποία όμως στερούνται κλινικής σημασίας⁹¹.

Όσον αφορά στο αιμοποιητικό σύστημα, οι κύριες μεταβολές περιλαμβάνουν την παρουσίαση σταδιακής αύξησης στον όγκο του πλάσματος, ο οποίος σταθεροποιείται περί την τριακοστή δεύτερη εβδομάδα της κύησης. Έτσι από τα 2.600 ml πριν από την κύηση φθάνει τα 3.850 ml την τριακοστή δεύτερη εβδομάδα. Ο ολικός όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνει σταθερά και η αύξηση αυτή φθάνει το 33%. Ο αιματοκρίτης, λόγω της αύξησης του όγκου του πλάσματος, παρουσιάζει σταδιακή πτώση μέχρι το τέλος του δευτέρου τριμήνου, ενώ προς το τέλος της κύησης παρουσιάζει ελαφρά άνοδο. Η συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης επηρεάζεται λιγότερο από τις μεταβολές του όγκου του πλάσματος. Ο συνολικός αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνει κατά τη διάρκεια της κύησης, πιθανόν λόγω της αύξησης των κορτικοστεροειδών. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση των πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων, η οποία είναι ιδιαίτερα μεγάλη κατά τον τοκετό. Τα εωσινόφιλα, τα βασεόφιλα και τα μονοκύτταρα λευκά αιμοσφαίρια παραμένουν σχετικά σταθερά^{89,90}.

Κατά τον τοκετό παρατηρείται σημαντική πτώση, μέχρι απουσίας, των εωσινόφιλων. Τα αιμοπετάλια παρουσιάζουν σημαντική πτώση κατά τη διάρκεια της κύησης με χαρακτηριστική, όμως, μεγάλη αύξηση του μέσου όγκου τους μετά την εικοστή όγδοη εβδομάδα. Τα ολικά λευκώματα του πλάσματος παρουσιάζουν μικρή πτώση κατά τη διάρκεια του

πρώτου τριμήνου της κύησης και παραμένουν ελαττωμένα στο υπόλοιπο της κύησης. Η πτώση αυτή οφείλεται στην ελάττωση των λευκοματινών. Αντίθετα, οι σφαιρίνες παρουσιάζουν μικρή αύξηση. Κατά την κύηση παρατηρείται τάση για πήξη του αίματος. Η αυξημένη, αυτή, πηκτικότητα έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση της αιμορραγίας, η οποία είναι σύνηθες φαινόμενο στην κύηση.

Στο ουροποιητικό σύστημα, οι λείες μυϊκές ίνες της νεφρικής πυέλου, των ουρητήρων και της ουροδόχου κύστης παρουσιάζουν χάλαση λόγω των υψηλών επιπέδων της προγεστερόνης στο αίμα. Αποτέλεσμα της χάλασης αυτής είναι η κάποιου βαθμού στάση των ούρων. Για το λόγο αυτό οι έγκυες είναι επιρρεπείς σε ουρολοιμώξεις. Η ροή του αίματος στους νεφρούς αυξάνει κατά 30 – 50% στο πρώτο τρίμηνο και παραμένει σταθερή σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Η σακχαρουρία είναι σύνηθες εύρημα στην κύηση και δεν υποδηλώνει διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων⁹¹.

Σχετικά με το ενδοκρινικό σύστημα, νόσος του θυρεοειδούς είναι συνήθης κατά την κύηση, η διάγνωση όμως είναι δύσκολη επειδή τα συμπτώματα μιας φυσιολογικής κύησης μιμούνται και τον υπέρ και τον υποθυρεοειδισμό. Η θυρεοσφαιρίνη αυξάνει, ενώ τα επίπεδα της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης ελαττώνονται ελαφρώς. Η δραστηριότητα της υπόφυσης αυξάνει. Οι πλακουντιακές ορμόνες αναστέλλουν την ωορρηξία και υποστηρίζουν την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου⁹¹.

Όλες αυτές οι μεταβολές που περιγράφηκαν, πρέπει να είναι γνωστές στους επαγγελματίες υγείας, γιατί καθορίζουν εν πολλοίς το θεραπευτικό χειρισμό σε επείγοντα περιγεννητικά περιστατικά. Εκτός όμως από τη μητέρα (επίτοκο ή λεχωίδα), αλλαγές στην πρακτική μας επιβάλλει και η παρουσία του εμβρύου. Αν και πρωτίστως επιβάλλεται η διάσωση της μητέρας, εντούτοις πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες προσπάθειες για τη διατήρηση και την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης. Οι μεταβολές αυτές είναι αναστρέψιμες. Κατά τη διάρκεια της λοχείας ο οργανισμός επανέρχεται κατά το πλείστον στην πρότερα κατάσταση. Στην κάτωθι εργασία θα ερμηνεύσουμε, θα επεξηγήσουμε, θα αναλύσουμε και θα απενοχοποιήσουμε ορισμένες από τις σημαντικότερες και συνηθέστερες περιγεννητικές παθολογικές, χειρουργικές και ψυχικές διαταραχές, τις οποίες οφείλουμε να γνωρίζουμε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ

- ✓ Υπέρταση και κύηση
- ✓ Προεκλαμψία
- ✓ Εκλαμψία
- ✓ Σύνδρομο HELLP
- ✓ Πνευμονική εμβολή – Κλασική τριάδα Virchow
- ✓ Εμβολή αμνιακού υγρού – Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη
- ✓ Περιγεννητική ασφυξία
- ✓ Καρδιοπάθειες και κύηση
- ✓ Σακχαρώδης διαβήτης στην κύηση

2.1 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Αρτηριακή πίεση είναι η πίεση που δημιουργεί η καρδιά προκειμένου να προωθήσει το αίμα στα αιμοφόρα αγγεία. Όταν η καρδιά συσπάται και προωθεί το αίμα στις αρτηρίες, η πίεση είναι υψηλότερη και ονομάζεται συστολική, ή αλλιώς μεγάλη πίεση. Όταν η καρδιά χαλαρώνει και δέχεται το αίμα που επιστρέφει σε αυτήν, η πίεση είναι χαμηλότερη και ονομάζεται διαστολική, ή αλλιώς μικρή πίεση. Η υψηλή πίεση του αίματος μέσα στο αρτηριακό δίκτυο ονομάζεται υπέρταση. Συνήθως είναι αυξημένη τόσο η συστολική, όσο και η διαστολική πίεση. Όμως, μερικές φορές μπορεί να υπάρχει μεμονωμένη συστολική ή μεμονωμένη διαστολική υπέρταση. Ιδανικά η συστολική πίεση σύμφωνα με επίσημη ανακοίνωση της European Societies of Hypertension and Cardiology το 2007 είναι μικρότερη από 120 mmHg, ενώ η διαστολική μικρότερη από 80 mmHg. Αναφέρει, ακόμα, πως φυσιολογική θεωρείται η συστολική πίεση που κυμαίνεται μεταξύ 120 – 129 mmHg και η διαστολική πίεση από 80 - 84 mmHg. Σύμφωνα με την ίδια ανακοίνωση, η υπέρταση κατατάσσεται σε τρεις κατηγορίες: στην 1^{ου} βαθμού, 2^{ου} βαθμού και 3^{ου} βαθμού υπέρταση. Στην 1^{ου} βαθμού η συστολική αρτηριακή πίεση είναι από 140 – 159 mmHg, ενώ η διαστολική από 90 – 99 mmHg. Στην 2^{ου} βαθμού υπέρταση, αναφέρεται συστολική πίεση από 160 – 179 mmHg και διαστολική πίεση από 100 – 109 mmHg. Σε τιμές μεγαλύτερες των 180 mmHg και 110 mmHg που αφορούν στη συστολική και διαστολική πίεση αντίστοιχα, πρόκειται για υπέρταση 3^{ου} βαθμού. Μεμονωμένη υπέρταση παρουσιάζεται σε περιπτώσεις που η συστολική αρτηριακή πίεση υπερβαίνει τα 140 mmHg ή τα 90 mmHg όσον αφορά στη διαστολική πίεση³.

Η υπέρταση στην εγκυμοσύνη είναι συχνό φαινόμενο, το οποίο όμως ενέχει κινδύνους αυξημένης μητρικής και εμβρυϊκής περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Επιπλέκει το 5 – 6% των κυήσεων και είναι συχνή αιτία αποκόλλησης του πλακούντα, πνευμονικού οιδήματος, διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, εγκεφαλικής αιμορραγίας, ηπατικής, αναπνευστικής και οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Αν και πολλές έγκυες με υψηλή πίεση, είτε εμφανίζεται πρώτη φορά (υπέρταση κυήσεως) είτε προϋπήρχε, έχουν γεννήσει υγιή βρέφη χωρίς σοβαρά προβλήματα, ωστόσο μπορεί να πλήξει τα νεφρά και άλλα όργανα της μητέρας και να προκαλέσει τη γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους καθώς και πρόωρο τοκετό⁸.

Στις σοβαρότερες καταστάσεις η μητέρα εκδηλώνει προεκλαμψία ή τοξιναιμία της κύησης, η οποία μπορεί να στοιχίσει τη ζωή στην ίδια αλλά και στο μωρό της. Χαρακτηρίζεται από τιμές μεγαλύτερες ή ίσες των 140/90 mmHg, για τη συστολική και διαστολική πίεση αντίστοιχα, από αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 25 mmHg ή της διαστολικής κατά 15 mmHg συγκριτικά με την πίεση πριν την εγκυμοσύνη ή κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Η αύξηση αυτή εμφανίζεται κυρίως από την 22^η με 24^η εβδομάδα κύησης

και υποστρέφει μέσα σε 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η υπέρταση της κύησης διακρίνεται, δε, σε παροδική και προεκλαμψία, χωρίς ή με πρωτεϊνουρία αντίστοιχα. Πρωτεϊνουρία μπορεί να εμφανισθεί όψιμα στη διαδρομή της προεκλαμψίας, οπότε η διάκριση μεταξύ παροδικής υπέρτασης και προεκλαμψίας είναι δυσχερής. Γι αυτό σε αβέβαιες περιπτώσεις η παροδική υπέρταση πρέπει να θεωρείται προεκλαμψία, μέτρα προφύλαξης για πιθανή εμφάνιση σπασμών και αντιυπερτασική θεραπεία πρέπει να εφαρμόζονται σε ασθενείς με αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη των 160/110 mmHg.

Μεταξύ του 1991 και του 1999 η υπέρταση στην κύηση σχετίστηκε με το 15,7% των θανάτων εγκύων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ). Οφείλουμε να γνωρίζουμε ότι υπάρχει και ένα ποσοστό γυναικών με προϋπάρχουσα υπέρταση (χρόνια υπέρταση), για τις οποίες δεν υπάρχει κάποιος λόγος ανησυχίας αρκεί να ρυθμίσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή, διότι κάποια φάρμακα αντενδείκνυνται στην κύηση. Σε αυτή την περίπτωση οι υψηλές τιμές αρχίζουν πριν από την 20^η εβδομάδα της κύησης και επιμένουν μετά το πέρας 12 εβδομάδων από τον τοκετό. Αφορά στο 1 – 5 % των κυήσεων και σχετίζεται με αυξημένες επιπλοκές^{8,23}.

Πώς μπορούμε να αντιληφθούμε την ύπαρξη της υπέρτασης; Κατά τη λήψη της αρτηριακής πίεσης, καταγράφουμε αποτελέσματα μεγαλύτερα των 140/90 mmHg για τη συστολική και διαστολική πίεση αντίστοιχα, προκαλεί κατακράτηση ύδατος, η οποία οδηγεί στην εμφάνιση οιδήματος – πρηξίματος, προκαλεί πονοκεφάλους, θόλωση της όρασης, φωτοφοβία, κούραση, ναυτία – εμέτους, μειωμένη ποσότητα ούρων, πόνο στην κοιλία, δύσπνοια και αιμορραγική τάση. Συνοψίζοντας, υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες υπέρτασης κατά την κύηση: η προϋπάρχουσα χρόνια υπέρταση, η παροδική υπέρταση της κύησης και η προεκλαμψία – εκλαμψία.

Η υπέρταση προκαλεί σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία του πλακούντα με αποτέλεσμα το μωρό να μην τρέφεται σωστά και να επηρεάζεται η ανάπτυξή του. Στις μητέρες παρουσιάζονται αλλαγές στη λειτουργία των νεφρών και του ήπατος. Δημιουργούνται έτσι προβλήματα στην κάθαρση και την πήξη του αίματος, με συνέπειες που αν αφεθούν χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε εγκεφαλική αιμορραγία. Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής αντιυπερτασικής και καρδιολογικής εταιρείας το 2007 για γυναίκες εγκύους με τιμή αρτηριακής πίεσης 140 – 149 mmHg για τη συστολική και 90 – 95 mmHg για τη διαστολική πίεση, χρειάζεται μη φαρμακολογική θεραπεία υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν βλάβες στα όργανα – στόχους^{3,8}.

Βέβαια με βάση τα επίπεδα τα αρτηριακής πίεσης, την ηλικία της εγκυμοσύνης και τον κίνδυνο που διατρέχουν μητέρα και έμβρυο θα πρέπει να γίνεται συχνή παρακολούθηση και περιορισμός των δραστηριοτήτων. Αν και σε άλλη περίπτωση η απώλεια βάρους είναι χρήσιμη για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, ακόμη και στις παχύσαρκες εγκύους, δε συνίσταται λόγω μειωμένου βάρους γέννησης του εμβρύου και

καθυστερημένης νεογνικής ανάπτυξης. Επίσης, η δίαιτα πρέπει να είναι φυσιολογική χωρίς διακοπή του άλατος. Διάφορες παρεμβάσεις όπως η χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου, μουρουνέλαιου και χαμηλής δόσης ασπιρίνης για την πρόληψη της υπέρτασης, δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Πίεση με τιμές συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης μεγαλύτερες των 170 mmHg και 110 mmHg αντίστοιχα, αποτελεί ένδειξη για άμεση νοσοκομειακή κάλυψη. Η από του στόματος φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει φάρμακα που δεν αποδεδειγμένα δεν επηρεάζουν το έμβρυο και τη μητέρα, όπως η μεθυλντόπα, η λαμπεταλόλη οι ανταγωνιστές του ασβεστίου και οι β- αποκλειστές.

Πρέπει εντούτοις να αποφεύγονται και να διακόπτονται έγκαιρα επί εγκυμοσύνης φάρμακα της ομάδας των αναστολέων του ενζύμου μετατροπής (α- MEA) ή ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II γιατί έχουν ενοχοποιηθεί για τερατογενέσεις και καθυστέρηση της ανάπτυξης. Γι αυτό συνίσταται η αντιυπερτασική αγωγή, στις περιπτώσεις εκείνες που η διαστολική αρτηριακή πίεση παραμένει σε επίπεδα μεγαλύτερα των 100 mmHg. Επιβάλλεται, επίσης, να γνωρίζουμε ότι όλα τα αντιυπερτασικά φάρμακα αποβάλλονται στο μητρικό γάλα. Παρόλα αυτά οι συγκεντρώσεις τους είναι εξαιρετικά χαμηλές, εκτός από την προπρονολόλη και τη νιφεδιπίνη, επομένως δεν υπάρχει αντένδειξη για το θηλασμό²³.

Η αιτία της υπέρτασης της κύησης παραμένει άγνωστη, αλλά συμβαίνει συχνότερα σε πρωτότοκες γυναίκες ή σε διαδοχικές κυήσεις από διαφορετικό άντρα (στοιχείο που συνηγορεί υπέρ της ύπαρξης ανοσολογικού μηχανισμού). Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η αυξημένη ηλικία, η μαύρη φυλή, οι πολλαπλές κυήσεις, η συνυπάρχουσα καρδιακή ή νεφρική νόσος και η χρόνια υπέρταση. Τα αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά της συνίστανται σε αύξηση της καρδιακής παροχής, πέραν αυτής η οποία συνήθως εμφανίζεται στη φυσιολογική κύηση και συνοδεύεται από έντονη αγγειοσύσπαση, που μειώνει την ενδοαγγειακή χωρητικότητα δυσανάλογα σε σχέση με τον φυσιολογικά αυξημένο κυκλοφορούντα όγκο αίματος. Η έγκυος μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτη σε εγκεφαλοπάθεια. Οι γυναίκες με υπέρταση της κύησης, καθώς και τα έμβρυα πρέπει να προστατεύονται από την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα με ενέργειες που μειώνουν την αρτηριακή πίεση χωρίς να επηρεάζουν τη μητροπλακουντιακή αιμάτωση. Αυτές περιλαμβάνουν ανάπαυση, διατροφή με φυσιολογική ποσότητα νατρίου και λήψη αντιυπερτασικών φαρμάκων.

2.1.1 ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ

Η προεκλαμψία είναι μία πολυοργανική διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας. Είναι η δεύτερη αιτία μητρικών θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στο Ηνωμένο Βασίλειο, μετά τα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Χαρακτηρίζεται από υπέρταση και λευκωματουρία (περισσότερα από 300 mg / 24h,

ενώ φυσιολογικό θεωρείται το λεύκωμα μέχρι 150 mg / 24h) και παρουσιάζεται μετά τις 20 και συνηθέστερα 30 εβδομάδες της κύησης. Αν εμφανισθεί νωρίτερα, θα πρέπει να υποπτευθεί κανείς την ύπαρξη μύλης κύησης ή πολλαπλής κύησης. Στατιστικά, εμφανίζεται σε ποσοστό 5,8% στις πρωτότοκες και 0,4% στις δευτερότοκες γυναίκες και στο 20 – 25% των εγκύων με χρόνια υπέρταση, ενώ η επανεμφάνισή της σε επόμενη κύηση ανέρχεται στο 33%. Η παθογένεια της προεκλαμψίας δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Θεωρείται πως πρόκειται για γενικευμένη δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων που προκαλεί αγγειοσύσπασση και οδηγεί σε διαταραχές της αιμάτωσης στον πλακούντα, τον εγκέφαλο, το ήπαρ, τους νεφρούς, την καρδιά και τους πνεύμονες. Η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου μπορεί να εκδηλωθεί και με τη μορφή αυξημένης διαπερατότητας του τοιχώματος των τριχοειδών αγγείων με αποτέλεσμα τη διαφυγή υγρών προς το διάμεσο χώρο και την ταχεία αύξηση του σωματικού βάρους της εγκύου, την εμφάνιση οίδημάτων στο πρόσωπο και τα άνω άκρα, την αιμοσυμπύκνωση με αύξηση του αιματοκρίτη. Από πολλούς επιστήμονες θεωρείται ότι ο πλακούντας αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της πάθησης⁶².

Η προεκλαμψία μπορεί να προσβάλει την έγκυο, το έμβρυο ή και τους δύο. Ο εγκέφαλος της εγκύου, αν επηρεαστεί, θα προκαλέσει κεφαλαλγία, ενώ τα συμπτώματα θα είναι εντονότερα με διαταραχές συνείδησης και σπασμούς αν υπάρχει αιμορραγία. Το βασικό πρόβλημα της προεκλαμψίας είναι ο ελαττωματικός χώρος με τον οποίο τα αιμοφόρα αγγεία ανταποκρίνονται στην παρουσία του εμβρύου. Φυσιολογικά, από το έμβρυο υποκινείται η διαστολή των αιμοφόρων αγγείων της μητέρας και κυρίως εκείνων που τροφοδοτούν τον πλακούντα. Με καλή παροχή στον πλακούντα, το αναπτυσσόμενο έμβρυο λαμβάνει επαρκή τροφή και οξυγόνο. Στην προεκλαμψία, όμως, τα αιμοφόρα αγγεία αντί να διαστέλλονται, συστέλλονται, περιορίζοντας τη ροή του αίματος προς το έμβρυο και στα εσωτερικά όργανα της μητέρας. Η αυξημένη τάση για θρόμβωση του αίματος της μητέρας επιδεινώνει το πρόβλημα, ελαττώνοντας τη ροή του αίματος προς το έμβρυο. Ορισμένα στοιχεία των επιστημόνων υποδεικνύουν ότι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται γι' αυτή την κατάσταση. Όταν, λοιπόν, η παροχή αίματος μέσω του πλακούντα μειώνεται, το έμβρυο δε μπορεί να αναπτυχθεί φυσιολογικά. Αν η προεκλαμψία επιδεινωθεί μπορεί να οδηγήσει σε εκλαμψία που προκαλεί το θάνατο της μητέρας και του εμβρύου.

Η συμμετοχή του ήπατος στην προεκλαμψία μπορεί να προκαλέσει άλγος του δεξιού υποχονδρίου και αύξηση των τρανσαμινασών. Οι νεφροί θα εμφανίσουν λευκωματουρία ή ακόμα νεφρική ανεπάρκεια και ανουρία. Η καρδιά μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ανεπάρκεια και οι πνεύμονες, πνευμονικό οίδημα. Θρομβοπενία και σε σπάνιες περιπτώσεις διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη είναι εκδηλώσεις από το αιμοποιητικό σύστημα. Μπορεί, επίσης, η έγκυος να παραπνευθεί για

ιλίγγους, διπλωπία ή θολή όραση ή ξαφνική τύφλωση, βουητό στα αφτιά, πυρετό, υπνηλία, κοιλιακό πόνο. Οι διαταραχές του εμβρύου στα πλαίσια της προεκλαμψίας μπορεί να είναι η αποκόλληση του πλακούντα, η καθυστερημένη ανάπτυξη του εμβρύου, ο πρόωρος τοκετός ή ακόμα και ο περιγεννητικός θάνατος. Βάση στατιστικών ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε μαιευτικές κλινικές στο εξωτερικό, μία στις τέσσερις εγκύους με υπέρταση θα εμφανίσει προεκλαμψία και η πιθανότητα αυξάνεται όσο νωρίτερα παρουσιαστεί η υπέρταση. Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση προεκλαμψίας, είναι η παχυσαρκία, οι ημικρανίες, η ισοανοσοποίηση (Rh ασυμβατότητα), ιστορικό σοβαρής προεκλαμψίας ή οικογενειακό ιστορικό από τη μητέρα, συγγενής και επίκτητη θρομβοφιλία, σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική νόσος και νόσος του κολλαγόνου (αυτοάνοσα νοσήματα), υπέρταση, πολύδυμη κύηση, μύλη κύηση, πρώτη εγκυμοσύνη, μεσολάβηση λιγότερων από δύο ή περισσότερων των δέκα ετών από την τελευταία εγκυμοσύνη^{62,63}.

Η οριστική θεραπεία της υπέρτασης της κύησης και της προεκλαμψίας είναι ο τοκετός, ο οποίος πρέπει να πραγματοποιείται με καισαρική τομή. Με τον τοκετό τα διάφορα συμπτώματα της προεκλαμψίας αποκαθίστανται, κάτι που είναι πρόβλημα όμως αν η προεκλαμψία εμφανιστεί νωρίς κατά τη διάρκεια της κύησης. Ο τοκετός μπορεί να αποφευχθεί αν η πίεση ρυθμίζεται ικανοποιητικά. Σε ήπιες, συνεπώς, περιπτώσεις με ήπια υπέρταση και λευκωματουρία, συνίσταται τακτική παρακολούθηση και ξεκούραση. Σε σοβαρότερες, δε, περιπτώσεις με υψηλότερη αρτηριακή πίεση και αύξηση της λευκωματουρίας, θα χρειαστεί κλινοστατισμός, ξαπλώνοντας πάντα από την αριστερή πλευρά, κατανάλωση αρκετών υγρών, περιορισμός του άλατος και αντιυπερτασική αγωγή.

Συνίσταται πιο εντατική παρακολούθηση με μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, αιματολογικό έλεγχο, εξετάσεις ούρων, παρακολούθηση για πιθανά συμπτώματα εκλαμψίας όπως αυτά είναι: κεφαλαλγία, ναυτία, εμέτοι, κοιλιακό άλγος, διαταραχές όρασης, παρακολούθηση παραμέτρων εμβρύου με δοκιμασίες: το βιοφυσικό προφίλ του εμβρύου και το Doppler, καρδιοτοκογράφημα, υπερηχογράφημα κύστεως. Αν η έγκυος χρειάζεται να μείνει κατακεκλιμένη, υπάρχουν εξειδικευμένες ομάδες ιατρών και νοσηλευτών οι οποίοι μπορούν να την επισκεφθούν στο χώρο διαμονής της και να πραγματοποιήσουν εκεί τις απαιτούμενες εξετάσεις.

Σε περιπτώσεις που η αρτηριακή πίεση είναι μεγαλύτερη από 160 mmHg η συστολική και / ή μεγαλύτερη από 110 mmHg η διαστολική, η κατάσταση είναι επικίνδυνη και θα χρειαστεί νοσηλεία σε ειδικό τμήμα για κυήσεις υψηλού κινδύνου, ώστε να χορηγείται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει αντιυπερτασικά (α- μεθυλντόπα και υδραλαζίνη) και κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (θειαζεπάμη και θειϊκό μαγνήσιο) για να παραμείνει η έγκυος ήρεμη, ενώ ανάλογα με την ηλικία του εμβρύου και την

κατάσταση της εγκύου μπορεί να τεθεί το ζήτημα της πρόκλησης του τοκετού. Επεξηγηματικά αναφέρεται πως κυήσεις υψηλού κινδύνου αποτελούν η υπερτασική νόσος μαζί με την προδιάθεση διαβήτη, τη μεγάλη ηλικία της γυναίκας, το αυξημένο βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τον αριθμό των εμβρύων και τα παθολογικά και χειρουργικά προβλήματα κατά την κύηση⁶².

2.1.2 ΕΚΛΑΜΨΙΑ

Ο όρος εκλαμψία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Γαληνό. Πρόκειται για μία σοβαρή υπερτασική διαταραχή της κύησης, η οποία χαρακτηρίζεται από σπασμούς και κώμα, ενώ περιλαμβάνει και όλα τα συμπτώματα της προεκλαμψίας. Εμφανίζεται ανάμεσα στην 20^η εβδομάδα της κύησης και στο τέλος της πρώτης εβδομάδας της λοχείας. Η εκλαμψία αποτελεί την πιο σοβαρή επιπλοκή της επαγόμενης από την κύηση υπέρτασης. Παρατηρείται στο 0,5 – 4% όλων των τοκετών. Περίπου το 25% των σπασμών εμφανίζονται εντός των πρώτων 72 ωρών από τον τοκετό. Η περιγεννητική θνησιμότητα ανέρχεται στο 20% περίπου⁶². Συνήθως εμφανίζεται μετά από αποτυχία αναγνώρισης των πρώιμων συμπτωμάτων της προεκλαμψίας και εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου. Μολονότι η αιτιολογία είναι άγνωστη, ο αγγειοσπασμός αποτελεί έναν από τους υποκείμενους μηχανισμούς και οι παράγοντες κινδύνου για τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν την υπέρταση και τη σπειραματονεφρίτιδα.

Τα πρόδρομα συμπτώματα είναι ελαφρές ινιδικές συσπάσεις των μυών του προσώπου, οι οποίες ακολουθούνται από τον εκλαμπτικό παροξυσμό που συνίσταται αρχικά σε τονικούς σπασμούς όλων των μυών του σώματος, απώλεια της συνείδησης, κατόπιν σε τονικο – κλονικούς σπασμούς του κορμού και των άκρων και τέλος σε σύντομο ή παρατεταμένο κώμα. Η εκλαμψία συνοδεύεται από υψηλή αρτηριακή πίεση, λευκωματουρία – ολιγουρία, οιδήματα. Η εμφάνιση των σπασμών γίνεται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση χαρακτηρίζεται από συσπάσεις των μυών του προσώπου, τρόμο των βλεφάρων και μυδρίαση. Η δεύτερη φάση, που ακολουθεί, χαρακτηρίζεται από γενικευμένη τονική σύσπαση των μυών και κυάνωση. Στη συνέχεια, ακολουθεί η τρίτη φάση των κλονικών σπασμών, η οποία χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη εισπνοή και ελαφρά εκπνοή. Τέλος, την λύση των σπασμών ακολουθεί η βραδεία επαναφορά της συνείδησης ή η παραμονή της εγκύου σε κώμα, το οποίο μπορεί να είναι σύντομο ή να επιμένει για περισσότερο από μία ώρα. Χωρίς θεραπεία, οι σπασμοί (grand mal, όπως αναφέρονται) μπορεί να επανεμφανισθούν μέσα σε μερικά λεπτά. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν έντονο κοιλιακό άλγος. Άλγος στο άνω δεξί τεταρτημόριο της κοιλίας μπορεί να αποτελεί σημείο ηπατικού οιδήματος με υποκάψια αιμορραγία⁶².

Η βλάβη των οργάνων παρατηρείται πιο συχνά στους νεφρούς, στο ήπαρ, στον εγκέφαλο και στον πλακούντα. Ο νεφρός παρουσιάζει εκφυλιστική σωληναριακή νεφρίτιδα. Το σωληναριακό επιθήλιο εμφανίζει θολερό οίδημα, λιπώδη εκφύλιση και πηκτική νέκρωση. Το ήπαρ είναι διογκωμένο και διάστικτο, εμφανίζοντας θρόμβωση στην πυλαία φλέβα και εκφύλιση στην περιφέρεια των λοβίων με υποκάπιες αιμορραγίες. Οίδημα, υπεραιμία, θρόμβωση και αιμορραγίες παρατηρούνται και στον εγκέφαλο. Ο πλακούντας εμφανίζει έμφρακτα, θρομβώσεις και αιμορραγίες, υπάρχει επίσης οίδημα του αμφιβληστροειδούς. Οι κρίσεις της εκλαμψίας είναι εξαιρετικά επικίνδυνες και κατά τη διάρκειά τους ή μετά από αυτές η γυναίκα μπορεί να πεθάνει από πνευμονικό οίδημα, εγκεφαλική αιμορραγία ή ασφυξία, ενώ το έμβρυο από υποξαιμία.

Η θεραπεία της εκλαμψίας περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των σπασμών, τον έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης και τη διεκπεραίωση του τοκετού, καθώς ο άμεσος και αποτελεσματικός έλεγχος των σπασμών είναι ζωτικής σημασίας. Αφού υποχωρήσουν οι σπασμοί, η γυναίκα τοποθετείται σε αριστερή πάντα πλάγια θέση, για την υποβοήθηση της πλακουντιακής αιμάτωσης. Συνιστάται η ανάπαυση της εγκύου και η αποφυγή τροφών που περιέχουν αλάτι. Επιβάλλεται η εισαγωγή της εγκύου σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης, ενώ είναι σημαντικό να εξασφαλισθεί η διατήρηση ελεύθερων αεροφόρων οδών και η πρόληψη νέων επεισοδίων σπασμών. Οι πλαϊνές προστατευτικές μπάρες πρέπει να είναι σηκωμένες ώστε να προστατευθεί η έγκυος από τραυματισμό εξαιτίας τυχόν νέων σπασμών⁶³.

Ο έλεγχος των σπασμών μπορεί να γίνει με διάφορα φάρμακα και κυρίως με τη χορήγηση διαζεπάμης, χλωρομεθειαζόλης ή θειϊκού μαγνησίου. Ειδικότερα, το θειϊκό μαγνήσιο, εκτός από την καταστολή των σπασμών, εμφανίζει και αντιυπερτασική δράση, ενώ ταυτόχρονα ελαττώνει και τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Πρέπει να παρακολουθείται στενά η ανταπόκριση τόσο της εγκύου, όσο και του εμβρύου στο χορηγούμενο θειϊκό μαγνήσιο εξαιτίας του κινδύνου τοξικότητας. Τα σημεία τοξικότητας του μαγνησίου στη μητέρα περιλαμβάνουν εξάλειψη του επιγονατιδικού αντανακλαστικού, ρυθμό αναπνοής λιγότερο από 12 αναπνοές ανά λεπτό, αποβολή ούρων λιγότερο από 30 ml ανά ώρα, επίπεδα μαγνησίου ορού πάνω από 8 mg/ dL, ερυθρότητα προσώπου και μυϊκή πλαδαρότητα, εμβρυϊκή βραδυκαρδία ή σοβαρή υπόταση της εγκύου. Τοποθετείται καθετήρας στην κύστη και παρακολουθείται η αποβολή ούρων ανά ώρα. Η ολιγουρία αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, το οποίο μπορεί να σημαίνει νεφρική ανεπάρκεια ή τοξικότητα από τα φάρμακα.

Η διεκπεραίωση του τοκετού είναι αναγκαία. Η διενέργεια του τοκετού μπορεί να γίνει είτε με πρόκληση τοκετού είτε με καισαρική τομή, αμέσως μόλις καταστεί δυνατή η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και βρεθεί η ασθενής σε μία σταθερή

κατάσταση. Η καισαρική τομή πρέπει να αποφεύγεται εκτός και αν συντρέχει κάποιος άλλος μαιευτικός λόγος. Αν οι ιατρικοί χειρισμοί, ωστόσο, δεν επιφέρουν βελτίωση, πρέπει να προκληθεί τοκετός (όπως αναφέρθηκε και παραπάνω) με τη χορήγηση ενός παράγοντα που επιταχύνει τον τοκετό, της οξυτοκίνης. Η εφαρμογή της επισκληρίδιας αναισθησίας είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς ανακουφίζει από τις ωδίνες του τοκετού και παράλληλα προκαλεί ελάττωση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης, ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης εκ νέου σπασμών, λόγω της αναλγησίας που προκαλείται.

Μετά την κρίση, η εγκυμονούσα ή λεχώιδα συνέρχεται και ανακτά σταδιακά συνείδηση. Υπάρχει και η εκλαμψία της λοχείας, η οποία είναι πολύ επικίνδυνη, αλλά ευτυχώς και πολύ σπάνια. Αντιμετωπίζεται μόνο με φαρμακευτική αγωγή, αφού ο τοκετός έχει ήδη γίνει και δεν επηρεάζεται το έμβρυο από τα φάρμακα.

2.1.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP

Το σύνδρομο H.E.L.L.P. είναι τα αρχικά των λέξεων: Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets. Στο σύνδρομο HELLP έχουμε, δηλαδή, στην κύηση αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων. Πρόκειται για μία εργαστηριακή διάγνωση ενός συνδυασμού συμβαμάτων που σηματοδοτούν μια παραλλαγή της σοβαρής προεκλαμψίας. Αποτελεί, λοιπόν, μια εξαιρετικά βαριά μορφή προεκλαμψίας η οποία σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές θα έπρεπε να αποτελεί αυτόνομη νοσολογική οντότητα. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1982, προκειμένου να χαρακτηρίσει τις προεκλαμπτικές εγκύους με αιμολυτική αναιμία, αύξηση των ηπατικών ενζύμων και ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων. Με βάση αυτή την χαρακτηριστική τριάδα ευρημάτων, το σύνδρομο ταξινομείται σε δύο κατηγορίες: το μερικό σύνδρομο HELLP, το οποίο εμφανίζει τη μία ή τις δύο ανωμαλίες και το σύνδρομο HELLP στην πλήρη του μορφή, που εμφανίζει και τις τρεις κλινικές διαταραχές. Η παρουσία του συνδρόμου αυτού δεν είναι συχνή. Υπολογίζεται ότι αφορά στο 0,1% του συνόλου των κυήσεων, ενώ σε γυναίκες με προεκλαμψία ή εκλαμψία η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνεται και κυμαίνεται από 4 έως 12%. Συνήθως εμφανίζεται στο τρίτο τρίμηνο τη κύησης, ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις είναι δυνατό να εκδηλωθεί στη λοχεία και κυρίως τις πρώτες 48 ώρες²⁴.

Η πρόγνωση του συνδρόμου δεν είναι καλή και εξαρτάται από τη σοβαρότητα της νόσου, την καθυστέρηση της διάγνωσης και την παρουσία πολυοργανικής ανάμειξης. Σχετίζεται με σοβαρά κλινικά προβλήματα που αφορούν τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβryo – νεογνό. Η νεογνική θνησιμότητα που κυρίως έχει αποδοθεί σε πλακουντιακή ισχαιμία, η οποία είναι δυνατό να

οδηγήσει σε αποκόλληση, έντονη ανωριμότητα και ενδομήτρια ασφυξία, κυμαίνεται μεταξύ 10% και 20%. Υπάρχει, ακόμα, κίνδυνος εμφάνισης ηπατικής ανεπάρκειας. Η σύγχρονη αντιμετώπιση έχει ελαττώσει σημαντικά τη μητρική θνησιμότητα, η οποία σήμερα υπολογίζεται σε ποσοστό μικρότερο από 1%. Κορτικοστεροειδή (δεξαμεθαζόνη) χρησιμοποιούνται συνήθως στη θεραπεία του συνδρόμου με την πεποίθηση ότι βελτιώνουν τα αποτελέσματα.

Η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Παρά την εκτεταμένη προσπάθεια και τις πολλές ερευνητικές μελέτες που είδαν το φως της δημοσιότητας τα τελευταία χρόνια, δεν έχει βρεθεί μέχρι σήμερα κάποιος αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης της νόσου. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση του συνδρόμου διαφέρουν από εκείνους που σχετίζονται με την προεκλαμψία. Η τυπική ασθενής με σύνδρομο HELLP είναι λευκή, πολύτοκος, ηλικίας άνω των 25 ετών. Αντίθετα, καταστάσεις όπως η χρόνια υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η πολύδυμη εγκυμοσύνη και το οικογενειακό ιστορικό που αυξάνουν ουσιαστικά το σχετικό κίνδυνο της προεκλαμψίας δεν φαίνεται να συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του συνδρόμου HELLP. Η παθογένεση του συνδρόμου HELLP έχει πολλά κοινά σημεία με αυτή της σοβαρής προεκλαμψίας/εκλαμψίας, όπως η ενδοθηλιακή βλάβη των αγγείων, η αγγειοσύσπαση, η αιμοπεταλιακή συσσώρευση, η ενεργοποίηση ινώδους και η διάσπασή του, καθώς και η επιλεκτική ισχαιμία τελικών οργάνων^{24,41}.

Το σύνδρομο HELLP με δεδομένο ότι πολλές από τις πτυχές του όπως η διάγνωση, η ταξινόμηση και η αντιμετώπιση παραμένουν ακόμη αμφισβητήσιμες, αποτελεί μία εν δυνάμει θανατηφόρο νόσο ικανή να πλήξει τις έγκυες. Η πρόοδος που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στους τομείς της αιτιοπαθογένειας και παθοφυσιολογίας αναμφισβήτητα είναι μεγάλη. Παρόλα αυτά όμως, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω επιστημονική έρευνα σε πειραματικό και κλινικό επίπεδο, προκειμένου να αποσαφηνισθεί ο ακριβής μηχανισμός έκλυσης του συνδρόμου και να διευκρινισθούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ορισμένες έγκυες επιπλέκονται από το σύνδρομο HELLP, ενώ οι περισσότερες δεν το εκδηλώνουν²⁴.

2.2 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ – ΚΛΑΣΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ VIRCHOW

Παρά τις αλματώδεις εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της θρομβοεμβολικής νόσου, η πνευμονική εμβολή παραμένει η κυριότερη αιτία θανάτου των εγκύων γυναικών. Ο συνδυασμός οξείας πνευμονικής εμβολής και της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης

περιγράφεται με τον όρο θρομβοεμβολική νόσος. Πρόκειται για μια οξεία, σοβαρή πάθηση που μπορεί να απειλήσει άμεσα τη ζωή. Συμβαίνει λόγω του ότι μια αρτηρία μέσα στους πνεύμονες κλείνει από ένα έμβολο. Το έμβολο αυτό προέρχεται συνήθως από φλέβες στα κάτω άκρα (στο 70% των ασθενών με πνευμονική εμβολή) και αποτελείται από θρόμβο της γαστροκνημίας των ιγνυακών και λαγονομηριαίων φλεβών, που κυκλοφορεί στα αγγεία και καταλήγει στους πνεύμονες, προκαλώντας τους σοβαρή βλάβη, διακόπτοντας την ομαλή λειτουργία τους και αποτρέποντας έτσι την φυσιολογική οξυγόνωση του σώματος. Η πνευμονική εμβολή είναι μία δυνητικά θανατηφόρος κλινική κατάσταση που μπορεί να εμφανισθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 17% των θανάτων στους μαιευτικούς ασθενείς. Αποτελεί τη συχνότερη αιτία μητρικού θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στον ανεπτυγμένο κόσμο, ξεπερνώντας τη θνητότητα από λοιμώξεις, αιμορραγία, και προεκλαμψία – εκλαμψία³.

Η βαρύτητα των συμπτωμάτων της πνευμονικής εμβολής εξαρτάται από το μέγεθος της αρτηρίας που αποφράσσει ο θρόμβος. Έτσι, αν αποφράσσει μικρή αρτηρία του πνεύμονα, τα συμπτώματα είναι ήπια ή μπορεί να μην υπάρχουν και καθόλου. Αντίθετα, αν ο θρόμβος αποφράσσει μεγάλη – κεντρική αρτηρία του πνεύμονα, τα συμπτώματα είναι θορυβώδη. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η αιφνίδια εμφάνιση δύσπνοιας, η οποία συνοδεύεται πολύ συχνά από αύξηση των αναπνοών (ταχύπνοια) και του ρυθμού της καρδιάς (ταχυκαρδία). Όταν εξαιτίας της πνευμονικής εμβολής αποκλειστεί η αιμάτωση τμήματος του πνεύμονα, παρατηρείται επίσης βήχας, πλευριτικός πόνος, αιμόπτυση, ετερόπλευρο οίδημα των κάτω άκρων και πυρετός μέχρι 38°C. Στην περίπτωση μαζικής πνευμονικής εμβολής, αποφράσσεται η κεντρική αρτηρία του πνεύμονα και μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο εντός λίγων ωρών. Αυτή εμφανίζεται με έντονη δύσπνοια, προκάρδιο πόνο και κυάνωση^{3,5}.

Η εγκυμοσύνη, λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης οιστρογόνων, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου πέντε φορές σε σχέση με τον γενικό γυναικείο πληθυσμό. Η συχνότητα της στην εγκυμοσύνη αναφέρεται σε 1/1.000 - 2.000 εγκυμοσύνες, αλλά υπολογίζεται μέχρι και 3 έως 10 φορές μεγαλύτερη. Όλοι οι παράγοντες κινδύνου που περιέγραψε το 1848 στην κλασική τριάδα ο Virchow είναι δυνητικά παρόντες σε κάποιο βαθμό στους μαιευτικούς ασθενείς, δηλαδή:

1. Ελαττωμένη φλεβική επιστροφή και φλεβική στάση των κάτω άκρων λόγω πίεσης της εγκύμονος μήτρας στην κάτω κοίλη και στις λαγόνιες φλέβες.
2. Αύξηση των παραγόντων πήξης κατά την κύηση.
3. Τραυματικές βλάβες των αγγείων και των ιστών κατά τον τοκετό και την καισαρική τομή.

Η ταχεία και ακριβής διάγνωση της νόσου είναι μείζονος σημασίας. Η θεραπεία σε πρώιμο στάδιο είναι εύκολη και αποτελεσματική. Η θνησιμότητα της νόσου χωρίς θεραπεία πλησιάζει το 30%, ενώ η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της θεραπείας τη μειώνει δραματικά στο 0,7%. Ωστόσο, η διάγνωση και ο αποκλεισμός της νόσου, ακόμα και σήμερα αποτελεί διαγνωστική πρόκληση. Τα ευρήματα σε νεκροψίες επιβεβαιώνουν ότι οι υποκλινικές πνευμονικές εμβολές δεν είναι σπάνιες και ότι η νόσος διαλάθει συχνά της διάγνωσης. Αναφέρεται ότι έως και στο 50% των ασθενών που καταλήγουν λόγω πνευμονικής εμβολής, η διάγνωση δεν είχε τεθεί⁹.

Στους μαιευτικούς ασθενείς η έρευνα και η μελέτη της ασφάλειας και της ακρίβειας των απεικονιστικών εξετάσεων για τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής είναι περιορισμένη. Οι αλλαγές στη φυσιολογία των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η αυξημένη επικινδυνότητα της ακτινοβολίας και της χρήσης ενδοφλεβίως χορηγουμένων σκιαγραφικών μέσων για το έμβρυο είναι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό της διαγνωστικής στρατηγικής που θα ακολουθηθεί. Η κλινική εικόνα συνήθως είναι ασαφής, άτυπη και μπορεί να επισκιάζεται από άλλα προϋπάρχοντα νοσήματα.

Έχουν δημοσιευθεί αρκετές εργασίες με σκοπό την αντικειμενική εκτίμηση της πιθανότητας πνευμονικής εμβολής σε χειρουργικούς και γυναικολογικούς ασθενείς, οι οποίες προτείνουν τη βαθμολόγηση της παρουσίας προδιαθεσικών παραγόντων και κλινικών σημείων και την κλιμάκωση της πιθανότητας σε χαμηλή, ενδιάμεση ή υψηλή. Αυτοί οι αλγόριθμοι συνήθως είναι πολύπλοκοι, σε μερικές περιπτώσεις αλληλοσυγκρουόμενοι και μάλλον μακριά από την καθημερινή κλινική πράξη. Ενώ στο γενικό πληθυσμό τα επίπεδα των προϊόντων αποδόμησης του ινώδους (Δ- διμερή) έχουν διαγνωστική αξία, στους μαιευτικούς ασθενείς αύξηση τους παρατηρείται όχι σπάνια και χωρίς την παρουσία θρόμβωσης περιορίζοντας σημαντικά την αξία της εξέτασης.

Ο ρόλος της κλινικής εξέτασης και των μη απεικονιστικών παρακλινικών εξετάσεων περιορίζεται κυρίως στην επιλογή των ασθενών που θα υποβληθούν στην κατάλληλη διερεύνηση με αντικειμενικές εξετάσεις, για τον αποκλεισμό ή την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Από το βασικό έλεγχο κάθε ασθενή που προσέρχεται με συμπτώματα συμβατά με πιθανή πνευμονική εμβολή (ηλεκτροκαρδιογράφημα, αέρια αρτηριακού αίματος) δεν προκύπτουν στοιχεία που θα μπορούσαν να επιβεβαιώσουν ή να αποκλείσουν τη νόσο. Στους μαιευτικούς ασθενείς, η απεικόνιση κατέχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο, επιτυγχάνοντας είτε την άμεση ανάδειξη των πνευμονικών εμβόλων, είτε την ανάδειξη των διαταραχών αιμάτωσης του πνευμονικού παρεγχύματος. Το σπινθηρογράφημα αερισμού αιμάτωσης αν και κατέχει ακόμη θέση στα διαγνωστικά πρωτόκολλα, η χρήση του περιορίζεται ολοένα και περισσότερο. Η ελικοειδής αξονική τομογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρώτο διαγνωστικό βήμα στους μαιευτικούς

ασθενείς με πιθανή θρομβοεμβολική νόσο. Η ευκολία εκτέλεσης της εξέτασης και η ευρεία διαθεσιμότητα, την καθιστούν μέθοδο ρουτίνας στην εκτίμηση ασθενών με υπόνοια πνευμονικής εμβολής^{9,10}.

Το υπερηχοτομογράφημα του εν τω βάθει φλεβικού δικτύου λόγω της ευρείας διαθεσιμότητας, του χαμηλού κόστους και λόγω της άμεσης συσχέτισης της πνευμονικής εμβολής και της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρώτη εξέταση ή ως ενδιάμεσο διαγνωστικό βήμα, περιορίζοντας την αναγκαιότητα περισσότερο χρονοβόρων ή επεμβατικών εξετάσεων. Η μαγνητική αγγειογραφία αν και δεν έχει βρει ακόμα τη θέση της, σήμερα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική μέθοδος στις περιπτώσεις ασθενών με ιστορικό αλλεργικής προδιάθεσης και έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας.

Δυστυχώς δεν έχει καθοριστεί ακόμα ένα κοινώς αποδεκτό πρωτόκολλο διερεύνησης των ασθενών με πιθανή πνευμονική εμβολή και κάθε διαγνωστικό κέντρο ακολουθεί διαφορετική μεθοδολογία και αλγόριθμο διερεύνησης. Η προστασία του εμβρύου από τις βλαβερές συνέπειες της ιονίζουσας ακτινοβολίας και πιθανόν των σκιαγραφικών μέσων απαιτεί την ορθολογική χρήση των εξεταστικών μεθόδων σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα και την κλιμάκωση από την κλινική και την μη απεικονιστική εργαστηριακή εκτίμηση, στο υπερηχογράφημα του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος των κάτω άκρων και εάν κριθεί αναγκαίο στην αξονική τομογραφία, ώστε να διασφαλιστεί η ταχεία και έγκυρη διάγνωση¹¹.

Ποσοστό περίπου 10% πεθαίνει εντός της πρώτης ώρας αν δεν εφαρμοσθεί έγκαιρα θεραπευτική αγωγή. Μεταξύ αυτών που επιζούν, αν γίνει διάγνωση και δοθεί θεραπευτική αγωγή, το ποσοστό των θανάτων είναι 3 – 8%, αντίθετα, χωρίς έγκαιρη αντιμετώπιση το ποσοστό φθάνει το 30%. Η θεραπεία της πνευμονικής εμβολής πρέπει να εξυπηρετεί δύο σκοπούς: α) να εμποδίσει την αύξηση του μεγέθους του θρόμβου και γι' αυτό χρησιμοποιούνται αντιπηκτικά φάρμακα, και β) να διαλύσει το θρόμβο, το οποίο επιτυγχάνεται με τη χορήγηση θρομβολυτικών φαρμάκων. Η αντιπηκτική φαρμακευτική αγωγή έχει δύο μορφές, ενέσεις και δισκία ή σιρόπι για όσους δε μπορούν να ανεχτούν την από του στόματος αγωγή. Ο ενέσιμος τύπος είναι η ηπαρίνη ή παρόμοιες ενέσεις, που ονομάζονται «ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους». Τα δισκία ή το σιρόπι καλούνται βαρφαρίνη και ανήκουν στην ομάδα φαρμάκων γνωστή ως αντιπηκτικά λαμβανόμενα από του στόματος^{5,9}. Συνήθως, οι ενέσεις χρησιμοποιούνται κατά την έναρξη της θεραπείας επειδή είναι άμεσης αποτελεσματικότητας. Μετά τις ενέσεις, ξεκινάει η χορήγηση της βαρφαρίνης, η οποία διαρκεί μερικές ημέρες για να λειτουργήσει πλήρως. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αντιθρομβωτική θεραπεία συνεχίζεται μέχρι έξι μήνες μετά την πνευμονική εμβολή, ενώ μερικές φορές συνιστάται και πιο μακρόχρονη θεραπεία. Η υποστηρικτική θεραπεία είναι εξίσου σημαντική και

απαραίτητη για την αντιμετώπιση της πνευμονικής εμβολής. Πρόκειται για αγωγή, η οποία βοηθάει το σώμα να αντιμετωπίσει τις συνέπειες του θρόμβου του αίματος, με τη χορήγηση οξυγόνου για τη μείωση της δύσπνοιας, τη χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών, σε ορισμένες περιπτώσεις, για την υποστήριξη της κυκλοφορίας και τη στενή παρακολούθηση του ασθενούς.

2.2.1 ΕΜΒΟΛΗ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ – ΔΙΑΧΥΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΗΞΗ

Η εμβολή αμνιακού υγρού πρόκειται για μία παθολογική κατάσταση κατά την οποία μικρές ποσότητες αμνιακού υγρού εισέρχονται στη συστηματική κυκλοφορία της μητέρας μέσω μιας ρήξης στις πλακουντιακές μεμβράνες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η συχνότητα της πάθησης κυμαίνεται από 4,9 έως 10,6 ανά 1.000.000 κυήσεις με μοναδικό προγνωστικό παράγοντα την ηλικία άνω των 25 ετών. Είσοδος μεγάλης ποσότητας αμνιακού υγρού ή υπολειμμάτων εμβρυακής προέλευσης στη συστηματική κυκλοφορία της μητέρας προκαλούν προκάρδιο άλγος, υπόταση, δύσπνοια, υποξαιμία και κυάνωση, μικτή μεταβολική και αναπνευστική οξέωση, τετανική σύσπασση της μήτρας, αιφνίδια καρδιακή ανακοπή ταυτόχρονα με τονικοκλωνικούς σπασμούς και διαταραχές πήκτικότητας (αιμορραγία). Το φαινόμενο αυτό μπορεί να παρατηρηθεί κατά τις ωδίνες του τοκετού, τον τοκετό ή την αποκόλληση του πλακούντα. Το περιεχόμενο του υγρού, όπως πεπτωκότα εμβρυϊκά κύτταρα, μηκόνιο, εμβρυϊκό χνούδι, σμήγμα, μπορεί να προκαλέσει πνευμονική εμβολή ή διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Η εμβολή με αμνιακό υγρό είναι συνήθως θανατηφόρα. Οι γυναίκες που λαμβάνουν φαρμακευτικούς παράγοντες για την πρόκληση τοκετού έχουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο να υποστούν εμβολή αμνιακού υγρού, σύμφωνα με канаδική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό έντυπο 'The Lancet'^{6,8}.

Η διαφορική διάγνωση της εμβολής από αμνιακό υγρό περιλαμβάνει την προ-εκλαμψία, την αρτηριακή υπέρταση κατά την κύηση, βαριές αλλεργικές αντιδράσεις, και την πνευμονική εμβολή. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί είναι ακόμα άγνωστοι. Η θεραπεία παραμένει συμπτωματική με, οξυγονοθεραπεία, μηχανικό αερισμό, επεμβατική αιμοδυναμική συνεχής παρακολούθηση της καρδιακής παροχής και της πίεσης ενσφήνωσης πνευμονικών τριχοειδών (PCWP) και αντιμετώπιση της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης (ΔΕΠ).

Η αιμορραγία μετά από οξεία διαταραχή της αιμόστασης αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά συμβάματα στη μαιευτική πράξη. Η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη αποτελεί μια γενικευμένη θρομβοαιμορραγική διαταραχή, η οποία προκύπτει από την ευρεία ενεργοποίηση των συστημάτων πήξης και ινωδολύσης.

Περιγεννητικά η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη μπορεί να οφείλεται σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, σε ενδομήτριο θάνατο με παραμονή του εμβρύου, εμβολή αμνιακού υγρού, σηψαιμία, προεκλαμψία σχετιζόμενη ή όχι με σύνδρομο HELLP, κεραυνοβόλο πορφύρα, οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης, καθώς και μετά από μαζική μετάγγιση αίματος με σκοπό την αντιμετώπιση επιπλοκών της εγκυμοσύνης. Αποτελεί πολύ συχνή αιτία μαιευτικών θανάτων^{15,18}.

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι ζωτικής σημασίας, με δεδομένο τον αυξημένο κίνδυνο μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης στη μαιευτική προϋποθέτει το συντονισμό και τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (ΔΕΠ) αποτελεί επίκτητη διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την ενεργοποίηση της αιμόστασης, τη δημιουργία θρομβίνης και τελικά το σχηματισμό και την εναπόθεση ινώδους, κυρίως στα μικρά αγγεία. Η εναπόθεση αυτή είναι δυνατό να οδηγήσει σε μικροθρομβώσεις και στις σοβαρότερες μορφές του συνδρόμου στην κατανάλωση των αιμοπεταλίων και των παραγόντων της πήξης, με αποτέλεσμα την αιμορραγική διάθεση, καθώς και σε καταστροφή των ερυθροκυττάρων της κυκλοφορίας λόγω τραυματισμού τους.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη είναι δυνατό να εμφανιστεί με ένα ευρύ φάσμα κλινικο-εργαστηριακών εκδηλώσεων, το οποίο κυμαίνεται από τη μικρού βαθμού αντιρροπούμενη διάχυτη ενδαγγειακή πήξη με υψηλά προϊόντα διάσπασης του ινώδους, διαλυτά συμπλέγματα και υψηλή σχέση παραγόντων πήξης, έως τη μη αντιρροπούμενη διάχυτη ενδαγγειακή πήξη με σοβαρότατους κινδύνους. Η τελευταία μορφή της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης διακρίνεται περαιτέρω σε εκείνη στην οποία διατηρείται ικανοποιητική αιμόσταση, αλλά υπάρχει πτώση του ινωδογόνου, των αιμοπεταλίων, των παραγόντων της πήξης, υψηλά προϊόντα διάσπασης του ινώδους και συμπλέγματα ινώδους, καθώς και στη μη αντιρροπούμενη διάχυτη ενδαγγειακή πήξη με πλήρη απώλεια της αιμόστασης, πτώση του ινωδογόνου, των αιμοπεταλίων, των παραγόντων της πήξης και υψηλά προϊόντα διάσπασης του ινώδους. Η εργαστηριακή διερεύνηση της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης περιλαμβάνει μία σειρά εξετάσεων που αφορούν στη διάγνωση της υποκείμενης νόσου, αλλά και στην ανίχνευση των διαταραχών της πήξης^{14,15}.

Η κλινική υποψία σε συνδυασμό με την εργαστηριακή επιβεβαίωση πρέπει να οδηγούν στην άμεση, επιθετική, θεραπευτική παρέμβαση, με δεδομένο ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα του συνδρόμου είναι πολύ υψηλή. Η διάγνωση και αντιμετώπιση του συνδρόμου κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας εμφανίζει ιδιαίτερες δυσκολίες, λόγω των αιματολογικών και αιμοδυναμικών μεταβολών που παρατηρούνται στις δύο αυτές καταστάσεις. Η θεραπευτική

προσέγγιση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τη δυνητική εμβρυοτοξική δράση κάποιων θεραπευτικών μέσων, με προτεραιότητα πάντα στη διάσωση της μητέρας, που εξασφαλίζει και τη διάσωση του εμβρύου^{10,11}.

Συνοψίζοντας, το σύνδρομο διάχυτης ενδαγγειακής πήξης συνοδεύεται από σοβαρές απώλειες τόσο στα νεογνά όσο και στις επίτοκες. Όταν τα προϊόντα διασπάσεως του ινώδους εμφανιστούν στο περιφερικό αίμα, η κατάσταση της ασθενούς χαρακτηρίζεται από πολύ σοβαρή έως μη αναστρέψιμη. Αυτό συμβαίνει διότι τα ινίδια που προέρχονται από τη διάσπαση του ινωδογόνου, εγκαθίστανται στα τριχοειδή αγγεία, εμποδίζοντας την οξυγόνωση των ιστών, που οδηγεί μοιραία στο σύνδρομο ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων. Αυτό πρακτικά σημαίνει, πως έχει μεγάλη κλινική αξία η αναστολή της εξέλιξης του συνδρόμου διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, πριν την εμφάνιση των προϊόντων διασπάσεως του ινώδους στο περιφερικό αίμα.

Πρέπει να τονισθεί ότι οι ασθενείς που εμπλέκονται σε σύνδρομο διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, κινδυνεύουν άμεσα από την έλλειψη μεταφοράς του οξυγόνου στους ιστούς. Αυτή η κατάσταση δημιουργείται λόγω της υπάρχουσας υποογκαιμίας και κάθε προσπάθεια πρέπει να αποβλέπει στη διατήρηση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος. Απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις για την εκτίμηση της κατάστασης του ενδογενούς μηχανισμού είναι ο χρόνος προθρομβίνης, ο χρόνος θρομβίνης, ο χρόνος πήξης και το ινωδογόνο του πλάσματος. Γίνεται έλεγχος του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης. Κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής υπάρχουν μαιευτικές επιπλοκές που μπορούν να προκαλέσουν την έκλυση της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι η κεντρική αποκόλληση του πλακούντα, η εκλαμψία, η εμβολή αμνιακού υγρού και οι ενδομήτριες φλεγμονές. Στην περίπτωση εμβολής αμνιακού υγρού χορηγείται ηπαρίνη με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η αποκατάσταση του πηκτικού μηχανισμού είναι πολύ σημαντική και επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ολικού πρόσφατου αίματος από υγιή δότη, συντηρημένου αίματος, αιμοπεταλίων, κατεψυγμένου πλάσματος και υποκατάστατα πλάσματος. Σκοπό έχουν να διατηρήσουν ικανοποιητικό όγκο κυκλοφορούντος αίματος, επαρκή νεφρική λειτουργία και απομάκρυνση των ενεργοποιηθέντων παραγόντων πήξης. Χορηγούνται, ακόμα, ηλεκτρολυτικά διαλύματα, κολλοειδή, διαλύματα ζελατίνης και ανθρώπινη αλβουμίνη¹⁵.

2.3 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΣΦΥΞΙΑ

Η περιγεννητική ασφυξία ή καλύτερα υποξική – ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια παραμένει μια σοβαρή παθολογική κατάσταση στις ανεπτυγμένες χώρες και μία από τις κύριες αιτίες

θνησιμότητας και νευρολογικής νοσηρότητας για την περιγεννητική περίοδο, η οποία είναι κρίσιμη για την εξέλιξη και την ποιότητα ζωής του νεογνού. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην ανταλλαγή των αερίων στον πλακούντα που οδηγούν σε υποξία, υπερκαπνία και μεταβολική οξέωση. Εάν η υποξία παραταθεί ή είναι αρκετά σοβαρή, καταστέλλεται η λειτουργία του μυοκαρδίου και ελαττώνεται η αιμάτωση του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα ισχαιμία. Συνεπώς, ο όρος υποξαιμικό – ισχαιμικό επεισόδιο περιγράφει καλύτερα την παθοφυσιολογία της ασφυξίας, δίνοντας έμφαση στα δύο κύρια χαρακτηριστικά της. Τα συχνότερα αίτια υποξαιμικής – ισχαιμικής βλάβης είναι ενδομήτρια. Η υποξαιμική – ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια στα τελειόμηνα νεογνά ορίζεται ως η παρουσία παθολογικών νευρολογικών ευρημάτων τις πρώτες 48 ώρες ζωής, μετά από ενδείξεις εμβρυϊκής ή νεογνικής δυσπραξίας. Στις ενδείξεις αυτές περιλαμβάνονται οι διαταραχές του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού, το κεχρωσμένο αμνιακό υγρό, η βαριά μεταβολική οξέωση στην ομφαλική αρτηρία και το χαμηλό Apgar score^{19,20}.

Παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση ασφυξίας κατά τον τοκετό αποτελούν είναι οι:

1. μη ικανοποιητική οξυγόνωση της μητέρας, λόγω καρδιοαναπνευστικών προβλημάτων,
2. μη ικανοποιητική αιμάτωση του πλακούντα εξαιτίας προβλημάτων της μητέρας, όπως είναι η υπόταση, η υπέρταση της μητέρας και οι έντονες συσπάσεις της μήτρας,
3. μη ικανοποιητική ή διακοπή της ανταλλαγής αερίων στον πλακούντα, λόγω αποκόλλησης ή ανεπάρκειας του πλακούντα,
4. διακοπή της κυκλοφορίας στον ομφάλιο λώρο, λόγω της πρόπτωσης ομφαλίδας, συμπίεση ή περίδεση του ομφάλιου λώρου, και τέλος
5. αδυναμία του νεογνού να προσαρμοσθεί στο εξωμήτριο περιβάλλον.

Το έμβρυο και το νεογνό είναι πιο ανθεκτικά στην ασφυξία απ' ό,τι οι ενήλικες. Το ώριμο έμβρυο αντιδρά με ανακατανομή του αίματος για να εξασφαλίσει ικανοποιητική αιμάτωση και οξυγόνωση στην καρδιά, τα επινεφρίδια και τον εγκέφαλο. Εάν η υποξία παραταθεί, τότε ελαττώνεται η λειτουργικότητα του μυοκαρδίου και η καρδιακή παροχή, με αποτέλεσμα την ελάττωση της αιμάτωσης σε όλα τα όργανα και τελικά ισχαιμία. Οι επιπτώσεις της υποξίας – ισχαιμίας είναι η βλάβη του εγκεφάλου και άλλων οργάνων ή ο θάνατος. Φυσιολογικά, η εγκεφαλική αιματική ροή δεν επηρεάζεται από τις διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης. Στα πρόωρα νεογνά καθώς και σε καταστάσεις υποξίας, υπερκαπνίας και οξέωσης, η αγγειακή αυτορύθμιση του εγκεφάλου ανεπαρκεί. Σε παρατεινόμενη ασφυξία, ελαττώνεται η καρδιακή παροχή με αποτέλεσμα

υπόταση, η οποία λόγω της απώλειας της αγγειακής αυτορύθμισης του εγκεφάλου, προκαλεί εγκεφαλική ισχαιμία. Γενικά, στα νεογνά η βλάβη του εγκεφάλου παρατηρείται στις περιπτώσεις που η ασφυξία είναι τόσο σοβαρή, ώστε να προκαλέσει την απώλεια της αυτορύθμισης των αγγείων του εγκεφάλου²⁰.

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την ηλικία κύησης και τη βαρύτητα της βλάβης. Το οξύ υποξαιμικό – ισχαιμικό επεισόδιο στη γέννηση μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία πολλών οργάνων, λόγω της ανακατανομής του αίματος κατά τη διάρκειά του. Περίπου το 82% των νεογνών έχουν ενδείξεις βλάβης σε ένα ή περισσότερα όργανα, όπως είναι το κεντρικό νευρικό σύστημα, οι νεφροί, οι πνεύμονες, η καρδιά, το γαστρεντερικό. Επίσης, συχνά μπορεί να παρατηρηθούν μεταβολικές επιπλοκές, αιματολογικές διαταραχές καθώς και εκδηλώσεις από το ήπαρ. Αναλυτικά στο αιμοποιητικό σύστημα προκαλείται διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, στο ήπαρ εμφανίζονται διαταραχές πήξης και υπολευκωματιναιμία, στους νεφρούς παρατηρούμε την εμφάνιση οξείας σωληναριακής νέκρωσης και ατονίας της κύστης, όσων αφορά στους πνεύμονες, παρατηρείται πνευμονική υπέρταση, πνευμονική αιμορραγία και σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, ενώ στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλείται εγκεφαλική αιμορραγία, υποξαιμική – ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, εγκεφαλικό οίδημα και σπασμοί.

Πολλές παθήσεις εκδηλώνονται με κλινική εικόνα που υποδέεται την υποξαιμική – ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια όπως μεταβολικά νοσήματα, μυοπάθειες, γενετικά προβλήματα, από τα οποία πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση. Για τη διάγνωση της περιγεννητικής ασφυξίας πρέπει να αξιολογείται κάθε πληροφορία από το ιστορικό της κύησης και του τοκετού. Τα κριτήρια διάγνωσης που καθορίζει η Αμερικανική παιδιατρική και μαιευτική γυναικολογική εταιρεία είναι: 1) Παρατεταμένη μεταβολική ή μικτή οξέωση ($\text{pH} < 7.00$ και έλλειμμα βάσης $> 12 \text{ mmol/L}$) σε δείγμα αρτηριακού αίματος από τον ομφάλιο λώρο, 2) Apgar score < 3 για περισσότερο από πέντε λεπτά, 3) Σημαντικό υποξικό γεγονός πριν ή κατά τον τοκετό (όπως ρήξη μήτρας, πρόπτωση ομφαλίδας, αποκόλληση πλακούντα), και 4) Δυσλειτουργία διαφόρων συστημάτων όπως αναπνευστικό, κεντρικό νευρικό, καρδιαγγειακό, αιμοποιητικό, γαστρεντερικό σε πρώιμη νεογνική ηλικία^{19,20}.

Αμέσως μετά τη γέννηση, η απόφαση για παρέμβαση βασίζεται στην εκτίμηση της αναπνευστικής κατάστασης του νεογνού, στην καρδιακή του συχνότητα και το χρώμα του. Δεν υπάρχει καθορισμένο πρωτόκολλο περαιτέρω θεραπείας του ασφυκτικού νεογνού. Εντούτοις, η άμεση καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και σταθεροποίηση κατά τον τοκετό μπορεί να ελαχιστοποιήσει την εγκεφαλική βλάβη. Μετά τον τοκετό, τα θεραπευτικά μέτρα αποβλέπουν στην υποστήριξη των συστημάτων του οργανισμού και περιλαμβάνουν την χορήγηση οξυγόνου και την εφαρμογή μηχανικού αερισμού. Η συχνή εκτίμηση της οξεοβασικής ισορροπίας είναι απαραίτητη για τον

έλεγχο της αποδοτικότητας της θεραπείας. Χορήγηση ινóτροπων φαρμάκων και φυσιολογικού ορού για την υποστήριξη του κυκλοφορικού συστήματος. Συχνή παρακολούθηση και αντιμετώπιση των ηλεκτρολυτικών και μεταβολικών επιπλοκών.

2.4 ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Οι μυοκαρδιοπάθειες είναι παθήσεις του μυοκαρδίου, στις οποίες η αιτία δεν έχει εξακριβωθεί. Οι δύο πιο συχνόί τύποι είναι η υπερτροφική και η διατατική μυοκαρδιοπάθεια. Η διατατική μυοκαρδιοπάθεια είναι μία σοβαρή κατάσταση που αποδυναμώνει τους μυς της καρδιάς και την αναγκάζει να τεντωθεί ή να διασταλεί. Οι διαστάσεις της καρδιάς αυξάνονται, τα δε τοιχώματα γίνονται λεπτότερα. Έτσι η συστολική δύναμη της καρδιάς μειώνεται και ο άρρωστος παρουσιάζει συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας. Η προσβολή αφορά συχνότερα την αριστερή κοιλία και σπάνια την δεξιά ή και τις δύο κοιλίες. Όταν ο μυς της καρδιάς είναι αδύναμος, δε μπορεί να αντλεί το αίμα τόσο καλά όσο θα έπρεπε, με αποτέλεσμα να παραμένει αίμα στο εσωτερικό της καρδιάς μετά από κάθε κτύπο της, ενώ δε θα έπρεπε. Όσο περισσότερο αίμα εισέρχεται και παραμένει στην καρδιά, τόσο ο καρδιακός μυς διαστέλλεται και γίνεται ακόμα πιο αδύναμος. Τις περισσότερες φορές, η κατάσταση αυτή οδηγεί σε καρδιακή ανεπάρκεια, η οποία δε σημαίνει ότι η καρδιά σταματά την άντληση ή να κτυπά, αλλά ότι η καρδιά δε μπορεί να αντλήσει αρκετό αίμα για να καλυφθούν οι ανάγκες του σώματος. Καρδιομυοπάθεια σχετιζόμενη με την κύηση περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1937. Σε σπάνιες περιπτώσεις διατατική μυοκαρδιοπάθεια αναπτύσσεται τον τελευταίο μήνα της κύησης ή κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών μετά τον τοκετό, χωρίς οι ειδικοί να γνωρίζουν πως προκύπτει αυτό^{50,70}.

Πρέπει να τονισθεί ότι οι περισσότερες γυναίκες με διατατική μυοκαρδιοπάθεια δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα στη διάρκεια της κύησης, θα πρέπει να ενθαρρύνεται η συνέχιση της εγκυμοσύνης και να αποφεύγεται η δημιουργία άγχους και ανασφάλειας. Από την άλλη πλευρά στις λίγες σοβαρές περιπτώσεις υπάρχει σημαντικός κίνδυνος νοσηρότητας ή και θνητότητας για τη μητέρα και το έμβρυο. Πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα και να δίνονται κατάλληλες συμβουλές και οδηγίες για τον προγραμματισμό ή όχι της εγκυμοσύνης και τους πιθανούς κινδύνους νοσηρότητας και θνητότητας για τη μητέρα και το έμβρυο, κατά τη διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας. Μεγάλες καρδιολογικές εταιρείες έχουν κατά καιρούς δημοσιεύσει οδηγίες (guidelines) που αφορούν στην αντιμετώπιση καρδιοπαθειών στην κύηση όπως η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία, το Αμερικανικό Κολέγιο Καρδιολογίας και η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία.

Τα κυριότερα αίτια εμφάνισης της διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας, πιθανολογούνται ότι είναι: κληρονομικά σε ποσοστό 20 – 25%, ιογενούς αιτιολογίας, ο αλκοολισμός, αυτοάνοσης αιτιολογίας και σπανιότατα HIV λοίμωξη. Έχουν γίνει διάφορες υποθέσεις για τα πιθανά αίτια της νόσου, οι οποίες περιλαμβάνουν την ιογενή λοίμωξη του μυοκαρδίου από ιούς, την αυτοάνοση αιτιολογία και την αιμοδυναμική αστάθεια κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά καμία δεν έχει τεκμηριωθεί. Στις δυτικές χώρες η συχνότητα εμφάνισης της διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας είναι 1 ανά 10.000 – 15.000 τοκετούς. Η συχνότητα αυξάνεται σε 1 ανά 1.000 τοκετούς στη Νότια Αφρική, ενώ στην Αϊτή φθάνει το ποσοστό σε 1 ανά 350 τοκετούς. Μπορεί να προκαλέσει στη μητέρα δύσπνοια, ένα πολύ συχνό σύμπτωμα το οποίο οφείλεται στη συγκέντρωση υγρού στους πνεύμονες, οίδημα των κάτω άκρων, πόνος στο στήθος, η αιτία που προκαλεί τον πόνο δεν είναι σαφής, και αρρυθμίες, οι πιο συχνές εκ των οποίων είναι οι έκτακτες κοιλιακές συστολές, η κοιλιακή ταχυκαρδία και η κολπική μαρμαρυγή. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να εμφανισθούν ξαφνικά μετά την εγκυμοσύνη^{25,50}.

Υπάρχει σοβαρή πιθανότητα υποτροπής σε δεύτερη εγκυμοσύνη. Σε γυναίκες με κλάσμα εξωθήσεως μικρότερο του 50% η πιθανότητα υποτροπής φθάνει σε ποσοστό 44%, ενώ η θνητότητα ανέρχεται σε ποσοστό 20%. Σε κλάσμα εξωθήσεως μεγαλύτερο του 50% η πιθανότητα υποτροπής ανέρχεται σε 19%, ενώ η θνητότητα έχει υπολογισθεί ότι είναι μηδενική. Η διάγνωση της διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας γίνεται με βάση το οικογενειακό ιστορικό, το πρόσφατο ιατρικό ιστορικό της ασθενούς και με τη φυσική εξέταση των πνευμόνων και της καρδιάς. Πιο ενδελεχείς εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωση της νόσου είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η ακτινογραφία θώρακος, το υπερηχοκαρδιογράφημα και οι συνήθειες αιματολογικές εξετάσεις.

Για τη θεραπεία της διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή. Χορηγούνται β-αναστολείς, καρδιοτονωτικά και διουρητικά. Επί κολπικής μαρμαρυγής δίνεται δακτυλίτιδα ή αμιωδαρόνη για έλεγχο της καρδιακής συχνότητας. Θα πρέπει να υπάρχει τακτική παρακολούθηση για να ελέγχεται πρόοδος της γυναίκας και να προσαρμόζεται η θεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο. Η παρακολούθηση των συμπτωμάτων, ακόμα, αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπείας⁷⁰.

2.5 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης αποτελεί μια ξεχωριστή κατηγορία σακχαρώδους διαβήτη και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση διαταραχής ανοχής στη γλυκόζη για πρώτη φορά κατά την κύηση. Στην περίπτωση που προϋπάρχει διαβήτης, είτε τύπου 1, είτε τύπου 2, τότε δεν πρόκειται για διαβήτη

κύησης, αλλά κύηση σε έδαφος προϋπάρχοντος διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης αποτελεί πάντως μια προσωρινή διαταραχή και αφορά στο 3 - 5% των κυήσεων. Πρόκειται για μία διαταραχή του μεταβολισμού η οποία χαρακτηρίζεται από τιμές γλυκόζης (σακχάρου) αίματος υψηλότερες του φυσιολογικού. Η γλυκόζη προσλαμβάνεται από τις τροφές και αποτελεί πηγή ενέργειας για τα κύτταρα. Η είσοδος της γλυκόζης στα κύτταρα γίνεται με την βοήθεια της ινσουλίνης, μιας ορμόνης που παράγεται από το πάγκρεας. Μοιάζει με το διαβήτη τύπου 2 ως προς το ότι χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Οι ακριβείς μηχανισμοί, μέσω των οποίων το ορμονικό περιβάλλον προκαλεί την αντίσταση στην ινσουλίνη δεν είναι γνωστοί, πιστεύεται όμως ότι ένας από τους πιο πιθανούς είναι η αυξημένη λιπόλυση που παρατηρείται σε αυτό το διάστημα, σε συνδυασμό με την αύξηση της πρόσληψης της τροφής, την αύξηση του σωματικού βάρους, καθώς και τη μειωμένη δραστηριότητα της εγκύου. Αναφορικά σημειώνεται πως υπάρχει ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 ή νεανικός διαβήτης γιατί παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά και εφήβους, στον οποίο η παραγωγή ινσουλίνης είναι μειωμένη και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, στον οποίο τα κύτταρα αντιστέκονται στην ινσουλίνη και δεν προσλαμβάνουν την απαραίτητη ποσότητα γλυκόζης^{17,21}.

«They gave birth astride of a grave, with a grave awaiting both the mother and the fetus» ήταν η περιγραφή για το σακχαρώδη διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη που δόθηκε από τον Drury, νωρίς αυτόν τον αιώνα. Σήμερα, η εξέλιξη των κυήσεων που επιπλέκονται με διαβήτη έχει βελτιωθεί σημαντικά. Η αναγνώριση των βασικών κινδύνων για τη μητέρα και το νεογνό, η ανακάλυψη της ινσουλίνης, η εντατική παρακολούθηση και η διατήρηση καλού μεταβολικού ελέγχου επέφεραν θεαματική βελτίωση στην πρόγνωση. Βασικός στόχος παραμένει η επίτευξη της διακήρυξης του Saint Vincent, όπως διατυπώθηκε το 1989: «Να επιτύχουμε έκβαση της εγκυμοσύνης στη γυναίκα με σακχαρώδη διαβήτη, παρόμοια με αυτή της γυναίκας χωρίς διαβήτη»²¹. Ωστόσο, παρά την αρχική αισιοδοξία, ο στόχος αυτός δεν έχει ακόμη επιτευχθεί.

Κατά τη διάρκεια της κύησης, το έμβρυο τρέφεται μέσω του πλακούντα από τον οποίο παράγονται ορμόνες που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξή του. Οι ορμόνες αυτές (κορτιζόλη, προγεστερόνη, οιστραδιόλη, προλακτίνη, εμβρυϊκό πλακουντιακό γαλακτογόνο) παρουσιάζουν μέγιστη έκκριση κατά την 24^η - 28^η εβδομάδα της κύησης και εμποδίζουν τη δράση της ινσουλίνης στο σώμα της εγκύου. Σε κάποιες περιπτώσεις η εγκύος καταφέρνει να ξεπεράσει τον στρεσογόνο αυτό παράγοντα και το πάγκρεας παράγει περισσότερη ινσουλίνη, διατηρώντας έτσι τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα της γυναίκας σε φυσιολογικές τιμές. Στην αντίθετη περίπτωση έχουμε αντίσταση στην ινσουλίνη και η εγκύος εμφανίζει διαβήτη κύησης. Μετά τον τοκετό, οπότε και τα επίπεδα αυτών

των ορμονών είναι χαμηλότερα, τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα της γυναίκας συνήθως επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του διαβήτη της κύησης, που έχουν την ευρύτερη αποδοχή, είναι αυτά της American Diabetes Association (ADA). Η American Diabetes Association έχει θεσπίσει μία δοκιμασία δύο βημάτων για τη διάγνωση του διαβήτη της κύησης, που περιλαμβάνει τη δοκιμασία ανίχνευσης και τη δοκιμασία διάγνωσης. Η θετική δοκιμασία ανίχνευσης υπαγορεύει την ανάγκη εκτέλεσης της δοκιμασίας διάγνωσης, ενώ η θετική δοκιμασία διάγνωσης θέτει την οριστική διάγνωση του διαβήτη της κύησης. Κατά τη δοκιμασία ανίχνευσης χορηγούνται 50 gr γλυκόζης από του στόματος, ανεξάρτητα από το χρόνο λήψης τροφής. Η μέτρηση της γλυκόζης στο πλάσμα γίνεται μετά από μία ώρα. Η δοκιμασία χαρακτηρίζεται θετική εάν η τιμή της γλυκόζης είναι μεγαλύτερη ή ίση από 140 mg/ dL, οπότε η ασθενής επιβάλλεται να υποβληθεί στη δοκιμασία διάγνωσης. Εάν η δοκιμασία ανίχνευσης αποβεί αρνητική, η ασθενής επανεξετάζεται, ανάλογα με την ομάδα κινδύνου στην οποία ανήκει. Εφόσον ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου (διαβήτη σε συγγενή πρώτου βαθμού, ιστορικό διαβήτη σε προηγούμενη εγκυμοσύνη, γλυκοζουρία, ιστορικό γέννησης μακρόσωμων νεογνών), η δοκιμασία επαναλαμβάνεται δύο φορές μεταξύ 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας. Εάν ανήκει στην ομάδα ενδιάμεσου κινδύνου (ως ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου χαρακτηρίζονται εκείνες που δεν πληρούν τα κριτήρια για την κατάταξή τους σε ομάδα υψηλού ή χαμηλού κινδύνου), η δοκιμασία επαναλαμβάνεται μία φορά μεταξύ 24^{ης} – 28^{ης} εβδομάδας^{15,17}. Τέλος, εάν η έγκυος ανήκει στην ομάδα χαμηλού κινδύνου (ηλικία μικρότερη των 25 ετών, φυσιολογικό σωματικό βάρος, απουσία ιστορικού διαταραγμένης ανοχής γλυκόζης, ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό), δε θεωρείται απαραίτητη η διενέργεια της δοκιμασίας ανίχνευσης. Στην περίπτωση που η δοκιμασία αποβεί θετική, η έγκυος επιβάλλεται να υποβληθεί στη δοκιμασία διάγνωσης, η οποία συνίσταται στη χορήγηση 100 gr γλυκόζης από του στόματος και στον προσδιορισμό των επιπέδων της γλυκόζης του πλάσματος ανά ώρα επί τρεις ώρες. Για να χαρακτηριστεί η δοκιμασία διάγνωσης ως θετική, θα πρέπει δύο ή περισσότερες τιμές της γλυκόζης να είναι ίσες ή υψηλότερες από τα εξής όρια: γλυκόζη νηστείας >95 mg/ dl, γλυκόζη σε μία ώρα >180 mg/ dl, γλυκόζη σε δύο ώρες >155 mg/dl, γλυκόζη σε τρεις ώρες >140 mg/ dl. Η δοκιμασία θα πρέπει να εκτελείται το πρωί μετά από ολονύκτια νηστεία¹⁵.

Ο διαβήτης της κύησης, εφόσον διαγνωστεί, χαρακτηρίζει αυτόματα την κύηση ως κύηση υψηλού κινδύνου που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Είναι αναστρέψιμος και υποχωρεί μετά τον τοκετό, μπορεί όμως να προκαλέσει περιγεννητικές επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία της μητέρας και του νεογνού. Όσον αφορά στη μητέρα, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης υπέρτασης και προεκλαμψίας και επιβάλλεται η καισαρική τομή. Η μητέρα διατρέχει επίσης τον κίνδυνο να

εμφανίσει διαβήτη τύπου 2 ή διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη στο μέλλον. Όσον αφορά στο έμβρυο, στην περίπτωση που η μητρική υπεργλυκαιμία δεν ελεγχθεί αποτελεσματικά, αυξημένα ποσοστά γλυκόζης μεταφέρονται σε αυτό με αποτέλεσμα την υπερβολική ανάπτυξή του και την αυξημένη περίμετρο κοιλίας. Αυξάνεται ακόμα ο κίνδυνος μακροσωμίας του εμβρύου και το βάρος γέννησής του μπορεί να ξεπερνά τα 4 kg. Η αύξηση του μεγέθους του εμβρύου μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες κατά τον τοκετό και πιθανώς να οδηγήσει σε τραυματισμό του. Η μακροσωμία ευθύνεται επίσης σε μεγάλο βαθμό για τη μελλοντική παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Παράλληλα, το έμβρυο διατρέχει τον κίνδυνο για υπογλυκαιμία μετά τον τοκετό, δηλαδή χαμηλό επίπεδο σακχάρου στο αίμα, επειδή συνεχίζει να παράγει μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης, ενώ η προσφορά σακχάρου από τη μητέρα έχει διακοπεί μετά τον τοκετό, υπομαγνησισαιμία και υπασβεστιαίμία. Έχει παρατηρηθεί αυξημένη πιθανότητα για νεογνικό ίκτερο και πρόωρο τοκετό. Συσχέτιση επίσης με τον διαβήτη της κύησης εμφανίζεται να έχει και το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας στα νεογνά, λόγω του ότι καθυστερεί η πνευμονική ωρίμανση. Ο διαβήτης της κύησης δεν ενοχοποιείται για αυξημένο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών. Αντίθετα, ο προϋπάρχων διαβήτης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη γέννηση τέτοιων παιδιών²⁰.

Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη στην κύηση έχουν οι γυναίκες που είναι παχύσαρκες, που έχουν ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διαβήτη σε συγγενή 1^{ου} βαθμού ή διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη, έχουν ιστορικό με επιπλοκές σε προηγούμενη κύηση, έχουν υπέρταση ή δυσλιπιδαιμία, είναι μεγαλύτερες των 35 ετών, πολύτοκες γυναίκες (περισσότεροι από πέντε τοκετοί), υπερβολική αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προηγούμενες εγκυμοσύνες με υπέρβαρα παιδιά. Μετά τη διάγνωση του διαβήτη της κύησης η γυναίκα θα πρέπει να παρακολουθείται επισταμένως ως έγκυος υψηλού κινδύνου. Οι παράμετροι παρακολούθησης περιλαμβάνουν το σωματικό βάρος, την αρτηριακή πίεση, τη γλυκόζη του αίματος και των ούρων, τη γενική εξέταση ούρων, τα τριγλυκερίδια του ορού, τον υπερηχογραφικό έλεγχο της ανάπτυξης του εμβρύου. Αν δεν καταστεί δυνατή η επίτευξη επιπέδων σακχάρου αίματος εντός φυσιολογικών ορίων με την ισορροπημένη διατροφή και την τακτική άσκηση, είναι αναγκαία η έναρξη ινσουλινοθεραπείας. Η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση, η συστηματική παρακολούθηση, η διατήρηση καλού μεταβολικού ελέγχου και η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για τη μητέρα και το νεογνό, έχουν επιφέρει θεαματική βελτίωση στην πρόγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- ✓ Σηπτικό σύνδρομο
- ✓ Αιμορραγία
- ✓ Προδρομικός πλακούντας
- ✓ Αποκόλληση πλακούντα
- ✓ Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- ✓ Οξεία χολοκυστίτιδα
- ✓ Οξεία παγκρεατίτιδα
- ✓ Εντερική απόφραξη
- ✓ Συστροφή ωοθήκης
- ✓ Αυτόματη ρήξη ήπατος σε σύνδρομο HELLP
- ✓ Έκτοπη κύηση
- ✓ Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών

3.1 ΣΗΠΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Οι ανατομικές, μορφολογικές, λειτουργικές, μεταβολικές, αιμοδυναμικές και βιοχημικές αλλαγές που υφίσταται ο μητρικός οργανισμός στη φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη, αλλά και οι δυνητικοί κίνδυνοι που διατρέχουν η μητέρα και το έμβρυο κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων επηρεάζουν σε άλλοτε άλλο βαθμό την κλινική εκδήλωση, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των οξέων χειρουργικών παθήσεων στην κύηση.

Το σηπτικό σύνδρομο ή όπως αλλιώς ονομάζεται 'δηλητηρίαση του αίματος', είναι μία συχνά θανατηφόρα αντίδραση του οργανισμού και οφείλεται σε λοίμωξη από την παρουσία παθογόνων μικροοργανισμών ή των τοξινών τους στο αίμα και τους ιστούς ή σε τραυματισμό. Ανάλογα με την βαρύτητα των εκδηλώσεων διακρίνεται στη σήψη, στη βαριά σήψη και το σηπτικό σύνδρομο. Στη μαιευτική η σήψη οφείλεται συνήθως σε πυελικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις, αναπνευστικές λοιμώξεις, χοραιοαμνιατίτιδα, μετά από εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, ενώ οι επιλόχειες λοιμώξεις αφορούν κυρίως ενδομητρίτιδες, κολπίτιδες, πυελοπεριτονίτιδες, όπως και θρομβοφλεβίτιδες. Προέρχεται από την ελληνική λέξη «αποσύνθεση». Η εμφάνιση σήψης σε έγκυες γυναίκες είναι πιο συχνή στον αναπτυσσόμενο κόσμο, αν και αυτό δεν επηρεάζει τις γυναίκες στη Βόρεια Αμερική ή άλλες πλουσιότερες και αναπτυγμένες χώρες. Στα μέσα της δεκαετίας του '90 η σήψη ήταν υπεύθυνη για περίπου 7,6% του συνόλου των μητρικών θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Σε μία μελέτη που διεξήχθη από την κλινική Μάγιο και δημοσιεύθηκε το 2005, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι αν και η σήψη στις εγκύους δεν είναι πλέον τόσο κοινή, εξακολουθεί να είναι δυνητικά θανατηφόρα και απαιτεί την έγκαιρη ανίχνευση, την ακριβή διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία^{26,37}.

Η σήψη διαγιγνώσκεται όταν η ασθενής αναπτύσσει κλινικά συμπτώματα λοιμώξεων ή συστηματικής φλεγμονής. Οι ιατροί στηρίζουν τη διάγνωσή τους αντλώντας ευρήματα από μια λίστα σημείων και συμπτωμάτων και βασιζόμενοι σε μια σειρά κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων, όπως

- 1) η θερμοκρασία του σώματος, η ασθενής παρουσιάζει υψηλό πυρετό μεγαλύτερο των 38°C ή υποθερμία με θερμοκρασία μικρότερη των 35°C,
- 2) ο καρδιακός ρυθμός, εμφάνιση ταχυκαρδίας (περισσότερες από 90 σφύξεις το λεπτό),
- 3) ο αναπνευστικός ρυθμός, με την παρουσία ταχύπνοιας (περισσότερες από 20 αναπνοές το λεπτό), και
- 4) αύξηση ή μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.

Η σήψη ορίζεται ως σοβαρή όταν τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συνδυασμό με σημάδια δυσλειτουργίας οργάνων, όπως υποξαιμία, ολιγουρία, γαλακτική οξέωση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και αλλοιωμένη εγκεφαλική λειτουργία. Στη σηπτική καταπληξία, παρά τη λήψη μέτρων, η υπόταση και η δυσλειτουργία των οργάνων παραμένουν και επιδεινώνονται.

Ο παρατεταμένος χρόνος τοκετού, οι συχνοί τραχηλικοί και ενδομήτριοι χειρισμοί, διάφορες επεμβατικοί μέθοδοι και καθετηριασμοί και σπανιότερα καταστάσεις ανοσοανεπάρκειας και ανοσοκαταστολής αποτελούν μερικούς από τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες λοίμωξης των εγκύων και εμφάνισης σήψης. Ακόμα και μικρές λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να έχουν σαν κατάληξη τη σηπτική καταπληξία, γι' αυτό και πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα και με προσοχή. Οι συχνότεροι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί είναι η *Escherichia Coli* και η ομάδα β των στρεπτόκοκκων²⁹.

Η σήψη θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα επείγον ιατρονοσηλευτικό περιστατικό. Μια μελέτη του 2006 έδειξε πως ο κίνδυνος θανάτου από σήψη αυξάνεται κατά 7,6% με κάθε ώρα που περνά πριν από την έναρξη της θεραπείας. Οι πρωτογενείς στόχοι της θεραπείας είναι η επαναφορά του ασθενούς, η εξάλειψη των αιτιών της λοίμωξης, η υποστήριξη των οργανικών συστημάτων που ανεπαρκούν και η πρόληψη των επιπλοκών. Οι προσπάθειες επαναφοράς περιλαμβάνουν τη διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών, τον υποστηρικτικό αερισμό, και την επιθετική παροχή υγρών (κυρίως κατά τις πρώτες ώρες), τη διατήρηση αυστηρού ελέγχου του σακχάρου του αίματος (βέλτιστος εάν η γλυκόζη διατηρείται μεταξύ 80 - 110 mg/ dL), τη χορήγηση αγγειοσυσταλτικών φαρμάκων για την εμμένουσα υπόταση και την εντατική παρακολούθηση. Η εξάλειψη των υποκείμενων λοιμώξεων περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος έως ότου ταυτοποιηθεί η ακριβής αιτία, το οποίο σημαίνει ότι τα αντιβιοτικά είναι αποτελεσματικά ενάντια σε αρκετά από τα πιο κοινά βακτήρια, την απομάκρυνση των πυλών εισόδου της λοίμωξης ή των μολυσμένων προσθετικών υλικών και την παροχέτευση ή αποστράγγιση αποστημάτων εάν υπάρχουν^{26,29}. Οι επιπλοκές σε ασθενείς με σήψη προλαμβάνονται με επαρκή υποστηρικτική φροντίδα: χορήγηση ηπαρίνης για την ελάττωση του κινδύνου φλεβικής θρόμβωσης, φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη ελκών κατάκλισης, παρεντερική λήψη τροφής για την αποφυγή ασιτίας και άσηπτη τεχνική για τον περιορισμό δευτεροπαθών νοσοκομειακών λοιμώξεων. Όλα τα υγρά και τα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλεβίως για να διασφαλιστεί η γρήγορη αποτελεσματικότητά τους και ο έλεγχός τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η διάγνωση του αιτίου είναι αναγκαία γι' αυτό η λήψη καλλιιεργειών είναι αναγκαία. Στη βαριά σήψη και τη σηπτική καταπληξία εκτός από αντιβιοτικά και υγρά χορηγούμε ινóτροπα φάρμακα, νοραδρεναλίνη ή ντοπαμίνη αρχικά. Για την αντιμετώπιση του σηπτικού συνδρόμου, είναι απαραίτητη η ολιστική προσέγγιση της ασθενούς με τη ψυχολογική

υποστήριξη από υγειονομικό προσωπικό και την διασφάλιση της υγείας της εγκύου.

3.2 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η αιμορραγία αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες μητρικού θανάτου στο Ηνωμένο Βασίλειο με ποσοστό 5 - 10%. Οι απώλειες σε ένα φυσιολογικό τοκετό είναι 500 - 800 ml αίματος, που είναι καλά ανεκτές σε φυσιολογικές καταστάσεις, επειδή τμήμα των φυσιολογικών μεταβολών κατά την κύηση (αύξηση του όγκου αίματος, αιμοαραιώση) μειώνουν την επίπτωσή τους. Αιμορραγία όμως κατά την διάρκεια της κύησης έχει σημαντική επίπτωση τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβρυο (μείωση μητροπλακούντιας κυκλοφορίας). Τρία ζωτικά όργανα κινδυνεύουν άμεσα από μεγάλης απώλειας ενδαγγειακό όγκο κατά την κύηση: η υπόφυση (σύνδρομο υπολειτουργίας πρόσθιας υπόφυσης), οι νεφροί (οξεία νεφρική ανεπάρκεια) και οι πνεύμονες.

Η αιμορραγία μπορεί να συμβεί σε διάφορες χρονικές στιγμές κατά την κύηση. Ο χρόνος της αιμορραγίας στην εγκυμοσύνη το ποσό, καθώς και το αν υπάρχει ή όχι πόνος μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με την αιτία. Ως αιμορραγία προχωρημένης εγκυμοσύνης ή 3^{ου} τριμήνου χαρακτηρίζεται η κοιλιακή αιμόρροια μετά την 24^η εβδομάδα. Το κρίσιμο όριο των 24 εβδομάδων είναι γενικά αποδεκτό, αν και ορισμένοι προτείνουν το όριο των 20 εβδομάδων. Η συχνότητα της αιμορραγίας σε προχωρημένη κύηση κυμαίνεται γύρω στο 4 – 5%. Το μεγαλύτερο ποσοστό οφείλεται σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, ενώ το μικρότερο σε προδρομικό πλακούντα^{44,60}.

Προδρομικός πλακούντας

Προδρομικός ονομάζεται ο πλακούντας ο οποίος εν μέρει ή ολόκληρος προσφύεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας και συνεπώς ευρίσκεται έμπροσθεν της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Η αιμορραγία σε περίπτωση προδρομικού πλακούντα οφείλεται σε διάταση του κατώτερου τμήματος της μήτρας, η οποία συμβαίνει μετά την 28^η εβδομάδα της κύησης. Η διάταση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την αποκόλληση τμημάτων του πλακούντα και αιμορραγία. Το αίμα είναι μητρικής προέλευσης από φλεβώδη πλέγματα του κατώτερου τμήματος της μήτρας. Σπανίως μπορεί να είναι εμβρυϊκής προέλευσης από πρόδρομα αγγεία του πλακούντα που ευρίσκονται κατά μήκος του έσω τραχηλικού στομίου.

Ο προδρομικός πλακούντας παρατηρείται στο 0,5% περίπου των κυήσεων. Το 20% των περιπτώσεων αιμορραγίας σε προχωρημένη κύηση οφείλεται σε προδρομικό πλακούντα. Το πρώτο επεισόδιο αιμορραγίας παρατηρείται μετά την 36^η εβδομάδα κύησης στο 60% των περιπτώσεων, μεταξύ 32^{ης} και

36^{ης} εβδομάδας στο 30%, ενώ πριν την 32^η εβδομάδα στο 10% των περιπτώσεων. Ο προδρομικός πλακούντας είναι πιο συχνός σε πολύτοκες, σε έγκυες μεγάλης ηλικίας, σε έγκυες με ιστορικό καισαρικής τομής ή τεχνητών διακοπών της κύησης, σε έγκυες με πολύδυμη κύηση ή εμβρυϊκή ερυθροβλάστωση, σε γυναίκες με όγκους της μήτρας, όπως ινομυώματα, ενώ λιγότερο συχνά μπορεί να συνδυάζεται με διεισδυτικό πλακούντα. Επίσης, υπάρχει υπόνοια συσχέτισης του προδρομικού πλακούντα με το κάπνισμα. Η όψιμη δραστηριότητα των ενζύμων της τροφοβλάστης, η μερική καταστροφή του ενδομητρίου ή η αποκόλληση και επανεμφύτευση του κυήματος στο κατώτερο τμήμα της μήτρας μπορούν να θεωρηθούν ως οι μηχανισμοί δημιουργίας του προδρομικού πλακούντα⁶⁰.

Ανάλογα με τη θέση πρόσφυσης του πλακούντα διακρίνονται τέσσερις κατηγορίες προδρομικού πλακούντα:

- Χαμηλή πρόσφυση ή πρώτου βαθμού, όταν ο πλακούντας προσφύεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, χωρίς όμως να φθάνει μέχρι το έσω τραχηλικό στόμιο. Η κατηγορία αυτή ονομάζεται και προδρομικός πλακούντας ελάσσονος τύπου.
- Παραχείλιος ή δευτέρου βαθμού, όταν ο πλακούντας φθάνει μέχρι το όριο του έσω τραχηλικού στομίου, χωρίς όμως να καλύπτει μέρος αυτού.
- Επιχείλιος ή τρίτου βαθμού, όταν ο πλακούντας καλύπτει μέρος του έσω τραχηλικού στομίου.
- Επιπωματικός ή τετάρτου βαθμού, όταν ο πλακούντας καλύπτει πλήρως το έσω τραχηλικό στόμιο, ακόμη και αν υπάρχει διαστολή του τραχήλου.

Οι τρεις τελευταίες κατηγορίες (παραχείλιος, επιχείλιος, επιπωματικός) χαρακτηρίζονται και ως προδρομικός πλακούντας μείζονος τύπου. Η ταξινόμηση αυτή έχει πρακτική σημασία, διότι συσχετίζεται με τον τρόπο αντιμετώπισης του τοκετού. Σε προδρομικό πλακούντα τετάρτου βαθμού ο κοιλιακός τοκετός είναι ανέφικτος και γίνεται καισαρική τομή, ενώ στις άλλες κατηγορίες μπορεί να γίνει φυσιολογικός τοκετός^{76,77}.

Το κύριο χαρακτηριστικό του προδρομικού πλακούντα είναι η αιμορραγία, η οποία όμως συνοδεύεται από άλγος. Συνήθως, εμφανίζεται μετά την 32^η εβδομάδα της κύησης (στο 90% των περιπτώσεων), ενώ σ' ένα μικρό ποσοστό (10%) στο τέλος του δευτέρου τριμήνου. Συχνά η εμφάνιση της αιμορραγίας είναι αιφνίδια, χωρίς προειδοποιητικά σημεία και ενώ η κύηση μέχρι εκείνη τη στιγμή δεν είχε παρουσιάσει κανένα πρόβλημα. Ευτυχώς, η αρχική αιμορραγία σπανίως είναι μεγάλη, ώστε να απειλήσει τη ζωή της γυναίκας. Συνήθως σταματά αυτόματα και επανεμφανίζεται μετά από ημέρες ή εβδομάδες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν ο προδρομικός πλακούντας είναι παραχείλιος, η αιμορραγία δεν εμφανίζεται παρά μόνο μετά την έναρξη του τοκετού. Η αιμορραγία μπορεί να συνεχιστεί και μετά την υστεροτομία λόγω αδυναμίας ικανοποιητικής

σύσπασης του κατωτέρου τμήματος της μήτρας. Ορισμένες φορές είναι ιδιαίτερα έντονη και μπορεί να απαιτηθεί μαιευτική υστερεκτομή. Διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού είναι ιδιαίτερα σπάνιες σε έγκυες με προδρομικό πλακούντα, ακόμη και σε περιπτώσεις με αθρόα αιμορραγία. Η παρουσία του πλακούντα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας συχνά είναι αιτία ανώμαλων προβολών και αδυναμίας εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου⁴⁴.

Η διάγνωση του προδρομικού πλακούντα στηρίζεται στην κλινική εικόνα, στα κλινικά ευρήματα και σε απεικονιστικές εξετάσεις.

- Κλινική εικόνα: Αιμορραγία χωρίς άλγος στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, η οποία υποτροπιάζει, θέτει πάντα την υπόνοια του προδρομικού πλακούντα. Κατά τον τοκετό, και όταν γίνεται η διαστολή του έσω τραχηλικού στομίου, μπορεί να παρουσιασθεί αθρόα αιμορραγία, αν και ορισμένες φορές, σε περιπτώσεις ελάσσονος τύπου προδρομικού πλακούντα, η κάθοδος της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου μπορεί να συμπιέσει τη θέση που αιμορραγεί και να σταματήσει η αιμορραγία.
- Κλινικά ευρήματα: Με τους χειρισμούς του Leopold διαπιστώνεται απώθηση και παρεκτόπιση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου ή ακόμα και αδυναμία ψηλάφησής της, εάν ο πλακούντας είναι πρόσθιος. Επίσης, το τοίχωμα της μήτρας είναι πλαδαρό και εύκολα ψηλαφίζονται τα μέλη του εμβρύου. Η δακτυλική εξέταση μέσω του τραχήλου αντενδείκνυται απόλυτα, διότι μπορεί να προκαλέσει αθρόα αιμορραγία ικανή να θέσει σε κίνδυνο την ζωή της εγκύου. Αν για διάφορους λόγους αποφασισθεί να γίνει κοιλιακή εξέταση, αυτή θα πρέπει να γίνεται μέσα στο χειρουργείο με δυνατότητα άμεσης εκτέλεσης καισαρικής τομής και εφ' όσον φυσικά έχει προγραμματισθεί τοκετός.
- Παρακλινικές απεικονιστικές εξετάσεις: Η πλέον απλή, ακριβής και ασφαλής μέθοδος για τον εντοπισμό της θέσης του πλακούντα είναι η υπερηχογραφία, διακοιλιακή ή διακολπική. Η πιθανότητα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων είναι ιδιαίτερα μικρή και τις περισσότερες φορές οφείλεται σε διατεταμένη ουροδόχο κύστη. Η εφαρμογή της διακολπικής υπερηχογραφίας έχει ελαττώσει ακόμη περισσότερο την πιθανότητα διαγνωστικού λάθους. Η μαγνητική τομογραφία, αν και είναι ιδιαίτερα υψηλής ακριβείας μέθοδος για την εντόπιση της πρόσφυσης του πλακούντα, δεν χρησιμοποιείται προς το παρόν σε μεγάλη κλίμακα λόγω του υψηλού κόστους της εξέτασης.

Σε κάθε περίπτωση αιμορραγίας σε προχωρημένη κύηση θα πρέπει να τίθεται η υπόνοια προδρομικού πλακούντα και η έγκυος να εισάγεται στο νοσοκομείο. Γίνεται εκτίμηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς, εκτίμηση της απώλειας αίματος, αιμοληψία για προσδιορισμό της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη και διασταύρωση αίματος. Δεν θα πρέπει να γίνεται κοιλιακή δακτυλική εξέταση, διότι υπάρχει ο κίνδυνος

επιδείνωσης της αιμορραγίας. Η ψηλάφηση της κοιλίας για εκτίμηση της ηλικίας του εμβρύου, του σχήματος και της προβολής θα πρέπει να γίνεται με ήπιους χειρισμούς. Υπερηχογραφικός έλεγχος για προσδιορισμό της θέσης του πλακούντα καθώς και της ηλικίας και της κατάστασης του εμβρύου θα πρέπει να γίνεται αμέσως μετά την εισαγωγή. Σε περίπτωση βαριάς αιμορραγίας πιθανόν να χρειασθεί και μετάγγιση αίματος.

Η περαιτέρω αντιμετώπιση εξαρτάται από την βαρύτητα της αιμορραγίας και την ηλικία του εμβρύου. Εάν η αιμορραγία είναι αθρόα και τίθεται σε κίνδυνο η ζωή της εγκύου, γίνεται αμέσως καισαρική τομή ανεξάρτητα από την ηλικία του εμβρύου. Εάν η αιμορραγία δεν είναι βαριά και το έμβρυο είναι μικρότερο από 36 εβδομάδες, η αντιμετώπιση είναι συντηρητική μέχρις ότου ωριμάσουν οι πνεύμονες του εμβρύου. Επειδή υπάρχει πιθανότητα υποτροπής της αιμορραγίας, η έγκυος θα πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο. Αφού συμπληρωθεί η 36η εβδομάδα της κύησης προγραμματίζεται τοκετός. Αν ο προδρομικός πλακούντας είναι ελάσσονος τύπου, μπορεί να επιχειρηθεί κολπικός τοκετός, ειδάλλως γίνεται καισαρική τομή. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μικρότερη από 5%, ενώ η μητρική θνησιμότητα είναι και αυτή ιδιαίτερη χαμηλή.

Αποκόλληση πλακούντα

Η δεύτερη πιο κοινή αιτία όψιμης αιμορραγίας στην εγκυμοσύνη, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα ονομάζεται η αποκόλληση του πλακούντα πριν από τον τοκετό του εμβρύου με αποτέλεσμα αιμορραγία. Σε αντίθεση με τον προδρομικό πλακούντα, στις περιπτώσεις πρόωρης αποκόλλησης ο πλακούντας ευρίσκεται στην φυσιολογική του θέση. Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα αποτελεί μία ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή της κύησης με υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα. Η συχνότητα της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα κυμαίνεται από 0,5% έως 4%, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την διάγνωσή της^{76,77}.

Η πρωτοπαθής αιτία της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα είναι άγνωστη, αλλά υπάρχουν αρκετές καταστάσεις που παρουσιάζουν κάποιο βαθμό συσχέτισης με την επιπλοκή αυτή και μπορεί να χαρακτηρισθούν ως προδιαθεσικοί παράγοντες. Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση της εγκύου με πτωχή διατροφή (ιδίως ανεπάρκεια φολικού οξέος) φαίνεται να εμπλέκεται στην εμφάνιση της επιπλοκής αυτής. Η υπερτασική νόσος της κύησης αποτελεί ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα για πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και μάλιστα για αποκόλληση σοβαρού βαθμού. Το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ιδίως κοκαΐνης, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Πολυτοκία, απότομη κένωση της μήτρας σε περίπτωση υδραμνίου, λειομύματα μήτρας, βραχύς

ομφάλιος λώρος, μηχανικές κακώσεις της κοιλιακής χώρας θεωρούνται επίσης προδιαθεσικοί παράγοντες. Ο κίνδυνος για επανεμφάνιση της επιπλοκής αυτής σε επόμενη κύηση είναι ιδιαίτερα υψηλός. Η αιτία της οπισθο-πλακουντιακής αιμορραγίας είναι βλάβη του τοιχώματος των μητρικών αγγείων στο βασικό φθαρτό με αποτέλεσμα σχηματισμό αιματώματος. Το αιμάτωμα επεκτείνεται και προκαλεί αποκόλληση του πλακούντα. Στη συνέχεια και εφ' όσον η αιμορραγία είναι μεγάλη, το αίμα διέρχεται μεταξύ του τοιχώματος της μήτρας και των υμένων και εμφανίζεται στον κόλπο (περιφερική αποκόλληση) ή παραμένει όπισθεν του πλακούντα (κεντρική αποκόλληση). Σε ορισμένες περιπτώσεις αθρόας αιμορραγίας το αίμα διηθεί το τοίχωμα της μήτρας και φθάνει μέχρι τον ορογόνο χιτώνα. Η μήτρα σε αυτή την περίπτωση εμφανίζεται οίδηματώδης με ιώδη χροιά (μήτρα Couvelaire)⁷⁶.

Τρεις τύποι πρόωρης αποκόλλησης περιγράφονται: α) Περιφερική αποκόλληση, β) Κεντρική αποκόλληση, και γ) Μικτού τύπου. Στην περιφερική αποκόλληση η αιμορραγία συμβαίνει στο κατώτερο τμήμα του πλακούντα και το αίμα διαφεύγει και εξέρχεται από τον τράχηλο. Στον τύπο αυτό της αποκόλλησης τα κλινικά ευρήματα είναι λιγότερο σοβαρά. Στην κεντρική αποκόλληση σχηματίζεται εκτεταμένο οπισθο-πλακουντιακό αιμάτωμα, δεν υπάρχουν εξωτερικά σημεία αιμορραγίας και τα κλινικά ευρήματα είναι πλέον σοβαρά. Η κλινική εικόνα ποικίλλει σημαντικά στις διάφορες περιπτώσεις και συνήθως εξαρτάται από την έκταση της αποκόλλησης και την ποσότητα του αίματος που απωλέσθηκε⁷⁰.

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων η αποκόλληση είναι μικρή, η απώλεια αίματος λιγότερη από 500 ml και δεν υπάρχει επιβάρυνση της κατάστασης της μητέρας ή του εμβρύου. Σε βαρύτερες περιπτώσεις με μεγαλύτερη απώλεια αίματος η έγκυος παραπονείται για άλγος στην κοιλιά, ενώ η μήτρα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην ψηλάφηση. Είναι δυνατόν να υπάρχει ολιγαιμική καταπληξία. Το έμβρυο είναι υποξαιμικό και συνήθως το καρδιοτοκογράφημα εμφανίζει παθολογικά στοιχεία. Εάν επιδεινωθεί η αιμορραγία (απώλεια αίματος μεγαλύτερη από 1.500 ml), αναπτύσσεται ολιγαιμική καταπληξία, η μήτρα παρουσιάζει τετανική σύσπαση και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην ψηλάφηση, ενώ το έμβρυο παρουσιάζει σημεία βαριάς εμβρυϊκής δυσχέρειας ή έχει καταλήξει. Οι περισσότερες διαταραχές της πήκτικότητας συμβαίνουν στο στάδιο αυτό. Υπολογίζεται ότι το 30% περίπου των γυναικών με σοβαρή πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα εμφανίζει διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Αξίζει να σημειωθεί ότι αρχικά η αρτηριακή πίεση μπορεί να είναι φυσιολογική ή ακόμη και αυξημένη και οι σφύξεις φυσιολογικές μέχρις ότου αιφνιδίως εμφανισθεί η καταπληξία με ταχυκαρδία, υπόταση και ολιγουρία^{44,70}.

Η διάγνωση της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες τουλάχιστον στις τυπικές περιπτώσεις. Στηρίζεται στην ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων π.χ. υπερτασικής νόσου της κύησης, στην

εμφάνιση αιμορραγίας, εντόνου άλγους στην κοιλιακή χώρα και αύξηση του μεγέθους της μήτρας, η οποία είναι σκληρή και ιδιαίτερα ευαίσθητη στην πίεση. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από άλλες καταστάσεις που παρουσιάζουν αιμορραγία ή κοιλιακό άλγος, όπως προδρομικό πλακούντα, οξύ υδράμνιο, οξεία σκωληκοειδίτιδα, οξεία πυελονεφρίτιδα, συστροφή ή ρήξη κύστης ωοθήκης, διάτρηση έλκους στομάχου και περίσφιγξη κήλης. Η αντιμετώπιση της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα συνίσταται στην αντικατάσταση των απωλειών αίματος, στην πρόληψη των διαταραχών του πηκτικού μηχανισμού και στον έλεγχο της διούρησης. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση, διότι υπάρχει ο κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρών επιπλοκών, οι οποίες μπορεί να απειλήσουν την ζωή της γυναίκας (ολιγαιμική καταπληξία, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, οξεία σωληναριακή νεφρική νέκρωση, νέκρωση υπόφυσης)⁵⁶.

Χορηγούνται 1.500 - 2.500 ml αίματος ανάλογα με την βαρύτητα της αιμορραγίας. Η ταχεία αποκατάσταση των απωλειών αίματος προλαμβάνει την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας λόγω της καταπληξίας. Η παρακολούθηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης είναι απαραίτητη. Γίνεται συχνός έλεγχος του πηκτικού μηχανισμού. Ο προσδιορισμός των παραγόντων αποδόμησης του ινωδογόνου θεωρείται ότι συσχετίζεται καλύτερα από όλες τις άλλες παραμέτρους με την αιμορραγία. Η αύξηση των παραγόντων αποδόμησης προκαλεί αναστολή των συσπάσεων της μήτρας. Εάν διαπιστωθούν διαταραχές, εφαρμόζεται η κατάλληλη αγωγή (χορήγηση κρυσταλλοειδών, πλάσματος, αιμοπεταλίων, συμπυκνωμένων ερυθρών, οξυγόνου). Η ταχεία αποκατάσταση των απωλειών αίματος και η χωρίς χρονοτριβή έξοδος του εμβρύου προλαμβάνουν τις διαταραχές της πήξης. Ο έλεγχος της διούρησης γίνεται με ωριαία καταμέτρηση των αποβαλλομένων ούρων. Εάν το έμβρυο είναι ζωντανό, αποφασίζεται ο κατάλληλος τρόπος τοκετού. Συνήθως, προτιμάται η καισαρική τομή. Σε περίπτωση, που λόγω διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, δε μπορεί να ελεγχθεί η αιμορραγία, επιβάλλεται μαιευτική υστερεκτομή^{30,44}.

Η μητρική θνησιμότητα στις αναπτυγμένες χώρες έχει σχεδόν μηδενισθεί σήμερα, ενώ η περιγεννητική θνησιμότητα εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα υψηλή (μέχρι 30%). Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό (20%) των νεογνών που τελικά επιζούν, εμφανίζει αργότερα νευρολογικά προβλήματα.

Αιμορραγία σε προχωρημένη κύηση μπορεί, ακόμη, να οφείλεται και σε αλλοιώσεις του κόλπου ή του τραχήλου, όπως τραυματισμός κόλπου, κισσοί, μετά από επαφή, τραχηλικός πολύποδας ή καρκίνωμα του τραχήλου ή σε ρήξη προδρομικών ομφαλικών αγγείων ή ρήξη φλεβικού κόλπου του Meckel. Η διάγνωση είναι εύκολη. Γίνεται με άμεση επισκόπηση των βλαβών και βιοψία, όταν υπάρχει υπόνοια κακοήθειας. Όταν υπάρχει υποψία για εμβρυϊκή αιμορραγία θα πρέπει να γίνεται

προσδιορισμός εμβρυϊκών ερυθρών κυττάρων στο αποβαλλόμενο αίμα.

Αιμορραγία μετά τον τοκετό:

Αιμορραγία μπορεί ακόμα να εμφανισθεί και μετά τον τοκετό. Ως αιμορραγία μετά τον τοκετό χαρακτηρίζεται η απώλεια αίματος σε ποσότητα μεγαλύτερη από 600 ml κατά τις πρώτες 24 ώρες. Στο 80% περίπου των περιπτώσεων η αιμορραγία οφείλεται σε αδυναμία σύσπασης της μήτρας (ατονία μήτρας) ή παραμονή υπολειμμάτων πλακουντιακού ιστού στην μητριαία κοιλότητα, ενώ στο 20% σε ρήξη σε κάποιο σημείο του γεννητικού σωλήνα, συνήθως στον κόλπο ή στον τράχηλο και σπανιότερα στην μήτρα³⁰. Σε ελάχιστες περιπτώσεις η αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, όπως σε περιπτώσεις πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα. Πολυδυμία, πολυτοκία, παρατεταμένος τοκετός, υδράμνιο, παρουσία ινομυωμάτων ή εμβρυουλκία είναι μερικές από τις καταστάσεις που συνδέονται με αιμορραγία μετά τον τοκετό.

Η αιμορραγία μετά τον τοκετό είναι σοβαρή κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο της μητέρας. Σε κάθε περίπτωση αιμορραγίας απαιτείται άμεσος κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος της μητέρας, ενώ πρέπει να υπάρχει δυνατότητα για άμεση χειρουργική επέμβαση. Γίνεται επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων, του κόλπου, του τραχήλου καθώς και δακτυλική εξέταση (δακτυλική επισκόπηση) της μητριαίας κοιλότητας σε υποψία κατακράτησης πλακουντιακού ιστού. Στην σύσπαση της μήτρας βοηθούν οι μαλάξεις και η χορήγηση οξυτοκίνης, μεθερζίνης ή προσταγλανδινών⁴⁴.

Σε περίπτωση που η αιμορραγία επιμένει ή υπάρχει υποψία ρήξης της μήτρας, τότε επιβάλλεται άμεση χειρουργική επέμβαση. Αν η συντηρητική χειρουργική προσέγγιση με απολίνωση των έσω λαγονίων αρτηριών δεν είναι αποτελεσματική, κρίνεται επιτακτική η εκτέλεση μαιευτικής υστερεκτομής.

3.3 ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος στην εγκυμοσύνη, οι οποίες μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ίδιας της κύησης (πύρωση, σιαλόρροια) ή να προϋπάρχουν (ηπατίτιδα) ή να εμφανίζονται τυχαία κατά τη διάρκεια αυτής, όπως είναι η σκωληκοειδίτιδα, η χολοκυστίτιδα, η παγκρεατίτιδα, ανεξάρτητα από την εκδήλωση ή όχι οξέος χειρουργικού προβλήματος, παρουσιάζουν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον και προκαλούν έντονο προβληματισμό και διχογνωμία στη σύγχρονη μαιευτική πράξη. Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι μία πάθηση αρκετά συχνή που εμφανίζεται στο 7% - 10% του πληθυσμού παγκοσμίως

ανά έτος. Πρόκειται ουσιαστικά για τη φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, η οποία είναι ένα μικρό, σωληνωτό υπόλειμμα που συνδέεται στην αρχή του παχέως εντέρου. Η σκωληκοειδής απόφυση, στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων, βρίσκεται στο δεξιό κάτω μέρος της κοιλιάς. Η επίπτωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι χαμηλότερη σε χώρες όπου οι διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού περιλαμβάνουν φυτικές ίνες. Η διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες ελαττώνει το ιξώδες των κοπράνων και το χρόνο παραμονής τους στο έντερο με αποτέλεσμα την αποφυγή δημιουργίας κοπρόλιθων που αποτελούν σημαντικό παράγοντα απόφραξης του αυλού της σκωληκοειδούς⁸².

Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου φαίνεται να είναι η ίδια τόσο για τις έγκυες, όσο και για τις μη έγκυες γυναίκες. Γενικά, η επίπτωση της σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη υπολογίζεται ότι αφορά στο 0,05% - 0,07% του συνόλου των κυήσεων. Είναι περισσότερο συχνή στο δεύτερο τρίμηνο και αφορά περίπου στο 27% - 60% των περιπτώσεων. Λιγότερο συχνά μπορεί να εκδηλωθεί στο πρώτο και το τρίτο τρίμηνο της κύησης με συχνότητα που κυμαίνεται από 19% - 36% και 15% - 33%, αντίστοιχα. Οφείλεται σε απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς απόφυσης, συνήθως από διογκωμένους λεμφαδένες γύρω από τη βάση της, κοπρόλιθους, παράσιτα, καρκινοειδή, συμφύσεις και ξένα σώματα, όπως υπολείμματα φρούτων, λαχανικών και το βάριο ως ιατρογενής παράγοντας. Όταν αποφραχθεί ο αυλός, συγκεντρώνονται οι εκκρίσεις της σκωληκοειδούς και διατείνουν τον οξέως αυλό της. Η πίεση που ασκείται, οδηγεί σε διακοπή της αρτηριακής κυκλοφορίας και αιμορραγικό έμφρακτο. Τα μικρόβια που υπάρχουν στον αυλό εισέρχονται στον βλεννογόνο και προκαλούν φλεγμονή του τοιχώματος, που μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωσή του, έξοδο κοπρανώδους υλικού και μικροβίων στην περιτοναϊκή κοιλότητα και πρόκληση περιτονίτιδας^{82,83}.

Στις περιπτώσεις εγκύων ασθενών τόσο η κλινική συμπτωματολογία, όσο και η δυνατότητα διαγνωστικών εξετάσεων, αλλά και η θεραπευτική παρέμβαση περιπλέκονται. Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης, χωρίς απαραίτητα να οφείλεται σε κάποια σοβαρή αιτία. Ανορεξία, ναυτία και έμετοι αποτελούν επίσης συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν σε μία φυσιολογική κύηση, ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί τα πράγματα στην κύηση, είναι η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Καθώς η εγκυμονούσα μήτρα μεγαλώνει μέσα στην κοιλιά, απωθεί τα σπλάχνα προς τα πάνω και πλαγίως. Έτσι, η χαρακτηριστική αλληλουχία του πόνου που εμφανίζεται αρχικά γύρω από τον ομφαλό και στη συνέχεια χαμηλά και δεξιά, συνήθως απουσιάζει κατά την κύηση⁸³. Η ασθενής μπορεί να πονέσει οπουδήποτε στην κοιλιά, κυρίως δεξιά και προς την οσφύ, δίνοντας συχνά την εντύπωση ότι ο πόνος προέρχεται από το δεξιό νεφρό, ή ακόμα και από τη χοληδόχο κύστη. Σε ότι αφορά στις διαγνωστικές εξετάσεις, η αξονική τομογραφία σε γενικές

γραμμές πρέπει να αποφεύγεται καθώς εκθέτει το έμβρυο σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας. Το απλό υπερηχογράφημα είναι μία εύκολη και ακίνδυνη εξέταση και επιβάλλεται να γίνεται σε όλες τις εγκύους, κυρίως για τον έλεγχο της κατάστασης του εμβρύου, αλλά και για τον εντοπισμό και έλεγχο της σκωληκοειδούς απόφυσης, εάν αυτό είναι δυνατό, καθώς και για τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων. Η μαγνητική τομογραφία έχει αρκετά υψηλή διαγνωστική ακρίβεια και αποτελεί εξέταση εκλογής σε περιπτώσεις διάφορο-διαγνωστικού διλήμματος, αφού έχει το πλεονέκτημα ότι δεν εκθέτει την ασθενή και το έμβρυο σε ακτινοβολία.

Η αντιμετώπιση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι πάντα χειρουργική. Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών κατά την επέμβαση και μετεγχειρητικά ενδείκνυται σχεδόν σε κάθε περίπτωση, και ιδιαίτερα, σε επιπλεγμένες καταστάσεις όπως μετά από διάτρηση της σκωληκοειδούς, περιτονίτιδα ή γαγγραινώδη μορφή σκωληκοειδίτιδας. Τη θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελούν η αμπικυλλίνη ή οι κεφαλοσπορίνες δεύτερης γενεάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη, ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου. Σχετικά με την αναγκαιότητα της προφυλακτικής τοκολυτικής αγωγής οι απόψεις δίστανται στη διεθνή βιβλιογραφία. Φαίνεται ότι δε θεωρείται απαραίτητη στη μη επιπλεγμένη μορφή της νόσου, αλλά κρίνεται μάλλον αναγκαία όταν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο. Αν δεν αντιμετωπιστεί, έχει δυνητικά σοβαρές επιπλοκές, όπως διάτρηση, περιτονίτιδα, σήψη και τελικά σηπτική συνδρομή πολυοργανικής ανεπάρκειας^{82,83}.

Ωστόσο, το μεγάλο δίλλημα στην αντιμετώπιση της σκωληκοειδίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι η λήψη έγκαιρης και ορθής απόφασης για τη χειρουργική διερεύνηση της νόσου. Και αυτό διότι υπολογίζεται ότι το χρονικό διάστημα από την εκδήλωση των συμπτωμάτων μέχρι τη χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία για τη μητέρα και το έμβρυο, δεν πρέπει να υπερβαίνει τις είκοσι ώρες. Επιπλέον, τα αυξημένα ποσοστά διαγνωστικού λάθους που κυμαίνονται από 25% - 50% και κατά άλλους ερευνητές μπορούν να φτάσουν και στο 75% των περιπτώσεων κάνουν ακόμη πιο δύσκολη τη λήψη της απόφασης για χειρουργική επέμβαση, δεδομένων των κινδύνων που αυτή μπορεί να επιφυλάσσει στην ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία της κύησης και την καθυστέρηση της διάγνωσης. Η καθυστερημένη διάγνωση είναι δυνατό να οδηγήσει στην εκδήλωση γενικευμένης περιτονίτιδας και σηψαιμίας μετά από ρήξη περισκωληκοειδικού αποστήματος. Η διάτρηση της σκωληκοειδούς, η οποία είναι πιο συχνή στην εγκυμοσύνη συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, αυξάνει σημαντικά τη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η εμβρυϊκή απώλεια σε περιπτώσεις εντοπισμένης μη επιπλεγμένης οξείας φλεγμονής κυμαίνεται από 0% - 1,5%, ενώ μετά από ρήξη της σκωληκοειδούς και εκδήλωση γενικευμένης περιτονίτιδας ανέρχεται στο 20% - 35%

των περιπτώσεων⁸². Η μητρική θνησιμότητα σήμερα είναι εξαιρετικά σπάνια. Μόνο σε προχωρημένη εγκυμοσύνη και σε επιπλεγμένες καταστάσεις της νόσου το ποσοστό μπορεί να παρατηρηθεί αυξημένο και είναι δυνατόν να ξεπεράσει το 4% των περιπτώσεων. Η έκλυση πρόωρου τοκετού αποτελεί την κυριότερη επιπλοκή της νόσου. Οι πρόωρες συστολές της μήτρας και ο πρόωρος τοκετός στο τελευταίο τρίμηνο αφορούν στο 83% και 13% - 16%, αντίστοιχα. Στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης η συχνότητα έκλυσης πρόωρου τοκετού παρατηρείται αυξημένη και αφορά περίπου στο 25% των περιπτώσεων.

Έτσι, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβryo-νεογνό κύριο μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα-γυναικολόγου και των επαγγελματιών υγείας, όπως οι νοσηλεύτές, θα πρέπει να αποτελεί η σωστή ενημέρωσή τους, σχετικά με τον τρόπο που η πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη ή αντίθετα να επηρεασθεί από αυτή, αλλά και η ενεργός συμμετοχή τους στη διαγνωστική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος.

3.3.1 ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία χολοκυστίτιδα αποτελεί τη δεύτερη πιο κοινή μη μαιευτική αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας στην εγκυμοσύνη μετά την οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου και η πορεία της κατά τη διάρκεια της κύησης είναι ανάλογη με εκείνη που παρατηρείται στις μη εγκυμονούσες ασθενείς. Εκτιμάται ότι η πάθηση είναι συχνότερη σε έγκυες προχωρημένης ηλικίας, στις παχύσαρκες έγκυες, καθώς και στις πολύτοκες. Γενικότερα, η συχνότητα εμφάνισης ασυμπτωματικής χολολιθίασης υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 3-4% του συνόλου των εγκύων γυναικών. Η επίπτωση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη κυμαίνεται από 1:1.130 έως 1:12.890 κύσεις και είναι περισσότερο συχνή στο δεύτερο και το τελευταίο τρίμηνο. Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης καθώς και στη διάρκεια της λοχείας η νόσος είναι λιγότερο συχνή.

Η εγκυμοσύνη συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού χολόλιθων. Κατά την εξέλιξη της κύησης οι χολόλιθοι συνήθως παραμένουν ασυμπτωματικοί. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν χρόνια φλεγμονή ή την απόφραξη του κυστικού πόρου και την εκδήλωση οξείας χολοκυστίτιδας. Η αυξημένη επίπτωση της λιθίασης των χοληφόρων οδών στις έγκυες πιθανότατα οφείλεται στην αύξηση του κορεσμού της χοληστερόλης στη χολή και στην ελάττωση της συστατικότητας των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης, κάτω από την επίδραση των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών και της προγεστερόνης που χαρακτηρίζουν την φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη. Τα φυσιολογικά αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών της κύησης παρεμποδίζουν την έκκριση των χολικών αλάτων με

αποτέλεσμα να ευνοείται η καθίζηση της χοληστερίνης στη χολή, η οποία μετατρέπεται σε λιθογόνο παράγοντα. Επιπρόσθετα, στην παθογένεση των χολόλιθων κατά τη διάρκεια της κύηση φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά και η δυσλειτουργία της χοληδόχου κύστης, η οποία αφορά στην καθυστερημένη κένωση από τη χολή που είναι πιθανότατα το αποτέλεσμα της μυοχαλαρωτικής δράσης της προγεστερόνης στις λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης.

Η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη δεν είναι εύκολη. Η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, αλλά και οι παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές που είναι δυνατόν να παρουσιάζουν οι ηπατικές δοκιμασίες στη διάρκεια της κύησης, είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου. Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρόμοιες με εκείνες που αναφέρονται και από τις μη έγκυες ασθενείς. Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα και παρατηρείται σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων. Ο πόνος χαρακτηρίζεται συνήθως από οξεία έναρξη, είναι μεγάλης έντασης, εντοπίζεται κυρίως στο επιγάστριο ή στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας και συνήθως είναι επεισοδιακού χαρακτήρα. Τα επεισόδια κολικών των χοληφόρων, τα οποία πυροδοτούνται κυρίως από τα γεύματα είναι ποικίλης έντασης, και μπορούν να διαρκέσουν από λίγα λεπτά μέχρι αρκετές ώρες. Ο πυρετός, η ναυτία, οι έμετοι και η ανορεξία αποτελούν συχνές εκδηλώσεις της νόσου που συνοδεύουν το κοιλιακό άλγος. Ο πυρετός ο οποίος συνήθως κυμαίνεται από 38° – 39°C αποτελεί το πιο σταθερό συνοδό σύμπτωμα και είναι παρόν σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Παρόμοια, έμετοι και ανορεξία παρατηρούνται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Ο ίκτερος ο οποίος συνήθως εμφανίζεται σπάνια και είναι ήπιας μορφής οφείλεται στην απόφραξη των χοληφόρων οδών⁴⁰.

Παρόλο που η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα, δεν πρέπει να αμφισβητείται η χρησιμότητα των απεικονιστικών μεθόδων. Από τις σύγχρονες απεικονιστικές εξετάσεις, το υπερηχογράφημα (U/S) φαίνεται να αποτελεί την πιο κοινή, πολυτιμότερη και ασφαλέστερη εξέταση στην προσπάθεια της διαγνωστικής προσέγγισης και επίλυσης των διαγνωστικών προβλημάτων της νόσου στην εγκυμοσύνη. Η αξονική (CT) ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδος ενδέχεται να έχει εφαρμογή στις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών που τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι αρνητικά. Στην απόφαση για την εκτέλεση της μεθόδου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει πάντα να συνυπολογίζεται και το ποσοστό της ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεται το έμβρυο. Πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) αναμένεται μελλοντικά να συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση της οξείας

κοιλίας στην κύηση και να αντικαταστήσει τη «βλαπτική» για το έμβρυο αξονική. Αν και η χρήση των σκιαγραφικών ουσιών στην εγκυμοσύνη εξακολουθεί να αποτελεί ακόμη μεταξύ πολλών συγγραφέων ζήτημα έντονου προβληματισμού και διχογνωμίας, η MRI φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά ασφαλή μέθοδο για τη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας στην κύηση.

Η αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρεμφερής με εκείνη που εφαρμόζεται σε μη εγκυμονούσες ασθενείς. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης και πρόληψης των σοβαρών επιπλοκών της νόσου. Οι βασικές αρχές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την αναστολή λήψης τροφής από το στόμα, την προσεκτική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με καθημερινό έλεγχο του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και την παρεντερική χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών φαρμάκων. Τη θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελούν η αμοξυκυλλίνη, η αμπικυλλίνη ή οι κεφαλοσπορίνες δεύτερης γενιάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου. Το μεγάλο δίλλημα στην αντιμετώπιση της χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι η λήψη έγκαιρης και ορθής απόφασης για τη χειρουργική διερεύνηση της νόσου^{41,42}.

Οι περισσότεροι από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα υποστηρίζουν ότι σε μη επιπλεγμένες καταστάσεις είναι σωστό να ακολουθηθεί συντηρητική θεραπεία, και οποιαδήποτε επεμβατική διαδικασία να αναβάλλεται μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση που η επέμβαση δεν είναι δυνατόν να αναβληθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, προτιμάται η εκτέλεσή της να πραγματοποιηθεί το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό περιγεννητικό αποτέλεσμα. Εκτός από την αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης, το ποσοστό της οποίας φαίνεται να ξεπερνά το 55% των περιπτώσεων (56.5%) και τις υποτροπιάζουσες μορφές της νόσου που ανέρχονται σε ποσοστό έως και 50%, ένδειξη άμεσης χολοκυστεκτομής αποτελούν επίσης όλες οι επιπλεγμένες καταστάσεις πλήρους απόφραξης του χοληδόχου πόρου, στις οποίες η προσφορά της χειρουργικής θεραπείας αναμένεται μεγάλη και σημαντική για την πορεία της νόσου και την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Η χειρουργική προσέγγιση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνει τόσο την ανοικτή, όσο και την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Υπό κατάλληλες συνθήκες η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή μπορεί να είναι εξίσου ασφαλής, όσο και η ανοικτή προσπέλαση με τη διαφορά ότι μάλλον πρέπει να αποφεύγεται η εκτέλεσή της στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Αντίθετα, πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία συγκρίνοντας τις δύο μεθόδους συνηγορούν υπέρ της μεγαλύτερης ασφάλειας της λαπαροσκοπικής προσπέλασης στην αρχόμενη εγκυμοσύνη, στο στάδιο της οργανογένεσης.^{41,42} Γενικότερα, δε βρέθηκαν να υπάρχουν στατιστικές διαφορές ανάμεσα στις δύο χειρουργικές τεχνικές σχετικά με τη διάρκεια

της κύησης, το Apgar score και το βάρος γέννησης των νεογνών. Παρόμοια, από τις νεότερες θεραπευτικές επιλογές που δοκιμάζονται για την αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας στη διάρκεια της κύησης είναι και η διαδερμική παρακέντηση της χοληδόχου κύστης, χωρίς όμως προς το παρόν να μπορεί να επιδείξει ικανοποιητικό και ασφαλές θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η πρόγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας στις έγκυες εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης και την καθυστέρηση της διάγνωσης. Η καθυστερημένη διάγνωση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, η χολαγγειίτιδα, ο σχηματισμός εμπυήματος στη χοληδόχο κύστη, η διάτρηση της χοληδόχου κύστης και η εκδήλωση γενικευμένης περιτονίτιδας και σηψαιμίας, με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας⁴². Η εμβρυική απώλεια, οι πρόωρες συστολές της μήτρας και η έκλυση πρόωρου τοκετού αργότερα κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, αποτελούν συχνές επιπλοκές οι οποίες σχετίζονται κυρίως με την εκδήλωσή της νόσου στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Χάριν στην ευρεία διάδοση τα τελευταία χρόνια της σύγχρονης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης, η μητρική θνησιμότητα είναι εξαιρετικά σπάνια. Η αυξημένη μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα συνήθως αφορά στην καθυστερημένη διάγνωση και σε επιπληγμένες καταστάσεις.

3.3.2 ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι σπάνια στην εγκυμοσύνη. Η λιθίαση των χοληφόρων οδών φαίνεται να αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα εκδήλωσης της νόσου. Η διάγνωση συνήθως δεν είναι εύκολη. Η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, οι ενίοτε άτυπες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου που είναι δυνατό να μιμούνται τις φυσιολογικές ενοχλήσεις της κύησης, αλλά και οι παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές που είναι δυνατόν να παρουσιάζουν οι ηπατικές δοκιμασίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία με την προσωρινή αναστολή της λειτουργίας του παγκρέατος που επιτυγχάνει, αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης και πρόληψης των σοβαρών επιπλοκών. Ένδειξη άμεσης χολοκυστεκτομής αποτελεί η δευτεροπαθής μορφή οξείας παγκρεατίτιδας συνέπεια χολολιθίασης. Κύριο μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα – γυναικολόγου και του νοσηλευτή πρέπει να αποτελεί η σωστή ενημέρωσή του σχετικά με τον τρόπο που η πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη ή

αντίθετα να επηρεασθεί από αυτήν, αλλά και η ενεργός συμμετοχή του στη διαγνωστική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβρυο και το νεογνό.

Η παγκρεατίτιδα αποτελεί μια σοβαρή πάθηση του πεπτικού συστήματος η οποία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Πρόκειται για φλεγμονή του παγκρέατος, όργανο το οποίο παράγει ένζυμα που εκκρίνονται στον πεπτικό σωλήνα και συμβάλλουν στην πέψη των τροφών. Παράλληλα, το πάγκρεας παράγει ορμόνες, την ινσουλίνη και τη γλυκαγόνη, οι οποίες απελευθερώνονται στο αίμα και ρυθμίζουν τα επίπεδα της γλυκόζης στην κυκλοφορία⁶⁷. Η χρόνια παγκρεατίτιδα δεν έχει ιδιαίτερη σημασία στην κύηση, αφού κυρίως αφορά σε άνδρες και συνήθως εκδηλώνεται μετά την ηλικία των 40 ετών. Η παγκρεατίτιδα που συναντάμε στις έγκυες αφορά κυρίως στην οξεία της μορφή. Η επίπτωση της νόσου κυμαίνεται από 1 ανά 1.066 έως 3 ανά 10.000 κυήσεις (0.01% - 0.03%). Είναι περισσότερο συχνή στο δεύτερο τρίμηνο και υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 56% των περιπτώσεων. Παρόμοια, συχνά απαντάται και στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Η νόσος είναι λιγότερο συχνή στο πρώτο τρίμηνο, καθώς και στη διάρκεια της λοχείας. Η εκδήλωση οξείας παγκρεατίτιδας στο πρώτο τρίμηνο συνδυάζεται κυρίως με αυξημένα ποσοστά εμβρυϊκής απώλειας και έκλυσης πρόωρου τοκετού αργότερα κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Εκτιμάται ότι η πάθηση είναι συχνότερη σε έγκυες προχωρημένης ηλικίας, στις παχύσαρκες έγκυες, καθώς και στις πολύτοκες. Παλιότερα και πιο πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία συνηγορούν ότι η οξεία παγκρεατίτιδα στις πολύτοκες συγκριτικά με τις πρωτότοκες έγκυες είναι πολύ πιο συχνή, με συχνότητα εμφάνισης που υπολογίζεται ότι αγγίζει περίπου το 72% του συνόλου των περιπτώσεων.

Η οξεία παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενεργοποιημένων πεπτικών ενζύμων μέσα στο πάγκρεας, η αιτιολογία της οποίας σε πολλές περιπτώσεις, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε μη έγκυες ασθενείς, δεν είναι δυνατό να εντοπισθεί (ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα, αγνώστου αιτιολογίας). Παρόλα αυτά όμως, με δεδομένο τον αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού χολόλιθων που χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη, η λιθίαση των χοληφόρων οδών φαίνεται να αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα που ευθύνεται για την οξεία εκδήλωση της νόσου στην κύηση. Εκτιμάται ότι ευθύνεται περίπου για τα 2/3 και πλέον των περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας των εγκύων γυναικών (ποσοστό 63% - 78%)⁶⁷. Επίσης, διάφορες μεταβολικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η υπερτασική νόσος της κύησης, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, κάποιες κληρονομικές παθήσεις, η κατάχρηση οινόπνευματος, η χρήση διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνονται στους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της νόσου στην εγκυμοσύνη.

Η αυξημένη επίπτωση της λιθίασης των χοληφόρων οδών στις έγκυες πιθανότατα οφείλεται στην αύξηση του κορεσμού της χοληστερόλης στη χολή και στην ελάττωση της συστατικότητας των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης κάτω από την επίδραση των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών και της προγεστερόνης που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη. Τα φυσιολογικά αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών της κύησης παρεμποδίζουν την έκκριση των χολικών αλάτων, με αποτέλεσμα να ευνοείται η καθίζηση της χοληστερίνης στη χολή, την οποία μετατρέπει σε λιθογόνο παράγοντα. Επιπρόσθετα, στην παθογένεση των χολόλιθων κατά τη διάρκεια της κύησης φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά και η δυσλειτουργία της χοληδόχου κύστης, η οποία αφορά στην καθυστερημένη κένωση από τη χολή που είναι πιθανότατα το αποτέλεσμα της μυοχαλαρωτικής δράσης της προγεστερόνης στις λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης⁵⁵. Επίσης, μεταβολικές διαταραχές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (υπερλιπιδαιμίες) σε άτομα με γενετική προδιάθεση είναι δυνατό να οδηγήσουν σε οξεία παγκρεατίτιδα. Επιπλέον, μερικοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι και η υπερτασική νόσος της κύησης μπορεί να καταλήξει σε παγκρεατίτιδα. Η προεκλαμψία κυρίως, και πιο σπάνια η εκλαμψία υπό τις συνθήκες γενικευμένης μικροαγγειοπάθειας που είναι δυνατό να προκαλέσουν σε επίπεδο πολλών οργάνων (πολυοργανική νόσος) έχουν συνδεθεί με σπάνιες περιπτώσεις κυρίως οξείας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Ακόμη, τα υψηλά επίπεδα ασβεστίου, όπως συμβαίνει στον υπερπαραθυρεοειδισμό, αποτελούν ιδανική συνθήκη για την οξεία εκδήλωση της νόσου, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου τριμήνου της κύησης. Παρόμοια, κληρονομικές παθήσεις, όπως η κυστική ίνωση (με πάνω από 800 μεταλλάξεις γονιδίων) μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία παγκρεατίτιδα στην εγκυμοσύνη. Πρόσφατα αναφέρθηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία και περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας μετά από φαρμακευτική διακοπή της κύησης. Επίσης, η κατάχρηση οινόπνευματος και η χρήση από τις έγκυες αντιυπερτασικών φαρμάκων (θειαζίδες, διουρητικά) και διαφόρων αντιβιοτικών, όπως είναι οι τετρακυκλίνες, αν και δε χρησιμοποιούνται πλέον στην καθημερινή κλινική μαιευτική πράξη, ωστόσο είναι γνωστό ότι μπορούν να αποτελέσουν σπάνια αίτια οξείας εισβολής της νόσου. Τέλος, έχουν αναφερθεί και σπάνιες περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας που σχετίστηκαν με άλλες επείγουσες καταστάσεις, όπως τραυματισμοί της κοιλιάς ή μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης⁷⁹.

Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη δεν είναι εύκολη. Η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, οι ενίοτε άτυπες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου που είναι δυνατό να μιμούνται τις φυσιολογικές ενοχλήσεις της κύησης, αλλά και οι παρεκκλίσεις

από τις φυσιολογικές τιμές που είναι δυνατό να παρουσιάζουν οι ηπατικές δοκιμασίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη δε διαφέρουν ουσιωδώς από εκείνες που παρατηρούνται στις μη έγκυες ασθενείς. Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα και παρατηρείται σχεδόν στο σύνολο των ασθενών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων (75%) ο πόνος χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη, είναι μεγάλης έντασης, σταθερού χαρακτήρα και εντοπίζεται κυρίως στο επιγάστριο ή στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας με αντανάκλαση συνήθως στη ράχη, περίπου στο ύψος που εντοπίζεται το πάγκρεας στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Η ναυτία, οι έμετοι και η ανορεξία αποτελούν συχνές εκδηλώσεις της νόσου που συνοδεύουν το κοιλιακό άλγος. Σε μερικές άτυπες περιπτώσεις ο έμετος είναι δυνατό να αποτελεί το κύριο σύμπτωμα, συνοδευόμενος από ένα βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του επιγαστρίου ή από καθόλου πόνο. Η δεκατική πυρετική κίνηση, η ταχυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση αποτελούν σπάνια, αλλά σημαντικά ευρήματα για την κλινική διάγνωση της νόσου. Η ορθοστατική υπόταση, η περιομφαλική εκχύμωση (σημείο Gullen) και οι εκχυμώσεις στην οσφυϊκή χώρα (σημείο Turner) υποδηλώνουν την ύπαρξη οξείας αιμορραγικής νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Ο ίκτερος, που συνήθως εμφανίζεται σπάνια και είναι ήπιας μορφής, οφείλεται στην απόφραξη των χοληφόρων οδών^{55,79}.

Τον ακρογωνιαίο λίθο στη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη φαίνεται να αποτελεί ο προσδιορισμός των παγκρεατικών ενζύμων αμυλάσης και λιπάσης. Η ανεύρεση υψηλών επιπέδων της αμυλάσης (πάνω από το διπλάσιο των ανώτερων φυσιολογικών ορίων) και της λιπάσης του ορού παρέχει διαγνωστική ευαισθησία η οποία εκτιμάται ότι αγγίζει περίπου το 94% των περιπτώσεων. Η αμυλάση και η λιπάση του ορού αυξάνονται κατά τις πρώτες 12 ώρες από την έναρξη του οξέος επεισοδίου και φτάνουν στη μέγιστη τιμή τους σε 12 έως 72 και 24 ώρες, αντίστοιχα. Παρόλα αυτά όμως, η αύξηση των παγκρεατικών ενζύμων, και ιδιαίτερα της αμυλάσης παραμένει ένα μη ειδικό διαγνωστικό εύρημα.

Παρόμοια αύξηση μπορεί να προκληθεί και σε περιπτώσεις οξείας χολοκυστίτιδας, εντερικής απόφραξης ή διατρηθέντος πεπτικού έλκους, καταστάσεις που χρήζουν άμεσης διαφορικής διάγνωσης από την οξεία παγκρεατίτιδα, προκειμένου να εξασφαλισθεί η αμεσότερη και καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση της ασθενούς. Επιπλέον, η οξεία σκωληκοειδίτιδα, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, αποτελεί σοβαρό διάφορο-διαγνωστικό πρόβλημα. Η χαρακτηριστική προοδευτική μετατόπιση του τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης προς τα πάνω, δεξιά και πίσω στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα που προκαλεί κατά την πρόοδο της

εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας είναι δυνατό να δημιουργήσει σύγχυση στην ψηλάφηση των χαρακτηριστικών σημείων ευαισθησίας της νόσου και κατά συνέπεια σημαντικές δυσκολίες στη διάφορο-διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας από την οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Η αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρεμφερής με εκείνη που εφαρμόζεται σε μη εγκυμονούσες ασθενείς. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία, με την προσωρινή αναστολή της λειτουργίας του παγκρέατος που επιτυγχάνει, αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης και πρόληψης των σοβαρών επιπλοκών της νόσου. Οι βασικές αρχές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την αναστολή λήψης τροφής από το στόμα και τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα για την αναρρόφηση των εκκρίσεων, την προσεκτική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με καθημερινό έλεγχο του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και την παρεντερική χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών φαρμάκων. Αντιβιοτικά ευρέως φάσματος πρέπει να χορηγούνται σε κάθε περίπτωση οξείας παγκρεατίτιδας που οφείλεται σε λοιμώδη αίτια⁵⁵.

Πρόσφατες κλινικές μελέτες στηρίζουν την προφυλακτική σημασία της διαιτητικής διατροφής με χαμηλά λιπαρά και υψηλά σε ωμέγα-3 λιπαρά οξέα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό υπερτριγλυκεριδαιμίας. Το μεγάλο δίλημμα στην αντιμετώπιση της παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη αφορά στη λήψη της ορθότερης απόφασης για τη χειρουργική διερεύνηση της νόσου. Οι περισσότεροι από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα υποστηρίζουν ότι σε μη επιπλεγμένες καταστάσεις σωστό είναι να ακολουθηθεί συντηρητική θεραπεία και οποιαδήποτε επεμβατική διαδικασία να αναβάλλεται για μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση που η επέμβαση δεν είναι δυνατό να αναβληθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα προτιμάται για την εκτέλεσή της το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, προκειμένου να διασφαλισθεί το καλύτερο περιγεννητικό αποτέλεσμα^{51,80}. Ένδειξη άμεσης χολοκυστεκτομής ενδέχεται να αποτελεί η δευτεροπαθής μορφή οξείας παγκρεατίτιδας συνεπεία χολολιθίασης αμέσως μετά το πέρας της οξείας φλεγμονής, καθώς και οι επιπλεγμένες μορφές της νόσου, όπως είναι η βαριά αιμορραγική παγκρεατίτιδα, το παγκρεατικό απόστημα και η ραγείσα ψευδοκύστη του παγκρέατος, στις οποίες η προσφορά της χειρουργικής θεραπείας αναμένεται μεγάλη και σημαντική για την πορεία της νόσου και την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Η πρόγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στις έγκυες εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης και την καθυστέρηση της διάγνωσης. Η καθυστερημένη διάγνωση είναι δυνατό να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως είναι η βαριά οξεία αιμορραγική παγκρεατίτιδα, το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, οι πλευριτικές διηθήσεις, ο παγκρεατικός ασκίτης, ο σχηματισμός αποστήματος και ψευδοκύστεων του παγκρέατος και η λιπονέκρωση με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής

και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας⁸⁰. Η εμβρυϊκή απώλεια, οι πρόωρες συστολές της μήτρας και η έκλυση πρόωρου τοκετού αργότερα κατά την εξέλιξη της κύησης αποτελούν συχνές επιπλοκές της νόσου. Χάρη στην ευρεία διάδοση τα τελευταία χρόνια της σύγχρονης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης, η μητρική θνησιμότητα είναι εξαιρετικά σπάνια. Η αυξημένη μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα συνήθως αφορά στην καθυστερημένη διάγνωση και σε επιπλεγμένες καταστάσεις.

3.4 ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Η εντερική απόφραξη είναι σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή στην κύηση με αυξημένη μητρική και εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η απόφραξη του λεπτού εντέρου που επιπλέκει την κύηση οφείλεται συνήθως σε συμφύσεις, εγκολεασμό, κήλη, σκωληκοειδίτιδα και νεοπλασίες. Η συχνότερη αιτία είναι οι συμφύσεις, που μπορεί να δημιουργηθούν μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλιά πριν από την κύηση. Κλινικά συμπτώματα της απόφραξης του λεπτού εντέρου είναι κοιλιακό άλγος, ναυτία και έμετος, που συχνά παρατηρούνται και στις φυσιολογικές κυήσεις και μπορούν να οδηγήσουν σε καθυστερημένη διάγνωση. Η συχνότητα της εντερικής απόφραξης κυμαίνεται από 1/2.500-3.500 κυήσεις. Υπολογίζεται ότι 60% των ασθενών με εντερική απόφραξη στην κύηση είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε κάποιου είδους επέμβαση στην κοιλιά. Η μητρική θνησιμότητα έχει ευτυχώς μειωθεί δραστικά, χάρη στην έγκαιρη διάγνωση και εξέλιξη της ιατρικής από 60% στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, στο 21% το 1930, στο 16% το 1960 και στο 6% στις ημέρες μας. Δυστυχώς, δε συμβαίνει το ίδιο και με την εμβρυϊκή θνησιμότητα που παραμένει υψηλή (20-26%)²⁹. Η απόφραξη του λεπτού εντέρου συμβαίνει συνήθως, όταν η εγκυμονούσα μήτρα αλλάζει τις ανατομικές σχέσεις με τα παρακείμενα όργανα της κοιλίας, και πιο συχνά στα μέσα της εγκυμοσύνης (όταν η μήτρα έχει εξέλθει της πυέλου), στο τέλος της εγκυμοσύνης (όταν αρχίζει η κάθοδος της κεφαλής που προβάλλει) και στη λοχεία (λόγω της παλινδρόμησης της μήτρας).

Η σημαντικότερη αιτία που αυξάνει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι η καθυστέρηση που μπορεί να υπάρξει μεταξύ των πρώτων συμπτωμάτων της απόφραξης μέχρι τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση. Η κύηση μπορεί να συγκαλύψει τα πρώιμα συμπτώματα της απόφραξης του λεπτού εντέρου (όπως κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετος), που τις περισσότερες φορές είναι άτυπα και μη ειδικά, αλλά και συχνά παρουσιάζονται στις φυσιολογικές εγκυμοσύνες. Οι εξετάσεις αίματος και ούρων είναι τις περισσότερες φορές φυσιολογικές. Αυτοί είναι οι κυριότεροι παράγοντες (άτυπη συμπτωματολογία, εξετάσεις φυσιολογικές), οι οποίοι οδηγούν σε καθυστέρηση της τελικής διάγνωσης και της αντιμετώπισης της απόφραξης του

λεπτού εντέρου, που μπορεί να φτάσει και τις 72 ώρες. Η θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει άμεσα μόλις διαγνωσθεί η εντερική απόφραξη, χορηγώντας υγρά ενδοφλεβίως για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης και τον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως. Εν συνεχεία, ανάλογα με το βαθμό και τα αίτια της εντερικής απόφραξης, θα ακολουθηθεί η κατάλληλη αγωγή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό⁵⁷.

Συμπερασματικά, η απόφραξη του λεπτού εντέρου στην κύηση αποτελεί σπάνια επιπλοκή με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα για τη μητέρα και το έμβρυο και θα πρέπει πάντα να αποκλείεται στη διάφορο-διάγνωση στις έγκυες με ναυτία, έμετο και κοιλιακό άλγος. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να υπάρχει στις ασθενείς που αναφέρουν στο ιστορικό τους χειρουργεία στην κοιλιά, ακόμα και λαπαροσκοπήσεις. Η ορθή και γρήγορη διάγνωση και αντιμετώπιση θα βελτιώσει τη μητρική και εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

3.5 ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΩΟΘΗΚΗΣ

Η συστροφή των ωοθηκών είναι μία σπάνια αιτία οξείας κοιλίας στις μη έγκυες γυναίκες, αλλά πιο συχνή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εμφανίζεται συνήθως ετερόπλευρα σε μια παθολογικά διευρυμένη ωοθήκη και εκδηλώνεται σαν άλγος υπογαστρίου. Η παθολογική διόγκωση της ωοθήκης μπορεί να περιλαμβάνει την ωοθήκη μόνο, αλλά πιο συχνά επηρεάζει τόσο την ωοθήκη όσο και τη σάλπιγγα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συστροφών εμφανίζεται στη δεξιά πλευρά. Η κλινική εικόνα της πάθησης είναι συχνά παραπλανητική με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διάγνωσης και της χειρουργικής αντιμετώπισής της, άρα και η πιθανότητα επιβίωσης του οργάνου συρρικνώνεται³¹. Οι περισσότερες ασθενείς, λοιπόν, με συστροφή ωοθήκης έχουν μια καθυστερημένη διάγνωση και συχνά οδηγούνται σε νέκρωση της ωοθήκης. Σπανιότερα μια συστροφή μπορεί να οδηγήσει σε περιτονίτιδα και θάνατο λόγω νέκρωσης ωοθήκης, αλλά και της εμφάνισης πυελικής θρομβοφλεβίτιδας. Μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται κατά τα πρώτα έτη της αναπαραγωγικής ζωής. Η μέση ηλικία που αναφέρεται σε μελέτες είναι συνήθως τα 28 έτη. Οι αιτίες συστροφής μπορεί να είναι:

1. Όγκοι των ωοθηκών καλοήθεις και κακοήθεις που στο 50 – 60% των περιπτώσεων συστροφής αφορούν μάζες διαμέτρου άνω των 4 – 6 εκατοστών.
2. Προηγούμενα χειρουργεία στην κοιλιακή χώρα λόγω ύπαρξης συμφύσεων.
3. Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, η παρουσία διευρυμένου ωχρού σωματίου.

4. Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας σε καταστάσεις υπογονιμότητας καθώς και κύστη ωχρού σωματίου, αυτές οι καταστάσεις αποτελούν το 25% περίπου των επειγόντων καταστάσεων του πρώτου τριμήνου της κύησης.

Κλασικά, οι ασθενείς με συστροφή ωοθήκης εμφανίζουν αιφνίδια έναρξη, σοβαρό μονόπλευρο πόνο στο κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα που επιδεινώνεται και μειώνεται κατά διαστήματα, αλλά δεν εξαφανίζεται. Ένας μικρός αριθμός ασθενών ωστόσο διαμαρτύρονται για ήπιο πόνο που ακολουθεί μια πιο παρατεταμένη χρονική πορεία. Ο πόνος συνήθως εντοπίζεται πάνω από την εμπλεκόμενη πλευρά, συχνά διαχέεται στην οσφύ, τη λεκάνη, ή στο μηρό και είναι οξύς. Ναυτία και έμετος παρατηρούνται στο 70% περίπου των ασθενών. Ακόμα, πυρετός μπορεί να εμφανισθεί αργά, ως εύρημα της νέκρωσης της ωοθήκης. Έναρξη του πόνου κατά τη διάρκεια άσκησης ή σε επιτόπια άλματα είναι κοινό σύμπτωμα³⁰.

Γενικά, οι εργαστηριακές εξετάσεις δε βοηθούν στη διάγνωση της συστροφής ωοθήκης. Ωστόσο πρέπει να γίνονται για να αποκλείσουν άλλες καταστάσεις που μιμούνται την ίδια κλινική εικόνα. Το έγχρωμο Doppler των ωοθηκικών αγγείων είναι η πρώτη και πιο ειδική απεικονιστική εξέταση που πρέπει να γίνει. Διόγκωση των ωοθηκών ή κυστικό μόρφωμα ωοθήκης και μειωμένη φλεβική παροχέτευση είναι η πιο συχνή υπερηχογραφική εικόνα σε συστροφή ωοθήκης. Η λαπαροσκόπηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, όσο και σαν θεραπεία και αποτελεί τον ενδεδειγμένο τρόπο θεραπείας αλλά και τελικής διάγνωσης.

3.6 ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΡΗΞΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLP

Η αυτόματη ρήξη ήπατος είναι μια σπάνια, εξαιρετικά βαριά και ταυτόχρονα η πλέον θανατηφόρος επιπλοκή της προεκλαμψίας - εκλαμψίας και ιδιαίτερα του συνδρόμου HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets). Με διεθνή δεδομένα, το ποσοστό θνησιμότητας τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό φθάνει το 75%. Αυτόματη ρήξη ήπατος σε έγκυο / λεχωίδα έχει περιγραφεί για πρώτη φορά το 1844 από τον Abercrombie. Έκτοτε, έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία 52 περιπτώσεις. Γενικά το ποσοστό κυμαίνεται από 1/ 250.000 γεννήσεις έως 1/ 45.000 περιπτώσεις προεκλαμψίας. Ο κίνδυνος της ρήξης του ήπατος σε περιπτώσεις συνδρόμου HELLP δεν παρέρχεται με τον τοκετό ή την επείγουσα έξοδο του εμβρύου, αλλά υφίσταται για 24 - 48 ώρες πέραν του τοκετού και μέχρι την πλήρη ύφεση του συνδρόμου⁵⁶.

Κλινικά εκδηλώνεται με σημεία ολιγαιμικής καταπληξίας, οξείας κοιλίας με έντονο και επίμονο άλγος δεξιού υποχονδρίου ή / και στο δεξιό ώμο. Εργαστηριακά, εκτός από την αιφνίδια πτώση του αιματοκρίτη διαπιστώνεται και μεγάλη αύξηση των τρανσαμινασών (>1000 IU/L), πτώση των αιμοπεταλίων και διαταραχές των παραγόντων πήξεως. Απεικονιστικά ένα υπερηχογράφημα επί κλίνης, εφ' όσον δεν χάνεται πολύτιμος χρόνος, προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες. Σε λιγότερο επείγουσες περιπτώσεις, εξέταση εκλογής είναι η μαγνητική ακτινογραφία.

Η αντιμετώπιση είναι η επείγουσα λαπαροτομία ταυτόχρονα με τη χορήγηση υγρών, αίματος και παραγόντων πήξεως. Η ενδεδειγμένη χειρουργική τεχνική είναι ο επιπωματισμός του ήπατος με αιμοστατικά υλικά και κομπρέσες. Ο επιπωματισμός θα πρέπει να είναι εξαιρετικά πιεστικός. Η τοποθέτηση αιμοστατικών ραφών στο προεκλαμπτικό ήπαρ είναι αναποτελεσματική και πιθανόν να καταστεί επιζήμια. Σε δεύτερο χρόνο, μετά την ύφεση των προεκλαμπτικών στοιχείων και την αποκατάσταση των παραγόντων πήξεως, όπου το ήπαρ παύει να είναι τόσο οίδηματώδες και εύθρυπτο, εάν χρειάζεται μπορεί να τοποθετηθούν ραφές ή να γίνει εκλεκτική εκτομή κάποιου τμήματός του⁷⁹. Διεθνώς μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί 52 περιπτώσεις αυτόματης ρήξης του ήπατος, με ποσοστό θνησιμότητας που ξεπερνά το 50%.

3.7 ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Η έκτοπη κύηση είναι μια από τις πιο σοβαρές επιπλοκές της κύησης και χαρακτηρίζεται από την εγκατάσταση του κυήματος έξω από τη φυσιολογική του θέση, που είναι πάντα η φυσιολογικά διαπλασμένη ενδομητρική κοιλότητα. Ο όρος έκτοπη κύηση φαίνεται να είναι πιο αντιπροσωπευτικός από τον όρο εξωμήτρια κύηση, αφού ο τελευταίος δεν συμπεριλαμβάνει ορισμένες παθολογικές εγκαταστάσεις του κυήματος μέσα στη μήτρα, όπως είναι η τραχηλική κύηση, η εγκατάσταση του κυήματος στο κέρασ μιας φυσιολογικά διαπλασμένης μητρικής κοιλότητας ή σε ένα εκκόλπωμα της μήτρας ή ακόμα και σε ένα υποπλαστικό κέρασ δικέρου μήτρας. Ο όρος εξωμήτρια κύηση περιλαμβάνει μόνο τις εντοπίσεις στη σάλπιγγα, στις ωοθήκες, στον πλατύ σύνδεσμο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα⁴³.

Η επίπτωση των έκτοπων κυήσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο κυμαίνεται από 1 – 1,7 ανά 100 κυήσεις, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 2% των κυήσεων³⁸. Παρά τη μεγάλη πτώση της θνησιμότητας των έκτοπων κυήσεων που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, κάτι που οφείλεται βασικά στην ευρεία εφαρμογή των νεότερων διαγνωστικών μεθόδων και στη βελτίωσή τους, αλλά και στη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων, οι έκτοπες κυήσεις αποτελούν ακόμη τη μεγαλύτερη αιτία μητρικής θνησιμότητας κατά την περιγεννητική περίοδο.

Οι διάφορες εντοπίσεις της έκτοπης κύησης, κατά σειρά συχνότητας είναι:

ο Η σαλπιγγική κύηση. Αφορά περίπου στο 99% του συνολικού αριθμού των έκτοπων κυήσεων. Διακρίνεται, ανάλογα με την εντόπισή της στα διάφορα τμήματα της σάλπιγγας, στη ληκυθική (55%), στην ισθμική (25%), στην κωδωνική (17%) και στη διάμεση (3%). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανευρίσκονται προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως ιστορικό πυελικών φλεγμονών ή επεμβάσεων.

ο Η ωθηκική κύηση. Η συχνότητα της ωθηκικής έκτοπης κύησης είναι 1 ανά 7.000 κυήσεις. Η συχνότητά της φαίνεται να είναι αυξημένη στις γυναίκες που χρησιμοποιούν ενδομήτρια σπειράματα ως αντισύλληψη. Η συμπτωματολογία είναι παρόμοια με αυτή της σαλπιγγικής κύησης, ενώ στη διάγνωση μπορεί να βοηθήσει ο υπερηχογραφικός έλεγχος. Η θεραπεία είναι συνήθως η χειρουργική εξαίρεση της ωθήκης⁴⁴.

ο Η κύηση σε υποπλαστικό κέρασ δικέρου μήτρας.

ο Η ενδοσυνδεσμική κύηση.

ο Η ενδοτραχηλική κύηση.

ο Η ενδοκοιλιακή κύηση. Η συχνότητα εμφάνισής της είναι περίπου 1 ανά 8.000 κυήσεις. Μπορεί να διακριθεί στην πρωτοπαθή και στη δευτεροπαθή κοιλιακή κύηση. Για να τεθεί η διάγνωση της πρωτοπαθούς κοιλιακής κύησης επιβάλλεται η παρουσία φυσιολογικών σαλπίγγων και ωθηκών, η μη ύπαρξη μητρο-πλακουντιακής επικοινωνίας και η αποκλειστική επαφή του κυήματος με την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η δευτεροπαθής κοιλιακή κύηση είναι αποτέλεσμα διαφυγής του έκτοπου κυήματος είτε από το κωδωνικό άκρο της σάλπιγγας είτε μετά από ρήξη του τοιχώματός της. Η κλινική εικόνα της γυναίκας με κοιλιακή κύηση είναι ανάλογη με την ηλικία της κύησης. Αρχικά τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά μιας φυσιολογικής κύησης, αργότερα όμως εμφανίζονται δυσφορία, συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα και κοιλιακό άλγος. Η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου και ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση. Η αντιμετώπιση της κοιλιακής κύησης επιβάλλει τη διενέργεια λαπαροτομίας και την έξοδο του εμβρύου και των υμένων. Οποιαδήποτε προσπάθεια αποκόλλησης του πλακούντα μπορεί να οδηγήσει σε αθρόα αιμορραγία, καθώς αυτός είναι σταθερά προσκολλημένος στο έντερο ή κατά μήκος του περιτοναίου³⁸. Για τον λόγο αυτό προτείνεται η παραμονή του πλακούντα στην περιτοναϊκή κοιλότητα για να απορροφηθεί είτε αυτόματα είτε με την βοήθεια της μεθοτρεξάτης, και

ο Η κύηση σε εκκόλπωμα της μήτρας.

Αιτίες σαλπιγγικής κύησης είναι: α) οι φλεγμονές των σαλπίγγων, οι συνηθέστερες αιτίες σαλπιγγικών φλεγμονών είναι οι προηγηθείσες αποξέσεις της μήτρας, προηγούμενες επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο και οι ανιούσες φλεγμονές από τη μήτρα, β) οι περισαλπιγγικές συμφύσεις οι οποίες είναι αποτέλεσμα επιμόλυνσης αποβολών, επιλόχειων λοιμώξεων, σκληροκοιτίτιδας ή ενδομητρίωσης, γ) οι ανωμαλίες διάπλασης των σαλπίγγων, όπως τα εκκολπώματα και η απλασία της

σάλπιγγας, δ) οι προηγηθείσες επεμβάσεις στις σάλπιγγες, όπως η αναστόμωση της σάλπιγγας και η σαλπινγοπλαστική, ε) οι όγκοι μήτρας, όπως τα ινομυώματα της μήτρας και οι κύστες των ωοθηκών, και ζ) η προηγηθείσα έκτοπη κύηση, καθώς η πιθανότητα για την επανεμφάνιση έκτοπης κύησης ανέρχεται σε 7 – 15%^{38,44}.

Σε περίπτωση αδιατάρακτης έκτοπης κύησης συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα, πλην εκείνων, της κύησης. Η έκτοπη κύηση πρέπει να πιθανολογείται κάθε φορά, που σε περίπτωση κύησης εμφανίζεται κοιλιακή αιμόρροια και πυελικό άλγος. Το άλγος μπορεί να είναι οξύ ή ήπιο, συνεχές ή διαλείπον. Εάν συμβεί ρήξη της σαλπινγικής κύησης προκαλείται αιφνίδιο διαξιφιστικό άλγος, το οποίο μπορεί να υποχωρήσει σταδιακά και να επανεμφανισθεί στην κοιλιακή χώρα και στη δεξιά ωμοπλάτη λόγω ερεθισμού του περιτοναίου και του διαφράγματος. Κατά την κλινική εικόνα η κοιλία μπορεί να εμφανίζει διάχυτη ή εντοπισμένη ευαισθησία. Κατά τη γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος εμφανίζει ευαισθησία. Εάν συμβεί ρήξη της έκτοπης κύησης παρουσιάζεται ταχυκαρδία, υπόταση, κοιλιακή σύσπαση, αναπηδώσα ευαισθησία και ελάττωση του περισταλτισμού του εντέρου.

3.8 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

Το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών αποτελεί μία σοβαρή, δυνητικά θανατηφόρα, επιπλοκή που εμφανίζεται σε γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε πρωτόκολλα ελεγχόμενης διέγερσης των ωοθηκών. Προκύπτει από φαρμακευτική διέγερση των ωοθηκών, συνήθως κατά την επαγωγή της ωοθυλακιορρηξίας με γοναδοτροπίνη. Το εν λόγω σύνδρομο μπορεί να αναπτυχθεί μόνο μετά τη διέγερση των ωοθηκών, δηλαδή μετά τη χορήγηση της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG)³⁴. Παραδοσιακά η ταξινόμηση του συνδρόμου γίνεται με βάση τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας σε ήπια, μέτρια και σοβαρή μορφή. Σήμερα, ως αποδεδειγμένοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου θεωρούνται το ιστορικό συνδρόμου υπερδιέγερσης ωοθηκών, η νεαρή ηλικία της γυναίκας, η ύπαρξη συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών και το ιστορικό αλλεργίας. Η πρόληψη του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών ή η αντιμετώπισή του σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμη φάση εστιάζεται στον καθορισμό ομάδων υψηλού κινδύνου, στην προσεκτική επιλογή του πρωτοκόλλου διέγερσης, στη ρύθμιση της δόσης της χοριακής γοναδοτροπίνης και στην προφυλακτική χορήγηση λευκωματίνης³⁵. Τέλος, η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι πλέον συμπτωματική και συνίσταται στη θέσπιση παραμέτρων παρακολούθησης, στην ενδεδειγμένη τήρηση ισοζυγίου υγρών, στην προφύλαξη από τη θρόμβωση και στη θεραπεία του ασκίτη.

Παραδοσιακά, όπως αναφέραμε, η ταξινόμηση του συνδρόμου γίνεται με βάση τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας. Στην ήπια μορφή παρατηρούνται ελαφρώς μετεωρισμός και ήπιο κοιλιακό άλγος. Τα γαστρεντερικά ενοχλήματα είναι και αυτά ήπια, ενώ απουσιάζουν παντελώς οι συστηματικές εκδηλώσεις. Η μέτρια μορφή χαρακτηρίζεται από μέτριο μετεωρισμό, έντονο κοιλιακό άλγος, γαστρεντερικά ενοχλήματα, όπως ναυτία, έμετο και διάρροια, αλλά κυρίως από συστηματικές εκδηλώσεις, όπως εξάντληση, μικρού βαθμού αφυδάτωση και oligουρία. Τέλος, η σοβαρή μορφή παρουσιάζει συλλογή υγρών σε κοιλότητες όπως η κοιλιακή (ασκίτης), ο θώρακας (υδροθώρακας) και το περικάρδιο (περικαρδίτιδα), καθώς και έντονο κοιλιακό άλγος. Τα γαστρεντερικά ενοχλήματα είναι σοβαρότερα από τα αντίστοιχα της μέτριας μορφής. Ωστόσο, το πιο σημαντικό κλινικό σημείο αποτελούν οι συστηματικές εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται από σοβαρή αφυδάτωση, oligουρία έως ανουρία, αναπνευστικές διαταραχές και θρομβοεμβολικά επεισόδια. Στην ουσία η ταξινόμηση του συνδρόμου υπερδιέγερσης ωθηκών με βάση τη βαρύτητα περιγράφει όλο το φάσμα της κλινικής εικόνας του συνδρόμου.

Η εργαστηριακή εικόνα χαρακτηρίζεται από εκδηλώσεις υποογκαιμίας, όπως η αιμοσυμπύκνωση και η λευκοκυττάρωση, καθώς και από ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως η υπονατριαιμία και η υπερκαλιαιμία. Τέλος, μπορεί να προκύψουν εργαστηριακά ευρήματα από την πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων που προκαλούν οι βαρύτερες μορφές του συνδρόμου. Προσπαθώντας να συσχετίσει την κλινική και εργαστηριακή εικόνα με τη βαρύτητα του συνδρόμου ο Golan παρουσίασε το 1989 ένα σύστημα σταδιοποίησης του συνδρόμου, σύμφωνα με το οποίο διακρίνονται πέντε βαθμοί και τρία στάδια βαρύτητας^{34,35}.

Καθώς η παθολογική φυσιολογία του συνδρόμου δεν είναι διευκρινισμένη, έχει εκπονηθεί μεγάλος αριθμός μελετών από πολλές ερευνητικές ομάδες με σκοπό να προσδιορισθούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή του. Νεότερες μελέτες έχουν αναδείξει ή υποβαθμίσει μερικούς από αυτούς τους παράγοντες. Σήμερα, ως αποδεδειγμένοι παράγοντες κινδύνου θεωρούνται το ιστορικό συνδρόμου υπερδιέγερσης ωθηκών κατά το παρελθόν, η νεαρή ηλικία της γυναίκας, η ύπαρξη συνδρόμου πολυκυστικών ωθηκών και το ιστορικό αλλεργίας. Φαίνεται να υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ των ειδικών ότι ιστορικό συνδρόμου υπερδιέγερσης ωθηκών σε προηγούμενο κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προδιαθέτει για εμφάνιση του συνδρόμου σε μελλοντικές προσπάθειες³⁶. Με την ίδια λογική μία νεαρή γυναίκα έχει μεγαλύτερο ωοθυλακικό απόθεμα τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης του συνδρόμου. Το σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλαπλών ωοθυλακίων που βρίσκονται σε πρώιμη φάση ανάπτυξης. Παρόλο που η ακριβής παθοφυσιολογία δεν είναι διευκρινισμένη, φαίνεται πως τα ωοθυλάκια αυτά μπορούν ωριμάσουν μαζικά όταν εκτεθούν σε ικανές δόσεις εξωγενών

γοναδοτροπινών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του συνδρόμου. Τέλος, σε μία πρόσφατη προοπτική μελέτη παρατηρήθηκε ότι η εμφάνιση συνδρόμου υπερδιέγερσης ωθηκών συνοδεύεται από ιστορικό αλλεργίας της γυναίκας σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%. Το φαινομενικά παράδοξο αυτό εύρημα μπορεί ίσως να εξηγηθεί από την παρουσία μεγάλου αριθμού μαστοκυττάρων στα κυρίαρχα ωοθυλάκια, μία παρατήρηση που εμπλέκει μηχανισμούς ανοσολογικής υπερευαισθησίας στην παθολογική φυσιολογία του συνδρόμου.

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου στην ήπια μορφή του αντιμετωπίζεται εξωνοσοκομειακά. Στην περίπτωση αυτή αρκεί ο καθησυχασμός της ασθενούς και η ενημέρωσή της για τη φύση του συνδρόμου. Συστήνεται ανάπαυση ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος συστροφής μιας διογκωμένης ωθήκης. Η χορήγηση παρακεταμόλης μπορεί να ανακουφίσει την πνευλική δυσφορία. Απαιτείται κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος σε καθημερινή βάση, καθώς και υπερηχογράφημα. Η ασθενής θα πρέπει να αναπαύεται αρκετά και να ενυδατώνεται με περισσότερα από 1.000 ml ημερησίως. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να τηρείται ένα αδρό ισοζύγιο υγρών. Στη μέτριας μορφής εμφάνιση του συνδρόμου συνίσταται η ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση κατά την οποία η ασθενής θα πρέπει να τεθεί υπό συστηματική παρακολούθηση. Τα ζωτικά σημεία καταγράφονται κάθε τέσσερις ώρες, όπως και το ισοζύγιο υγρών. Το σωματικό βάρος και η περίμετρος της κοιλιάς ελέγχονται σε καθημερινή βάση. Ο βασικός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος επαναλαμβάνεται κάθε πρωί. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία έγκειται, ακόμα, σε ενδοφλέβια ενυδάτωση με κρυσταλλοειδή διαλύματα. Ενδείξεις παρακέντησης αποτελούν η επώδυνη κοιλιακή διάταση και η ύπαρξη διαταραχών της αναπνευστικής και της νεφρικής λειτουργίας^{34,36}. Σε περίπτωση συνδρόμου διέγερσης ωθηκών βαριάς μορφής μπορεί να απαιτηθεί εισαγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Οι διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας αντιμετωπίζονται αρχικά με ντοπαμίνη και αν παραστεί ανάγκη με αιμοκάθαρση, η αναπνευστική δυσχέρεια με θωρακοκέντηση και σύνδεση σε αναπνευστήρα και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια με συστηματική αντιπηκτική αγωγή. Σε κάθε περίπτωση, ο θεράπων ιατρός δε θα πρέπει να ξεχνά την πιθανότητα εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα όταν παραγγέλνει τη διενέργεια ακτινογραφιών ή συνταγογραφεί φαρμακευτικά σκευάσματα. Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης σε σοβαρές περιπτώσεις του συνδρόμου αποτελεί πάντα την ύστατη θεραπευτική επιλογή.

Συνοψίζοντας, το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωθηκών αποτελεί μία ιατρογενή επιπλοκή που είναι δυνητικά θανατηφόρα. Γι αυτό το λόγο όσοι συνταγογραφούν σκευάσματα πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας θα πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά την παθοφυσιολογία, τη σταδιοποίηση, παράγοντες κινδύνου, την πρόληψη και φυσικά την αντιμετώπιση του συνδρόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- ✓ Αναμενόμενες αλλαγές στη ψυχολογία της γυναίκας
- ✓ Διαταραχές διάθεσης
- ✓ Αγχώδεις διαταραχές
- ✓ Κατάθλιψη
- ✓ Επιλόχειος κατάθλιψη
- ✓ Διπολική διαταραχή
- ✓ Επιλόχεια ψύχωση
- ✓ Παράγοντες που επηρεάζουν την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών
- ✓ Συνέπειες των ψυχικών διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο

4.1 ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η κύηση και η λοχεία αποτελούν για τη γυναίκα περιόδους με σημαντικότερες ιδιαιτερότητες, βιολογικές και ψυχικές. Οι έντονες ορμονικές μεταβολές αλλά και οι αλλαγές στο σώμα, στις οικογενειακές ισορροπίες και στη σχέση με τον σύντροφό της μπορούν δυνητικά να πυροδοτήσουν ή να αναζωπυρώσουν ψυχικές διαταραχές τις οποίες η έγκυος ή η λεχώιδα αδυνατεί να αντιρροπήσει. Οι γονιδιακές προδιαθέσεις, η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η προσωπικότητα της ίδιας της γυναίκας επηρεάζουν επίσης την εμφάνιση αλλά και την κλινική έκφραση των διαταραχών αυτών.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι οργανικές αλλαγές που συμβαίνουν αλληλοεξαρτώνται από τις ιδιαίτερες σκέψεις, φαντασιώσεις, προσδοκίες και συναισθήματα της κάθε γυναίκας. Οι αναπαραστάσεις της για την εγκυμοσύνη, τη μητρότητα και το παιδί, προέρχονται εξ' ολοκλήρου από το δικό της ψυχικό κόσμο. Για κάθε γυναίκα οι αλλαγές έχουν διαφορετική βαρύτητα και σημασία, εξαρτώμενη άμεσα από την προσωπική της ιστορία. Ακόμα και μια επιθυμητή και προσδοκώμενη εγκυμοσύνη δημιουργεί αμφιθυμία, από τη στιγμή που η έλευση μιας νέας ζωής σηματοδοτεί μια τεράστια αλλαγή στον τρόπο ζωής της μητέρας, του πατέρα και των υπολοίπων παιδιών (εφόσον υπάρχουν). Οι αλλαγές ενδέχεται να είναι καλοδεχούμενες, ίσως όμως να απομακρύνουν για ένα μεγάλο διάστημα τη γυναίκα από σημαντικά ενδιαφέροντα, εργασιακά, κοινωνικά ή άλλου τύπου⁴². Η έγκυος καλείται να συνάψει ένα δεσμό με το έμβρυο που κυοφορεί, να διασφαλίσει την αποδοχή του από το οικογενειακό περιβάλλον και να προετοιμαστεί για τον τοκετό. Καλείται, τέλος, να αποδεχθεί τις αλλαγές στην εικόνα του σώματός της και να τροποποιήσει διάφορες πτυχές στη σχέση με το σύντροφο και πατέρα του παιδιού. Οι προαναφερθείσες προσαρμοστικές προκλήσεις είναι μόνο ενδεικτικές, από τη στιγμή που κάθε γυναίκα κουβαλάει τη δική της ιστορία, τις σχέσεις και τον τρόπο ζωής, άρα και διαφορετικές ανάγκες.

Την πρώτη περίοδο της εγκυμοσύνης, μέχρι και τους 4 ½ περίπου μήνες, κάποιες γυναίκες νιώθουν πληρότητα, ικανοποίηση και ευχαρίστηση. Νιώθουν τότε την ανάγκη να αποσυρθούν από τον εξωτερικό κόσμο, γιατί έχουν τη διάθεση να ασχοληθούν με τον εαυτό τους. Άλλες πάλι νιώθουν μια ελαφριά κατάθλιψη αυτή την περίοδο και αυξάνουν τη σωματική τους δραστηριότητα για να νιώσουν καλύτερα. Οι πιο δραστήριες δυσκολεύονται να αποδεχτούν ότι χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων⁴¹. Συχνά ζηλεύουν το γεγονός ότι ο σύζυγος μπορεί να συνεχίσει την καριέρα του, τη στιγμή που εκείνες αναγκάζονται να διακόψουν την ενασχόληση με τα ενδιαφέροντα και την εργασία τους.

Η δεύτερη περίοδος της εγκυμοσύνης αρχίζει όταν γίνονται αντιληπτές οι πρώτες κινήσεις του εμβρύου. Τα συμπτώματα

της ναυτίας υποχωρούν και η γυναίκα νιώθει ευεξία. Συχνά παρατηρούνται δυσκολίες ως προς την αποδοχή των σωματικών αλλαγών. Ενώ κάποιες γυναίκες προσπαθούν να προσαρμοστούν στην ιδέα μιας επιπλέον δέσμευσης, για άλλες η εγκυμοσύνη δημιουργεί μια αίσθηση ελευθερίας, με λιγότερες υποχρεώσεις και περισσότερο ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους. Την περίοδο αυτή η γυναίκα συχνά επεξεργάζεται θέματα που έχουν να κάνουν με τη μητέρα της, την αυτονομία (τη δική της αλλά και του παιδιού που θα αποκτήσει) και γενικότερα, με ζητήματα που αφορούν τη σχέση μητέρας - παιδιού. Οι ρόλοι αλλάζουν: από κόρη κάποιας άλλης γυναίκας, η έγκυος προετοιμάζεται να αναλάβει τη φροντίδα ενός παιδιού από τη θέση της μητέρας.

Η τρίτη περίοδος είναι το στάδιο πριν τον τοκετό, όπου η γυναίκα νιώθει συχνά κόπωση. Η ανάγκη της για ασφάλεια και προστασία αυξάνεται. Παρατηρούνται διακυμάνσεις του συναισθήματος, από χαρά στην προοπτική του παιδιού, μέχρι και άγχος για τη διαδικασία του τοκετού, την υγεία της ίδιας και του παιδιού. Για αρκετές γυναίκες ο τοκετός αναμένεται με ανυπομονησία, εφόσον η στιγμή αυτή σημαίνει την πιο ενεργή στάση ζωής και την έξοδο από την παθητικότητα^{42,63}.

Έπειτα από τον τοκετό η γυναίκα έρχεται και πάλι αντιμέτωπη με μια αλλαγή στη σωματική εικόνα της. Ταυτόχρονα καλείται να αναγνωρίσει την ατομικότητα του παιδιού, το οποίο δεν αποτελεί πια τμήμα του σώματός της. Η γυναίκα μπορεί να νιώθει κάπως μπερδεμένη, στην περίπτωση που δεν νιώθει άμεσα το ξύπνημα της μητρικής αγάπης. Συχνά μετά τη γέννα νιώθει μια μικρή απογοήτευση, όπως νιώθει κανείς μετά από την επίτευξη κάποιου μεγάλου και πολυαναμενόμενου κατορθώματος αλλά ακόμα και αυτό θεωρείται φυσιολογικό και αναμενόμενο. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση και συμπαράσταση του συζύγου και της οικογένειας.

4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Μεγάλος αριθμός γυναικών βιώνουν κάποια συναισθηματικά προβλήματα μετά την εγκυμοσύνη. Αισθάνονται αναστατωμένες, μόνες, φοβισμένες. Μπορεί να νιώθουν ανάμικτα συναισθήματα για το μωρό τους και αυτό τους δημιουργεί ένα αίσθημα ενοχής. Για τις περισσότερες γυναίκες, τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιες μορφής και υποχωρούν από μόνα τους. Η συναισθηματική δυσφορία μετά τον τοκετό (γνωστή και ως τα blues της μητρότητας – maternity blues) είναι μια παροδική φάση με έντονα αρνητικά συναισθήματα που εμφανίζεται λίγο μετά τον τοκετό στις μισές περίπου γυναίκες που έχουν γεννήσει ένα μωρό. Φτάνει στο αποκορύφωμα 3 - 5 ημέρες μετά τη γέννηση και διαρκεί από πολλές ημέρες μέχρι και 2 εβδομάδες. Μπορεί η γυναίκα να κλαίει πιο εύκολα από ότι συνήθως, να παρουσιάζει προβλήματα ύπνου και να νιώθει εκνευρισμό και λύπη. Αυτές οι διαταραχές πιθανόν να

σχετίζονται με τις ορμονικές αλλαγές της στον τοκετό. Η διάθεσή τους αλλάζει συχνά, αλλά δεν νιώθουν θλίψη διαρκώς, απεναντίας, μπορούν να ευχαριστηθούν τη σχέση με το παιδί τους. Οι γυναίκες με baby blues δεν χρειάζεται να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας για διάγνωση, αλλά χρειάζονται κατανόηση, υποστήριξη, ξεκούραση και αρκετό ύπνο. Οι γυναίκες που βιώνουν τα baby blues, όπως και όλες οι λεχωίδες, χρειάζονται συνεχή υποστήριξη, παρακολούθηση και συμβουλευτική στη διάρκεια της λοχείας από εξειδικευμένο προσωπικό του συστήματος υγείας. Σημαντική είναι επίσης η υποστήριξη από το σύζυγο και το οικογενειακό τους περιβάλλον⁵⁴. Αν όλα αυτά τους παρέχονται, οι αλλαγές στη διάθεση θα υποχωρήσουν σύντομα, έπειτα από μερικές μέρες. Τα συμπτώματα που εμφανίζει η γυναίκα είναι πιο ήπια και διαρκούν λιγότερο, συγκρινόμενα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα ενδέχεται να:

- ο είναι καταβεβλημένη
- ο νιώθει σωματική εξάντληση
- ο νιώθει ευερεθιστότητα, απογοήτευση, άγχος
- ο υποφέρει από εναλλαγές στο συναίσθημα και από θλίψη
- ο ξεσπάει σε κλάμα
- ο αντιμετωπίζει δυσκολίες με τον ύπνο της.

Μια σειρά από προϋπάρχουσες δυσκολίες φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση των baby blues, όπως η προγεννητική κατάθλιψη ή η ύπαρξη κατάθλιψης στο ιστορικό της γυναίκας, καθώς και έντονα προ-εμμηνορυσιακά συμπτώματα⁶³. Παρόλο που τα συμπτώματα των baby blues είναι συνήθη και παροδικά και δεν απαιτούν άμεση παρέμβαση από ειδικό ψυχικής υγείας, όπως προαναφέρθηκε, όταν διαρκούν περισσότερο από δύο εβδομάδες και προκαλούν την ενόχληση της γυναίκας, η εκτίμησή τους από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντική. Η παράταση των συμπτωμάτων αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και αγχώδων διαταραχών.

4.3 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Μεγάλο πλήθος γυναικών βιώνει σοβαρά συμπτώματα άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό δεν σημαίνει ότι όλες πληρούν τα κριτήρια μιας ψυχικής διαταραχής. Πάντως, οι γυναίκες που υποφέρουν από συμπτώματα τα οποία επιμένουν, με όλες τις συνέπειες δυσλειτουργικότητας που αυτά προκαλούν, μπορεί να βοηθηθούν με μια έγκυρη διάγνωση και παρέμβαση. Οι έγκυες ή οι λεχωίδες με αγχώδεις διαταραχές συνήθως κατακλύζονται από το φόβο ότι δε θα καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις ευθύνες του νεογέννητου. Αυτό δεν αφορά αποκλειστικά και μόνο γυναίκες που γίνονται για πρώτη φορά μητέρες, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε γυναίκες που έχουν ήδη παιδιά.

Πολύ συχνά οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν με

κατάθλιψη στο γενικό πληθυσμό και στον πληθυσμό των εγκύων. Ακολουθεί μια συνοπτική περιγραφή των συνηθέστερων αγχώδων διαταραχών. Η διαταραχή πανικού, η οποία συχνά συνυπάρχει με αγοραφοβία συνίσταται σε απροσδόκητες προσβολές πανικού, κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο κατακλύζεται αιφνίδια από συμπτώματα όπως, αίσθημα επιτάχυνσης καρδιακών παλμών, εφίδρωση, τρέμουλο, δύσπνοια, αίσθημα πνιγμονής, ναυτία, ζάλη, αίσθημα λιποθυμίας, φόβο ότι τρελαίνεται, φόβο ότι πεθαίνει. Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται μέσα σε λίγα λεπτά και διαρκούν συνήθως από 5 έως και 30 λεπτά.⁵³ Το άτομο με διαταραχή πανικού συχνά αναπτύσσει άγχος ανάμεσα στις προσβολές, συγκεκριμένα ένα άγχος αναμονής ότι η προσβολή πρόκειται να του ξανασυμβεί, με αποτέλεσμα να αρχίσει να αποφεύγει καταστάσεις ή τοποθεσίες που του είχε συμβεί κάποια προσβολή στο παρελθόν. Ο φόβος τον καταλαμβάνει όταν βρίσκεται μακριά από την πηγή της ασφάλειάς του. Φοβάται, λοιπόν, μήπως πάθει κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο, με αποτέλεσμα να αποφεύγει σταδιακά πολυσύχναστα μέρη, κυρίως όταν είναι μόνο του και ασυνόδευτο. Τα συμπτώματα αυτά συνιστούν την περιγραφή της αγοραφοβίας, μιας πολύ κοινής φοβίας που συναντάται μαζί με τη διαταραχή πανικού^{54,69}. Πιθανή συνέπεια της αγοραφοβίας στην έγκυο είναι η αποφυγή της προσέλευσης στα προκαθορισμένα ιατρικά ραντεβού της. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από μόνιμο, υπερβολικό και διάχυτο άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν άλλες αγχώδεις διαταραχές.

4.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κύηση θεωρείται ευτυχισμένη περίοδος για τη γυναίκα, ωστόσο επιδημιολογικά η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στις εγκύους δεν είναι μικρότερη σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες. Μια γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίσει συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και μετά τη γέννα. Η κατάθλιψη, της οποίας η έναρξη λαμβάνει χώρα κατά την εγκυμοσύνη ή και λίγους μήνες μετά τον τοκετό, χαρακτηρίζεται ως περιγεννητική. Συγκεκριμένα, όταν αρχίζει μετά τον τοκετό, ονομάζεται επιλόχεια. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, η συζυγική δυσαρμονία, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη²⁶.

Η συνήθης κλινική εικόνα της κατάθλιψης κατά την κύηση περιλαμβάνει:

- 1) άγχος,
- 2) ευερεθιστότητα,
- 3) αϋπνία,
- 4) ανορεξία,
- 5) καταθλιπτική διάθεση,
- 6) αδυναμία ανταπόκρισης σε καθήκοντα και υποχρεώσεις,

- 7) αισθήματα ενοχής και αναξιοσύνης,
- 8) αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές.
- 9) υπερβολική και συχνά αδικαιολόγητη απογοήτευση από τον τοκετό, τον θηλασμό ή άλλες πλευρές της μητρότητας.
- 10) Μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικές επαφές.
- 11) Μειωμένη ερωτική διάθεση.

Η κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής, αιμορραγίας, καθυστέρησης ανάπτυξης του εμβρύου, προεκλαμψίας και πρόωρου τοκετού. Οι έγκυες που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιθανότερο να έχουν ανεπαρκή φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη, να πίνουν αλκοόλ και να καπνίζουν. Επίσης, οι καταθλιπτικές έγκυοι έχουν λιγότερες πιθανότητες για ανάπτυξη ισχυρού δεσμού με το νεογνό.

Η μη θεραπευόμενη κατάθλιψη κατά την κύηση είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνισή της και σε περίοδο λοχείας. Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία (γνωσιακή - συμπεριφορική, διαπροσωπική) και, σε ειδικές περιπτώσεις, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Όσον αφορά στις πιθανές αρνητικές επιδράσεις στην οργανογένεση από την έκθεση του εμβρύου κατά το 1^ο τρίμηνο στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, είναι αξιοσημείωτη μία μεγάλη μελέτη σε 3.000 έμβρυα, κατά την οποία δεν διαπιστώθηκε αυξημένος κίνδυνος μείζονων δυσπλασιών^{69,72}.

Το σύνδρομο νεογνικής προσαρμογής (από έκθεση του εμβρύου σε αντικαταθλιπτικά κατά το 3^ο τρίμηνο) εμφανίζεται στο 30% των νεογνών και στη σοβαρή μορφή του (50% των περιπτώσεων) εκδηλώνεται με τρόμο, υψίσυχο κλάμα, υπερτονία, γαστρεντερικά συμπτώματα, αναπνευστική δυσκολία και επιληπτικές κρίσεις. Όσον αφορά στη μακροπρόθεσμη επίδραση στη συμπεριφορά του νεογνού (behavioural teratogenicity) ως συνέπεια της λήψης αντικαταθλιπτικών κατά την κύηση, δεν διαπιστώθηκε άξια λόγου επίδραση, σε μελέτες ενδομήτριας έκθεσης σε φλουοξετίνη ή σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

4.4.1 ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Επιλόχεια κατάθλιψη είναι η παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων τα οποία είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να χρήζουν ιατρικής βοήθειας, και τα οποία εμφανίζονται μέσα σε 4 - 6 μήνες μετά τον τοκετό, σε μια γυναίκα που ποτέ πριν δεν είχε κάποια ψυχική ασθένεια. Μπορεί επίσης να ονομαστεί και «ιδιοπαθής επιλόχεια ασθένεια». Σημαντικό είναι να διευκρινίσουμε ότι ο ορισμός αυτός αποκλείει τις γυναίκες οι οποίες είχαν κάποια προηγούμενη ψυχική ασθένεια και στις οποίες η αιτιολογία μπορεί να είναι διαφορετική, όπως προηγούμενο ιστορικό σχιζοφρένειας, μανιακής κατάθλιψης, ψύχωσης, χρήσης ναρκωτικών ή κάτι άλλο¹⁶.

Η επιλόχειος κατάθλιψη εμφανίζεται στο 10% - 20% των λεχωίδων (26% σε έφηβες μητέρες). Στο 60% των περιπτώσεων αποτελεί το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο και την ουσιαστική έναρξη μιας πιο μακροχρόνιας συναισθηματικής διαταραχής. Διαρκεί από λίγες εβδομάδες έως πολλούς μήνες. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης σε επόμενη λοχεία κυμαίνεται στο 50% - 65%. Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης της λοχείας είναι τα ψυχοπαισιτικά γεγονότα, η συζυγική δυσαρμονία, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και οι επιπλοκές στην κύηση ή στη λοχεία.

Η κλινική εικόνα συνήθως περιλαμβάνει καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση, διαταραχές ύπνου και όρεξης, μελαγχολικό συναίσθημα, αισθήματα ενοχής και τάσεις αυτοκτονίας. Η μη θεραπευόμενη κατάθλιψη της λοχείας παρουσιάζει σημαντική σχέση με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης στο σύζυγο, ανασφαλή σύνδεση του νεογνού με τη μητέρα και όχι καλή κοινωνική προσαρμογή και νοητική ανάπτυξη του νεογνού⁶⁹.

Συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή σε διάστημα από 24 ώρες μέχρι και 6 μήνες μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι ο ειδικός πριν καταλήξει να διαγνώσει την κατάθλιψη της λοχείας θα πρέπει να αποκλείσει το ενδεχόμενο ύπαρξης άλλων διαταραχών, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν παρόμοια συμπτώματα. Τέτοιες είναι η αναιμία και η δυσλειτουργία του θυρεοειδή της μητέρας, που συχνά περιπλέκουν τη διάγνωση.

Τα συμπτώματα της νόσου δε διαφέρουν σημαντικά από τα συμπτώματα της απλής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, η γυναίκα εμφανίζει αισθήματα απογοήτευσης και επιθετικότητας τόσο προς το σύζυγο ή το παιδί της, όσο και στο περιβάλλον της γενικά. Αναφέρεται ότι η εχθρότητα ενάντια στο παιδί υποδηλώνει εχθρότητα ενάντια στον ίδιο της τον εαυτό, με αποτέλεσμα να τον απορρίπτει. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρούνται κεφαλαλγίες, ζαλάδες ακόμα και ταχυπαλμίες. Οι εκρήξεις θυμού, οι κραυγές, οι συγχυτικές καταστάσεις, η θόλωση της συνείδησης, η απάθεια και η απουσία ενδιαφέροντος για σεξουαλική επαφή ή για δραστηριότητες που κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση, καθώς και οι διαταραχές ύπνου, οι έντονες ιδέες ενοχών και τύψεων μέχρι το σημείο του παραληρήματος ολοκληρώνουν την ύπαρξη της νόσου^{69,72}. Όταν η γυναίκα αντιληφθεί τα επιθετικά της συναισθήματα, νιώθει ενοχές με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε μία κατάσταση άγχους και να φροντίζει υπερβολικά το παιδί της («κατ' αντίδραση συμπεριφορά»)^{42,63}. Υπάρχει επίσης μεγάλος κίνδυνος αυτοκτονίας και σκέψεων αυτοκαταστροφής. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων, προκειμένου να γίνει έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, καθώς ενέχεται μεγάλος κίνδυνος επανεμφάνισής της σε επόμενους τοκετούς.

Τα θέματα που μπορεί να καθλώσουν μια λεχωίδα σε ψυχολογικά αδιέξοδα είναι τόσο περίπλοκα και ξεχωριστά από

γυναίκα σε γυναίκα που συχνά χρειάζεται η βοήθεια ενός ειδικού για να μπορέσει η μητέρα να εξερευνήσει τις δυσκολίες της και να ανακάμψει από αυτές, γεγονός που θα λειτουργήσει σαν θεραπευτικό ντόμινο στο νεογέννητο παιδί της και στην οικογένειά της. Οι γυναικολόγοι - μαιευτήρες, οι μαιές, οι νοσηλεύτριες αλλά και όσοι περιβάλλουν τις έγκυες και λεχώνες οφείλουν να είναι αρκετά ενημερωμένοι ώστε να μπορούν να διακρίνουν τα πρώτα σημάδια μιας επιλόχειας κατάθλιψης όπως επίσης να είναι και ευαίσθητοποιημένοι σε αυτά τα ζητήματα για να μπορούν να παραπέμψουν κατάλληλα τη μητέρα σε κάποιον ειδικό όταν υπάρχει υπόνοια της ψυχικής αυτής νόσου.

Η θεραπεία περιλαμβάνει διαφύλαξη της ασφάλειας της πάσχουσας, φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά, αγχολυτικά, οιστρογόνα), ηλεκτροσπασμοθεραπεία, ψυχοθεραπεία και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Σε εγκύους με γνωστό ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής είναι σκόπιμη η προφυλακτική χορήγηση αντικαταθλιπτικών από την πρώτη εβδομάδα της λοχείας.

4.5 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Πρόκειται για διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική διάθεση επίμονα ανεβασμένη, ευερέθιστη, και διαχυτική, ξεκάθαρα διαφορετική από τη συνηθισμένη διάθεση του ατόμου. Η διπολική διαταραχή είναι γνωστή και ως 'μανιοκατάθλιψη', όρος που εκφράζει τους δύο πόλους ή αλλιώς επεισόδια που παρατηρούνται στην εν λόγω διαταραχή, δηλαδή το μανιακό και το καταθλιπτικό. Συνήθως τα μανιακά επεισόδια εναλλάσσονται με καταθλιπτικά, αλλά και με περιόδους φυσιολογικής κλινικής εικόνας. Οι εναλλαγές μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων είναι εξαιρετικά απότομες. Κατά τη διάρκεια των μανιακών επεισοδίων μπορεί να είναι παρόντα συμπτώματα, όπως διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, μεγαλύτερη ομιλητικότητα, διάσπαση προσοχής και υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις «καλπάζουν», αύξηση δραστηριότητας και ψυχοκινητικής διέγερσης, υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες και συμπεριφορές που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες για το άτομο.

Ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, μπορεί να είναι παρόντα, προσδιορίζοντας τη σοβαρότητα της διαταραχής. Μια στις εκατό γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία πάσχουν από διπολική διαταραχή. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται άμεσα κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής συνιστά βασική προϋπόθεση για μία υψηλής ποιότητας ζωή. Χωρίς θεραπεία, η νόσος τείνει να χειροτερεύει, παρατηρείται ταχεία εναλλαγή φάσεων ολοένα και βαρύτερης μορφής στο χρόνο^{69,72}. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο, η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας συμβάλει σημαντικά στη μείωση τόσο της συχνότητας όσο και της

βαρύτητας των επεισοδίων.

4.6 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ

Η ψύχωση που εμφανίζεται στο διάστημα των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, ονομάζεται επιλόχεια ψύχωση. Παρόλα αυτά δεν φαίνεται να συνιστά μια διαφορετική κλινική οντότητα. Η συχνότητα εμφάνισης είναι 1 με 2 ανά 1.000 γεννήσεις. Η επιλόχεια ψύχωση έχει τη μορφή μιας οξείας εμφάνισης και ραγδαίας εξέλιξης, από πλευράς σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η έναρξή της τοποθετείται ανάμεσα στις 2 με 14 ημέρες μετά τον τοκετό. Συνήθως μαζί με τη διαταραχή στην αντίληψη της πραγματικότητας, συνυπάρχουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης, όπως μανία και κατάθλιψη και τότε η διαταραχή ονομάζεται «σχιζοσυναισθηματική». Συχνά επίσης, παρατηρείται μια εικόνα σύγχυσης στη γυναίκα.

Χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά μητρικής ή νεογνικής θνησιμότητας (στο 4% των περιπτώσεων πραγματοποιείται νεογνοκτονία από τη μητέρα). Έχει περιγραφεί από την εποχή του Ιπποκράτη και θεωρούνταν ψυχική διαταραχή διαφορετική από τις υπόλοιπες. Σήμερα γνωρίζουμε ότι εμπίπτει στην κατηγορία είτε της διπολικής διαταραχής (85%) είτε της σχιζοφρένειας και λοιπών ψυχώσεων (15%), με κλινική εικόνα που τροποποιείται λόγω των ειδικών συνθηκών και μπορεί να εναλλάσσεται (καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση, πρώιμη αφύπνιση με πολύ άσχημη διάθεση, ανορεξία και απώλεια βάρους, ανηδονία και αισθήματα ενοχής)⁷².

Σύμφωνα με τις μέχρι τώρα έρευνες, οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση ψύχωσης κατά τη λοχεία είναι η ύπαρξη ιστορικού σοβαρής ψυχικής διαταραχής, κυρίως διπολικής, καθώς και προηγούμενης επιλόχειας ψύχωσης, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και σχιζοφρένειας. Πρέπει, δηλαδή, να τονίσουμε ότι η πλειονότητα των γυναικών που εμφανίζουν επιλόχεια ψύχωση έχουν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, με επεισόδια διπολικής διαταραχής ή και σχιζοφρένειας. Το στοιχείο αυτό δεν αποκλείει την πρώτη έναρξη της διαταραχής κατά τη λοχεία.

Στη θεραπεία της ψύχωσης της λοχείας πρέπει πρωτίστως να ληφθεί ειδική μέριμνα για την αντιμετώπιση αυτοκτονικών ή νεογνοκτονικών τάσεων. Η λεχιάδα δεν πρέπει να μένει μόνη με το νεογνό της, ενώ ενδέχεται να καταστεί απαραίτητη η ψυχιατρική νοσηλεία της. Φαρμακευτικά, και ανάλογα με την κλινική μορφή, χρησιμοποιούνται αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά, σταθεροποιητές διάθεσης, βενζοδιαζεπίνες. Με δεδομένο ότι όλα τα ψυχοτρόπα φάρμακα εκκρίνονται στο γάλα, συνήθως πραγματοποιείται διακοπή του θηλασμού, αν και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θεωρούνται ασφαλή για το νεογνό. Σε ειδικές περιπτώσεις χρησιμοποιείται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συμπληρώνουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση⁷².

Σε περιπτώσεις εγκύων με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής ή ψύχωσης της λοχείας θα πρέπει να εξετάζεται σοβαρά το ενδεχόμενο λήψης προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής. Οι διπολικές γυναίκες διατρέχουν 100 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ψύχωση της λοχείας.

4.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, οι βιολογικοί αλλά και το συναισθηματικό δίκτυ προστασίας που συχνά απλώνει το οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας αποτελούν καθοριστικές συντεταγμένες μαζί με τη μητρική συναισθηματική ετοιμότητα στο χάρτη μιας ψυχικά ισορροπημένης περιόδου λοχείας.

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τα στερεότυπα που αφορούν στις γυναίκες είναι πολλά. Εξακολουθεί σε πολλές κοινωνίες να είναι ακόμα ζωντανή η πεποίθηση ότι η θέση της γυναίκας είναι κατώτερη από αυτή του άντρα. Οι γυναίκες εγκλωβίζονται στο να ζουν καθημερινά μέσα σε στερεοτυπικούς ρόλους και προσδοκίες για τελειότητα ανεξάρτητα από το πόσο δύσκολους άλλους ρόλους έχουν να επιτελέσουν. Ένα μεγάλο καθημερινό άγχος κρύβεται πίσω από τους ρόλους της ως εργαζόμενη, μητέρα, σύζυγος. Υπάρχει ακόμα πολύ μεγαλύτερη συναισθηματική επένδυση από τη πλευρά της γυναίκας στο γάμο της σε αντίθεση με τους άντρες που βλέπουν το ρόλο τους μέσα στο γάμο ως συνεισφορά στις απαιτήσεις του σπιτιού⁶³. Αυτές οι διαφορές πολλές φορές αποτελούν αιτία έντασης ανάμεσα στα δυο μέλη της σχέσης και όσον αφορά στη γυναίκα μπορεί ακόμα και να δημιουργήσει την αίσθηση ότι γίνεται υπηρέτρια στον άντρα της και όχι σύντροφος. Η γυναίκα πέραν του ρόλου της ως σύζυγος έχει να αναλάβει και τον γονικό ρόλο. Οι δύο αυτοί ρόλοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι αφού υπάρχει η γενικότερη αντίληψη ότι ο γάμος αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία οικογένειας. Γνωρίζουμε ότι χρειάστηκαν πολλά χρόνια για να καταρριφθεί το στερεότυπο ότι η μοναδική ασχολία της γυναίκας είναι το μεγάλωμα των παιδιών. Ακόμα και σήμερα που η γυναίκα μπορεί να εργάζεται και να προσδοκά σε μια επαγγελματική καριέρα φαίνεται να είναι η κύρια υπεύθυνη για την ανατροφή και τη φροντίδα των παιδιών σε αντίθεση με τον εργαζόμενο πατέρα.

Στη σύγχρονη δυτική κοινωνία η γυναίκα έχει ελάχιστο χρόνο στη διάθεσή της για να συνέλθει, δέχεται έναν καταιγισμό αντικρουόμενων οδηγιών ως προς το τι μπορεί ή δε μπορεί, πρέπει ή δε πρέπει να κάνει, οφείλει ή δεν οφείλει να αισθάνεται. Η θέση της είναι αμφίσημη, ο ρόλος της ως μητέρας αντιφατικός. Από τη μία εξιδανικευμένος και από την άλλη φανερά υποτιμημένος. Ο δε σύντροφός της από τον οποίο υποτίθεται ότι αντλεί την κυριότερη υποστήριξη, βρίσκεται ίσως σε μεγαλύτερη σύγχυση, διότι ο δικός του ρόλος είναι κοινωνικά

ακόμη πιο μετέωρος. Παραμονεύει ο κίνδυνος να βιώνεται «απώλεια» αντί «κέρδος», «αποτυχία» αντί «επίτευγμα», «απομόνωση και μοναξιά» αντί «ένταξη και συμμετοχή». Σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως χαμηλό εισόδημα, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, προβλήματα με το σύντροφο και γεγονότα ζωής μπορούν να συντελέσουν στην χρονιότητα ψυχικών διαταραχών. Η έλλειψη υποστήριξης από το σύζυγό της μπορεί να κάνει μια γυναίκα ευάλωτη στην εμφάνιση κατάθλιψης ή άλλων διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο. Πολλοί σύζυγοι κρατούν παθητική στάση χωρίς να προσφέρουν πρακτική ή συναισθηματική υποστήριξη^{63,54}.

Ακόμα και αν η μητέρα αισθανθεί σωματικά και ψυχικά εξαντλημένη ή με οποιονδήποτε τρόπο απειλούμενη από τις τεράστιες και μη αναστρέψιμες αλλαγές στη ζωή της μετά την έλευση του μωρού της και βιώσει ως εκ τούτου μια μελαγχολία, αυτή δεν θα μεταλλαχθεί απαραίτητα σε επιλόχεια κατάθλιψη αν η μητέρα αισθάνεται όσο το δυνατόν πιο προετοιμασμένη γι' αυτήν την περίοδο αλλά και επαρκώς υποστηριγμένη από το περιβάλλον της.

Οι περισσότεροι από εμάς περιμένουμε τη μητέρα να είναι πανευτυχής για τη γέννηση του παιδιού της και να επιδεικνύει ακλόνητο μητρικό ένστικτο που αλάνθαστα θα την οδηγήσει στις σωστές κινήσεις και αποφάσεις όσον αφορά το νεογέννητο μωρό της. Η εικόνα που έχουμε είναι αρκετά ρομαντική και συχνά απωθούμε υποσυνείδητα οτιδήποτε δεν ταιριάζει σε αυτήν την ιδανική αντίληψη της μητρότητας. Όμως, οι περισσότερες μητέρες ομολογούν πως το δέσιμο με το παιδί τους δεν είναι τόσο ακαριαίο και άμεσο όσο περιμένουμε και πως συχνά 'γονατίζουν' από τη σωματική κούραση και εύχονται κάποιος να τις αποδέσμευε από το ρόλο της μητρότητας έστω και για κάποιες ώρες. Επίσης συχνά μια μητέρα θα εκνευριστεί από ένα ανήσυχο μωρό, ενδέχεται να έχει και αρνητικές σκέψεις για αυτό, όπως και να είναι γενικότερα ευερέθιστη αυτήν την περίοδο. Σαφώς και οι ορμονολογικές αλλαγές παίζουν σημαντικό ρόλο στη διάθεση, αν και δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνες για μια τόσο σοβαρή διαταραχή όπως η επιλόχεια κατάθλιψη παρά μόνο συνεργούν με άλλους παράγοντες και συνεισφέρουν στην ένταση της νόσου.

Βιολογικοί παράγοντες: Υπάρχουν γυναίκες οι οποίες είναι επιρρεπείς στις ψυχικές διαταραχές πέρα του οικογενειακού ιστορικού που αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης τους. Μελέτες αποδίδουν αυτές τις περιπτώσεις σε βιολογικούς μηχανισμούς που ελέγχονται από διάφορες νευροδιαβιβαστικές ουσίες στον εγκέφαλο (π.χ. σεροτονίνη). Έχει ανακαλυφθεί επιστημονικά ότι οι άνθρωποι που έχουν μια συγκεκριμένη μορφή του γονιδίου που εμπλέκεται στη μεταφορά της σεροτονίνης στον εγκέφαλο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν κατάθλιψη ή άλλη νόσο σε συνθήκες έντονης πίεσης⁵⁴. Πρόκειται για μια πολύ σημαντική ανακάλυψη, που αποδεικνύει ότι δεν είναι όλες οι γυναίκες ίδιες μπροστά στα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζουν τα επίπεδα ορμονών (οιστρογόνα, κορτιζόλη, προγεστερόνη) όπου πέφτουν δραματικά τα πρώτα 24 ώρα μετά τη γέννηση. Η απότομη αυτή αλλαγή στα επίπεδα ορμονών είναι δυνατόν να προκαλέσει και χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο που θα ευνοήσουν την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδο της (το γνωστό προεμμηνορροϊκό σύνδρομο). Περιστασιακά, τα επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή αδένος μπορούν επίσης να μειωθούν μετά από τη γέννα. Ο θυρεοειδής είναι ένας μικρός αδένος στο λαιμό που βοηθά στη ρύθμιση του μεταβολισμού (τον τρόπο με τον οποίο το σώμα, χρησιμοποιεί και αποθηκεύει την ενέργεια από τα τρόφιμα). Τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή, μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, του μειωμένου ενδιαφέροντος για τα πράγματα, της οξυθυμίας, της κούρασης, της δυσκολίας συγκέντρωσης, των προβλημάτων του ύπνου, και της αύξησης του βάρους^{63,54}.

Προσωπικότητα: Οι γυναίκες με «καταθλιπτική προσωπικότητα» είναι πιθανότερο να έρθουν αντιμέτωπες με μια ψυχική νόσο στο μέλλον. Πώς διαμορφώνεται, όμως, η προσωπικότητά μας και τι σημαίνει «καταθλιπτική προσωπικότητα»; Προσωπικότητα είναι όλο το πρότυπο των σκέψεων και ιδεών που διαμορφώνουμε από την παιδική μας ηλικία μέχρι και μετά την ενηλικίωσή μας, το οποίο δομείται βάσει των εμπειριών μας και το οποίο σιγά-σιγά μας κάνει να έχουμε συγκεκριμένες ανταντακλαστικές συμπεριφορές ανάλογα με το περιβάλλον μας. Άνθρωποι π.χ. που έχουν μεγαλώσει με έναν γονιό λόγω απώλειας του άλλου μπορεί να έχουν εντυπώσει στο μυαλό τους ότι η ζωή είναι δύσκολη, ότι δεν μπορούν να πάρουν αγάπη ή ότι δεν έχει νόημα να ζουν γιατί θα πεθάνουν. Η «καταθλιπτική προσωπικότητα» ταυτίζεται ουσιαστικά με τη «δυσθυμία» και συνήθως παίρνει τη μορφή της χρόνιας ήπιας κατάθλιψης. Όσοι ταλαιπωρούνται από αυτού του είδους την κατάθλιψη δυσκολεύονται να βρουν νόημα στη ζωή, νιώθουν μιζέρια, εντοπίζουν πάντα την αρνητική πλευρά των πραγμάτων, αισθάνονται συνεχώς ένα κενό και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ μπορεί να εκδηλώσουν στη ζωή τους κάποιο έντονο καταθλιπτικό επεισόδιο και σε πολλές περιπτώσεις συμβαίνει στη περιγεννητική περίοδο⁵⁴.

Ψυχολογικοί παράγοντες: Το ψυχικό κληροδότημα μιας μητέρας είναι ίσως ο σημαντικότερος και πιο καθοριστικός παράγοντας στην ανάπτυξη ή μη της επιλόχειας κατάθλιψης. Με την έννοια του ψυχικού κληροδοτήματος αναφέρομαι κυρίως στο συναισθηματικό περιβάλλον της μητέρας κατά την παιδική της ηλικία και τα βιώματά της μέσα στην οικογένεια από την οποία προήλθε. Εάν το περιβάλλον της μητέρας στα παιδικά της χρόνια υπήρξε διαταραγμένο συναισθηματικά και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογενείας υπήρξαν και αυτές διαποτισμένες από βίαιη, ανισόρροπη, εκβιαστική, απόμακρη, αποπλανητική και γενικότερα παθολογική συμπεριφορά, οι

πιθανότητες να κληροδοτηθεί αυτή η παθολογία στην επόμενη γενιά είναι σημαντικά αυξημένες. Μια μητέρα που έχει βιώσει την δική της μητέρα ως απόμακρη και τιμωρητική, για παράδειγμα, έχει υποσυνείδητα διαμορφώσει το δικό της τρόπο συσχέτισης με τους γύρω της πάνω σε αυτό το μοντέλο. Όσο και αν προσπαθεί να διαφοροποιηθεί σε σχέση με αυτό που βίωσε η ίδια, είναι πιθανό να τεθούν σε λειτουργία υποσυνείδητοι μηχανισμοί άμυνας, χρωματισμένοι από το απόμακρο και τιμωρητικό βίωμά της σε μια περίοδο τόσο έντονη και ευάλωτη συναισθηματικά, όπως η λοχεία^{63,54}.

Μιας και η γέννηση ενός βρέφους συνοδεύεται με τη σχεδόν αποκλειστική εστίαση προσοχής και φροντίδας σε αυτό από τον περίγυρο, ενδέχεται μία γυναίκα ανασφαλώς συναισθηματικά να αισθανθεί απειλούμενη από το γεγονός αυτό και να κατακλυστεί με συναισθήματα ζήλειας και ανταγωνισμού που μπορεί να της δημιουργήσουν επιπλέον συναισθήματα ενοχής και απαξίωσης για τον εαυτό της. Στη κατηγορία αυτή ανήκουν γυναίκες οι οποίες δεν εργάζονται και παραμένουν στο σπίτι.. Εξαιτίας των απαιτήσεων των παιδιών και του περιορισμένου χρόνου που αφιερώνουν στον εαυτό τους τείνουν να χάνουν πιο εύκολα τη ταυτότητα τους και βλέπουν τον εαυτό τους ως άτομο που υπάρχει για να εξυπηρετεί τις ανάγκες των άλλων. Αυτό σταδιακά οδηγεί στην απώλεια της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης που με τη σειρά του οδηγεί σε αίσθημα αναξιοσύνης, κοινό και συνηθισμένο γνώρισμα στις γυναίκες με καταθλιπτική διαταραχή. Το να μοιραστεί κανείς τέτοια συναισθήματα είναι εξαιρετικά δύσκολο και επώδυνο, πράγμα που συχνά οδηγεί στην απομόνωση της μητέρας, ενισχύοντας τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα.

Λοιποί παράγοντες: Ακόμη πιθανούς παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης μιας ψυχικής νόσου αποτελούν το χαμηλό βάρος γέννησης του μωρού (<2.500 kg), ο παρατεταμένος τοκετός, ο αριθμός των προηγούμενων ζωντανών γεννήσεων, ο χρόνος νοσηλείας του νεογνού, η ηλικία της λοχείας, η ύπαρξη ιστορικού ψυχολογικών διαταραχών σε κάποια περίοδο της ζωής, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ένας δύσκολος τοκετός ή μια καισαρική ενάντια στην επιθυμία και τις προσδοκίες της γυναίκας να γεννήσει φυσιολογικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν άγχος και ανασφάλεια στη λεχιάδα και αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.

4.8 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Σε αρκετές περιπτώσεις γυναικών η ψυχική διαταραχή μπορεί να μη γίνει αντιληπτή και να παραμείνει αθεράπευτη. Τα αίτια μιας τέτοιας παράβλεψης ποικίλουν. Είναι πολύ πιθανό η γυναίκα να μην αναφέρει ότι αντιμετωπίζει δυσκολίες, αν δεν τις υποβληθούν συγκεκριμένες ερωτήσεις. Δυστυχώς οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι στον τομέα αυτόν. Άλλες γυναίκες αποκρύπτουν τα

συμπτώματά τους, προσπαθώντας να ανταποκριθούν στο ρόλο της ιδανικής μητέρας και συζύγου. Παρόλα αυτά ένας ειδικός ψυχικής υγείας ή ένας εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας άλλης ειδικότητας, όπως μπορεί να είναι ένας νοσηλεύτης, μπορεί να υποψιαστεί την ψυχική διαταραχή ακούγοντας τα συχνά παράπονα της γυναίκας: άγχος, αρνητικά συναισθήματα για το παιδί, δυσκολία να νιώσει ότι έχει έναν ικανοποιητικό δεσμό μαζί του³³.

Η γυναίκα μπορεί να παραπονιέται για απουσία σεξουαλικής διάθεσης, ένταση στον γάμο της, ανησυχία για την επιστροφή της στην εργασία, δυσκολίες να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις της με το σπίτι και τη φροντίδα του παιδιού, κοινωνική απομόνωση, έλλειψη αυτοπεποίθησης, φόβο ότι δεν είναι αρκετά καλή μητέρα, καθώς και μια σειρά σωματικών συμπτωμάτων, πόνους στην πλάτη, πονοκεφάλους. Τα προηγούμενα «παράπονα», καθώς και διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, αίσθημα κόπωσης ή λήθαργος, μπορεί κάλλιστα να αποτελούν συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, τα οποία ο μη ειδικός ενδέχεται να τα παρερμηνεύσει.

Οι ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση αλλά και μετά είναι πιθανό να επιφέρουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία, στην ποιότητα ζωής της γυναίκας, του εμβρύου ή του βρέφους, καθώς και μια σειρά επιπτώσεων που αφορούν στις σχέσεις, την εργασία και τη γενικότερη λειτουργικότητα. Οι σοβαρές ψυχικές παθήσεις έχουν συσχετισθεί με απόπειρες αυτοκτονίας, επιπλοκές κατά την κύηση, πρόωρο τοκετό, λιποβαρή βρέφη. Αν μάλιστα αφεθούν χωρίς την κατάλληλη παρέμβαση, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος επιδείνωσης των συμπτωμάτων. Οι συνέπειες της ψυχικής πάθησης δεν περιορίζονται μόνο σε αυτή την περιγεγραμμένη περίοδο, αλλά φαίνεται πως δρουν μακροπρόθεσμα. Παραδείγματος χάρη, η μητέρα μπορεί να μην είναι σε θέση να φροντίσει επαρκώς για την ψυχοσωματική υγεία του παιδιού της, με αποτέλεσμα καθυστερήσεις στη γνωστική ανάπτυξη του, αλλά και σε άλλες αναπτυξιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Σε σοβαρές περιπτώσεις δεν αποκλείεται να σημειωθούν φαινόμενα παραμέλησης ή και κακοποίησης⁵⁴.

Η μητέρα που πάσχει από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή αδυνατεί να συνάψει συναισθηματικό δεσμό με το παιδί της, δεν νιώθει συναισθήματα για αυτό ή ενδέχεται να αρνείται ότι είναι δικό της. Δε λείπουν οι περιπτώσεις που η μητέρα γίνεται εχθρική και επιθετική με το παιδί, το εγκαταλείπει μόνο του και φεύγει από το σπίτι. Η μητέρα με επιλόχεια κατάθλιψη κάνει συνήθως αυτό που πρέπει να κάνει, αλλά όλα γίνονται με ένα μηχανικό τρόπο, χωρίς ψυχική επένδυση. Έτσι, ταιΐζει το παιδί, το φροντίζει, το καθαρίζει. Όμως υπάρχει ένα μεγάλο κενό. Αυτό το καταθλιπτικό κενό μοιάζει με μία μεγάλη μαύρη τρύπα. Το κενό της κατάθλιψης είναι το αποτέλεσμα μιας πραγματικής ή φαντασιακής απώλειας. Αυτό το κενό μεταφέρεται στη σχέση της μητέρας με το παιδί και εκδηλώνεται ως μία απουσία που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξή του.

Πέραν των συνεπειών που πλήττουν άμεσα το παιδί, υπάρχουν πλείστες άλλες, όπως για παράδειγμα η κοινωνική απομόνωση. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών κατά την περιγεννητική περίοδο λαμβάνουν χώρα 6 εβδομάδες πριν τον τοκετό (περίπου 60%) και 12 εβδομάδες μετά. Παρόλο που η αυτοκτονία είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου στην περιγεννητική περίοδο και οι γυναίκες που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών, τα ποσοστά αυτά είναι χαμηλότερα από τα αντίστοιχα του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Τα ποσοστά αυξάνονται στην περίπτωση γυναικών που βίωσαν πρόσφατα διακοπή κύησης^{33,69}.

Οι συγκεκαλυμμένες διαταραχές βάζουν τις μητέρες σε μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών της λοχείας και εμποδίζουν τους ιατρούς να προσφέρουν προληπτική θεραπεία και υποστήριξη. Επίσης, οι γυναίκες που πάσχουν από ήπια διπολική διαταραχή II ή από κυκλοθυμία χωρίς να το ξέρουν βρίσκονται στον πρόσθετο κίνδυνο να διαγνωστούν λανθασμένα τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα και να αντιμετωπιστούν μόνο με ένα αντικαταθλιπτικό. Είναι σημαντικό για τις οικογένειες να καταλάβουν ότι οι ψυχικές διαταραχές της λοχείας είναι κάτι παραπάνω από το αίσθημα θλίψης, ανησυχίας ή άγχους. Χωρίς καθοδήγηση και εκπαίδευση, τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι μπορεί να αγνοούν ή ακόμη και να αρνούνται να ακούσουν τις σκέψεις μιας μητέρας, όπως ότι δεν είναι ικανή να φροντίσει το παιδί, να το προσέξει ή να του προσφέρει αγάπη. Η κοινωνία διδάσκει ότι οι γυναίκες είναι φτιαγμένες βιολογικά και συναισθηματικά για να κάνουν και να φροντίζουν παιδιά.

Οι οικογένειες και η κοινωνία δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν στην έκφραση αμφιβολίας και φόβου της μητέρας. Συχνά θεωρούν τις ανησυχίες της μητέρας υπερβολικές, δραματικές ή ότι οφείλονται σε κόπωση που θα περάσει γρήγορα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο για μία μητέρα, η οποία αναπτύσσει κατάθλιψη της λοχείας ή κάποια άλλη ψυχική ασθένεια να ακουστεί και να αξιολογηθεί από τα υποστηρικτικά της συστήματα. Χωρίς καθοδήγηση, οι οικογένειες είναι αδύνατο να κατανοήσουν πώς μία μητέρα, η οποία πριν από τον τοκετό, ανυπομονούσε με χαρά να γίνει μητέρα, να είναι τώρα δυστυχισμένη και πλήρως πεπεισμένη ότι δεν μπορεί σήμερα, αύριο και ποτέ να ανταπεξέλθει στις περιστάσεις της ανατροφής, της προστασίας και της φυσικής φροντίδας ενός παιδιού. Ακόμη πιο δυσνόητο για τον κόσμο είναι γιατί η μητέρα δεν παρηγορείται από τη συγκεκριμένη βοήθεια και επιβεβαίωση και γιατί απλώς δεν 'λειτουργεί' ανεξάρτητα από τις προσωπικές πεποιθήσεις και προβλήματα.

Είναι εξαιρετικά δύσκολο για τα άτομα που δεν γνωρίζουν, να αντιληφθούν το μηχανισμό λειτουργίας των ψυχικών διαταραχών και πώς αυτές επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τη ψυχολογία και τη στάση της πάσχουσας γυναίκας. Επίσης, οι μητέρες και τα μέλη της οικογένειας είναι απρόθυμα να κάνουν μία συζήτηση για την ψυχική ασθένεια με τον οικογενειακό ιατρό

τους, πολύ περισσότερο με κάποιον ειδικό της υγείας.

Ως αποτέλεσμα, οι ειδικοί της υγείας και της ψυχικής υγείας πρέπει να είναι κατηγορηματικοί και ευαισθητοποιημένοι στο γεγονός ότι η αμφιθυμία της μητέρας μπορεί να προέρχεται από:

- 1) Έλλειψη ενημέρωσης και κατανόησης σχετικά με το τί της συμβαίνει.
- 2) Πεπαιθώσεις κουλτούρας ή σημαντικά μέλη της οικογένειας και συστήματα της κοινωνίας, που δεν πιστεύουν στα ψυχοτρόπα φάρμακα και ορίζουν τις ψυχικές διαταραχές ως επιλογή ή ως ελάττωμα του χαρακτήρα.
- 3) Ντροπή, αμηχανία και ενοχή για τον εαυτό.
- 4) Φόβος ότι θα καταγγελθεί στις υπηρεσίες προστασίας παιδιού και ότι το παιδί της θα μπει σε ίδρυμα.
- 5) Πεποίθηση ότι η οικογένεια και οι φίλοι της δεν θα καταλάβουν.
- 6) Έλλειψη ενημέρωσης για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και ότι δεν πρέπει κανείς να 'αντιστέκεται' σε αυτήν.
- 7) Απώλεια της ενεργητικότητας και της ικανότητας γνωστικού σχεδιασμού για την απαίτηση βοήθειας.

Όσον αφορά στο σύστημα υγείας και στις οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις της νόσου, μόνο η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση μπορούν να διασφαλίσουν ότι η μητέρα δεν θα γίνει χρονίως παθούσα ψυχικών διαταραχών, το παιδί δεν θα επακολουθήσει στα χνάρια της, και η οικογένεια δεν θα καταρρεύσει κάτω από το βάρος μιας ανεξέλεγκτης συναισθηματικής πρόκλησης³³.

Όπως για όλα τα ζητήματα υγείας, και εδώ η πρόληψη είναι προτιμότερη της θεραπείας και η ενημέρωση αναπόσπαστο μέρος αυτής. Αν παρόλα αυτά οι καταστάσεις οδηγήσουν στην αναγκαιότητα μιας ψυχοθεραπείας, ψυχιατρικής υποστήριξης ή φαρμακευτικής αγωγής τότε αυτό θα πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη φροντίδα και συνεννόηση των σχετικών φορέων, οι οποίοι υπεύθυνα ασχολούνται με την προστασία της οικογένειας (γυναικολόγος, παθολόγος, ψυχοθεραπευτής, ψυχίατρος, νεογνολόγος, και φυσικά εκπαιδευτικοί και παιδίατρος – αν υπάρχει άλλο παιδί στην οικογένεια που επηρεάζεται), έχοντας πάντα υπ' όψιν ότι η παρέμβαση αυτή θα βοηθήσει όλο το σύστημα της οικογένειας που υποφέρει κάτω από την κατοχή μιας τέτοιας ψυχικής διαταραχής. Τέλος καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως όσο πιο ανοιχτά μιλάμε για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, τόσο πιο εύκολα μπορούμε να τις κατανοήσουμε, να τις δεχτούμε και να ζητήσουμε τη βοήθεια των ειδικών^{33,54,69}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- ✓ Σωματική άσκηση
- ✓ Τεχνικές χαλάρωσης
- ✓ Βελονισμός

5.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Έρευνα που δημοσιεύεται στο περιοδικό «Complementary Therapies in Clinical Practice», αποκαλύπτει ότι έγκυες γυναίκες με σοβαρή κατάθλιψη μπορεί ενδεχομένως να ωφεληθούν από τη γιόγκα. Ερευνητές του University of Michigan Health System, αξιολόγησαν ψυχικά υψηλού κινδύνου εγκύους μεταξύ 12 και 26 εβδομάδων που έλαβαν μέρος σε ομάδες mindfulness yoga για 90 λεπτά, για 10 εβδομάδες. Εστίασαν σε στάσεις για εγκύους και στην αύξηση της συνειδητοποίησης του πώς αλλάζει το σώμα καθώς μεγαλώνει το μωρό. Στο τέλος της έρευνας, η ομάδα ανακάλυψε σημαντική μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ οι μητέρες ανέφεραν ότι είχαν ισχυρότερη προσκόλληση στα έμβρυά τους. Η γιόγκα είναι μία από τις αρχαιότερες επιστήμες του σώματος και του πνεύματος και σημαίνει ένωση του σώματος, της αναπνοής και του νου. Οι ρίζες της προέρχονται από την Ανατολή και ειδικότερα από την Ινδία, 4.000 χρόνια πριν. Σήμερα η γιόγκα έχει γίνει αποδεκτή και ιδιαίτερα δημοφιλής στη Δύση λόγω των ωφελειών της για τον άνθρωπο, γιατί μπορεί να προσαρμοστεί σε όλες τις ηλικίες ανεξαρτήτως φυσικής κατάστασης⁷. Με τη γιόγκα μειώνεται σημαντικά το στρες που εμφανίζεται στους περισσότερους ανθρώπους της δυτικής κοινωνίας. Ανανεώνει, αναζωογονεί, θεραπεύει το σώμα, δουλεύοντας τους μυς, τις αρθρώσεις, τη σπονδυλική στήλη, τροφοδοτώντας με οξυγόνο το αίμα. Το αίμα τροφοδοτεί με τη σειρά του με οξυγόνο όλα τα εσωτερικά όργανα, αδένες, μυς κ.λπ. Εκτός από το μυοσκελετικό και αναπνευστικό σύστημα ρυθμίζει παράλληλα το ενδοκρινές και το νευρικό σύστημα.

Η ερευνήτρια Maria Muzik, του Center for Human Growth and Development, δήλωσε ότι ακούμε για εγκύους που δοκιμάζουν τη γιόγκα για τη μείωση του στρες αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία για το πόσο αποτελεσματική είναι η μέθοδος. Η νέα έρευνα παρέχει υποσχόμενες πρώτες ενδείξεις ότι η mindfulness yoga μπορεί ενδεχομένως να αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική λύση στη φαρμακευτική αγωγή για εγκύους που δείχνουν σημάδια κατάθλιψης. Αυτό προάγει την καλή κατάσταση της μητέρας και του νεογνού. Διαταραχές ψυχικής υγείας στην εγκυμοσύνη, όπως άγχος και κατάθλιψη, αποτελούν σοβαρή ανησυχία. Ορισμένες έγκυες αισθάνονται συνεχή ευερεθιστότητα, αισθήματα δυσφορίας και ανικανότητα να αντιμετωπίσουν το στρες που προκαλείται από ορμονικές αλλαγές, γενετική προδιάθεση και κοινωνικούς παράγοντες⁷⁰. Αν τα συμπτώματα παραμείνουν χωρίς αγωγή θα παρουσιαστούν με σοβαρό κίνδυνο υγείας για τη μητέρα και το παιδί όπως προεκλαμψία, πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος και προβλήματα στη σύνδεση με το μωρό. Σύμφωνα με τη Muzik ακόμα και αν τα αντικαταθλιπτικά είναι εμφανώς αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης, προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι πολλές έγκυες είναι διστακτικές να τα λάβουν καθώς ανησυχούν για την ασφάλεια του μωρού. Η Muzik συνεχίζει ότι δυστυχώς λίγες γυναίκες που πάσχουν από περιγεννητικές διαταραχές υγείας λαμβάνουν αγωγή εκθέτοντας αυτές και το παιδί στην αρνητική επίπτωση της ψυχικής νόσου σε μια από τις πιο ευάλωτες περιόδους. Για

αυτό η ανάπτυξη εφικτών εναλλακτικών αγωγής είναι σημαντική. Σύμφωνα με ενδείξεις οι γυναίκες αισθάνονται πιο ασφαλείς με μη παραδοσιακές μεθόδους, όπως φυτικό φάρμακο και τεχνικές χαλάρωσης. Αν και η γιόγκα συνεχίζει να γίνεται πιο δημοφιλής στις ΗΠΑ, οι ερευνητές δήλωσαν ότι πολλές τάξεις την αντιμετωπίζουν ως άσκηση παρά ως πρακτική στην οποία είσαι πλήρως παρόν στη στιγμή και συνειδητός^{7,70}. Η Muzik καταλήγει ότι η έρευνα για την επίδραση της mindfulness yoga στις εγκύους είναι περιορισμένη αλλά ενθαρρυντική. Η νέα έρευνα χτίζει τη βάση για νέες μελέτες σχετικά με το πώς η γιόγκα μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

5.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Η χαλάρωση είναι το άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα ενός ευρέος φάσματος τεχνικών αυτοφροντίδας, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην ιατρική. Η προοδευτική χαλάρωση, οι ασκήσεις αναπνοής, ο διαλογισμός, το μασάζ και η ρεφλεξολογία είναι θεραπείες, οι οποίες προάγουν τη χαλάρωση και τη ψυχική ηρεμία και μπορούν να ασκηθούν στην ασθενή. Οι αντιδράσεις της ασθενούς, οι οποίες περιλαμβάνουν ελαττωμένο αριθμό καρδιακών παλμών έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμες στη θεραπεία του πόνου, της ανησυχίας και της κατάθλιψης².

Οι μαλάξεις που γίνονται στο σώμα της ασθενούς συμβάλλουν στη χαλάρωση. Ταυτόχρονα βελτιώνουν τη ροή του αίματος στους μύες του σημείου εφαρμογής αλλά και στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι καλύτερη πνευματική διαύγεια και εγρήγορση κάτω από συνθήκες χαλάρωσης. Οι παραπάνω τεχνικές είναι ένα αποτελεσματικό όπλο στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδευτούν στις τεχνικές αυτές και μετέπειτα να τις διδάξουν στους ασθενείς, με την προϋπόθεση βέβαια ότι οι ίδιοι είναι δεκτικοί σε αυτές^{2,7}.

5.3 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός ξεκίνησε στην Κίνα 2.000 χρόνια περίπου πριν. Βασίζεται στη θεωρία του Qi, τη θεωρία δηλαδή της ζωτικής ενέργειας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η ενέργεια ρέει στο σώμα μας σε συγκεκριμένες διαδρομές, οι οποίες ονομάζονται μεσημβρινοί. Βελόνες οι οποίες εισάγονται σε συγκεκριμένα σημεία κατά μήκος αυτών των διαδρομών (trigger points) μπορούν να ενεργοποιήσουν τη ροή του Qi και να αποτρέψουν ή να θεραπεύσουν καταστάσεις, οι οποίες προκαλούνται από το μπλοκάρισμα ή και την υπερβολική ενέργεια¹.

Το βελονισμό επιστρατεύουν οι επιστήμονες για την ανακούφιση από τον πόνο που μπορεί να προκαλούν παθολογικές καταστάσεις. Η συγκεκριμένη εναλλακτική τεχνική θεωρείται πλέον ως επιστημονικά αποδεκτή μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου από τη δυτική ιατρική. Εφαρμόζεται μάλιστα και σε ορισμένα ελληνικά ιατρεία πόνου και σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

- ✓ Ο ρόλος της νοσηλευτικής
- ✓ Αναγκαιότητα εξειδίκευσης των νοσηλευτών

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η νοσηλευτική είναι έργο ευθύνης γιατί υπηρετεί τον άνθρωπο. Οι νοσηλευτές καλούνται να συνειδητοποιήσουν την ευθύνη τους για τη σωστή και συνεπή εκπλήρωση των καθηκόντων που απαιτεί το έργο τους. Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση των περιγεννητικών διαταραχών σε γενικές γραμμές περιλαμβάνουν:

- Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς μέσω της τεκμηριωμένης παρατήρησης,
- Δημιουργία και διατήρηση κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος, επαρκώς φωτισμένου, αερισμένου με κατάλληλη θερμοκρασία και με επαρκή περιορισμό ενοχλητικών ερεθισμάτων,
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας,
- Οργάνωση, προγραμματισμός, συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και υπεύθυνη αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- Άσκηση πρωτοβάθμιας και κοινοτικής νοσηλευτικής, με κύριο σκοπό την πρωτογενή πρόληψη αλλά και κάθε είδους πρόληψη, αλλά και την παρακολούθηση της πορείας των ασθενών,
- Προβολή υποδειγματικού προτύπου του νοσηλευτικού ρόλου σε ασθενείς, συναδέλφους, συνεργάτες, εκπαιδευόμενους επιστήμονες υγείας και στην ευρύτερη κοινωνία,
- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και διενέργεια επιθυμητών αλλαγών στις μεθόδους και δομές των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας,
- Συνεργασία με το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό, καθώς και με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας,
- Παροχή ψυχικής υποστήριξης στην ασθενή και το οικογενειακό της περιβάλλον,
- Ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς και του οικογενειακού της περιβάλλοντος.

Οι νοσηλευτές πρέπει να διαχειρίζονται με επιδεξιότητα τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ιδίων και των ασθενών, να γνωρίζουν και να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα των διαταραχών και να φροντίζουν για την αποτελεσματικότητα των διάφορων θεραπευτικών σχημάτων καθώς, επίσης, και να διακατέχονται από υπομονή, κατανόηση και επιμονή για να μπορούν να βοηθήσουν την ασθενή στην εκπλήρωση των στόχων της. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι υποστηρικτικές, προστατευτικές, παιδαγωγικές, θεραπευτικές. Επίσης, μπορεί να είναι αλληλοεξαρτώμενες με την ιατρική θεραπευτική αγωγή, όπως η χορήγηση φαρμάκων και θεραπειών καθώς και συνεργασία στην εκτέλεση ιατρο-νοσηλευτικών φροντίδων^{16,44}.

Παρουσιάζεται στη συνέχεια ένας αντιπροσωπευτικός κατάλογος νοσηλευτικών παρεμβάσεων:

- Ø Φροντίδα του αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή, υπεύθυνη νοσηλευτική αξιολόγηση της ασθενούς, προγραμματισμός και εκτέλεση της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών εφαρμογών.
- Ø Ελάττωση του άγχους της ασθενούς με υποστηρικτική στάση και διαθέσιμο χρόνο κοντά της, με ταυτόχρονη αναγνώριση ότι ένας σχετικός βαθμός άγχους είναι απαραίτητος για την επιβίωση, τη μάθηση, τη ψυχολογική ανάπτυξη και την αυτοπραγμάτωση,
- Ø Οργάνωση και διατήρηση ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος για ενίσχυση του αισθήματος προσωπικής αξίας και των θετικών συμπεριφορών της ασθενούς,
- Ø Πρώθηση της επαφής της ασθενούς με την πραγματικότητα βοηθώντας την να αντιμετωπίσει τα τρέχοντα προβλήματα της καθημερινής της ζωής,
- Ø Ενθάρρυνση της εγκύου να συμμετέχει στη φροντίδα του εαυτού της όσο μπορεί πιο υπεύθυνα, ώστε να έχει ευκαιρίες ικανοποίησης από την πρόοδο και την επιτυχία της,
- Ø Αποδοχή και προσωρινή εκπλήρωση υποκατάστατου γονεϊκού ρόλου που περιλαμβάνει λήψη αποφάσεων και ανάληψη ορισμένων ευθυνών για τη καθημερινή υγιεινή φροντίδα όταν η ασθενής παρουσιάζει νοητική, σωματική ή συναισθηματική ανικανότητα,
- Ø Διδασκαλία αρχών και πρακτικών εφαρμογών υγείας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή, δεξιοτήτων χειρισμού δυσκολιών και λύσης προβλημάτων, διατήρησης οικοδομητικών διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφορών κατάλληλων στις διάφορες περιστάσεις,
- Ø Ενθάρρυνση της ασθενούς να συμπεριφέρεται κατά τρόπο ώστε να αποκτά θετική ανταπόκριση και υποστήριξη από τους άλλους,
- Ø Ανάληψη του έργου της κοινωνικοποίησης της αρρώστου με τη βελτίωση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και ψυχαγωγικής της ικανότητας,
- Ø Καθοδήγηση της εγκύου πώς να αποφεύγει, να παρακάμπτει ή να υπερνικά τους παράγοντες που απειλούν την ασφάλεια της ή τη ψυχική της ισορροπία,
- Ø Συνεννόηση με την ασθενή και την οικογένειά της για τυχόν απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής ή το περιβάλλον του σπιτιού, ώστε να αντιμετωπίζονται καλύτερα οι ανάγκες του και να αποφεύγονται οι προστριβές,
- Ø Συμμετοχή στη θεραπευτική ομάδα με συστηματική μεταβίβαση των νοσηλευτικών κλινικών παρατηρήσεων και συγκεκριμένες προτάσεις για τη θεραπευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου,

Για την αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί την παρατήρηση, την κλινική εξέταση, την επικοινωνία με την ίδια την ασθενή καθώς και το περιβάλλον της, τη μελέτη του ιστορικού της υγείας της και των εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων. Η συσχέτιση των παρατηρήσεων και των διαπιστώσεων, βάσει επιστημονικής και κλινικής πείρας, θα οδηγήσουν το νοσηλευτή στη διαμόρφωση

του τρόπου της ολιστικής και εξατομικευμένης αντιμετώπισης και φροντίδας της ασθενούς.

Η εκπαίδευση και διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της περιλαμβάνει: 1) την επεξήγηση του σκοπού και των οφελών της φαρμακευτικής αγωγής, 2) την ενημέρωση της ασθενούς για τα διαλύματα που χορηγούνται και τη διάρκεια χορήγησής τους, 3) την ενημέρωση της οικογένειας της εγκύου για τη σπουδαιότητα ανακούφισης των συμπτωμάτων των διαταραχών, 4) την ενημέρωση για τυχόν επιπλοκές και για τον τρόπο αντιμετώπισής τους^{16,43}.

Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να:

- ο συμβάλλει στην προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινού,
- ο αυξάνει τις επιστημονικές γνώσεις και κλινικές του δεξιότητες με συνεχιζόμενη εκπαίδευση,
- ο σέβεται την προσωπικότητα των ασθενών και τους νοσηλεύει με θερμό ενδιαφέρον χωρίς διακρίσεις και ανεξάρτητα από το χρώμα, τη φυλή, τη θρησκεία και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση,
- ο τηρεί το νοσηλευτικό απόρρητο σε όσα προσωπικά θέματα του εμπιστεύονται οι ασθενείς ή παρατηρεί ο ίδιος κατά την άσκηση του έργου του,
- ο περιφρουρεί και υπερασπίζεται τα δικαιώματα των αρρώστων,
- ο συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας
- ο ακολουθεί πιστά αρχές, κανονισμούς και νόμους που σχετίζονται με την υπεύθυνη και αξιόπιστη άσκηση της νοσηλευτικής υγείας,
- ο αποφεύγει κάθε ανάμιξη σε πρακτικές που παραβιάζουν τον κώδικα των ηθικών καθηκόντων.

Στα πλαίσια της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, η διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή και αρρώστου είναι ενεργητική συνεργασία, που αποβλέπει στη νοσηλεία και θεραπεία καθώς και στη βελτίωση της υγείας με την αμοιβαία ευθύνη και των δύο προσώπων. Η ανεύρεση των απαραίτητων και κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων γίνεται με σύμφωνη απόφαση της αρρώστου και του νοσηλευτή³².

Εντούτοις, το πρώτο βήμα στην πρόληψη των επιπλοκών του τοκετού είναι η κατανόηση της προγεννητικής φροντίδας αφού οι γυναίκες που ξεκινούν την παρακολούθηση της κύησης στο πρώτο τρίμηνο έχουν πιο καλή έκβαση στην κύηση και λιγότερους παράγοντες κινδύνου περιγεννητικά. Η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου αφορά στην αναγνώριση των παραγόντων και των συνθηκών των οποίων η τροποποίηση ή η αντιμετώπιση μειώνει τις επιπλοκές και βελτιώνει την έκβαση της κύησης.

6.2 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Όντας μέλη μιας κοινωνίας που συνεχώς μεταβάλλεται σε όλα τα επίπεδα η ενίσχυση των γνώσεων διαδραματίζει όλο και μεγαλύτερο ρόλο στην απόκτηση δεξιοτήτων όπως και στην εύρεση εργασίας. Σήμερα όσο ποτέ άλλοτε η εκπαίδευση αποτελεί μια διαδικασία, η οποία δε σταματάει στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση αλλά συνεχίζεται σε όλα τα στάδια της ζωής.

Η νοσηλευτική ως επιστημονικός κλάδος, ο οποίος τεκμηριώνεται μέσω σπουδών ανώτατου επιπέδου δε θα μπορούσε να μείνει αμέτοχη στις τρέχουσες εξελίξεις. Η κοινωνία επιτάσσει οι νοσηλευτές να διακατέχονται από υψηλό επίπεδο γνώσεων σε βάθος χρόνου. Στο χώρο της νοσηλευτικής στόχος και επιδίωξη της επιμόρφωσης είναι η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών καθώς και η ενημέρωση τους επί των νέων εξελίξεων στα θέματα υγείας, διάγνωσης και πρόληψης των διαφόρων παθήσεων, θεραπείας και αποκατάστασης των ασθενών μέσω της βελτίωσης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές ερχόμενοι σε άμεση επαφή με τη γυναίκα ή τον εκάστοτε ασθενή έχουν καθήκον και υποχρέωση να ανακουφίζουν από τα συμπτώματα των διαταραχών, να οργανώνουν τη νοσηλευτική φροντίδα, να προλαμβάνουν επιπλοκές, να αξιολογούν την προτεραιότητα των αναγκών και του κινδύνου και μέσω της συνεχούς εκπαίδευσής τους να στοχεύουν στην καλύτερη της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ασφάλειας της ασθενούς. Η κατάλληλη αντιμετώπιση των διαταραχών είναι μία πολύπλευρη πρόκληση, η οποία απαιτεί τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας σε οργανωμένα κέντρα. Ανεξάρτητα, όμως, από το χώρο όπου βρίσκονται οι έγκυες ασθενείς, οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο ανακούφισής τους διότι δαπανούν περισσότερο χρόνο δίπλα στην ασθενή από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας.

Η σωματική ασθένεια και η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Η δυσλειτουργία στον έναν τομέα οδηγεί σε δυσλειτουργία και στον άλλον. Η σύγχρονη ιατρική και ψυχολογία συνηγορούν στην υψηλή σημασία της καλής ψυχικής υγείας και του σημαντικού ρόλου που έχει αυτή στα πλαίσια της θεραπευτικής σημασίας, ως εκ τούτου η διάγνωση και άμεση θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους είτε συμπτώματα κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική³².

Το μέσο που ουσιαστικά θα βοηθήσει το νοσηλευτή να ανταποκριθεί στις ευθύνες που του εμπιστεύεται η κοινωνία είναι η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση. Η αναγνώριση των καινούργιων και ολοένα αυξανόμενων προβλημάτων καθώς και η ενημέρωση για τους τρόπους και τις μεθόδους αντιμετώπισής τους αποτελεί ευθύνη των νοσηλευτών. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η εξειδίκευση αποτελούν τον πιο έμπρακτο και υπεύθυνο τρόπο εκδήλωσης του ενδιαφέροντος του νοσηλευτή

για την προαγωγή της υγείας του ανθρώπου και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής του.

Η υγεία του λαού είναι βασική προϋπόθεση για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μιας χώρας και εντάσσεται στις βασικές προτεραιότητες κάθε κοινωνίας. Η δημιουργία ευνοϊκών κοινωνικών συνθηκών για την κοινωνική, συναισθηματική και βιολογική ανάπτυξη του ατόμου αποτελεί αυτοσκοπό αλλά και μέσο για την ανάπτυξη μιας χώρας. Η κατάλληλη νοσηλεία και κοινωνική φροντίδα της ασθενούς συμβάλλει αποτελεσματικά στη θεραπεία και το ρυθμό ανάρρωσης. Το νοσηλευτικό προσωπικό ως αναπόσπαστο μέλος της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να διακατέχεται από εξειδικευμένες γνώσεις, δεξιότητες στην κλινική άσκηση ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τις διαταραχές από όλες τις διαστάσεις και δυσκολίες τους αλλά και να συνεισφέρει στην προγεννητική πρόληψη και την προαγωγή της υγείας³⁵.

Ως κατακλείδα, ο νοσηλευτής πρέπει να επιδεικνύει και να διακατέχεται από διαπροσωπικές, τεχνικές, επιστημονικές, ειδικές νοσηλευτικές και ανθρωπιστικές δεξιότητες. Στις δεξιότητες αυτές πρέπει να δεσπόζει η τέχνη της αγάπης, που μεταβιβάζει θερμό ενδιαφέρον, σεβασμό, αξιοπρέπεια, ευγένεια και πίστη στην ατίμητη αξία του ανθρώπου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

✓ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΔΥΟ ΚΛΙΝΙΚΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΔΥΟ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική διαδικασία η οποία στηρίζεται στη μέθοδο ανάλυσης και επίλυσης προβλημάτων και περιλαμβάνει επικοινωνία και αξιολόγηση του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας με στόχο τη νοσηλευτική διάγνωση, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή συγκεκριμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Τέλος, στόχο της νοσηλευτικής διεργασίας αποτελεί, ακόμα, η εκτίμηση και η επαναξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Στηρίζεται σε επιστημονικά στοιχεία, τα οποία μπορούν να ερευνηθούν και να αξιολογηθούν και υποστηρίζεται από τη νοσηλευτική θεωρία. Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας επιγραμματικά είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου,
2. Η πρόληψη της νόσου,
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος,
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Στη συνέχεια παρατίθενται δύο κλινικά περιστατικά και η νοσηλευτική διεργασία αυτών:

<p><u>Προβλήματα ασθενή:</u> Δύσπνοια, κυάνωση, ταχυκαρδία, πτώση Α.Π., πνευροδυνία.</p>	<p><u>Νοσηλευτική διάγνωση:</u> Πνευμονική εμβολή</p>	<p><u>Σχεδιασμός φροντίδας:</u> Αύξηση του κορεσμού οξυγόνου του αίματος για αποφυγή της δύσπνοιας και κυάνωσης. Αιμοδυναμική υποστήριξη της ασθενούς για σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας. Χορήγηση αναλγητικών για την αντιμετώπιση της πνευροδυνίας βάσει ιατρικών οδηγιών. Διδασκαλία παθογένειας της νόσου στην ασθενή και την οικογένειά της.</p>	<p><u>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:</u> Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση trendelenburg. Εκτίμηση βαρύτητας της κατάστασης της ασθενούς βάσει κλινικής εικόνας, λήψης ζωτικών σημείων και ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Ενημέρωση για τη διαδικασία. Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς είχαν ως εξής: θ. 37° C, σφ. 105/min, Α.Π. 105/55 mmHg, αναπνοές 16/min και O₂: 92%. Ο καρδιακός ρυθμός ήταν σταθερός. Χορήγηση οξυγόνου μέσω ρινικού καθετήρα στα 4lt. Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα 20G στο δεξι αντιβραχίονιο. Επεξήγηση κλίμακας πόνου και εκτίμηση πόνου βάσει αυτής. Χορήγηση ενδοφλέβια αναλγητικού, παρακεταμόλης (Aprotel) σε 100 ml N/S 0,9% βάσει ιατρικής οδηγίας.</p>	<p><u>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων:</u> Βελτίωση κλινικής εικόνας ασθενούς. Διατήρηση ανεκτού επιπέδου πόνου. Αιμοδυναμικά σταθερή με διατήρηση επιπέδων οξυγόνου και ζωτικών σημείων εντός φυσιολογικών ορίων: O₂ 97%, Α.Π. 115/60 mmHg, αναπνοές</p>
---	--	--	--	--

Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών, N/S 0,9% 10000 ml, χορήγηση νορεπινεφρίνης σε δόση 32 mg σε .250 ml D/W 5% για επαναφορά και διατήρηση ης Α.Π. και της καρδιακής συχνότητας εντός φυσιολογικών ορίων. Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής βάσει ιατρικών οδηγιών. Χορήγηση ενδοφλέβια 5.000 IU ηπαρίνης αρχικά και στη συνέχεια 1.300 μονάδες/ώρα με τακτική παρακολούθηση του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης (ΑΡΤΤ). Χορήγηση ενδοφλεβίως θρομβολυτικών βάσει ιατρικών οδηγιών, στρεπτοκινάση 250.000 IU για 30 λεπτά και 100.000 μονάδες/ώρα για 24 ώρες, και αλτεπλάση 100mg για 2 ώρες. Διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της σχετικά με το πλάνο φροντίδας, τις διαδικασίες και τη θεραπεία. Συνέχιση αντιπηκτικής αγωγής.

14/min, παλμοί 70/min. Επιτάχυνση λύσης του θρόμβου, επαναιμάτωση του πνεύμονα. Αποτελεσματική διατήρηση της υγείας μέσω της εκπαίδευσης της ασθενούς και της οικογένειάς της.

Προβλήματα ασθενή:

Κεφαλαλγία, υψηλή πίεση, κοιλιακό άλγος, μειωμένη ποσότητα ούρων, διαταραχές όρασης.

Νοσηλευτική διάγνωση:

Προεκλαμψία.

Σχεδιασμός φροντίδας:

Καταπολέμηση του πόνου με τη χορήγηση αναλγητικών βάσει των ιατρικών οδηγιών, πνευματική υποστήριξη της ασθενούς, διδασκαλία παθογένειας της νόσου στην ίδια και την οικογένειά της. Αύξηση της διούρησης με τη χορήγηση διουρητικών φαρμάκων βάσει ιατρικών οδηγιών. Πτώση και διατήρηση της αρτηριακής πίεσης εντός φυσιολογικών ορίων με συντηρητική αντιμετώπιση. Συστηματική παρακολούθηση της Α.Π.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση και επεξήγηση της διαδικασίας. Επεξήγηση της κλίμακας πόνου και εκτίμηση του πόνου βάσει αυτής. Λήψη ζωτικών σημείων: Θ. 36,5°C, σφ. 70/min, αναπνοές 15/min, Α.Π. 140/90mmHg. Επανάληψη λήψης της αρτηριακής πίεσης σε καθιστή και όρθια θέση, σε κατάσταση ηρεμίας και από τα δύο χέρια. Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα 20G στο αριστερό αντιβραχίονιο. Χορήγηση ενδοφλέβια αναλγητικών φαρμάκων βάσει ιατρικής οδηγίας, αρχικά παρακεταμόλη σε 100 ml N/S 0,9% 5 ml Aprotel και στη συνέχεια σε 100 ml N/S 0,9% 4 mg Xefo (λορνοξικάμη) σε 20 λεπτά έγχυση έκαστο. Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών, N/S 0,9% 1000 ml με ρυθμό έγχυσης 200 ml/h. Καταπολέμηση άγχους, αξιολόγηση σωματικών και άλλων μη λεκτικών μηνυμάτων πόνου, προσευετική μϊκή χαλάρωση. Χορήγηση μεθυλντόπα από του στόματος (Aldomet 250 mg) και χορήγηση ενδοφλέβια φουροσεμίδης (40 mg *lasix bolus*). Σύσταση στην ασθενή για καθημερινή συστηματική σωματική άσκηση, περιορισμό του άλατος στο φαγητό και διατροφή πλούσια σε κάλιο και ασβέστιο. Διδασκαλία της ίδιας και της οικογένειάς της για την παθογένεια της νόσου και τη συντηρητική θεραπεία που θα ακολουθήσει και ψυχολογική υποστήριξη αυτής.

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων:

Διατήρηση του πόνου σε ανεκτό επίπεδο, διατήρηση της αρτηριακής πίεσης εντός φυσιολογικών ορίων, αύξηση της διούρησης, καταπολέμηση του άγχους, εξασφάλιση της αποτελεσματικής διατήρησης της υγείας με τη διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναστασίου Ε, Σταυριανός Χ. Ενδοκρινολογικά νοσήματα στην εγκυμοσύνη. Εκδόσεις Γράμμα, 2004: 143-153.
2. Bates M, Rankin-Hill L, Santchez Ayentez M. The effects of the cultural context of health care on treatment of an response to chronic pain and illness, social science and medicine, 1997: 1433-1447
3. Blum A, Bellou A, Guillemin F, Douek P, Laprevote-Heully MC, Wahl D, et al. Performance of magnetic resonance angiography in suspected acute pulmonary embolism. *Thromb Haemost*, 2005: 503-511.
4. Bosio PM, et al. Maternal central hemodynamics in hypertensive disorders of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1999: 978.
5. British Thoracic Society Standards of Care Committee Pulmonary Embolism Guideline Development Group. British Thoracic Society guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. *Thorax*, 2003: 470–483.
6. Chaye B, Dondelinger RF. Non-traumatic thoracic emergencies: CT venography in an integrated diagnostic strategy of acute pulmonary embolism and venous thrombosis. *Eur Radiol*, 2002: 1906-1921.
7. Clapp JF, Simonian S, Lopez B, et al. The one – year morphometric and neurodevelopmental outcome at age five years of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1998: 594–599.
8. De Monye W, Sanson BJ, MacGillavry MR et al. Embolus location affects the sensitivity of a rapid quantitative d-dimer assay in the diagnosis of pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med*, 2002: 345–348.
9. De Swiet M. Maternal blood pressure and birth weight (editorial). *Lanset* 2000: 81.
10. Doyle NM, Ramirez NM, Mastrobattista J, Monga M, Wagner LK, Gardner MO. Diagnosis of pulmonary embolism: a cost effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2004: 1019-1023.
11. Fedullo PF, Tapson VF. The evaluation of suspected pulmonary embolism. *N Engl J Med*, 2003: 1247-1256.
12. Galie N, Manes A, Branzi A. The new clinical trials on pharmacological treatment in pulmonary arterial hypertension. *Eur Respir J*, 2002: 1037–1049.
13. Ghirardini G, Battioni M, Bertellini C, Colombini R, Colla R, Rossi G. D-dimer after delivery in uncomplicated pregnancies. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 1999: 211–212.
14. Ghofrani HA, Schermuly RT, Rose F et al. Sildenafil for longterm treatment of nonoperable chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003: 1139–1141.
15. Goldhaber SZ, Elliott CG. Acute pulmonary embolism: part II. Risk stratification, treatment and prevention. *Circulation*, 2003: 2834–2838.

16. Gonidakis et al. A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece, *Comprehensive Psychiatry*, 2008: 275-282
17. Gregory TE. Pre – existing and pregnancy – Induced Liver Disease. *Medscape General Medicine*, 1999: 220-234, 380-391
18. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2000: 1301.
19. Guidelines on the diagnosis and management of the thrombotic microangiopathic haemolytic anaemias. *British Journal of Haematology*, 2003: 556–573.
20. Haage P, Piroth W, Krombach G et al. Pulmonary embolism: comparison of angiography with spiral computed tomography, magnetic resonance angiography and real-time magnetic resonance imaging. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003: 729.
21. Harry R, Buller et al. Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 2004: 401–428.
22. Hiorns MP, Mayo JR. Spiral computed tomography for acute pulmonary embolism. *Can Assoc Radiol J*, 2002: 258-268.
23. Hirsh J, Warkentin TE, Shaughnessy SG et al. Heparin and Low Molecular Weight Heparin. *Chest*, 2001: 64-94.
24. Hofmann LV, Lee DS, Gupta A et al. Safety and hemodynamic effects of pulmonary angiography in patients with pulmonary hypertension: 10-year single-center experience. *AJR Am J Roentgenol*, 2004: 779.
25. Hsu D, Pavlik J, Harirah H. Placental and vascular endothelial dysfunction as evidence for the pathogenesis in HELLP syndrome. *Am J Obstet*, 2003: 189-193
26. Howell EA, Mora P, Leventhal H. Correlates of early postpartum depressive symptoms, *Matern child health J*, 2006: 149-157
27. Hyers TM, Agnelli G, Hull RD et al. Antithrombotic Therapy for venous Thromboembolic Disease. *Chest*, 2001: 176-193.
28. Hughes RJ, Jais X, Bonderman D et al. The efficacy of bosentan in inoperable chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a 1-year follow-up study. *Eur Respir J*, 2006: 138–142.
29. Jamieson SW, Kapelanski DP, Sakakibara N et al. Pulmonary endarterectomy: experience and lessons learned in 1.500 cases. *Ann Thorac Surg*, 2003: 1457–1462.
30. Kluge A, Muller C, Hansel J, Gerriets T, Bachmann G. Real-time MR with trueFISP for the detection of acute pulmonary embolism: initial clinical experience. *Eur Radiol*, 2004: 709-718.
31. Konstantinides S, Geibel A et al. Heparin plus alteplase compared with heparin alone in patients with submassive pulmonary embolism. *N Engl J Med*, 2002: 1143-1150.
32. Kuiper JW, Geleijns J, Matheijssen NA et al. Radiation exposure of multi-row detector spiral computed tomography of the pulmonary arteries: comparison with digital subtraction

- pulmonary angiography. *Eur Radiol*, 2003: 1496.
33. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική νοσηλευτική, Ταβιθά, Αθήνα, 2005: 182-207
 34. Lang IM. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension – not so rare after all. *N Engl J Med*, 2004: 2236–2238.
 35. Life and Health, περιοδική ενημερωτική έκδοση των νοσοκομείων του Ομίλου Υγεία, Αθήνα, 2012: 66-74
 36. Linkins LA, Bates SM, Ginsberg JS, Kearon C. Use of different D-dimer levels to exclude venous thromboembolism depending on clinical pretest probability. *J Thromb Haemost*, 2004: 1256–1260.
 37. Λώλης Δ. Γυναικολογία και Μαιευτική, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1998: 23-24
 38. Morris TA. Heparin and Low Molecular Weight Heparin: background and pharmacology. *Clin Chest Med*, 2003: 39-47.
 39. Mullins MD, Becker DM, Hagspiel KD, Philbrick JT. The role of spiral volumetric computed tomography in the diagnosis of pulmonary embolism. *Arch Intern Med*, 2000: 293.
 40. Murin S, Romano PS, White RH. Comparison of outcomes after hospitalization for deep venous thrombosis or pulmonary embolism. *Thromb Haemost*, 2002: 407-414.
 41. Mushtaq MA. Disseminated intravascular coagulation in a patient with HELLP syndrome. *Pak J Med Sci*, 2005: 90–94.
 42. Μωραΐτου Μ. Το βίωμα της μητρότητας, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2004: 22
 43. Μωραΐτου Μ. Ορμόνες που συνδέονται με την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, περιοδικό Ελευθώ, Αθήνα, 2003: 31
 44. Newman RB, Luke B. Multifetal pregnancy: A Handbook for care of the pregnant patient. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000: 18-20
 45. NSNA (National student nurses association), Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική, εκδόσεις Έλλην, 2006: 131-140
 46. Ohno Y, Higashino T, Takenaka D et al. MR Angiography with sensitivity encoding (SENSE) for suspected pulmonary embolism: comparison with mdct and ventilation-perfusion scintigraphy. *AJR Am J Roentgenol*, 2004: 91.
 47. Olschewski H, Simonneau G, Galie N et al for the Aerosolized Iloprost Randomized Study Group. Inhaled iloprost for severe pulmonary hypertension. *N Engl J Med* 2002: 322–329.
 48. Padden MO. HELLP syndrome: recognition and management. *Am Fam Physician* 1999: 829–839.
 49. Perrier A, Desmarais S, Miron MJ et al. Non-invasive diagnosis of venous thromboembolism in outpatients. *Lancet*, 1999: 190–195.
 50. Price K, Cheek J. Exploring the nursing role in pain management from a post-structuralism perspective, *Journal of advanced nursing*, 1996: 899-904
 51. Pridjian G, Puschett JB. Preeclampsia: Part 1 – Clinical and pathophysiologic considerations. *Obstet Gynecol Surv*, 2002: 598–618.
 52. Quiroz R, Kucher N, Zou KH et al. Clinical validity of a

- negative computed tomography scan in patients with suspected pulmonary embolism: a systematic review. *JAMA*, 2005: 293:2012.
53. Ραγιά Α.Χ. Βασική νοσηλευτική – Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές, Αθήνα, 2005: 34-42
 54. Ραγιά Α.Χ. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας – Ψυχιατρική νοσηλευτική, Αθήνα, 2009: 24-55, 112-129, 418-425
 55. Rathbun SW, Raskob GE, Whitsett TL. Sensitivity and specificity of heliac CT in the diagnosis of pulmonary embolism: a systematic review. *Ann Intern Med*, 2000: 227-232.
 56. Reck TB, Ott R, Muller V. Surgical treatment of HELLP syndrome-associated liver rupture. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2001: 57-65.
 57. Reichenberger F, Nachtmann et al. Pulmonary embolism and the consequences for the right heart. *Eur Respir Mon*, 2006: 136-164
 58. Reinartz P, Wildberger JE et al. Tomographic imaging in the diagnosis of pulmonary embolism: a comparison between V/Q lung scintigraphy in SPECT technique and multislice spiral CT. *J Nucl Med*, 2004: 1501-1508.
 59. Remy-Jardin M, Remy J. Spiral CT angiography of the pulmonary circulation. *Radiology*, 1999: 212:615.
 60. Resten A, Mausoleo F, Valero M, Musset D. Comparison of doses for pulmonary embolism detection with helical CT and pulmonary angiography. *Eur Radiol*, 2003: 1515.
 61. Roberts DA, Geffer WB, Hirsch JA, Rizi RR, Dougherty L, Lenkinski RE, Leigh JS, Schnall MD. Pulmonary perfusion: respiratory-triggered threedimensional MR imaging with arterial spin tagging preliminary results in healthy volunteers. *Radiology*, 1999: 890-895.
 62. Schoepf UJ, Goldhaber SZ, Costello P. Spiral computed tomography for acute pulmonary embolism. *Circulation*, 2004: 2160.
 63. Sherri A, Chi P, Gabriella P. Preeclampsia and eclampsia revisited. *South Med J*, 2003: 891-899
 64. Scopesi A, Viterbori P. Ψυχολογία της μητρότητας, εκδόσεις Lector, Αθήνα, 2007: 45-59
 65. Stein P, Fowler S, Goodman L, Gottschalk A, Hales C, Hull R, Leeper K, Popovich J, Quinn D, Sos T, Sostman H, Tapson V, Wakefield T, Weg J, Woodard P for the Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis II (PIOPED II) investigators. Multidetector Computed Tomography for Acute Pulmonary Embolism. *N Engl J Med*, 2006: 22.
 66. Stein PD, Henry JW, Gottschalk A. Reassessment of pulmonary angiography for the diagnosis of pulmonary embolism: Relation of interpreter agreement to the order of the involved pulmonary arterial branch. *Radiology*, 1999: 689.
 67. Tapson VF. The evolution and impact of the American College of Chest Physicians consensus statement on antithrombotic therapy. *Clinics Chest Med*, 2003: 139-151.
 68. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of

- Cardiology. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J*, 2000: 1301–1336.
69. The ESTIPEP investigators. Prospective evaluation of pulmonary embolism: Diagnostic performance of spiral CT angiography in the ESTIPEP trial. *Radiology*, 1999: 126-129.
 70. The NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), Antenatal and postnatal mental health, the British psychological society & the Royal college of psychiatrists, 2007: 26-73, 111-119
 71. Thorne S, Paterson B. Two decades of insider research: what we know and do not know about chronic illness experience, *annual review of nursing research*, 2000: 3-25
 72. Tsai AW, Cushman M, Rosamond WD, Heckbert SR, Polak JF, Folsom AR. Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism incidence: the longitudinal investigation of thromboembolism etiology. *Arch Intern Med*, 2002: 1182–1189.
 73. Tuohy A, McVey C. Experience of pregnancy and delivery predictors of postpartum depression, *Psychol Health Med*, 2008: 68-94
 74. Van den Belt AG, Hutten BA, Prins MH, Bossuy PM. Duration of oral anticoagulant treatment in patients with venous thromboembolism and a deficiency of antithrombin, protein C or protein S-a decision analysis. *Thromb Haemost*, 2000: 758-763.
 75. Warkentin TE, Greinacher A. Heparin-Induced Thrombocytopenia: Recognition, Treatment and Prevention. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 2004: 311–337.
 76. Why mothers die 1997-1999 the report on confidential enquiries into maternal deaths in the U.K RCOG Press, London, 2001
 77. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Forgie M, Kearon C, Dreyer J, Kovacs G, Mitchell M, Lewandowski B, Kovacs MJ. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-venous thrombosis. *N Engl J Med*, 2003:1227–1235.
 78. Wells PS, Rodger M. Diagnosis of pulmonary embolism: when is imaging needed? *Clinics Chest Med*, 2003: 13-28.
 79. Wicke C, Pereira PL, Neeser E. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome. *Am J Obsfet Gynecol* 2004: 106-112.
 80. Winer-Muram HT, Boone JM, Brown HL, Jennings SG, Mabie WC, Lombardo GT. Pulmonary embolism in pregnant patients: fetal radiation dose with heliac CT. *Radiology*, 2002: 487-492
 81. Wood KE. Major pulmonary embolism: review of a pathophysiologic approach to the golden hour of hemodynamically significant pulmonary embolism. *Chest*, 2002: 877-905.
 82. Gastrointestinal Disorders. In: Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K eds. *Williams Obstetrics*, 22st Edition, McGraw – Hill, 2005: 1111-1123.
 83. Exbrayat V, Morel J, De Filippis JP, Tourne G, Jospe G,

Auboyer C. Hypertriglyceridemia – induced pancreatitis in pregnancy. A case report. Ann Fr Anesth Reanim, 2007: 677-679.

84. <http://www.emedicine.com/med/topic3242.htm>: πρόσβαση 08/12/2012
85. <http://www.perinatology.com/exposures/Drugs/FDACategories.htm>: πρόσβαση 04/12/2012
86. <http://www.neognologiki.gr/?page=ekpaidefsi1>: πρόσβαση 10/01/2013
87. <http://perinatal.gr/Ofls/c1.asp?catid=149&catid2-0&1=1>: πρόσβαση 10/01/2013
88. <http://www.bapm.org> (British association of perinatal medicine): πρόσβαση 10/01/2013
89. <http://www.uenps.com> (Union of European Neonatal & Perinatal societies): πρόσβαση 03/01/2013
90. <http://progenitiki.wordpress.com/about/>: πρόσβαση 04/01/2013
91. <http://el.Wikipedia.org/wiki/βρεφική-θνησιμότητα>: πρόσβαση 22/11/2012
92. <http://www.healthview.gr/βιβλιοθήκη/στατιστικά/δημογραφικά-στοιχεία>: πρόσβαση 30/11/2012
93. <http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/eqkymosyni-kyisi.html>: πρόσβαση 05/12/2012
94. http://en.Wikipedia.org/wiki/Maternal/Physiological_changes-in-pregnancy: 04/01/2013





επιλόχειος κατάθλιψη



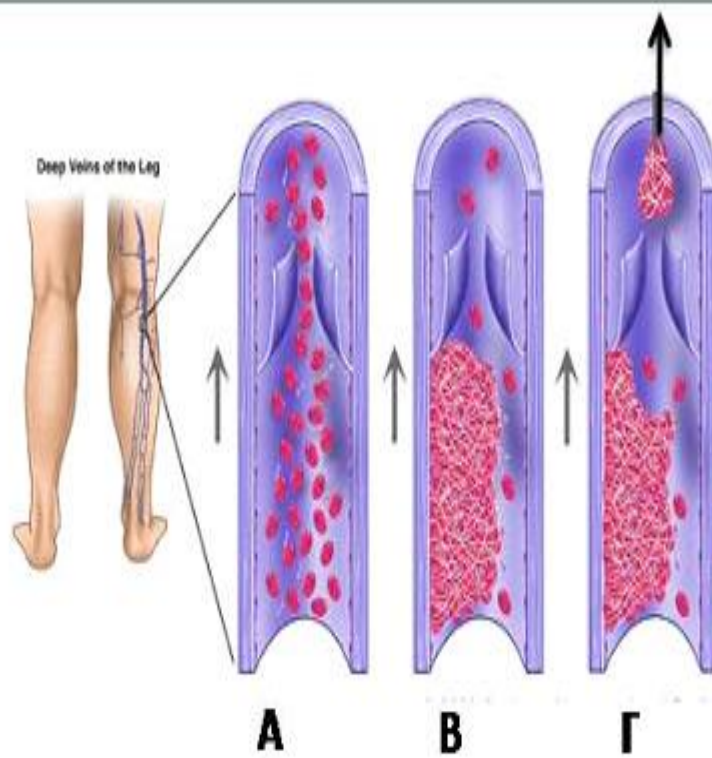
έμβολο σε πνευμονική εμβολή

*Speak Up
When You're
Down*



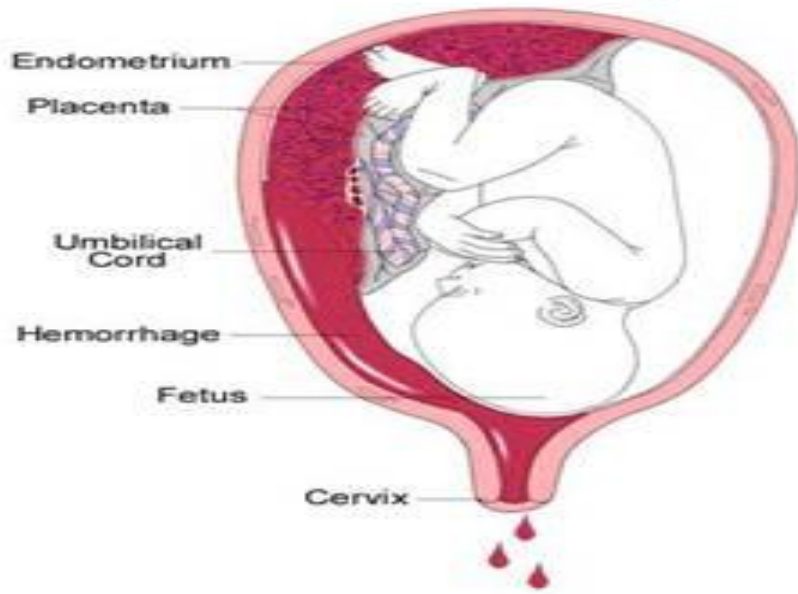


✚ οξεία σκωληκοειδίτιδα



- A. Φυσιολογική φλεβική ροή
- B. Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση
- Γ. Έμβολο

Visible Bleeding



Concealed Bleeding

