

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ
ΚΑΙ
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΑΛΑΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΩΝΗ

ΒΛΑΧΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την εισηγήτριά μας κ Γαλάνη Γεωργία ,
για την άρτια καθοδήγηση και υποστήριξη με σκοπό την εκπόνηση
της παρούσας πτυχιακής εργασίας.*

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

*Αφιερώνουμε την παρούσα εργασία στις οικογένειες μας,
οι οποίες μας στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών.
Την αφιερώνουμε επίσης σε κάθε γυναίκα που μάχεται να φέρει
στο κόσμο ένα παιδί και να ανταπεξέλθει στις όποιες δυσκολίες*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

<i>1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....</i>	<i>12</i>
<i>1.3 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....</i>	<i>13</i>
<i>1.4 ΩΟΡΡΗΞΙΑ-ΣΥΛΛΗΨΗ- ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....</i>	<i>15</i>
<i>1.5 ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΩΑΡΙΟΥ.....</i>	<i>16</i>
<i>1.6 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ.....</i>	<i>16</i>
<i>1.7 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ.....</i>	<i>18</i>
<i>1.8 ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ.....</i>	<i>19</i>
<i>1.9 ΟΜΦΑΛΙΟΣ ΛΩΡΟΣ.....</i>	<i>19</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	22
2.2 ΣΤΑΔΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	22
2.3 ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΗΘΗ ΚΑΙ ΨΕΥΔΗ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	24
2.4 ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	25
2.5 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	28
2.6 ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	29
2.7 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	30
2.8 ΛΟΧΕΙΑ.....	31
2.9 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.....	31
2.10 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	40
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ	40
3.3 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	41
3.4 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	43

3.5 ΕΙΔΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	43
3.6 ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	44
3.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	45
3.8 ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ.....	46
3.9 ΕΞΕΛΚΥΣΜΟΣ.....	46
3.10 ΕΜΒΡΥΟΤΟΜΙΑ.....	48
3.11 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	48

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	56
4.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΥΘΙΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	57
4.3 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΕΡΟ.....	57
4.4 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	59
4.5 Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ.....	60

4.6 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ.....	60
4.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΠΙΤΟΚΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΓΕΝΝΗΣΟΥΝ ΣΤΟ ΝΕΡΟ.....	61
4.8 ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΕΡΟ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	62
4.9 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ.....	66
5.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ-ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74
------------------------------	-----------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της εργασίας είναι να γίνουν γνωστές οι μέθοδοι τοκετού και ο ρόλος της μαιευτικής. Η μαιευτική έχει σαν στόχο να προλαμβάνει και να αντιμετωπίζει τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ο μαιευτήρας, η μαία και ο νοσηλευτής είναι απαραίτητοι στην πορεία της κύησης και της λοχείας στοχεύοντας στη μείωση των κινδύνων. Έτσι κάθε νέα μητέρα είναι υποχρεωμένη να είναι ενήμερη σχετικά με τις μεθόδους του τοκετού και την εξέλιξή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τη γονιμοποίηση του ωαρίου δημιουργείται το ζυγωτό. Σ' αυτό το στάδιο αναπτύσσεται το έμβρυο για τους επόμενους εννέα μήνες. Το έμβρυο, ο πλακούντας απ' τον οποίο τρεφόταν το έμβρυο όλους αυτούς τους μήνες, και οι υμένες που το περιέκλειαν, διέρχονται μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα στο εξωτερικό περιβάλλον. Ο τοκετός μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους: καισαρική τομή, φυσιολογικό τοκετό και τοκετός στο νερό. Αυτές οι περιπτώσεις εξαρτώνται από ενδείξεις και αντενδείξεις από τη πλευρά της μητέρας και αντίστοιχα του εμβρύου. Βέβαια η επίτοκος έχει το δικαίωμα να επιλέξει ενώ παράλληλα ο μαιευτήρας και η μαία έχουν το ρόλο των συμβούλων. Κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης η επίτοκος μαθαίνει απ' τη μαία τη τεχνική της ψυχοπροφυλακτικής έτσι ώστε να προετοιμασθεί ψυχολογικά και σωματικά έχοντας την ευχέρεια να συζητήσει μαζί της για τους φόβους, το άγχος και τις απορίες της σχετικά με τον ερχομό του παιδιού. Κατά το φυσιολογικό τοκετό οι στάσεις που μπορεί να πάρει η επίτοκος είναι η όρθια, πλάγια, ημικατακεκλημένη, πλάγια ξαπλωμένη, ημικαθιστή, ημικαθιστή με όρθιο το κορμό, ύπτια και ύπτια γυναικολογική. Οι θέσεις αυτές εξαρτώνται από τη θέση του εμβρύου και κατά πόσο η επίτοκος μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτές. Η καισαρική τομή είναι ένα είδος χειρουργείου με επισκληρίδιο αναισθησία και υπάρχουν δύο είδη, η κάθετη τομή και η εγκάρσια τομή, η οποία χωρίζεται σε υποομάδες. Σήμερα χρησιμοποιείται μόνο η χαμηλή εγκάρσια τομή. Επιπλέον υπάρχουν και επιπλοκές όπως σε κάθε χειρουργείο. Ένας άλλος τρόπος είναι ο τοκετός στο νερό. Υπάρχουν και εδώ συγκεκριμένες

στάσεις όπου η επίτοκος γεννά έχοντας σαν στήριγμα τη μαία ή το σύντροφό της και χαλαρώνει με τη βοήθεια του νερού. Τέλος, αφού η γυναίκα έχει γεννήσει λέγεται πλέον λεχωίδα. Σ' αυτό το στάδιο η λεχωίδα αποβάλλει τα λόχεια υγρά ενώ παράλληλα απαιτείται μεγάλη προσοχή καθώς μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές.

SUMMARY

During fertilization of the egg formed zygote. At this stage the embryo develops for the next nine months. The fetus, the placenta from which nourishes the fetus all these months, and the films that encompassed, pyelogenitikon pass through the tube to the outside environment. The confinement can be done in three ways: cesarean delivery and vaginal delivery in water. These cases depend on indications and contraindications of the maternal and fetal respectively. Of course, the interest rate has the right to choose while the obstetrician and midwife have the role of consultants. During the course of pregnancy or rates hear from the midwife psychoprophylaktikis technique in order to prepare psychologically and physically having the option to discuss with her fears, anxieties and questions concerning the coming of the child. During vaginal delivery stops that can take the interest rate is upright, italic, imikatakeklimeni, side lying, half upright, half upright with the torso upright, supine and supine pelvic. These positions depend on the position of the fetus and whether the interest rate can handle them. Caesarean section is a type of surgery with epidural anesthesia and there are two types, vertical sectional view and a cross section, which is divided into subgroups. Today it is used only low transverse incision. In addition there are complications like any surgery. Another way is to give birth in water. There are specific stops here where the interest rate raises as having support midwife or her partner and relax with the help of water. Finally, after the woman has given birth is called postpartum now. At this stage

the postpartum lochia eliminates fluids while considerable caution because there may be complications.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από τα παλαιότερα χρόνια και σε κάθε πολιτισμό οι γυναίκες παρακολουθούσαν τον τοκετό άλλων γυναικών. Η επίτοκος γεννούσε στο σπίτι υπό τη φροντίδα και την επίβλεψη μιας γυναίκας με εμπειρία σε θέματα τοκετού.

Η γυναίκα που υποβοηθούσε τον τοκετό ήταν ουσιαστικά η μαία της εποχής, με γνώσεις που κυμαίνονταν από την απλή συλλογή εμπειρίας μέσω παρατηρήσεις έως κάποιες βασικές γνώσεις, οι οποίες είχαν τυποποιηθεί από τους τότε <<πατέρες>> της ιατρικής, όπως τον Ιπποκράτη.

Ειδική εκπαίδευση Μαιευτικής άρχισε να παρέχεται στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με την ίδρυση μαιευτηρίων προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα και τη δημιουργία τμημάτων γυναικολογίας στα γενικά νοσοκομεία. Η διδασκαλία για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό έγινε τυπική από τα προγράμματα σχολών νοσηλευτικής.

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

Τα έξω γεννητικά όργανα εφάπτονται στο έξω στόμιο της εισόδου του κόλπου ή κολεού. Προστατεύουν τον κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του άνδρα.

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής έχει τέσσερις βασικές λειτουργίες:

- Ø Να παράγει ωοθηκικές ορμόνες οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής
- Ø Να γίνει αναπαραγωγή του ωαρίου έτσι ώστε να επέλθει η σύλληψη και να γίνει αναπαραγωγή του ωαρίου
- Ø Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο, γονιμοποιημένο ωάριο έως τον τοκετό και
- Ø Να εκπληρώσει την παράδοση του προϊόντος της σύλληψης

1.3 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι τα εξής:

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

Το εφήβαιο είναι μία τριγωνική πυραμίδα που προέρχεται και αποτελείται από λιπώδη ιστό. Βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Η ανάπτυξη του εφηβαίου γίνεται στην περίοδο της ήβης και καλύπτεται από τρίχωμα.

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο στενόμακρες πτυχές του δέρματος. Τα μεγάλα χείλη εφάπτονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την αιδοϊκή σχισμή.

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

Η κλειτορίδα είναι ένα μικρό κυλινδρικό όργανο και αποτελείται από στυτικό ιστό.

Ο παρθενικός υμένας είναι μία μικρή μεμβράνη που βρίσκεται στην είσοδο του κόλπου και κάτω από την ουρήθρα. Ο παρθενικός υμένας έχει ένα ή περισσότερα μικρά ανοίγματα για να εξέρχεται το αίμα της εμμήνου ρύσεως. Η ελαστικότητα του

παρθενικού υμένα διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά σπάει συνήθως με την πρώτη σεξουαλική επαφή, οπότε εξέρχεται λίγο αίμα το οποίο σταματάει γρήγορα.

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα είναι τα εξής:

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

Ο κόλπος είναι ένας ελαστικός σωλήνας και έχει μήκος 8-9 εκατοστά. Ο κόλπος αρχίζει από τον παρθενικό υμένα και καταλήγει γύρω από τον τράχηλο της μήτρας.

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

Η μήτρα είναι το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα. Το μέγεθος της μήτρας ποικίλει ανάλογα με το στάδιο ζωής της γυναίκας και το αν έχει γεννήσει ή όχι. Σε άτοκες γυναίκες το βάρος είναι 50 γραμμάρια και το μήκος 50 εκατοστά.

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

Οι σάλπιγγες είναι δύο σωλήνες (ένας δεξιά και ένας αριστερά) που αρχίζουν από το κέρασ της μήτρας και φτάνουν στην αντίστοιχη ωοθήκη.

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

Οι ωοθήκες είναι δύο, μία δεξιά και μία αριστερά της μήτρας. Έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου και είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας.

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

1.4 ΩΟΡΡΗΞΙΑ-ΣΥΛΛΗΨΗ-ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι γυναίκες κατά την γέννηση τους φέρουν περίπου 400.000 ωάρια στις ωοθήκες τους. Μία γυναίκα ξεκινά να έχει ωορρηξία στο στάδιο της εφηβείας. Μία φορά το μήνα, ορισμένος αριθμός ωαρίων ωριμάζει αλλά μόνο ένα απελευθερώνεται από την ωοθήκη. Μέχρι εκείνη τη στιγμή, το εσωτερικό στρώμα της μήτρας έχει αυξηθεί και έχει γίνει παχύτερο, λειτουργώντας έτσι σαν «φωλιά» για να εμφυτευθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί εντός 12-48 ωρών από την απελευθέρωσή του, αποσυντίθεται. Δύο εβδομάδες αργότερα, το εσωτερικό παχύ στρώμα της μήτρας αποβάλλεται και αυτό καλείται «έμμηνος ρύση». Στη συνέχεια, ο κύκλος ξεκινά από την αρχή.

Ωορρηξία: Ωορρηξία ορίζεται η απελευθέρωση του ώριμου ωαρίου από την ωοθήκη. Σε ανταπόκριση των ορμονικών σημάτων, το ωοθυλάκιο (περικλείει το ωάριο) ανοίγει και απελευθερώνει το ωάριο.

Η ωορρηξία συνήθως συμβαίνει 14 με 15 ημέρες από την πρώτη ημέρα του κύκλου της γυναίκας. Μόλις γίνει η ωορρηξία, το ωάριο ταξιδεύει μέσα στη σάλπιγγα και εκεί είναι έτοιμο να γονιμοποιηθεί από το ένα σπερματοζωάριο.

«Η γόνιμη περίοδος»: Η φάση της ωορρηξίας χαρακτηρίζεται σαν την πιο γόνιμη περίοδο της γυναίκας με την μεγαλύτερη πιθανότητα να μείνει έγκυος. Όταν το ωάριο έχει απελευθερωθεί και είναι έτοιμο να γονιμοποιηθεί, αν η γυναίκα έρθει σε ερωτική επαφή χωρίς προφυλάξεις, η σύλληψη είναι πολύ πιθανόν να συμβεί. Η γυναίκα είναι πιο γόνιμη κατά την φάση της ωορρηξίας και μπορεί να μείνει έγκυος σε διάστημα 5 ημερών πριν την ωορρηξία έως και 1 ημέρα μετά.

Σύλληψη: Σύλληψη ορίζεται η γονιμοποίηση ενός ωαρίου από ένα σπερματοζώαριο. Τα σπέρμα απελευθερώνεται στον κόλπο της γυναίκας, και κολυμπώντας μέσα από τον τράχηλο φτάνει στις σάλπιγγες όπου συνήθως λαμβάνει χώρα η γονιμοποίηση του ωαρίου. Όταν ένα σπερματοζώαριο καταφέρει να εισέλθει εντός του ωαρίου, το γενετικό υλικό των δύο αυτών κυττάρων ενώνεται και δημιουργεί ένα πυρήνα (αυτό καλείται ζυγωτό). Η σύλληψη έχει ολοκληρωθεί.

Εγκυμοσύνη: Οι ειδικοί συμφωνούν ότι για να συμβεί μια εγκυμοσύνη απαιτούνται αρκετές ημέρες και ότι δεν ολοκληρώνεται αν το γονιμοποιημένο ωάριο δεν εμφυτευθεί στο εσωτερικό στρώμα της μήτρας. Μία γυναίκα θεωρείται έγκυος όταν έχει πραγματοποιηθεί η εμφύτευση του ζυγωτού.

1.5 ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΩΑΡΙΟΥ

Ένα ωάριο ξεκινά το ταξίδι του από την ωοθήκη, συνεχίζει μέσα από την σάλπιγγα για να καταλήξει τελικά στην μήτρα. Στο τέλος της σάλπιγγας υπάρχουν κύτταρα που μοιάζουν με τρίχες δημιουργώντας ρεύμα κατά την κίνησή τους. Αυτά τα κύτταρα μαζί με τις συσπάσεις των μυών μεταφέρουν το ωάριο μέσα στη σάλπιγγα καθώς απελευθερώνεται από την επιφάνεια της ωοθήκης. Όταν φτάνει στην σάλπιγγα το ωάριο, μετακινείται με τη βοήθεια των παραπάνω κυττάρων και των μυϊκών συσπάσεων. Η κίνηση είναι τόσο αργή που διαρκεί 4 ημέρες μέχρι το ωάριο να φτάσει στη μήτρα.

Μόλις απελευθερωθεί από την ωοθήκη το ωάριο μπορεί να επιβιώσει για 12-24 ώρες

1.6 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Παραγωγή σπέρματος.

Η παραγωγή σπέρματος μπορεί να συμβεί σε κατάλληλες συνθήκες με θερμοκρασία περίπου στους 35 βαθμούς Κελσίου, δύο βαθμούς χαμηλότερα από την μέση θερμοκρασία σώματος. Οι όρχις είναι το μοναδικό μέρος του σώματος με αυτή τη θερμοκρασία, αφού βρίσκονται πιο απομακρυσμένοι από το υπόλοιπο σώμα, έτσι επιτυγχάνεται εκεί η παραγωγή σπέρματος.

Χιλιάδες σπερματοζωάρια παράγονται ανά λεπτό, ενώ το σχήμα τους είναι τέτοιο που διευκολύνει το ταξίδι τους από τους ανδρικούς όρχεις προς στο γυναικείο ωάριο. Ένα σπερματοζωάριο αποτελείται από ένα κεφάλι, αυχένα και μία ουρά και μετακινείται προς την μήτρα της γυναίκας με κινήσεις όμοιες με αυτές ενός ψαριού.

*Βασικά το σπέρμα είναι **DNA με ουρά** και η μοναδική του δουλειά είναι να μεταφέρει το γενετικό υλικό από τη μία γενιά στην άλλη.*

Μετακίνηση σπέρματος.

Το κεφάλι, το οποίο φέρει το μισό γενετικό υλικό του μελλοντικού απογόνου, καλύπτεται από μια ειδική προστατευτική πανοπλία. Ο γυναικείος κόλπος είναι ιδιαίτερα όξινος προκειμένου να προστατεύσει την μητέρα από διάφορα μικρόβια και ξένα σώματα. Η ειδική πανοπλία που φέρουν τα σπερματοζωάρια στο κεφάλι τους τα προστατεύει από το όξινο περιβάλλον του κόλπου. Δεν απελευθερώνονται όμως μόνο τα σπερματοζωάρια στη μήτρα. Το σπερματικό υγρό είναι ένα μίγμα πολλών υγρών. Αυτά περιέχουν σάκχαρα που προμηθεύουν με ενέργεια τα σπερματοζωάρια. Χημικά αποτελούν την βάση που ουδετεροποιούν το όξινο περιβάλλον κατά την είσοδο στη μήτρα και δημιουργούν ένα ασφαλές περιβάλλον για τα σπερματοζωάρια. Επίσης κάνουν πιο γλιστερό το περιβάλλον διευκολύνοντας έτσι την κίνηση των σπερματοζωαρίων.

Στη φάση της ωορρηξίας η βλέννα του τραχήλου γίνεται λεπτότερη επιτρέποντας έτσι την είσοδο των σπερματοζωαρίων που κολυμπούν. Μετά την εκσπερμάτωση, τα σπερματοζωάρια αγωνίζονται να φτάσουν γρήγορα στην μήτρα και να γονιμοποιήσουν το ωάριο που περιμένει.

Όταν τα σπερματοζωάρια είναι στη μήτρα κινούνται κυρίως με την ουρά τους. Ωστόσο και οι μυϊκές συσπάσεις της μήτρας βοηθάνε στην κίνηση των σπερματοζωαρίων.

Τα σπερματοζωάρια δεν είναι ικανά να γονιμοποιήσουν το ωάριο μέχρι να ενεργοποιηθούν, κάτι που συμβαίνει **λίγες ώρες μετά** την είσοδο του σπέρματος στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα:
Το σπέρμα κινείται δυνατά με μία μαστιγοειδή κίνηση, ενώ η μεμβράνη στην περιοχή της κεφαλής υποβάλλεται σε αλλαγές έτσι ώστε να επιτραπεί η ένωσή του με την μεμβράνη της επιφάνειας του ωαρίου.

Από τα εκατοντάδες εκατομμύρια των σπερματοζωαρίων μόνο κάποια εκατοντάδες που είναι τα καλύτερα καταφέρνουν να πλησιάσουν την σάλπιγγα. Το σπερματοζωάριο προσδένεται σε μία περιοχή του ωαρίου που καλείται διάφανη ζώνη (ένα εξωτερικό κολλώδες στρώμα του ωαρίου) σπέρμα εισβάλλει στη διάφανη ζώνη

με την βοήθεια ενζύμων που απελευθερώνονται από την κεφαλή των σπερματοζωαρίων. Το πρώτο σπερματοζωάριο κινείται μέσα από τη ζώνη, πλησιάζει την μεμβράνη του ωαρίου και ενώνεται με αυτή. Το ανδρικό DNA και το γυναικείο DNA ενώνονται και αναμιγνύονται για να σχηματίσουν τελικά ένα νέο ανθρώπινο πλάσμα.

1.7 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Η ένωση σπερματοζωαρίου και ωαρίου, γνωστή ως γονιμοποίηση, είναι το πρώτο στάδιο της εμβρυϊκής ανάπτυξης.

Η ένωση ωαρίου και σπερματοζωαρίου προκαλεί την απελευθέρωση κάποιων ενζύμων τα οποία σκληραίνουν την διάφανη ζώνη , με αποτέλεσμα **κανένα άλλο σπερματοζωάριο** να μην μπορεί να διαπεράσει στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου.

Το γονιμοποιημένο ωάριο ονομάζεται τώρα ζυγωτό.

Τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης

Μετά την γονιμοποίηση , το μικροσκοπικό μονοκύτταρο ζυγωτό αρχίζει να διαιρείται με μιτωτικές διαιρέσεις

Έτσι, το έμβryo που φτάνει στην μήτρα έχει το ίδιο μέγεθος με το αρχικό γονιμοποιημένο ωάριο Το έμβryo τελικά φτάνει στη μήτρα και αναπτύσσεται σε **βλαστοκύστη**.

Όταν τα κύτταρα αρχίζουν να διαφοροποιούνται , το έμβryo καλείται βλαστοκύστη- μια δομή με ένα εξωτερικό στρώμα κυττάρων (το οποίο θα δώσει τον πλακούντα) και μία εσωτερική μάζα κυττάρων η οποία θα δώσει το έμβryo. Ο εμβρυϊκός αυτός σχηματισμός είναι τώρα έτοιμος να εμφυτευθεί.

Η βλαστοκύστη προσκολλάται στη μήτρα με την ειδική γεμάτη κόμπους επιφάνεια. Οι μικρές προεξοχές στην επιφάνεια του ωαρίου εισβάλλουν βαθιά στα τοιχώματα της μήτρας όπως οι ρίζες ενός φυτού στο έδαφος. Η βλαστοκύστη συνεχίζει να αναπτύσσεται περαιτέρω με την βοήθεια ορμονών που εκκρίνονται από την μητέρα. Το έμβryo συνεχίζει να δέχεται θρεπτικά συστατικά από την μητέρα.

Αν ένα ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, αποσυντίθεται και στη συνέχεια απορροφάται από το εσωτερικό στρώμα της μήτρας.

Η εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου λαμβάνει χώρα **6-8 ημέρες** μετά την ωορρηξία. Η επιστημονική κοινότητα αδυνατεί μέχρι σήμερα να δώσει ικανοποιητικές απαντήσεις στο γιατί και πώς ακριβώς συμβαίνει η διαφοροποίηση των κυττάρων και πώς σχηματίζονται τα διαφορετικά όργανα με τόσο τέλεια οργάνωση.

Ακόμη παραμένει μυστήριο σε εμάς που κάνουμε εξωσωματική γονιμοποίηση γιατί κάποια έμβρυα αδυνατούν να εμφυτευθούν μετά από μια θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης όταν αρκετά έμβρυα έχουν τοποθετηθεί στη μήτρα.

1.8 ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Ο πλακούντας περιέχει κάποιες **λάχνες** οι οποίες χρησιμεύουν για:

- Τη στήριξη του εμβρύου τον πρώτο καιρό και
- Τη θρέψη του εμβρύου από το φθαρτό της εγκύου

Στη θέση πρόσφυσης του πλακούντα δημιουργούνται οι μεσολάχνειοι χώροι. Στους μεσολάχνειους χώρους γίνεται ανταλλαγή του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα(αναπνοή) και διαφόρων ουσιών(θρέψη).

Ο πλακούντας μοιάζει με ένα δίσκο ο οποίος έχει διάμετρο 20 εκατοστά περίπου και πάχος 2-3 εκατοστά. Έχει δύο επιφάνειες: τη μητρική και την εμβρυϊκή επιφάνεια. Ο πλακούντας είναι ένα όργανο ενδοκρινικό που παράγει ορμόνες οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη και συγκράτηση του εμβρύου. Η παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τον πλακούντα αρχίζει την 9^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Ο πλακούντας δρα σα φίλτρο και εμποδίζει ορισμένες ουσίες, βακτηρίδια ή ιούς να εισέλθουν στην κυκλοφορία του εμβρύου. Δια μέσω του πλακούντα περνούν αντισώματα από τη μητέρα προς το έμβρυο, όπως π.χ. τα αντί-Rhesus αντισώματα. Από τον πλακούντα περνούν και φάρμακα ορισμένα από τα οποία μπορεί να βλάψουν το έμβρυο. Για το λόγο αυτό πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί στη χορήγηση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι λειτουργίες του πλακούντα διαρκούν όσο και η εγκυμοσύνη. Η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου καθορίζεται από την ανάπτυξη και λειτουργικότητα του πλακούντα.

1.9 ΟΜΦΑΛΙΟΣ ΛΩΡΟΣ

Το έμβρυο ενώνεται με τον πλακούντα μέσω του ομφάλιου λώρου(ομφαλίδα). Ο ομφάλιος λώρος αποτελείται από τρία αγγεία τα οποία είναι: μία ομφαλική φλέβα και δυο ομφαλικές αρτηρίες.

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

Οι δυο ομφαλικές αρτηρίες μεταφέρουν το ακάθαρτο αίμα από το έμβρυο προς τον πλακούντα.

Τα ομφαλικά αγγεία περιβάλλονται από μία ουσία που ονομάζεται **πηκτική ή βαρθόνειος ουσία** η οποία τα προστατεύει από τυχόν πιέσεις. Το μήκος του ομφάλιου λώρου είναι συνήθως 50 εκατοστά. Ενδέχεται όμως να είναι πολύ μεγαλύτερο ή μικρότερο. Στις δυο αυτές περιπτώσεις μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα κατά την κύηση ή τον τοκετό. Σε κοντή ομφαλίδα μπορεί να συμβεί αποκόλληση του πλακούντα ή ρήξη της ομφαλώδης κατά τον τοκετό. Σε μεγάλου μήκους ομφαλίδα δημιουργούνται περιτυλίξεις, αληθινοί κόμποι και ψευδόκομποι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τοκετός: τοκετός είναι η διαδικασία κατά την οποία το έμβρυο, ο πλακούντας και οι υμένες διέρχονται μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα στο εξωτερικό περιβάλλον.

Ο τοκετός θεωρείται <<φυσιολογικός>> όταν η κύηση είναι τελειόμηνη, ή σχεδόν τελειόμηνη, όταν δεν υπάρχουν επιπλοκές, όταν το έμβρυο έχει κεφαλική προβολή και όταν ο τοκετός πραγματοποιηθεί εντός 18 ωρών. Η πορεία του φυσιολογικού τοκετού χαρακτηρίζεται από: τακτικές συστολές της μήτρας, εξάλειψη και σταδιακή διαστολή του τραχήλου και σταδιακή κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου

2.2 ΣΤΑΔΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

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

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

Στάδιο της διαστολής:

Αρχίζει με την έναρξη του τοκετού και τελειώνει με την τελεία διαστολή του τραχήλου της μήτρας που είναι (10 εκατοστά). Στις πρωτότοκες έχει διάρκεια περίπου 12 ώρες, ενώ στις πολύτοκες περίπου 8 ώρες.

Στάδιο της εξώθησης:

Αρχίζει από την τελεία διαστολή του τραχήλου και τελειώνει με την γέννηση του εμβρύου. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 40 λεπτά στις πρωτότοκες και 20 λεπτά στις πολύτοκες. Γενικά το στάδιο της εξώθησης δεν πρέπει να διαρκεί πάνω από 1 ώρα. Τα κλινικά σημεία που βοηθούν στη διάγνωση της εξώθησης είναι:

- Αλλάζουν μορφή οι ωδίνες
- Η επίτοκος σφίγγεται, ιδρώνει και έχει το αίσθημα της απόδευσης
- Υπάρχει άφθονη έκκριση από τον κόλπο, η οποία είναι αιματηρή και βλεννώδης
- Καθώς κατεβαίνει το κεφάλι το περίνεο τεντώνεται και ανοίγει ο δακτύλιος του πρωκτού και η αιδοϊκή σχισμή

Εξώθηση: η επίτοκος πρέπει να βρίσκεται σε ύπτια θέση. Αγκαλιάζει με τα χέρια τους μηρούς, παίρνει μια βαθιά ανάσα, φέρνει το σαγόνι προς το στήθος. Πριν από την εξώθηση, ελέγχεται η διαστολή, για να διαπιστωθεί ότι πρόκειται για τελεία διαστολή και μόνο τότε πρέπει να αρχίσει η εξώθηση. Μετά από κάθε εξώθηση πρέπει να ελέγχονται οι εμβρυϊκοί παλμοί.

Στάδιο υστεροτοκίας:

Το στάδιο της υστεροτοκίας αρχίζει μετά την έξοδο του νεογνού και τελειώνει μετά τη γέννηση του πλακούντα και τον εμβρυϊκών υμένων. Αμέσως μετά την έξοδο του εμβρύου γίνεται η απολίνωση του ομφάλιου λώρου και αρχίζει η αναπνευστική λειτουργία του νεογνού. Μετά την έξοδο του εμβρύου η μήτρα αδειάζει το περιεχόμενό της, συρρικνώνεται και συνεχίζει να συστέλλεται. Τη συστολή των τοιχωμάτων δεν ακολουθεί ο πλακούντας και έτσι αποκολλάται. Μετά την υστεροτοκία χορηγούνται ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως μητροσυσπαστικά φάρμακα. Γίνεται η επισκόπηση του πλακούντα και τον εμβρυϊκών υμένων και ακολουθεί η συρραφή του περινέου.

Η φροντίδα του τοκετού αρχίζει όταν η γυναίκα αναφέρει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα σημεία:

- § Έναρξη προοδευτικών, τακτικών συστολών της μήτρας που αυξάνουν σε συχνότητα, ένταση και διάρκεια.
- § Βλεννοαιματηρό κολπικό έκκριμα που είναι ενδεικτικό της εξόδου βλεννώδους βύσματος.
- § Εκροή (αμνιακού) υγρού από τον κόλπο που είναι ενδεικτικό της αυτόματης ρήξης των υμένων.

2.3 ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΗΘΗ ΚΑΙ ΨΕΥΔΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΑΛΗΘΗΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Συστολές

Είναι τακτικές, προοδευτικά ισχυρότερες, μεγαλύτερης διάρκειας και συχνές. Γίνονται πιο έντονες κατά το περπάτημα. Γίνονται αισθητές στην οσφυϊκή χώρα και αντανakλούν χαμηλά στο υπογάστριο. Συνεχίζουν παρά τα μέτρα ανακούφισης.

Τράχηλος (κατά την κολπική εξέταση)

Εμφανίζει προοδευτική αλλαγή (η μαλακή υφή, η εξάλειψη και η διαστολή σηματοδοτούνται από την εμφάνιση βλεννοαιματηρής έκκρισης). Μετακινείται ολοένα και περισσότερο σε πρόσθια θέση.

Έμβρυο

Η προβάλλουσα μοίρα εμπεδώνεται συνήθως στην πύελο, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ευκολία στην αναπνοή. Ταυτόχρονα, η προβάλλουσα μοίρα κατεβαίνει και πιέζει την ουροδόχο κύστη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συχνουρίας.

ΨΕΥΔΗΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Συστολές

Ακανόνιστες ή τακτικές μόνο προσωρινά. Συνήθως σταματούν με το περπάτημα ή την αλλαγή θέσης. Γίνονται αισθητές στη σπονδυλική στήλη ή την κοιλία, πάνω από τον ομφαλό. Σταματούν συνήθως μετά τη χρήση μέτρων ανακούφισης.

Τράχηλος (κατά την κοιλιακή εξέταση)

Μπορεί να είναι μαλακός αλλά δεν υπάρχει σημαντική μεταβολή στην εξάλειψη ή τη διαστολή ή ένδειξη βλεννοαιματηρής έκκρισης. Βρίσκεται συνήθως σε οπίσθια θέση.

Έμβρυο

Η προβάλλουσα μοίρα δεν έχει εμπεδωθεί στην πύελο.

2.4 ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας από το 1985 έχει εκδώσει μια σειρά οδηγιών για το φυσιολογικό τοκετό.

Οι επίτοκες πρέπει να ενθαρρύνονται να μην μένουν σε ύπτιες θέσεις κατά τον τοκετό(αρθ.Α16). Οι μέχρι σήμερα μελέτες έχουν δείξει ότι ο μόνος λόγος που οι επίτοκες μένουν κλινήρεις σε ύπτια θέση είναι η διευκόλυνση των γιατρών και μαιών ώστε να χρησιμοποιούν ευκολότερα την συνεχή καρδιοτοκογραφία, την ενδοφλέβια

χορήγηση υγρών και για να είναι η γυναίκα έτοιμη για οποιαδήποτε εξέταση ή παρέμβαση.

ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ

Στο πρώτο στάδιο της διαστολής, οι όρθιες θέσεις έχουν πολλά φυσιολογικά πλεονεκτήματα διότι δυναμώνουν τις συστολές και διευκολύνουν τη διαστολή του τραχήλου.

Στις όρθιες θέσεις συγκαταλέγονται η τελείως όρθια θέση και όλες οι θέσεις που ο κορμός είναι όρθιος, όπως η καθιστή. Οι θέσεις αυτές έχουν τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- Διευκολύνεται η χαλάρωση των ιερολαγόνιων αρθρώσεων και η διεύρυνση της κοιλότητας της μικρής πυέλου, κατά 18%.
- Ευθυγραμμίζεται το κεφάλι του εμβρύου με την κοιλότητα της λεκάνης.
- Διευκολύνεται η κάμψη της κεφαλής του εμβρύου.
- Κάνουν τις συστολές πιο συντονισμένες και αποδοτικές ενώ μειώνεται η αίσθηση του πόνου.
- Εάν σε αυτή τη θέση ο σύντροφος ή η μαία εφαρμόζουν μασάζ στη οσφύ ή σε ολόκληρη τη πλάτη, αυτή η επαφή βοηθά την επίτοκο να ηρεμήσει και να χαλαρώσει με αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγής των ενδορφινών και τη μείωση της παραγωγής των καταχολαμίνων.
- Κατά το δεύτερο στάδιο διευκολύνεται η εξώθηση.

Κατά το τρίτο στάδιο υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος αλλά ακόμα δεν έχει διευκρινιστεί η αιτία.

Γενικά οι περιπτώσεις που η έγκυος μπορεί να χρησιμοποιήσει όρθιες θέσεις είναι οι ακόλουθες:

- Όταν ο τοκετός εξελίσσεται αργά ή έχει ανασταλεί.
- Όταν οι συστολές μειώνονται, σε ένταση ή και συχνότητα.
- Όταν η επίτοκος αισθάνεται έντονο πόνο στη οσφύ.
- Όταν είναι επιλογή της επίτοκου διότι αισθάνεται άνετα.

Οι περιπτώσεις που η επίτοκος δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιήσει τις όρθιες θέσεις είναι οι εξής:

- Όταν η επίτοκος έχει αντίρρηση και προτιμά άλλη θέση.
- Όταν ο γιατρός ή η μαία δεν προτίθενται να εκτελέσουν τον τοκετό σε αυτή τη θέση.

ΠΛΑΓΙΑ ΞΑΠΛΩΜΕΝΗ ΘΕΣΗ

Αυτή η θέση χρησιμοποιείται κατά το πρώτο και δεύτερο στάδιο. Η λεκάνη της επίτοκου διατηρείται ευρύχωρη στο επίπεδο του στενού και της εξόδου. Η θέση αυτή έχει τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- Είναι η πλέον αναπauτική θέση για τις κουρασμένες επίτοκες.
- Είναι ασφαλής εάν έχει χρησιμοποιηθεί φαρμακευτική αναλγησία.
- Εάν ο τοκετός εξελίσσεται υπερβολικά γρήγορα, είναι αναπauτική θέση διότι δεν λειτουργεί βαρύτητα.
- Προλαμβάνει ή διορθώνει την εμβρυϊκή δυσχέρεια εάν η αιτία είναι η πίεση στον ομφάλιο λώρο ή η υπόταση λόγω ύπτιας θέσης.
- Στην αριστερή πλάγια θέση μειώνεται η υπέρταση.
- Εάν εναλλάσσεται με βάδισμα βελτιώνει την πρόοδο του τοκετού.

Η επίτοκος πρέπει να χρησιμοποιεί αυτές τις θέσεις όταν:

- Το επιθυμεί η ίδια και ο τοκετός εξελίσσεται.
- Όταν η μαία διαγνώσει υπόταση.
- Όταν η επίτοκος έχει πάρει αναισθητικά ή επισκληρίδιο αναισθησία .
- Όταν έχει υπέρταση και είναι κουρασμένη.
- Κατά το δεύτερο στάδιο όταν υπάρχουν αιμορροΐδες και είναι επώδυνες.

Σε ποιες περιπτώσεις η επίτοκος δεν πρέπει να χρησιμοποιεί αυτές τις θέσεις:

- Εάν έχει αντίρρηση ακόμα και μετά την πληροφόρηση για την καταλληλότητα της θέσης στην εξέλιξη του τοκετού.
- Εάν η επίτοκος μετά από μια ώρα σε αυτή τη θέση δεν παρουσιάσει πρόοδο του τοκετού.

ΗΜΙΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ

Η επίτοκος κάθεται με τον κορμό σε γωνία > 45 μοιρών με το επίπεδο του κρεβατιού ή του καθίσματος. Η θέση αυτή χρησιμοποιείται κατά το πρώτο και δεύτερο στάδιο του τοκετού και έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα :

- Είναι εύκολη θέση για την επίτοκο καθώς έχει τη δυνατότητα να ελέγχει τις δυνάμεις της.
- Σε σύγκριση με την ύπτια θέση, αυξάνει τις διαμέτρους της εισόδου της λεκάνης και διευκολύνει την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο.

Το μειονέκτημα σε αυτή τη θέση είναι ότι η πίεση που ασκείται στο ιερό οστόν και τον κόκκυγα μπορεί να εμποδίσει την κίνηση των αρθρώσεων της λεκάνης. Η θέση αυτή χρησιμοποιείται κατά την επισκληρίδιο αναισθησία ενώ απαγορεύεται σε περιπτώσεις εμβρυϊκής δυσχέρειας, στις οπίσθιες θέσεις της ινιακής προβολής και σε περιπτώσεις υπέρτασης καθώς μπορεί να επιδεινωθεί η κατάσταση.

ΘΕΣΗ ΚΑΘΙΣΤΗ ΜΕ ΟΡΘΙΟ ΤΟ ΚΟΡΜΟ

Σ' αυτή τη περίπτωση η επίτοκος εκμεταλλεύεται την βαρύτητα, ξεκουράζεται όταν νιώσει κουρασμένη.

ΎΠΤΙΑ ΘΕΣΗ

Η επίτοκος είναι ξαπλωμένη με τα πόδια ίσια ή με λυγισμένα τα γόνατα.

Αυτή η θέση μειονεκτεί όμως σε πολλά πράγματα:

- Μπορεί να προκαλέσει υπόταση στην επίτοκο.
- Μειώνεται η αιμάτωση της μήτρας και η παροχή οξυγόνου στο έμβρυο επειδή πιέζεται η κάτω κοίλη φλέβα.
- Οι συστολές γίνονται πιο συχνές, πιο επώδυνες αλλά λιγότερο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τις άλλες.

ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ ΎΠΤΙΑ (ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ) ΘΕΣΗ

Η επίτοκος είναι στην ύπτια θέση, οι μηροί λυγισμένοι και έλκονται με τα χέρια, στο πλάι της κοιλιάς όσο γίνεται πιο ψηλά και τα γόνατα προς τους ώμους. Η θέση αυτή μπορεί να είναι χρήσιμη στις περιπτώσεις δυστοκίας αλλά φέρει όλα τα μειονεκτήματα της ύπτιας θέσης και είναι εξαιρετικά δυσάρεστη για τη γυναίκα. Η μαία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική στις περιπτώσεις που η επίτοκος παίρνει επισκληρίδιο αναισθησία, καθώς επειδή δεν υπάρχει αίσθηση, είναι πιθανόν να ασκηθεί περισσότερη πίεση και έλξη με αποτέλεσμα να γίνουν μόνιμες κακώσεις στις αρθρώσεις και τα κάτω άκρα.

2.5 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι τρεις φάσεις του αυτόματου εμβρύου με ινιακή προβολή είναι:

1. Γέννηση της κεφαλής
2. Γέννηση των ώμων και
3. Γέννηση του σώματος και τον άκρων

Με τις εκούσιες προσπάθειες εξώθησης η κεφαλή εμφανίζεται στον πρόδομο του κόλπου. Η εμφάνιση της κεφαλής του εμβρύου στο αιδοίο επιτελείται όταν το ευρύτερο τμήμα της κεφαλής (αμφιβρεγματική διάμετρος) διατείνει το αιδοίο λίγο πριν από τον τοκετό. Μόλις πριν από τον τοκετό, διατείνονται οι μυς του περινέου. Ο ιατρός ή η μαία ελέγχουν τη γέννηση της κεφαλής με:

1. Εφαρμογή πίεσης στο ορθό, έλκοντάς το προς τα κάτω για να βοηθηθεί η κάμψη της κεφαλής καθώς το οπίσθιο τμήμα του αυχένα συγκρατείται κάτω από την ηβική σύμφυση
2. Εφαρμογή ανοδικής πίεσης από την περιοχή του κόκκυγα, για την έκταση της κεφαλής κατά τη διάρκεια του τοκετού προστατεύοντας έτσι το μυϊκό σύστημα του περινέου και
3. Με βοήθεια στη μητέρα για τον εκούσιο έλεγχο των προσπαθειών εξώθησης και καθοδηγώντας την να παίρνει γρήγορες αναπνοές, ενώ οι συστολές της μήτρας εξωθούν το έμβρυο.

2.6 ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Οι ενδείξεις της πρώτης καισαρικής τομής, όπως δυστοκία, ισχιακή προβολή ή εμβρυϊκή δυσχέρεια συνήθως δεν επανεμφανίζονται. Συνεπώς μια γυναίκα που είχε υποβληθεί σε καισαρική τομή μπορεί στη συνέχεια να μείνει έγκυος και να μην υπάρχουν αντενδείξεις για φυσιολογικό τοκετό στην κύηση αυτή. Ο κοιλικός τοκετός είναι σχετικά ασφαλής αλλά υπάρχει κίνδυνος ρήξης της μήτρας λόγω ουλής στο κατώτερο τμήμα της. Ο κοιλικός τοκετός συνιστάται εάν υπάρχουν αντενδείξεις, όπως η ουλή του πυθμένα της μήτρας από προηγούμενη καισαρική τομή ή η κεφαλοπυελική δυσαναλογία. Μετά από μια δοκιμασία τοκετού οι γυναίκες μπορούν να γεννήσουν φυσιολογικά. Οι γυναίκες είναι κυρίως αυτές που αποφασίζουν όσον αφορά στην επιλογή της μεθόδου τοκετού. Κατά την προγεννητική περίοδο, η

γυναίκα πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με τον κοιλιακό τοκετό μετά από καισαρική τομή και να ενθαρρυνθεί να τον επιλέξει ως εναλλακτική λύση στην επανάληψη της καισαρικής τομής εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις. Οι γυναίκες πρέπει να πεισθούν ότι όχι μόνο η δοκιμασία τοκετού θα είναι επιτυχής, αλλά και ότι είναι απόλυτα ικανές να κάνουν ό,τι πρέπει για να γεννήσουν φυσιολογικά.

2.7 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η παράταση της κύησης ή παρατεταμένη κύηση είναι η κύηση που συνεχίζεται μετά την 42^η εβδομάδα ή 294 ημέρες από την πρώτη ημέρα της τελευταίας έμμηνης ρύσης. Αρκετές κυήσεις διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως παρατασικές. Αυτό μπορεί να συμβεί λόγω:

1. Ανακριβούς υπολογισμού της ηλικίας της κύησης
2. Άγνοιας της ακριβούς ημερομηνίας της τελευταίας έμμηνης ρύσης
3. Καθυστερημένης έναρξης ή απουσίας προγεννητικής φροντίδας

Σε γυναίκες που παρατάθηκε η κύηση είναι πολύ πιθανό να υπάρξει μεγαλύτερη παράταση και σε επόμενες κυήσεις.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της παράτασης της κύησης περιλαμβάνουν την απώλεια βάρους της μητέρας, την παρουσία μηκώνιου στο αμνιακό υγρό και την προχωρημένη οστική ωρίμανση του εμβρυϊκού σκελετού με εξαιρετικά σκληρό εμβρυϊκό κρανίο.

Κίνδυνοι για τη μητέρα και το έμβρυο

Οι κίνδυνοι για τη μητέρα σχετίζονται συχνά με τη γέννηση ενός υπερβολικά μεγάλου νεογνού. Η γυναίκα βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο δυσλειτουργίας τοκετού, τραυματισμού του πυελογεννητικού σωλήνα, ρήξεων και επέκτασης της περινεοτομίας που σχετίζονται με τον κοιλιακό τοκετό, αιμορραγίας της λοχείας και

λοιμώξης. Πιθανόν να απαιτηθούν παρεμβάσεις, όπως η πρόκληση τοκετού με ωκυτοκίνη, η εκτέλεση εμβρυουλκίας και η εκτέλεση καισαρικής τομής. Η γυναίκα μπορεί επίσης να αισθάνεται κόπωση και να εκδηλώσει ψυχολογικές αντιδράσεις.

Οι κίνδυνοι για το έμβρυο είναι διπλάσιοι. Πιθανότητα παρατεταμένου τοκετού, δυστοκίας ώμων, περιγεννητικού τραυματισμού και ασφυξίας λόγω μακροσωμίας. Μακροσωμίας εμφανίζεται όταν ο πλακούντας συνεχίζει να παρέχει επαρκή θρεπτικά συστατικά για την αύξηση του μετά την 40^η εβδομάδα της κύησης. Ανεπαρκείς διατροφική υποστήριξη του εμβρύου λόγω <<γήρανσης>> του πλακούντα. Η λειτουργία του πλακούντα εξασθενεί προοδευτικά μετά την 37^η εβδομάδα της κύησης. Ο όγκος του αμνιακού υγρού ελαττώνεται στα 800ml κατά την 40^η εβδομάδα και στα 400ml από την 42^η εβδομάδα της κύησης. Το ολιγάμνιο που προκύπτει μπορεί να οδηγήσει σε εμβρυϊκή υποξία που σχετίζεται με συμπίεση του ομφάλιου λώρου. Εάν υπάρχει ανεπάρκεια στον πλακούντα, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εμβρυϊκής δυσχέρειας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Τα νεογνικά προβλήματα μπορεί να περιλαμβάνουν ασφυξία, σύνδρομο εισρόφησης μηκωνίου, σύνδρομο δυσωριμότητας, υπογλυκαιμία, πολυκυτταραιμία και αναπνευστική δυσχέρεια.

2.8 ΛΟΧΕΙΑ

Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα μετά την υστεροτοκία και μέχρι που τα γεννητικά της όργανα και ο οργανισμός της ολόκληρος επανέλθουν στην ίδια πριν την εγκυμοσύνη κατάσταση, λέγεται λοχεία. Η γυναίκα στο χρονικό αυτό διάστημα λέγεται λεχωίδα ή λεχώνα. Η λοχεία διαρκεί για τις γυναίκες που θηλάζουν περίπου 6-8 εβδομάδες και για όσες δεν θηλάζουν 5-6 εβδομάδες.

ΛΟΧΕΙΑ: είναι τα στοιχεία της πλακουντιακής άλω μαζί με το φθαρτό που την περιέβαλλε αποβάλλονται από το γεννητικό σύστημα της λεχωίδας με την μορφή των λοχίων. Τα λόχεια έχουν ιδιαίτερη οσμή και κατά τις πρώτες 2-3 ημέρες είναι αιματηρά, τις επόμενες 5-6 οροαιματηρά και μετά γίνονται ορώδη και στη συνέχεια λευκοκίτρινα. Η ποσότητα τους ανέρχεται σε 1.400-1.600 γραμμάρια και στις πρώτες 3-4 ημέρες είναι στείρα μικροβίων, μετά όμως μολύνονται με σαπρόφυτα.

2.9 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Οι κυριότερες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι:

- § Επιλόχειες λοιμώξεις
- § Πυρετός της λοχείας
- § Ενδομητρίτιδα
- § Θρομβοφλεβίτιδα
- § Μαστίτιδα &
- § Ψυχοπάθεια της λεχωίδας

Επιλόχειες λοιμώξεις: είναι οι λοιμώξεις που συμβαίνουν δυο έως δώδεκα ημέρες μετά τον τοκετό.

Πυρετός της λοχείας: έχουμε όταν η θερμοκρασία του σώματος της λεχωίδας είναι πάνω από 38⁰c για δυο διαδοχικά 24ωρα. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι:

1. Ο εξαντλημένος οργανισμός της λεχωίδας
2. Το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της λεχωίδας
3. Η πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων
4. Η κατακράτηση τμήματος του πλακούντα
5. Η κακή αντισηψία των γεννητικών οργάνων της επιτόκου
6. Η μη σωστή τήρηση των κανόνων αποστείρωσης

Ενδομητρίτιδα: είναι η φλεγμονή της μήτρας και αποτελεί τη συχνότερη φλεγμονή των γεννητικών οργάνων κατά τη λοχεία. Οφείλεται σε μόλυνση, από μικρόβια, του σημείου που ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας.

Θρομβοφλεβίτιδα: εντοπίζεται κυρίως στα κάτω άκρα της λεχωίδας.

Μαστίτιδα: είναι η φλεγμονή των γαλακτοφόρων των μαστών. Μερικές φορές η μαστίτιδα εξελίσσεται σε απόστημα των μαστών.

Ψυχοπάθεια της λοχείας: κατά την λοχεία είναι δυνατόν να εκδηλωθεί κατάθλιψη της λεχωίδας, η οποία μπορεί να συνυπάρχει με την κύηση, που οδηγεί σε σχιζοφρένεια όταν υπάρχει προδιάθεση.

Κατάθλιψη κατά την κύηση

Η κύηση θεωρείται ευτυχισμένη περίοδος για τη γυναίκα, ωστόσο επιδημιολογικά η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στις εγκύους δεν είναι μικρότερη. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, η συζυγική δυσαρμονία, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Η συνήθης κλινική εικόνα της κατάθλιψης κατά την κύηση περιλαμβάνει άγχος, ευερεθιστότητα, αϋπνία, ανορεξία, καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία ανταπόκρισης σε καθήκοντα και υποχρεώσεις, αισθήματα ενοχής και αναξιοσύνης και αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές.

Η κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής, αιμορραγίας, καθυστέρησης ανάπτυξης του εμβρύου, προεκλαμψίας και πρόωρου τοκετού. Οι έγκυοι 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 α' τρίμηνο στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, είναι αξιοσημείωτη μια μεγάλη μελέτη σε 3.000 έμβρυα, κατά την οποία δεν διαπιστώθηκε αυξημένος κίνδυνος μείζονων δυσπλασιών.

Το σύνδρομο νεογνικής προσαρμογής (από έκθεση του εμβρύου σε αντικαταθλιπτικά κατά το γ' τρίμηνο) εμφανίζεται στο 30% των νεογνών και στη σοβαρή μορφή του (50% των περιπτώσεων) εκδηλώνεται με τρόμο, υψίσυγχο κλάμα, υπέρτονια, 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 αξία λόγου επίδραση, σε μελέτες ενδομήτριας έκθεσης σε φλουοξετίνη ή σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Ψυχικές διαταραχές κατά τη λοχεία

Σε αυτές εμπίπτουν οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται μέσα στις 4 - 6 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και διακρίνονται σε θλίψη, κατάθλιψη και σε ψύχωση της λοχείας.

Η θλίψη της λοχείας (Postpartum Blues) είναι συχνή (50% - 85% των εγκύων), ήπια και αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση, κλάμα, ευμετάβλητη διάθεση, ευερεθιστότητα, άγχος, αϋπνία, διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης. Συνήθως εμφανίζεται 3 - 4 ημέρες μετά τον τοκετό και κορυφώνεται την 5η - 6η μέρα με επάνοδο στο φυσιολογικό μέσα σε 2 - 3 βδομάδες. Η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος και η καλή σχέση με τον σύντροφο συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της θλίψης. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και συμπτωματική φαρμακευτική αγωγή ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν στις σοβαρότερες περιπτώσεις.

Η κατάθλιψη της λοχείας 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 το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, τα ψυχοπνευστικά 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 αυτοκτονικότητα. 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 νεογνού.

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.

Η ψύχωση της λοχείας αποτελεί σοβαρή σπάνια ψυχική διαταραχή με συχνότητα περίπου 1 στις 500 γέννες. 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). Ειδικότερα, οι πιθανές κλινικές εκφάνσεις είναι:

1. Μανία:

Η λεχωίδα είναι υπερενεργητική, υπεραισιόδοξη, λογορροϊκή, κοιμάται ελάχιστα ή και καθόλου, υπερβολικά ευδιάθετη αλλά και ευερέθιστη, ασχολείται με πολλά πράγματα (ψώνια, διακόσμηση). Υπάρχει σαφής κίνδυνος παραμέλησης του νεογνού ή του εαυτού της.

2. Κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία:

Εκτός από τη συνήθη καταθλιπτική συμπτωματολογία (καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση, πρόωμη αφύπνιση με πολύ άσχημη διάθεση, ανορεξία και απώλεια βάρους, ανηδονία, αισθήματα ενοχής), είναι χαρακτηριστική η ύπαρξη ψυχωτικών στοιχείων (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις). Υπάρχει σημαντικός κίνδυνος αυτοκτονίας ή και νεογνοκτονίας από την ίδια τη μητέρα.

3. Σχιζοφρένεια και λοιπές ψυχώσεις:

Χαρακτηριστικά συμπτώματα στις περιπτώσεις αυτές είναι οι ψευδαισθήσεις (η λεχωίδα ακούει φωνές με περιεχόμενο απειλητικό, σχολιαστικό, επαινετικό) και οι παραληρητικές ιδέες (π.χ. πιστεύει ότι το μωρό της είναι ο σατανάς, πως οι άλλοι συνωμοτούν εναντίον της ή υπέρ της). Η συμπεριφορά της είναι παράξενη, δυνητικά απρόβλεπτη, ακόμα και απειλητική προς το μωρό της (ή, αντίθετα, υπερβολικά προστατευτική προς αυτό).

Μπορεί να υπάρξει μείζων κίνδυνος για τη ζωή και την ακεραιότητα του νεογνού αλλά και της ίδιας της λεχωίδας.

Στη θεραπεία της ψύχωσης της λοχείας πρέπει κατ' αρχάς να ληφθεί ειδική μέριμνα για την αντιμετώπιση αυτοκτονικών ή νεογνοκτονικών τάσεων. Η λεχωίδα 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 αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά, σταθεροποιητές διάθεσης, βενζοδιαζεπίνες κ.ά. 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 αντιμετώπιση.

Προφύλαξη από την ψύχωση της λοχείας: 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.

Συνοψίζοντας, η γυναίκα κατά την κύηση και τη λοχεία είναι ευάλωτη σε ελάσσονες ή μείζονες ψυχικές διαταραχές. Η έγκαιρη διάγνωση και η επαρκής αντιμετώπιση μειώνουν τους κινδύνους για την ίδια και για το έμβryo - νεογνό και βελτιώνουν μακροπρόθεσμα την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής τους.

2.10 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ LAMAGE

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τα τελευταία χρόνια οι πελάτες υγείας όλο και περισσότερο αναμιγνύονται ενεργά στη φροντίδα της υγείας τους και οι απαιτήσεις τους από τους επαγγελματίες υγείας αυξάνουν συνεχώς.

Είναι εμφανές ότι όσον αφορά την περιγεννητική φροντίδα ,όλοι εντός και εκτός των επαγγελμάτων υγείας έχουμε αντιμετωπίσει αλλαγές στην εφαρμογή των πρακτικών. Παρ' όλα αυτά φαίνεται να υπάρχει ένα χάσμα, μεταξύ των ζευγαριών που πρόκειται να γίνουν γονείς και των ιατρών κυρίως στη φιλοσοφία της γέννας.

Ήταν η απαίτηση των γυναικών να γεννούν ανώδυνα αλλά και με την ασφάλεια που παρέχει η ιατρική και ο χώρος του μαιευτηρίου ,που ιατρικοποίησαν τον τοκετό. Γιατροί και γυναίκες μαζί αγκάλιασαν την τεχνολογία σαν μέσο που θα διευκόλυνε τον τοκετό και θα τον έκανε περισσότερο ασφαλή αλλά και λιγότερο επώδυνο.

Παράλληλα, μέθοδοι συναισθηματικής υποστήριξης της εγκύου και επιτόκου χρησιμοποιήθηκαν για τη μείωση του πόνου της γέννας και έγιναν γνωστές διότι δεν είχαν τους κινδύνους και τις παρενέργειες των αναλγητικών και ηρεμιστικών φαρμάκων. Άρχισε να γίνεται αποδεκτή η παρουσία του πατέρα ,στην αρχή στον τοκετό και αργότερα και στη γέννα. Σήμερα ενθαρρύνεται ο πατέρας να παρευρίσκεται σε όλη τη διαδικασία του τοκετού ,στα περισσότερα μαιευτήρια του κόσμου.

Σίγουρα η γέννα είναι μοναδικό γεγονός στη ζωή του ανθρώπου, είναι ένα θαύμα και δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο διαμάχης και εκμετάλλευσης.

Το κάθε ζευγάρι πρέπει να έχει την ελευθερία να επιλέξει τον τόπο, τον τρόπο του τοκετού, το γιατρό ή την μαία ,με την προϋπόθεση ότι παρέχονται στο γιατρό και τη μαία τα απαραίτητα μέσα για την ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού.

Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να συζητηθεί είναι η φυσική γνώση της γυναίκας για τη γέννα. Οι γυναίκες γνωρίζουν ακριβώς τι πρέπει να κάνουν και πώς να συμπεριφερθούν στη διάρκεια του τοκετού. Ο τρόπος αναπνοής ,της εξώθησης και η στάση του σώματος κατά την εξώθηση θεωρούνται φυσικές γνώσεις.

ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ LAMAGE

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος αντανακλά στη μείωση του πόνου του τοκετού μέσω ψυχολογικής προετοιμασίας. Βασίζεται στη δημιουργία εξαρτημένων αντανακλαστικών αναπνοής και την αποδοχή συνύπαρξης χαλάρωσης με σύσπαση, κατάλληλων για τον τοκετό. Έτσι οι επίτοκες ,κατά τη διάρκεια των συστολών ,εφάρμοζαν ειδικές τεχνικές αναπνοών ,στις οποίες είχαν εξασκηθεί επανειλημμένα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτές οι τεχνικές αποσπούν την προσοχή της επιτόκου ,έτσι ώστε να μειώνεται η αντίληψη του πόνου.

Η σωστή αναπνοή και η χαλάρωση είναι απαραίτητα ιδιαίτερα για την έγκυο γυναίκα ,στον τοκετό η σωστή αναπνοή δίνει στη μήτρα και το έμβρυο το απαραίτητο οξυγόνο.

Η χαλάρωση είναι απαραίτητη στον τοκετό ,καθώς απελευθερώνει την ένταση ,προωθεί την ηρεμία και το αίσθημα ασφαλείας.

Η έγκυος είναι απαραίτητο να ασκείται στην αναπνοή και τη χαλάρωση. Οι ασκήσεις για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης της εγκύου είναι ασκήσεις που αφορούν το πυελικό έδαφος και τους μυς των κοιλιακών τοιχωμάτων.

ΜΕΡΟΣ 2⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η προέλευση του όρου << καισαρική τομή >> δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένη. Πιστεύεται πως ο Ιούλιος Καίσαρας γεννήθηκε με τη συγκεκριμένη επέμβαση, για αυτό πήρε και το όνομα του. Η καισαρική τομή δεν αναφέρεται σε κανένα ιατρικό κείμενο πριν από την δεκαετία του 17^{ου} αιώνα, πρέπει επίσης να αναφερθεί πως σε κανένα κείμενο του Ιπποκράτη δεν υπάρχει ο όρος καισαρική τομή. αναφέρεται, πως η πρώτη καισαρική τομή σε έγκυο γυναίκα πραγματοποιήθηκε από γερμανό . μέχρι της αρχές του 20^{ου} αιώνα η θνησιμότητα της καισαρικής τομής ήταν πολύ μεγάλη. Το 1907 περιγράφηκε για πρώτη φορά η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή. σήμερα όμως εκτελείται η εγκάρσια καισαρική τομή. Η πρώτη καισαρική τομή στην Ελλάδα έγινε το 1893. Η γυναίκα απεβίωσε και το έμβρυο σώθηκε.

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος καισαρική τομή δηλώνει την επέμβαση με την οποία γεννάται το έμβρυο μετά από λαπαροτομία και υστεροτομία (διάνοιξη του τοιχώματος της μήτρας). Η προέλευση του όρου δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένη ,αλλά πιστεύεται ότι ο Ιούλιος Καίσαρ γεννήθηκε με αυτή τη μέθοδο γι αυτό και ονομάστηκε έτσι. Η συχνότητα της καισαρικής τομής αυξήθηκε με την ανακάλυψη των αντιβιοτικών και

αποτελεί σήμερα μια πολύ συχνή και ασφαλή επέμβαση, λόγω της εξέλιξης της εγχειρητικής τεχνικής, της αναισθησίας και της μετεγχειρητικής αγωγής.

Παρ' όλα αυτά ,δεν μπορεί να αντικαταστήσει το φυσιολογικό τοκετό αν και η μητρική θνησιμότητα έχει ελαχιστοποιηθεί. Η μητρική θνησιμότητα συνδέεται με άμεσες επιπλοκές της καισαρικής τομής με συχνότερο αίτιο τη θρομβοεμβολική νόσο στη Κεντρική Ευρώπη και την εκδήλωση ενδομητρίτιδας παρά τη προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών. Παρά τη διεύρυνση των ενδείξεων της καισαρικής τομής , η εγχείριση αυτή θα πρέπει να εκτελείται μετά από αυστηρή ιατρική ένδειξη και υπό τον όρο ότι πληρούνται οι βασικές προϋποθέσεις ενός καλά οργανωμένου χειρουργείου ,με έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό ,μαιευτήρα και αναισθησιολόγο .Επί ενδείξεως ,η χρονική στιγμή ,η οποία συνιστάται για την << εν ψυχρώ>> διενέργεια καισαρικής τομής ,είναι περίπου 10-15 ημέρες πριν από την πιθανή ημερομηνία τοκετού και πάντα μετά τη συμπλήρωση των 37 εβδομάδων της κύησης, ώστε να διασφαλίζεται η ωριμότητα των πνευμόνων του εμβρύου.

3.3ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Οι ενδείξεις καισαρικής τομής ταξινομούνται από τη μητέρα, το έμβryo ή και από τους δύο.

Ενδείξεις από τη μητέρα

Σ' αυτή τη περίπτωση περιλαμβάνονται παθολογικές καταστάσεις εκ των οποίων οι κυριότερες είναι:

- I. ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΣ. Αποτελεί ένδειξη όταν αυτός είναι επιποματικός ή όταν πρόκειται για επιχείλιο πλακούντα που προκαλεί σοβαρή αιμοραγία.
- II. ΡΗΞΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ Ή ΒΕΒΑΡΗΜΕΝΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΕ ΡΗΞΗ ΜΗΤΡΑΣ.
- III. ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ.
- IV. ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΚΟΛΠΟΠΕΡΙΝΕΟΡΡΑΦΙΑ Ή ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ.
- V. ΑΝΕΥΡΙΣΜΑΤΑ Ή ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ και γενικά παθήσεις,που δεν επιτρέπουν το φυσιολογικό τοκετό.
- VI. ΒΑΡΕΙΑ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ Ή ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ, όταν δεν υπάρχουν προϋποθέσεις για περάτωση του τοκετού δια της κολπικής οδού.

- VII. ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.Η ένδειξη αυτή αφορά το 1/3 περίπου του συνολικού αριθμού των καισαρικών τομών.Αυτό όμως εξαρτάται και από το γεγονός ότι εάν η γυναίκα είχε πριν από τη καισαρική τομή έναν ή περισσότερους φυσιολογικούς τοκετούς ,οπότε η αποπεράτωση του τοκετού μπορεί να γίνει από τον κόλπο ,λαμβάνοντας υπόψη το ενδεχόμενο αυτόματης ρήξης της μήτρας.Αντένδειξη στον κολπικό τοκετό αποτελεί η περίπτωση προηγούμενης καισαρικής με κάθετη τομή στο τοίχωμα της μήτρας.Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται ως προς την απόφαση για το είδος του τοκετού καθώς και στην ένδειξη με την οποία εκτελέσθηκε η προηγούμενη καισαρική τομή.Για παράδειγμα, εάν η ένδειξη καισαρικής ήταν δυσλειτουργία του μυομητρίου ή δυσαναλογία λόγω ανατομικών ανωμαλιών της πυέλου, παράγοντες οι οποίοι με μεγάλη βεβαιότητα θα υφίστανται και στην εξέλιξη του τοκετού κατά τη νέα κύηση, είναι υποχρεωτική η εκτέλεση νέας καισαρικής τομής. Εάν όμως επιλεγεί η κολπική οδός για το τοκετό, η αποπεράτωση του τοκετού θα γίνει με εμβρυουλκία και μετά την υστεροτοκία επιβάλλεται προσεκτική δακτυλική επισκόπηση της μήτρας για έλεγχο της ακεραιότητας της παλιάς ουλής. Σήμερα υποστηρίζεται ότι η ανθεκτικότητα της προηγούμενης ουλής δεν εξαρτάται από το χρόνο μεταξύ καισαρικής και νέας κύσεως ,αν και μεταξύ τους θα πρέπει να έχει μεσολαβήσει διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών.
- VIII. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΚΕΤΟΥ
- IX. ΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ,που προηγήθηκαν και επέβαλαν τη διάνοιξη της ενδομητρικής κοιλότητας.

Ενδείξεις από το έμβρυο:

Οι ενδείξεις από το έμβρυο είναι οι εξής:

1. Εμβρυική δυσχέρεια, που εμφανίζεται με την αλλοίωση της συχνότητας των καρδιακών παλμών και κεχρωσμένο αμνιακό υγρό,εφόσον δεν υπάρχουν προυποθέσεις για τοκετό δια της κολπικής οδού.
2. Περιπτώσεις με ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rhesus.
3. Προσβολή από έρπητα στον κόλπο και το αιδοίο.
4. Σακχαρώδης διαβήτης ,μετά από εκτίμηση της ωριμότητας του εμβρύου και εφ' όσον κριθεί αναγκαία η πρόωρη διακοπή κύησης,η δε αγωγή για πρόκληση τοκετού αποβεί ανεπιτυχής.
5. Μακροσωμία

6. Πρόωρος τοκετός (κάτω των 32 εβδομάδων) ή καθυστερημένη ενδομήτρια αύξηση.

Ενδείξεις από τη μητέρα και το έμβρυο

Οι ενδείξεις από τη μητέρα και το έμβρυο περιλαμβάνουν:

1. Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα ,ιδιαίτερα σε περίπτωση κεντρικής αποκόλλησης ή όταν υπάρχει μεγάλη αιμορραγία.
2. Κεφαλοπυελική δυσαναλογία ,που οφείλεται σε ανώμαλα σχήματα ,θέσεις και προβολές του εμβρύου. όπως σε περίπτωση εγκαρσίου και λοξού σχήματος.
3. Περίπτωση ανεπιτυχούς προσπάθειας εμβρυουλκίας.
4. Πρόπτωση ομφάλιου λώρου. Στην περίπτωση αυτή , ο μαιευτήρας απωθεί την κεφαλήν προς τα πάνω δια των δακτύλων του μέσω του κόλπου, ενώ επισπεύδει την καισαρική τομή. Παράλληλα εάν υπάρχουν ωδίνες επιχειρείται άμεση τοκόλυση και τοποθέτηση της επιτόκου σε θέση trendelenburg, ενώ της χορηγείται οξυγόνο ,ώστε να βελτιωθεί η οξυγόνωση του εμβρύου.
5. Ισχιακή προβολή σε πρωτότοκο γυναίκα με στενωμένη πύελο ή με μεγάλο έμβρυο ή σε πρόωρο τοκετό.
6. Παράταση της κνήσεως μετά από ανεπιτυχείς προκλήσεις τοκετού.
7. Ηλικιωμένη πρωτότοκος γυναίκα (> 35 ετών),ιδιαίτερα με προβλήματα στειρώσης και εξωσωματική γονιμοποίηση ή με βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό.

3.4 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η μητρική θνησιμότητα λόγω καισαρικής τομής έχει μειωθεί σημαντικά ,όμως η ένδειξη καισαρικής τομής σε περίπτωση νεκρού εμβρύου είναι σχετική. Η διενέργεια καισαρικής τομής επιτρέπεται μόνο όταν υπάρχει απόλυτη δυσαναλογία ή υδροκεφαλία και εφ' όσον ο μαιευτήρας δεν διαθέτει εμπειρία σε άλλες σχετικές επεμβάσεις ,επίσης στην περίπτωση νεκρού εμβρύου όταν έχει προηγηθεί καισαρική τομή ,ενώ ίσως η μόνη απόλυτη ένδειξη σε νεκρό έμβρυο είναι ο επιποματικός προδρομικός πλακούς. Ως αντένδειξη καισαρικής τομής μπορεί να θεωρηθεί και η ύπαρξη εμβρύων με σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες και πολύ περιορισμένες

πιθανότητες επιβίωσης. Εξαίρεση αποτελεί περίπτωση ενωμένων διδύμων ,στην οποία ο κολπικός τοκετός είναι ανέφικτος.

3.5 ΕΙΔΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Στην καισαρική τομή δυο είδη τομών προτιμάμε την κάθετη και την εγκάρσια καισαρική τομή.

Κάθετη τομή: η κάθετη τομή αρχίζει από τον ομφαλό και τελειώνει στο εφήβαιο.

Εγκάρσια τομή: η εγκάρσια τομή γίνεται στο υπογάστριο ακριβώς επάνω από το εφήβαιο.

Στα τοιχώματα της μήτρας εκτελούνται οι παρακάτω τομές:

- § Ψηλή κάθετη τομή
- § Χαμηλή κάθετη τομή
- § Χαμηλή εγκάρσια τομή
- § Εξοπεριτοναϊκή τομή

Σήμερα για την καισαρική τομή χρησιμοποιούμε, την χαμηλή εγκάρσια τομή.

3.6 ΤΕΧΝΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Σήμερα έχει επικρατήσει γενικά η διάνοιξη του τοιχώματος της μήτρας να γίνεται με εγκάρσια τομή στο κατώτερο τμήμα της και η τομή ονομάζεται χαμηλή εγκάρσια. Οι κάθετες τομές της μήτρας γίνονται σπανίως ,όπως σε εγκάρσιο σχήμα με ραχιαία προβολή ,καθώς και σε πρόωρο τοκετό ηλικίας < 32 εβδομάδων .Παρακάτω περιγράφεται η τεχνική της χαμηλής εγκάρσιας καισαρικής τομής.

Μετά τη διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων ,που γίνεται είτε με μέση κάθετη υποομφάλιο τομή ή με εγκάρσια κατά Pfannenstiel τομή ,διανοίγεται η περιτοναϊκή κοιλότητα. Με ανατομική λαβίδα συλλαμβάνεται η κυστεομητρική πτυχή η οποία διατέμνεται με ψαλίδι στο ανώτερο όριο μετάβασής της στην ουροδόχο κύστη,

αποκολλάται και απωθείται προς τα κάτω. Η διάνοιξη της μήτρας γίνεται στο κατώτερο τμήμα της με νυστέρι με μια διαμπερή τομή μήκους περίπου 1-2 cm, μέχρι να εμφανισθούν οι εμβρυϊκοί υμένες με το αμνιακό υγρό. Στη συνέχεια η τομή επεκτείνεται αμβλέως προς τα πλάγια της μήτρας με τους δείκτες των χεριών του μαιευτήρα ,χωρίς προσέγγιση και τρώση των μητριαίων αγγείων.

Η έξοδος του εμβρύου στην κεφαλική προβολή γίνεται με την τοποθέτηση της παλάμης της δεξιάς χειρός του μαιευτήρα μεταξύ του τοιχώματος της μήτρας και της κεφαλής του εμβρύου. Η άκρα χείρα υποβοηθεί την έξοδο της κεφαλής από την τομή. Εάν παραστεί ανάγκη ένας βοηθός πιέζει ταυτόχρονα τον πυθμένα της μήτρας και έτσι διευκολύνεται η έξοδος του εμβρύου. Η τεχνική της εξόδου του εμβρύου σε ισχιακή προβολή κατά την καισαρική τομή είναι ίδια με εκείνη κατά τον κοιλιακό τοκετό.

Μετά την έξοδο του εμβρύου από τη μήτρα μέσω της τομής ,αποκόπτεται ο ομφάλιος λώρος και αναρροφούνται οι εκκρίσεις από το ρινοφάρυγγα του νεογνού. Η αφαίρεση του πλακούντος από τη μήτρα γίνεται συνήθως με έκθλιψη του πυθμένα της αν και για εξοικονόμηση χρόνου μπορεί να διενεργηθεί αμέσως δακτυλική αποκόλληση του πλακούντος και αφαίρεσή του μαζί με εμβρυϊκούς υμένες. Η υπέργερση της μήτρας έξω από τα κοιλιακά τοιχώματα κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του τραύματος προσφέρει σημαντική βοήθεια σε μερικές περιπτώσεις με υπέρμετρη αιμορραγία ή ανεπιθύμητες προεκτάσεις της τομής ,οι οποίες απαιτούν προσεκτική αποκατάσταση των ανατομικών σχέσεων του τοιχώματος της μήτρας. Η συρραφή της μήτρας πραγματοποιείται σε ένα ή δυο στρώματα με μεμονωμένα ή συνεχή ράμματα. Στη συνέχεια γίνεται συρραφή της κυστεομητρικής πτυχής και μετά από επιμελή καθαρισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας ακολουθεί σύγκλιση των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά στρώματα ,όπως σε όλες τις λαπαροτομίες.

3.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΕΓΚΑΡΣΙΑΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Τα πλεονεκτήματα της χαμηλής εγκάρσιας καισαρικής τομής είναι σημαντικά. Η πιθανότητα ρήξης της ουλής κατά τη διάρκεια μιας επόμενης κύησης είναι μικρή και επιπλέον δεν επηρεάζει ούτε τον αριθμό των επόμενων κύησης ούτε συνήθως το είδος των επόμενων τοκετών. Ως μειονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί ότι η επέκταση της τομής προς τα πλάγια μπορεί να επιφέρει ρήξεις των μητριαίων αγγείων και μεγάλη απώλεια αίματος. Πλεονεκτεί όμως της κάθετης καισαρικής τομής ,γιατί το εγχειρητικό τραύμα της μήτρας μετά τη συρραφή καλύπτεται σε όλη του την έκταση με το περιτόναιο και έτσι ,σε αντίθεση με την κάθετη τομή ,ελαττώνονται οι κίνδυνοι μετεγχειρητικής περιτονίτιδας ,συμφύσεων και ειλεού. Επιπλέον ,η έλλειψη συσταλτικότητας στο κατώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας μειώνει τις

πιθανότητες ρήξης της ουλής σε επόμενη κύηση. Η εγκάρσια τομή μειονεκτεί έναντι της κάθετης τομής ,διότι σε πρόωρο και ηλικίας κύησης μικρότερης των 32 εβδομάδων ,σε πολύδυμες κύσεις ,σε συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας και σε εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου με ραχιαία προβολή η γέννηση του εμβρύου γίνεται δυσκολότερα. Σε τέτοιες περιπτώσεις ,εάν υπάρξουν δυσκολίες στη γέννηση του εμβρύου μπορούν να επινοηθούν κατά την επέμβαση παραλλαγές της εγκάρσιας τομής ,όπως τομή σε σχήμα ανάποδου << T >>.Εναλλακτικά ,μπορεί να εκτελεσθεί κάθετη τομή εξ' αρχής. Η περίπτωση τραχηλικού ινομώματος μπορεί επίσης να αποτρέψει την εκτέλεση χαμηλής εγκάρσιας τομής .Τελευταία ,η εφαρμογή της χαμηλής εγκάρσιας τομής ,σε συνδυασμό και με την ασφάλεια της επισκληριδίου μαιευτικής αναλγησίας ,έχει αυξήσει τη συχνότητα των κολπικών τοκετών μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή.

Η πιο συνήθεις αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά από καισαρική τομή είναι η *θρομβοεμβολική νόσος* , που εμφανίζεται με αυξημένη συγκριτικά συχνότητα παρά μετά από κολπικό τοκετό. Άλλες επιπλοκές που συναντάμε κατά τη καισαρική είναι η ενδομητρίτις, η αιμορραγία καθώς και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος .Παρ' όλα αυτά η καισαρική τομή θεωρείται μια ασφαλής επέμβαση ,υπό την προϋπόθεση ότι παράλληλα δεν διενεργούνται πρόσθετες επεμβάσεις ,όπως ινομωματοεκτομή, αφαίρεση ωοθηκικών όγκων ή κύστεων ,οι οποίες δεν απειλούν άμεσα τη ζωή της μητέρας.

3.8 ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Είναι η υστερεκτομία ,που διενεργείται στην περίοδο της λοχείας ή αμέσως μετά από καισαρική τομή ή κολπικό τοκετό, λόγω ανεξέλεγκτης αιμορραγίας ,ατονίας ή ρήξεως της μήτρας. Μπορεί ακόμα να αποφασισθεί σε περιπτώσεις αιματώματος των παραμητρίων, φλεγμονής της μήτρας και σπανίως σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πολλαπλά ινομώματα μπορεί επίσης να είναι η αιτία μαιευτικής υστερεκτομίας στην περίπτωση ,που επιχειρηθεί η αφαίρεσή τους κατά τη καισαρική τομή.

3.9 ΕΞΕΛΚΥΣΜΟΣ

Στη διαδικασία του τοκετού σε ισχιακή προβολή , από τη στιγμή που οι ωμοπλάτες του εμβρύου γίνουν ορατές , ο μαιευτήρας εφαρμόζει ελαφρά έλξη του κορμού προς τα κάτω, ώστε ο πρόσθιος ώμος να βρεθεί κάτω απ την ηβικήν σύμφυσιν. Εφ' όσον όμως κατά την εξέλιξη ενός τοκετού σε ισχιακή προβολή προκύψει επείγουσα ανάγκη για να βγει εις πέρας ο τοκετός πριν την εμφάνιση των ισχίων ,θα πρέπει ο μαιευτήρας να προβεί σε εξελκισμό.

Οι προϋποθέσεις γι' αυτό είναι η τελεία διαστολή του τραχηλικού στομίου ,η ρήξη των εμβρυϊκών υμένων ,ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως ,η φυσιολογική πύελος και η γενική αναισθησία της επιτόκου.

Ο ελκυσμός αποβλέπει στην ταχεία περάτωση του τοκετού με ισχιακή προβολή είτε λόγω άμεσου κινδύνου για το έμβρυο ή τη μητέρα ή αποτελεί συνέχεια του εσωτερικού μετασχηματισμού. Σ' αυτή τη περίπτωση η φάση του εξελκυσμού αρχίζει από τη στιγμή που τα γόνατα του εμβρύου είναι σταθερά ορατά στο αιδοίο της μητέρας .Δηλαδή ο μαιευτήρας επεμβαίνει πριν γίνουν ορατές οι ωμοπλάτες του εμβρύου. Έτσι, η εξέλιξη του τοκετού γίνεται με έλξη του άκρου ποδός ,ώστε να γεννηθεί το έμβρυο.

Η τεχνική του εξελκυσμού εξαρτάται από το είδος της ισχιακής προβολής. Στην περίπτωση ανώμαλης ισχιακής προβολής επί άκρου πόδα δεν είναι δύσκολη, ακόμη και αν αυτός βρίσκεται μέσα στον κόλπο. Ο δείκτης και ο μέσος δάκτυλος της μιας χειρός συλλαμβάνουν την κνήμη πάνω απ' τον αστράγαλο και έλκουν τον άκρο πόδα έξω από το αιδοίο. Σε κάθε περίπτωση ,επιβάλλεται αρχικά η σύλληψη του προσθίου ποδός ,δηλαδή του ποδός που βρίσκεται προς την ηβικήν σύμφυση ,αφού σε περίπτωση έλξης του οπισθίου σκέλους , η κάθοδος του προσθίου γλουτού είναι αδύνατη, λόγω εφίπτευσης του στην ηβικήν σύμφυση. Εάν αυτό συμβεί ,είναι αναγκαία η στροφή του εμβρύου για την κατάσπαση του σκέλους με την τοποθέτηση της άκρας χειρός μέσα στη μήτρα.

Μόλις η κνήμη εξέλθει στη σχισμή του αιδοίου ,συλλαμβάνεται με ολόκληρη την παλάμη του μαιευτήρα , ο δε αντίχειρας τοποθετείται σταθερά στους καμπτήρες μυς της οπίσθιας επιφάνειας του σκέλους , η οποία θα πρέπει πάντα να είναι προς τα εμπρός ,διαφορετικά θα πρέπει να γίνει στροφή του εμβρύου ,ώστε να έρθει προς τα εμπρός και να αποφευχθεί η στροφή της ράχως του εμβρύου προς τα πίσω. Τα υπόλοιπα δάκτυλα συλλαμβάνουν σταθερά ολόκληρο το κάτω άκρο και η σωστή κατεύθυνση έλξης είναι προς τα κάτω έως ότου γεννηθεί η πρόσθια κατ' ισχίον άρθρωση του εμβρύου. Ο αντίχειρας τότε τοποθετείται πάνω στο γλουτό πλαγίως και παράλληλα με το ιερόν οστόν και η έλξη συνεχίζεται ,ενώ ασκείται συνεχής πίεση στον πυθμένα της μήτρας με τον χειρισμό kristeller. Μετά το τοκετό του προσθίου ισχίου , η έλξη γίνεται κατά τη φορά του πυελογεννητικού άξονα. Μόλις ο οπίσθιος γλουτός εξέλθει από τη σχισμή του αιδοίου , ο δείκτης της ελεύθερης χειρός αγκιστρώνει την οπίσθια μηροβουβωνική πτυχή ,ενώ η άλλη άκρα χείρα παραμένει στο μηρό.

Ο εξελκυσμός αποτελεί πλέον την πιο επικίνδυνη μαιευτική πράξη για το έμβρυο ,όπως και ο μετασχηματισμός αποτελεί κίνδυνο για τη μητέρα. Λόγω του μεγάλου ποσοστού επιπλοκών ,με αποτέλεσμα την αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα ,σήμερα ο εξελκυσμός έχει αντικατασταθεί από τη καισαρική τομή και εφαρμόζεται μόνο σε πολύ επείγουσες καταστάσεις.

Ενδείξεις εφαρμογής του εξελκυσμού αποτελούν περιπτώσεις αλλοίωσης των καρδιακών παλμών του εμβρύου ,πρόπτωσης του ομφάλιου λώρου καθώς και όταν

επιβάλλεται από τη πλευρά της μητέρας η ταχεία αποπεράτωση του τοκετού ,όπως σε περίπτωση αιμορραγίας. Όταν ο εξελκυσμός εκτελείται πρόωρα και βιαστικά είναι δυνατόν τα άνω άκρα του εμβρύου να ανέλθουν πλησίον της κεφαλής και ο τοκετός να παρουσιάσει πρόβλημα. Ο εξελκυσμός μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη πρόκληση μεγάλων τραυματισμών ,τη ρήξη του ήπατος ή των μηνίγγων του εμβρύου, καθώς και κατάγματα στα άνω και κάτω άκρα ,με συνέπεια τη μεγάλη αύξηση της θνησιμότητας κατά την ώρα της επέμβασης ή αργότερα. Όταν πρόκειται για ισχιακή προβολή επί άκρους πόδας, η σύλληψη τους είναι εύκολη. Στην ανώμαλη ισχιακή επί γλουτούς ,η έλξη ασκείται στη μηροβουβωνική πτυχή ,χρησιμοποιώντας το δείκτη ως άγκιστρο.

3.10 ΕΜΒΡΥΟΤΟΜΙΑ

Η εμβρυοτομία αποβλέπει στον κατακερματισμό ή τεμαχισμό του εμβρύου ,ώστε να μειωθεί ο όγκος του και να διενεργηθεί κολπικά ένας ανέφικτος τοκετός. Οι εμβρυοτομίες ήταν συχνές μαιευτικές επεμβάσεις πριν το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο κυρίως στο παραμελημένο εγκάρσιο σχήμα ,όταν η καισαρική τομή αποτελούσε επέμβαση με αυξημένη μητρική θνησιμότητα. Η παρακολούθηση των επιτόκων στη σύγχρονη μαιευτική ,με την εφαρμογή του σύγχρονου προγεννητικού ελέγχου ,έχει περιορίσει σε μεγάλο βαθμό τα παραμελημένα εγκάρσια σχήματα ενώ επιτρέπει την έγκαιρη διακοπή της κύησης επί μεγάλων συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου. Έτσι ,η εμβρυοτομία σήμερα έχει εξαλειφθεί από τη σύγχρονη μαιευτική, με τη μόνη εξαίρεση ότι είναι αποδεκτή η κρανιοτομία ή η κρανιοανάτρηση ως επέμβαση επί νεκρού εμβρύου με μεγάλη υδροκεφαλία ,υπό την προϋπόθεση ότι δεν αυξάνει τον κίνδυνο τραυματισμού της μητέρας και διευκολύνει την αποπεράτωση του τοκετού.

3.11 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Ενίοτε, δημιουργούνται επιπλοκές κατά τον τοκετό ή μετά τη γέννηση του μωρού, τα προειδοποιητικά σημάδια των οποίων θα εκτιμήσει και θ' αντιμετωπίσει ο γιατρός. Μετά τον τοκετό, μια γυναίκα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό της αμέσως, αν έχει οποιοδήποτε ασυνήθιστο σύμπτωμα, όπως βαριά κοιλιακή αιμορραγία ή πυρετό.

ΚΟΛΠΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Μια αιμορραγία από τον κόλπο μετά τον τοκετό είναι φυσιολογική. Αφού γεννηθεί το μωρό, συσπάσεις των μυών της μήτρας προκαλούν την αποκόλληση του πλακούντα από τα τοιχώματα της μήτρας. Αφού αποβληθεί ο πλακούντας, οι μύες αυτοί συνεχίζουν να συσπώνται αυτό γίνεται επειδή οι συσπάσεις προκαλούν το κλείσιμο των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούσαν τον πλακούντα. Κατά συνέπεια, η ποσότητα της κοιλιακής αιμορραγίας μειώνεται σταδιακά και συνήθως σταματάει 5 με 6 εβδομάδες μετά τη γέννηση. Αν η διαδικασία αυτή δεν προχωράει φυσιολογικά, μπορεί να προκληθεί υπερβολική αιμορραγία. Βαριά κοιλιακή αιμορραγία μέσα στις 24 πρώτες ώρες είναι ασυνήθιστη επιπλοκή και μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για τη ζωή, αν δεν αντιμετωπιστεί γρήγορα.

Αίτια υπερβολικής αιμορραγίας

Σκίσιμο των ιστών των γεννητικών οργάνων ή ρήξη των τοιχωμάτων της μήτρας μπορεί να προκαλέσουν μεγάλη αιμορραγία, αμέσως μετά τη γέννηση **ΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**. Υπερβολική αιμορραγία μπορεί επίσης να παρουσιαστεί, αν ο πλακούντας ή τμήματά του παραμείνουν στη μήτρα ή αν δε συσπάται μετά την αποβολή του πλακούντα . Βαριά κοιλιακή αιμορραγία, που αρχίζει περισσότερο από ένα 24ωρο μετά τον τοκετό, μπορεί να προκληθεί από κομμάτι του πλακούντα που έχει παραμείνει στη μήτρα ή από λοίμωξη της μήτρας.

Έλεγχος της αιμορραγίας

Η υπερβολική αιμορραγία καμιά φορά παρουσιάζεται επειδή η μήτρα δε συσπάται μετά από την αποβολή του πλακούντα. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να συμβεί μετά

από τοκετό μακράς διάρκειας, επειδή οι μύες της μήτρας δεν μπορούν πια να συσπαστούν. Μπορεί επίσης να συμβεί αν η μήτρα έχει διαταθεί υπερβολικά λόγω: υπερβολικής ποσότητας αμνιακού υγρού, ενός μεγάλου μωρού, πολλαπλής γέννας ή πολλών προηγούμενων τοκετών. Μια κοιλιακή αιμορραγία μπορεί επίσης να είναι υπερβολική, αν ο πλακούντας ήταν προσκολλημένος στο κάτω μέρος της μήτρας. Οι συσπάσεις στο κάτω μέρος της μήτρας δεν είναι τόσο ισχυρές όσο οι συσπάσεις στο επάνω μέρος και μπορεί να μην είναι επαρκείς για να κλείσουν τα αιμοφόρα αγγεία στα οποία ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας. Για να σταματήσει την αιμορραγία, ο γιατρός θα προσπαθήσει να ενισχύσει τις συσπάσεις κάνοντας μασάζ στην κοιλιά και χορηγώντας ωκυτοκίνη.

Αφαίρεση του πλακούντα

Αν οι φυσικές συσπάσεις των μυών της μήτρας δεν είναι αρκετά ισχυρές, ο πλακούντας μπορεί να μην αποβληθεί ή κάποιο τμήμα του πλακούντα μπορεί να μην ξεκολλήσει από τα τοιχώματα της μήτρας. Κομμάτια ιστού από τον πλακούντα που παραμένουν στη μήτρα μπορεί να εμποδίσουν περαιτέρω συσπάσεις της, που είναι απαραίτητες για να κλείσουν τα αιμοφόρα αγγεία. Η χορήγηση ωκυτοκίνης, τονώνοντας τις συσπάσεις της μήτρας, βοηθάει στην αποβολή του πλακούντα. Αν δεν πετύχει η θεραπεία αυτή, ο γιατρός θα δώσει στη γυναίκα παυσίπονα φάρμακα και μετά θ' αφαιρέσει τον πλακούντα. Η τεχνική που περιγράφεται παραπάνω χρησιμοποιείται, επίσης, για ν' αφαιρεθούν τυχόν κομμάτια του πλακούντα που παραμένουν στη μήτρα.

ΑΝΕΣΤΡΑΜΜΕΝΗ ΜΗΤΡΑ

Σε σπάνιες περιπτώσεις, η έλξη του ομφάλιου λώρου, για ν' αφαιρεθεί ο πλακούντας, όταν είναι ακόμα προσαρμοσμένος στα τοιχώματα της μήτρας, μπορεί να γυρίσει τη μήτρα μέσα-έξω (η κορυφή της μήτρας τραβιέται προς τα κάτω, μέσα στον κόλπο, κατάσταση που λέγεται ανεστραμμένη μήτρα). Χρησιμοποιώντας γενική αναισθησία, ο γιατρός σπρώχνει τη μήτρα, μέσω του κόλπου, προς τα επάνω. Για να αφαιρεθεί ο πλακούντας ο γιατρός βάζει το ένα χέρι στην κοιλιά της γυναίκας και πιάνει την κορυφή της μήτρας μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων. Εισάγει το άλλο χέρι του στον κόλπο και μετά αποχωρίζει τον πλακούντα από τα τοιχώματα της μήτρας. Όταν ο πλακούντας χωριστεί εντελώς από τα τοιχώματα της μήτρας, ο γιατρός τον αφαιρεί. Μετά, εξετάζει τον πλακούντα με προσοχή, για να βεβαιωθεί ότι έχουν αφαιρεθεί όλοι οι ιστοί. Για να προληφθεί πιθανή μόλυνση, μπορεί να χορηγηθούν αντιβιοτικά φάρμακα.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΙΣΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Οι ιστοί που τραυματίζονται πιο συχνά στη διάρκεια του τοκετού είναι εκείνοι ανάμεσα στο άνοιγμα του κόλπου και τον πρωκτό (το λεγόμενο περίνεο). Σκισίματα των ιστών του περινέου είναι πιο συνηθισμένα σε γυναίκες που κάνουν το πρώτο τους παιδί, επειδή οι ιστοί αυτοί δεν έχουν διαταθεί από προηγούμενη γέννα. Ένα σκίσιμο ταξινομείται ανάλογα με τη σοβαρότητά του.

Αιμάτωμα

Μετά από εσωτερική αιμορραγία, το αίμα μπορεί να συγκεντρωθεί σε ιστούς γύρω από τον κόλπο, προκαλώντας τοπικό αιμάτωμα. Αν το αιμάτωμα είναι μικρό, μπορεί ν' απορροφηθεί μόνο του. Ένα μεγάλο αιμάτωμα μπορεί να προκαλεί δυνατό πόνο και ν' απαιτηθεί χειρουργική επέμβαση για να καθαρίσει.

Ρήξη του τραχήλου

Σε σπάνιες περιπτώσεις, ο τράχηλος μπορεί να τραυματιστεί κατά τον τοκετό. Οι ιστοί του τραχήλου μπορεί να υποστούν ρήξη, αν ο τοκετός προχωράει πολύ γρήγορα ή αν χρησιμοποιήθηκε εμβρυουλκός. Μια ρήξη θα κλείσει με ράμματα, για να προληφθούν προβλήματα σε μελλοντικές εγκυμοσύνες, όπως ανεπάρκεια του τραχήλου (ανικανότητά του να παραμείνει κλειστός στη διάρκεια της εγκυμοσύνης).

ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΗ

Η περινεοτομή είναι μια τομή που γίνεται στο περίνεο (τον ιστό μεταξύ του ανοίγματος του κόλπου και του πρωκτού) και επιτρέπει στο κεφάλι του μωρού να γεννηθεί πιο εύκολα. Μια περινεοτομή γίνεται στο 90% περίπου των γεννήσεων. Υπάρχει διχογνωμία για τους κινδύνους, τα οφέλη και την αναγκαιότητα της περινεοτομής.

Λόγοι για να γίνει περινεοτομή

Μια περινεοτομή προλαβαίνει ένα ακανόνιστο σκίσιμο του περινέου

- Μια περινεοτομή αποκαθίσταται πιο εύκολα από ένα σκίσιμο
- Προλαμβάνεται πιθανή βλάβη στον εγκέφαλο από πίεση στο κεφάλι του μωρού. Ένα πρόωρο μωρό είναι ιδιαίτερα επιρρεπές σε τραυματισμό στη διάρκεια της γέννας
- Μια έγκυος μπορεί να γεννήσει πιο εύκολα ένα μεγάλο μωρό με ισχυική προβολή
- Ο εμβρυολικός μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο εύκολα και με μεγαλύτερη ασφάλεια.

Λόγοι για να μη γίνει περινεοτομή

Ένα σκίσιμο στους ιστούς του περινέου συνήθως δεν είναι τόσο μακρύ όσο η τομή μιας περινεοτομής. Μεγαλύτερη αιμορραγία παρουσιάζεται κατά την περινεοτομή, παρά μ' ένα σκίσιμο

- Η τομή μιας περινεοτομής μπορεί να ραφτεί πολύ σφιχτά και να προκαλέσει κακοδιαθεσία μετά την επούλωση. Μια περινεοτομή μπορεί να προκαλέσει πόνο, στη διάρκεια της επούλωσης
- Η σεξουαλική επαφή μπορεί να μην είναι άνετη για πολύ καιρό, μετά από γέννηση στην οποία χρησιμοποιείται περινεοτομή.

ΘΡΟΜΒΟΙ ΑΙΜΑΤΟΣ

Μια γυναίκα που γέννησε πρόσφατα παιδί μπορεί ν' αποκτήσει θρόμβους αίματος στις φλέβες που βρίσκονται βαθιά μέσα στα πόδια της (εν τω βάθην θρομβοφλεβίτιδα), λόγω μειωμένης κυκλοφορίας μέσα τους, που μπορεί να προκληθεί από μικρότερο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας ή από την πίεση που ασκεί η διογκωμένη μήτρα στις φλέβες που φέρνουν το αίμα από τα πόδια. Ένα κομμάτι ενός θρόμβου αίματος που έχει σχηματιστεί στα πόδια μπορεί ν' αποκολληθεί και να μεταφερθεί με το αίμα στους πνεύμονες, όπου μπορεί να αποφράξει ένα αιμοφόρο αγγείο, προκαλώντας μια επικίνδυνη για τη ζωή πνευμονική εμβολή. Ένας μικρός θρόμβος αίματος συνήθως διαλύεται σταδιακά. Ενέσεις με διάλυμα ηπαρίνης μπορεί να γίνουν, για να εμποδίσουν το σχηματισμό και άλλων

θρόμβων. Ένας μεγάλος θρόμβος μπορεί ν' αντιμετωπιστεί με φάρμακα που θα τον διαλύσουν. Σε μερικές περιπτώσεις, χρειάζεται χειρουργική επέμβαση, για ν' αφαιρεθεί ο θρόμβος.

ΛΟΙΜΩΞΗ

Είναι σπάνια η λοίμωξη μετά από ένα χωρίς επιπλοκές τοκετό. Πολλές γυναίκες θα έχουν χαμηλό πυρετό τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, αλλά η θερμοκρασία του σώματος συνήθως επανέρχεται αυτόματα στα φυσιολογικά επίπεδα. Πυρετός την τρίτη ή την τέταρτη ημέρα μπορεί να είναι σημάδι μόλυνσης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί θεραπεία με αντιβιοτικά. Τα σημάδια και τα συμπτώματα διαφέρουν, ανάλογα με τη θέση της λοίμωξης.

Λοίμωξη του πυελογεννητικού σωλήνα

Μπορεί να προκληθεί από βακτηρίδια μέσα και έξω από το σώμα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, βακτηρίδια που ζουν χωρίς να κάνουν κακό μέσα στον κόλπο μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη, αν ο βλεννογόνος του κόλπου τραυματιστεί στη διάρκεια του τοκετού. Μετά τον τοκετό, μια λοίμωξη είναι πιθανή, αν ένα κομμάτι ιστού του πλακούντα παραμείνει στη μήτρα. Αν ο γιατρός υποψιαστεί ότι η λεχώνα έχει μια λοίμωξη, θα πάρει δείγματα από τον κόλπο και τον τράχηλο, για ν' αναγνωριστεί ο μολυσματικός μικροοργανισμός. Ταυτόχρονα, αρχίζει αμέσως θεραπεία με αντιβιοτικό ευρέως φάσματος (αποτελεσματικό για ευρύ φάσμα βακτηριδίων). Όταν αναγνωριστεί ο τύπος του βακτηριδίου, μπορεί ν' αλλάξει το αντιβιοτικό, ώστε να καταπολεμήσει τη συγκεκριμένη λοίμωξη. Αν μια εσωτερική εξέταση δείχνει ότι η μήτρα έχει διογκωθεί και ο τράχηλος έχει μείνει ανοιχτός, μπορεί να γίνει υπερηχογράφημα, για να ελεγχθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης ιστού του πλακούντα. Αν το υπερηχογράφημα δείχνει ιστό πλακούντα στη μήτρα, ο γιατρός θα κάνει απόξεση του επιθηλίου της μήτρας, για ν' αφαιρέσει τον ιστό που παραμένει.

Λοίμωξη ουροποιητικού

Η εισαγωγή καθετήρα στην ουροδόχο κύστη, για να την αδειάσει στη διάρκεια του τοκετού, αυξάνει τον κίνδυνο λοίμωξης του ουροποιητικού. Αν ο γυναικολόγος υποψιαστεί ότι η γυναίκα έχει πάθει λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος μετά τη γέννηση, μπορεί να γίνει ανάλυση ούρων και να σας χορηγηθούν αντιβιοτικά.

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιδέα της δημιουργίας υδάτινου περιβάλλοντος για τον τοκετό ανήκει στο Σοβιετικό ερευνητή Igor Tjarkovsky στη Μόσχα στη δεκαετία του 1960.

Όταν η κόρη του γεννήθηκε πρόωρα δημιούργησε ένα υδάτινο περιβάλλον γι' αυτήν ,αντίστοιχο με αυτό της μήτρας. Αν και οι γιατροί δεν είχαν δώσει πολλές ελπίδες επιβίωσης, εκείνη έκανε αξιοσημείωτη πρόοδο. Αργότερα συνέχισε να περνά πολύ χρόνο στο νερό μαζί με τον πατέρα της. Ο Tjarkovsky παρατήρησε την πρόοδο της κόρης του συγκριτικά με αυτήν των συνομήλικων της. Κατάλαβε την ευεργετική δράση του νερού στην ανάπτυξη της παιδικής ηλικίας και άρχισε να ενδιαφέρεται για τη γέννηση μέσα στο νερό. Τα επόμενα χρόνια βοήθησε πολλές γυναίκες να γεννήσουν στο νερό.

Ο πρωτοπόρος της χρήσης του νερού στον τοκετό και τη γέννηση στο Δυτικό κόσμο ήταν ο Γάλλος μαιευτήρας Michel Odent ,ο οποίος εγκατέστησε και χρησιμοποίησε μια μικρή πισίνα στην αίθουσα τοκετών του μαιευτηρίου του Pithivier. Είχε σαν σκοπό να μειώσει τον πόνο του τοκετού και τις παρεμβάσεις χωρίς τη χρήση φαρμάκων. Από το 1970 ο ίδιος είχε δημιουργήσει την αίθουσα τοκετών στην οποία η επίτοκος ήταν ελεύθερη να κινείται και να ακολουθεί ένστικτό της χωρίς να ενοχλείται. Η διακόσμηση του χώρου ήταν απλή, ο φωτισμός διακριτικός.

Ύστερα από επτά χρόνια ,τοποθέτησε και μια μικρή πισίνα ,ώστε η επίτοκος να τη χρησιμοποιεί, όταν εκείνη το επιθυμούσε.

Ο Odent παρατήρησε ότι το νερό βοήθησε πολλές επίτοκες να αντιμετωπίσουν τον πόνο του τοκετού και μείωσε σημαντικά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου. Συνήθως οι επίτοκες έβγαιναν από το νερό για τη γέννηση του παιδιού τους. Μερικές φορές οι επίτοκες προτιμούσαν να μείνουν στο νερό για τη γέννηση του παιδιού τους. Το 1983 εκατό παιδιά είχαν γεννηθεί μέσα στο νερό. Ο Odent παρατήρησε ότι δεν παρουσιάστηκαν καθόλου παρενέργειες ή κίνδυνοι ούτε στο πρώτο στάδιο ούτε στο δεύτερο. Το 1987 υπολογίστηκε ότι είχαν γίνει 3.000 γεννήσεις στο νερό. Από το 1990 και μέχρι σήμερα τα περισσότερα μαιευτήρια στην Ευρώπη διαθέτουν πισίνες νερού στις αίθουσες τοκετών.

4.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΥΘΙΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Από το 1982 έως σήμερα χιλιάδες γυναίκες έχουν χρησιμοποιήσει το νερό στον τοκετό για τη γέννα τους, όλες περιγράφουν με ενθουσιασμό τα πλεονεκτήματα του νερού, το ίδιο και οι μαίες και οι γιατροί που βοήθησαν σε αυτούς τους τοκετούς.

Σύμφωνα με παρατηρήσεις μαιών και γιατρών στις απόψεις των γυναικών , όταν η επίτοκος βυθίζεται στο νερό, η δύναμη της άνωσης που ασκείται στο σώμα της είναι ανάλογη με τον όγκο του νερού, που εκτοπίζει το σώμα της (νόμος Αρχιμήδη).

Αυτή η δύναμη της άνωσης ενεργεί αντίθετα προς τη βαρύτητα και στηρίζει το σώμα της γυναίκας , με αποτέλεσμα η γυναίκα να μην αισθάνεται το βάρος της.

Η δύναμη της άνωσης αυξάνεται όσο πιο βαθιά βυθίζεται το σώμα της γυναίκας. Επομένως μια βαθιά πισίνα , που επιτρέπει στη γυναίκα να βυθίζεται μέχρι το λαιμό είναι προτιμότερη απ' τη μπανιέρα του σπιτιού της.

4.3 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

Είναι γνωστό ότι το αίσθημα του πόνου προέρχεται από τη μήτρα ,τον τράχηλο, τις αρθρώσεις και συνδέσμους της λεκάνης, τον κόλπο και το περίνεο.

Οι νευρικές ίνες μεταφέρουν ώσεις στο πρόσθιο μέρος του νωτιαίου μυελού και από εκεί μεταφέρονται στο φλοιό του εγκεφάλου.

Το πρόσθιο μέρος του νωτιαίου μυελού εκτείνεται σε όλο το μήκος του νωτιαίου μυελού, οι αισθήσεις από ερεθίσματα όπως πόνος, θερμότητα, μάλαξη, πίεση σε όλο το σώμα συμπίπτουν στο νωτιαίο μυελό. Η αίσθηση του πόνου διαφοροποιείται από τις αισθήσεις θερμότητας, της μάλαξης του νερού στο δέρμα της γυναίκας, όταν αυτή είναι βυθισμένη στο νερό.

Η ένταση του πόνου, που γίνεται αντιληπτή εξαρτάται από την ισορροπία των ώσεων. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές νευρικές ίνες στο πρόσθιο μέρος του νωτιαίου μυελού, οι οποίες μεταφέρουν τα ερεθίσματα με διαφορετική ταχύτητα. Το ερέθισμα του πόνου μεταφέρεται πιο αργά από αυτό της μάλαξης, της θερμότητας και της πίεσης. Καθώς το αίσθημα από αυτά τα ερεθίσματα φθάνει στον εγκέφαλο πιο γρήγορα από το αίσθημα πόνου, πιστεύεται ότι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά του ερεθίσματος του πόνου από τον νωτιαίο μυελό στον εγκέφαλο, δηλαδή κλείνουν οι δίοδοι των αισθητηρίων του πόνου.

Το νερό διεγείρει τις νευρικές απολήξεις που ανταποκρίνονται στη θερμότητα και το άγγιγμα και βρίσκονται σε ολόκληρο το σώμα, δημιουργώντας ευχάριστα ερεθίσματα. Αυτά μεταφέρονται μέσω του νωτιαίου μυελού, πριν τα ερεθίσματα πόνου και καταφέρνουν να μειώσουν τη δίοδο των περισσότερων επώδυνων ερεθισμάτων.

Μέσα στο νερό η έγκυος διευκολύνεται να κινείται ελεύθερα και να αλλάζει θέσεις.

Μπορεί να βοηθήσει την κάθοδο του εμβρύου, καθώς μέσα στο νερό διευκολύνεται η διεύρυνση της λεκάνης .Αυτό είναι ευεργετικό, ιδιαίτερα στις έγκυες με μεγάλο έμβρυο και τις υπέρβαρες.

Η μείωση της ενδοκοιλιακής πίεσης που δημιουργείται από την άνωση διευκολύνει τη λειτουργία της μήτρας και την κυκλοφορία του αίματος σε αυτήν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την καλύτερη οξυγόνωση του εμβρύου με αποτέλεσμα μικρότερο κίνδυνο εμβρυϊκής δυσχέρειας.

Η βύθιση στο νερό μειώνει την ένταση του πόνου σε τέτοιο επίπεδο, ώστε η επίτοκος να μην έχει ανάγκη από άλλα αναλγητικά.

Έγινε γνωστό ότι η βύθιση στο νερό μπορεί να διευκολύνει τη διαστολή του τραχήλου. Εάν όμως αυτή αυξηθεί αργά, ιδιαίτερα μετά από τα πέντε εκατοστά,

με τη βύθιση στο νερό μπορεί να εξελιχθεί και ταχύτατα να φθάσει την τέλεια διαστολή σε διάστημα μιας ή δυο ωρών.

Με τη βύθιση της επιτόκου στο νερό μειώνεται η αρτηριακή πίεση, εφόσον είχε αυξηθεί λόγω άγχους και ανησυχίας. Διαφορετικό αποτέλεσμα έχουμε στην αρτηριακή πίεση, όταν πρόκειται για προεκλαμψία.

Η απομόνωση της επιτόκου μέσα στο νερό τη διευκολύνει να συγκεντρωθεί στη λειτουργία της μήτρα, να χαλαρώσει και να αποβάλλει το άγχος. Πολλές επίτοκες που αισθάνονται κόπωση και δυσφορία, όταν βυθίζονται στο νερό χαλαρώνουν και κοιμούνται.

Η υγρή ατμόσφαιρα διευκολύνει την αναπνοή. Η παραμονή μέσα στο νερό κατά το δεύτερο στάδιο διευκολύνει τη γέννα, διότι ενθαρρύνει την επίτοκο να εξωθεί καθώς το ζεστό νερό χαλαρώνει τους μυς του κόλπου και του περινέου, έτσι ώστε να μειώνονται οι πιθανότητες κακώσεων. Υπάρχουν φορές που η θέα του νερού και ο ήχος του καθώς ρέει, αρκούν ώστε να διώξουν κάθε φόβο και άγχος της επιτόκου και να επισπεύσουν το τοκετό, έτσι ώστε η επίτοκος να γεννήσει πριν γεμίσει η πισίνα.

Οι ενδορφίνες είναι τα φυσικά αναλγητικά που παράγει ο οργανισμός του ανθρώπου, όταν βρίσκεται σε κατάσταση έντασης. Η κύρια δράση τους είναι ότι τροποποιούν την αίσθηση του πόνου, δημιουργούν μια αίσθηση ευεξίας και αλλάζουν την αντίληψη του χρόνου και του τόπου. Οι ενδορφίνες αυξάνονται κατά τον τοκετό και αυτό βοηθά τις επίτοκες να αντιμετωπίσουν τον πόνο και την κόπωση.

Αντίθετα εάν η επίτοκος αισθάνεται φόβο ή ότι απειλείται και ότι εκτίθεται, απελευθερώνει κατεχολαμίνες, αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη. Οι ορμόνες αυτές δρουν στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, που αναγκάζει τις κυκλικές ίνες να συσπαστούν έντονα σε αντίθεση με τις λοξές κάθετες μυϊκές ίνες, αυτό δημιουργεί πολύ πόνο.

Συγχρόνως μειώνεται η αιμάτωση της μήτρας, καθώς η μήτρα αγνοείται προσωρινά από τον οργανισμό, αφού δίνεται προτεραιότητα στα όργανα άμυνας. Αυτό προκαλεί περισσότερο πόνο και μπορεί να εκθέσει σε κίνδυνο το έμβρυο εάν η ροή του αίματος συνεχίζει να μειώνεται.

4.4 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η έγκυος μπορεί να χρησιμοποιεί και τις ειδικές πισίνες για εγκύους, εάν υπάρχουν, κυρίως όμως μπορεί να χρησιμοποιεί την μπανιέρα του σπιτιού της.

Η βύθιση του σώματος στο νερό διευκολύνει την αυτοσυγκέντρωση την επικοινωνία με το έμβρυο. Οι ασκήσεις γυμναστικής μέσα στο νερό είναι επίσης ευεργετικές και μπορούν να επαναληφθούν και στη λοχεία.

Η έγκυος πρέπει να επιλέξει μια ώρα ώστε να αφιερωθεί στην άσκηση και τη χαλάρωση. Ο χώρος του λουτρού θα πρέπει να έχει ευχάριστη θερμοκρασία και ο φωτισμός να είναι διακριτικός. Το νερό στη μπανιέρα θα πρέπει να είναι σε τέτοια στάθμη ,ώστε να σκεπάζει τη κοιλιά όταν η έγκυος είναι ξαπλωμένη.

Η έγκυος μπορεί να ασκηθεί στην αυτοσυγκέντρωση και τη βαθιά σκέψη. Όταν η έγκυος βυθιστεί στο νερό, χαλαρώσει και αισθανθεί την αναπνοή της ήρεμη, μπορεί να ακουμπήσει τα χέρια στη κοιλιά, μεταξύ ομφαλού και ηβικής σύμφυσης κάνοντας ευχάριστες σκέψεις, μπορεί να σκεφθεί και να χαϊδέψει κάθε μέλος του σώματος του εμβρύου ακολουθώντας με τη σκέψη της κάθε του κίνηση. Αυτή είναι μια γνωριμία και συνομιλία με το έμβρυό της που θα πρέπει να συνεχίσει μέχρι τον τοκετό.

4.5 Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην προετοιμασία της πισίνας καθώς σύμφωνα με κατασκευαστές ορισμένα ανταλλακτικά πρέπει να είναι μιας χρήσης. Το νερό πρέπει να φιλτράρεται πριν και μετά από κάθε τοκετό.

Η επίτοκος στο δέρμα της, στον κόλπο της και τα υγρά που απεκκρίνει έχει τα δικά της μικρόβια με τα οποία ζει και είναι μη παθογόνα γι' αυτήν. Αυτά τα μικρόβια μπορούν να γίνουν παθογόνα εάν διαταραχθεί το ανοσοποιητικό σύστημα της επιτόκου.

Το έμβρυο-νεογέννητο είχε αντισώματα από υη μητέρα του γι' αυτά τα μικρόβια. Εάν όμως ελευθερωθούν στο νερό κόπρανα και ούρα της γυναίκας, αυτό δεν αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης.

Σε περιπτώσεις που η επίτοκος είναι φορέας AIDS, ιογενή έρπη και ηπατίτιδας, ο τοκετός δεν πρέπει να γίνει στο νερό.

4.6 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Η απώλεια του αίματος μέσα στο νερό αναμένεται να είναι ελαφρώς μεγαλύτερη, όμως είναι δύσκολο για τη μαία να υπολογίσει ακριβώς το ποσό του αίματος που χάνεται, εκτός και αν έχει εμπειρία στους τοκετούς στο νερό. Έτσι η μαία μετά τη γέννηση του νεογνού αδειάζει τη πισίνα ή ζητά από τη γυναίκα να βγει από το νερό και προτιμά να διεκπεραιώσει την υστεροτοκία σε στεγνό έδαφος. Ο λόγος γι' αυτήν την προτίμηση είναι και ο φόβος της εμβολής από το νερό.

4.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΕΠΙΤΟΚΩΝ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΓΕΝΝΗΣΟΥΝ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

Οι περισσότερες επίτοκες μπορούν να χρησιμοποιήσουν την πισίνα με ασφάλεια.

Τα κριτήρια για την επιλογή των εγκύων, που πρόκειται να γεννήσουν στο νερό είναι περίπου ίδια σε όλα τα μαιευτήρια που διαθέτουν πισίνα τοκετού.

Αυτά είναι:

- Να το επιθυμεί η επίτοκος και να έχει ενημερωθεί για την χρήση της πισίνας.
- Η εγκυμοσύνη πρέπει να είναι μεγαλύτερη των 38 εβδομάδων.
- Η προβολή πρέπει να είναι κεφαλική.
- Να έχει αποκλειστεί η δυσαναλογία εμβρύου και λεκάνης.
- Η εγκυμοσύνη πρέπει να είναι απόλυτα φυσιολογική.
- Να έχει γίνει ένα καρδιοτοκογράφημα με την έναρξη του τοκετού, το οποίο θα είναι απόλυτα φυσιολογικό.
- Εάν έχει γίνει ρήξη θυλακίου, το αμνιακό υγρό πρέπει να είναι διαυγές.
- Να μην υπάρχουν συμπτώματα μέτριας ή βαριάς προεκλαμψίας.
- Να μην υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας του τελευταίου τριμήνου.

- Να μην έχει εμφανίσει εμβρυϊκή δυσχέρεια κατά τον τοκετό
- Η να χρειάζεται, για οποιονδήποτε λόγο, παρακολούθηση της εμβρυϊκής καρδιάς καρδιοτοκογράφο.

Στο δεύτερο στάδιο μπορούν να εξωθήσουν αλλά να μην γεννήσουν στο νερό οι επίτοκες:

Με δίδυμη κύηση, ισχιακή προβολή, κύηση μικρότερη των 36 εβδομάδων.

Στο τρίτο στάδιο του τοκετού οι επίτοκες είναι προτιμότερο να γεννούν τον πλακούντα εκτός νερού, ιδιαίτερα εάν καθυστερεί η γέννησή του. Εάν η επίτοκος αισθάνεται κουρασμένη ή ζαλισμένη. Εάν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας μετά τον τοκετό.

Επίσης καλό είναι να μην χρησιμοποιεί η λεχώνα την πισίνα τις πρώτες 6 ώρες της λοχείας.

Εάν η επίτοκος δεν είχε κένωση με την έναρξη του τοκετού είναι προτιμότερο η μαία να χορηγήσει ένα κλύσμα, ώστε να βεβαιωθεί ότι το έντερο άδειο, ώστε να μην λερωθεί το νερό κατά την εξώθηση.

Εάν το έμβρυο φαίνεται μεγάλο, η μαία δεν πρέπει να επιτρέψει να γεννηθεί στο νερό, για την πιθανότητα της δυστοκίας των ώμων. Εάν μετά τη γέννηση της κεφαλής του εμβρύου η μαία διαπιστώσει δυστοκία των ώμων βοηθά την επίτοκο να βγει από την πισίνα, ενώ της εξηγεί τον λόγο και της δίνει οδηγίες για τον τρόπο που εκείνη μπορεί να βοηθήσει.

Η επίτοκος έξω από την πισίνα στέκεται όρθια με τα πόδια σε διάσταση, γέρνει ελαφρά μπροστά και κρατιέται από την πισίνα ή ακόμα καλύτερα στηρίζεται στο σύντροφό της.

Η μαία στέκεται πίσω από την επίτοκο, με την επόμενη συστολή της μήτρας και ενώ η επίτοκος εξωθεί η μαία έλκει το έμβρυο προς τα έξω και πίσω, ενώ κάνει στροφή των ώμων, με αυτό το χειρισμό γεννά τον πρόσθιο ώμο και στη συνέχεια γεννά τον οπίσθιο ώμο.

4.8 ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΕΡΟ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι περισσότερες θέσεις και στάσεις που μπορεί η επίτοκος να χρησιμοποιήσει έξω από την πισίνα είναι κατάλληλες και εύκολα η επίτοκος μπορεί να τις χρησιμοποιήσει και μέσα στο νερό.

Μεταξύ των συστολών στην παύλα θα βοηθήσει πολύ την επίτοκο να χαλαρώνει και να συγκεντρώνεται.

Τα ερεθίσματα από το περιβάλλον μειώνονται σημαντικά, εάν η επίτοκος επιπλέει στο νερό με τα αυτιά μέσα στο νερό ή εάν βυθίζεται τελείως μέσα σε αυτό.

Συνήθως η επίτοκος μέσα στο νερό δεν έχει ανάγκη να κάνει τίποτε. Είναι μεγάλη βοήθεια εάν καταφέρει να συγκεντρωθεί στη λειτουργία του σώματός της και να εκμεταλλευθεί την ενέργεια που εκλύεται από το νερό. Η επαφή του νερού στο δέρμα του σώματός της είναι αρκετή να ξυπνήσει πρωτογενή συναισθήματα, που η ίδια είχε μέσα στη μήτρα της μητέρας της.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου η επίτοκος θα βρει από μόνη της τη θέση και τη στάση του σώματός της, που θα μειώνει τον υπάρχοντα πόνο. Η θέση που μπορεί να είναι αναπνευστική για μια συστολή, μπορεί να μην είναι στις επόμενες, γι' αυτό και έχει εναλλαγή θέσεων.

ΟΡΙΖΟΝΤΙΕΣ ΘΕΣΕΙΣ

Η ύπτια θέση εκτός νερού, είναι γνωστό ότι είναι η πιο επώδυνη και επικίνδυνη θέση για τον τοκετό. Μέσα στη πισίνα η επίτοκος μπορεί να επιπλέει στο νερό σε ύπτια θέση. Το νερό μειώνει τις επιβλαβείς επιπτώσεις της ύπτιας θέσης.

ΟΡΘΙΕΣ ΘΕΣΕΙΣ

Όρθιες θέσεις είναι όλες οι θέσεις που κρατούν τον κορμό όρθιο. Τέτοιες θέσεις είναι η απόλυτα όρθια στάση, η καθιστή, η γονατιστή, το βαθύ κάθισμα. Σε όλες αυτές τις θέσεις η σπονδυλική στήλη είναι κάθετη. Το βάρος του τραχήλου βοηθά στη διαστολή του τραχήλου, διπλασιάζει το αποτέλεσμα των συστολών και μικραίνει τη διάρκεια του τοκετού.

Στη καθιστή θέση η επίτοκος μπορεί να κάθεται και να ακουμπά την πλάτη της στα τοιχώματα της πισίνας ή στην αγκαλιά του συντρόφου της, μπορεί να στηρίζει τα χέρια της στα χείλη της πισίνας ή να τα έχει ελεύθερα.

Η γονατιστή θέση είναι η πιο συχνή θέση που παίρνουν οι επίτοκες και θεωρείται η πιο ξεκούραστη. Η γονατιστή στάση με τον κορμό προς τα μπροστά ανακουφίζει από τον πόνο στην οσφυ. Εάν ο πόνος είναι επίμονος, βγαίνει από το νερό και της ζητείται να γείρει στα τέσσερα ή γονατιστή με το κεφάλι πιο κάτω απ' τους γλουτούς.

Το βαθύ κάθισμα είναι ιδανικό για το δεύτερο στάδιο του τοκετού, διευρύνει την έξοδο της λεκάνης κατά 30% και έτσι μειώνει σημαντικά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου. Το μειονέκτημα αυτής της στάσης είναι ότι είναι κουραστική και η επίτοκος δεν μπορεί να κρατήσει αυτή τη στάση για περισσότερο από λίγα λεπτά. Το δεύτερο μειονέκτημα είναι ότι πιέζεται πολύ το περίνεο, το οποίο δεν μπορεί χαλαρώσει και γι' αυτό το λόγο αυξάνεται ο κίνδυνος ρήξεων στο περίνεο. Όταν το κεφάλι φανεί στον κόλπο είναι προτιμότερο η επίτοκος να αλλάξει θέση και στάση.

4.9 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

Οι θεραπευτικές ιδιότητες του νερού είναι γνωστές από αρχαιοτάτους χρόνους, θεωρείτο ζωοφόρος δύναμη και χρησιμοποιείτο για τη θεραπεία σωματικών και ψυχικών παθήσεων.

Το νερό που χρησιμοποιείται και σήμερα για τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Η υδροθεραπεία θεωρείται ότι βελτιώνει την ευλυγισία του σώματος, την μυϊκή δύναμη και αντοχή, συχνά χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ορθοπεδικών τραυματισμών και ασθενειών. Το κολύμπι έχει αποδειχθεί ότι είναι η καλύτερη άσκηση.

Στην εγκυμοσύνη η άσκηση στο νερό είναι ιδανικός τρόπος βελτίωσης της φυσικής και ψυχικής υγείας της εγκύου, με την προϋπόθεση ότι η μαία θα δημιουργήσει ένα ατομικό πρόγραμμα, που θα καλύπτει τις ανάγκες της εγκύου και δεν θα περιλαμβάνει ασκήσεις με τη χρήση βάρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική μέθοδος του νοσηλευτή στον προσδιορισμό των αναγκών του ασθενή, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της. Μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα αξιολόγησης των προβλημάτων του ασθενή, των προσδιορισμό των προβλημάτων του αρρώστου, ανάπτυξης ολιστικού εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας το οποίο καθορίζει τους επιθυμητούς σκοπούς του ασθενή και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων, την εφαρμογή του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στόχος της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να βοηθήσει τον νοσηλευτή να αντιμετωπίζει και να διαχειρίζεται την φροντίδα κάθε ασθενούς με ολιστικό,

δημιουργικό και επιστημονικό τρόπο. Παρουσιάζονται και περιγράφονται 2 περιστατικά που αφορούν τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή.

5.1 ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Στις 12/07/2014 προσήλθε στα τεπ του γενικού νοσοκομείου γυναίκα αθίγγανη, 17 ετών ,με βάρος 65 kgr, παντρεμένη μαζί με το νεογνό της, η οποία είχε γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό πριν από δύο ημέρες το δεύτερο παιδί της στο καταβλυσμό όπου διέμενε. Μετά τον τοκετό δεν διεκομίσθει σε νοσοκομείο ούτε συμβουλευτήκε μαιευτήρα, όπως αναφέρει η ίδια, καθώς ο τοκετός εξελίχθηκε ομαλά. Το νεογνό ύστερα από παιδιατρική παρακολούθηση χαίρει άκρας υγείας.

Η διάγνωση που έγινε ήταν λοίμωξη πυελογεννητικού σωλήνα, ρήξη της μήτρας και μυκητίαση γεννητικών οργάνων.

Τα μετεγχειρητικά προβλήματα της λεχωίδας και η εφαρμοσμένη νοσηλευτική φροντίδα για την αντιμετώπισή τους δίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Αξιολόγηση αρρώστου – προβλήματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Ρήξη της μήτρας και Αιμορραγία	Έλεγχος της αιμορραγίας και αντιμετώπιση της, αφαίρεση του πλακούντα από τον ιατρό.	Χορήγηση 1 μονάδα αίματος και ηλεκτρολυτών, παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών, και επιπλοκών κατά την μετάγγιση. Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων.	Χορηγήθηκε φυσιολογικός ορός N/S 0.9%. Χορηγήθηκε 1 μονάδα αίματος σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών. Σταθερή Αρτηριακή πίεση και θερμοκρασία.	Η αιμορραγία σταμάτησε και η ρήξη της μήτρας αντιμετωπίστηκε χειρουργικά από τον ιατρό.
Πόνος	Η ασθενής να μην πονάει σε 1 ώρα τουλάχιστον.	Χορήγηση παυσίπονου φαρμάκου	Χορήγηση παυσίπονου φαρμάκου σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.	Ο πόνος μειώθηκε.

<p>Λοίμωξη πυελογεννητι κού σωλήνα</p>	<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας, και ενυδάτωση της ασθενούς.</p>	<p>Συνεχής μέτρηση της θερμοκρασί ας και ενυδάτωση της ασθενούς με υγρά.</p>	<p>Μέτρηση της θερμοκρασίας κάθε 1 ώρα χορήγηση αντιβίωσης, Θέρμανση σε περίπτωση ρίγους, παρακολούθηση προσλαμβανόμεν ων και αποβαλλόμενων υγρών. Δείγματα από τον κόλπο και τον τράχηλο, για ν'αναγνωριστεί ο μολυσματικός μικροοργανισμό ς. Ταυτόχρονα, αρχίζει αμέσως θεραπεία με αντιβιοτικό ευρέως φάσματος υπερηχογράφημ α, για να ελεγχθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης ιστού του πλακούντα. της ευαίσθητης περιοχής με ένα</p>	<p>Τ α συμπτώματα της λοίμωξης υποχώρησαν.</p>
--	--	--	--	--

			καλό αντισηπτικό που δεν διαταράσσει το pH του κόλπου ή με ένα ήπιο σαπούνι.	
Ολιγαιμικό Shock		Χορήγηση υγρών και παρακολούθηση ισοζυγίου. Λήψη αρτηριακού αίματος για εξετάσεις, χορήγηση οξυγόνου. Τοποθέτηση ηλεκτροδίων ΗΚΓ για την παρακολούθηση καρδιακής λειτουργίας, συνεχής λήψη ζωτικών σημείων.	χορήγηση κρυσταλλικών διαλυμάτων (Ringer's Lactated ή φυσιολογικό ορό). Χορηγήστε διττανθρακικά με βάση το pH αίματος. Χορηγήθηκε οξυγόνο 100 % με μάσκα	
Μυκητίαση	Μείωση του	Χορήγηση	Χορηγήθηκε	Η ασθενής

γεννητικών οργάνων	πόνου και του κνησμού	αντιβίωσης, δείγματα κολπικών εκκρίσεων για καλλιέργεια, καθαρισμός της περιοχής με σαπούνι που δεν διαταράσει το pH του κόλπου.	αντιβίωση σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, καθαρισμός τοπικά με νερό.	ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα
Πυρετός	Η θερμοκρασία του σώματος να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα.	Συνεχής μέτρηση της θερμοκρασί ας και ενυδάτωση της ασθενούς με υγρά.	Μέτρηση της θερμοκρασίας κάθε 1 ώρα χορήγηση αντιβίωσης, Θέρμανση σε περίπτωση ρίγους, παρακολούθηση προσλαμβανόμε νων και αποβαλλόμενων υγρών.	Η θερμοκρασία διατηρείται στους 37°c.

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Στις 19/8/2014 προσήλθε στην Μαιευτική/Γυναικολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών εγκυμονούσα στον 1^ο τόκο, 23 ετών, με βάρος 81 kgf σε καλή κατάσταση με πιθανή ημερομηνία τοκετού 28/8/2014. Κατά την τελευταία εξέταση από τον μαιευτήρα κρίθηκε απαραίτητο να γίνει καισαρική τομή λόγω κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας.

Έχει κάνει τεστ Παπανικολάου. Δεν έχει κάνει καμιά αποβολή ή έκτρωση. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αποφασίστηκε να γίνει καισαρική τομή την επόμενη μέρα 20/8/2014. Η επέμβαση διεκπεραιώθηκε αισίως και η επίτοκος απέκτησε ένα υγιέστατο κοριτσάκι βάρους 3.600 kgf.

Τα προβλήματα που παρουσίασε η λεχώίδα δίνονται στον επόμενο πίνακα:

Αξιολόγηση αρρώστου - Προβλήματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Πόνος του εγχειρητικού τραύματος	Να μειωθεί ο πόνος και να ανακουφιστεί η λεχώρα.	Να ανακουφιστεί η λεχώρα από τον πόνο στην αρχή με φυσικό μέσα και αν αυτά δεν αποδώσουν να δοθεί φαρμακευτική αγωγή ύστερα από ιατρική εντολή.	Τίθεται σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι (ύπτια με λυγισμένα τα γόνατα), γίνεται διδασκαλία για υποστήριξη του τραύματος όταν Βήχει ή έχει τάση για έμετο. Χορήγηση παυσίπονου tb Deron 1x3 ύστερα από ιατρική εντολή.	Ο πόνος σταδιακά μειώθηκε και η λεχώρα ηρεμεί και κοιμάται.
Πυρετός (38,5°C)	Ρύθμιση της θερμοκρασίας και	Διάγραμμα για την καταγραφή	Συχνή λήψη θερμοκρασίας ανά 3ωρο και	Επίτευξη σταθερής θερμοκρασίας. Η θερμοκρασία επανήλθε

	αποκλεισμός πιθανής λοίμωξης είτε προέρχεται από τους μαστούς είτε από το ενδομήτριο.	θερμομετρήσεων. Προετοιμασία δίσκου αντιπυρετικών και αναλγητικών φαρμάκων. Προετοιμασία δίσκου για λήψη αίματος και αιμοκαλλιέργειας.	καταγραφή στο διάγραμμα. Ακριβής εφαρμογή των καθορισμένων από το γιατρό αντιπυρετικών και αναλγητικών φαρμάκων. Λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργεια.	στο φυσιολογικό επίπεδο 36,6°C.
Διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.	Να αποκατασταθεί το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών .	Χορήγηση ενδοφλεβίως N/S 1000cc εμπλουτισμένο με KCl και NaCl.	Χορηγήθηκε ύστερα από ιατρική εντολή φυσιολογικός ορός εμπλουτισμένος με KCl και NaCl.	Βαθμιαία το ισοζύγιο των υγρών και ηλεκτρολυτών αποκαταστάθηκε.
Ατονία του εντέρου.	Να λειτουργήσει το έντερο	Παρακολούθηση συμπτωμάτων, ανεύρεση της αιτίας.	Προκαλείται υποτονία μυών λόγω της επίδρασης του ναρκωτικού και τα πιθανά συμπτώματα .	Η λεχωίδα ανακουφίζεται και ηρεμεί.
Μετεωρισμός.	Απομάκρυνση		Υπάρχει	Αποκαταστάθηκε το

	των αερίων και ανακούφιση της λεχωΐδας.		φούσκωμα κοιλιάς και κωλικοί πόνοι. Καταπολέμηση των αιτιών που προκάλεσαν τον μετεωρισμό. Ελαφρά στροφή της λεχωΐδας προς το πλάι. Τοποθέτηση σωλήνα αερίων για υποκλισμό στο απευθυσμένο με το οποίο βοηθείται η αποβολή των αερίων. Εγερση της λεχωΐδας για την ανακούφιση της.	πρόβλημα της κένωσης και η λεχωΐδα ενεργείται κανονικά.
Επιμελής καθαριότητα τραύματος.	Πρόληψη λοιμώξεων.	Προσεκτικός καθαρισμός τραύματος και μαστών.	Επιμελής καθαριότητα τραύματος. Απομακρύνθη	Δεν παρουσιάστηκε καμιά λοίμωξη και η λεχωΐδα είναι σε

		<p>Διδασκαλία της λεχωίδας όσον αφορά την ατομική υγιεινή ακόμα και μετά την έξοδο της από την κλινική.</p>	<p>καν νεκρωμένοι ιστοί ή υγρά από το τραύμα και καθαρίστηκε με φυσιολογικό ορό.</p> <p>Έγινε αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα με betadine με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια.</p> <p>Έγινε τέλος περίδεση του τραύματος για την προφύλαξη του από μολύνσεις.</p>	<p>φυσιολογική κατάσταση.</p>
--	--	---	---	-------------------------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Blott M. (2011). Το βιβλίο της εγκυμοσύνης μέρα με τη μέρα. Επιμέλεια: Μπερή Δ, Πόθος Α. και Σιάσου Ζ. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα
2. Campbell S. και Christoph L. (2009). Μαιευτική και γυναικολογία. Επιμέλεια: Κουμαντάκης Ε. Εκδόσεις: Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα
3. Durer G. και Zeib G. (1994). Προετοιμασία τοκετού. Εκδόσεις Καλοκάθη, Αθήνα
4. Lowdermilk D. και Perry S.(2005).Νοσηλευτική Μητρότητας. Μετάφραση- επιμέλεια Λυκερίδου Α. και Δελτσίδου Α. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δ., Αθήνα
5. Roger S. (2007) .Μαιευτική και Γυναικολογία . Επιμέλεια :Μαρούλης Γ. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα
6. Snell S. R. (1992).Κλινική ανατομική. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
7. Αραβαντινός Δ.(1989). Μαιευτική. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα
8. Γεωργακόπουλου Α. (1966).Στοιχεία μαιευτικής: μαιευτικής νοσηλευτικής και γυναικολογίας. 3^η έκδοση. Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα
9. Ζαχαράκης Κ. (2005). Εγκυκλοπαίδεια Υγείας – Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση και τη λοχεία. Διαθέσιμο στην: http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=444, 15/09/2014
- 10.Καρπάθιος Σ.Ε.(1999). Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική. Β΄ τόμος. 2η έκδοση. Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα
- 11.Κουτηφάρη Χ.(1980). Άτλας μαιευτικής. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα

- 12.Κρεατσά Κ.(1998). Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Α΄ τόμος. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- 13.Λάζος Λ. και Παρασκευάς Γ.(1996). Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. University studio press, Θεσσαλονίκη
- 14.Μέισυ Κ. και Φώνκερ Φ. (1981). Εγκυμοσύνη και γέννηση. Μετάφραση: Ανδρέου Ι. Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα
- 15.Μεσσήνης Ι. (2005). Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις MD communications, Αθήνα
- 16.Μωραΐτου Μ. και Λυκερίδου Α. (2007).Η αξιοποίηση του τοκετού για την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- 17.Παπαδημητρίου Χ. (2006). Γυναικολογία ,γνωρίζω - προλαμβάνω - αντιμετωπίζω. Εκδόσεις Κήκες , Αθήνα
- 18.Παπανικολάου Π.(1994). Γυναικολογία. Έκδοση Γ΄. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
- 19.Πλέσσας Σ. (2010). Φυσιολογία του ανθρώπου. Εκδόσεις Φάρμακον – τύπος, Αθήνα
- 20.Πρεβεδουράκης Κ. (1999). Επίκαιρα θέματα Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
- 21.Σαλαμαλέκης Ε. (2008).Παθολογία της κύησης. Β΄ τόμος. Εκδόσεις Mendor editions S.A., Αθήνα
- 22.Σαλάτα Α. (2009). Σημειώσεις για το μάθημα <<Μαιευτική – Παιδιατρική>>, ΑΤΕΙ Πάτρας
- 23.Ταραβάνης Θ. (2006).Χειρουργική μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Ζήτα .Θεσσαλονίκη

- 24.Τοκμανίδης Π.(1999). Μαιευτική και γυναικολογία.
Εκδοτικός οίκος Κυριακίδη Α.Ε. Αθήνα
- 25.Τραγέα Ρ. (1999). Μαιευτική φροντίδα. Εκδόσεις: Γιαννακόπουλο,
Αθήνα
- 26.Τραγέα Ρ. (2005). *Φυσικός Τοκετός:Εναλλακτικές μέθοδοι
μαιευτικής φροντίδας*. Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνος
Ιωάννης,Αθήνα
- 27.Farook A. (2008). Εγχειρίδιο τοκετού και μαιευτικών τεχνικών.
Επιμέλεια: Πηγής Δ. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα
- 28.Χριστοπούλου – Αλετρά Ε.(2002). Περί Γυναικείων – Μαιευτική
και γυναικολογία από την αρχαιότητα ως σήμερα. Εκδόσεις Σιώκη,
Θεσσαλονίκη