



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΛΥΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑΣ**

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Θωμαή Καλλία
Μαία, Καθηγήτρια Εφαρμογών**

Θεσσαλονίκη, 2018



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΛΥΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑΣ**

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Θωμαή Καλλία
Μαία, Καθηγήτρια Εφαρμογών**

Θεσσαλονίκη, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	10
ΤΟΚΕΤΟΣ.....	10
1.1. Προετοιμασία της γυναίκας για τον τοκετό κατά την διάρκεια της κύησης.....	10
1.2. Η διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού	11
1.2.1. Το διερχόμενο έμβρυο	11
1.2.2. Η δίοδος	12
1.2.3. Δυνάμεις.....	12
1.2.4. Θέση της επιτόκου.....	12
1.3. Επιπλοκές κατά τον τοκετό.....	13
1.3.1. Επιπλοκές.....	16
1.3.2. Σύγκριση σικουλικίας έναντι εμβρουλικίας	16
1.3.3. Παράγοντες κίνδυνου αποτυχίας – επιπλοκών επεμβατικού τοκετού	17
1.3.4. Συμπεράσματα.....	17
1.4. Τοκετός με καισαρική τομή.....	18
1.4.1. Τύποι καισαρικής.....	19
1.4.2. Επιπλοκές και κίνδυνοι	19
2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	21
ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ.....	21
2.1. Αιματώματα.....	21
2.2. Ρήξεις της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων του αιδοίου	23
2.3. Ρήξεις ουρήθρας και ουροδόχου κύστης.....	24
2.4. Ρήξεις κόλπου και τραχήλου	25
2.5. Ρήξη μήτρας.....	26
2.6. Ρήξεις του περινέου	27
2.7. Διάταση της ηβικής συμφύσεως	29
2.8. Φροντίδα τραυμάτων του γεννητικού συστήματος κατά τον τοκετό.....	31
3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	32
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	32
3.1. Πρόληψη στην κύηση.....	32
3.1.1. Άσκηση στην εγκυμοσύνη	32
3.1.2. Ασκήσεις Kegel	34
3.1.3. Μαλάξεις περινέου.....	35
3.1.4. Βοηθήματα για την προετοιμασία του περινέου.....	36
3.2. Πρόληψη στον τοκετό.....	37
3.2.1. Αλλαγή στάσεων.....	37
3.2.2. Χειρισμός Valsava	39
3.2.3. Περινεοτομία.....	40
3.2.4. Τεχνική «hands on» ή «hands poised» και χειρισμός Ritgen's	41

3.2.5. Θερμό μπάνιο και η χρήση θερμής κομπρέσας στον τοκετό	42
3.2.6. Οι περινεϊκές μαλάξεις στον τοκετό.....	42
3.2.7. Χειρισμός Kristeller	43
3.2.8. Μη παρεμβατικές τεχνικές αξιολόγησης προόδου του τοκετού.....	43
4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	46
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ	46
4.1. Λοίμωξη του τραύματος	46
4.2. Ενδομητρίτιδα.....	48
4.3. Ουρολοιμώξεις.....	49
4.4. Ορθοκολπικό – Κυστεοκολπικό συρίγγιο	50
4.5. Τραυματική νευρίτιδα.....	51
4.6. Σηψαιμία και σηπτική καταπληξία	52
4.7. Ψυχολογική διάθεση κατά τον τοκετό	54
5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	57
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΧΩΙΔΑΣ.....	57
5.1. Μαιευτική φροντίδα λεχωίδας αμέσως μετά τον τοκετό	57
5.2. Μετέπειτα Φροντίδα.....	57
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	68

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Πρόληψη και αντιμετώπιση τραυμάτων στον τοκετό», εκπονήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των προϋποθέσεων, για την λήψη του πτυχίου μου από το Α.Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης, τμήμα Μαιευτικής. Πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας του τμήματος Μαιευτικής κας Θωμαΐς Καλλίας, την οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω για την απόφαση της να μου την αναθέσει και για την επιστημονική καθοδήγηση που μου προσέφερε. Η κα Καλλία με τη συνεχή στήριξη της προσπάθειας μου, την αισιοδοξία και το δημιουργικό ενθουσιασμό της συνέβαλλε στο να ξεπεραστούν οι δυσκολίες και να νιώθω πια την ηθική ικανοποίηση που συνοδεύει την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας μου.

Ταυτόχρονα, ευχαριστώ τα μέλη της εξεταστικής μου επιτροπής για την αποδοχή της παρουσίας τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται η ανάδειξη της πρόληψης και της αντιμετώπισης των τραυμάτων που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού, θεωρώντας ότι συνιστούν σημαντική προς διερεύνηση διάσταση της εξέλιξης του τοκετού καθώς και της λοχείας.

Η μεθοδολογία που ακολουθείται ξεκινά με βιβλιογραφική ανασκόπηση και συνεχίζει με την παρουσίαση ερευνών.

Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται οι μεταβολές στο σώμα της γυναίκας για να προετοιμαστεί για τον τοκετό κατά τη διάρκεια της κύησης καθώς επίσης και οι τύποι του τοκετού. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα είδη των τραυμάτων (που ενδέχεται να προκληθούν στον τοκετό) και η ανάλυση της πρόληψης στην εγκυμοσύνη, αλλά και της αντιμετώπισής τους. Έπειτα, αναφέρονται οι πιθανές επιπλοκές και τέλος, αναλύεται η μαιευτική φροντίδα της λεχώιδας κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο μαιευτήριο και της ομαλής επιστροφής της στην καθημερινότητα της.

Επισημαίνεται ότι οι διαδικασίες της αναπαραγωγής, σύλληψη, κύηση, τοκετός, λοχεία, αποτελούν απόλυτα φυσιολογικές διαδικασίες εξέλιξης και διατήρησης του είδους. Ωστόσο, παρατηρούνται επιπλοκές, στις οποίες διαφαίνεται ο πρωταρχικός ρόλος της μαίας, διότι τις αναγνωρίζει και τις αντιμετωπίζει άμεσα. Η φροντίδα της μαίας είναι αυξημένη καθώς θα πρέπει να προβλέψει και ταυτόχρονα να αποτρέψει διάφορες παθολογικές καταστάσεις που πιθανόν να προκύψουν κατά τη διάρκεια όλης της κύησης, καθώς και στον τοκετό αλλά και στην περίοδο της λοχείας. Ειδικότερα, θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και στην τήρηση των πρωτόκολλων, ώστε να αποφεύγεται η εμφάνιση πιθανών επιπλοκών.

Λέξεις κλειδιά: κύηση, τοκετός, λοχεία, επιπλοκές, πρόληψη, αντιμετώπιση.

ABSTRACT

In the present study, it is attempted to highlight the prevention and treatment of wounds created during delivery, considering that they are an important aspect of the birth for more research.

The followed method begins with a bibliographic review and continues with the presentation of researches.

In the first part, the changes that the woman's body receives in order to prepare for birth during pregnancy, as well as the types of childbirth, are presented. Furthermore, the types of wounds (which may be caused in childbirth) and the prevention during birth are analyzed. The treatment for these tears has also been analyzed. Then, the possible complications are reported, and finally, the obstetric care of the women who gave birth, is analyzed during her stay in the maternity ward and her smooth return to her daily routine.

It should be noted that the processes of reproduction of a human organism (conception, pregnancy, delivery, after-birth period) are normal processes of evolution and conservation of the species. However, there are complications that reveal the primary role of the midwife, because she recognizes and treats them directly. The responsibility of the midwife is increased as she has to predict, and at the same time prevent, various pathological conditions that may arise during the entire pregnancy, as well as in the delivery and the postpartum period. In particular, special attention should be paid to the observance of protocols, in order to avoid the possible appearance of complications.

Key words: pregnancy, labor, postpartum, complications, prevention, treatment.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιλογή του θέματος, της παρούσας πτυχιακής εργασίας με τίτλο «Πρόληψη και αντιμετώπιση τραυμάτων στον τοκετό», πραγματοποιήθηκε βάση προσωπικού ενδιαφέροντος και περιέργειας να εξερευνήσω εις βάθος, τις αιτίες δημιουργίας των τραυμάτων που προκαλούνται στον τοκετό, καθώς επίσης και τα είδη τους, την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση αυτών. Η συμβολή της μαίας είναι απαραίτητη στην μείωση ρήξεων στον τοκετό και στην πρόληψη τους, προετοιμάζοντας την γυναίκα σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην παρακάτω εργασία αναλύεται ο ρόλος της μαίας στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των τραυμάτων του τοκετού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τοκετός αποτελεί από τα σημαντικότερα γεγονότα στην ζωή της γυναίκας. Η μη εμπειριστατωμένη ενημέρωση εξαιτίας της ύπαρξης αναξιόπιστων πηγών καταλήγει στη δημιουργία αυξημένου άγχους, ανασφάλειας, φόβου, απογοήτευσης και πανικού παρά στην προετοιμασία της γυναίκας που εγκυμονεί. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), αναγνώρισε πρόσφατα τη βία κατά τον τοκετό (obstetric violence) ως μορφή βίας που παρατηρείται τόσο στον ανεπτυγμένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο, επιβεβαιώνοντας ουσιαστικά την τακτική που συχνά επισυμβαίνει κατά την διάρκεια του τοκετού, οι απόψεις και ο συναισθήματα της γυναίκας που γεννά, δεν κατέχουν πρωταρχικό στόχο της ομάδας που συμμετέχει στον τοκετό. Με αποτέλεσμα να δημιουργεί συχνά αρνητικές εμπειρίες στη γυναίκα καθώς και στον σύντροφό της.

Σκοπός της ακόλουθης εργασίας είναι η ανάλυση των τραυματισμών που προκαλούνται στην διάρκεια του τοκετού και την αντιμετώπισή τους βασιζόμενοι στις θεωρητικές και κλινικές δεξιότητες της εξειδικευμένης ομάδας. Παράλληλα, τονίζεται η πρόληψη κατά τη διάρκεια της κύησης, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση της γυναίκας ώστε συμβάλλει ενεργητικά στην ομαλή εξέλιξη του τοκετού της, έχοντας ενημερωθεί για την εξέλιξη με αποτέλεσμα να λαμβάνει αποφάσεις για τις παρεμβάσεις που μπορεί να χρειαστεί να πραγματοποιηθούν.

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΟΚΕΤΟΣ

1.1. Προετοιμασία της γυναίκας για τον τοκετό κατά την διάρκεια της κύησης

Σε όλη τη διάρκεια της κύησης, η γυναίκα προετοιμάζεται για την διαδικασία του τοκετού. Η γυναίκα υφίσταται ποικίλες φυσιολογικές προσαρμογές κατά τη διάρκεια της κύησης, σε διάφορα συστήματα του οργανισμού της όπως το γεννητικό, το ουροποιητικό, το αναπνευστικό, στο ορμονικό, το δέρμα, που την προετοιμάζουν για τον τοκετό και τη μητρότητα.

Οι ορμόνες της κύησης, όπως η προγεστερόνη, η οποία αρχικά παράγεται από το ωχρό σωματίο και εν συνεχεία από τον πλακούντα, συμβάλλει στην διατήρηση της κύησης, προκαλώντας χάλαση των λείων μυϊκών ινών, με αποτέλεσμα τη μειωμένη συσταλτικότητα της μήτρας και την πρόληψη των αυτόματων εκτρώσεων στο πρώτο τρίμηνο. Επίσης, η προγεστερόνη, προετοιμάζει τον κόλπο για τη διάταση κατά τον τοκετό και την έξοδο του εμβρύου, προκαλώντας την πάχυνση του κοιλιακού βλεννογόνου, τη χάλαση του συνδετικού ιστού, την υπερτροφία των λείων μυών και την επιμήκυνση του κοιλιακού θόλου. Παράλληλα, τα οιστρογόνα, τα οποία παράγονται από τον πλακούντα, προάγουν την μεγέθυνση των γεννητικών οργάνων, της μήτρας και των μαστών και αυξάνουν την αγγείωση, προκαλώντας αγγειοδιαστολή. Η αυξημένη αγγείωση του κόλπου και των άλλων σπλάχνων της πυέλου οδηγεί σε αξιοσημείωτη αύξηση της ευαισθησίας. Η αυξημένη ευαισθησία διεγείρει σεξουαλικά τη γυναίκα, ειδικά κατά τη διάρκεια του δευτέρου τριμήνου της κύησης. Επιπρόσθετα, η αυξημένη υπεραιμία, η οποία προκαλείται από την παραγωγή ωκυτοκίνης στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης της εγκύου, καθώς επίσης και τα υπό χάλαση τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων και το βάρος της μήτρας, μπορεί να προκαλέσουν οιδήματα και κίρσους του αιδοίου τα οποία στην πλειοψηφία τους υποχωρούν κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Οι εξωτερικές στοιβάδες του περινέου αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κύησης εξαιτίας της αύξησης στην αγγείωση, της υπερτροφίας του περινέου και της εναπόθεσης λίπους, για την οποία ευθύνονται η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου της ατόκου συμπλησιάζουν και κρύβουν την είσοδο του

κόλπου, ενώ τα μεγάλα χείλη των γυναικών που έχουν γεννήσει διαχωρίζονται και χαίρουν μετά τον τοκετό και τον τραυματισμό του περινέου ή του κόλπου.

Κατά την διάρκεια της κύησης το pH των κολπικών εκκρίσεων είναι περισσότερο όξινο από το φυσιολογικό (3,5-6), εξαιτίας της αυξημένης παραγωγής γαλακτικού οξέως. Παρόλο που το όξινο περιβάλλον του κόλπου παρέχει μεγαλύτερη προστασία από ορισμένους οργανισμούς, η έγκυος είναι πιο ευάλωτη σε ορισμένες κολπίτιδες, ειδικότερα στις μυκητιάσεις (Lowdermilk et al., 2013).

1.2. Η διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού

Ο τοκετός είναι η φυσιολογική διαδικασία της εξόδου του εμβρύου, του πλακούντα και των εμβρυικών υμένων διαμέσου του πυελογεννητικού σωλήνα και επιτυγχάνεται με αλλαγές στη σύσταση, τη σταδιακή εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου της μήτρας, ως αποτέλεσμα των ρυθμικών συστολών της με επαρκή συχνότητα, ένταση και διάρκεια (Αρβανιτίδου και συν., 2011).

Τουλάχιστον πέντε παράγοντες επηρεάζουν τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού. Είναι ευρέως γνωστοί ως πέντε P's:

1. passenger: διερχόμενο, αναφερόμενο στο έμβρυο και τον πλακούντα
2. passageway: δίοδος, δηλαδή ο πυελογεννητικός σωλήνας
3. powers: δυνάμεις, όπως οι συστολές της μήτρας
4. position: η θέση του σώματος της μητέρας κατά τον τοκετό και
5. psychologic response: μιλώντας για την ψυχολογική αντίδραση της επιτόκου.

Ο Vande Vusse (1999) προσδιόρισε και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν τον τοκετό, όπως ο χώρος διενέργειας του τοκετού, η προετοιμασία, ο τύπος του επαγγελματία φροντίδας και οι διαδικασίες που ακολουθούνται (ηλεκτρονική εμβρυική παρακολούθηση, ενδοφλέβια έγχυση υγρών και φαρμάκων και επισιοτομή).

1.2.1. Το διερχόμενο έμβρυο

Ο τρόπος με τον οποίο το έμβρυο μετακινείται στον πυελογεννητικό σωλήνα καθορίζεται από διάφορους παράγοντες που αλληλεπιδρούν, οι οποίοι είναι το μέγεθος και η προβολή της κεφαλής του εμβρύου, το σχήμα, η στάση και η θέση του εμβρύου. Επίσης, ο πλακούντας διέρχεται μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα και σπάνια δυσχεραίνει την διαδικασία του φυσιολογικού κολπικού τοκετού, εκτός από τις περιπτώσεις προδρομικού πλακούντα.

1.2.2. Η δίοδος

Ο πυελογεννητικός σωλήνας αποτελείται από το άκαμπτο οστέινο τμήμα την μητρικής πυέλου και τους μαλακούς ιστούς του τραχήλου, του πυελικού εδάφους, του κόλπου και της εισόδου του κόλπου. Μολονότι, τα μαλακά μέρη, κυρίως οι μυϊκές στιβάδες του πυελικού εδάφους, συμβάλλουν στο φυσιολογικό κολπικό τοκετό, η μητρική πύελος λαμβάνει σημαντικότερο ρόλο στην διεργασία του τοκετού, διότι το έμβρυο πρέπει να προσαρμοστεί με επιτυχία στο σχετικά άκαμπτο πυελογεννητικό σωλήνα. Συνεπώς, το μέγεθος και το σχήμα της πυέλου είναι απαραίτητο να προσδιορίζονται πριν από την έναρξη του τοκετού.

1.2.3. Δυνάμεις

Ακούσιες και εκούσιες δυνάμεις συνδυάζονται για την εξώθηση του εμβρύου και την αποβολή του πλακούντα από τη μήτρα. Οι ακούσιες συστολές της μήτρας, που ονομάζονται πρωτογενείς δυνάμεις, σηματοδοτούν την έναρξη του τοκετού. Αμέσως μετά τη διαστολή του τραχήλου, οι εκούσιες προσπάθειες εξώθησης της γυναίκας, που ονομάζονται δευτερογενείς δυνάμεις, αυξάνουν την ισχύ των ακούσιων συστολών.

1.2.4. Θέση της επιτόκου

Η θέση του σώματος επηρεάζει την ανατομική και φυσιολογική προσαρμογή στον τοκετό. Οι συχνές αλλαγές θέσης ανακουφίζουν από την κόπωση, αυξάνουν την άνεση και βελτιώνουν την κυκλοφορία. Συνεπώς, η επίτοκος πρέπει να ενθαρρύνεται να επιλέγει τις θέσεις που την ανακουφίζουν (Lowdermilk et al., 2013).

Ο φυσιολογικός τοκετός διαιρείται σε τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο του τοκετού, το οποίο ονομάζεται και στάδιο της διαστολής υποδιαιρείται στην λανθάνουσα και στην ενεργό φάση. Κατά την λανθάνουσα φάση παρατηρείται προοδευτική εξάλειψη του τραχήλου και ελαφρά αυξημένος ρυθμός καθόδου. Η ενεργός φάση του τοκετού χαρακτηρίζεται από ταχεία διαστολή του τραχήλου και αυξημένο ρυθμό καθόδου της προβάλλουσας μοίρας. Το πρώτο στάδιο έχει μεγαλύτερη διάρκεια από το δεύτερο και το τρίτο στάδιο μαζί. Ο αριθμός των προηγούμενων κυήσεων επιδρά σημαντικά στην διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού. Η διάρκεια του, σύμφωνα με την καμπύλη Friedman, για τις πρωτότοκες

είναι περίπου 18 ώρες ενώ για τις πολύτοκες περίπου 12 ώρες (Λουτράδης Δ. και συν., 2018).

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού, το οποίο ξεκινάει με την πλήρη διαστολή του τραχήλου και ολοκληρώνεται με την έξοδο του εμβρύου, έχει διάρκεια τρεις ώρες για την πρωτότοκο και περίπου δύο ώρες για μία πολύτοκο, ενώ σε περίπτωση που έχει χορηγηθεί επισκληρίδιος αναισθησία είναι δυνατόν να διαρκέσει μέχρι και τέσσερις ώρες. Στην παρούσα εργασία, θα δοθεί έμφαση στο δεύτερο στάδιο του τοκετού, καθώς σε αυτό, οι ωδίνες αποκτούν τη μεγαλύτερη ισχύ τους αφού η κατεύθυνση μετάδοσης των δυναμικών τάσης είναι ομοιόμορφη από τα κέρατα της μήτρας προς τον ισθμό και ο συντονισμός των μυϊκών συσπάσεων επιτρέπει μέγιστη ισχύ. Η συχνότητα των ωδινών μπορεί να υπερβεί τις 5 ανά 10 λεπτά, η διάρκειά τους ξεπερνά το 1 λεπτό και η ενδομήτρια πίεση μπορεί να ανέλθει στα 60mmHg. Για τον λόγο αυτό, αποτελεί το στάδιο στο οποίο παρατηρούνται οι περισσότερες ρήξεις του περινέου, υποδιαιρείται και αυτό σε δύο φάσεις την πυελική και την περινεϊκή. Στην πυελική φάση, όπου ξεκινά με την τελεία διαστολή του τραχήλου και ολοκληρώνεται όταν η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου φτάσει στο πυελικό έδαφος και στην περινεϊκή φάση, όπου η προβάλλουσα μοίρα βρίσκεται στο πυελικό έδαφος και η γυναίκα αισθάνεται πολύ έντονα την ανάγκη να εξωθήσει σε κάθε συστολή της μήτρας (αντανακλαστικό Ferguson). Στην φάση αυτή, οι εκούσιες εξωθητικές κινήσεις της γυναίκας μπορούν να υπερδιπλασιάσουν την ενδομήτρια πίεση η οποία μπορεί να ανέλθει στα 130mmHg.

Το τρίτο στάδιο, που αποκαλείται ως στάδιο της υστεροτοκίας, ξεκινάει μετά την έξοδο του εμβρύου και τελειώνει με την γέννηση του πλακούντα. Η αποκόλληση του πλακούντα συνήθως, συμβαίνει κατά την τρίτη ή τέταρτη ισχυρή συστολή της μήτρας μετά την γέννηση του νεογνού. Η διάρκειά του εξαρτάται από το αν εφαρμόζετε ενεργητική διαχείριση τρίτου σταδίου, με την χορήγηση ωκυτοκίνης αμέσως μετά τη γέννηση του πρόσθιου ώμου, όπου διαρκεί περίπου 30 λεπτά ενώ αν εφαρμοστεί παθητική διαχείριση, ο μέγιστος χρόνος αναμονής αυτόματης αποκόλλησης του πλακούντα είναι περίπου 60 λεπτά (Posner, Dy, Black, Jones, 2013).

1.3. Επιπλοκές κατά τον τοκετό

Οι επιπλοκές κατά τον τοκετό δυσχεράνουν την διαδικασία καθώς και την εξέλιξη

του τοκετού και χρήζεται απαραίτητη η παρουσία και η επέμβαση μαιευτήρα. Οι επιπλοκές εκδηλώνονται αφενός με διαταραχές του ρυθμού εξέλιξης και αφετέρου με καταστάσεις που προμηνύουν κίνδυνο για την υγεία του εμβρύου ή της μητέρας. Στην πρώτη κατηγορία, κατατάσσονται οι δυστοκίες και οι ανώμαλες προβολές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από καθυστερήσεις ή παύσεις του ρυθμού της διαστολής του τραχήλου και της καθόδου του εμβρύου και ο οξύς τοκετός, ο οποίος ολοκληρώνεται εντός δύο ωρών απ την έναρξή του. Στην δεύτερη κατηγορία, ανήκουν καταστάσεις που προμηνύουν κίνδυνο για την υγεία του εμβρύου ή της γυναίκας (Βαβίλης, Μπόντης 2011).

Ο Gilbert το 2007, απαρίθμησε ορισμένους παράγοντες που φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο της γυναίκας για δυστοκία της μήτρας, συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων:

1. Υπέρβαρη γυναίκα
2. Μικρό ανάστημα
3. Προχωρημένη ηλικία μητέρας
4. Ανωμαλίες μήτρας (συγγενείς ανωμαλίες, υπερδιάταση σε πολύδυμη κύηση ή υδράμνιο)
5. Ανώμαλες προβολές και θέσεις εμβρύου
6. Κεφαλοπυελική δυσαναλογία (ή εμβρυοπυελική δυσαναλογία)
7. Υπερδιέγερση της μήτρας με μητροσυσπαστικά
8. Κόπωση, αφυδάτωση, διαταραχές του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και φόβος μητέρας
9. Ακατάλληλη χρονική στιγμή χορήγησης αναλγητικών ή αναισθητικών.

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού, εκτός από τις δυνάμεις της μήτρας, συμβάλλουν και οι εκούσιες εξωθητικές δυνάμεις της επιτόκου που είναι αρκετά ισχυρές και φθάνουν τα επίπεδα των 100-150 mmHg. Επιπρόσθετα, εξάντληση ή αδυναμία εξωθήσεως, λόγω διάφορων παθολογικών αιτιών της επιτόκου (καρδιακά νοσήματα, νευρομυικές παθήσεις) δυσχεραίνουν την έξοδο του εμβρύου με αποτέλεσμα τη χρήση των εμβρυουλκών ή την πραγματοποίηση καισαρικής τομής.

Οι εμβρυουλκοί χρησιμοποιούνται για την έλξη της κεφαλής του εμβρύου υποβοηθώντας τις ανεπαρκείς εξωθητικές δυνάμεις που ασκούνται από την επίτοκο. Η εμβρυουλκία αρχικά, και η σικουλικία μετέπειτα, είναι μέθοδοι με τις οποίες συντελείται ή διεκπεραιώνεται ταχύτερα ο κολπικός τοκετός. Οι ενδείξεις που

αφορούν την επίτοκο είναι οι εξής:

- Καταστάσεις που δεν επιτρέπουν την καταβολή έντονης και παρατεταμένης προσπάθειας (βαριά καρδιακή νόσος, νόσος εγκεφαλικών αγγείων, βαριά προεκλαμψία – εκλαμψία, αυξημένη οφθαλμική πίεση, σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα).
- Η εξάντληση της επιτόκου από πολύωρο πρώτο στάδιο του τοκετού, ανεπαρκείς εξωθητικές ωδίνες, σχετική κεφαλοπυελική δυσαναλογία και παράταση δεύτερου σταδίου τοκετού, δηλαδή σε πρωτότοκες περισσότερο από δύο ώρες χωρίς περιοχική αναισθησία ή μεγαλύτερη των τριών ωρών με περιοχική αναισθησία και σε πολύτοκες μεγαλύτερο της μίας ώρας χωρίς αντίστοιχη αναισθησία ή περισσότερο από δύο ώρες με αυτού του είδους αναλγησία (ACOG, 2012).

Οι ενδείξεις που αφορούν στο έμβρυο είναι οι παρακάτω:

- Η καταγεγραμμένη εμβρυϊκή δυσφορία, όπως διαταραχές του εμβρυϊκού ρυθμού με τη μορφή εμμένουσας βραδυκαρδίας με σφίξεις 160 ανά λεπτό καθώς και όψιμων επιβραδύνσεων, οι ανώμαλες θέσεις της κεφαλής του εμβρύου και τέλος, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα στο δεύτερο στάδιο του τοκετού.
- Ειδικές καταστάσεις, όπως εμβρυουλκία σε περιπτώσεις αποτυχίας της σικουουλκίας ενώ η κεφαλή είναι στην έξοδο της πυέλου καθώς και σικουουλκίας ή εμβρυουλκίας κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής λόγω δυσκολίας εξόδου της κεφαλής του εμβρύου.

Οι ενδείξεις εφαρμογής τους, όντας κοινές και για τις δύο μεθόδους, σήμερα είναι περιορισμένες σε σχέση με το παρελθόν, καθόσον πλέον προέχει εκτός της ελαχιστοποίησης της νοσηρότητας της επιτόκου και η όσον το δυνατόν μείωση των επιπλοκών εκ μέρους του εμβρύου. Συνεπακόλουθα, οι μέθοδοι αυτές αφορούν μόνο στον εξελκυσμό του εμβρύου από την έξοδο και εν μέρει από την ευρυχωρία της πυέλου. Οι επιπλοκές, που ενίοτε μπορεί να είναι και σοβαρές, αφορούν περισσότερο στην εμβρυουλκία και λιγότερο στη σικουουλκία και είναι κυρίως αποτέλεσμα λανθασμένης εκτίμησης και λιγότερο έλλειψης τεχνικής ή λανθασμένης εφαρμογής τους, δεδομένου ότι απαιτείται καλή γνώση της ανατομίας της πυέλου, της θέσης της κεφαλής του εμβρύου και του μηχανισμού τοκετού καθώς και η κατάλληλη κλινική εκπαίδευση της ομάδας που εμπλέκεται στον τοκετό (Λουτράδης Δ. και συν., 2018).

Στις αντενδείξεις εφαρμογής των μεθόδων επεμβατικού τοκετού σήμερα,

περιλαμβάνονται:

- το μη κάθετο σχήμα του εμβρύου,
- η ανεμπέδωτη κεφαλή,
- η άγνωστη ή μη διαγνωσμένη θέση της κεφαλής του εμβρύου,
- η προωρότητα (κύηση μικρότερη των 34 εβδομάδων),
- η διαγνωσμένη διαταραχή πήκτικότητας του αίματος (αιμοφιλία),
- ατελής οστεογενεσία του εμβρύου.

Σχετική αντένδειξη εφαρμογής, επίσης αποτελούν το τραύμα του δέρματος του κρανίου του εμβρύου, καθώς και η ανεξήγητης αιτιολογίας μητρορραγία.

Αυτού του είδους επεμβάσεις, πρέπει να εφαρμόζονται με μεγάλη προσοχή σε γυναίκες με διαβήτη, μακροσωμία εμβρύου, παράταση του τοκετού συνυπολογίζοντας πάντα την πιθανότητα δυστοκίας ώμων (ACOG, 2015a).

1.3.1. Επιπλοκές

Τραύματα του πυελογεννητικού σωλήνα μετά την χρήση εμβρυουλκίας, όπως ρήξεις τραχήλου, συνήθως όταν δεν υπάρχει πλήρης διαστολή του, κόλπου, χειλέων, αιδοίου και περινέου, ρήξεις σφιγκτήρα και ορθού εντέρου, συνήθως όταν δεν γίνεται καλή υποστήριξη του περινέου κατά την απότομη έξοδο της κεφαλής του εμβρύου, και κατόπιν εσφαλμένης επιλογής του είδους της περινεοτομίας και τέλος, ακράτεια κοπράνων, συχνά δημιουργούνται. Επίσης, είναι πιθανή η εμφάνιση ουρολογικών προβλημάτων, που είναι σχετικά σπάνια, και συμβαίνουν όταν δεν έχει κενωθεί πλήρως η ουροδόχος κύστη προ της επεμβάσεως. Τέλος, αναφέρονται και περιπτώσεις διάστασης της ηβικής σύμφυσης (Dungan, 2012).

Η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών δεν απαιτείται απλώς και μόνον με την ένδειξη επεμβατικός τοκετός παρά μόνον σε περιπτώσεις ενδομητρίτιδας. Η αντιβιοτική κάλυψη κρίνεται αναγκαία σε περιπτώσεις εκτεταμένων τραυμάτων ή αιματωμάτων καθώς και σηπτικού περιβάλλοντος (RCOG, 2011).

1.3.2. Σύγκριση σικουουλκίας έναντι εμβρυουλκίας

Παρουσιάζεται σύγκριση σε θέματα ασφάλειας και επιπλοκών των επιτόκων.

- Η δυστοκία ώμων είναι διπλάσια σε συχνότητα και η αιμορραγία λοχείας αυξάνεται σημαντικά με τη σικουουλκία σε σύγκριση με την εμβρυουλκία.

- Οι ρήξεις του περινέου 3ου και 4ου βαθμού καθώς και του κοιλιακού τοιχώματος είναι σημαντικά αυξημένες κατά την εμβρυολκία σε σύγκριση με τη σικουολκία.
- Σημαντικά μειωμένη η ανάγκη αναισθησίας στη σικουολκία (22% έναντι 31% κατά την εμβρυολκία).
- Ο πόνος του περινέου στις 24 πρώτες ώρες είναι σημαντικά μειωμένος στη σικουολκία (9% εντός 15%) (Posner et al., 2013).

1.3.3. Παράγοντες κίνδυνου αποτυχίας – επιπλοκών επεμβατικού τοκετού

Οι παράγοντες κίνδυνου αποτυχίας και επιπλοκών επεμβατικού τοκετού είναι η αδυναμία εκτίμησης του ύψους της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, με αποτέλεσμα να επιχειρείται κακώς η επέμβαση και η λανθάνουσα εκτίμηση της θέσης της κεφαλής του εμβρύου. Επιπρόσθετα, παράγοντες κίνδυνου αποτελούν η αδυναμία ή η δυσκολία ή η κακή εκτίμηση της κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας όπως επίσης και η αποτυχία έλξης κατά τον άξονα της πυέλου (Dungan, 2012).

1.3.4. Συμπεράσματα

Τόσο η εμβρυολκία όσο και η σικουολκία, έχουν τις ίδιες ενδείξεις εφαρμογής και δεν υπάρχουν απόλυτες συνθήκες κάτω από τις οποίες πρέπει να εφαρμόζονται. Δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες αποδείξεις αποτελεσματικότητας και επιπλοκών μεταξύ των διαφόρων τύπων εμβρυολκών. Οι εύκαμπτες κεφαλές της σικουολκίας έχουν μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχίας εφαρμογής και μικρότερο ποσοστό επιπλοκών σε σύγκριση με τις άκαμπτες κεφαλές. Μετά την αποτυχία εφαρμογής μιας μεθόδου επεμβατικού τοκετού θα πρέπει γενικώς να αποφεύγεται η εφαρμογή μιας διαφορετικής τοιαύτης. Όταν η εμβρυολκία και η σικουολκία εφαρμόζονται από έμπειρους ιατρούς είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς τόσο για τις επιτόκους όσο και για τα νεογνά (Dungan, 2012).

Στην αντιμετώπιση ενός παθολογικού τοκετού πρέπει να ληφθούν υπόψη τα «5 P's», που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Η μαία μπορεί να συμβάλει στην εξέλιξη και έκβαση του τοκετού όταν η εφαρμοζόμενη κλινική πρακτική βασίζεται σε αποδείξεις και όχι υποθέσεις. Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην μαιευτική εκτίμηση και τις μαιευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, ώστε να διευκολυνθεί ο τοκετός και να

ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση της επιτόκου. Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης μπορεί να επιφέρει σημαντική διαφορά (Gilbert, 2016).

1.4. Τοκετός με καισαρική τομή

Με καισαρική τομή μέσω διακοιλιακής χειρουργικής τομής στη μήτρα, πραγματοποιείται η γέννηση του εμβρύου. Σκοπός της καισαρικής τομής είναι η διατήρηση της ζωής ή της υγείας της γυναίκας και του εμβρύου και για το λόγο αυτό εκτελείται όταν υπάρχουν ενδείξεις μητρικών ή εμβρυικών επιπλοκών. Υπάρχουν λόγοι που αφορούν τη γυναίκα ή το έμβρυο για τους οποίους επιλέγεται η καισαρική τομή και είναι οι ακόλουθοι:

Από την γυναίκα

- Πολύ μικρή πύελος και ανατομικές δυσπλασίες της πυέλου, που καθιστούν αδύνατο τον κοιλικό τοκετό.
- Ύπαρξη καρδιακής νόσου.
- Ύπαρξη πνευμονικής πάθησης.
- Καταστάσεις που συνδέονται με αυξημένη ενδοκράνια πίεση.
- Μηχανική απόφραξη του κατώτερου τμήματος της μήτρας (όγκοι, ινομυώματα).
- Ρήξη μήτρας.
- Επιπωματικός πλακούντας.
- Προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στην μήτρα.
- Αποκόλληση πλακούντα.
- Κεφαλοπυελική δυσαναλογία.
- Αδυναμία εξέλιξης τοκετού.
- Ενεργός λοίμωξη μητέρας (έρπης ή HIV).

Από το έμβρυο

- Ανώμαλο σχήμα εμβρύου.
- Εμβρυική δυσχέρεια.
- Συγγενείς ανωμαλίες.
- Πολύδυμος κύηση.
- Πρόπτωση ομφαλίδας (Mylonas, Friese, 2015)

1.4.1. Τύποι καισαρικής

Οι δύο βασικοί τύποι καισαρικής τομής είναι η εγκάρσια τομή (Pfannenstiel) στην κατώτερη κοιλιακή χώρα και σπανιότερα η κάθετη τομή που εκτείνεται από τον ομφαλό έως την ηβική σύμφυση. Αυτό γίνεται γιατί η χαμηλή εγκάρσια τομή επουλώνεται καλύτερα, έχει μικρότερο κίνδυνο μετεγχειρητικής κήλης και το αισθητικό αποτέλεσμα είναι προτιμότερο.

Ο τύπος της τομής προσδιορίζεται κυρίως από την επιτακτικότητα της επέμβασης και την παρουσία ουλών από προηγούμενες επεμβάσεις. Το είδος της τομής που διενεργείται στο δέρμα δεν υποδεικνύει απαραίτητα και τον τύπο τομής στην μήτρα (Lowdermilk et al., 2013).

1.4.2. Επιπλοκές και κίνδυνοι

Στις πιθανές επιπλοκές της μητέρας από την καισαρική τομή περιλαμβάνεται η εισρόφηση, η αιμορραγία, η ατελεκτασία, η ενδομητρίτιδα, η διάνοιξη ή επιμόλυνση του κοιλιακού τραύματος, οι ουρολοιμώξεις, ο τραυματισμός της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου και οι επιπλοκές που σχετίζονται με την αναισθησία (Cunningham et al., 2014).

Η μαία φροντίζει μετεγχειρητικά να συμπεριφέρεται στην γυναίκα πρώτα ως μητέρα και εν συνεχεία ως χειρουργημένη ασθενή. Με τον τρόπο αυτό, η μαία είναι σε θέση να επηρεάσει την αντίληψη της γυναίκας για τον εαυτό της μετά την καισαρική τομή και να αποτρέψει την εμφάνιση δυσάρεστων συναισθημάτων, που συχνά αντιμετωπίζει η γυναίκα που γέννησε με επείγουσα καισαρική λόγω διαφόρων επιπλοκών. Η στάση αυτή, βοηθά την γυναίκα να αντιληφθεί ότι έχει τους ίδιους προβληματισμούς και ανάγκες με νέες μητέρες, που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό.

Τα κύρια αναμενόμενα προβλήματα της γυναίκας στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο είναι ο πόνος στην τομή και η δυσφορία του εντέρου, με αποτέλεσμα να απαιτείται αναλγησία. Επιπρόσθετα, μπορούν να εφαρμοσθούν άλλα μέτρα ανακούφισης, όπως οι αλλαγές θέσης, η υποστήριξη της τομής με μαξιλάρια και τεχνικές χαλάρωσης που έχουν διδαχθεί στα μαθήματα προετοιμασίας γονέων.

Ο απώτερος στόχος σε κάθε τοκετό είναι η φυσιολογική εξέλιξη του χωρίς να εκδηλωθεί κάποια μη καθησυχαστική εμβρυική αντίδραση. Η μαία λαμβάνει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του τοκετού, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση της επιτόκου και δρώντας βασισμένη σε αποδεδειγμένες πρακτικές αλλά και

χρησιμοποιώντας θεραπευτικές, μη φαρμακολογικές μεθόδους, διευκολύνει την διαδικασία του τοκετού. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να δυσχεράνουν τον τοκετό, οι οποίοι είναι πέρα από τον έλεγχο της μαιίας, τους οποίους θα πρέπει να αναγνωρίσει και να αναφέρει άμεσα στον θεράποντα ιατρό. Η εξειδικευμένη μαιευτική ομάδα θα πρέπει να συνεργαστεί για να διευκολύνει τον τοκετό και να επιτευχθεί η βέλτιστη μητρική και νεογνική έκβαση (Gilbert, 2016).

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Οι κακώσεις και γενικά οι τραυματισμοί του πυελογεννητικού σωλήνα κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι συχνοί και ευθύνονται περίπου για το 20% των αιμορραγιών μετά τον τοκετό. Συχνότερα, κακώσεις και ρήξεις συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του επεμβατικού κολπικού τοκετού, με τη χρήση εμβρυουλκών, συκιουλκίας ή κατά τη διάρκεια μετασχηματισμού του εμβρύου.

Οι κακώσεις του μητροκολεϊκού σωλήνα μπορεί να αφορούν τη μήτρα, τον κόλπο, τον τράχηλο, το αιδοίο και το περίνεο. Επιπλέον, η προσοχή και η επιδεξιότητα της μαιίας ή του μαιευτήρα δεν είναι εύκολο να προλάβουν πάντα τους τραυματισμούς που δημιουργούνται στον τοκετό. Ταυτόχρονα όμως, η τεχνική τους κατάρτιση και η εμπειρία τους, θα συμβάλλουν ώστε να περιοριστεί η έκταση των τυχών κακώσεων και να πραγματοποιηθεί έγκαιρη και ολοκληρωμένη αποκατάστασή τους.

Η παραμέληση της χειρουργικής αποκατάστασης των τραυματικών βλαβών αμέσως μετά τον τοκετό σχετίζεται με πολλά άμεσα δυσάρεστα ενδεχόμενα και αρκετές επιγενείς παθολογικές καταστάσεις. Οι αιμορραγίες από τις τραυματικές επιφάνειες, αποτελούν το πρώτο άμεσο δυσάρεστο ενδεχόμενο του τραυματισμού του γεννητικού συστήματος κατά τον τοκετό. Στη συνέχεια, μπορεί να αναπτυχθούν φλεγμονές, κυστεοκολπικά συρίγγια, κατάργηση της λειτουργίας του σφιγκτήρα του ορθού κα ορθοκολπικά συρίγγια. Αργότερα, ως απώτερες επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν πρόπτωση του κόλπου και της μήτρας και προβλήματα στη λειτουργία της ουροδόχου κύστης (Ιατράκης, 2015).

2.1. Αιματώματα

Τις πρώτες δώδεκα ώρες μετά τον τοκετό μπορεί να δημιουργηθούν αιματώματα στην περιοχή του αιδοίου, στην περιοχή της περινεοτομίας ή στο ανώτερο τμήμα του κόλπου, όπου είναι δυνατόν να αφορούν τα παραμήτρια και τα οποία μπορεί να οφείλονται σε τραυματισμούς που διέφυγαν της προσοχής και δεν έγινε προσεκτική συρραφή τους, σε ανεπαρκή συρραφή της περινεοτομής ή σε ρήξη του περινέου,

καθώς και σε ρήξη κισσών ή άλλων αγγείων. Εάν το αιμάτωμα είναι μικρής έκτασης γίνεται συρραφή κατά βάθος, ενώ εάν είναι μεγάλης έκτασης, πρέπει να γίνει διάνοιξη και να βρεθεί το αγγείο που αιμορραγεί ώστε να απολινωθεί.

Τα αιματώματα διακρίνονται σε:

1. Αιματώματα του αιδοίου, έξω από την περιτονία κάτω από το πυελικό διάφραγμα.
2. Παρακολπικά αιματώματα, πάνω από την περιτονία και
3. Υποπεριτοναϊκά αιματώματα, στα παραμήτρια κάτω από το περιτόναιο

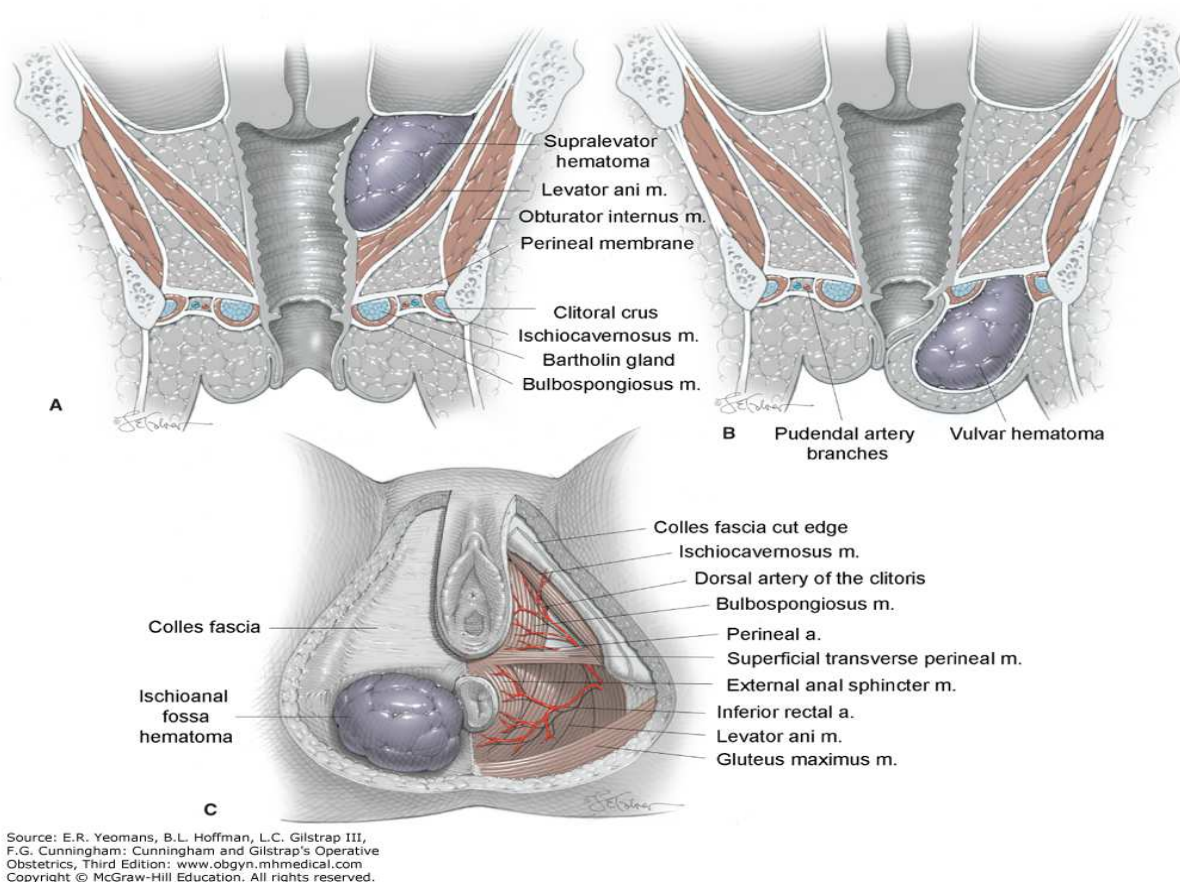
Τα αιματώματα οφείλονται συνήθως, σε ρήξη εσωτερικών τοπικών κισσών ή μικρών αγγειακών στελεχών και είναι συχνότερα στις πολύτοκες και στις περιπτώσεις εκείνες, που γίνεται μεγάλη διάταση των κοιλικών ιστών κατά τον τοκετό, όπως συμβαίνει σε υποπλαστικό κόλπο, σε στένωση του κόλπου, σε μετεγχειρητικές ουλές του κόλπου ή σε τοκετό μακροσωμικού εμβρύου (Lee et al., 2010).

Ακολούθως, τα αιματώματα που εντοπίζονται στα παραμήτρια είναι επικίνδυνα και μπορούν να επεκταθούν υποπεριτοναϊκά, στο σύστοιχο ψοϊτη, οπότε στην συμπτωματολογία προστίθεται και η εκσεσημασμένη ευαισθησία, αυτόματη ή προκλητή, στην αντίστοιχη οσφυϊκή χώρα. Επομένως, καθώς τα παραμήτρια αιματώματα εκτείνονται οπισθοπεριτοναϊκά, είναι δυνατόν να προκληθεί σημαντική απώλεια αίματος χωρίς να παρατηρείται αιμορραγία από τον κόλπο.

Η κύρια συμπτωματολογία των αιματωμάτων μετά τον τοκετό είναι η ύπαρξη έντονου τοπικού πόνου, η αυξημένη ευαισθησία στην περιοχή του αιματώματος κατά την ψηλάφηση και η εμφάνιση συμπτωμάτων οξείας απώλειας αίματος, που εξαρτάται από την έκταση του αιματώματος. Εάν έχει χαθεί μεγάλη ποσότητα αίματος, η γυναίκα παρουσιάζει ζάλη, ταχυκαρδία, υπόταση ακόμη και καταπληξία. Εάν το αιμάτωμα είναι ψηλά και οι ρήξεις εντός πυελικής κοιλότητας, μπορεί να επέλθει στην λεχωίδα ξαφνικό σοκ ακόμη και θάνατος (Cunningham et al., 2014). Η διάγνωση τίθεται εντός 12 ωρών από τον τοκετό. Στηρίζεται στη συμπτωματολογία και τα ψηλαφητικά ευρήματα από τον κόλπο ή το ορθό και τα κοιλιακά τοιχώματα. Όταν διαπιστωθεί η ύπαρξη αιματώματος, επιβάλλεται η άμεση διάνοιξή του, η παροχέτευση των θρόμβων του αίματος και η ανεύρεση του αγγείου που αιμορραγεί για να γίνει η απολίνωσή του για την επίτευξη της αιμόστασης. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται στα αιματώματα, που επεκτείνονται στα παραμήτρια, λόγω του κινδύνου που υπάρχει, να υποκρύπτουν συγκαλυμμένη ατελή ρήξη της μήτρας στο

κατώτερο τμήμα της, κοντά στα μητριαία αγγεία.

Στις περιπτώσεις αυτές, είναι σκόπιμος ο σχολαστικός έλεγχος της κατάστασης με ερευνητική λαπαροτομία, κατά την οποία παροχετεύεται το αιμάτωμα του πλατύ συνδέσμου της μήτρας (παραμήτρια). Σε σπάνιες περιπτώσεις, το αιμάτωμα στα παραμήτρια μπορεί να οφείλεται σε ρήξη της ωθηκικής φλέβας και η κατάσταση να ομοιάζει με ατελή ρήξη μήτρας. Η αντιμετώπιση της κατάστασης επιβάλλει την εκτέλεση λαπαροτομίας, την παροχέτευση του αιματώματος και την απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου (Posner et al., 2013).



Εικόνα 2.1: Αιμάτωμα μετά τον τοκετό. A: παρακολπικό αιμάτωμα. B: αιμάτωμα του αιδοίου. C: υποπεριτοναϊκό αιμάτωμα. (Yeomans et al., 2017)

2.2. Ρήξεις της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων του αιδοίου

Οι ρήξεις της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων του αιδοίου είναι αρκετά συχνές. Οι ρήξεις αυτές είναι αιμορραγικές, λόγω της υπερβολικής αγγειοβρίθειας και είναι

δυνατόν να επεκτείνονται στο τοίχωμα της ουρήθρας. Συνήθως, συμβαίνουν στις περιπτώσεις που δε γίνεται προληπτικά περινεοτομία ή όταν η υποστήριξη και αναχαίτιση της κεφαλής του εμβρύου δε γίνεται ικανοποιητικά, ώστε να αποτρέπεται η απότομη έκτασή της.

Η αποκατάσταση των ρήξεων αυτών μπορεί να προληφθεί όταν δεν αιμορραγούν. Κατά τη συρραφή απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να αποφευχθεί τρώση ή συρραφή της ουρήθρας, ενώ συχνά προτείνεται η προληπτική τοποθέτηση μεταλλικού καθετήρα στην ουρήθρα προς ασφαλή καθορισμό των ανατομικών της ορίων (Αντσακλής, 2011). Σε επιφανειακές ρήξεις μικρού βάθους, πολλές φορές δεν απαιτείται συρραφή τους, αφού μπορούν να επουλωθούν από μόνα τους. Αντιθέτως, σε ρήξεις με μεγαλύτερο βάθος διείσδυσης, απαιτείται η αποκατάσταση και συρραφή τους. (Cunningham et al., 2014).

2.3. Ρήξεις ουρήθρας και ουροδόχου κύστης

Άλλη κάκωση, που μπορεί να προκληθεί από τον τοκετό, είναι η ρήξη της ουροδόχου κύστης από κακή διαχείριση της περάτωσης του τοκετού, από τραυματισμό ή και νέκρωση του τοιχώματος της κύστης από παρατεταμένη πίεση από την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου σε εργώδη τοκετό. Επίσης, ρήξη συμβαίνει όταν, ενώ η ουροδόχος κύστη είναι πλήρης, επιχειρείται η διεκπεραίωση του τοκετού με μαιευτική παρέμβαση όπως η χρήση της απαγορευτικής τεχνικής Kristeller (Αντσακλής, 2011).

Εν συνεχεία, εάν προκληθεί ρήξη της ουροδόχου κύστης, επιβάλλεται η άμεση εκτέλεση λαπαροτομίας και η συρραφή του τραύματός της.

Επιπλέον, στην περίπτωση που δημιουργηθεί αιμάτωμα στην ουροδόχο κύστη εξαιτίας ενός παρατεταμένου τοκετού ο κίνδυνος να αναπτυχθεί νέκρωση του τοιχώματος της, τις πρώτες ημέρες της λοχείας είναι πολύ αυξημένος. Για αυτό επιβάλλεται μόνιμη παροχέτευση της κύστης με ελαστικό καθετήρα, για διάστημα τριών ημερών, ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή αιμάτωση των τοιχωμάτων της και να αποφευχθούν υποστροφές, που μπορεί να οδηγήσουν σε νεκρώσεις (Patrizio et al., 2016).

Τραυματισμοί κατά τον τοκετό μπορεί να γίνουν και στην ουρήθρα. Είναι συχνότεροι οι τραυματισμοί αυτοί σε παράταση του δεύτερου σταδίου του τοκετού, όπου η πίεση της κεφαλής στην ουρήθρα είναι παρατεταμένη και οδηγεί σε οίδημα, σε

εκχυμώσεις των ιστών και σε σπασμό του έσω σφιγκτήρα της ουρήθρας. Υπερβολική πίεση μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση των ιστών και δημιουργία κυστεοκολπικού συριγγίου, καθώς και στην απώλεια του μυϊκού τόνου της ουρήθρας και την κατακράτηση ούρων.

Αμέσως μετά τον τοκετό είναι πιθανόν να συμβεί κατακράτηση ούρων. Στην περίπτωση όπου η κύστη υπερδιαταθεί με ούρα μετά τον τοκετό, είναι απαραίτητη η κένωσή της, οπότε μπορεί να χρειαστεί ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Εάν η ποσότητα των ούρων υπερβαίνει το λίτρο, κλείνεται ο καθετήρας και τον ανοίγεται κατά διαστήματα, ώστε η κύστη να κενωθεί σταδιακά. Προτείνεται να παραμείνει ο καθετήρας για δύο 24ωρα και το δεύτερο 24ωρο να κλείνει και να ανοίγει ανά δύο ώρες, ώστε η κύστη να εκπαιδευτεί στην φυσική λειτουργία. Η λεχωίδα προτρέπεται να λαμβάνει αρκετή ποσότητα υγρών και παράλληλα παρακολουθείται και καταγράφεται το ποσό των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, ώστε να αποκλειστεί η κατακράτηση ούρων (Αντσακλής, 2011).

2.4. Ρήξεις κόλπου και τραχήλου

Οι ρήξεις του κόλπου μπορεί να είναι μικρές ή μεγάλες και να επεκτείνονται προς τους κολπικούς θόλους χωρίς να αιμορραγούν σημαντικά. Αυτές οι ρήξεις δε γίνονται αντιληπτές, εάν δε γίνει η απαραίτητη επισκόπηση. Η συρραφή τους γίνεται με συνεχή ράμματα και αρχίζει πάνω από την γωνία του τραύματος για πλήρη αιμόσταση. Προδιαθεσικοί παράγοντες για τις ρήξεις του κόλπου είναι οι φλεγμονές, οι ουλές και τα διαφράγματα του κόλπου (Posner et al., 2013).

Οι ρήξεις του τραχήλου οφείλονται συνήθως σε χρήση εμβρυουλκίας, αλλά μικρότερης έκτασης ρήξεις μπορεί να συμβούν και σε φυσιολογικό τοκετό χωρίς την χρήση εμβρυουλκών. Ο έλεγχος του τραχήλου μετά από τον κολπικό τοκετό πραγματοποιείται με την βοήθεια θυριδωτών λαβίδων και βαθμιαία μετατόπιση αυτών με κυκλωτή κίνησή τους. Σε περίπτωση ρήξης, είναι αναγκαία η σύλληψη των δύο γωνιών της, η έλξη του τραχήλου και η συρραφή αυτής αρχίζοντας πάλι πάνω από την γωνία του τραύματος. Εάν η ρήξη επεκτείνεται άνωθεν του τραχήλου στον ισθμό της μήτρας, είναι αναγκαία η διενέργεια λαπαροτομίας.

Ο προληπτικός έλεγχος και η αποκατάσταση των ρήξεων βοηθάει, ώστε να μη δημιουργηθούν οι δυσμενείς εκείνες συνθήκες, που θα οδηγήσουν αργότερα σε

πρόπτωση του κοιλιακού τοιχώματος και της μήτρας. Η παράλειψη συρραφής του τραχήλου, οδηγεί σε ανάπτυξη χρόνιας τραχηλίτιδας, εκτεταμένου εκτροπίου και το σοβαρότερο, ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου, με τα δυσάρεστα επακόλουθα για τις επόμενες εγκυμοσύνες (Λουτράδης και συν. 2018).

Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ότι η υπερβολική προσπάθεια αποκατάστασης των ρήξεων του τραχήλου είναι δυνατόν να οδηγήσει σε στένωση του τραχηλικού στομίου κατά την παλινδρόμηση της μήτρας στην λοχεία (Αντσακλής, 2011).

2.5. Ρήξη μήτρας

Η ρήξη της μήτρας εξακολουθεί να είναι σοβαρή άλλα ευτυχώς σπάνια επιπλοκή της κύησης και του τοκετού, που ευθύνεται ακόμη και σήμερα για το 50% του συνόλου της μητρικής θνησιμότητας. Ορίζεται ως η διακοπή της συνέχειας του τοιχώματος της μήτρας. Αυτή μπορεί να είναι τελεία, όταν αφορά σε όλο το πάχος του μυομητρίου, ή ατελής όταν αφορά σε τμήματα αυτού. Μπορεί να παρατηρηθεί και κατά τη διάρκεια της κύησης πριν από τον τοκετό αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται στη διάρκεια του τοκετού, συνήθως ύστερα από μαιευτική παρέμβαση. Έχει υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας για τη γυναίκα και το έμβρυο. Η ρήξη της μήτρας συχνά προϋποθέτει την ύπαρξη ουλής στο μυϊκό τοίχωμα, υπερπολυτοκία με αποτέλεσμα την χαλάρωση των μυών της μήτρας, την εκτεταμένη χρήση μαιευτικών εμβρυουλκών καθώς και την μακροσωμία του εμβρύου (Lee et al., 2010).

Ρήξη της μήτρας κατά τον τοκετό μπορεί να προκληθεί και από δυσαναλογία, με πρόδρομο σημείο τον γνωστό «δακτύλιο του Bandl». Τα χείλη της ρήξης είναι συχνά ανώμαλα και μπορεί να υπάρξει επέκταση προς τον τράχηλο και τα παραμήτρια με οπισθοπεριτοναϊκή επέκταση και μεγάλη απώλεια αίματος. Η αλόγιστη χορήγηση οκυτοκίνης ή προσταγλανδίνης, και κυρίως σε περιπτώσεις με ουλή της μήτρας ή δυσαναλογία μπορεί επίσης να καταλήξει σε ρήξη της μήτρας (Ιατράκης, 2015).

Η εμβρυουλκία μπορεί να καταλήξει σε ρήξη του τραχήλου με επέκταση προς το σώμα της μήτρας. Ρήξη της μήτρας μπορεί να παρατηρηθεί επίσης και σε παραμελημένο μη εξελισσόμενο τοκετό, λόγω δυσαναλογίας, παθολογικής προβολής και θέσης εμβρύου ή λόγω παρουσίας πυελικού όγκου. Ο εξελκυσμός και ο εσωτερικός μετασχηματισμός έχουν αυξημένο κίνδυνο ρήξης της μήτρας, κυρίως σε πολύτοκες.

Οι ρήξεις της μήτρας που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού συνήθως παρουσιάζονται στο δεύτερο στάδιο, αυτό της εξώθησης. Κλινικά, η ασθενής εμφανίζει ζάλη, αίσθημα δίψας, έντονη εφίδρωση, ταχυκαρδία, πτώση της αρτηριακής της πίεσης και αναφέρει οξύ άλγος υπερηβικά και ενώ πριν είχε ισχυρές επώδυνες συστολών, παρατηρείτε εξαφάνιση των συστολών, το έμβρυο είναι εντόνωσ ψηλαφητό στο κοιλιακότοιχώμα και με την κολπική εξέταση διαπιστώνεται η απεμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας, παρατηρείτε αλλοίωση ή διακοπή του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού και παρουσία έντονης κολπικής αιμορραγίας.

Επιπλέον, προηγηθείσες ουλές στο τοίχωμα της μήτρας μετά από καισαρική τομή, ιδιαίτερα στην κλασσική κάθετη τομή, προηγούμενη δακτυλική αποκόλληση πλακούντα αποτελούν και αυτοί προδιαθεσιακοί παράγοντες ρήξης της μήτρας. Η ρήξη της μήτρας λόγω προηγηθείσης ουλής είναι συνήθως ανώδυνη και ασυμπτωματική, σε αντίθεση με την κλασσική ρήξη που συνοδεύεται από σοκ με αιφνίδια απώλεια αίματος, η οποία μερικές φορές μπορεί να είναι εξωπεριτοναϊκή (Αντσακλής, 2011).

Η ρήξη της μήτρας σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα. Πολλές φορές όταν δεν είναι δυνατή η συρραφή του τμήματος που έχει ραγεί ή η γενική κατάσταση της λεχωίδας είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη τότε ως λύση επιλογής θεωρείται η μαιευτική υστερεκτομή. Σε τέλεια ρήξη της μήτρας, με ανώμαλα χείλη ιδιαίτερα αιμορραγικά, γίνεται ολική υστερεκτομία χωρίς τα εξαρτήματα. Για την αντιμετώπιση της καταπληξίας απαιτείται συνήθως μετάγγιση μεγάλης ποσότητας αίματος και πλάσματος (Cunningham et al., 2014).

2.6. Ρήξεις του περινέου

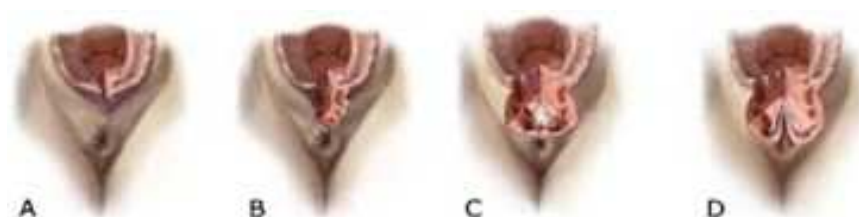
Οι ρήξεις του περινέου είναι οι πιο συνηθισμένες κακώσεις, που γίνονται κατά την διάρκεια του τοκετού. Έρευνες δείχνουν ότι πάνω από το 85% των γυναικών οι οποίες έχουν γεννήσει φυσιολογικά, από τον κόλπο, εμφανίζουν κάποιου είδους τραύματος στο περινέό τους εκ των οποίων το 60-70% των τραυμάτων αυτών απαιτείται η συρραφή τους και το 5,9% των γυναικών έρχονται αντιμέτωπες με τρίτου και τετάρτου βαθμού ρήξεις (NHS, 2017).

Οι περινεϊκές ρήξεις διακρίνονται στους πέντε παρακάτω βαθμούς:

1. Η ρήξη του πρώτου βαθμού περιλαμβάνει το δέρμα και μικρή έκταση του τοιχώματος του κόλπου στην περιοχή του χαλινού των μεγάλων χειλέων. Είναι από τις πιο απλές και συνηθισμένες κακώσεις στον τοκετό και για την αποκατάστασή της μπορεί να χρειαστεί απλή συρραφή του τραύματος ή μπορεί να επουλωθεί μόνο του το τραύμα εάν είναι πολύς μικρής εκτάσεως.
2. Στη ρήξη δευτέρου βαθμού διασπάται ο επιπολής εγκάρσιος, ο ανελκτήρας και ο εν τω βάθει εγκάρσιος μυς του περινέου. Η συρραφή του τραύματος γίνεται κατά στρώματα με τη σειρά κόλπος, μυς και δέρμα. Μια μαία έχει δικαίωμα να συρράψει έως και δευτέρου βαθμού ρήξεις, σε ρήξεις μεγαλύτερου βαθμού, απαιτείται η παρουσία γυναικολόγου ή χειρουργού.
3. Στην ρήξη τρίτου βαθμού, στην οποία διασπώνται επιπλέον ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού. Η συρραφή της ρήξης θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά, επειδή υπάρχει κίνδυνος να προκληθούν μελλοντικά διαταραχές της λειτουργίας του έξω σφιγκτήρα ή να δημιουργηθούν συρίγγια.
4. Σοβαρότερη είναι η ρήξη τετάρτου βαθμού η οποία αφορά επιπλέον στο τοίχωμα του ορθού συμπεριλαμβανομένου και του βλεννογόνου αυτού, φέρνοντας τον κόλπο σε άμεση επικοινωνία με τον εντερικό αυλό. Αρχικά, συρράπτεται το τοίχωμα του εντέρου με λεπτά διακεκομμένα ράμματα κατά τρόπον, ώστε να αναστρέφονται τα χείλη του τραύματος μέσα στον αυλό του εντέρου και μετά τοποθετούνται δύο ή τρία ράμματα για την ανατομική αποκατάσταση του σφιγκτήρα. Η συρραφή συνεχίζεται όπως στη ρήξη δευτέρου βαθμού.
5. Ρήξη τύπου «button-hole», ονομάζεται η ρήξη όπου ο σφιγκτήρας του πρωκτού παραμένει ανέπαφος, ωστόσο παρατηρείται ρήξη του βλεννογόνου του ορθού. Εάν δεν αναγνωριστεί και αντιμετωπιστεί αυτού του είδους η ρήξη μπορεί να οδηγήσει σε ορθοκολπικό συρίγγιο (RCOG, 2015).

Ακόμη, είναι συνετό στην περίπτωση όπου υπάρχει δυσκολία ταξινόμησης των ρήξεων μεγάλου βαθμού, να ταξινομούνται έναν βαθμό παραπάνω. Στην περίπτωση όπου υπάρχει αμφιβολία για το εάν η ρήξη είναι τρίτου ή τετάρτου βαθμού να αντιμετωπίζεται σαν ρήξη τετάρτου βαθμού έτσι ώστε να αποφευχθούν τυχόν παραλείψεις.

Ιδιαίτερα ύστερα από μαιευτική παρέμβαση, αλλά και από φυσιολογικό τοκετό είναι δυνατόν να προκληθεί διακολπική ρήξη του τοιχώματος του ορθού, χωρίς απαραίτητα να προκληθεί ρήξη του σφιγκτήρα. Εάν δεν γίνει έγκαιρα αντιληπτό, προκαλείται ορθοκολπικό συρίγγιο.



Εικόνα 2.2: Ρήξεις του περινέου
Ρήξη πρώτου βαθμού (A).Ρήξη δευτέρου βαθμού (B). Ρήξη τρίτου (C) και τετάρτου βαθμού (D) (Corton MM., et al., Am. J. Obstet. Gynecol, 2012).

Το ίδιο μπορεί να συμβεί εάν δεν περατωθεί ομαλά η συρραφή της ρήξης του περινέου τρίτου βαθμού και προκληθεί διάσπαση της συρραφής τους τραύματος. Οι ήπιες ρήξεις του κόλπου και των γεννητικών οργάνων συμβαίνουν κατά κανόνα σε φυσιολογικό τοκετό, ενώ οι εκτεταμένες κακώσεις, συμβαίνουν κατά κανόνα στις διάφορες μαιευτικές παρεμβάσεις όπως για παράδειγμα η χρήση μεταλλικών εμβρυουλκών, ή διαφόρων τεχνικών όπως η μέθοδος Kristeller (Αντσακλής, 2011).

Η πρόκληση τοκετού ή η επίσπευσή του με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης, που όλο και συχνότερα εφαρμόζεται, συνοδεύεται από αυξημένες κακώσεις και ρήξεις του γεννητικού συστήματος, λόγω της σχετικής βράχυνσης της διάρκειας του τοκετού, που δεν επιτρέπει την βαθμιαία διαστολή του τραχηλοκολπικού σωλήνα.

Επιπρόσθετα, η χορήγηση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών οδηγεί σε μείωση λοιμώξεων, συριγγίων και διάσπασης τραύματος. Η χορήγηση υπακτικών και μαλακτικών των κοπράνων, βοηθά κυρίως στην επούλωση των ρήξεων τρίτου και τετάρτου βαθμού (RCOG, 2015).

2.7. Διάταση της ηβικής συμφύσεως

Κατά την διάρκεια της κύησης, οι πυελικές αρθρώσεις χαλαρώνουν και αποδυναμώνονται. Αυτό ξεκινάει στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και φτάνει στο

μέγιστο βαθμό τον έβδομο μήνα. Η επιστροφή στην προ της εγκυμοσύνης κατάσταση ξεκινάει αμέσως μετά τον τοκετό και ολοκληρώνεται στους έξι μήνες.

Η διάσταση της ηβικής συμφύσεως είναι δυνατόν να συμβεί σε φυσιολογικό τοκετό στις περιπτώσεις που υπάρχει κεφαλοπυελική δυσαναλογία ή τη χρήση σικουλικίας και εμβρυουλκίας, υπερβολική και απότομη απαγωγή των μηρών στον τοκετό, αλλά και από άγνωστη αιτία. Συνήθως εκδηλώνεται με πόνο στην ηβική σύμφυση, κατά την βάδιση, την πίεση ή και τη απλή μετακίνηση, ενώ άλλες φορές γίνεται αντιληπτή με την ανεύρεση ευαισθησίας στην ψηλάφηση.

Στην ακτινολογική εξέταση τα σκέλη της ηβικής σύμφυσης απέχουν σημαντικά το ένα από το άλλο (1cm) και το βάδισμα της γυναίκας, λόγω διάσπασης του συνδέσμου, ομοιάζει με το βάδισμα πάπιας. Όταν σταθεί στο ένα πόδι της, η πύελος αποκλίνει προς αυτό, ενώ φυσιολογικά η πύελος μένει ακίνητη (Chawla et al., 2017)

Η κλασική αντιμετώπιση της παθολογικής αυτής κατάστασης γίνεται με τη συμπλησίαση της ηβικής σύμφυσης με ελαστικό πιεστικό αυτοκόλλητο επίδεσμο, καθώς η γυναίκα βρίσκεται πλάγια κατακεκλιμένη, ώστε το βάρος του μηριαίου να συμπιέζει την ηβική σύμφυση. Εάν η διάσταση είναι μικρή, η αργή βάδιση είναι επιτρεπτή. Στην περίπτωση όπου το πρόβλημα είναι πιο σοβαρό, θα πρέπει να υπάρχει υποβοήθηση στο περπάτημα με την χρήση πατερίτσας. Η βοήθεια θα χρειαστεί για περίπου έξι εβδομάδες. Η ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει την χρήση σκάλας (Cunningham et al.,2014).

Η χορήγηση ασβεστίου και βιταμίνης D φαίνεται να βοηθάει στην ταχύτερη αποκατάσταση της βλάβης. Η εφάπαξ ενδοαρθρική έγχυση κορτιζόνης υποστηρίζεται, ότι εξασφαλίζει πιο γρήγορη αποκατάσταση της βλάβης και ανακούφιση της γυναίκας από τα συμπτώματα. Επίσης, χορηγούνται παυσίπονα και ίσως αντιφλεγμονώδη ως πρόσθετη αγωγή.

Τα συμπτώματα παρέρχονται σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα που είναι ανάλογο του βαθμού της βλάβης και δεν ξεπερνάει συνήθως τις 20 ημέρες. (Lowdermilk et al., 2013).

2.8. Φροντίδα τραυμάτων του γεννητικού συστήματος κατά ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Η φροντίδα περιλαμβάνει τη χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση από τον πόνο και τη λήψη μέτρων για την καλύτερη επούλωση. Τα αναλγητικά μπορεί να χορηγούνται όταν είναι απαραίτητο, προκειμένου να ανακουφιστεί η λεχώρα και να κινείται ελεύθερα. Θα πρέπει να αποφεύγονται αναλγητικά που περιέχουν κωδεΐνη διότι προκαλούν δυσκοιλιότητα. Τοπικά αναισθητικά σε μορφή ζελέ ή κρέμα, έχουν καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου. Επιπρόσθετα, τα ζεστά λουτρά, ανακουφίζουν από τον πόνο και βοηθούν στην επούλωση, αντίθετα δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ψυχρά επιθέματα διότι εμποδίζεται η επούλωση.

Στην καλύτερη επούλωση των τραυμάτων συνεπικουρεί τοπική καθαριότητα, το τραύμα πρέπει να διατηρείται στεγνό και καθαρό. Η λεχώρα πρέπει να ενθαρρύνεται να κινείται ελεύθερα, εάν η καθιστή θέση είναι επώδυνη, πρέπει να αποφεύγεται ή να υποβοηθείται με πρόσθετα μαξιλάρια. Ειδικότερα, λεχωίδες με ρήξη περινέου τρίτου βαθμού, πρέπει να αποφεύγεται να έχουν κένωση τρεις με τέσσερις ημέρες για τη διευκόλυνση της επούλωσης του τραύματος το διαιτολόγιό τους θα πρέπει να είναι φτωχό σε φυτικές ίνες, λαχανικά και φρούτα.

Στις ρήξεις τρίτου και τετάρτου βαθμού, ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι το ορθοκολπικό συρίγγιο το οποίο είναι πιθανότερο να συμβεί σε γυναίκες υποσιτισμένες, αναιμικές και με έλλειψη τοπικής καθαριότητας. Εάν τα τραύματα του περινέου διαπυηθούν, θα πρέπει να αφαιρεθούν ορισμένα ράμματα και το πύον ή τα υγρά του τραύματος να παροχετευτούν. Το τραύμα μπορεί να επουλωθεί κατά δεύτερο σκοπό ή να συρραφτεί πάλι αφού θεραπευτεί η φλεγμονή (Ιατράκης, 2015).

Πρωτεύων ρόλος της μαίας είναι αφενός η πρόληψη των ανωμαλιών που μπορούν να προκύψουν ύστερα από τον τοκετό και αφετέρου η έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος αλλά και η θεραπεία όπου η πρόληψη δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

3.1. Πρόληψη στην κύηση

Κατά την διάρκεια της κύησης, είναι συνετό, οι γυναίκες να γυμνάζονται, για να διατηρήσουν την σωματική και ψυχική τους ευεξία, αλλά και για να προσφέρουν καλύτερη και ευνοϊκότερη έκβαση του τοκετού στις ίδιες και στα νεογνά τους. Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως γυναίκες οι οποίες αθλούνταν ή τουλάχιστον πραγματοποιούσαν μερικές ασκήσεις ενδυνάμωσης του πυελικού τους εδάφους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους είχαν σημαντικά μειωμένα ποσοστά τραυματισμού του περινέου τους στον τοκετό και όχι μόνο αυτό. Ταυτόχρονα, εκτός από την σωματική άσκηση, υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους μπορεί η γυναίκα να βοηθήσει το σώμα της να προετοιμαστεί για την διαδικασία του τοκετού.

3.1.1. Άσκηση στην κύηση

Η άσκηση στην κύηση βοηθά στην ενδυνάμωση του σώματος, στην αποφυγή μυοσκελετικού πόνου, στην πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας, στην τόνωση της κυκλοφορίας, στην ισχυροποίηση των κοιλιακών μυών, με αποτέλεσμα την αποφυγή του έντονου πόνου στην σπονδυλική στήλη στα προχωρημένα στάδια της εγκυμοσύνης, στην καλύτερη λειτουργία του εντέρου καθώς επίσης και στην βελτίωση της μεταβολικής ικανότητας του οργανισμού και την παραγωγή ενδορφινών. Η παροχή συμβουλών για την παρότρυνση, όπως τα πέντε A (Ask, Advise, Assess, Assist and Arrange), που αναπτύχθηκαν αρχικά για τη διακοπή του καπνίσματος, χρησιμοποιήθηκαν με επιτυχία για τη συμβουλευτική δίαιτας και άσκησης. Οι μαίες και άλλοι πάροχοι μαιευτικής φροντίδας μπορούν να εξετάσουν το ενδεχόμενο υιοθέτησης της προσέγγισης των Five A's για γυναίκες με φυσιολογικές κύησεις που δεν έχουν αντενδείξεις άσκησης (ACOG, 2015b).

Οι έγκυες που επιθυμούν να αθληθούν θα πρέπει να λάβουν υπόψη ότι οι ασκήσεις επιτρέπονται αν η κύηση είναι φυσιολογική χωρίς να παρουσιάζει παθολογική ένδειξη για το έμβρυο αλλά και για την ίδια την γυναίκα. Το κάθε

πρόγραμμα γυμναστικής οφείλει να προσαρμόζεται στην εκάστοτε γυναίκα και να καλύπτει τις ανάγκες της.

Κατά το δεύτερο τρίμηνο, πρέπει να αποφεύγονται οι αναπηδήσεις και να επιλέγονται ασκήσεις εδάφους, διότι όσο προχωράει η εγκυμοσύνη, το κέντρο βάρους της γυναίκας μετακινείται προς τα εμπρός λόγω της αυξημένης βαρύτητας της μήτρας. Κατά επέκταση, επηρεάζεται η ισορροπία της γυναίκας και μπορεί να μειωθεί ο συντονισμός της όσο προχωράει η κύηση.

Στο τρίτο τρίμηνο πρέπει να δίνεται περισσότερη προσοχή στην αλλαγή στάσεων μεταξύ ασκήσεων και την ένταση των ασκήσεων πρέπει να μην είναι πολύ αυξημένη. Σε περίπτωση συστολών η ανάπαυση είναι αναγκαία. Η άσκηση ξεκινά με ήπιες κινήσεις και αυξάνεται σταδιακά η ένταση. Οποιαδήποτε ενόχληση της πύελου σημαίνει καταπόνηση των αρθρώσεων της περιοχής και απαιτείται χαλάρωση (Evenson et al., 2013; Davenport et al., 2018).

Γυναίκες οι οποίες πάσχουν από:

- υπόταση στην κύηση
- πρόωρη ρήξη υμένων
- ιστορικό πρόωρου τοκετού
- ανεπάρκεια τραχήλου
- εμμένουσα κολπική αιμορραγία
- πολύδυμη κύηση
- υπερμεγέθες έμβρυο
- προδρομικό πλακούντα
- σοβαρής μορφής ανοσοευσθητοποίηση
- καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου ή υπόνοια εμβρυικής δυσπραγίας
- θρομβοφλεβίτιδα
- πρόσφατο επεισόδιο πνευμονικής εμβολής και καρδιοπάθεια

θα πρέπει να αποφεύγουν την οποιαδήποτε μορφής άσκηση καθώς μπορεί να προκληθούν περαιτέρω προβλήματα (ACOG, 2015b).

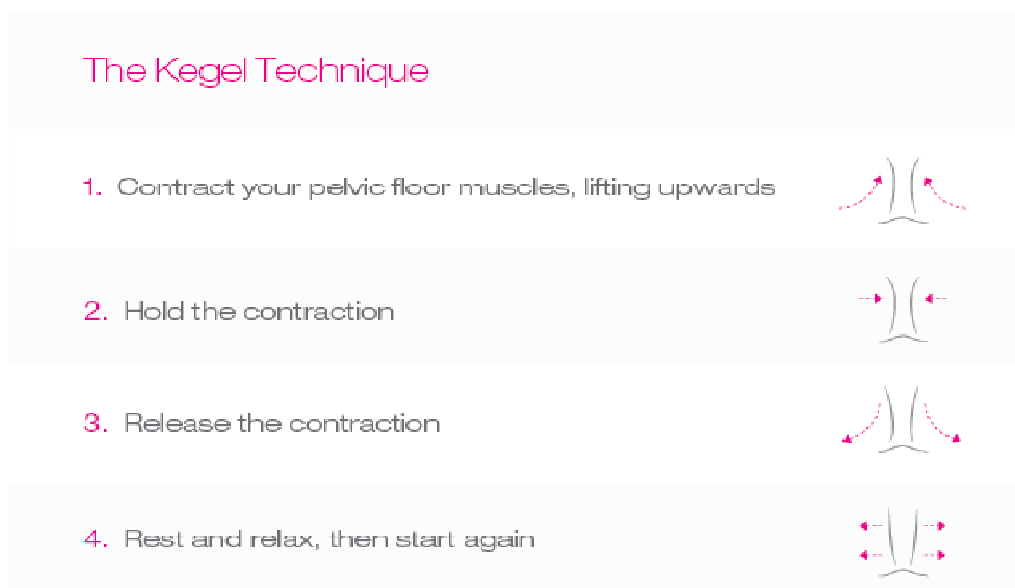
Η μαία θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην κλινική εικόνα της εγκύου κατά την διάρκεια των ασκήσεων και να κρίνει κατά πόσο είναι ικανή να συνεχίσει το πρόγραμμα ή κρίνεται αναγκαία η ανάπαυσή της. Εάν η έγκυος αισθανθεί

αναπνευστική δυσφορία, τάση για λιποθυμία και επίμονη ζάλη, αρρυθμία, ταχυκαρδία, ναυτία, μειωμένη κινητικότητα εμβρύου, προβλήματα στην όρασή της ή στο βάδισμά της και παρατηρήσει μητρορραγία, και τακτικές συστολές, η άσκηση πρέπει να διακοπεί άμεσα. Μετά τον το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, και γενικά όταν το μέγεθος της μήτρας έχει αυξηθεί σε υπολογίσιμο ποσοστό, δεν πραγματοποιείται καμία άσκηση σε ύπτια θέση. Οι θέσεις άσκησης πρέπει να τροποποιούνται εισάγοντας στήριγμα κάτω από το κεφάλι, τον τράχηλο και τους ώμους σε αριστερή πλάγια θέση. Η αναπνοή πρέπει να είναι ρυθμική κατά την άσκηση. Η ένταση και η διάρκεια της κάθε άσκησης είναι ανάλογη με την φυσική κατάσταση της κάθε εγκύου. Ο μέσος όρος άσκησης εβδομαδιαία, ιδανικά, είναι 30'-60', πέντε με επτά φορές την εβδομάδα (ACOG, 2015b).

Η θερμιδική πρόσληψη θα πρέπει να είναι επαρκής ώστε να καλύπτει τις ανάγκες τόσο της κύησης όσο και της άσκησης. Η έγκυος που ασκείται τακτικά χρειάζεται περίπου 300 θερμίδες επιπλέον. Η αφυδάτωση πρέπει να προλαμβάνεται με την συχνή κατανάλωση υγρών (Evenson et al., 2013).

3.1.2. Ασκήσεις Kegel

Οι ασκήσεις Kegel, δυναμώνουν τους μύες στην περιοχή της πυέλου οι οποίοι υποστηρίζουν την μήτρα, την ουροδόχο κύστη, το λεπτό έντερο και το ορθό. Αποτελούνται από επανειλημμένες συσφίξεις και χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους.



Εικόνα 3.1: Η τεχνική Kegel.

Η άσκηση αυτή, μπορεί να εκτελεσθεί πολλές φορές, καθημερινά, για μερικά λεπτά. Οι ασκήσεις αυτές, προσφέρουν ενδυνάμωση στους μύες του περινέου, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη αυτόματη λύση της συνέχειας του συνδετικού ιστού του δέρματος κατά την διάρκεια του τοκετού. Επίσης, οι ασκήσεις Kegel είναι η συνιστώμενη πρώτης γραμμής συντηρητική θεραπεία για γυναίκες με ακράτεια ούρων αλλά και στην πρόληψη πρόπτωσης (Goetz et al.,2016).

3.1.3. Μαλάξεις περινέου

Εκτός από τις ασκήσεις Kegel, η μάλαξη του περινέου έχει φανεί ότι είναι αρκετά αποτελεσματικό για την αύξηση της ελαστικότητας του περινέου.

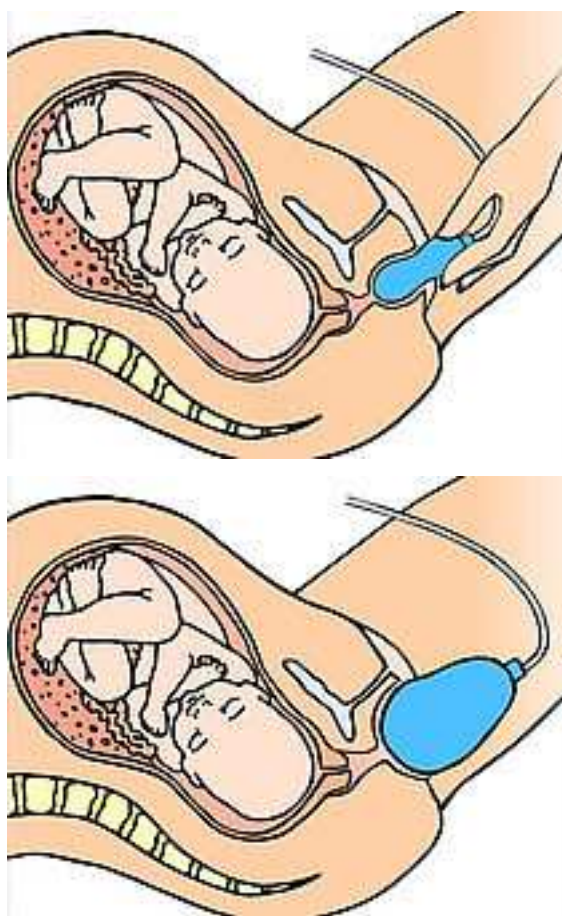
Μια ανασκόπηση Cochrane, έδειξε ότι οι περινεϊκές μαλάξεις κατά την περιγεννητική περίοδο συμβάλλει σημαντικά στην μείωση των ποσοστών των τραυμάτων που δημιουργούνται στον τοκετό και απαιτείται η συρραφή τους. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες αυτές είχαν μικρότερα ποσοστά επισιοτομής. Τα συγκεκριμένα ευρήματα αναφέρονται σε γυναίκες οι οποίες ήταν άτοκες (RCOG, 2015).

Κατά την εφαρμογή των περινεϊκών μαλάξεων, η χρήση λιπαντικής γέλης, η οποία αποτελείται από συστατικά με χαλαρωτικές ιδιότητες επιτρέπει την βελτίωση της ελαστικότητας και της διάτασης του δέρματος και των μυών της εγκύου, με αποτέλεσμα την μείωση κινδύνου τραυματισμού του περινέου στον τοκετό. Συνεπώς, υπάρχει μείωση του ποσοστού επισιοτομών και τραυματισμών στον τοκετό και των επακόλουθων επιπλοκών, κυρίως του περιγεννητικού πόνου μετά τον τοκετό, ώστε να συμπεριληφθεί στην προετοιμασία για τον τοκετό. Η μαία θα πρέπει να παρέχει πληροφορίες στην γυναίκα σχετικά με τα οφέλη και την τεχνική υλοποίησης της (Couto, Carneiro, 2017).

Ο σύντροφος μπορεί να συμβάλλει ενεργά στην εφαρμογή του περινεϊκού μασάζ. Το μασάζ του περινέου ξεκινά από την 30^η εβδομάδα της κύησης και πραγματοποιείται 3 με 4 φορές την εβδομάδα με διάρκεια 5 λεπτών. Η εφαρμογή του 1 ή 2 φορές την εβδομάδα έχει φανεί πως βοηθά εξίσου. Η μαία μπορεί να θα εκπαιδεύσει την γυναίκα πως να κάνει σωστά το μασάζ στις προγεννητικές τους συναντήσεις.

3.1.4. Βοηθήματα για την προετοιμασία του περινέου

Διάφορες συσκευές έχουν εφευρεθεί για να βοηθήσουν στην προετοιμασία του περινέου για την επικείμενη διάταση του στδον τοκετό. Μια από αυτές είναι και η συσκευή eri-no. Περίπου τρεις εβδομάδες πριν από τον τοκετό μπορεί να ξεκινήσει η επίτοκος την χρήση της συσκευής eri-no. Χρησιμοποιείται περίπου 15 λεπτά ημερησίως. Λειτουργεί ως άσκηση για την ενδυνάμωση των μυών του περινέου και την αύξηση της ελαστικότητας αυτών. (Brito et al., 2015).



Εικόνα 3.2 χρήση συσκευής Eri-no.

Η συσκευή τοποθετείται περίπου 2/3 μέσα στον κόλπο. Διατείνεται ελαφρώς τους μύες σας και χαλαρώστε. Διατείνεται αργά το μπαλόνι σε σημείο που να νιώθουν

ελαφριά διάταση μέχρι το σημείο της άνεσης τους. Σταδιακά διατείνεται όλο και περισσότερο το μπαλόνι μέρα με τη μέρα. Δεν προκαλεί καμία απολύτως βλάβη στο έμβρυο (Εικόνα 3.1 χρήση συσκευής Epi-no). Αφότου τελειώσει η διαδικασία, ακολουθεί χαλάρωση των μυών και αφήνεται η συσκευή epi-no να εξέλθει μόνη της από τον κόλπο. Με αυτό τον τρόπο εξοικειώνεται η γυναίκα με την αίσθηση της γέννηση της κεφαλής του εμβρύου.

3.2. Πρόληψη στον τοκετό

3.2.1. Αλλαγή στάσεων

Η κίνηση, η συχνή εναλλαγή θέσεων και η εύρεση άνετης στάσης στη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού, βοηθούν τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν τις συστολές, ενώ το έμβρυο κινείται με ηρεμία στην πύελο και τον κόλπο. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η βάδιση και οι όρθιες θέσεις κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, μειώνουν τη διάρκειά του κατά μία ώρα τουλάχιστον και φαίνεται να συνδέονται με μειωμένες παρεμβάσεις και θετικές συνέπειες για την ευημερία των μητέρων και των νεογνών. Η ελεύθερη κίνηση διασφαλίζει στην επίτοκο, άνεση, αίσθηση ελέγχου, ευχάριστη διάθεση και μείωση του άγχους και στο έμβρυο, τη συνεχή παροχή οξυγόνου και την διατήρηση της ευημερίας του. Η ελεύθερη κίνηση συντελεί ώστε οι συστολές τις μήτρας να είναι λιγότερο επώδυνες, συχνότερες, μεγαλύτερης διάρκειας και αποτελεσματικότητας. Η κάθοδος, η στροφή και η κάμψη του εμβρύου, γίνεται ευκολότερα συνεπικουρούμενη από την βαρύτητα. Οι επώδυνες μυϊκές συσπάσεις και η υπόταση αποφεύγονται (Αρβανιτίδου και συν., 2011).

Οι θέσεις που προτείνονται στην επίτοκο είναι διαφορετικές κάθε φορά, ανάλογα τη φάση του τοκετού, τη θέση του εμβρύου και των επιθυμιών της επιτόκου. Εκείνη που θα καθορίσει τον τρόπο εναλλαγής των θέσεων στην διάρκεια του τοκετού, είναι η ίδια η επίτοκος, βασιζόμενη στις εσωτερικές της παρορμήσεις και στις προτροπές της μαίας, με απώτερο σκοπό να αισθανθεί υγιής, ελεύθερη και ικανή να ανταπεξέλθει στον τοκετό. Οι συνηθέστερες λοιπόν θέσεις φαίνεται να είναι οι εξής:

1. Ύπτια θέση: είναι η συνηθέστερη θέση της γυναίκας που βρίσκεται σε τοκετό.

Η ύπτια θέση βέβαια προσφέρει λιγότερες ρήξεις στο περίνεο αλλά αυξάνει

την πιθανότητα περινεοτομής. Η μήτρα με το βάρος της πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα, με αποτέλεσμα τη μείωση της αιματικής ροής με αποτέλεσμα την εμφάνιση του συνδρόμου. Επιπλέον, προκαλείται υπόταση και αύξηση των επιπέδων των ορμονών του στρες (κορτιζόλη), μειώνοντας τη συσταλτικότητα της μήτρας και την πρόοδο του τοκετού. Η αναφερόμενη στάση, προκαλεί στο έμβρυο την ελάττωση της οξυγόνωσής του, που διαπιστώνεται με μεταβολή του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού. Επίσης, οι συστολές γίνονται πιο επώδυνες, με αποτέλεσμα την συχνότερη χρήση αναλγησίας, ενώ αυξάνονται και οι πιθανότητες επεμβατικών τοκετών και της καισαρικής τομής. Η μοναδική εξαίρεση κατά την οποία επιβάλλεται η ύπτια θέση, είναι η ρήξη εμβρυϊκών υμένων με μη καλά εμπεδωμένη προβάλλουσα μοίρα. Θα μπορούσε να αντικατασταθεί από την ημικαθιστή θέση ώστε η επίτοκος να καρπωθεί τα οφέλη της βαρύτητας και οι μαίες να έχουν εύκολη πρόσβαση και ορατότητα του περινέου.

2. Όρθια θέση και βάδιση: βοηθούν στην πρόοδο του τοκετού, καθώς η βαρύτητα συμβάλλει στην αύξηση των διαστάσεων της πυέλου, στην ευκολότερη κάθοδο της κεφαλής του εμβρύου, στη συντόμευση της διαδικασίας της διαστολής και τέλος στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των συστολών, που γίνονται εντονότερες και λιγότερο επώδυνες. Γίνεται μεταφορά οξυγόνου ευκολότερα στους μύες της μήτρας και το έμβρυο, με αποτέλεσμα τη μείωση του εμβρυϊκού στρες. Μειώνεται η πιθανότητα συνδρόμου της κάτω κοίλης φλέβας και φαίνεται, να υπάρχει μείωση της διάρκειας του δευτέρου σταδίου του τοκετού, των επεμβατικών τοκετών και της περινεοτομής. Η όρθια θέση ωστόσο, ευθύνεται για ρήξεις δευτέρου βαθμού.
3. Όρθια θέση με το γόνατο σε κάμψη: βοηθά να αλλάξει θέση το έμβρυο όταν βρίσκεται σε οπίσθια θέση και συμβάλλει στην επιτάχυνση ενός αργά εξελισσόμενου τοκετού.
4. Κατάκλιση στο πλάι: ιδανική για εξαντλημένη και υπερτασική επίτοκο και σε οξύ τοκετό. Αντίθετα με την ύπτια θέση, επιτρέπει την κίνηση του ιερού οστού προς τα πίσω. Καθιστά τις συστολές λιγότερο επώδυνες και πιο αποτελεσματικές. Βοηθά στην απαλοιφή του οιδήματος του τραχήλου και στην αποφυγή άσκησης πίεσης τυχόν αιμορροΐδων και διευκολύνει την εκτέλεση χειρισμών σε περίπτωση ανάγκης.

5. Στα γόνατα: συνιστάται σε εξαντλημένη επίτοκο που προσπαθεί να ηρεμήσει και να νιώσει άνετα, καθώς και σε οπίσθια ινιακή προβολή, διότι προκαλεί ανακούφιση από το αίσθημα πίεσης στην οσφυϊκή χώρα.
6. Οκλαδόν: διευρύνεται η πύελος κατά 28% συγκρινόμενη με την ύπτια θέση. Η γωνία της καθόδου της κεφαλής είναι η μέγιστη σε σχέση με την διάμετρο της εξόδου της πυέλου. Εντείνονται οι συστολές.
7. Γονατο-αγκωνιαία: βοηθά στον αυτοέλεγχο, στην αναπνοή, στην άνεση. Επιτρέπει στην βαρύτητα να ενεργήσει. Ιδανική για τοκετό σε οπίσθια ινιακή προβολή και μακροσωμικό έμβρυο καθώς επίσης και σε δυστοκία ώμων. Ανακουφίζει τις επίτοκες με κισσούς (αιδοίου, κάτω άκρων), ή αιμορροΐδες και μειώνει σημαντικά την εμπειρία του επίμονου πόνου στην ράχη.
8. Καθιστή: με την ράχη όρθια και να στηρίζεται μπροστά σε σταθερή καρέκλα, ή μπάλα. Στη θέση αυτή, η μήτρα αφήνεται να πέσει προς τα μπρος βελτιώνοντας την αιματική ροή στους συνεσπασμένους μυς της και συγχρόνως εξαλείφεται το αίσθημα της πίεσης του διαφράγματος. Επίσης, βοηθά στην διεύρυνση της πυελικής ευρυχωρίας και είναι ιδανική σε περίπτωση που έχουμε τελεία διαστολή αλλά η προβάλλουσα μοίρα βρίσκεται ακόμη ψηλά (Αρβανιτίδου και συν., 2011).

3.2.2. Χειρισμός Valsava

Ο χειρισμός Valsava είναι η προσπάθεια βίαιης εκπνοής με κλειστή τη γλωττίδα, τη μύτη και το στόμα. Ο χειρισμός αυτός θα πρέπει να αποφεύγεται καθώς, σύμφωνα με το NICE (2012), αυξάνει την διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού, αυξάνεται το στρες της μητέρας με αποτέλεσμα την παραγωγή κατεχολαμινών, επιδρά στο μυομήτριο κατασταλτικά, εξαντλεί την επίτοκο, αυξάνεται η ανάγκη για χορήγηση οξυτοκίνης και την πιθανότητα επεμβάσεων. Η έκβαση των νεογνών ήταν καλύτερη όταν δεν γινόταν χρήση της μεθόδου Valsava σε σχέση με το Apgar score τους το πρώτο και το πέμπτο λεπτό, του pH του αίματός του και τα επίπεδα αερίων που λήφθηκαν από τον ομφάλιο λώρο (Lemos et al., 2011).

Παρόλο που η έπειξη για εξώθηση μπορεί να ξεκινήσει ακόμη και στο πρώτο στάδιο, είναι σκόπιμο η εκούσια εξώθηση να αναβάλλεται μέχρι η προβάλλουσα μοίρα να έχει εμπεδωθεί πλήρως στην αληθή πύελο και να πιέζει το πυελικό έδαφος. Έτσι αποφεύγεται, η κόπωση της γυναίκας, η πρόκληση εμβρυϊκής δυσφορίας από την

παρατεταμένη εξώθηση, μειώνεται το ποσοστό τραυματισμού του περινέου, προσφέρεται μεγαλύτερη προστασία του πυελικού εδάφους και μειώνεται το ποσοστό ακράτειας και πρόπτωσης στο μέλλον. Η εξώθηση, επίσης, στο στάδιο αυτό πρέπει να ελέγχεται, για να δίνεται η δυνατότητα στην επίτοκο να έχει εφεδρεία δυνάμεων, στο έμβρυο να επιτελέσει τις κινήσεις του τοκετού έτσι ώστε η μετάβαση να είναι ομαλή και ευκολότερη στη διαχείριση της. Αν η γυναίκα δε μπορεί να αντιληφθεί την επιθυμία για εξώθηση λόγω περιοχικής αναισθησίας ή αναλγησίας, η θέση του εμβρύου και του προπορευόμενου άκρου της προβάλλουσας μοίρας μπορούν να προσδιοριστούν με κολπική εξέταση. Κάθε εξωθητική προσπάθεια πρέπει να διαρκεί 6-8 λεπτά, θα πρέπει να γίνεται με ανοιχτή γλωττίδα και να επαναλαμβάνεται για τρεις έως τέσσερις φορές ανά συστολή. Θα πρέπει να αποθαρρύνονται οι παρατεταμένες εξωθητικές προσπάθειες, με διατήρηση της αναπνοής για 10 λεπτά. Η εξωθητική προσπάθεια συνήθως συνοδεύεται από εκπνευστικό γογγυσμό ή προφορική επικοινωνία, επίσης είναι λιγότερο κουραστική για την μητέρα και επηρεάζει λιγότερο τα αέρια του ομφαλικού αίματος. Η επίτοκος που έχει υποβληθεί σε επισκληρίδιο αναισθησία, αν και δεν αισθάνεται τον πόνο των συστολών παροτρύνεται να ωθήσει με τον ίδιο τρόπο. Οι παρατεταμένες εξωθητικές προσπάθειες με διατήρηση της αναπνοής μπορεί να δημιουργήσουν υποξικό περιβάλλον για το έμβρυο και να αυξήσουν τον κίνδυνο ρήξης του περινέου (Lemos et al., 2011).

3.2.3. Περινεοτομία

Στο παρελθόν υπήρχε η πεποίθηση ότι η περινεοτομία μείωνε την συχνότητα των ρήξεων του σφιγκτήρα του πρωκτού και του βλεννογόνου του εντέρου. Σήμερα είναι γνωστό ότι ισχύει το αντίθετο. Η περινεοτομία και κυρίως η μέση τομή, είναι το συχνότερο αίτιο ρήξεων του περινέου 3^{ου} και 4^{ου} βαθμού. Πιθανές ενδείξεις για την εκτέλεση της περινεοτομίας είναι οι παρακάτω:

- Άκαμπτο περίνεο που εμποδίζει τον τοκετό.
- Επικείμενη μεγάλη ρήξη.
- Τοκετός με εβρουουλκία.
- Δυστοκία ώμων.
- Ισχιακή προβολή.
- Σημεία εμβρυικής δυσχέρειας.

- Ιστορικό ρήξεων μεγάλου βαθμού.
- Πρόωρος τοκετός (Kalis et al.,2012).

Τα πρόσθια τραύματα των έξω γεννητικών οργάνων είναι συχνότερα όταν δε γίνεται περινεοτομία, αλλά σχετίζονται με μικρότερη νοσηρότητα από τα οπίσθια τραύματα. Ταξινομούνται ως τραύματα των χειλέων, του πρόσθιου κόλπου, της ουρήθρας ή της κλειτορίδας (Βαβίλης, Μπόντης 2011).

3.2.4. Τεχνική «hands on» ή «hands poised» και χειρισμός Ritgen's

Η συχνή εμφάνιση ρήξεων μεγάλου βαθμού (3ου-4ου) στον τοκετό αλλά και η σύνδεση τους με μεγάλα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας οδήγησε στην έναρξη αναζήτησης διαφόρων μεθόδων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο δεύτερο στάδιο του τοκετού με σκοπό την μείωση των περινεϊκών ρήξεων. Αυτές οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη χρήση θερμού νερού ή θερμής κομπρέσας, τις μαλάξεις του περινέου της επιτόκου και η υποστήριξη του στην εξώθηση, ο χειρισμός Ritgen's όπως ακόμη και η τεχνική «hands on» ή «hands poised» (Foroughipour, et al., 2011).

Η κάθε τεχνική, ισχυρίζεται ότι μειώνει το τραύμα του περινέου με μείωση της παρούσας διαμέτρου της κεφαλής του εμβρύου που προβάλλει στην είσοδο του κόλπου. Ο χειρισμός Ritgen είναι η διαδικασία που υποβοηθά την εμβρυική εξαγωγή με τον έλεγχο της γέννησης της κεφαλής του εμβρύου και την αποφυγή της βίαιης εξόδου, που μπορεί να οδηγήσει σε περιγεννητικές βλάβες. Με το ένα χέρι ασκείται περιορισμένη πίεση στο περίνεο με στόχο την προφύλαξη από ρήξεις οι οποίες μπορεί να επεκταθούν και στον πρωκτό και με το άλλο χέρι πραγματοποιείται αναχαίτιση της κεφαλής του εμβρύου. Η τεχνική αυτή της υποστήριξης με τη συνεργασία της επιτόκου, επιβραδύνει και ελέγχει την έξοδο της κεφαλής, επιτρέποντας στο περίνεο να τεντώσει αργά, μειώνοντας έτσι το περιφερικό τραύμα. Μετά την έξοδο της κεφαλής, ακολουθεί η γέννηση των ώμων. Η έξοδος του προσθίου ώμου υποβοηθάται με ήπια προς τα κάτω έλξη της κεφαλής του εμβρύου και του οπίσθιου ώμου με προς τα άνω έλξη της κεφαλής (Aasheim, 2011).

Στην τεχνική «hands poised» η μαία λειτουργεί ως εκπαιδευτής για τη γυναίκα για την πραγματοποίηση κατάλληλων αναπνοών αλλά και τον τρόπο και για την ισχύ των εξωθήσεων.

Έρευνες έχουν δείξει πως η τεχνική «hands off» ή «hands poised» είναι

προτιμότερη σε σχέση με την τεχνική Ritgen, αφού σχετίζεται με λιγότερα τραύματα του περινέου, λιγότερη ανάγκη για επισιοτομή και μικρότερη πιθανότητα για επιλόχειο αιμορραγία (Foroughipour, et al., 2011)

3.2.5. Θερμό μπάνιο και η χρήση θερμής κομπρέσας στον τοκετό

Το θερμό μπάνιο στον τοκετό, απαλύνει τον πόνο, προσφέρει χαλάρωση στην επίτοκο και τη βοηθά να συγκεντρωθεί στην διαδικασία του τοκετού. Επιπλέον, δεν αποσυντονίζεται από την ένταση των ωδινών και νιώθει προετοιμασμένη για τις εξωθητικές κινήσεις την κατάλληλη στιγμή (Lee et al., 2013).

Σύμφωνα με τυχαιοποιημένες μελέτες που είχαν ως στόχο τον προσδιορισμό των αποτελεσμάτων της εφαρμογής θερμής κομπρέσας στο περίνεο κατά τη διάρκεια του τοκετού και συγκεκριμένα στο δεύτερο στάδιο αυτού, διαφαίνεται ότι παρά την ελάχιστη επίδρασή του στις ρήξεις πρώτου και δεύτερου βαθμού, οι γυναίκες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε θερμή κομπρέσα είχαν σημαντικά λιγότερους τραυματισμούς τρίτου και τετάρτου βαθμού και βίωσαν λιγότερο πόνο στην περιοχή του περινέου την πρώτη και δεύτερη ημέρα από τον τοκετό (Couto, Carneiro, 2017).

3.2.6. Οι περινεϊκές μαλάξεις στον τοκετό

Οι περινεϊκές μαλάξεις έχουν συνδεθεί με οφέλη όπως η μείωση του στρες, η αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος και η ανακούφιση από τον πόνο. Επιπλέον, οι μύες του περινέου, που περιβάλλουν τον κόλπο, βρίσκονται σε τάση και η γυναίκα που υποβάλλεται σε περινεϊκές μαλάξεις με έλαιο είναι λιγότερο πιθανό να υποστεί περιγεννητική βλάβη, καθώς η πρακτική αυτή συμβάλλει στην αύξηση της ελαστικότητας των ιστών βοηθώντας την επίτοκο να αφομοιώσει την αίσθηση της πίεσης που προκαλείται από την κεφαλή του εμβρύου στον τοκετό. Μελέτες που διεξήχθησαν, έδειξαν μειωμένη διάρκεια δευτέρου σταδίου τοκετού και μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με ανέπαφο περίνεο. Με τη βοήθεια των περινεϊκών μαλάξεων μειώθηκε η ανάγκη περινεοτομής στις γυναίκες που το εφάρμοσαν και δεν υπήρξαν περιπτώσεις ρήξεων τρίτου ή τετάρτου βαθμού. Σε αντίθεση, οι ρήξεις πρώτου και δεύτερου βαθμού ήταν αυξημένες. Συμπερασματικά, οι περινεϊκές μαλάξεις με έλαιο στο δεύτερο στάδιο του τοκετού αυξάνει την ακεραιότητα του περινέου και μειώνει τα περινεϊκά τραύματα μεγάλου βαθμού (Demirel, Golbasi 2015; Couto F. and Carneiro F., 2017).

3.2.7. Χειρισμός Kristeller

Η πρακτική της πίεσης του πυθμένα της μήτρας (χειρισμός Kristeller) κατά το δεύτερο στάδιο, που έχει ως στόχο την επιτάχυνση του, δεν έχει επιβεβαιωμένα οφέλη. Δυνητικά, στην μητέρα μπορεί να προκληθεί περινεϊκό τραύμα, ρήξη σφιγκτήρα, ρήξη ή εκτροπή μήτρας και στο έμβρυο δυστοκία ώμων, τραυματισμός βραχιόνιου πλέγματος και αύξηση της ασφυξίας (Youssef, et al., 2018).

3.2.8. Μη παρεμβατικές τεχνικές αξιολόγησης προόδου του τοκετού

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της επιστημονικής εταιρείας μαιών Ελλάδας «Μαίευση», υπάρχουν μη παρεμβατικές τεχνικές καθώς και η κολπική εξέταση για να αξιολογηθεί η πρόοδος του τοκετού, όπως για παράδειγμα:

- Κοιλιακή ψηλάφηση: αξιολογείται η κάθοδος της κεφαλής του εμβρύου με τον τρίτο χειρισμό του Leopold. Αν η κεφαλή βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση, στο χώρο της εισόδου της πυέλου είναι 5/5 ψηλαφητή. Όταν η κεφαλή είναι εξ ολοκλήρου κάτω από την ηβική σύμφυση, τότε βρίσκεται στον χώρο της εξόδου, στην θέση 0/5. Όταν ψηλαφάται μερικώς, τότε βρίσκεται στην μεσότητα της πυέλου, δηλαδή είναι ψηλαφητή κατά 2/5 ή 3/5.
- Ακρόαση εμβρυικών παλμών: αξιολόγηση της καθόδου της κεφαλής του εμβρύου σε συνδυασμό με την μετατόπιση της εστίας των καρδιακών παλμών.
- Ερμηνεία της συμπεριφοράς της επιτόκου: όταν η γυναίκα έχει από ένα έως τέσσερα εκατοστά διαστολή, οι συστολές δεν είναι έντονα ισχυρές και ο οσφυϊκός πόνος είναι ελάχιστος. Όταν όμως ξεκινά η ενεργός φάση και οι συστολές γίνονται πιο ισχυρές, πιο συχνές και πιο επώδυνες, η γυναίκα εμφανίζει αλλαγές στην συμπεριφορά της, στην έκφραση του προσώπου της και στις ενέργειές της. Επίσης, καθώς εξελίσσεται ο τοκετός, η γυναίκα αναπνέει με δυσκολία και έχει ανάγκη να εξωθήσει.
- Εκροή εκκρίσεων από τον κόλπο (βλέννη, αμνιακό υγρό, μικρή ποσότητα οροαιματηρών υγρών): η απώλεια υγρών, σχετίζεται με την κάθοδο της κεφαλής και την πρόοδο του τοκετού.

Κολπική εξέταση: πραγματοποιείται όταν υπάρχουν αμφιβολίες. Είναι η συνηθέστερη αποδεκτή μέθοδος αξιολόγησης της εξέλιξης του τοκετού όπου ενισχύεται με τις

πληροφορίες από τις παρατηρήσεις που ειπώθηκαν παραπάνω. Η κολπική εξέταση παρέχει έξι πληροφορίες με τις οποίες μπορούμε να αξιολογήσουμε την εξέλιξη του τοκετού, τη θέση, τη σύσταση, το μήκος και τη διαστολή του τραχήλου, την κάθοδο και την στροφή της κεφαλής του εμβρύου.

Συχνά θεωρείται δυσάρεστη και επίπονη εμπειρία στην διάρκεια του τοκετού, και όπως ομολογούν πολλές γυναίκες είναι διαδικασία που δημιουργεί αίσθημα μεγάλης αμηχανίας και άγχους επειδή αισθάνονται να προσβάλλεται η προσωπικότητά τους (Αρβανιτίδου και συν., 2011).

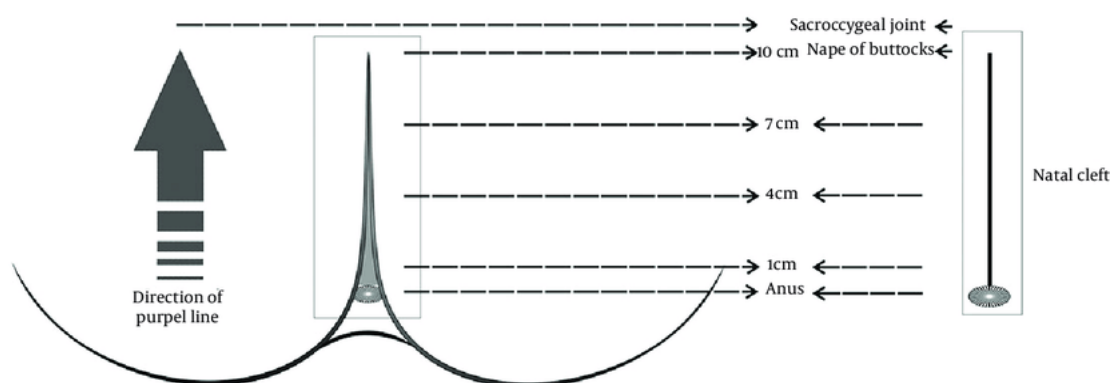
Ο αριθμός των κολπικών εξετάσεων κατά το στάδιο της διαστολής καθώς και τα χρονικά διαστήματα μεταξύ αυτών, βρίσκονται σε συνεχή συζήτηση μεταξύ των χωρών. Σύμφωνα με τον WHO και άλλους διεθνείς οργανισμούς που συνιστούν την εφαρμογή του διαγράμματος τοκετού, «ο αριθμός των κολπικών εξετάσεων πρέπει να περιοριστεί στις απαραίτητες αναγκαίες, να μην γίνονται ρουτίνα ή ρυθμιστής. Μία εξέταση κάθε τέσσερις ώρες είναι αρκετή». Επιβάλλεται να γίνεται από τον ίδιο επαγγελματία υγείας, μετά από συζήτηση και ενημέρωση της γυναίκας και τηρώντας όλους τους κανόνες αντισηψίας (WHO, 2014).

Η κολπική εξέταση και η αξιολόγηση του τραχήλου της μήτρας θεωρούνται το χρυσό πρότυπο για την αξιολόγηση της προόδου του τοκετού. Παρόλα αυτά, είναι εγγενώς ασαφής με μελέτες που δείχνουν συνολική ακρίβεια για τον προσδιορισμό της διαμέτρου του τράχηλου μεταξύ 48-56%. Επιπλέον, οι συνεχείς κολπικές εξετάσεις μπορεί να είναι δυσάρεστες και ενοχλητικές για τη γυναίκα και να συνδέονται με λοίμωξη. Η χρήση των συνήθων παρεμβάσεων στον τοκετό, θα πρέπει να αντικατασταθούν με εναλλακτικά και λιγότερο παρεμβατικά μέσα για την αξιολόγηση της εξέλιξης του τοκετού. Ο σχηματισμός μιας μωβ γραμμής κατά τη διάρκεια του τοκετού που φαίνεται να ανέρχεται περιπροκτικά και εκτείνεται μεταξύ των γλουτών καθώς εξελίσσεται ο τοκετός, έχει αναφερθεί ως εναλλακτική μέθοδος παρακολούθησης της εξέλιξης του τοκετού. Η μελέτη αυτή αποσκοπεί στην εκτίμηση του ποσοστού των γυναικών που κατά τη διάρκεια του τοκετού τους η μωβ γραμμή, ήταν αρκετά εμφανής, σαφής και μετρήσιμη για να προσδιοριστεί εάν υπήρχε οποιαδήποτε σχέση μεταξύ του μήκους της μωβ γραμμής και της διαστολής του τραχήλου της μήτρας ή και του ύψους της κεφαλής του εμβρύου. Η διαχρονική μελέτη παρακολούθησε 144 γυναίκες, με αυτόματη έναρξη του τοκετού (n = 112), καθώς και με πρόκληση τοκετού (n = 32), από την αρχή έως την τελική κολπική

εξέταση. Οι γυναίκες εξετάστηκαν σε πλάγια θέση και οι μαίες κατέγραψαν την παρουσία ή την απουσία της γραμμής καθόλη τη διάρκεια του τοκετού ακριβώς πριν από κάθε κολπική εξέταση. Όπου υπήρχε, μετρήθηκε το μήκος της γραμμής χρησιμοποιώντας μέτρο μίας χρήσης. Στο πλαίσιο της συσχέτισης των δεικτών ανεξάρτητα δείγματα t-test χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων.

Η έρευνα είχε ως αποτέλεσμα ότι η μωβ γραμμή παρατηρήθηκε σε ορισμένο σημείο στον τοκετό για 109 γυναίκες (76%). Η μέση θετική συσχέτιση μεταξύ του μήκους της μωβ γραμμής και της διαστολής του τραχήλου της μήτρας ($r = +0,36$, $n = 66$, $P = 0,0001$) και του ύψους της κεφαλής του εμβρύου. ($r = +0,42$, $n = 56$, $P < 0,0001$).

Από την έρευνα των Shepherd et al., ότι η μωβ γραμμή είναι υπαρκτή και υπάρχει μέση θετική συσχέτιση μεταξύ του μήκους της και της διαστολής του τραχήλου της μήτρας και του ύψους της κεφαλής του εμβρύου. Όπου υπάρχει η γραμμή, μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο οδηγό για τις μαίες και τους μαιευτήρες και της εξέλιξης του τοκετού παράλληλα με άλλες τεχνικές για την αξιολόγηση αυτής της προόδου.



Εικόνα 3.1: Direction of purple line. (Kordí M. et al., Iran Red Crescent Med J., 2014)

4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια του τοκετού συμβαίνουν ορισμένες επιπλοκές με αποτέλεσμα η μητέρα να υπόκειται σε σωματική και ψυχική ταλαιπωρία. Ορισμένες από τις επιπλοκές είναι η επιλόχεια λοίμωξη, που συμβαίνει δύο έως δέκα ημέρες μετά τον τοκετό και αφορά, τις περισσότερες φορές, τη μήτρα, τους μαστούς, το ουροποιητικό σύστημα, τις πυελικές φλέβες και τους τραυματισμένους από τον τοκετό ιστούς. Το συνηθέστερο είναι οι γυναίκες οι οποίες γέννησαν κολπικά και υπέστησαν περινεοτομή ή είχαν κάποιες ρήξεις στο περίνεο και στον κόλπο τους τις πρώτες ημέρες να βιώνουν έντονο πόνο και καύσο ή οίδημα στην περιοχή του τραύματος. Η περίοδος επούλωσης και επιστροφής στην προ της κύηση κατάσταση αφορά και γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή. Πολλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την διαδικασία επούλωσης όπως η γενική κατάσταση της υγείας, η διατροφή και ο βαθμός κόπωσης ή άγχους.

4.1. Λοίμωξη του τραύματος

Η λοίμωξη του τραύματος αποτελεί συχνή λοίμωξη στην λοχεία και συνήθως αναπτύσσεται όταν η γυναίκα λάβει εξιτήριο. Οι περιοχές λοίμωξης περιλαμβάνουν την καισαρική τομή και την επισιοτομή ή την θέση αποκατάστασης κάποιας ρήξης. Οι προδιαθεσιακοί παράγοντες είναι οι εξής:

1. Προγεννητικοί παράγοντες

- Ιστορικό προηγούμενης φλεβικής θρόμβωσης, ουρολοίμωξης, μαστίτιδας κτλ.
- Σακχρώδης διαβήτης
- Κατάχρηση ουσιών και αλκοολισμός
- Ανοσοκαταστολή
- Αναιμία
- Κακή θρέψη

2. Παράγοντες κατά τη διάρκεια του τοκετού

- Καισαρική τομή
- Επεμβατικός κολπικός τοκετός

- Παρατεταμένη ρήξη των υμένων
- Χοριοαμνιονίτιδα
- Παρατεταμένος τοκετός
- Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης
- Εσωτερική παρακολούθηση του εμβρύου και της ενδομήτριας πίεσης
- Πολλές κολπικές εξετάσεις μετά την ρήξη των υμένων
- Επισκληρίδιο ή γενική αναισθησία
- Χειρισμοί μέσα στην μήτρα (δακτυλική αποκόλληση πλακούντα)

3. Παράγοντες μετά τον τοκετό

- Τραύματα του γεννητικού συστήματος
- Αιματώματα
- Αιμορραγία μετά τον τοκετό
- Κατακράτηση τμήματος πλακούντα ή υμένων
- Η χορήγηση οιστρογόνων για την διακοπή της γαλουχίας, γιατί συχνά προκαλούν θρομβώσεις.

Εκτός από τους προδιαθεσικούς παράγοντες, τα αίτια των επιλόχειων λοιμώξεων διακρίνονται σε αυτογενή, ενδογενή και εξωγενή.

- Αυτογενή είναι τα αίτια που προέρχονται από μικρόβια που είναι εγκατεστημένα σε άλλα σημεία του σώματος, όπως δέρμα, ρινοφάρυγγα, δόντια.
- Ενδογενή είναι τα αίτια που προέρχονται από μικρόβια που είναι εγκατεστημένα στο γεννητικό σύστημα της λεχωίδας. Είναι μικρόβια όπως αερόβιος, μη αιμολυτικός στρεπτόκοκκος, αναερόβιος στρεπτόκοκκος, κολοβακτηρίδια, β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος.
- Εξωγενή είναι τα αίτια που προέρχονται από τα χέρια ή τα σταγονίδια της ομιλίας και της αναπνοής του προσωπικού του χειρουργείου ή της αίθουσας τοκετών ή από εργαλεία, ιματισμό και σκεύη νοσηλείας ή από μικροβιοφορείς επισκέπτες. Είναι μικρόβια όπως ο αιμολυτικός στρεπτόκοκκος, ο χρυσίζων στρεπτόκοκκος. Στα σημεία λοίμωξης του τραύματος περιλαμβάνονται το ερύθημα, το οίδημα, η θερμότητα, η ευαισθησία, η οροπυώδης παροχέτευση και η διάσπαση του τραύματος.

Οι κύριες οδοί εισόδου των μικροβιακών στελεχών για πρόκληση λοίμωξης της λοχείας είναι ο φθαρτός και ιδιαίτερα η πλακουντιακή άλω, καθώς και οι ρήξεις του περινέου, του κόλπου και του τραχήλου. Η συνηθέστερη οδός των ενδογενών και εξωγενών λοιμώξεων είναι ο φθαρτός και η πλακουντιακή άλω. Όπως είναι ευνόητο, οι ρήξεις του περινέου και του κόλπου προκαλούν περιορισμένες αντιδράσεις, που έχουν τοπική μόνο σημασία. Αντίθετα, οι ρήξεις του τραχήλου και της μήτρας υποβοηθούν την επέκταση της λοίμωξης στα παραμήτρια. Η πλακουντιακή άλω, η μεγάλη υπεραιμία, η κατακράτηση τμημάτων νεκρωμένου ιστού, όπως και οι εκτεταμένες τραυματικές επιφάνειες των εσωτερικών γεννητικών οργάνων ύστερα από τον τοκετό, προσφέρουν ιδανικές συνθήκες για την εγκατάσταση και ανάπτυξη μικροβιακών στελεχών, πλην όμως, με τη βελτιωμένη μαιευτική πράξη έχουν περιοριστεί σημαντικά (Λουτράδης και συν., 2018).

Στη διάρκεια του τοκετού κρίνεται απαραίτητο οι συμμετέχοντες στο τοκετό να είναι υγιείς και να τηρούν τους κανόνες αντισηψίας και ασηψίας. Όλοι οι χειρισμοί θα πρέπει να γίνονται με άσηπτη τεχνική και θα πρέπει οι κοιλικές εξετάσεις να μειώνονται στις άκρως απαραίτητες. Είναι επίσης, πολύ σημαντικό να τηρούνται όλοι οι κανόνες πρόληψης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Κατά τη συρραφή του περινέου θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα απαραίτητα ράμματα, τα οποία δεν θα πρέπει να τοποθετούνται πολύ σφιχτά. Το άτομο το οποίο εκτελεί περινεοραφή είναι απαραίτητο να φορά αποστειρωμένα γάντια και να αποφεύγει να μιλά ή να βήχει καθόλη τη διάρκεια της διαδικασίας (Gupta, Holloway, Kubba, 2011).

4.2. Ενδομητρίτιδα

Η φλεγμονή του γεννητικού συστήματος μετά τον τοκετό αποτελεί ορισμένες φορές σοβαρή επιπλοκή της λοχείας, γνωστότερη παλαιότερα με τον όρο επιλόχεια σήψη.

Η ενδομητρίτιδα αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία επιλόχειας λοίμωξης.

Η κύρια οδός εισόδου των μικροβίων είναι ο φθαρτός και κυρίως η πλακουντιακή άλω που παραμένει μετά την αποκόλληση του πλακούντα αλλά μπορεί να εξαπλωθεί και σε όλο το ενδομήτριο, οπότε μπορεί να καταλήξει και σε απόστημα. Οι μικροοργανισμοί, που συνήθως είναι υπεύθυνοι για τις λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος είναι κολοβακτηρίδια και αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι της ομάδας Β.

Εμφανίζεται, συνήθως την δεύτερη ή την τρίτη ημέρα της λοχείας και σπανιότερα το πρώτο εικοσιτετράωρο. Η επίπτωση είναι υψηλότερη μετά από

καισαρική τομή. Οι παράγοντες κινδύνου είναι ίδιοι με εκείνους της λοίμωξης του τραύματος (Zullo et al., 2017).

Η ύπαρξη της ενδομητρίτιδας μπορεί να επιφέρει πυρετό, αυξημένους σφυγμούς, ναυτία, κόπωση και λήθαργο, πόνο στην πύελο, ευαισθησία στην μήτρα ή δύσοσμα πυοαιματηρά και άφθονα λόγια. Στην κλινική εξέταση για την εύρεση ενδομητρίτιδας, διαπιστώνεται ατελής παλινδρόμηση της μήτρας, η οποία ψηλαφάται μαλακή και κατά την ψηλάφηση η γυναίκες αναφέρουν έντονο πόνο. Τα εργαστηριακά ευρήματα χαρακτηρίζονται από λευκοκυττάρωση και αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών.

Η αντιμετώπιση βασίζεται στην σωστή χορήγηση αντιβιοτικών, μετά από καλλιέργεια και αντιβιογράμμα σε υλικό από τα λόγια. Η θεραπεία περιλαμβάνει αντιβιοτικά ευρέος φάσματος που καλύπτουν και τα πενικιλλινοάντοχα αναερόβια μικρόβια. Ο συνδυασμός πενικιλίνης – γενταμυκίνης θεωρείται πολύ αποτελεσματικός, αφού η πλειονότητα των οργανισμών θα ανταποκριθεί σε αυτόν μέσα σε 48-72 ώρες (Βαβίλης, Μπόντης 2011).

4.3. Ουρολοιμώξεις

Οι ουρολοιμώξεις εμφανίζονται στο 2-4% των λεχώνων. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης, τις συχνές κολπικές εξετάσεις, την επισκληρίδια αναισθησία, τον τραυματισμό του πυελογεννητικού σωλήνα, το ιστορικό ουρολοιμώξεων και τον τοκετό με καισαρική τομή.

Τα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσουρία συχνουρία και έπειξη για ούρηση, χαμηλό πυρετό, επίσχεση ούρων, αιματουρία και πυουρία. Η ευαισθησία στην πλευροσπονδυλική γωνία ή το πλευριτικό άλγος μπορεί να είναι ενδεικτικά ανιούσας ουρολοίμωξης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ούρων πιθανόν να αποκαλύψουν *escherichia coli*, αν και ουρολοιμώξεις μπορούν να προκαλέσουν και άλλοι gram αρνητικοί αερόβιοι βάκιλοι (Gundersen et al., 2018).

Η αντιμετώπιση της ουρολοίμωξης, περιλαμβάνει την αντιμικροβιακή θεραπεία, την αναλγησία και την ενυδάτωση. Λόγω του ότι ουρολοίμωξη μπορεί να αναπτυχθεί αφού η γυναίκα έχει εξέλθει του μαιευτηρίου, η εκπαίδευσή τους πρέπει να περιλαμβάνει οδηγίες σχετικά με την παρακολούθηση της θερμοκρασίας τους, την λειτουργία της ουροδόχου κύστης και την εμφάνιση των ούρων (να μην εμφανίζουν

σημεία λοίμωξης όπως να είναι δύσοσμα ή να έχουν πράσινο χρώμα). Η γυναίκα πρέπει επίσης να ενημερωθεί σχετικά με τα σημεία πιθανών επιπλοκών και τη σημασία λήψης όλων των αντιβιοτικών που έχουν χορηγηθεί. Τα αντιβιοτικά πρέπει να λαμβάνονται βάσει συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος, ώστε τα επίπεδά τους στο αίμα να παραμένουν σταθερά. Για τον λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό να ολοκληρώνεται το θεραπευτικό σχήμα της συνταγογραφούμενης και να μην το σταματά μόλις αισθανθεί βελτίωση. Τέλος, πολλές γυναίκες, αναπτύσσουν μυκητιασικές λοιμώξεις κατά την διάρκεια της λήψης των αντιβιοτικών, καθώς τα φάρμακα αυτά καταστρέφουν την φυσιολογική χλωρίδα της ουροποιογεννητικής οδού, ταυτόχρονα με τους παθογόνους μικροοργανισμούς. Συνεπώς, η γυναίκες ενθαρρύνονται να καταναλώνουν γαλακτοκομικά όπως γιαούρτι, τυρί ή γάλα με ενεργές αποικίες οξυφίλων γενών (Lowdermilk et al., 2013; Gundersen et al., 2018)

4.4.Ορθοκολπικό – Κυστεοκολπικό συρίγγιο

Τα συρίγγια των γεννητικών οργάνων είναι διατρήσεις μεταξύ οργάνων του πυελογεννητικού σωλήνα. Είναι σοβαρή επιπλοκή που μπορεί να εμφανισθεί στη λοχεία, κατά την οποία δημιουργείται επικοινωνία μεταξύ της κύστης και του κόλπου (κυστεοκολπικό) ή μεταξύ του ορθού και του κόλπου (ορθοκολπικό) με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία. Συνήθως αυτό προκύπτει από εκτεταμένο τραυματισμό στη περιοχή του κόλπου. Επίσης, τα συρίγγια μπορεί να είναι και αποτέλεσμα συγγενούς ανωμαλίας, γυναικολογικών επεμβάσεων, μαιευτικού τραύματος, καρκίνου, ακτινοθεραπείας ή λοίμωξης (Cunningham et al., 2014).

Τα σημεία και συμπτώματα των κολπικών συριγγίων εξαρτώνται από την θέση, αλλά πιθανόν να περιλαμβάνουν και την παρουσία ούρων, τον μετεωρισμό ή την θορυβώδη έξοδο αερίων από τον κόλπο ή κοπράνων στον κόλπο, τις οσμές των ούρων ή των κοπράνων στον κόλπο και των ερεθισμό των ιστών του κόλπου (Ruminjo et al., 2014).

Όσον αφορά τα κυστεοκολπικά συρίγγια είναι δυνατόν να δημιουργηθούν από την παραμονή της κεφαλής του εμβρύου στο ίδιο σημείο της πυέλου για πολλή ώρα, σε σχετική δυσαναλογία, που μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία και τοπική νέκρωση των ιστών με αποτέλεσμα τη δημιουργία κυστεοκολπικού ή κυστεομητρικού συριγγίου. Επίσης υπεύθυνοι για την δημιουργία συριγγίων (κυστεοκολπικών και

ορθοκολπικών) είναι οι τραυματισμοί του κόλπου, της κύστης και του εντέρου (ορθό) κατά τον τοκετό. Τα κυστεο-μητρικά-κολπικά συρίγγια που μπορούν να δημιουργηθούν, μετά τον τραυματισμό, αρχικά αντιμετωπίζονται με προληπτική χορήγηση αντιβίωσης και καθετηριασμό της κύστεως για μεγάλο χρονικό διάστημα, μήπως και υπάρξει αυτόματη επούλωση. Αν παραμείνουν μετά την έλευση 1-2 μηνών επιχειρείται χειρουργική αποκατάσταση.

Τα ορθοκολπικά συρίγγια, στην πλειοψηφία τους, δημιουργούνται λόγω ανεπιτυχής προσπάθειας συρραφής των ρήξεων τρίτου και τετάρτου βαθμού που εμφανίζονται μετά από έναν κολπικό τοκετό. Ο σφιγκτήρας, ή μέρος αυτού, επουλώνεται αλλά η περιοχή πάνω από τον σφιγκτήρα διασπάται. Ενίοτε, μία βελονιά από το ράμμα που χρησιμοποιείται για την διόρθωση των ρήξεων, στην κορυφή της επισιοτομής, εισέρχεται στο ορθό. Τις περισσότερες φορές δεν δημιουργείται πρόβλημα. Δυστυχώς, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η επούλωση δεν επέρχεται φυσικά και απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση (Ruminjo et al., 2014).

4.5. Τραυματική νευρίτιδα

Η τραυματική νευρίτιδα είναι μαιευτική παράλυση, σε σπάνιες περιπτώσεις μετά τον τοκετό είναι δυνατό να εμφανισθούν αισθητικές και κινητικές διαταραχές στο ένα ή και στα δύο άκρα της λεχιάδας. Αυτό συμβαίνει από πίεση της κεφαλής του εμβρύου κατά την κάθοδο του πάνω στο οσφυϊκό στέλεχος που βρίσκεται στο ύψος της ιερολαγόνιας διάρθρωσης. Επίσης μπορεί να συμβεί από διάταση του οσφυϊκού στελέχους, διότι το ιερό οστό απωθήθηκε προς τα πίσω κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού. Ακόμη είναι δυνατόν να συμβεί λόγω της πρόπτωσης μεσοσπονδύλιου δίσκου, όταν η κάμψη της σπονδυλικής στήλης είναι μεγάλη, αυτό συμβαίνει στη περίπτωση που θα τοποθετήσουμε την επίτοκο σε θέση λιθοτομής, προκειμένου να εκτελεσθεί εμβρυολκία. Άλλη αιτία είναι η συμπίεση του ιγνιακού νεύρου στα στηρίγματα των κάτω άκρων στη μαιευτική τράπεζα (Ιατράκης, 2015).

Τα συμπτώματα της τραυματικής νευρίτιδας είναι το μούδιασμα και ο πόνος στην περιοχή του ισχίου, το έντονο αντανακλαστικό της επιγονατίδας, το νωθρό αντανακλαστικό του αχίλλειου τένοντα και η αδυναμία της λεχιάδας να κάμψει τον άκρο πόδα ή να εκτείνει τα δάχτυλα της. Πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση διότι πολλές φορές η ισχιαλγία οφείλεται σε διάταση των ιερολαγονίων διαρθρώσεων κατά

τον τοκετό ή σε κοκκυγοδυνία. Για την αντιμετώπιση της τραυματικής νευρίτιδας η λεχώνα τοποθετείται σε σκληρό κρεβάτι και έλκεται το κάτω άκρο, για την ανακούφιση από τον πόνο. Σε περίπτωση που η λεχωίδα εμφανίζει πτώση του άκρου ποδιού εκτελείται περίδεση του ή τοποθετείται γύψινος νάρθηκας. Όταν αρχίσει να περπατάει χρησιμοποιείται ορθοπεδικό παπούτσι για αρκετούς μήνες. Η τραυματική νευρίτιδα είναι δυνατόν να αποτελέσει ένδειξη καισαρικής τομής σε επόμενη εγκυμοσύνη (Cunningham et al., 2014).

4.6. Σηψαιμία και σηπτική καταπληξία

Σηψαιμία είναι η επικράτηση των μικροβίων στο αίμα. Όλες οι τοπικές επιλόχειες μολύνσεις μπορούν να εξελιχθούν σε σηψαιμία όταν τα μικρόβια που προκαλούν την τοπική μόλυνση παρουσιάζουν αρκετή παθογένεια για αυτό το σκοπό. Η διάγνωση της σηψαιμίας θα στηριχτεί στον υψηλό πυρετό, που συνοδεύεται με ρίγος και παρουσιάζει αρκετές διακυμάνσεις κατά την διάρκεια της ημέρας, σε σημαντική ταχυσφυγμία και μικροσφυγμία, στους εμέτους, στη διάρροια, στην εμφάνιση οστρακοειδούς εξανθήματος και στα εργαστηριακά ευρήματα (καλλιέργεια αίματος). Ο μικρός και συχνός σφυγμός υποδηλώνει συμμετοχή του κυκλοφορικού συστήματος στη μόλυνση για αυτό και η πρόγνωση είναι βαριά (Λουτράδης και συν., 2018).

Ο όρος «shock», όπως είναι διεθνώς γνωστή η καταπληξία, αναφέρθηκε για να περιγράψει τις συνέπειες ενός πλήγματος, δηλαδή την προοδευτική κατάρριψη, την απώλεια των αισθήσεων και τέλος τον θάνατο.

Σαν καταπληξία γενικά χαρακτηρίζεται η κλινική εκείνη κατάσταση που παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα τα οποία απορρέουν από αδυναμία της καρδιάς να τροφοδοτήσει με ικανοποιητική ποσότητα οξυγονωμένου αίματος τα διάφορα όργανα και τους ιστούς. Χαρακτηρίζεται δηλαδή η καταπληξία από πτώση της πίεσης, ταχυκαρδία, ωχρότητα, εφίδρωση, περιφερειακή κυάνωση, ταχύπνοια, απώλεια της συνείδησης και ολιγουρία (Λουτράδης και συν., 2018).

Η μαιευτική καταπληξία εμφανίζεται σε έγκυες, σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε έκτρωση και σε γυναίκες που γέννησαν. Μπορούμε να διακρίνουμε δύο μεγάλες κατηγορίες μαιευτικής καταπληξίας: την ολιγαϊμική και τη σηπτική καταπληξία.

Η ολιγαϊμική καταπληξία είναι αποτέλεσμα έντονης αιμορραγίας κατά την κύηση και κατά ή μετά τον τοκετό. Μετά τον τοκετό ο στιφρός πλακούντας, η

κατακράτηση τμήματος πλακούντα, η εκτροφή της μήτρας, η ρήξη της μήτρας και οι ρήξεις του τραχήλου, του κόλπου, της κλειτορίδας και του περινέου, η ατονία μήτρας και γενικά καταστάσεις που συνεπάγονται διαταραχές πήκτικότητας του αίματος, αποτελούν κύριες αιτίες μαιευτικής καταπληξίας, που αν δεν αντιμετωπιστούν σύντομα και κατάλληλα μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο της μητέρας.

Το σηπτική καταπληξία αποτελεί μετά το αιμορραγικό τη δεύτερη μεγάλη αιτία μητρικής θνησιμότητας. Οι παθήσεις που μπορούν να επιφέρουν σηπτική καταπληξία στην έγκυο είναι η σηπτική έκτρωση, η χοριοαμνιονίτιδα, η πυελονεφρίτιδα, η οξεία σκωληκοειδίτιδα, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, η σηπτική πυελική θρομβοφλεβίτιδα, η νεκρωτική περιτονίτιδα, το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας, η ενδοκαρδίτιδα και τα εγκαύματα (Ιατράκης, 2015).

Βασικό στοιχείο για τη διάγνωση και τη θεραπεία είναι η εντόπιση και αντιμετώπιση της σηπτικής εστίας. Η εστία αυτή στην έγκυο και στη λεχωίδα συνήθως βρίσκεται στα γεννητικά όργανα ή στο ουροποιητικό σύστημα. Από την κλινική εξέταση εκτός από τα σημεία που αναφέρθηκαν πιο πάνω, στις δύο φάσεις της σηπτικής καταπληξίας, διαπιστώνεται έντονη ευαισθησία στην περιοχή της αρχικής σηπτικής εστίας.

Ο εργαστηριακός έλεγχος απαραίτητα θα πρέπει να περιλαμβάνει τη γενική αίματος, την γενική ούρων, τον έλεγχο πήξης του αίματος, του ηλεκτρολύτες, την ουρία και κρεατινίνη του ορού, τα ηπατικά ένζυμα και τα αέρια του αίματος. Επίσης, θα πρέπει να αποστέλλονται για καλλιέργεια αίμα, ούρα και οποιαδήποτε άλλα πιθανά σηπτικά εκκρίματα, όπως για παράδειγμα λόγια, πτύελα, κόπρανα και υγρό από το εγχειρητικό τραύμα (Ιατράκης 2015).

Η ακτινογραφία θώρακος θα πρέπει να γίνεται για τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό του πνευμονικού οιδήματος, της πνευμονίας και του συνδρόμου της αναπνευστικής ανεπάρκειας των ενηλίκων (ARDS). Το υπερηχογράφημα κοιλίας και η αξονική ή μαγνητική τομογραφία είναι χρήσιμες εξετάσεις για τη διάγνωση ενδοκοιλιακών σηπτικών εστιών. Η ύπαρξη λευκοκυτταρώσεως, πυουρίας, διαταραχών του μηχανισμού της πήξης του αίματος και η ανεύρεση θετικών καλλιεργείων είναι ευρήματα που στοιχειοθετούν την εργαστηριακή εικόνα του σηπτικής καταπληξίας.

Η αντιμετώπιση της εγκύου και λεχωίδας με σηπτική καταπληξία πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Οι βασικοί άξονες της

θεραπείας είναι η εκρίζωση της σηπτικής εστίας, η υποστήριξη και αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου και της αρτηριακής πίεσης, η υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας και η χορήγηση αντιβιοτικών (Ιατράκης, 2015).

Η εκρίζωση της σηπτικής εστίας συνήθως γίνεται χειρουργικά. Νεκρωμένοι σηπτικοί ιστοί πρέπει το ταχύτερο να αφαιρούνται, αποστήματα και αποστηματικές κοιλότητες να παροχετεύονται, διαπυημένα τραύματα να διανοίγονται και σηπτικές εστίες, που μπορεί για παράδειγμα να είναι η μήτρα να αφαιρούνται.

Η αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου γίνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και εάν απαιτηθεί και με τη χορήγηση ινοτρόπων φαρμάκων. Η ποσότητα των υγρών που θα χορηγηθεί θα εκτιμηθεί από την κεντρική φλεβική πίεση. Η υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας με τη χορήγηση οξυγόνου ή και του μηχανικό αερισμό, εφ' όσον χρειάζεται, είναι ουσιαστική γιατί ο σηπτικός ασθενής πρέπει οπωσδήποτε να έχει καλή οξυγόνωση των ιστών.

Επειδή οι λοιμώξεις των εγκύων και κυρίως των λεχώνων είναι συνήθως μικτές, μέχρι της λήψεως των αντιβιογραμμμάτων χορηγούνται ενδοφλέβια αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, που καλύπτουν μικρόβια θετικά και αρνητικά κατά Gram καθώς και αναερόβια. Η χορήγηση μιας πενικιλίνης, ή κεφαλοσπορίνης πρώτης ή δεύτερης γενεάς σε συνδυασμό με αμνιογλυκοσίδη και μετρονιδαζόλη είναι συνήθως επαρκής. Η πτώση του πυρετού με ακεταμινοφαίνη, ψυχρά επιθέματα ή και ανεμιστήρα είναι ιδιαίτερα επιβεβλημένα.

4.7. Ψυχολογική διάθεση κατά τον τοκετό

Ο τοκετός αποτελεί στρεσογόνα εμπειρία στην ζωή των γυναικών, απορρέοντας από τη σύνθετη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Αναπόφευκτα, τόσο η κύηση, όσο και ο τοκετός αποτελούν σημαντικά γεγονότα στην ζωή της γυναίκας και της οικογένειάς της, οι εμπειρίες των οποίων λειτουργούν καθοριστικά για τη μητρότητα. Πιθανή εξήγηση είναι οι ενδοκρινολογικές και ψυχολογικές μεταβολές της λοχείας, που καθιστούν τις γυναίκες πιο ευάλωτες στο βίωμα της επιλόχειας θλίψης, όπως και οι φόβοι σχετικά με την υγεία του βρέφους είχαν ισχυρό αντίκτυπο στην εμφάνιση της θλίψης της μητρότητας (Hollander et al., 2017).

Το ένα τρίτο των γυναικών θεωρούν ότι ο τοκετός τους υπήρξε τραυματικός και το 2-5% αυτών είναι πιθανό να αναπτύξουν επιλόχεια διαταραχή

μετατραυματικού stress (PTSD) μετά τον τοκετό. Συνεπώς ο τοκετός φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει τραυματικό γεγονός για την γυναίκα και κατά επέκταση να επιδράσει ως παράγοντας ενεργοποίησης μετατραυματικού στρες μετά την έκβασή του. Συγκεκριμένα, αυτή η διαταραχή προκαλείται από ένα πραγματικό ή αντιληπτό τραύμα κατά την διάρκεια του τοκετού ή μετά από αυτόν. Σύμφωνα με το American Psychiatric Association το 2013, όρισε το PTSD ως μια διαταραχή που αναπτύσσεται μετά από ένα συμβάν και συνδέεται με μια πραγματική ή αντιληπτή απειλή θανάτου ή απειλή για την σωματική ακεραιότητα του ατόμου ή άλλων. Οι συνέπειές της είναι σοβαρές μακροπρόθεσμες, ενώ οι ασθενείς συχνά απαιτούν χρόνια συμβουλευτικής ή θεραπείας, ενώ κάποιος μπορεί να μην καταφέρουν ποτέ να θεραπευτούν πλήρως (van den Akker, 2012; Simkin, 2011).

Η διαταραχή αυτή πιθανόν να προκληθεί λόγω επείγουσας καισαρικής τομής, πρόπτωσης ομφαλίδας, τη χρήση μεταλλικών εμβρυουλκών, ακόμη και όταν το νεογνό μετά την γέννηση του χρειαστεί να μεταφερθεί άμεσα στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην δημιουργία αυτής της ψυχικής ασθένειας λαμβάνει η κακή επικοινωνία με την ιατρική ομάδα ή η έλλειψη υποστήριξης και ενθάρρυνσης της επιτόκου από την μαία στον τοκετό. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, αποτελούν και η ύπαρξη ρήξεων μεγάλου βαθμού, οι οποίες συνέβησαν στον τοκετό, αλλά και η σοβαρή αιμορραγία ύστερα από τον τοκετό, η προεκλαμψία- εκλαμψία, καθώς και η αναπάντεχη υστερεκτομή.

Τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες περιλαμβάνουν συχνούς εφιάλτες και ανεξέλεγκτες αναδρομές στο συμβάν. Περιλαμβάνουν επίσης άρνηση του ατόμου να μιλήσει για το περιστατικό, συμπεριφορά που συχνά οδηγεί το άτομο αυτό σε απομόνωση ακόμα και από τα αγαπημένα του πρόσωπα. Οι ασθενείς αυτοί διακατέχονται από διαρκή ένταση και ανησυχία λόγω των γεγονότων που βίωσαν (Postpartum support International, n.d).

Η ανάπτυξη της διαταραχής του μετατραυματικού στρες στην διάρκεια του τοκετού αφορά τη βίωση του τοκετού ως ένα σημαντικό και στρεσογόνο και απειλητικό για την ζωή της επιτόκου γεγονός ή ως ένα γεγονός που ενδέχεται να προκαλέσει σημαντική βλάβη σε αυτήν. Σύμφωνα με τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών για να τεθεί η διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού στρες, στην αντίδραση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η απελπισία, ο έντονος φόβος ή ο τρόμος. Υπό ευρεία έννοια, η γυναίκες που βιώνουν

μετατραυματικό στρες σχετιζόμενο με τον τοκετό ξαναβιώνουν επανειλημμένα το τραυματικό γεγονός, αποφεύγουν ερεθίσματα που σχετίζονται με τον τοκετό και την γέννα και βιώνουν συναισθηματικό σοκ για τουλάχιστον ένα μήνα μετά τον τοκετό. Η ψυχοθεραπεία είναι η πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας για την αποκατάσταση από τις συνέπειες του τραύματος (van den Akker, 2012).

Ο έμπειρος θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει το άτομο να ξεπεράσει το τραύμα που έχει βιώσει, ακόμη και αν έχει περάσει πολύς καιρός μετά το τραυματικό γεγονός. Τα άλυτα τραύματα είναι από τους πιο συνήθεις λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι ζητούν τη βοήθεια ειδικού. Αν υπάρχουν πολύ έντονα συμπτώματα, μπορεί να χρειαστεί και η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από ψυχίατρο, για παράδειγμα, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά και σταθεροποιητές διάθεσης (Gilbert, 2016)

5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΧΩΙΔΑΣ

5.1. Μαιευτική φροντίδα λεχωίδας αμέσως μετά τον τοκετό

Τα κύρια αντικείμενα της μαιευτικής φροντίδας της λεχώνας αμέσως μετά τον τοκετό, περιλαμβάνουν την εντατική παρακολούθηση της για ένα χρονικό διάστημα 1-2 ωρών. Αρχικά, παρακολουθείται κάθε 15 λεπτά την πρώτη ώρα, κάθε 30 λεπτά τις επόμενες 2 ώρες και τέλος κάθε ώρα τις 3 ώρες που ακολουθούν. Κατά το διάστημα αυτό, ελέγχεται η ποσότητα του αποβαλλόμενου αίματος και η παλινδρόμηση της μήτρας, η ούρηση και η διούρηση, οι σφίξεις, και η αρτηριακή πίεση, οι τυχόν παθολογικές αντιδράσεις από την τοπική ή στελεχειαία ή γενική αναισθησία, η κατάσταση του εγχειρητικού τραύματος και η απουσία σημείων εσωτερικής αιμορραγίας (Κατευθυντήριες οδηγίες Μαιευτικής φροντίδας, 2012).

Για μερικές ώρες μετά τον τοκετό η θερμοκρασία και οι σφύξεις είναι αυξημένες, με βαθμιαία αποκατάσταση στο φυσιολογικό, ενώ η συχνότητα των αναπνοών παρουσιάζεται εναλλασσόμενη. Η θερμοκρασία ανεβαίνει στους 37,8 °C, όταν ο τοκετός είναι κουραστικός φθάνει στους 38 °C, αλλά γρήγορα σημειώνεται κάμψη. Οι σφίξεις μετά τον τοκετό ανέρχονται σε 100 το λεπτό ιδιαίτερα στις πολυτόκες και επανέρχονται στο φυσιολογικό στο τέλος της πρώτης εβδομάδας. Επιτάχυνση σφίξεων παρατηρείται σε αναιμικές λεχώνες και σε αυτές που έχασαν περισσότερο αίμα κατά τον τοκετό. Εάν όλες οι προαναφερθείσες παράμετροι είναι ομαλές, θα επιτραπεί η απομάκρυνση της λεχωίδας από την αίθουσα εντατικής παρακολούθησης (Κατευθυντήριες οδηγίες Μαιευτικής φροντίδας, 2012).

5.2. Μετέπειτα Φροντίδα

Η λεχώνα παραμένει στο μαιευτήριο 2-3 μέρες μετά τον φυσιολογικό τοκετό και 4-5 μέρες μετά την καισαρική. Αν και υπάρχουν αυξημένη νοσηρότητα (πόνος στο περίνεο, οσφυαλγία, δυσκολίες στον θηλασμό) οι περισσότερες γυναίκες μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι του μετά από 12 ώρες. Όταν η λεχωίδα μεταφερθεί στο τμήμα λεχωίδων η παρακολούθησή της γίνεται κάθε τέσσερις ώρες για το πρώτο 24ωρο και

τις επόμενες ημέρες δύο φορές την ημέρα, εκτός αν το επιβάλλει διαφορετικά η κατά περίπτωση κατάστασή της. Η παρακολούθησή της πρέπει να είναι προσεκτική και να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Τον έλεγχο της τακτικής και έγκαιρης ούρησης της λεχωίδας. Η πρώτη ούρηση μετά τον τοκετό πρέπει να γίνεται μέσα στις 4-6 ώρες. Στη λοχεία παρατηρούνται σε μεγάλη συχνότητα κυστικά ενοχλήματα και κυρίως δυσχέρεια ως προς την ούρηση, ως επακόλουθο της άσκησης πίεσης στην κύστη από την κεφαλή του εμβρύου κατά την εξώθηση. Μεγαλύτερη καθυστέρηση της ούρησης είναι δυνατόν να παρεμποδίσει την παλινδρόμηση της μήτρας και να οδηγήσει σε μεγαλύτερη απώλεια αίματος. Επιπλέον, καθυστερήσεις στην ούρηση οδηγούν στην ευκολότερη ανάπτυξη ουρολοιμώξεων.
- Τον έλεγχο της καθημερινής έγερσης της λεχώνας από το πρώτο 24ωρο. Η γρήγορη και τακτική έγερση συμβάλλει στην παλινδρόμηση της μήτρας, διευκολύνει την κινητοποίηση του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, ενώ παράλληλα προφυλάσσει από τα διάφορα θρομβοεμβολικά επεισόδια, ιδιαίτερα στις γυναίκες εκείνες που πάσχουν από κίρσους κάτω άκρων ή έχουν βεβαρημένο ατομικό ιστορικό.
- Τον έλεγχο της παλινδρόμησης της μήτρας. Μετά την ούρηση ελέγχεται το ύψος του πυθμένα της μήτρας και εκτιμάται ο βαθμός της παλινδρομήσεως. Για την υποβοήθησή της χορηγούνται μητροσυσπαστικά από το στόμα ή ενδομυϊκώς. Ο έλεγχος του βαθμού παλινδρόμησης της μήτρας και της τυχόν ύπαρξης ευαισθησίας της συνοδεύεται πάντοτε από τον έλεγχο της ποσότητας και της ποιότητας των λοχίων. Δύσσομα λόγια με ευαίσθητη μήτρα υποδηλώνουν φλεγμονή.
- Την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της λεχώνας και τον έλεγχο και καταγραφή των ζωτικών της σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα. Όταν η θερμοκρασία δεν υπερβαίνει τους 38 βαθμούς και δεν κρατάει περισσότερο από 24 ώρες, δεν προκαλεί ανησυχία. Όταν όμως παραμένει σε υψηλά επίπεδα, πρέπει να βρούμε τα αίτια της ανόδου της, για να καθορίσουμε την θεραπευτική αντιμετώπιση. Άνοδος της θερμοκρασίας μέσα στην πρώτη εβδομάδα οφείλεται συνήθως σε κατακράτηση λοχίων. Παράλληλα, θα πρέπει να ελέγχουμε το σφυγμό της λεχώνας. Εγκατάσταση ταχυσφυγμίας τις πρώτες ημέρες της λοχείας υποδηλώνει απώλεια αίματος, κόπωση, υπερδιέγερση και μόλυνση ή αγγειακή

θρόμβωση.

- Την καθημερινή παρακολούθηση της τοπικής κατάστασης του τραύματος του περινέου για έλεγχο της πορείας της επούλωσης. Ως γενική αρχή, για την φροντίδα του περινέου, πρέπει να ακολουθείται η διατήρηση στεγνού και καθαρού τραύματος καθώς και η απομάκρυνση εκκρίμάτων και περιττωμάτων από το περίνεο με την συχνή αλλαγή μάκτρων, που απορροφούν τις κολπικές εκκρίσεις. Η περιποίηση του τραύματος της περινεοτομής γίνεται με καθημερινές πλύσεις μετά από κάθε ούρηση ή κένωση ή πίεση του πυθμένα της μήτρας για την έξοδο των λοχιών. Η όλη αυτή φροντίδα αποσκοπεί στη παρεμπόδιση της μόλυνσεως του κόλπου και του περινεϊκού τραύματος. Η περινεοτομία είναι ενοχλητική για τη λεχώιδα και για αυτό χρησιμοποιούνται ήπια αναλγητικά, τοπικές πλύσεις και επάλειψη αλοιφής
- Παράλληλα, πρέπει να φροντίζεται μετά σχολαστικότητας και η καθαριότητα των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Η καθαριότητα γίνεται με χλιαρό νερό το οποίο περιέχει αντισηπτική ουσία, χωρίς να επηρεάζουμε την ομαλή εξέλιξη της λοχείας και την επούλωση της περινεοτομίας. Επιβάλλεται η γενική καθαριότητα του σώματος της λεχώνας, η οποία είναι απαραίτητη αμέσως μετά την πρώτη έγερση. Λόγω της αυξημένης εφίδρωσης θα πρέπει να κάνει συχνά μπάνιο, να πλένει τα χέρια της πριν από κάθε θηλασμό, όπως είναι απαραίτητο το κόψιμο των νυχιών της και η διατήρησή της σε καθαρή κατάσταση.
- Τον έλεγχο των κενώσεων της λεχώνας. Η αυτόματη κένωση του εντέρου σπάνια συμβαίνει προ του τρίτου 24ωρου από τον τοκετό, λόγω εντερικής πάρεσης. Μετά τον τοκετό παρατηρείται δυσκοιλιότητα από την κόπωση των μυϊκών τοιχωμάτων, την ατονία του εντέρου και την ευαισθησία της περιοχής του πρωκτού από την περινεοτομία. Η κένωση του εντέρου δεν επισπεύδεται αφού άλλωστε το έντερο άδειασε με τον υποκλεισμό του τοκετού. Έτσι, χορηγούμε καθαρτικό συνήθως την 3η ημέρα μετά τον τοκετό αν χρειαστεί.

Κατά την έξοδο της λεχώνας από το μαιευτήριο, δίνονται οδηγίες για την προσωπική υγιεινή της γυναίκας, με μεγάλη έμφαση στο τραύμα της περινεοτομίας ή της καισαρικής τομής που πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό. Η φροντίδα πρέπει να γίνεται με απλό σαπούνι τουλάχιστον 3-4 φορές την ημέρα (επιπλέον μετά από ούρηση ή αφόδευση).Επιπλέον, παρέχονται οδηγίες για την ανακούφιση από το αίσθημα πόνου, δίνεται παυσίπονο επιλογής ή παρακεταμόλη. Παράλληλα, δίνονται

οδηγίες για την ανάγκη άμεσης κινητοποίησης, που παρέχει αίσθηση ευεξίας στην μητέρα, μειώνει τις επιπλοκές από την μήτρα, το έντερο, την πιθανότητα θρόμβων και διευκολύνει την έξοδο των λογίων. Η άμεση κινητοποίηση δεν σημαίνει, άμεση επιστροφή στις κανονικές δραστηριότητες. (Κατευθυντήριες οδηγίες Μαιευτικής φροντίδας, 2012).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά η δημιουργία πολλών τραυμάτων στον τοκετό είναι αναπόφευκτη. Ωστόσο, υπάρχει τρόπος να μειωθούν αρκετά από αυτά τα τραύματα. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του τομέα της Μαιευτικής και Γυναικολογίας είναι η ποιότητα της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας στις γυναίκες που πρόκειται να γεννήσουν. Το ιατροκεντρικό μοντέλο φροντίδας που επικρατεί στην πλειοψηφία των νοσοκομείων παγκοσμίως, αναγκάζει τις γυναίκες να υποστούν τον τοκετό τους και όχι να τον βιώσουν.

Ο ρόλος της μαίας είναι να εστιάσει στην καλύτερη έκβαση ενός τοκετού και να αποτρέψει, τη δημιουργία άσχημης εμπειρίας. Με την συνεχή υποστήριξη της επιτόκου, την εμπύχωση αυτής για εναλλαγή στάσεων στον τοκετό, την αποφυγή εκτέλεσης περιττών παρεμβάσεων, όπως συνεχείς κολπικές εξετάσεις, την επιτάχυνση του τοκετού με ωκυτοκίνη και την ενθάρρυνση της επιτόκου να εξωθήσει όταν νιώθει εκείνη την ανάγκη, ένα σημαντικό ποσοστό των τραυμάτων του τοκετού είναι πολύ πιθανό να ελαχιστοποιηθεί. Η εποικοδομητική συνεργασία της εξειδικευμένης μαιευτικής ομάδας, η καλή συνεννόηση και η συλλογικότητα θα συμβάλλουν στην μείωση των τραυμάτων εξίσου.

Δεδομένου όλων των παραπάνω, θεωρείται επίσης αναγκαία η έρευνα και η εύρεση επιπλέον εναλλακτικών μεθόδων για την παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού και την πρόληψη της δημιουργίας τραυμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

I. Ελληνόγλωσση και Ξενόγλωσση.

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015,a). Operative vaginal delivery. *Obstet Gynecol. Volume 126 - Issue 5 – p. e56–e65*. doi: 10.1097/AOG.0000000000001147.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015b). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Committee Opinion No 650. 2015;126 e135-42*.
3. Cunningham F.G., Leveno K.J., Spong C.Y., Dashe J.S., Hoffman B.L., Casey B.M., Sheffield J.S. (2014). *Williams OBSTETRICS*. (24η εκδ.). U.S.A: McGraw Hill education.
4. Dungan, J.S. (2012). Pelvic Floor Disorders After Vaginal Birth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth. *Yearbook of Obstetrics, Gynecology and Women's Health, 2012, 70–71*. doi:10.1016/j.yobg.2012.06.154.
5. Gilbert E.S. (2016). *Κύηση και Τοκετός Υψηλού Κινδύνου*. (5η εκδ.). (Μεταφρ: Λυκερίδου Α., Γουρουντή Κ.). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
6. Goetz L.L., Klausner A.P., Cardenas D.D. (2016). Bladder dysfunction. *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation*. 5th ed. Elsevier 2016.
7. Gupta S., Holloway D., Kubba A. (2011). *Oxford εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας*. (Μεταφρ. Δελτσίδου Α.Γ., Νάνου Χ., Μωραΐτου Μ.). Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Α.Ε.
8. Hollander M.H., van Hastenberg E., van Dillen J., van Pampus M.G, de Miranda E., Stramrood C.A.I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health. 20:515–523*, doi: 10.1007/s00737-017-0729-6.

9. Lowdermilk D.L, Perry S., Cashion K. (2013). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. (8η εκδ.). (Μεταφρ: Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α.). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
10. NHS. (2017). Care of your perineum following 1st and 2nd degree tears. *Version/ ref No: 3.0 / MEHT110293*.
11. NICE Clinical Guidelines. (2012). London. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK).
12. Olga B.A. van den Akker. (2012). *Ψυχολογία Αναπαραγωγικής Περιόδου*. (Μετάφρ: Γουρουντή Κ.). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
13. Posner G.D., Dy J., Black A.Y., Jones G.D. (2013). *Oxorn-Foote Human Labor and Birth*. (6^η εκδ.). U.S.A: McGraw Hill education.
14. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. *Green-top Guideline No 29*.
15. Simkin P. (2011). Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Perinatal Education. Volume 20. Number 3. 20(3), 166–176*, doi: 10.1891/1058-1243.20.3.166.
16. WHO. (2014). Recommendations for augmentation of labour.
17. WHO. (2018). Recommendation on techniques for preventing perineal trauma during labour.
18. Yeomans B.L., Hoffman L.C., Gilstrap 3rd, Cunningham F.G. (2017). *Cunningham and Gilstrap's Obstetrics*. (3^η εκδ.). U.S.A: McGraw Hill education.
19. Αντσακλής Α. (2011). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. (2^η έκδ.). Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού.
20. Αρβανιτίδου Ο., Παράσχου Μ., Τζελελίδου Μ., Μάλφα Κ., Παπαδοπούλου Μ., Δημητροπούλου Ε., Θεοδοσιάδου Α., Κόλλια Γ., Αντωνάκου Α., Κανακάρη Μ., Θεοδοροπούλου Ο., Τζελάλη Α., Σάρτη Α., Γραμματικού Κ., Παπάκη Ι., Τσαβέλη Α. (2011). *Τεκμηριωμένη Φροντίδα στον Φυσιολογικό Τοκετό*. Επιστημονική εταιρεία μαιών Ελλάδας «Μαίευση».
21. Ιατράκης Γ.Μ. (2015). *Μαιευτικά προβλήματα και λύσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλλιπος.

22. Κατευθυντήριες οδηγίες Μαιευτικής φροντίδας. (2012). Πρωτόκολλο 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας, Μακεδονίας-Θράκης.
23. Λουτράδης Δ., Δεληγεώρογλου Ε., Παπαντωνίου Ν., Παππά Κ. (2018). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Κύπρος: Broken Hill publishers Ltd.
24. Βαβίλης Δ., Μπόντης Ι.Ν. (2017). *Βασικές γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας*. (3^η εκδ.). Αθήνα: University Studio Press.

II. Διαδίκτυο

25. Aasheim V., Nilsen A.B.V., Lukasse M., Reinar L.M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd006672.pub2. Ανακτήθηκε 10.09.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28608597>
26. Abedzadeh-Kalahroudi M., Talebian A., Sadat Z., Mesdaghinia, E. (2018). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1–6. doi:10.1080/01443615.2018.1476473. Ανακτήθηκε 05.08.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Perineal+trauma%3A+incidence+and+its+risk+factors>
27. Brito L.G.O., Ferreira C.H.J., Duarte G., Nogueira A.A., Marcolin, A.C. (2015). Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. *International Urogynecology Journal*, 26(10), 1429–1436, doi: 10.1007/s00192-015-2687-8. Ανακτήθηκε 28.08.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Antepartum+use+of+Epi-No+birth+trainer+for+preventing+perineal+trauma%3A+systematic+review>
28. Demirel G., Golbasi Z. (2015). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(2), 183–186. doi:10.1016/j.ijgo.2015.04.048. Ανακτήθηκε 05.09.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26410801>

29. Lee S., Liu C., Lu Y., Gau M. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), 19–28. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x. Ανακτήθηκε 30.09.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Efficacy+of+Warm+Showers+on+Labor+Pain+and+Birth+Experiences+During+the+First+Labor+Stage>
30. Kordi M., Irani M., Tara F. Esmaily H. (2014). The Diagnostic Accuracy of Purple Line in Prediction of Labor Progress in Omolbanin Hospital, Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Nov; 16(11): e16183. Published online 2014 Nov 16. doi: 10.5812/ircmj.16183. Ανακτήθηκε 28.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: https://www.researchgate.net/publication/273466758_The_Diagnostic_Accuracy_of_Purple_Line_in_Prediction_of_Labor_Progress_in_Omolbanin_Hospital_Iran
31. Shepherd A., Cheyne H., Kennedy S., McIntosh C., Styles M., Niven C. (2010). The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1). doi:10.1186/1471-2393-10-54. Ανακτήθηκε 05.08.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+purple+line+as+a+measure+of+labour+progress%3A+a+longitudinal+study>
32. Youssef A., Salsi G., Cataneo I., Pacella G., Azzarone C., Paganotto M.C., Pilu G. (2018). Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with higher risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. doi:10.1002/uog.19085. Ανακτήθηκε 05.09.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29749657>
33. Foroughipour A., Firuzeh F., Ghahiri A., Norbakhsh V., Heidari T. (2011). The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *Aug;16(8):1040-6*. Ανακτήθηκε 17.09.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+effect+of+perineal+control+with+hands-on+and+hand-poised+methods+on+perineal+trauma+and+delivery+outcome>

34. Ferreira-Couto C.M, Fernandes-Carneiro M. (2017). Trauma perineal prevention: an integrative literature review. *Enfermeria Global. ISSN 1695-614.1 No 47*. Ανακτήθηκε 30.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
35. Corton M.M., Lankford J.C., Ames R., McIntire D.D., Alexander J.M., Leveno K.J. (2012). A randomized trial of birthing with and without stirrups. *American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2012;207:133.e1-5*. Ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση: file:///C:/Users/User/Downloads/A_randomized_trial_of_birthing_with_and_without_stirrups.pdf
36. Mylonas, I., & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Aerzteblatt Online*. doi:10.3238/arztebl.2015.0489. Ανακτήθηκε 27.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555060/>
37. Lee N.K., Kim S., Lee J.W., Sol Y.L., Kim C.W., Hyun Sung K., Suh D.S. (2010). Postpartum hemorrhage: Clinical and radiologic aspects. *European Journal of Radiology, 74(1), 50–59*. doi:10.1016/j.ejrad.2009.04.062. Ανακτήθηκε 29.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19477095>
38. Chawla J.J., Arora D., Sandhu N., Jain M, Kumari A. (2017). Pubic Symphysis Diastasis: A Case Series and Literature Review. *Oman Medical Journal, Vol. 32, No. 6: 510-514*. doi 10.5001/omj.2017.97. Ανακτήθηκε 14.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://omjournal.org/articleDetails.aspx?coType=1&aId=2062>
39. Patrizio P., Velandia W.R., Dziaková J., Marini C.P. (2016). Treatment of Complex Perineal Trauma. A Review of the Literature. *ELSEVIER. Vol. 94. Num. 6. June - July 2016 pages 311-368* doi: 10.1016/j.cireng.2016.07.002. Ανακτήθηκε 25.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-articulo-treatment-complex-perineal-trauma-a-S217350771630059X>
40. Davenport M.H., Nagpal T.S., Mottola M.F., Skow R.J., Riske L., Poitras V.J., Jaramillo Garcia A., Gray C.E., Barrowman N., Meah V.L., Sobierajski F., James M., Nuspl M., Weeks A., Marchand A.A., Slater L.G., Adamo K.B.,

- Davies G.A., Barakat R., Ruchat S.M. (2018). Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Sports Med.* 2018Nov;52(21):1397-1404 doi:10.1136/bjsports-2018-099780. Ανακτήθηκε 12.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30337466>
41. Evenson K.R., Barakat R., Brown, W.J., Dargent-Molina P., Haruna M., Mikkelsen E.M., Yeo S. (2013). Guidelines for Physical Activity During Pregnancy. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(2), 102–121. doi:10.1177/1559827613498204. Ανακτήθηκε 31.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206837/>
42. Kalis V., Laine K., de Leeuw J., Ismail K., Tincello, D. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1284–1285. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03424.x. Ανακτήθηκε 2.11.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x>
43. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). Operative Vaginal Delivery. *Green-top Guideline No 26*. Ανακτήθηκε 1.11.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_26.pdf
44. Zullo F., Spagnolo E., Saccone G., Acunzo M., Xodo S., Ceccaroni M., Berghella V. (2017). Endometriosis and obstetrics complications: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 108(4), 667–672.e5. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.07.019. Ανακτήθηκε 3.11.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28874260>
45. Gundersen T.D., Krebs L., Loekkegaard E.C.L., Rasmussen S.C., Glavind J., Clausen T.D. (2018). Postpartum urinary tract infection by mode of delivery: a Danish nationwide cohort study. *BMJ Open*, 8(3), e018479. doi:10.1136/bmjopen-2017-018479. Ανακτήθηκε 30.10.2018 από την

ηλεκτρονική

διεύθυνση:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857667/>

46. Ruminjo J.K., Frajzyngier V., Bashir Abdullahi M., Asiimwe F., Hamidou Barry T., Bello A., Barone M.A. (2014). Clinical procedures and practices used in the perioperative treatment of female genital fistula during a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). doi:10.1186/1471-2393-14-220. Ανακτήθηκε 31.10.2018 από την ηλεκτρονική

διεύθυνση:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4091747/>

47. Lemos A., Dean E., Dornelas de Andrade A. (2011). The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition. *Rev Bras Fisioter, São Carlos. ISSN 1413-3555 v. 15, n. 1, p. 66-72, Jan./Fev. 2011*. Ανακτήθηκε 30.10.2018 από την ηλεκτρονική διεύθυνση:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141335552011000100012&scrypt=sci_arttext

48. <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000141.htm>

49. <http://www.postpartum.net/learn-more/postpartum-post-traumatic-stress-disorder>

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ARDS	Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας
HIV	Ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας
NHS	National Health System
NICE	Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας
PTSD	Επιλόχεια διαταραχή μετατραυματικού στρες
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας