

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**



**Τίτλος εργασίας**

**<<Μαιευτική φροντίδα στο δεύτερο στάδιο τοκετού>>**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Των φοιτητριών

Πέππα Αναστασία

Τουλικά Λίμπερα

Επιβλέπουσα: Δημητροπούλου Ελένη, καθηγήτρια Εφαρμογών

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2016

*Αφιερωμένη*

*Στους αγαπημένους μας γονείς,*

*Που μας λατρεύουν και μας στηρίζουν σε κάθε μας βήμα.*

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, κα Δημητροπούλου Ελένη, για τη συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή της στην ολοκλήρωση της.

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

<i>Περίληψη</i> .....	6
<i>Abstract</i> .....	7
<i>Πρόλογος</i> .....	8
<i>Εισαγωγή</i> .....	9

## **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Το Γυναικείο Γεννητικό Σύστημα .....11**

<i>1.1. Ο Τράχηλος της Μήτρας</i> .....	11
<i>1.2. Το Σώμα της Μήτρας</i> .....	12
<i>1.3. Κατώτερο Τμήμα της Μήτρας</i> .....	13
<i>1.4. Οδός του Τοκετού</i> .....	15

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> :Τοκετός..... 19**

<i>2.1. Ορισμός Τοκετού - Φυσιολογικού Τοκετού</i> .....	19
<i>2.1.1 Οξύς τοκετός</i> .....	20
<i>2.2 . Πρώτο Στάδιο Τοκετού</i> .....	20
<i>2.2.1 Η Ρήξη των Υμένων</i> .....	21
<i>2.2.2 Μητρικές Σύστολές</i> .....	22
<i>2.2.3 Μαιευτική φροντίδα δεύτερου σταδίου</i> .....	24
<i>2.3 Δεύτερο στάδιο τοκετού</i> .....	27

2.4. Τρίτο στάδιο τοκετού.....	27
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Δεύτερο Στάδιο Τοκετού.....</b>	<b>27</b>
3.1. Δεύτερο Στάδιο Τοκετού.....	27
3.2. Δυσλειτουργίες Πυελικού Εδάφους.....	29
3.2.1. Ουρική Ακράτεια .....	31
3.2.2. Ακράτεια Κοπράνων.....	33
3.2.3. Πρόπτωση μήτρας.....	34
3.2.4. Πρόπτωση Κόλπου.....	35
3.2.5. Ισχιακή Προβολή.....	37
3.2.6. Δυστοκία Ώμων.....	38
3.2.7. Ανώμαλες προβολές.....	41
3.2.8 Επεμβατικοί μέθοδοι τοκετού.....	45
3.2.8.1. Εμβρυουλκία.....	45
3.2.8.2. Περινεοτομή.....	45
3.2.9. Πρόωρος τοκετός.....	46
3.3 Μαιευτική Φροντίδα Δεύτερου Σταδίου.....	47
3.3.1 Διαχείριση Πόνου κατά τον Τοκετό.....	47
3.3.2 Οι Αναπνοές στον Τοκετό.....	48
3.3.3 Φαρμακευτικές Τεχνικές.....	51
3.3.4 Θέσεις κατά το Δεύτερο Στάδιο του Τοκετού.....	54
<b>Συζήτηση.....</b>	<b>63</b>
<b>Επίλογος.....</b>	<b>65</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>66</b>
<b>Εικόνες .....</b>	<b>69</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τοκετός είναι η διαδικασία κατά την οποία το έμβρυο απομακρύνεται από το σώμα της μητέρας και αποτελεί το τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Ο φυσιολογικός τοκετός εξελίσσεται σε τρία στάδια, το κρισιμότερο από τα οποία είναι το δεύτερο για τον λόγο ότι η καλή ή κακή έκβαση του σταδίου αυτού είναι καθοριστική για την υγεία αφενός της μητέρας αφετέρου του εμβρύου, εφόσον υπάρχει πιθανότητα να παρουσιαστούν προβλήματα και επιπλοκές που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα και αποτελεσματικά.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή της διαδικασίας του φυσιολογικού τοκετού με κύρια εστίαση στο δεύτερο στάδιο. Επίσης, στόχος μας είναι να επισημάνουμε τις διαδικασίες που αφορούν στα καθήκοντα της μαιίας κατά το δεύτερο στάδιο, τις υποχρεώσεις της και γενικά την συμβολή της και την σοβαρότητα του ρόλου της σε μία στιγμή τόσο σημαντική κατά την οποία ένας «καινούργιος άνθρωπος» αντικρίζει για πρώτη φορά το φώς της ημέρας, την ίδια την ζωή.

Η παρούσα εργασία είναι το αποτέλεσμα μίας έρευνας την οποία κάναμε στα πλαίσια των ακαδημαϊκών μας υποχρεώσεων. Περιλαμβάνει τρία κεφάλαια. Στο πρώτο περιγράφεται συνοπτικά το Γυναικείο Γεννητικό Σύστημα, το δεύτερο αναφέρεται συνοπτικά στα τρία στάδια του φυσιολογικού τοκετού, την Ρήξη των Υμένων, τις Μητρικές Συσπάσεις και την Διαστολή του Τραχήλου. Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στην περιγραφή του 2<sup>ου</sup> σταδίου που αποτελεί και το αντικείμενο της εργασίας.

Η περιγραφή του 2<sup>ου</sup> σταδίου του φυσιολογικού τοκετού περιλαμβάνει την διαδικασία της ομαλής εξέλιξης του, καθώς και τις ενδεχόμενες δυσλειτουργίες όπως του Πυελικού Εδάφους, την ουρική ακράτεια και ακράτεια κοπράνων, την πρόπτωση του κόλπου, ανώμαλες προβολές εμβρύου, τον οξύ καθώς και τον πρόωρο τοκετό. Επίσης, αναφέρεται στην Μαιευτική φροντίδα του 2ου σταδίου περιλαμβάνοντας τη διαχείριση του πόνου, τις αναπνοές, φαρμακευτικές τεχνικές και τις διάφορες θέσεις τοκετού.

Κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής, ανατρέξαμε σε αρκετά επιστημονικά περιοδικά και βιβλιογραφία καθώς και στο διαδίκτυο. Αυτή η έρευνα μας έδωσε την ευκαιρία να κατανοήσουμε καλύτερα και βαθύτερα την μαιευτική θεωρία και τις πρακτικές που διδαχθήκαμε κατά την διάρκεια των σπουδών μας στο Τμήμα Μαιευτικής.

Ελπίζουμε η εργασία αυτή να πληροί τον σκοπό της περιγράφοντας αντικειμενικά και σωστά την διαδικασία του τοκετού και αναδεικνύοντας τον σημαντικό ρόλο της μαιίας στην διαδικασία του τοκετού.

# ABSTRACT

Childbirth is the procedure in which the fetus is separated from the mother's body and comprises the last stage of pregnancy. The natural childbirth takes place in three stages the most critical of which is the second stage, because the good or bad output of this stage will determine both the mother's and the baby's health since there are possibilities for the appearance of problems and complications that have to be handled immediately and effectively.

The purpose of this assignment is to describe the natural birth procedures focusing on the second stage. Furthermore, it is our aim to pinpoint the procedures concerning the midwife's responsibilities during the second stage, her obligations and generally her contribution and the importance of her role, at a moment when a "new" human being faces for the first time the sunlight, life itself.

This assignment is the result of a research made within the frame of our academic obligations. It consists of three chapters. The first chapter briefly describes the Woman's Reproduction System while the second presents the three stages of the natural birth, the membranes rupture, the maternal contractions and the cervical dilatation. The third chapter focuses on the description of the second birth stage which is the object of this assignment.

The description of the second birth stage includes the procedure of the smooth development as well as the potential malfunctions such as the malfunctions of the pelvic floor, urinary incontinence, fecal incontinence, the vaginal prolapse, abnormal fetus projection, fast delivery and early childbirth. Furthermore, it presents information about the midwifery care during the second birth stage, including pain management, breathing, pharmaceutical techniques and a variety of birth positions.

During the composition of this assignment, we had to search a number of scientific magazines and bibliography as well as the internet. This process gave us the opportunity to understand better and more thoroughly the midwifery theory and practices which we were taught during our studies in the Midwifery Department.

Hopefully, our work fulfills its purpose describing the birth procedures objectively and accurately and demonstrating the essential role of the midwife during child birth.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά το δεύτερο στάδιο του Τοκετού ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την επίτοκο είναι ο πόνος που μπορεί να είναι έντονος. Αυτό μπορεί να οφείλεται αφενός στην ιδιαίτερα αυξημένη μυϊκή ένταση που υφίσταται το σώμα της επιτόκου, αφετέρου στο άγχος και τον φόβο της και γενικά την δύσκολη ψυχολογική κατάσταση της, που κάνουν τα πράγματα χειρότερα.

Πολλές γυναίκες επιθυμούν την πραγματοποίηση του τοκετού χωρίς τη χρήση ναρκωτικών ή επεμβατικών μεθόδων, όπως την επισκληρίδιο, και την χρήση συμπληρωματικών θεραπειών.

Οι επεμβατικές μέθοδοι, όπως διάφοροι τρόποι χαλάρωσης, οι αναπνοές κ.α., είναι ευρέως προσβάσιμες στις επίτοκες εφόσον αυτές οι τεχνικές ευρέως διδάσκονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ώστε να είναι σε θέση η επίτοκος να τις χρησιμοποιήσει με την βοήθεια της μαίας στο δεύτερο στάδιο τοκετού.

Η μαιευτική φροντίδα κατά το δεύτερο στάδιο τοκετού κρίνεται απαραίτητη καθώς βοηθά την ομαλή έκβαση του τοκετού και την παροχή βοήθειας τόσο στον γιατρό όσο και στην έγκυο για την ομαλή πορεία του τοκετού και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ενδεχομένως παρουσιαστούν.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έναυσμα για την έναρξη του φυσιολογικού τοκετού έως σήμερα δεν έχει διευκρινιστεί, παρόλο που πολυάριθμοι παράγοντες έχουν θεωρηθεί ως αιτίες για την έναρξη του τοκετού. Ο φυσιολογικός τοκετός αρχίζει με την αναστροφή των μηχανισμών οι οποίοι θεωρούνται σημαντικοί για τη διατήρηση της κύησης έως ότου το έμβρυο ωριμάσει. Η διαδικασία της αναστροφής αυτών των μηχανισμών περιλαμβάνει την αλλαγή της δραστηριότητας του μυομητρίου για να πραγματοποιηθεί η εξώθηση, τη χαλάρωση των ιστών που αποτελούν τον τράχηλο της μήτρας και τέλος τις μεταβολές στις συναρθρώσεις της πυέλου.

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού ξεκινάει όταν ο τράχηλος της μήτρας ολοκληρώσει τη διαστολή του και έχει γίνει η εσωτερική στροφή του εμβρύου. Στο στάδιο αυτό, ο τοκετός φτάνει στη μέγιστη ένταση των ωδίνων οι οποίες έχουν συχνότητα πέντε με δέκα- δεκαπέντε λεπτά και διάρκεια ενός λεπτού. Η μαιευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού περιλαμβάνει συμβουλές, φροντίδα και υποστήριξη κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού, βοήθεια και λήψη μέτρων έκτακτης ανάγκης αλλά και φροντίδα πρόληψης επιπλοκών οι οποίες μπορούν να παρουσιαστούν στη μητέρα και το νεογνό κατά την διάρκεια ή μετά τον τοκετό.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Υπάρχουν ιστορικές μαρτυρίες που αποδεικνύουν ότι από τα αρχαία χρόνια, ο τοκετός ήταν υπόθεση του σπιτιού. Η επίτοκος γεννούσε στο σπίτι υπό τη φροντίδα και την επίβλεψη μιας γυναίκας με εμπειρία σε θέματα τοκετού και άλλων γυναικών του συγγενικού περιβάλλοντος.

Η ιατρομαία, που υποβοηθούσε τον τοκετό, ήταν ουσιαστικά η μαία της εποχής, με γνώσεις που κυμαίνονταν από την απλή συλλογή εμπειρίας μέσω παρατήρησης έως κάποιες βασικές ιατρικές γνώσεις.

Η μαία ασχολείτο με την παρακολούθηση και υποστήριξη του τοκετού, ώστε να βοηθηθεί ο τοκετός, και γενικότερα με τις όποιες ανάγκες προέκυπταν στην πορεία.

Η γυναίκα-μαία ετύγχανε γενικότερης αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο, αφού κατείχε ιδιαίτερες γνώσεις για το ανθρώπινο σώμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανατομία του ανθρώπινου σώματος δεν ήταν γνωστή σε πολλούς αρχαίους πολιτισμούς -με μικρές εξαιρέσεις- οπότε η πρακτική της μαίας δικαιολογημένα θεωρείτο ξεχωριστή και, αν μή τι άλλο, περιστασιακά «μαγική».

Οι άνδρες δεν είχαν θέση στον τοκετό ως θεραπευτές, μία τακτική που συνεχίστηκε έως και τα τέλη του 17ου αιώνα. Η σταδιακή πρόοδος των επιστημών – οι οποίες ήταν αποκλειστικά προνόμιο των ανδρών – και η βελτίωση των γνώσεων γύρω από την ανατομία και τη φυσιολογία του ανθρώπου προκάλεσαν το ενδιαφέρον των ανδρών-θεραπευτών για τα θέματα του τοκετού. Μέχρι τα τέλη του 18ου αιώνα, είχε πια επισημοποιηθεί ο τίτλος του ιατρού-άνδρα-χειρουργού, ο οποίος επέβλεπε ένα σημαντικό ποσοστό από τις γέννες της καλής κοινωνίας. Ο δε ιατρός είχε στη διάθεσή του ειδικά εργαλεία, ώστε να μπορεί να διεκπεραιώσει έναν δύσκολο τοκετό και να σώσει τη μητέρα ή και το βρέφος.

Η εισαγωγή ποικίλων αναισθητικών φαρμάκων στη μαιευτική πράξη συνετέλεσε στη μετάβαση πολλών γυναικών από το σπίτι στο νοσοκομείο για τον τοκετό, αφού τα φάρμακα αυτά είχαν έναν βαθμό επικινδυνότητας και μπορούσαν να χορηγηθούν μόνο μέσα σε ιατρικά ελεγχόμενο περιβάλλον. Με την ίδρυση των πρώτων μαιευτηρίων, επισημοποιήθηκε και η ειδικότητα της Μαιευτικής. Οι δε μαιευτήρες ήταν πια γιατροί που είχαν αποκτήσει ικανοποιητική εμπειρία -λόγω της ύπαρξης μαιευτηρίων- στο θέμα του τοκετού.<sup>1</sup>

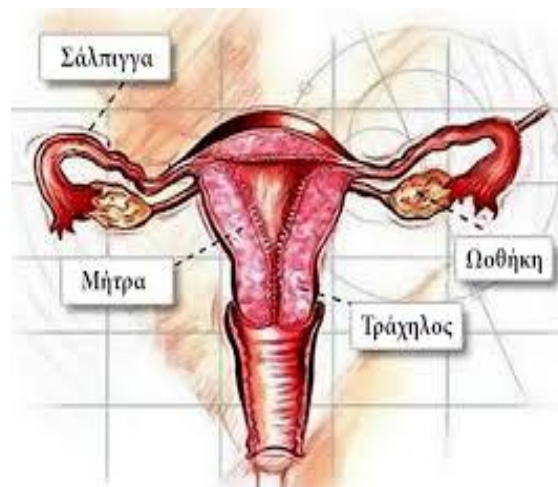
# Κεφάλαιο 1ο

## Το Γυναικείο Γεννητικό Σύστημα

### 1.1 Ο τράχηλος της Μήτρας

Η μήτρα είναι ένα κοίλο όργανο, ο σκοπός του οποίου είναι να υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο και να το περιβάλλει προστατευτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ευνοώντας την ανάπτυξή του μέχρι τη στιγμή του τοκετού. Η μήτρα, κατά τη διάρκεια της κύησης, υφίσταται πολλαπλές και σπουδαίες αλλοιώσεις, και όσον αφορά στη δομή και μορφή της αλλά και όσον αφορά την αλληλεξάρτηση της με τα γειτονικά όργανα.

Η κυοφορούσα μήτρα μπορεί να χωριστεί σε τρία μέρη: τον τράχηλο, το σώμα, και τον κατώτερο τομέα που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο πρώτων, κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης<sup>2</sup>. Ο τράχηλος της μήτρας είναι ένας κυλινδρικός σχηματισμός με τοιχώματα μάλλον ισχυρά και συνίσταται από ένα εξωτερικό στόμιο, γυρισμένο προς τον κόλπο, και από ένα εσωτερικό στόμιο που επικοινωνεί με την κοιλότητα της μήτρας. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο όγκος και η μορφή του τραχήλου της μήτρας παραμένουν αμετάβλητα, μεταβάλλεται όμως η θέση, γιατί σπρώχνεται από το έμβρυο προς τα κάτω και προς τα πίσω. Εξάλλου, ενώ στην πρωτότοκο γυναίκα τα δυο στόμια παραμένουν κλειστά μέχρι την αρχή των ωδίνων, στην πολύτοκο το εξωτερικό στόμιο είναι συχνά ημιανοιχτό και στους τελευταίους μήνες και το εσωτερικό στόμιο μπορεί να είναι αρκετά διεσταλμένο. Γενικά σπουδαίο ρόλο παίζει η διαφοροποίηση της σύστασης της του τραχήλου, η οποία επιτυγχάνεται με την μαλάκυνση.<sup>3</sup>



Εικόνα 1 Μήτρα και τράχηλος της μήτρας

Ο τραχήλος της μήτρας αποτελείται από συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Επίσης, η μυϊκή δομή του τραχήλου είναι στοιβαδωτή, δηλαδή τα τοιχώματα του τραχήλου είναι χωρισμένα σε πολλαπλές μυϊκές στοιβάδες, κυρίως από το εξωτερικό και το εσωτερικό στόμιο.<sup>4</sup> Στο βλεννογόνο του τραχήλου ο οποίος δεν εξελίσσεται σε φθαρτό, υπάρχουν πολυάριθμοι αδένες οι οποίοι εκκρίνουν άφθονη βλέννα που εντοπίζεται στον τραχηλικό αυλό. Εδώ σχηματίζεται μια ζελατινοειδή συσσώρευση που ονομάζεται «βλεννώδες επίπωμα», η οποία προστατεύει την κοιλότητα της μήτρας από μολύνσεις, εμποδίζοντας το πέρασμα εσωγενών μικροβίων. Στο τέλος της κύησης η έξοδος αυτού του επιπώματος προαναγγέλλει τον ερχομό του τοκετού, ενώ μετά την εμμηνόπαυση οι αδένες εκφυλίζονται και η παραγωγή βλέννας σταματά τελείως.<sup>5</sup>

## ***1.2 Το Σώμα της Μήτρας***

Ο όγκος της μήτρας αυξάνει προοδευτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό οφείλεται στην υπερτροφία των μυϊκών στοιχείων της και στη διαστολή των τοιχωμάτων της που οφείλονται με τη σειρά τους στην ανάπτυξη του εμβρύου. Αυτή η ανάπτυξη γίνεται σε δυο ξεχωριστές φάσεις, τη φάση πάχυνσης των τοιχωμάτων και τη φάση της διαστολής. Στην πρώτη, η μήτρα έχει σφαιροειδή μορφή, αντίθετα στη δεύτερη παίρνει κυλινδρική μορφή ή απιοειδή με το άνω μέρος της διευρυνόμενο. Το πέρασμα από την πρώτη στη δεύτερη φάση γίνεται περίπου την εικοστή εβδομάδα και ονομάζεται μετατροπή.<sup>6</sup> Μία φυσιολογική μήτρα ζυγίζει περίπου 50- 60 gr και έχει χωρητικότητα 2-3 cm<sup>3</sup>. Η κυοφορούσα μήτρα, αντίθετα φθάνει τα 900-1.200 gr βάρους και χωρητικότητα 4-5 λίτρα. Κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της κύησης, η μήτρα έχει σφαιρική μορφή με υπερτροφικά τοιχώματα, στη συνέχεια γίνεται ωοειδής με το μεγαλύτερο άκρο προς τα πάνω και τα τοιχώματα λεπυρυσμένα, λόγω της διαστολής του οργάνου. Κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων κύησης βρίσκεται «στην κοιλότητα της λεκάνης» αλλά προς το τέλος του τρίτου μήνα, ο πυθμένας ξεπερνά το άνω άκρο της ήβης και αναπτύσσεται στο υπογάστριο, πίσω από το πρόσθιο τοίχωμα του υπογαστρίου, φτάνοντας τέλος στην ξιφοειδή απόφυση.<sup>7</sup> Ο μεγάλος άξονας, από το πλάγιο μέρος, κλείνει από τη δεξιά πλευρά. Η μήτρα, στο τέλος της εγκυμοσύνης έχει επαφή με τα όργανα του υπογαστρίου. Το εμπρόσθιο τμήμα της μάλιστα, έχει απευθείας επαφή με το τοίχωμα του υπογαστρίου ενώ στο κάτω μέρος ευρίσκεται σε επαφή με την κύστη όταν αυτή είναι διεσταλμένη· στο πίσω μέρος έχει επαφή με τη σπονδυλική στήλη στις οποίας τα πλευρά υπάρχουν η κάτω κοίλη φλέβα και η αορτή, με τους ψοΐτες μυς και ένα τμήμα του λεπτού εντέρου- επάνω βρίσκεται σε επαφή με το εγκάρσιο κόλον το δεξιό άκρο της είναι σε επαφή με το τυφλό και το

ανιόν κόλον, ενώ το αριστερό άκρο ακουμπάει σε ένα τμήμα του λεπτού εντέρου και στο ανιόν κόλον.<sup>8</sup>

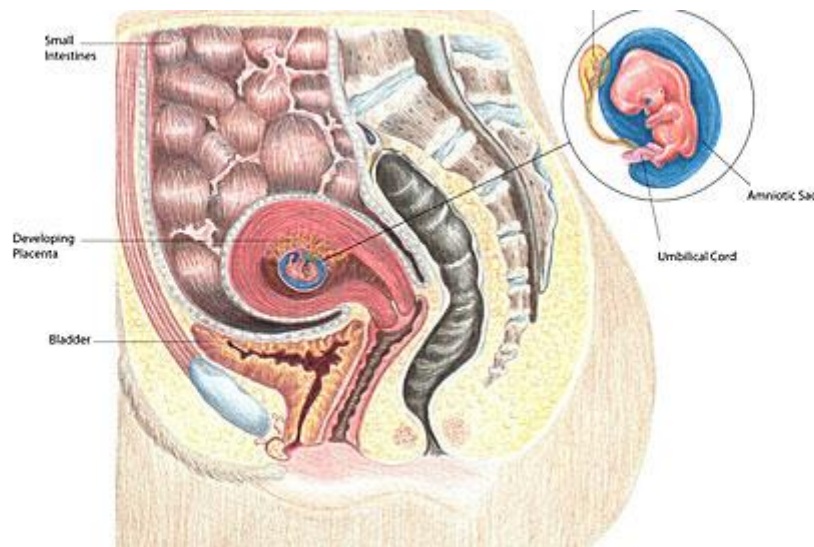
Οι τρεις χιτώνες της μήτρας παρουσιάζουν σοβαρές διαφοροποιήσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο ορογόνος χιτώνας γίνεται υπερτροφικός και προσκολλάται στο μυϊκό χιτώνα του σώματος της μήτρας. Ο μυϊκός χιτώνας, αποτελείται από τρία στρώματα μυϊκών ινών, που ονομάζονται εξωτερικό στρώμα, εσωτερικό στρώμα και πλεγματοειδές στρώμα. Ο βλεννογόνος της μήτρας αποτελείται από ένα εσωτερικό στρώμα (ή βασικό) και από ένα εξωτερικό (ή επιφανειακό).<sup>9</sup> Το εσωτερικό στρώμα περιέχει τα πιο βαθιά τμήματα των αδενικών κρυπτών, ενώ το εξωτερικό στρώμα περιέχει το σώμα των αδένων και καλύπτεται από επιθήλιο. Κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης (τοποθέτηση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο βλεννογόνο της μήτρας), ο βλεννογόνος της μήτρας εξελίσσεται σε φθαρτό χιτώνα, αλλά μετά από μερικές εβδομάδες εμβρυϊκής ζωής μπορεί να ξεχωριστούν τρεις φθαρτοί: ο βασικός, ο ωαρικός και ο γνήσιος. Ο βασικός βρίσκεται μεταξύ του χορίου του ωαρίου και του μυομητρίου και θα αποτελέσει τον πλακούντα (μαλακή μάζα που κατά τη διάρκεια της κύησης χρησιμεύει σαν μεσολαβητής μεταξύ μήτρας και εμβρύου).<sup>10</sup> Ο θυλακοειδής φθαρτός καλύπτει το εξωτερικό τμήμα του ωαρίου, χωρίζοντάς το από την κοιλότητα της μήτρας. Ο γνήσιος φθαρτός καλύπτει αντίθετα το τοίχωμα της μήτρας. Και ο θυλακοειδής φθαρτός και ο γνήσιος στους πρώτους 4 μήνες γίνονται υπερτροφικοί, φτάνοντας στο πάχος του ενός εκατοστού και χωρίζονται σε δυο στρώματα, το επιφανειακό και το βαθύ. Το επιφανειακό στρώμα, είναι σπογγώδες και περιέχει πολυάριθμους αδένες καθώς και το αγγειακό δίκτυο που χρειάζεται για την αναγέννηση του βλεννογόνου

Από το τέλος του τέταρτου μήνα οι δυο φθαρτοί, γνήσιος και θυλακοειδής, ενώνονται λόγω της αύξησης του όγκου του ωαρίου, έτσι ώστε η κοιλότητα της μήτρας να είναι γεμάτη. Στη συνέχεια, ο φθαρτός γίνεται ατροφικός μειώνοντας σημαντικά το πάχος του.<sup>7</sup>

### ***1.3 Κατώτερο Τμήμα της Μήτρας***

Το κατώτερο τμήμα της μήτρας είναι το τμήμα της κυοφορούσας μήτρας που βρίσκεται μεταξύ του σώματος και του τραχήλου της. Είναι πολύ λεπτό και φτάνει στην πλήρη ανάπτυξή του κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων μηνών. Έχει τη μορφή ανοιχτού πύλου με το άνοιγμα γυρισμένο προς τα πάνω.<sup>11</sup> Σε αντίθεση από το σώμα της μήτρας, το κατώτερο τμήμα είναι πολύ λεπτό και τείνει να μειώσει προοδευτικά το πάχος του μέχρι τον τοκετό. Η λεπτότητα του τμήματος αυτού είναι συνήθως ένδειξη ευτοκίας, δηλαδή προαναγγέλλει ένα φυσιολογικό τοκετό. Το κατώτερο όριο του βρίσκεται στο σημείο του εσωτερικού τραχηλικού στομίου, ενώ το ανώτερο όριο του αντιστοιχεί

στο σώμα της μήτρας. Διακρίνεται εύκολα γιατί υπάρχει μια ορατή αλλαγή πάχους του τοιχώματος κατά μήκος της γραμμής ένωσης μεταξύ του σώματος της μήτρας και του κατώτερου τμήματος. Η κύστη, που στην προχωρημένη εγκυμοσύνη σπρώχνεται πάνω από την ήβη, διαχωρίζεται από το κατώτερο τμήμα με χαλαρό συνδετικό ιστό. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατό να μετακινηθεί προς τα κάτω, όταν πληρούται.<sup>3</sup>



**Εικόνα 2 Κατώτερο τμήμα μήτρας**

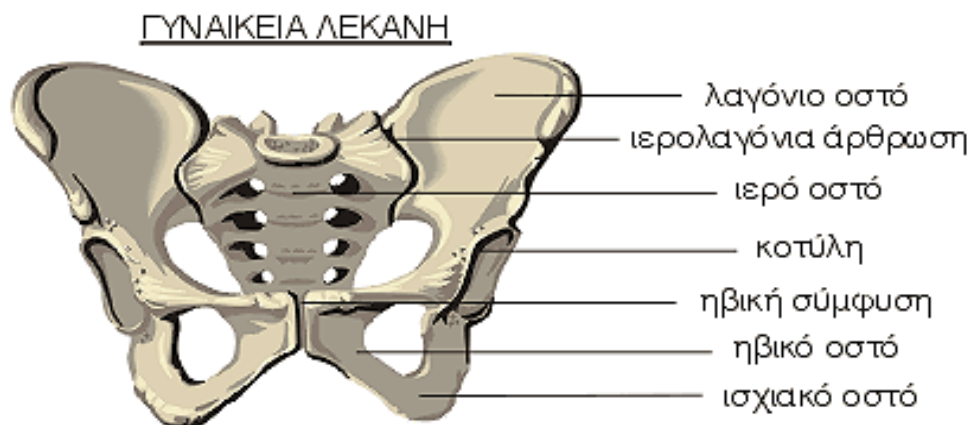
Στα πλάγια του κατώτερου τμήματος της μήτρας υπάρχει το υπογαστρικό πλέγμα, που περιέχει τα αγγεία της μήτρας διασταυρούμενα με τον ουρητήρα. Πίσω, χωρίζεται από το ορθό διαμέσου του δουγλάσειου χώρου. Στη δομή του το τμήμα αυτό αποτελείται από ελαστικές ίνες και συνδετικές που του επιτρέπουν τη μεγάλη διασταλτικότητα.<sup>12</sup>

Ο μυϊκός χιτώνας είναι σχεδόν ανύπαρκτος, αν και υπάρχουν λεπτά ινοειδή κύτταρα που ξεκινούν από το σώμα της μήτρας και προεκτείνονται μέχρι τον τράχηλο και τον κόλπο, καλύπτοντας με αυτό τον τρόπο το ίδιο το κατώτερο τμήμα. Ο βλεννογόνος τμήματος μεταμορφώνεται σε φθαρτό. Από κλινικής άποψης έχει μεγάλη προγνωστική σημασία το γεγονός ότι το κατώτερο τμήμα θα είναι πολύ λεπτό και θα βρίσκεται σε στενή επαφή με το έμβρυο.<sup>13</sup> Από πλευράς φυσιολογίας έχει τη λειτουργία της απόσβεσης κινήσεων. Πράγματι, επειδή είναι παθητικά διασταλτό λόγω της δομής και του πάχους του, ρυθμίζει τις επιδράσεις συστολών του σώματος πάνω στο τράχηλο της μήτρας. Στο φυσιολογικό τοκετό το κατώτερο τμήμα προσαρμόζεται κατά ιδανικό τρόπο στο προβαλλόμενο τμήμα ενώ αντίθετα στη δυστοκία (δύσκολος τοκετός) εμφανίζεται χαλαρό και απομακρυσμένο κατά εμφανή τρόπο από το προβαλλόμενο τμήμα. Από παθολογικής πλευράς, είναι ακριβώς στο επίπεδο του κατώτερου τμήματος που δημιουργούνται οι πιο σοβαρές επιπλοκές των ωδίνων.

Πράγματι, δημιουργούνται σε αυτό το σημείο σχεδόν όλες οι ρήξεις της μήτρας και ο προδρομικός πλακούντας σχηματίζεται πολύ συχνά ακριβώς σε αυτό το τμήμα.<sup>14</sup>

#### 1.4 Η Οδός του Τοκετού

Το έμβρυο, κατά τη διάρκεια του τοκετού πρέπει να βγει από τη μήτρα και να περάσει στον κόλπο, περνώντας δηλαδή το πυελογεννητικό σύστημα, που αποτελείται από ένα οστέινο κανάλι, δηλαδή τη λεκάνη, και από ένα «μυοαπονευρωτικό» διάφραγμα (μεμβράνη), που περιέχει τα δυο επίπεδα του περινέου.<sup>15</sup> Ο σχηματισμός αυτός βρίσκεται μεταξύ της σπονδυλικής στήλης, που στηρίζει, και των κάτω άκρων, στα οποία στηρίζεται. Η λεκάνη παίρνει τη δικιά της μορφή που εξαρτάται: α) από την πίεση, που εξασκούν τα όργανα που βρίσκονται πάνω απ' αυτήν, η οποία πίεση μεταδίδεται από τη σπονδυλική στήλη, και β) από την «αντιπίεση», που προέρχεται από το έδαφος, και που μεταδίδεται διαμέσου των μηρών.<sup>5</sup>



Εικόνα 3 Γυναικεία πύελος

Η λεκάνη αποτελείται από την ένωση τεσσάρων οστών, δηλαδή δυο λαγόνιων οστών, που βρίσκονται εμπρός και πλάγια, το ιερό και τον κόκκυγα, που βρίσκονται πίσω. Οι αρθρώσεις που συνδέουν μεταξύ τους αυτά τα οστά είναι: η ηβική σύμφυση (εμπρόσθια), οι ιερολαγόνιες συμφύσεις (πλάγια και πίσω) και η ιεροκοκκυγική άρθρωση (όπισθεν και κάτω).<sup>16</sup>

Η λεκάνη μπορεί να θεωρηθεί χωρισμένη σε δυο μέρη, τη μείζονα και την ελάσσονα πύελο. Η μείζων πύελος βρίσκεται στο άνω μέρος σε σχέση με την ελάσσονα, και αποτελείται από το άνοιγμα

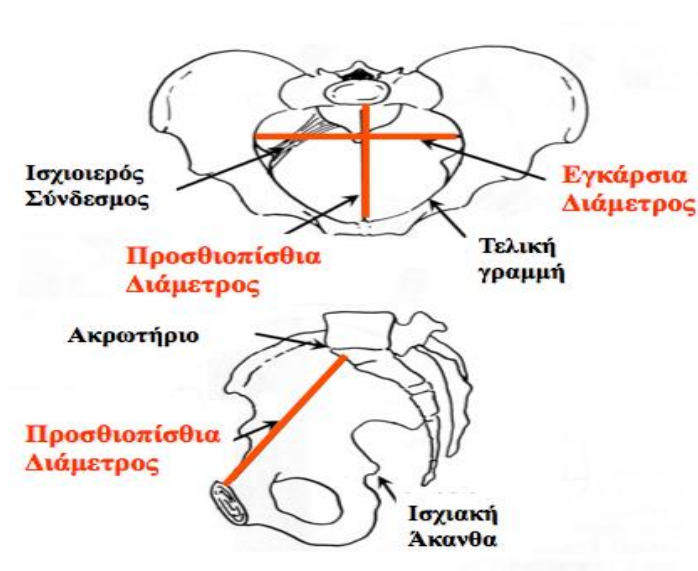


των λαγόνιων σκανθών από την εμπρόσθια επιφάνεια της σπονδυλικής στήλης και από την άνω επιφάνεια των σκανθών του ιερού. Η ελάσσων πύελος, αντίθετα, είναι ένας οστέινος αγωγός με δυο ανοίγματα (ή στόμια) και έναν ισθμό.<sup>17</sup> Το άνω στόμιο χωρίζει την ελάσσονα πύελο από τη μείζονα πύελο. Εμπρός αποτελείται από το άνω άκρο της ηβικής σύμφυσης, από τα κτενικά άκρα και από τις λαγονοκτενικές αποφύσεις· πλάγια από την ανώνυμο γραμμή και από το άνω άκρο των ακρολοφιών του ιερού· πίσω από το εμπρόσθιο άκρο της ισchioϊερής άρθρωσης, που λέγεται, λόγω της μορφής της, «ακρωτήριο». Το άνω στόμιο έχει ωοειδή μορφή με το μεγάλο εγκάρσιο οστό. Ενώ το μισό άνω τμήμα, που λέγεται «άνω τόξο», είναι αρκετά κανονικό, το μισό κάτω, που λέγεται κάτω τόξο, αντίθετα, σπρώχνεται εμπρός από το ακρωτήριο προς το κέντρο. Πλάγια από το ακρωτήριο, στην αντιστοιχία των ιερών ακανθών και των λαγόνιων αρθρώσεων, βρίσκεται ένα κοίλωμα που λέγεται «ιερολαγόνια εντομή».<sup>18</sup>

Οι προσθιοπίσθιες διάμετροι αρχίζουν από την ήβη ως το ακρωτήριο και είναι η ανατομική γραμμή, η μαιευτική γραμμή και η διαγώνια γραμμή. Η ανατομική γραμμή έχει μήκος 11 εκατοστά και ενώνει το άνω άκρο της ηβικής σύμφυσης με το ακρωτήριο. Η μαιευτική γραμμή έχει μήκος 10,5 εκατοστά και ενώνει την πίσω πλευρά της ήβης με το ακρωτήριο. Τέλος η διαγώνια γραμμή, μήκους περίπου 12 εκατοστών, πάει από το κάτω άκρο της ήβης ως το ακρωτήριο. Υπάρχουν έπειτα δυο διάμετροι: μια μέγιστη εγκάρσια και μια μέση.<sup>19</sup> Η πρώτη που δεν έχει σημασία στην προβάλλουσα μοίρα, γιατί βρίσκεται πολύ πίσω, έχει μήκος 13,5 cm. Η μέση εγκάρσια διάμετρος είναι η χρήσιμη στον τοκετό, και βρίσκεται σε ίση απόσταση μεταξύ του ακρωτηρίου και της ηβικής σύμφυσης. Έχει μήκος 13 cm. Οι λοξές διάμετροι είναι δυο: αριστερή και δεξιά. Η αριστερή διάμετρος ξεκινά από το αριστερό «λαγονοκτενικό» όγκωμα και φτάνει στην ιερολαγόνια σύμφυση της αντίθετης πλευράς. Η δεξιά διάμετρος ξεκινά από το δεξιό «λαγονοκτενικό» όγκωμα και πηγαίνει μέχρι την ιερολαγόνια σύμφυση της αντίθετης πλευράς. Και οι δυο έχουν μήκος 12 εκατοστά. Τέλος, υπάρχει η «ιεροκοτυλιαία» διάμετρος που ενώνει την κοτυλιαία περιοχή με το ακρωτήριο, έχει μήκος 9 cm και είναι σπουδαία στις ασυμμετρικές λεκάνες. Ο ισθμός της πυέλου αποτελείται, πίσω, από την εμπρόσθια επιφάνεια του ιερού και του κόκκυγα, που σχηματίζουν μια κοιλότητα γυρισμένη από πάνω προς τα κάτω, με ένα άνω στόμιο «με μεγάλο εγκάρσιο άξονα» και ένα κάτω στόμιο «με μεγάλο προσθιοπίσθιο άξονα».<sup>20</sup> Το πρόσθιο τοίχωμά του έχει μήκος 4 cm και είναι πιο χαμηλό από το οπίσθιο τοίχωμα, που έχει μήκος 16 cm. Υπάρχουν διάφοροι τύποι πυέλων (λεκανών), φυσιολογικοί και παθολογικοί. Οι φυσιολογικές πύελοι είναι πέντε διαφορετικών τύπων. Υπάρχει η κοινή πύελος, η επίπεδη πύελος, η στρογγυλή πύελος, η ωοειδής πύελος και η τριγωνική πύελος. Παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους είτε στα στόμια είτε στα τοιχώματα. Οι αρθρώσεις της λεκάνης



με συμφύσεις, όμως, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποκτούν μια κινητικότητα. Τα δυο ημίσεια τμήματα της ηβικής σύμφυσης μπορεί να κινηθούν ελαφρά το ένα πάνω στο άλλο.<sup>5</sup>



**Εικόνα 4** Διάμετροι πυέλου

Και οι ιερολαγόνιες συμφύσεις μπορεί να κινηθούν σαν ζυγοί, γύρω από έναν άξονα που περνά διαμέσου του δεύτερου ιερού σπονδύλου. Τέλος, η ιεροκοκκυγική άρθρωση τονίζει την κινητικότητά της επιτρέποντας τη μετακίνηση προς τα πίσω του κόκκυγα.<sup>21</sup> Το περινεϊκό διάφραγμα είναι ένας «μυοαπονευρωτικός» σχηματισμός που κλείνει στο κάτω μέρος την πυελική κοιλότητα. Βρίσκεται στην περιοχή του στενού μέσου και αποτελείται από 4 μυς, τους δυο ισχιοκοκκυγικούς και τους δυο ανελκτήρες του πρωκτού. Το «εν τω βάθει» περίνεο είναι τελείως κλειστό όπισθεν, όπου οι δυο ισχιοκοκκυγικοί μύες είναι τεταμένοι μεταξύ των ισχιακών σκανθών και της κορυφής του κόκκυγα. Μπροστά, αντίθετα, παρουσιάζει ένα μέσο άνοιγμα που διασχίζεται από την ουρήθρα, από τον κόλπο και το ορθό.<sup>22</sup> Το έμβρυο, τη στιγμή του τοκετού, θα περάσει διαμέσου αυτού του ανοίγματος. Κάτω από «το εν τω βάθει» περίνεο υπάρχουν το μέσο περίνεο και το επιφανειακό, που επίσης αφήνουν να περάσουν, εγκλείοντάς τους, τους τρεις αγωγούς, ουρητηρικό, γεννητικό και πρωκτικό. Το πυελοπερινεϊκό διάφραγμα, χωρίζεται στο σύνολό του σε πρόσθιο και οπίσθιο περίνεο. Το πρόσθιο είναι στη διασταύρωση, μεταξύ πρωκτού και κόλπου, και αποτελείται από ίνες όλων των περινεϊκών μυών περιέχει εξάλλου το «τενόντιο κέντρο του περινέου». Στηρίζει το πίσω μέρος του κόλπου. Το οπίσθιο περίνεο, περιέχει μπροστά τον έξω σφιγκτήρα μυ του πρωκτού και πίσω μια ινώδη «οπισθοπρωκτική» ζώνη.<sup>23</sup>

Στον τοκετό το έμβρυο, με το προβαλλόμενο τμήμα, κατεβαίνει στον ισθμό και σπρώχνει προς τα πίσω τον κόκκυγα. Έτσι, επιτυγχάνεται το άνοιγμα του πίσω περινέου. Μετά το έμβρυο σπρώχνεται και προς το εμπρόσθιο περινέο, έτσι ώστε το χάσμα των ανορθωτήρων να διαστέλλεται αργά και το κεφάλι να διαπερνά φθάνοντας στο επιφανειακό περινέο. Και αυτό το τελευταίο διαστέλλεται έως ότου, στη στιγμή της τελευταίας φάσης της εξαγωγής, φθάσει στις διαστάσεις της περιφέρειας του προβαλλόμενου τμήματος του εμβρύου.<sup>24</sup>

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### Τοκετός



Εικόνα 5 Τοκετός

#### 2.1 Ορισμός Φυσιολογικού Τοκετού

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 τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας, ως αποτέλεσμα των ρυθμικών συστολών της με επαρκή συχνότητα, ένταση και διάρκεια.<sup>25</sup>

Σύμφωνα με το WHO (1996), φυσιολογικός τοκετός είναι αυτός που “ξεκινάει αυθόρμητα, μεταξύ της 37ης και 42ης εβδομάδας της κύησης. Από την αρχή μέχρι το τέλος του δεν υπάρχουν εμφανείς κίνδυνοι, το νεογνό γεννιέται σε ινιακή προβολή και μετά το τοκετό η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση”.

Ενώ σύμφωνα με τους RCOG, RCM (2007), φυσιολογικός τοκετός είναι “ο τοκετός χωρίς πρόκληση (προσταγλανδίνες, οξυτοκίνη, τεχνητή ρήξη θυλακίου), χωρίς χρήση γενικής, ραχιαίας ή επισκληριδίου αναλγησίας πριν ή κατά τη διάρκεια του, χωρίς εφαρμογή περινεοτομής, χωρίς χρήση συκίας ή εμβρυουλκού και καισαρικής τομής”.<sup>26</sup>

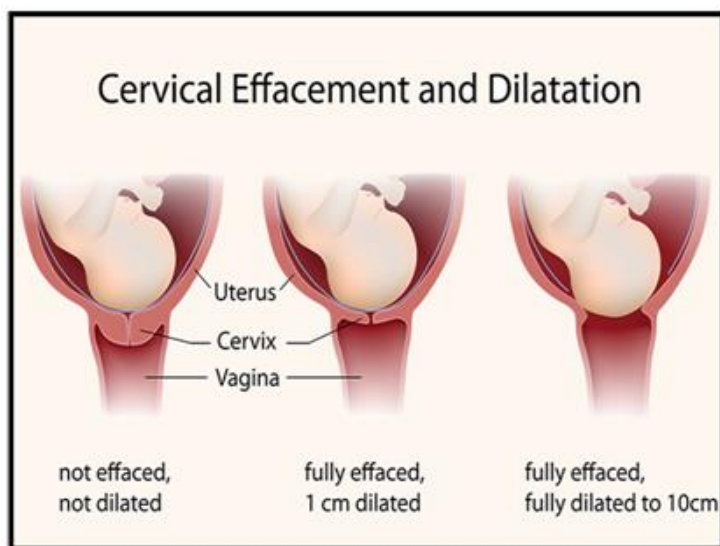
### 2.1.1 Οξύς Τοκετός

Ο οξύς τοκετός είναι ένας αυτόματος τοκετός ο οποίος εξελίσσεται πολύ γρήγορα και συνήθως διαρκεί λιγότερο από τρεις ώρες. Ένας τοκετός αυτού του είδους συνήθως αρχίζει αμέσως με πολύ δυνατές, συχνές συστολές. Συμβαίνουν όλα τόσο γρήγορα που συχνά είναι δύσκολο για τη μητέρα να ανταπεξέλθει στις συστολές.

Οι συνθήκες που προδιαθέτουν ή συμβάλλουν στην αιτιολογία του τοκετού αυτού περιλαμβάνουν: πολυτοκία, μεγάλη πύελο, χαλαρούς μαλακούς ιστούς χωρίς αντίσταση, δυνατές συστολές της μήτρας, μικρό έμβρυο σε καλή θέση, πρόκληση του τοκετού, προηγούμενο εσπευσμένο τοκετό.<sup>16</sup>

### 2.2 Πρώτο στάδιο τοκετού (Στάδιο της διαστολής)

Κατά το πρώτο στάδιο, ο τράχηλος της μήτρας ανοίγει προοδευτικά μέχρι το σημείο όπου επιτρέπεται το πέρασμα του εμβρύου (10cm). Ο χρόνος που διαρκεί η διαστολή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Στις πρωτοτόκες γυναίκες η διαστολή θα αρχίσει μόνο όταν ο τράχηλος θα έχει εξαλειφθεί. Άρα ο χρόνος της διαστολής είναι μεγαλύτερος από ό,τι στις πολύτοκες όπου η εξάλειψη του τραχήλου και η διαστολή γίνονται ταυτόχρονα. Έτσι το πρώτο στάδιο του τοκετού στις πρωτοτόκες διαρκεί 6-12ώρες ενώ στις πολύτοκες διαρκεί 6-8 ώρες.



**Εικόνα 6 Στάδια διαστολής τραχήλου**

Επίσης άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη γρήγορη ή όχι διαστολή του τραχήλου είναι η σύσταση του τραχήλου εάν είναι σκληρός ή μαλακός, η συχνότητα των συστολών και το αν η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου ακουμπά ομοιόμορφα πάνω στο τραχηλικό στόμιο. Μέχρι τη

διαστολή των 2-3 εκατοστών θεωρείται ότι ο τοκετός ότι βρίσκεται στη λανθάνουσα φάση, ενώ μετά τα 3 εκατοστά ο τοκετός βρίσκεται πλέον στην ενεργητική φάση. Στην αρχή του πρώτου σταδίου του τοκετού η διαστολή θα γίνεται με πολύ αργό ρυθμό. Όταν φτάσει στα 5 εκ. η διαστολή επιταχύνεται για να επιβραδυνθεί ξανά όταν θα πλησιάζει κοντά στη φάση της πλήρους διαστολής (10 εκατοστά). Οι ωδίνες του πραγματικού τοκετού βεβαιώνουν το ξεκίνημα της λειτουργίας της μήτρας που σκοπό έχουν να διαστείλουν το εξωτερικό κεντρικό στόμιο του τραχήλου για να γεννηθεί το έμβρυο. Οι ωδίνες συμβαίνουν γιατί α) το στόμιο του τραχήλου διαστέλλεται από το κεφάλι του εμβρύου και πιέζει τα νεύρα του τραχήλου (πόννοι χαμηλά στην κοιλιά) β) το κεφάλι του εμβρύου μπαίνει μέσα στη λεκάνη και πιέζει τα γειτονικά νεύρα που βρίσκονται στη περιοχή της μέσης (πόννοι στη μέση) γ) οι μύες της μήτρας συστέλλονται σφίγγουν και πιέζουν τα νεύρα μέσα τους (πόννοι σε όλη τη μήτρα). Σε κάθε ωδίνα υπάρχει αρχή, ακμή και παρακμή. Στη συνέχεια ακολουθεί παύλα. Έτσι με το ξεκίνημα κάθε ωδίνας η αίσθηση του πόνου δεν θα κυριεύσει απότομα τη μέλλουσα μητέρα. Στην αρχή θα έρχεται μαλακά, θα δυναμώνει βαθμιαία φθάνοντας στην κορύφωση της έντασης και θα αρχίσει σιγά σιγά να σβήνει και να χάνεται.<sup>27</sup>

### **2.2.1 Η Ρήξη των Υμένων**

Το στάδιο εξώθησης του τοκετού αρχίζει όταν το κεφάλι του εμβρύου βρεθεί στη θέση ινιακο-ηβική, δηλ. όταν το ινιακό τμήμα της κεφαλής εφάπτεται της ήβης και το κεφάλι φτάνει μέχρι το ύψος του περινέου. Πράγματι, μετά την τέλεια διαστολή του τραχήλου είναι απαραίτητη η ρήξη του θυλακίου.<sup>28</sup> Το θυλάκιο δε διευκολύνει πάντα τη διαστολή, καμιά φορά εμποδίζει την προσαρμογή και την προώθηση της προβαλλόμενης μοίρας, εξαιτίας των συνδέσμων που αναπτύσσονται μεταξύ του κατώτερου λειτουργικού τμήματος της μήτρας και των υμένων και ακόμα για το λόγο ότι το αμνιακό υγρό συσσωρεύεται στο κατωφερές τμήμα του σάκου.

Οι συστολές της μήτρας, προκαλούν την αποκόλληση των υμένων, στο κατώτερο τμήμα τους, από τα μητρικά τοιχώματα.<sup>29</sup> Οι υμένες (άμνιο και χόριο), βρισκόμενοι υπό τάση από την πίεση που ασκείται από το αμνιακό υγρό, διατείνονται σχηματίζοντας το θυλάκιο, που καταλαμβάνει το έσω στόμιο του διαστελλόμενου τραχήλου. Κατά τη διάρκεια των συστολών της μήτρας, μετά από αύξηση της πίεσης στο εσωτερικό των υμένων, επέρχεται η αυτόματη ρήξη του θυλακίου. Εάν αυτή η ρήξη συμβεί πριν την έναρξη των ωδινών ονομάζεται πρόωμη, αν αυτή συμβεί κατά τη διάρκεια της διαστολής ονομάζεται πρόωρη ρήξη, εάν η ρήξη του θυλακίου επέλθει προς το τέλος της διαστολής του τραχήλου ονομάζεται όψιμη ρήξη.<sup>3</sup>

Εν γένει, μετά τη ρήξη του θυλακίου στον τοκετό με κεφαλική προβολή, παρατηρείται επιτάχυνση της διαστολής του τραχήλου. Η τεχνητή ρήξη του θυλακίου μπορεί καμιά φορά να φανεί χρήσιμη

εάν εφαρμοστεί στη δεύτερη φάση της διαστολικής περιόδου, επειδή βοηθάει την προώθηση του εμβρύου αποφεύγοντας έτσι μια παράταση των διασταλτικών ωδίνων και στη μητέρα και στο έμβρυο.<sup>31</sup>

### 2.2.2 Μητρικές Συστολές

Στην πρώτη φάση των ωδίνων, δηλαδή κατά τη διαστολή του έσω στομίου του τραχήλου και την εξάλειψή του, εμφανίζονται συστολές της μήτρας, οι οποίες είναι ακούσιες, δεν προέρχονται από την προσπάθεια της επιτόκου, χαρακτηρίζονται δε από συχνότητα, διάρκεια, ένταση και ρυθμό σε κανονικά χρονικά διαστήματα.<sup>32</sup> Στην αρχική φάση των ωδίνων έχουν μια συχνότητα κάθε 15-20 λεπτά που σιγά σιγά ελαττώνεται φτάνοντας προς το τέλος της διαστολικής περιόδου τα 2-3 λεπτά. Πρόκειται για πλήρη συστολή, δηλαδή, με κατεύθυνση από τον πυθμένα της μήτρας προς τον τράχηλο και προοδευτική αύξηση στη διάρκεια τους. Στην αρχική φάση, η διάρκεια είναι 15-20 δευτερόλεπτα φτάνοντας τα 40-45 δευτερόλεπτα στο τέλος της διαστολικής περιόδου. Είναι σημαντικό να υπενθυμίσουμε ότι οι ωδίνες είναι επώδυνες και συγκεκριμένα, ο πόνος αρχίζει μετά από την έναρξη της ωδίνης και τελειώνει πριν τελειώσει η συστολή. Στο διάστημα μεταξύ των συσπάσεων της μήτρας ο πόνος εξαλείφεται. Ο πόνος γίνεται αντιληπτός με διαφορετική ένταση, ο φόβος και η αγωνία είναι από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της έντασης του πόνου. Καμιά φορά μπορεί να τον ελέγξει η επίτοκος σχεδόν εξ ολοκλήρου, εάν έχει καλή ψυχική ισορροπία. Πάντως με την προώθηση των ωδίνων και επομένως με την αύξηση της έντασης και της διάρκειας των συστολών αυξάνεται και ο πόνος.<sup>23</sup> Εντοπίζεται κυρίως στην κοιλιακή χώρα, στο λαγόνιο βόθρο και καμιά φορά στην οσφύ. Εάν ο οσφυϊκός πόνος είναι επίμονος και δε φέρνει ανακούφιση ούτε μετά τη χρήση αναλγητικών, μπορεί να οφείλεται σε αλλοιώσεις του μηχανισμού του τοκετού. Κατά τη φάση των μητρικών συστολών ο σφυγμός γίνεται ταχύτερος. Μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε με την ψηλάφηση τις διαφοροποιήσεις της μήτρας, όπως το πλησίασμά της προς το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και το κυλινδρικό σχήμα του σώματος της μήτρας, ακόμα ότι τα τοιχώματα της μήτρας υφίστανται μια διόγκωση κι έτσι δε γίνεται αισθητό στην αφή το έμβρυο. Ο καρδιακός ρυθμός του εμβρύου επιβραδύνεται κατά τη σύσπαση, όμως αποκτά και πάλι τη φυσιολογική του συχνότητα, μετά τη λήξη της σύσπασης, και η μήτρα χαλαρώνει.<sup>33</sup>

Είναι γνωστό ότι η μήτρα χωρίζεται σε 3 τμήματα, το σώμα, το κατώτερο και τον τράχηλο. Το πρώτο τμήμα που συστέλλεται είναι ο πυθμένας ασκώντας μια έλξη στα άλλα δυο τμήματα προς τα άνω και έξω, προκαλώντας μια διάταση και σμίκρυνση αυτών των τμημάτων. Η επίδραση αυτής της συστολής φτάνει μέχρι τον τράχηλο, με μέγιστη ένταση στο επίπεδο του πυθμένα και ελάχιστη σχεδόν μηδενική στον τράχηλο. Και η διάρκεια της συστολής είναι διαφορετική στα τμήματα αυτά

της μήτρας, η οποία μειώνεται προοδευτικά από τον πυθμένα στον τράχηλο.<sup>32</sup> Το κατώτερο λειτουργικό τμήμα σχηματίζεται κατά την τελευταία περίοδο της εγκυμοσύνης και είναι αποτέλεσμα της διάτασης των ινών της μήτρας που συνδέουν το σώμα με τον τράχηλο. Η προβαλλόμενη μοίρα, λίγες βδομάδες πριν το τοκετό, διεισδύει στην πύελο πιέζοντας και σμικρύνοντας το κάτω τμήμα της πύελου. Η μικρή πύελος περικλείει με τέλειο τρόπο την προβαλλόμενη μοίρα. Το στόμιο του τραχήλου της μήτρας μετά από το σχηματισμό του κατώτερου τμήματός της, που στην αρχή είναι κλειστό, ανοίγει για να γίνει αδιαχώριστο με το τμήμα της μικρής πύελου. Στη συνέχεια, ο τράχηλος εξαλείφεται και μειώνεται σε μήκος, μέχρι να ενσωματωθεί πλήρως με το κατώτερο τμήμα της μήτρας, που αποτελεί τον κάτω πόλο του. Στο τέλος αυτής της διαδικασίας ο τράχηλος μετατρέπεται σε ένα στόμιο, που χωρίζει την ενδομητριακή κοιλότητα από την κοιλιακή κοιλότητα. Επομένως, και αυτό το στόμιο διαστέλλεται και σχηματίζεται ένας δακτύλιος, που, απαλειφόμενος, δημιουργεί έναν ενιαίο σωλήνα, το ονομαζόμενο κοιλιακό τμήμα. Ακόμα, μια και οι μυϊκές δέσμες της μήτρας είναι σε συνέχεια με εκείνες του κόλπου η σύσπαση προκαλεί τη διάταση του κοιλιακού θόλου. Η μητρική συστολή επομένως προκαλεί τη διάταση του κατώτερου τμήματος της μήτρας, τη διαστολή του τραχήλου και τη διάταση του κοιλιακού θόλου. Όλοι αυτοί οι μηχανισμοί μπορούν να μπου σε ενέργεια και όταν δεν υπάρχει προβαλλόμενη μοίρα.<sup>23</sup>

### **2.2.3 Μαιευτική φροντίδα πρώτου σταδίου**

#### **Διαδικασίες ρουτίνας**

Η προετοιμασία της επιτόκου κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο προϋποθέτει κάποιες διαδικασίες ρουτίνας, όπως η παρακολούθηση της φυσικής και συναισθηματικής κατάστασης της επιτόκου σε όλη τη διάρκεια του τοκετού και μετά το τέλος του. Οι διαδικασίες ρουτίνας είναι οι εξής:

- 1. Η μέτρηση της θερμοκρασίας, των σφίξεων, της Α.Π.**, επιβάλλεται να εφαρμόζονται κάθε 4 ώρες, σύμφωνα με το παρτόγραμμα (WHO, 1993), επηρεάζοντας το τελικό αποτέλεσμα και το είδος της αντιμετώπισης του τοκετού.
- 2. Υποκλυσμός:** Η πρακτική του κλύσματος κατά τη διάρκεια του τοκετού πρέπει να αποθαρρύνεται. Τα αποδεικτικά στοιχεία που έδωσαν οι έρευνες δείχνουν ότι το κλύσμα δεν έχει σημαντικές επιπτώσεις στα ποσοστά λοιμώξεων τόσο τόσο των γυναικών από τις ρήξεις ή το τραύμα της περινεοτομής, όσο την νεογνών



- 3. Ξύρισμα:** Η πεποίθηση ότι το ξύρισμα των γυναικών στη περιοχή του εφηβαίου μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης, διευκολύνει την αποκατάσταση των ρήξεων και της συρραφής της περινεοτομής, δεν αποδεικνύεται βιβλιογραφικά και και πρέπει να αποθαρρύνεται.

### **Μαιευτική Φροντίδα**

Η μαία συνιστάται να προσφέρει υγρά στην επίτοκο από το στόμα στη διάρκεια του τοκετού ή και ελαφριά γεύματα για όσο διάστημα δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη. Σημαντική σύσταση είναι η ενθάρρυνση των γυναικών να ουρούν, περίπου ανά δύο ώρες, κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, ώστε να αποφεύγεται ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης στο πρώτο και δεύτερο στάδιο τοκετού.

Η κοιλική εξέταση είναι μια από τις βασικές διαγνωστικές ενέργειες για την εκτίμηση της έναρξης και προόδου του τοκετού. Θεωρείται τραυματική και επίπονη εμπειρία και όπως ομολογούν πολλές γυναίκες είναι διαδικασία που δημιουργεί μεγάλη αίσθηση αμηχανίας. Ο αριθμός των κοιλικών εξετάσεων θα πρέπει να περιορίζεται στις αυστηρώς απαραίτητες, να μη γίνεται ρουτίνα, αλλά να πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχει κλινική ανάγκη, φυσικά μετά από συζήτηση και ενημέρωση της γυναίκας και τηρώντας όλους τους κανόνες αντισηψίας. Ο WHO (1993) συστήνει η διαδικασία να επαναλαμβάνεται ανά 4 ώρες κατά το 1ο στάδιο του τοκετού, με σύγχρονη ενημέρωση του γραφήματος του τοκετού.

οι γυναίκες μπορούν να υιοθετούν όποια θέση επιθυμούν, αποφεύγοντας την κατάκλιση για μεγάλο χρονικό διάστημα και σίγουρα κα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται στην προσπάθεια αναζήτησης τους της πιο άνετης και ανακουφιστικής θέσης.<sup>26</sup>

### **2.3 Δεύτερο στάδιο τοκετού (Στάδιο της εξώθησης)**

Το δεύτερο στάδιο (εξώθηση) αρχίζει με την πλήρη διαστολή του τραχήλου 10 εκατοστά, έχει πραγματοποιηθεί η εσωτερική στροφή του εμβρύου και τελειώνει με την εκβολή του βρέφους από τον γεννητικό σωλήνα της μητέρας. Η θέση του εμβρύου πρέπει να αλλάξει καθώς διέρχεται μέσα από την πύελο και το σωλήνα της γέννησης. Η μακρά διάμετρος της εξόδου της πυέλου είναι από εμπρός προς τα πίσω. Οπότε και το κεφάλι του εμβρύου πρέπει να γυρίσει 90 μοίρες για να προβάλλει από την έξοδο. Μια σειρά κινήσεων που ονομάζονται μηχανισμός του τοκετού ή θεμελιώδεις κινήσεις, προσαρμόζουν τη θέση του εμβρύου έτσι ώστε οι μικρότερες πιθανές



διάμετροι του προβαλλόμενου μέρους να συναντήσουν το ακανόνιστο σχήμα του πυελικού σωλήνα. Έτσι το έμβρυο συναντά τη μικρότερη δυνατή αντίσταση κατά τη διόδό του από το σώμα της μητέρας.<sup>10</sup>

Η γυναίκα μπορεί να λαμβάνει ενεργά μέρος στο δεύτερο στάδιο του τοκετού. Με κάθε συστολή θα πάρει μία βαθιά αναπνοή από τη μύτη, να την κρατήσει και να πιέσει προς τα κάτω ώστε να συσπαστούν οι κοιλιακοί μύες και να βοηθήσουν να εξωθηθεί το έμβρυο. Καθώς οι συστολές διαρκούν περισσότερο και γίνονται πιο συχνές ο κοιλικός ιστός και το ορθό έντερο διατεινούνται. Τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου αποχωρίζονται ευρέως, κατά τη διάρκεια της συστολής και το κεφάλι του εμβρύου κατεβαίνει.<sup>34</sup>

#### **2.4 Τρίτο στάδιο τοκετού (Στάδιο της Υστεροτοκίας)**

Το τρίτο στάδιο του τοκετού διαρκεί από την έξοδο του νεογνού μέχρι την έξοδο και του πλακούντα. Κατά το τρίτο στάδιο γίνεται η απολίνωση του ομφαλίου λώρου. Δύο λαβίδες τοποθετούνται στον ομφάλιο λώρο, ο οποίος και κόβεται μεταξύ αυτών των λαβίδων.

Στη συνέχεια το νεογνό παραδίδεται στη μητέρα του. Ο χρόνος που θα μεσολαβήσει μεταξύ της εξόδου του νεογνού και της τομής του ομφαλίου λώρου είναι περίπου 1 με 3 λεπτά.

Η έξοδος του νεογνού είναι η αφετηρία του τρίτου σταδίου του τοκετού. Το στάδιο αυτό ονομάζεται Υστεροτοκία.<sup>7</sup>



**Εικόνα 7 Το τρίτο στάδιο τοκετού**

Κατά την υστεροτοκία έχουμε την αποκόλληση του πλακούντα από την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας. Αυτή επιτυγχάνεται με την άσκηση ελαφριάς έλξης με το ένα χέρι στο ομφάλιο λώρο από τη μαία, η οποία ταυτόχρονα ασκεί με το ελεύθερο χέρι ελαφρά πίεση στην κοιλιά της γυναίκας υπερηβικά, δηλαδή ακριβώς πάνω από τα οστά της λεκάνης (αυτός ο χειρισμός λέγεται Brandt-Andrews). Παράλληλα με τον χειρισμό αυτό στη λεχώνα χορηγείται ενδοφλεβίως οξυτοκίνη, που

προκαλεί συσπάσεις της μήτρας. Μετά την αποκόλληση πλακούντα και την απόπτωση του στον κόλπο η μήτρα γίνεται σκληρή και στρογγυλή

Αυτός ο τρόπος εξαγωγής του πλακούντα ονομάζεται «ενεργητική αντιμετώπιση του τρίτου σταδίου».

Υπάρχουν όμως και οι υποστηρικτές της «παθητικής αντιμετώπισης του τρίτου σταδίου». Στα πλαίσια της αντιμετώπισης αυτής μετά την έξοδο του νεογνού τηρείται στάση αναμονής. Συνήθως ο πλακούντας αποκολλάται μόνος του εντός 2 έως 10 λεπτών, αλλά μπορεί να χρειαστούν και 30 λεπτά.

Σήμερα υπάρχουν μελέτες, οι οποίες περιλαμβάνουν μεγάλους αριθμούς τοκετών, οι οποίες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως η ενεργητική αντιμετώπιση του τρίτου σταδίου είναι πιο ασφαλής για τη γυναίκα, διότι με αυτή μειώνεται δραστικά η απώλεια αίματος μετά τον τοκετό. Φαίνεται πως με την ενεργητική αντιμετώπιση η μείωση της απώλειας αίματος μπορεί να φθάσει και να ξεπεράσει το ένα λίτρο.

Στο στάδιο αυτό είναι χρήσιμο να βάλουμε το νεογνό να θηλάσει. Έτσι ξεκινάει η δημιουργία του δεσμού μεταξύ της μητέρας και του νεογνού. Επιπλέον οι θηλαστικές κινήσεις του νεογνού πάνω στη θηλή της μητέρας είναι ένα ερέθισμα, που προκαλεί την έκκριση της ορμόνης οξυτοκίνης και επιτείνονται έτσι οι περαιτέρω οι συσπάσεις της μήτρας. Οι συσπάσεις της μήτρας είναι σημαντικές μετά τον τοκετό, διότι με αυτές περιορίζεται σημαντικά η απώλεια αίματος της λεχωίδος. Μετά την έξοδο του πλακούντα γίνεται προσεκτικός έλεγχος του καθώς και των μεμβρανών και του ομφαλίου λώρου, ώστε να αποκλειστούν ανωμαλίες και να εξακριβωθεί η ακεραιότητά του. Επίσης γίνεται επισκόπηση του τραχήλου, του κόλπου και του περινέου και αντιμετώπιση των κακώσεων.

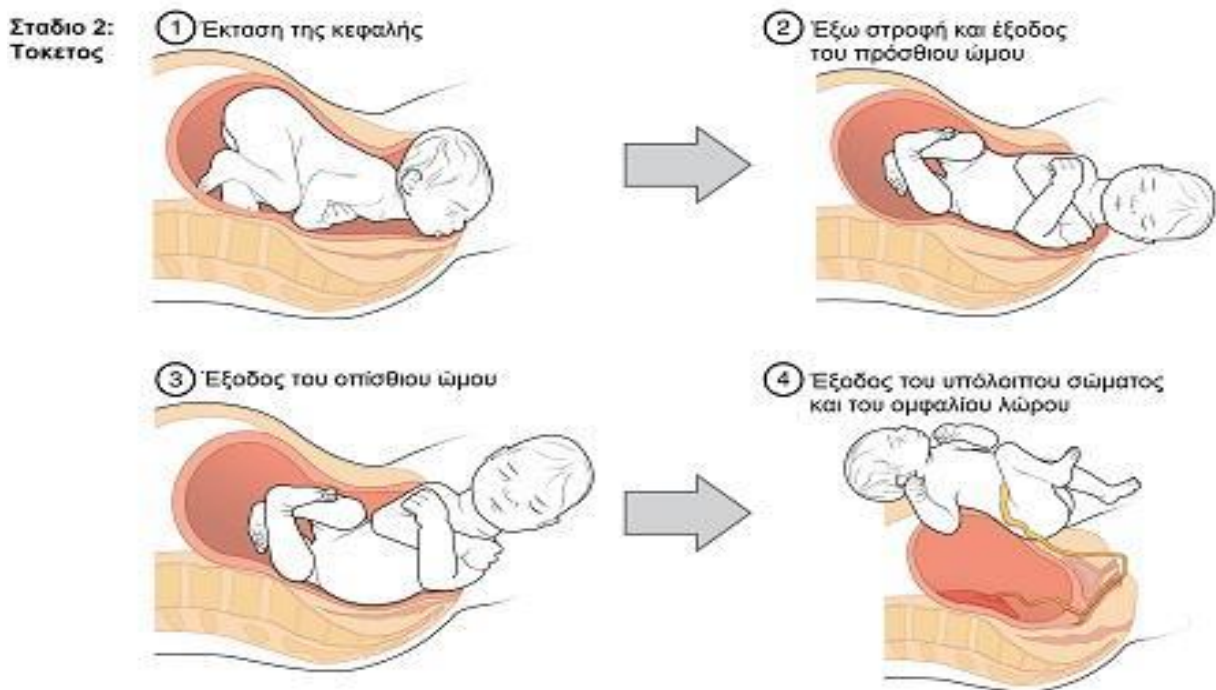
Η λεχωίδα δεν πρέπει να αφήνεται χωρίς παρακολούθηση στη διάρκεια των πρώτων έξι ωρών μετά τον τοκετό και στους δύο τρόπους αντιμετώπισης του σταδίου. Αρχικά παρακολουθείται, ανά δεκαπέντε λεπτά τις δύο πρώτες ώρες, ανά τριάντα λεπτά την επόμενη ώρα και τέλος ανά ώρα τις τρεις ώρες που ακολουθούν. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, την καταμέτρηση σφίξεων, την παρακολούθηση της κολπικής αιμόρροιας και της σύστασης της μήτρας, την κένωση της ουροδόχου κύστης και την εφαρμογή μαλάξεων στη μήτρα, όταν παρουσιαστεί ανάγκη.<sup>6</sup>

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Δεύτερο Στάδιο Τοκετού

#### 3.1 Δεύτερο Στάδιο Τοκετού

Με την ολοκλήρωση της διαστολής σπάζει το θυλάκιο και η δύναμη που αναπτύσσεται από τις ακούσιες συστολές της μήτρας σε συνδυασμό με τις εκούσιες προσπάθειες της επιτόκου έχει ως αποτέλεσμα την ώθηση του εμβρύου προς τα κάτω. Με κάθε ωδίνη η επίτοκος παίρνει βαθιά αναπνοή και εν συνεχεία συστέλλονται οι κοιλιακοί της μύες. Η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, που παράγεται κατ'αυτόν τον τρόπο, μπορεί και να υπερβαίνει την ισχύ των συστολών της μήτρας. Με τον σωστό συντονισμό των προσπαθειών της μητέρας μπορεί η αποτελεσματικότητα των ωδίνων να διπλασιαστεί. Καθώς το έμβρυο ωθείται προς τα κάτω και διατέμνει τον γεννητικό σωλήνα της επιτόκου, οι πόνοι των ωδίνων γίνονται ισχυρότεροι, ιδιαίτερα στην τελική φάση της εξώθησης.<sup>15</sup>



Εικόνα 8 Δεύτερο στάδιο τοκετού

Ο τρόπος με τον οποίο περνά το έμβρυο από τον γεννητικό σωλήνα (κατώτερο τμήμα της μήτρας, τράχηλος, κόλπος, αιδοίο και μύες του πυελικού εδάφους) στο στάδιο της εξώθησης εξαρτάται από την θέση του εμβρύου μέσα στην μήτρα και από τον τύπο της λεκάνης της γυναίκας. Σε μία φυσιολογική κατάσταση όπου η λεκάνη της μητέρας είναι κανονική και η θέση της κεφαλής του εμβρύου είναι χαμηλή εγκάρσια, με το ινίο προς τα αριστερά του σώματος της μητέρας, η διαδικασία της εξώθησης εξελίσσεται ως εξής:

1. Η πίεση που ασκείται στους γλουτούς του βρέφους από τις συστολές της μήτρας και τις προσπάθειες της επιτόκου μεταδίδεται κατά μήκος της σπονδυλικής του στήλης του εμβρύου μέχρι την κεφαλή του. Επειδή η θέση της σπονδυλικής στήλης είναι έκκεντρη ως προς την βάση του κρανίου, το πίσω μέρος της κεφαλής (ινίο) προωθείται γρηγορότερα από το εμπρός (μέτωπο) και η κεφαλή υφίσταται κλίση, ώσπου το σαγόνι του βρέφους να ακουμπήσει στο στέρνο του. Έτσι το ινίο γίνεται ο προπορευόμενος πόλος και η ελλειψοειδής περιφέρεια της κεφαλής κατά την είσοδο στον γεννητικό σωλήνα, αντικαθίσταται από μια κατά δύο εκατοστόμετρα του μέτρου μικρότερη, σχεδόν κυκλική, περιφέρεια.
2. Καθώς η κεφαλή κατεβαίνει χαμηλότερα συναντά την αντίσταση των οστών και του εδάφους της λεκάνης. Όταν το ινίο του βρέφους πιέζεται, το αριστερό πλάγιο του κατωφερούς τοιχώματος του γεννητικού σωλήνα απωθείται, καθώς προχωρεί προς τα εμπρός και δεξιά. Η εσωτερική αυτή στροφή της κεφαλής τοποθετεί την μεγαλύτερή της διάμετρο στην μεγαλύτερη διάμετρο της εξόδου της λεκάνης, βοηθώντας σημαντικά την προσαρμογή της προωθούμενης κεφαλής προς το σχήμα της κοιλότητας από την οποία διέρχεται.
3. Η κεφαλή δεν μπορεί να προχωρήσει άλλο κατευθείαν προς τα κάτω, επειδή εμποδίζεται από το κατώτερο τμήμα των οστών της λεκάνης προς τα πίσω και από τα ανθεκτικά μαλακά μόρια που παρεμβάλλονται προς τα εμπρός μεταξύ αυτής και του στομίου του κόλπου. Λιγότερη αντίσταση προσφέρεται από τα μαλακά και διασταλτά τοιχώματα της κάτω μοίρας του γεννητικού σωλήνα. Όταν με την κάθοδο της κεφαλής προς την διεύθυνση αυτή, ο αυχέννας του βρέφους προσκρούσει προς τα εμπρός στα οστά της λεκάνης, το σαγόνι του απομακρύνεται προοδευτικά από το στέρνο, οπότε η κάμψη της κεφαλής μετατρέπεται σε έκταση με αποτέλεσμα να περάσουν διαδοχικά από το έξω στόμιο του κόλπου το ινίο, το μέτωπο, τα μάτια, η μύτη, το στόμα και το σαγόνι του βρέφους.
4. Ο λαιμός, που είχε στρίψει κατά την εσωτερική στροφή της κεφαλής, επανέρχεται ευθύς μετά την έξοδό της, με αποτέλεσμα την στροφή του ινίου προς τα αριστερά και πίσω. Ο κάτω ώμος του βρέφους προχωρώντας εκτρέπεται από την αντίσταση του πυελικού εδάφους από δεξιά προς τα εμπρός και αριστερά προ της μεσότητας της λεκάνης. Έτσι η μεγάλη διάμετρος

της περιφέρειας των ώμων τοποθετείται στην μεγάλη διάμετρο της πυελικής κοιλότητας. Λόγω αυτής της εσωτερικής στροφής των ώμων, το ινίο στρέφεται περισσότερο προς τα πίσω και αριστερά έτσι που το πρόσωπό του να βλέπει προς την έσω επιφάνεια του δεξιού μηρού της μητέρας.<sup>16</sup>

Λίγο μετά την περιστροφή των ώμων εμφανίζεται στο αιδοιοκολπικό στόμιο ο εμπρόσθιος ώμος, ενώ ο οπίσθιος διαγράφει καμπύλη προς τα εμπρός με πλάγια κάμψη του κορμού. Μόλις ελευθερωθεί ο ώμος αυτός, ακολουθεί ο εμπρόσθιος ώμος και στην στιγμή σχεδόν εξέρχεται το υπόλοιπο σώμα του βρέφους χωρίς ιδιαίτερο μηχανισμό. Το στάδιο της εξώθησης διαρκεί στις πρωτοτόκους περίπου 1 και 45 λεπτά, ενώ στους επόμενους τοκετούς είναι συντομότερο.<sup>35</sup>

Σε ορισμένες περιπτώσεις το ινίο του βρέφους δεν είναι σε εγκάρσια αλλά σε οπίσθια προβολή, δεξιά ή αριστερά. Στις περιπτώσεις αυτές το πίσω μέρος της κεφαλής του βρέφους χρειάζεται μεγαλύτερη διαδρομή για να φτάσει σε εγκάρσια θέση, από όπου ο τοκετός συνεχίζεται κανονικά, η διάρκειά του όμως είναι κάπως μεγαλύτερη.<sup>4</sup>

Στην περίπτωση της προβολής (κεφάλι του βρέφους σε έκταση), ο προπορευόμενος πόλος είναι το σαγόني του, που συμπεριφέρεται όπως το ινίο στις ινιακές προβολές. Αν το σαγόني είναι σε πρόσθια θέση κατά την είσοδο στην λεκάνη, ο τοκετός είναι συχνά εύκολος. Αν όμως είναι σε οπίσθια θέση, παρουσιάζονται σημαντικές δυσκολίες και πρέπει η κεφαλή να καμφθεί ή να περιστραφεί τεχνικά.<sup>36</sup>

### **3.2 Δυσλειτουργίες Πυελικού Εδάφους**

Οι μύες, οι σύνδεσμοι και το δέρμα που βρίσκονται γύρω από τον κόλπο της γυναίκας παίζουν έναν σύνθετο ρόλο στη στήριξη των οργάνων και των ιστών που βρίσκονται μέσα στην περιοχή των οστών της λεκάνης. Το σύμπλεγμα αυτό που ονομάζεται πυελικό έδαφος αποτελείται από μύες και τους γύρω στηρικτικούς ιστούς, που ονομάζονται περιτονία. Οι γυναίκες διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα από την ηλικία της εμμηναρχής μέχρι την εμμηνόπαυση, αλλά και σε μεγαλύτερη ηλικία. Στα προβλήματα αυτά περιλαμβάνονται ανωμαλίες της δομής της μήτρας και του κόλπου, που σχετίζονται με τη χαλάρωση της πυέλου και την ακράτεια των ούρων. Αυτά μπορούν να αποτελέσουν όψιμο επακόλουθο της τεκνοποίησης και οι δομές των μαλακών μορίων του κόλπου και της ουροδόχου κύστης ίσως υποστούν κακώσεις κατά τη διάρκεια ενός παρατεταμένου τοκετού, οξέος τοκετού ή σε περίπτωση κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας. Οι μαίες που συνεργάζονται με αυτές τις γυναίκες παρέχουν ενημέρωση και εκπαίδευση αυτοφροντίδας για τη πρόληψη των προβλημάτων πριν από την

εμφάνιση τους, αντιμετωπίζουν ή μειώνουν τα συμπτώματα και είναι υπεύθυνες για την προαγωγή της υγιεινής εάν τα συμπτώματα ήδη υπάρχουν και την αναγνώριση τους.<sup>37</sup>

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζονται δυσλειτουργίες στο πυελικό έδαφος της εγκύου, οι οποίες αντιμετωπίζονται με συμβουλές και επισκέψεις στην προσωπική μαία ώστε να λιγοστέψουν οι δυσλειτουργίες που παρουσιάζονται και να μπορεί η έγκυος να τις αντιμετωπίζει καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι δυσλειτουργίες αυτές που μπορούν να παρουσιαστούν σε μια έγκυο αναφέρονται παρακάτω.

Κατά την πρώτη εγκυμοσύνη, η πλειονότητα των γυναικών νιώθουν διάφορους πόνους. Η κοιλιακή δυσφορία δεν είναι πάντα ένα σημάδι ενός σοβαρού προβλήματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εφόσον αυτή είναι ήπια και βραχύβια, είναι απολύτως φυσιολογική και δεν πρέπει να προκαλεί ανησυχία. Η αιτία των πόνων αυτών μπορεί να αποδοθεί στη χαλάρωση που συμβαίνει από τις ορμόνες της εγκυμοσύνης, αλλά και από το βάρος, τη στάση του σώματος και αλλαγές στις συνηθισμένες κινήσεις. Οι περισσότερες από τις γυναίκες νιώθουν πόνο στις πυελικές αρθρώσεις κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Παρόλο που ο πόνος αυτός δημιουργεί πολλές δυσκολίες και προβλήματα στη γυναίκα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 950 γυναίκες το 32% μόνο από αυτές ανέφεραν τα προβλήματα που τους συμβαίνουν στο γιατρό, ενώ το 25% των γιατρών πρότειναν κάποια θεραπεία ύστερα από την ενημέρωση που είχαν από την έγκυο. Οι περισσότερες από αυτές δεν θεωρούν τους πόνους αυτούς σημαντικούς. Ωστόσο, ο έντονος και συνεχιζόμενος πόνος στην πύελο μπορεί και να είναι ένδειξη σοβαρού προβλήματος όπως προεξωμήτριο κύηση ή αποβολή.

Μερικές άλλες συνηθείς αιτίες κοιλιακής δυσφορίας είναι:

- Τα φυσικά αέρια και το φούσκωμα που δημιουργούνται λόγω των ορμονών που επιβραδύνουν την πέψη της εγκύου και την αυξανόμενη πίεση της μήτρας στο στομάχι και τα έντερα.
- Η δυσκοιλιότητα είναι μια άλλη κοινή αιτία της κοιλιακής δυσφορίας σε όλη την εγκυμοσύνη, χάρη στις ορμόνες που επιβραδύνουν την κυκλοφορία των τροφίμων μέσω του πεπτικού συστήματος και την αυξανόμενη πίεση της μήτρας στο ορθό έντερο.
- Συστολές Braxton Hicks: μετά το δεύτερο τρίμηνο, υπάρχει πιθανότητα να παρατηρηθούν κάποια σφιζίματα στη μήτρα της εγκύου. Πριν τις 37 εβδομάδες, οι συστολές Braxton Hicks θα πρέπει να είναι σπάνιες, ακανόνιστες, και ουσιαστικά ανώδυνες. Ωστόσο, αν οι συσπάσεις συνοδεύονται από χαμηλότερο πόνο στην πλάτη, αν η συχνότητα

των συσπάσεων είναι περισσότερο από τέσσερις συσπάσεις την ώρα, αν έρχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, τότε υπάρχει περίπτωση να γίνει πρόωρος τοκετός.

Η αντιμετώπιση της κοιλιακής δυσφορίας που δεν προκαλείται από κάτι σοβαρό μπορεί να γίνει με απλή μετακίνηση ή απλές ασκήσεις για την ανακούφιση του πόνου που μπορεί να προκληθεί από φυσικά αέρια, ζεστό (όχι καυτό) μπάνιο ή ντους, κατανάλωση άφθονων υγρών γιατί η αφυδάτωση μπορεί να προκαλέσει συστολές Braxton Hicks.<sup>38</sup>

### 3.2.1 Ουρική Ακράτεια

Η ακράτεια ούρων μπορεί να είναι αποτέλεσμα κακής μαιευτικής τεχνικής στο δεύτερο στάδιο τοκετού και είναι νόσος και σύμπτωμα ταυτόχρονα. Ακράτεια από παράκαμψη θεωρείται η συνεχής ακράτεια που συμβαίνει όταν δεν ακολουθείται ο φυσιολογικός μηχανισμός εγκράτειας. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι διαλείποντα ή συνεχή, δυσχεραίνοντας τη διάγνωση σε κάποιες ασθενείς. Η ακράτεια από υπερπλήρωση είναι μία συνεχής ή διαλείπουσα ακούσια απώλεια μικρών ποσοτήτων ούρων εξαιτίας υπερπλήρωσης ή ατονίας της ουροδόχου κύστης. Ακράτεια από προσπάθεια είναι η παθητική απώλεια ούρων λόγω αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης όπως αυτή που προκαλείται με το βήχα, το γέλιο ή το φτάρνισμα. Ακράτεια από έπειξη είναι η ακούσια απώλεια ούρων που συνοδεύεται από αίσθημα έπειξης ή επικείμενης απώλειας ούρων. Σε έρευνα η οποία έγινε στην Αυστραλία έγινε σύγκριση της συχνότητας πυελικού πόνου σε γυναίκες που είχαν γεννήσει και σε γυναίκες που δεν είχαν γεννήσει. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ της ακράτειας και της πυέλου των εγκύων. Τα αίτια που οδηγούν στην ουρική ακράτεια είναι <sup>39</sup>:

- **Ακράτεια από παράκαμψη:** Το συρίγγιο μπορεί να παρουσιαστεί από κάποια μαιευτική κάκωση ή χειρουργικό τραύμα, καρκίνο ή ακτινοβολία, παρόλο που συχνότερα προκαλείται από μη αναγνωρισμένη χειρουργική κάκωση. Η παρουσία συριγγίου της ουροποιητικής οδού εμφανίζεται συνήθως μετά από 5-10 ημέρες μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση, αλλά μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως μετά την εγχείρηση.
- **Ακράτεια από υπερπλήρωση:** Τραυματισμός (στο αιδοίο, στο περίνεο, ριζική χειρουργική επέμβαση στην πύελο), ακτινοβολία/λοίμωξη (χρόνια κυστίτιδα, ερπητική αιδοιίτιδα, έρπητας ζωστήρας), αναισθησία (νωτιαία, επισκληρίδια), πίεση (ινομώματα της μήτρας, εγκυμοσύνη), ανατομικές βλάβες (κυστεοκήλη, πρόπτωση μήτρας), νευρολογικά αίτια (σκλήρυνση κατά πλάκα, διαβήτης, όγκοι του νωτιαίου μυελού, κήλη μεσοσπονδύλιου



δίσκου, σύνδρομο Gillain-Barre, νευροσύφιλη), συστηματική νόσος (υποθυρεοειδισμός, ουραιμία), φάρμακα (αντιισταμινικά, κατασταλτικά της όρεξης, β-αδρενεργικοί παράγοντες, αναστολείς του παρασυμπαθητικού, βινκριστίνη, καρβαμαζεπίνη), ακτινοβολία, διαταραχές της συμπεριφοράς (ψυχογενής, κένωση της κύστης σε αραιά χρονικά διαστήματα).

- **Ακράτεια από προσπάθεια:** Ανισομερής μετάδοση της ενδοκοιλιακής πίεσης στην ουροδόχο κύστη και στην ουρήθρα. Γενικά σχετίζεται με μια ανατομική βλάβη όπως π.χ. κυστεοκήλη, ουρηθροκήλη ή κυστεοουρηθροκήλη. Ο βαθμός ακράτειας δεν σχετίζεται συνήθως με το βαθμό χαλάρωσης των δομών της πυέλου.

Σύμφωνα με τους <sup>40</sup> Schroderetal. (2009) τα μέτρα θεραπείας χωρίζονται σε γενικά και ειδικά και αναφέρονται παρακάτω:

### **Γενικά μέτρα**

- Ακράτεια από παράκαμψη: εκτροπή των ούρων, προστασία του αιδοίου από τη συνεχή διαβροχή (οξείδιο του ψευδαργύρου).
- Ακράτεια από υπερπλήρωση: αντιμετώπιση της λοίμωξης της ουροποιητικής οδού (εφόσον υπάρχει).
- Ακράτεια από προσπάθεια: απώλεια βάρους, αντιμετώπιση του χρόνιου βήχα (εφόσον υπάρχει), προγραμματισμός της ούρησης, τοπική ή συστηματική θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα.
- Ακράτεια από έπειξη: αντιμετώπιση οποιοσδήποτε λοίμωξης της ουροποιητικής οδού υπάρχει, προγραμματισμός της ούρησης.

### **Ειδικά μέτρα**

- Ακράτεια από παράκαμψη: τα κυστεοκολπικά συρίγγια που συμβαίνουν στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο αντιμετωπίζονται με καθετηριασμό και παροχέτευση της ουροδόχου κύστης. Αυτόματη επούλωση είναι ορατή εντός 2-4 εβδομάδων. Ομοίως, σε ασθενείς με ουρητηροκολπικό συρίγγιο, η έγκαιρη τοποθέτηση ενός ουρητηρικού ενδονάρθηκα ο οποίος παραμένει για 2 εβδομάδες επιτρέπει αυτόματη επούλωση περίπου στο 25% των ασθενών. Η χειρουργική διόρθωση ενός συριγγίου μεταξύ γεννητικής και ουροποιητικής οδού γενικά καθυστερεί 2-4 μήνες ώστε να δοθεί χρόνος για πλήρη επούλωση της αρχικής βλάβης. Σε όλες τις περιπτώσεις, η επιτυχής χειρουργική διόρθωση συνίσταται σε διατομή του συριγγώδους πόρου και προσεκτική επανασυμπλησίαση των ιστών.
- Ακράτεια από υπερπλήρωση: έγκαιρη και συνεχής παροχέτευση επί παρουσίας επίσχεσης ούρων, προγραμματισμός της ούρησης για ελάττωση του όγκου της κύστης, υπερηβική πίεση ή χειρισμός Crede για ελάττωση του υπολειπόμενου όγκου.



- Ακράτεια από προσπάθεια: θεραπεία με πεσσούς, ασκήσεις πυελικού εδάφους (ασκήσεις Kegel), ενέσεις κολλαγόνου, χειρουργική διόρθωση· περιορισμένος ο ρόλος της φαρμακευτικής αντιμετώπισης.
- Ακράτεια από έπειξη: φαρμακευτική αγωγή, περιορισμένος ο ρόλος της χειρουργικής διόρθωσης.
- Δίαιτα: Όχι ειδική διαίτα. Η ελάττωση της κατανάλωσης καφεΐνης και άλλων ερεθιστικών της κύστης ουσιών μπορεί να βοηθήσει κάποιες ασθενείς με συμπτώματα ακράτειας από έπειξη.
- Δραστηριότητα: Κανένας περιορισμός, αν και είναι συνετή η αποφυγή άρσης μεγάλων βαρών σε ασθενείς με συμπτώματα ακράτειας από προσπάθεια.

### 3.2.2 Ακράτεια Κοπράνων

Η ακράτεια κοπράνων είναι Σύνδρομο διαλείποντος κοιλιακού πόνου, δυσκοιλιότητας και διάρροιας, που σχετίζεται με υπερκινητικότητα του εντέρου. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να είναι μόνιμο σε περιπτώσεις πολλαπλών τοκετών, μεγάλου βάρους του εμβρύου, σε περιπτώσεις που εφαρμόζεται εμβρυουλκία, καθώς και σε περιπτώσεις περινεϊκών τραυμάτων όπως σε ρήξεις τρίτου και τέταρτου βαθμού.<sup>41</sup>

Υπάρχουν αλλαγές στην κινητικότητα του τοιχώματος του εντέρου στις ασθενείς αυτές, ενώ υπάρχουν ενδείξεις που υποδηλώνουν μεταβολές στην ευαισθησία του εντερικού τοιχώματος. Ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου παρουσιάζουν διαφορετική κινητική αντιδραστικότητα σε ποικίλα ερεθίσματα, περιλαμβανομένων των γευμάτων, του ψυχολογικού στρες και της διάτασης του ορθοσιγμοειδούς, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε μεταβολή του χρόνου διέλευσης του εντερικού περιεχομένου, προκαλώντας τελικά πόνο, δυσκοιλιότητα και διάρροια. Μελέτες σε ασθενείς που πάσχουν από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου έδειξαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα 5-υδροξυτρυπταμίνης, αποδίδοντάς της έτσι ένα πιθανό αιτιολογικό ρόλο.<sup>34</sup>

Η πλειονότητα των περιπτώσεων ακράτειας κοπράνων είναι ιδιοπαθούς αιτιολογίας και οφείλεται σε βλάβη της νεύρωσης των μυών του πυελικού εδάφους. Σύμφωνα με την άποψη αυτή η ακράτεια είναι αποτέλεσμα απονεύρωσης των μυών του πυελικού εδάφους. Η απονεύρωση των μυών του πυελικού εδάφους προκαλείται από βλάβη των έσω αιδοϊκών νεύρων που είναι αποτέλεσμα κάποιες φορές του φυσιολογικού τοκετού. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών εμφανίζουν νευρολογικό πρόβλημα μετά από φυσιολογικό τοκετό που αποκαθίσταται σε μερικούς μήνες.<sup>42</sup>

## **Γενικά μέτρα**

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι σημαντική επειδή πολλές από αυτές τις ασθενείς παρουσιάζουν υστερία, κατάθλιψη και διπολικές διαταραχές. Σε κάποιες μελέτες η ανταπόκριση στη θεραπεία με εικονικό φάρμακο πλησίασε το 80%

## **Ειδικά μέτρα**

Η ήπια καταστολή με φαινοβαρβιτάλη και ηρεμιστικά μπορεί να δώσει κάποιου βαθμού ανακούφιση, αν και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα είναι γενικώς φτωχά .

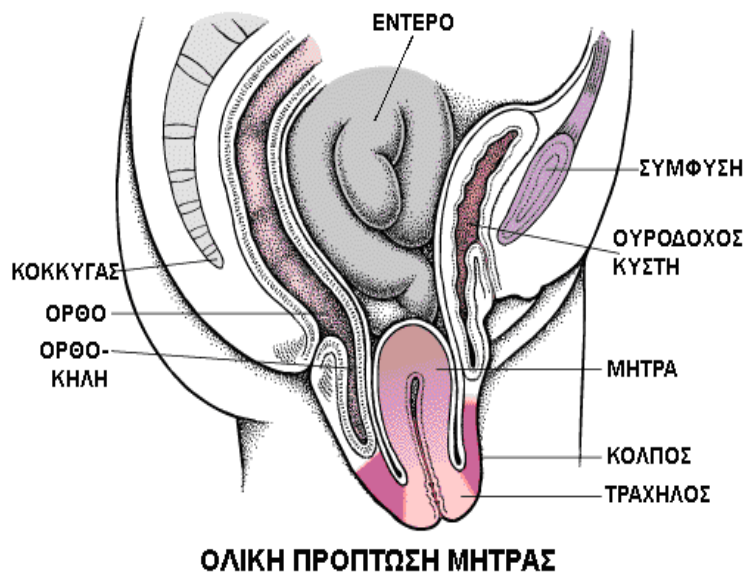
## **Δίαιτα**

Παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων και αυξημένη διαιτητική πρόσληψη φυτικών ινών, ελάττωση κατανάλωσης αλκοόλ, λιπαρών τροφών, καφεΐνης.<sup>43</sup>

### **3.2.3 Πρόπτωση Μήτρας**

Η απώλεια των φυσιολογικών μηχανισμών στήριξης μπορεί να οδηγήσει σε πρόπτωση της μήτρας στον κοιλιακό αυλό. Σε ακραία περίπτωση είναι δυνατό η μήτρα να κείτεται εξ ολοκλήρου έξω από την είσοδο του κόλπου, εκτός του σώματος.<sup>36</sup>

Η απώλεια των φυσιολογικών μηχανισμών στήριξης μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραυματισμού (κυοφορία και τοκετός), χειρουργικής επέμβασης, χρόνιας αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης (όπως π.χ. σε παχυσαρκία, χρόνια βήχα ή άρση μεγάλου βάρους), ή ιδιοπαθούς μείωσης της αντοχής των ιστών. Συχνότερες θέσεις κάκωσης αποτελούν οι καρδινάλιοι, οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, καθώς και οι ανελκτήρες μύες του πρωκτού οι οποίοι σχηματίζουν το πυελικό έδαφος, το οποίο δύναται να χαλαρώσει ή να ρηχθεί. Σπανιότερα η αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης εξαιτίας μίας μάζας στην πύελο μπορεί να βλάψει τους μηχανισμούς στήριξης της πύελου και να οδηγήσει σε πρόπτωση. Ελάττωση του μυϊκού τόνου και χαλάρωση των στηρικτικών δομών στην πύελο μπορεί επίσης να προκύψει από κάκωση ή νευροπάθεια νευρικών ριζών.<sup>44</sup>



Εικόνα 9 Ολική πρόπτωση μήτρας

#### Γενικά μέτρα<sup>36</sup>:

Σύσταση για απώλεια βάρους, τροποποίηση των δραστηριοτήτων (άρση βάρους), καταπολέμηση παραγόντων όπως ο χρόνιος βήχας.

#### Ειδικά μέτρα<sup>44</sup>:

Η πρόπτωση 1ου βαθμού δεν απαιτεί θεραπεία. Στην πρόπτωση 2ου και 3ου βαθμού ή όπου υπάρχει συμπτωματολογία, συνίσταται τοποθέτηση πεσσών σε γυναίκες στις οποίες η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή, πράγμα σπάνιο χειρουργική διόρθωση ή υστερεκτομή (με κολπορραφία).

Δίαιτα: Όχι ειδική διαίτα.

#### 3.2.4 Πρόπτωση Κόλπου

Η απώλεια του φυσιολογικού μηχανισμού στήριξης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την κάθοδο του κολπικού τοιχώματος διαμέσου του κολπικού σωλήνα. Σε ακραίες περιπτώσεις συμβαίνει αναστροφή του κόλπου πέραν του αιδοίου, σε θέση εκτός του σώματος. Η πρόπτωση του κόλπου απαντάται γενικώς μετά από υστερεκτομή και αποτελεί έναν ειδικό τύπο εντεροκήλης. Παίζει σημαντικό ρόλο η σοβαρότητα τη αρχικής βλάβης, το είδος της χειρουργικής επέμβασης που πραγματοποιήθηκε αρχικά και τους λοιπούς παράγοντες κινδύνου.<sup>39</sup>

Η πρόπτωση του κόλπου μπορεί επίσης να οφείλεται σε ανεπάρκεια των φυσιολογικών μηχανισμών στήριξης λόγω τραυματισμού (τοκετός), χειρουργικής επέμβασης, χρόνιας αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης (όπως σε παχυσαρκία, χρόνια βήχα ή άρση βάρους), ή ιδιοπαθούς ελάττωσης της αντοχής των ιστών. Υποτροπή εντός 1 - 2 ετών από τη χειρουργική επέμβαση οφείλεται σε κακή χειρουργική τεχνική. Παράγοντας κινδύνου της πρόπτωσης του κόλπου αποτελεί ο τραυματισμός της ενδοκοιλιακής πίεσης (όπως σε παχυσαρκία, χρόνια βήχα ή άρση βάρους), η ιδιοπαθής ελάττωση της αντοχής των ιστών ή οι ατροφικές αλλοιώσεις λόγω ανεπάρκειας οιστρογόνων .

### **Γενικά μέτρα**

Σύσταση για απώλεια σωματικού βάρους και αλλαγές στην καθημερινή δραστηριότητα (π.χ. στην άρση βάρους)· αντιμετώπιση επιβαρυντικών παραγόντων όπως ο βήχας.

### **Ειδικά μέτρα**

Θεραπεία με ενδοκολπικούς πεσσούς, χειρουργική διόρθωση (πλαστική του ευθυμητρικού κολπώματος, αναδίπλωση των ιερομητρικών συνδέσμων, καθήλωση του ιερονωτιαίου συνδέσμου ή κολπόκλειση). Όταν πραγματοποιείται χειρουργική διόρθωση πρέπει να δίνεται προσοχή επίσης στην ταυτόχρονη αποκατάσταση οποιωνδήποτε προβλημάτων στήριξης του προσθίου και οπίσθιου κολπικού τοιχώματος.

Διακρίνονται οι εξής τύποι πρόπτωσης μήτρας-κόλπου ανάλογα με το προβάλλον όργανο:

- **Κυστεοκήλη ( cystocele )**: συμβαίνει όταν η ουροδόχος κύστη προβάλλει στο άνω τοίχωμα του κόλπου. Ονομάζεται και πρόπτωση του άνω κολπικού τοιχώματος.
- **Ορθοκήλη ( rectocele )**: εμφανίζεται όταν το ορθό έντερο προβάλλει από το οπίσθιο κολπικό τοίχωμα. Ονομάζεται και κήλη του οπισθίου κολπικού τοιχώματος.
- **Εντεροκήλη**: εμφανίζεται όταν μια έλικα του λεπτού εντέρου προβάλλει μέσα στον κόλπο, συνήθως από το οπίσθιο κολπικό τοίχωμα.
- **Ορθοεντεροκήλη**: πρόκειται για συνδυασμό των δύο παραπάνω τύπων.
- **Μητροκήλη ( prolapsed uterus )**: δημιουργείται όταν η μήτρα προβάλλει προς την έξοδο του κόλπου.
- **Κήλη του κολοβώματος**: εμφανίζεται σε γυναίκες που έχουν υποστεί υστερεκτομή (αφαίρεση της μήτρας) , όπου το σημείο του δέρματος μέσα στον κόλπο όπου βρισκόταν προηγουμένως η μήτρα, (που ονομάζεται κολόβωμα του δέρματος) προβάλλει προς την έξοδο του κόλπου.

## Συχνότητα

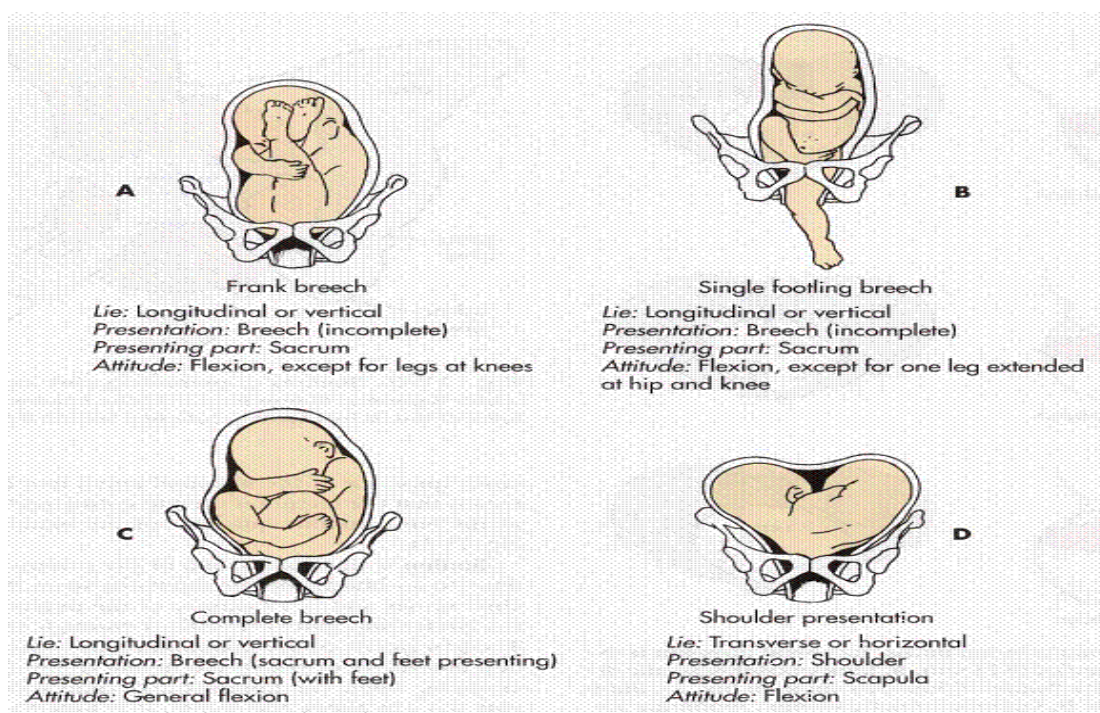
- Υπολογίζεται ότι 30-40 % των γυναικών θα εμφανίζει πρόπτωση κάποια στιγμή στη ζωή τους.
- Εμφανίζεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση, μετά την ηλικία των 50. Παρόλα αυτά μπορεί να εμφανιστεί και νωρίτερα.<sup>34</sup>

### 3.2.5 Ισχιακή Προβολή

Αυτή η προβολή είναι αρκετά σπάνια (3,7%). Εάν υπάρχει γενική κάμψη, με κάμψη των κνημών προς την οπίσθια επιφάνεια των μηρών, κάμψη των μοιρών προς την κοιλιά, λέγεται ότι η ισχιακή προβολή είναι τέλεια. Εάν οι κνήμες βρίσκονται σε έκταση προς το πρόσθιο μέρος του κορμού με τρόπο ώστε τα πόδια να βρίσκονται στο ύψος της κεφαλής του εμβρύου, λέγεται ότι είναι ατελής (ανώμαλος επί γλουτούς ισχιακή προβολή). Αυτή η παραλλαγή ισχιακής προβολής είναι η πιο συχνή. Φυσιολογικά το ισχίο βρίσκεται στον πυθμένα της μήτρας. Για να έχουμε ισχιακή προβολή πρέπει να υπάρχει μια πρωτοπαθής ή επίκτητη ανωμαλία της κοιλότητας της μήτρας ή υπερβολική ποσότητα υγρών, που επιτρέπει στο έμβρυο να αλλάξει την πρωταρχική θέση του. Παρατηρήθηκε ότι η υποτονία της μήτρας σε ορισμένες πολυτόκους, η υποτροφική μήτρα στην πρωτότοκο και ορισμένα στοιχεία που εξελίσσονται στην πορεία, προδιαθέτουν για την ισχιακή προβολή. Η υποτονία της μήτρας, δηλ. η χαλάρωση των τοιχωμάτων της, εμφανίζεται μόνο σε γυναίκες που είχαν πολλές εγκυμοσύνες. Σ' αυτήν την περίπτωση το έμβρυο μπορεί να προβάλλει με ισχιακή και κεφαλική προβολή. Σε περίπτωση υποτροφικής μήτρας, που εμφανίζεται σε ορισμένες πρωτότοκες, μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένοι τύποι αυτής (π.χ. στενές ή κυλινδρικές μήτρες), που δημιουργούν την ισχιακή προβολή. Αυτός ο τύπος ανωμαλίας μπορεί να διορθωθεί μετά τον πρώτο τοκετό.<sup>45</sup>

Μεταξύ των στοιχείων που μπορεί να αλλάξουν στην πορεία, και που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ισχιακής προβολής, είναι το υδράμνιο, το ίνωμα του πυθμένα της μήτρας, ο προδρομικός όγκος και η υδροκεφαλία. Μπορεί να αναγνωριστεί ο τύπος αυτός προβολής ήδη με την ψηλάφηση. Πράγματι στον πυθμένα της μήτρας μπορεί να ψηλαφιστεί το κεφάλι από το μικρό όγκο του, τη στρογγυλότητα του ψηλαφούμενου τμήματος και τη σκληρότητά του. Αλλά το πιο σημαντικό στοιχείο είναι η αύλακα του λαιμού που χωρίζει το επίπεδο της ράχης από το κεφάλι. Κατά τη διάρκεια του τοκετού ψηλαφάται με την κολπική εξέταση μια μαλακή μάζα, που κλείνει από τη μεσογλουτιαία αύλακα, στο κέντρο της οποίας βρίσκεται το στόμιο του πρωκτού. Επίσης είναι δυνατή η αίσθηση της οστικής προεξοχής του κόκκυγα και της πυραμίδας του ιερού. Στην παραλλαγή της φυσιολογικής ισχιακής προβολής μπορούν να ψηλαφιστούν, επίσης, τα πόδια. Κατά

την διάρκεια του τοκετού πραγματοποιείται μια μικρή στροφή του ισχίου (45°). ακολούθως εξέρχεται πρώτα το πρόσθιο τμήμα της λεκάνης που κατέρχεται κάτω από την ηβική σύμφυση, ακολούθως εξέρχεται το πίσω τμήμα της λεκάνης, που φτάνει στο στόμιο του αιδοίου μετά από δίοδο της ιεροκοκκυγικής καμπύλης και του οπίσθιου τμήματος του περινέου. Η έξοδος της κεφαλής γίνεται την ίδια στιγμή με την κάθοδο των ώμων. Το ινίο στρέφεται προς τα εμπρός μέχρις ότου η υποϊνιακή χώρα βρεθεί κάτω από τη σύμφυση. Το κεφάλι στη συνέχεια ακολουθεί μια κάμψη και εξέρχεται το πρόσωπο, το μέτωπο και τέλος το κρανίο. Η μαία επί ισχιακής προβολής σε περίπτωση ανάγκης και απουσίας μαιευτήρα είναι υπεύθυνη για την εκτέλεση του τοκετού.<sup>46</sup>



**Εικόνα 10 Ισχιακή προβολή**

Fetal presentations A-C, Breech (sacral) presentation. D, Shoulder presentation.

### 3.2.6 Δυστοκία Ωμων

Δυστοκία σημαίνει δύσκολος τοκετός. Επομένως δυστοκία ώμων είναι η δυσκολία της εξόδου των ώμων του εμβρύου από τον κόλπο μετά την έξοδο της κεφαλής. Χαρακτηριστική είναι η εικόνα όπου μετά τη γέννηση της κεφαλής το πρόσωπο πιέζεται στο περινέο, το οποίο συχνά αναφέρεται ως σημείο χελώνας, ως αποτέλεσμα της ενσφήνωσης του πρόσθιου ώμου. Τις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για ενσφήνωση του πρόσθιου ώμου κάτω από την ηβική σύμφυση και χρειάζονται ειδικοί χειρισμοί για την ολοκλήρωση του τοκετού, ενώ πολύ σπάνια είναι η ενσφήνωση του οπίσθιου ώμου στο ιερό οστό.



Το φαινόμενο της δυστοκίας εμφανίζεται λόγω οστέινης δυσαναλογίας και έχει σχέση είτε με τον πρόσθιο ώμο και την ηβική σύμφυση είτε τον οπίσθιο ώμο στο ακρωτήριο του μαιευτήρα.

Οι χειρισμοί που γίνονται έχουν σκοπό να αυξήσουν το χώρο μέσα στη πύελο ή να περιστρέψουν τον ώμο και να τον απεμπλέξουν, ενώ επίσης μπορεί να μειώσουν την αμφιακρωμική διάμετρο του εμβρύου.

Η δυστοκία ώμων είναι σπάνια, κυρίως απρόβλεπτη στα περισσότερα περιστατικά και έχει σχέση με ένα αυξημένο κίνδυνο μητρικής νοσηρότητας και αυξημένη περιγεννητική νεογνική νοσηρότητα αλλά και θνησιμότητα.



**Εικόνα 11 Δυστοκία ώμων**

Οι πιθανότητες εμφάνισης δυστοκίας ώμων είναι περισσότερο αυξημένες λόγω προγεννητικών και περιγεννητικών παραγόντων. Η κλινική αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού εξαρτάται από το πόσο επικίνδυνη είναι η κατάσταση και καθορίζεται με βάση την μακροσωμία του εμβρύου, το ιστορικό δυστοκίας ώμων, τον σακχαρώδη διαβήτη κύησης, το παρατεταμένο δεύτερο στάδιο του τοκετού και τον επεμβατικό τοκετό. Άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως το ιστορικό 45 μακροσωμικού νεογνού, η παχυσαρκία μητέρας και η πολυτοκία μετριάζονται από τους παραπάνω κύριους παράγοντες.

Ωστόσο, η πλειονότητα των περιστατικών αντιστοιχεί σε περιπτώσεις χωρίς παράγοντες κινδύνου και σε έμβρυα κάτω των 4.500 gr. Για το λόγο αυτό η πρόβλεψη είναι δύσκολη και ο καλύτερος παράγοντας πρόβλεψης είναι η προηγηθείσα δυστοκία ώμων.

Το φαινόμενο της δυστοκίας ώμων είναι μία πραγματικά επείγουσα κατάσταση όπου κάθε δευτερόλεπτο έχει μεγάλη σημασία και ο μαιευτήρας που εκτελεί το τοκετό πρέπει να παραμείνει ψύχραιμος έτσι ώστε να έχει τον έλεγχο των πράξεων του διότι το εμβρυικό pH πέφτει 0,04 ανά λεπτό. Η διαδικασία πρέπει να ολοκληρωθεί μέσα σε πέντε λεπτά και ο τοκετός συνήθως έχει καλή έκβαση, αν το έμβρυο ξεκίνησε με ένα φυσιολογικό pH.

### Αντιμετώπιση

- **HELP**

Ο πιο έμπειρος μαιευτήρας, παιδίατρος, αναισθησιολόγος, μαία και λοιποί βοηθοί θα πρέπει να κληθούν. Σε περίπτωση απουσίας του μαιευτήρα, η μαία πρέπει να κάνει τους απαραίτητους χειρισμούς και να διευκολύνει την κατάσταση μέχρι την άφιξη του μαιευτήρα.

- **Evaluate for episiotomy**

Αξιολόγηση για εκτέλεση περινεοτομής ή επέκταση της περινεοτομής: αυξάνει το χώρο για περαιτέρω χειρισμούς.

- **Legs**

Πόδια (χειρισμός McRoberts): η πρόσθια επιφάνεια των μηρών ακουμπά στα πλάγια τοιχώματα της κοιλιάς της εγκύου και, αυτό αυξάνει το χώρο μέσα στη πύελο.

- **Pressure**

Πίεση (υπερηβικά, κατευθυνόμενη προς τα κάτω και πίσω): στοχεύει στο να περιστρέψει τον πρόσθιο ώμο μακριά από την ηβική σύμφυση.

- **Enter the pelvis**

Ενδοκολπικοί χειρισμοί (χειρισμός WoodsScrew) : βοηθάει στη εσωτερική στροφή του προσθίου ώμου που γίνεται οπίσθιος και φέρνει τον νέο πρόσθιο ώμο κάτω από την ηβική σύμφυση με ένα τρόπο όπως βιδώνουμε ή ξεβιδώνουμε μια βίδα

- **Remove posterior arm**

Μετακίνηση του οπίσθιου άκρου: το οπίσθιο άκρο κάμπτεται και φέρεται μπροστά από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και στη συνέχεια εξέρχεται του κόλπου.

- **Roll onto all fours**

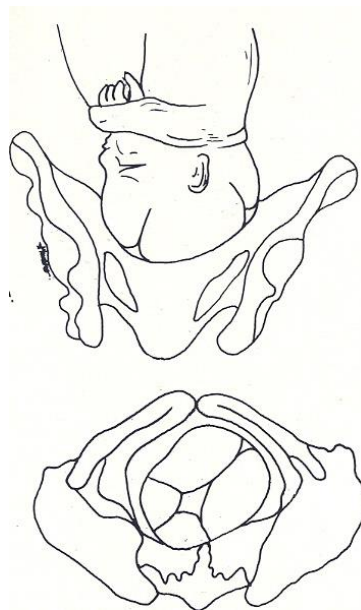
Περιστροφή της εγκύου σε γονατοαγκωνιαία θέση: αλλάζοντας θέση μπορεί να αυξηθούν οι διάμετροι της πυέλου και ο αντίστοιχος χώρος.<sup>47</sup>



### 3.2.7 Ανώμαλες προβολές

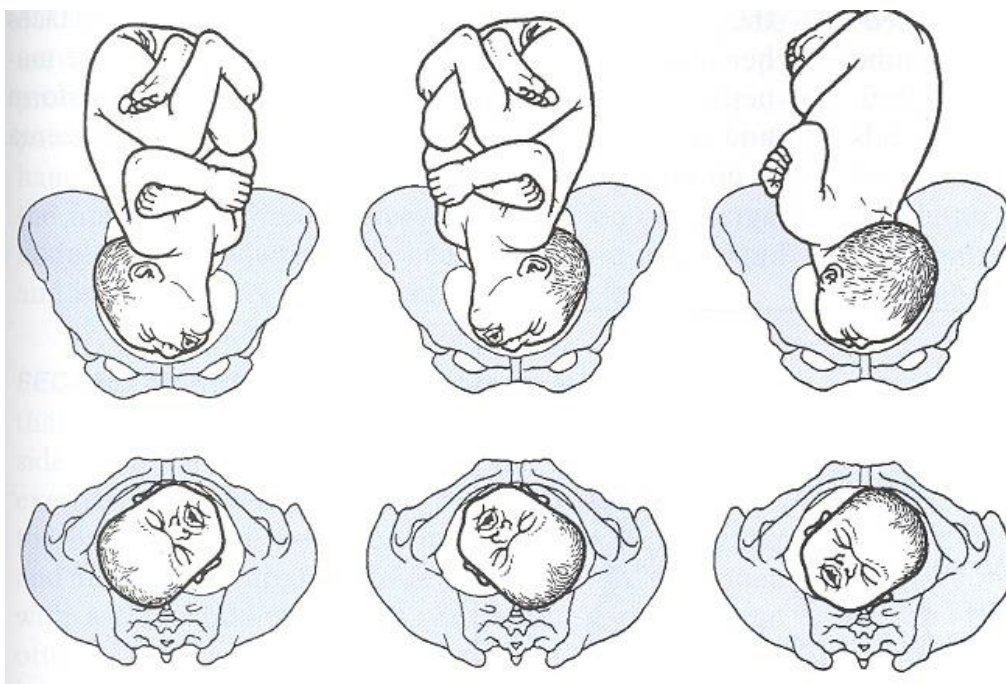
#### Προβολή Βρέγματος

Η βρεγματική προβολή θεωρείται μια ανώμαλη προβολή . Είναι το αποτέλεσμα ελλιπούς κάμψης της κεφαλής του εμβρύου . Αυτό έχει ως συνέπεια την ενσφήνωση της κεφαλής στην πύελο με τέτοιο τρόπο ώστε να χρειάζεται περισσότερο χώρο για να περάσει . Ο τοκετός είναι εφικτός μεν , δυσχερέστατος δε . Η χρονική διάρκεια αυτού είναι σαφώς μεγαλύτερη και το έργο που πρέπει να παράγει η μήτρα είναι περισσότερο , τόσο σε χρόνο όσο και σε ένταση . Η διάταση του περινέου κατά την έξοδο του εμβρύου είναι κατά 1-2 εκατοστά μεγαλύτερη , και ως εκ τούτου κάνει απαραίτητη την περινεοτομή . Η βρεγματική προβολή μπορεί να εξελιχθεί σε μαιευτικό επειγόν , είτε λόγω χρονικής παρατάσεως αλλά είτε και από αλλοιώσεις του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού . Στις περιπτώσεις που επιτυγχάνεται φυσιολογικός τοκετός , υπάρχει μια χαρακτηριστική διαμόρφωση της κεφαλής , η οποία και αυτή δεν δημιουργεί νεογνικά προβλήματα . Γενικά , η βρεγματική προβολή (όπως και οι παρακάτω προβολές) πρέπει να διαγιγνώσκεται νωρίς έτσι ώστε να μπορούν να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα . Σημειώνεται επίσης ότι επειδή η μεγάλη πηγή του νεογνικού κρανίου είναι αρκετά προσπελάσιμη , χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην τοποθέτηση αναρροφητικού εμβρυουλκού (μεγάλη προσοχή στην τοποθέτηση βεντούζας) . Η βρεγματική προβολή είναι μια κακή προβολή , και το ενδεχόμενο καισαρικής τομής γίνεται πολύ πιθανό . Η καισαρική τομή σε αυτές τις περιπτώσεις δεν πρέπει να θεωρείται αποτυχία εκ μέρους της επιτόκου ή του ιατρού . Η βρεγματική προβολή είναι σπάνια , κάτω από το 4% όλων των κεφαλικών προβολών , αλλά συμβαίνει .



**Εικόνα 12 Βρεγματική προβολή**

## Προβολή Προσώπου



**Εικόνα 13 Προβολή προσώπου**

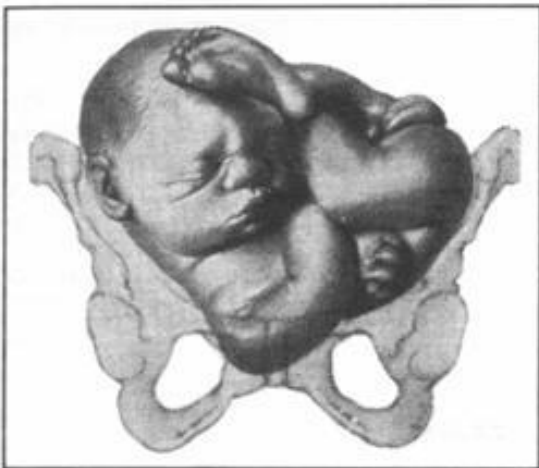
*Αριστερά Πρόσθια Προσωπική Προβολή , Δεξιά Πρόσθια Προσωπική Προβολή, Δεξιά Οπίσθια Προσωπική Προβολή*

Στην προβολή του προσώπου, αντίθετα, το κεφάλι βρίσκεται σε έκταση, έτσι αντίθετα από τη βρεγματική προβολή, είναι το πρόσωπο που κατεβαίνει πρώτο. Αυτός ο τύπος προβολής είναι σπάνιος. Οι αιτίες που μπορούν να την προκαλέσουν μπορεί να είναι παράγοντες που οφείλονται στη μητέρα το έμβρυο., ή τα ωοφόρα. Παράγοντες που οφείλονται στη μητέρα είναι κυρίως η στενή λεκάνη και η λοξή κατεύθυνση της μήτρας. Εμβρυϊκοί παράγοντες μπορεί να είναι το υπερβολικό μέγεθος του εμβρύου η δολιχοκεφαλία (ή μακρύ κεφάλι) και ορισμένες ανωμαλίες της διάπλασης, όπως οιδηματώδεις φλεγμονές του λαιμού. Παράγοντες οφειλόμενοι στα ωοφόρα (χόριο, άμνιο, πλακούντας) είναι το υδράμνιο, ο προδρομικός πλακούντας και η πρόπτωση της ομφαλίδας. Όπως στην βρεγματική έτσι και στην προσωπική προβολή μπορεί να υπάρχουν διάφορες θέσεις. Στην ψηλάφηση μπορεί να καταστεί αισθητή η κεφαλή του εμβρύου, πάνω από το επίπεδο της μεγάλης πυέλου, ενώ το μέτωπο δεν ψηλαφίζεται. Κατά τη φάση των ωδινών είναι χρήσιμο να εφαρμοστεί κολπική επισκόπηση. Η μητέρα στην προσωπική προβολή δε διατρέχει κανένα κίνδυνο. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν κίνδυνοι για το έμβρυο, κυρίως όταν η εξέλιξη του τοκετού είναι αργή, στην έλλειψη εμπέδωσης, στην παύση της εξώθησης ή στην έλλειψη στροφής της κεφαλής.

## Προβολή του Μετώπου

Στην προβολή του μετώπου το κεφάλι βρίσκεται σε μια ενδιάμεση θέση μεταξύ εκείνης της βρεγματικής και της προσωπικής προβολής. Αυτή η προβολή είναι μια ανώμαλη προβολή μεταξύ των κεφαλικών προβολών. Τα αίτια που οδηγούν σε μια τέτοια προβολή είναι ακόμα άγνωστα. Πάντως είναι πιθανό, όσον αφορά τους μητρικούς παράγοντες, να οφείλεται στην πολυτοκία, στη στενότητα της λεκάνης ή της οστικής πυέλου, και στη λοξή θέση της μήτρας, ενώ όσον αφορά τους εμβρυϊκούς παράγοντες, οι πιο σημαντικές πιθανές αιτίες είναι η διχοκεφαλία (μακρύ κεφάλι). Η επισκόπηση του κόλπου επιτρέπει την αναγνώριση της μετωπιαίας προβολής. Πράγματι η προβαλλόμενη μοίρα είναι ανώμαλη· στο κέντρο της ψηλαφίζονται τα μετωπιαία ογκώματα, από τη μια πλευρά το πρόσθιο βρέγμα από την άλλη τα τόξα των οφρύων. Σε μερικές περιπτώσεις, με την επισκόπηση μπορούμε να φτάσουμε μέχρι το στόμα, ποτέ όμως μέχρι τον πώγωνα. Εάν κατορθώσουμε να φτάσουμε μέχρι τον πώγωνα τότε δε θα ήταν πια μετωπιαία προβολή, αλλά προβολή προσώπου. Ο τοκετός από τη φυσιολογική οδό είναι δυνατό να προχωρήσει μόνο εάν το έμβρυο είναι μικρό, όπως π.χ. στους πρόωρους και δίδυμους τοκετούς. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, εάν θέλει ο γιατρός να αποφύγει τους κινδύνους και για το έμβρυο και για τη μητέρα, είναι απαραίτητο να επέμβει με καισαρική τομή.<sup>6</sup>

## Εγκάρσιο - Λοξό σχήμα



Εγκάρσιο σχήμα

(Wilson)

Στο εγκάρσιο σχήμα, ο επιμήκης άξονας του εμβρύου είναι κάθετος προς τον άξονα της μήτρας. Όταν ο επιμήκης άξονας του εμβρύου σχηματίζει οξεία γωνία τότε προκύπτει το λοξό σχήμα. Καταστάσεις που προδιαθέτουν σε εγκάρσιο ή λοξό σχήμα είναι η εκσεσημασμένη χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων, ο προδρομικός πλακούντας, το υδράμνιο, η εστενωμένη πυέλος, δυσπλασίες της μήτρας, όπως δίκερη μήτρα, και τα ινομύωματα.

Εικόνα 14 Εγκάρσια θέση

Η συχνότητα εμφάνισης του εγκάρσιου σχήματος είναι περίπου 1/300 τοκετούς και μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια, όπως σε χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων σε πολύτοκες γυναίκες, σε προδρομικό πλακούντα, σε υδράμνιο, σε εστενωμένη πύελο ή σε συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας.

Το εγκάρσιο σχήμα αποτελεί, συνήθως, μεταβατικό στάδιο το οποίο αυτόματα μπορεί να μετατραπεί σε κάθετο. Αν παραμείνει το έμβρυο σε εγκάρσιο σχήμα και αρχίσει η διαστολή του τραχήλου με ρήξη των υμένων, είναι δυνατή η πρόπτωση των άνω άκρων του εμβρύου και η προβολή αυτών στον κόλπο, με αποτέλεσμα την μετατροπή του σε εγκάρσιο παραμελημένο σχήμα.

### **Οπίσθια θέση ινιακής προβολής**

Αποτελεί την συνηθέστερη ανώμαλη θέση της εμβρυϊκής κεφαλής με συχνότητα περίπου 5%-10% επί των ινιακών προβολών. Φυσιολογικά, η κεφαλή του εμβρύου στρέφεται προς την πρόσθια ινιακή θέση, όταν αυτό φθάσει στο πυελικό έδαφος. Εάν η στροφή αυτή δε συμβεί, εμφανίζεται η οπίσθια θέση της ινιακής προβολής. Οδηγό σημείο αποτελεί η μικρή πηγή, η οποία ευρίσκεται πίσω από την εγκάρσια διάμετρο της πυελικής εισόδου, συνήθως σε δεξιά θέση. Παρατηρείται, κυρίως, σε εστενωμένη πύελο και συγκεκριμένα στον ανθρωποειδή ή στον ανδροειδή τύπο της πύελου, καθώς και σε περιπτώσεις ανεπαρκών συστολών της μήτρας.



**Εικόνα 15 Οπίσθια ινιακή προβολή**

Κατά την εξέλιξη του τοκετού συνήθως η κεφαλή στρέφεται αυτόματα σε πρόσθιες θέσεις και ο τοκετός εξελίσσεται χωρίς δυσκολία. Εάν η κεφαλή παραμείνει σε οπίσθια θέση, παρατηρείται

παράταση του δευτέρου σταδίου και αρκετές φορές απαιτείται επέμβαση (σικουλικία, εμβρυουλκία ή καισαρική τομή).<sup>48</sup>

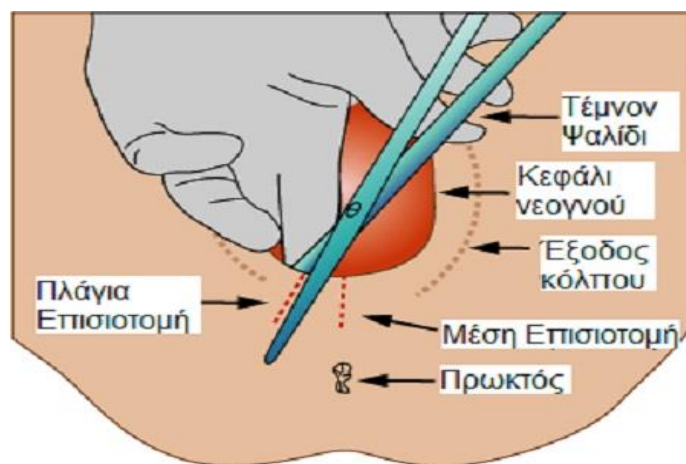
### 3.2.8 Επεμβατικοί μέθοδοι τοκετού

#### 3.2.8.1 Εμβρυουλκία

Η μέθοδος της εμβρυουλκίας πραγματοποιείται όταν κατά τον τοκετό ο γιατρός τραβάει με ειδικό μεταλλικό εργαλείο το κεφάλι του εμβρύου προς τον πυελογεννητικό σωλήνα. Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται σε αντικατάσταση των εξωθητικών ωδίνων της επιτόκου με την μίμηση και την έλξη του μηχανισμού του τοκετού. Προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της εμβρυουλκίας είναι η συγκατάθεση της επιτόκου, η τέλεια διαστολή, η εμπεδωμένη κεφαλή και η γνώση της θέσης της προβολής.<sup>49</sup>

#### 3.2.8.2 Περινεοτομή

Η μέθοδος της περινεοτομής πραγματοποιείται πριν εμφανιστεί το κεφάλι του μωρού. Η περινεοτομή είναι μία τομή στο περίνεο που γίνεται για να διευκολύνει τον τοκετό. Μία ευθεία, καθαρή χειρουργική τομή, αμυδρή αισθητικά, η οποία γίνεται για την αποφυγή ρήξης του περινέου, που θα συνέβαινε σε αντίθετη περίπτωση. Η κατεύθυνση της περινεοτομής μπορεί να ελεγχθεί. Γλυτώνει το έμβρυο από παρατεταμένη ώθηση του κεφαλιού και πάνω στο περίνεο και μειώνεται έτσι η διάρκεια του δευτέρου σταδίου του τοκετού.<sup>49</sup>



Εικόνα 16 Περινεοτομή

Η ανάγκη πραγματοποίησης περινεοτομής καθορίζεται από την ελαστικότητα του περινεϊκού ιστού και την ικανότητα της μητέρας να ελέγχει τις προσπάθειες ώθησης. Εάν ούτε το έμβρυο ούτε η μητέρα εμφανίζουν κάποια δυσφορία και ο περινεϊκός ιστός φαίνεται να τεντώνεται επαρκώς για να προσαρμοστεί με το προβαλλόμενο μέρος, η ομάδα τοκετού μπορεί να αποφύγει την περινεοτομή. Σύμφωνα με τις επαγγελματικές της υποχρεώσεις, η μαία πρέπει να είναι σε θέση και έχει καθήκον να εφαρμόζει περινεοτομή σε περίπτωση που παρουσιαστεί ανάγκη καθώς και να αναλαμβάνει τη συρραφή περινέου όπου χρειάζεται μέχρι ρήξεως δευτέρου βαθμού.

### **Ενδείξεις περινεοτομής**

1. Όταν πρέπει να γίνει εμβρυουλκία ή σικουουλκία.
2. Σε ιδιαίτερα μεγάλο μωρό.
3. Όταν το περίνεο δεν διατείνεται αρκετά και υπάρχει κίνδυνος χειρότερων ρήξεων.
4. Όταν ο τοκετός πρέπει να περατωθεί άμεσα, για παράδειγμα όταν υπάρχει αλλοίωση εμβρυϊκών καρδιακών παλμών ή όταν η κατάσταση της μητέρας απαιτεί την άμεση περάτωση του.
5. Σε ανώμαλη θέση της κεφαλής του εμβρύου.
6. Σε τοκετό διδύμων θα βοηθούσε στην έξοδο του δεύτερου διδύμου, το οποίο είναι σε ισχιακή προβολή.
7. Σε τοκετό όπου το μωρό έχει ισχιακή προβολή, θα μπορούσε να βοηθήσει στην έξοδο του.
8. Αν το παιδί είναι πρόωρο, η περινεοτομή μπορεί να προλάβει τον τραυματισμό στα μαλακά οστά της κεφαλής του μωρού.<sup>32</sup>

### **3.2.9 Αντιμέτωπιση του Αναπόφευκτου πρόωρου τοκετού**

Ο πρόωρος τοκετός είναι αναπόφευκτος εάν η διαστολή του τραχήλου εξελιχθεί στα 4 cm ή περισσότερο. Σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες προετοιμασίες φροντίδας για μικρό, ανώριμο νεογνό. Οι γυναίκες που κινδυνεύουν να γεννήσουν πρόωρα ενδέχεται να γεννήσουν γρήγορα και τα έμβρυα είναι πολύ μικρά και διέρχονται από τράχηλο που δεν έχει διασταλεί πλήρως. Η περινεοτομή στον τοκετό είναι απαραίτητη καθώς στην αντίθετη περίπτωση θα υπάρξει εγκεφαλική βλάβη του νεογνού. Οι μαίες οφείλουν να έχουν πλήρη οργάνωση για ένα τέτοιο περιστατικό, να ειδοποιήσουν τον παιδίατρο και να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες. Στις περιπτώσεις πρόωρων τοκετών συχνά παρατηρούνται ανώμαλες προβολές (πχ ισχιακή ) σε σχέση με τα τελειόμηνα έμβρυα, συνεπώς οι μαίες πρέπει να είναι προετοιμασμένες να τις αντιμετωπίσουν. Κατά τη διάρκεια του τοκετού πρέπει να παρίσταται προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο στην ανάνηψη του νεογνού και να είναι σε ετοιμότητα ώστε να δράσει άμεσα. Αν ο τοκετός γίνει σε νοσοκομείο το



οποίο δεν είναι εξοπλισμένο για τη παροχή φροντίδας σε πρόωρα νεογνά, το νεογνό πρέπει να μεταφερθεί άμεσα σε κέντρο με υψηλό επίπεδο φροντίδας.<sup>37</sup>

### **3.3 Μαιευτική Φροντίδα Δευτέρου Σταδίου**

Η μαιευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού πρέπει να παρέχεται από έμπειρο και ευαίσθητοποιημένο προσωπικό το οποίο πρέπει να έχει σύγχρονες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας. Η μαιευτική ομάδα που συμμετέχει στον φυσιολογικό τοκετό πρέπει να είναι εκπαιδευμένη στις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου όπως επίσης και να έχουν δεξιότητες επικοινωνίας και επαγγελματικής συμπεριφοράς.<sup>25</sup>

#### **3.3.1 Διαχείριση Πόνου Κατά τον Τοκετό**

Πολύ λίγοι τοκετοί είναι ανώδυνοι και αυτό οφείλεται κυρίως στον φόβο και την αγωνία που κυριεύουν τις περισσότερες επίτοκες και ιδίως αυτές που πηγαίνουν απροετοίμαστες στον τοκετό. Τα συναισθήματα αυτά είναι πολύ πιθανόν να προκαλέσουν έκκριση της αδρεναλίνης, με συνέπεια την αναστολή των συσπάσεων. Χωρίς αυτές όμως, δεν υπάρχει πρόοδος στον τοκετό.

Είναι σημαντικό για κάθε γυναίκα να καταλάβει ότι οι πόνοι που θα νοιώσει στη διάρκεια του τοκετού είναι οι μόνοι ωφέλιμοι καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της και ότι δεν αποτελούν "τιμωρία". Έτσι, θα μάθει να τους περιμένει και όταν έρθουν θα συνεργαστεί μαζί τους για ένα καλό αποτέλεσμα.<sup>10</sup>

Είναι γνωστό ότι όλες οι γυναίκες είναι επηρεασμένες από την ιδέα ότι ο τοκετός είναι ένα γεγονός στενά συνυφασμένο με πόνους. Και μόνο αυτό συντείνει στην αύξηση της ανησυχίας της γυναίκας, αλλά και της ευαισθησίας της έναντι του πόνου. Η συνεχής σκέψη της στη διάρκεια της κησέως γύρω από τους πόνους του τοκετού κρατά το κέντρο του πόνου σε συνεχή διέγερση. Έτσι αργότερα στον τοκετό κάθε ερέθισμα που φτάνει από τη μήτρα προς τον εγκέφαλο, π.χ. σύσπαση, πίεση, κλπ. λαμβάνεται από το κέντρο του πόνου και αξιοποιείται σαν πραγματικός πόνος. Η επίδραση όμως του άγχους αφορά επιπλέον τους λείους αλλά και τους γραμμωτούς μύες.<sup>9</sup>

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι που βοηθούν να αντιμετωπισθεί ο πόνος του φυσιολογικού τοκετού. Η υποστήριξη του συντρόφου, είναι πολύτιμη και αναντικατάστατη. Όταν αρχίσουν οι ωδίνες, είναι πολύ σημαντικό η επίτοκος να χαλαρώσει, είτε με ένα ζεστό μπάνιο, είτε με λίγο τρίψιμο στην

πλάτη, είτε με μουσική, είτε ακόμα με λίγο περπάτημα. Αν χαλαρώσει, θα αισθανθεί, λιγότερο έντονα τον πόνο.<sup>50</sup>

Υπάρχουν πολλές εναλλακτικές μέθοδοι ανακούφισης του πόνου που είναι διαθέσιμες, ασφαλείς και ανέξοδες και μπορούν να βοηθήσουν κυρίως στα αρχικά στάδια του τοκετού. Ο σύντροφός μπορεί να βοηθήσει σε μερικές από αυτές τις μεθόδους. Η αναλγησία που προσφέρουν είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αντικειμενικά, αλλά υπάρχουν γυναίκες που τις βρίσκουν πολύ χρήσιμες.

Η χορήγηση ενθαρρυντικών πληροφοριών στη μέλλουσα μητέρα και στο σύντροφο της κατά τις προγεννητικές επισκέψεις, και η διαρκής υποστήριξη κατά τον τοκετό, μπορούν να ελαττώσουν σημαντικά την χρήση επεμβατικών - φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου και είναι βασικά η πιο σημαντική πρακτική για τον σκοπό αυτόν. Αλλά υπάρχουν και άλλες πρακτικές που μπορούν να προσφέρουν σημαντική ανακούφιση και πρώτα από όλα η ελευθερία κίνησης και στάσης αλλά και τα λουτρά ή το μπάνιο, το άγγιγμα και το μασάζ, μέθοδοι χαλάρωσης που απομακρύνουν την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο των συστολών της μήτρας, περιλαμβανομένης και μιας σειράς άλλων με ψυχοσωματική προσέγγιση: ύπνωση, μουσική, biofeedback.<sup>51</sup>

### 3.3.2 Οι Αναπνοές στον Τοκετό

Η αναπνοή (μέθοδος R.A.T.) και η χαλάρωση είναι ίσως οι πιο γνωστές μορφές εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου κατά τον τοκετό. Συνήθως αναφέρονται ως "αναπνοές Lamaze", οι οποίες χρησιμοποιούνται έπειτα από μαθήματα αναπνοής από τις επιτόκους για να τις βοηθήσουν να χαλαρώσουν κατά την διάρκεια του τοκετού, δεδομένου ότι απελευθερώνει συνειδητά οποιαδήποτε ένταση από το σώμα της και επιτρέπει στη μήτρα της να κάνει την εργασία της χωρίς



οποιαδήποτε προστιθέμενη προσπάθεια ή αποβολή ενέργειας. Η ικανότητα της επιτόκου να χαλαρώνει γρήγορα κάτω από μία αγχωτική κατάσταση όπως ο τοκετός είναι μια επίκτητη ικανότητα που βελτιώνεται με την πρακτική.<sup>52</sup>

Η μέθοδος R.A.T., (Respiratory Autogenic Training), χρησιμοποιεί μία σειρά από εξειδικευμένες ασκήσεις, που σκοπεύουν να εξασφαλίσουν συνθήκες τέτοιες, ώστε ο

**Εικόνα 17**

τοκετός να διεξαχθεί με φυσιολογικό τρόπο και χωρίς επιπλοκές.<sup>53</sup>



Η ανάγκη μιας πολυδιάστατης θεραπευτικής αντιμετώπισης του προβλήματος του τοκετού, ξεκινά από το γεγονός, ότι ο τοκετός δημιουργεί ένα σύστημα διαχωρισμών, που καθιστούν απαραίτητη την ανάγκη να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν σαν μία ενότητα αποτελούμενη από διάφορα επίπεδα, στα οποία απαραίτητη είναι η προσοχή της επιτόκου, αλλά εξίσου σημαντική καθίσταται και η συνεργασία με την μαία και τον γυναικολόγο που την βοηθούν.<sup>52</sup>

## **Αναπνοές 1<sup>ο</sup> Σταδίου**

### **1<sup>ο</sup> είδος αναπνοών**

Πρόκειται για μια αργή σε ρυθμό και ρυθμική μέθοδο αναπνοής. Χρησιμοποιείται όταν οι συστολές έχουν αρχίσει να γίνονται ιδιαίτερα έντονες. Οι συστολές σε αυτή την φάση έχουν μέτρια ένταση και μπορούν να διατηρήσουν την αναπνοή σε αργό και ομοιόμορφο ρυθμό κατά την διάρκεια τους. Παράλληλα, αυτός ο ρυθμός αναπνοής χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με μεθόδους ενεργούς χαλάρωσης.

Στην αρχή μιας συστολής οι επίτοκες πρέπει:

- i. Να συγκεντρώσουν την προσοχή τους σε ένα σημείο.
- ii. Να πάρουν μια βαθιά εισπνοή από τη μύτη ώστε να δώσουν στο σώμα τους το σήμα ότι πρέπει να χαλαρώσει και να αυξήσουν το οξυγόνο του εμβρύου και της μήτρας.
- iii. Να εκπνεύσουν με ανοιχτό το στόμα για να αδειάσουν τον αέρα από τους πνεύμονες, μόλις περάσει η συστολή.<sup>54</sup>

### **2<sup>ο</sup> είδος αναπνοών.**

Αυτός ο ρυθμός αναπνοής εφαρμόζεται όταν οι συστολές έχουν αρχίσει να γίνονται μεγάλες σε χρονική διάρκεια και έντονες. Ακόμα, σε αυτό το επίπεδο, οι συστολές θα είναι λιγότερο επώδυνες αν είναι εφικτό να διατηρήσουν τον ρυθμό της αναπνοής τους. Σε αυτό το σημείο πρέπει να συντονιστούν με τις οδηγίες του γυναικολόγου και της μαίας που τους βοηθά ώστε να συγκεντρώσουν την προσοχή τους στην σωστή αναπνευστική διαδικασία. Αυτό το επίπεδο αναπνοής δεν έχει βαθιές εισπνοές και εκπνοές και γίνεται από το στόμα. Ίσως, μάλιστα, να μην προλάβουν να εκπνεύσουν στην αρχή της συστολής γιατί γίνεται έντονη σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Για αυτό το λόγο οι επίτοκες πρέπει:

- i. Να συγκεντρωθούν σε ένα σημείο (που μπορεί να είναι η μαία που τις βοηθά).
- ii. Να πάρουν μικρές εισπνοές από το στόμα. Στην τέταρτη εισπνοή να κλείσουν τα χείλη και να εκπνεύσουν. Παράλληλα θα πρέπει να κρατούν ομοιόμορφο τον ρυθμό της

αναπνοής τους σε όλη την διάρκεια της διαδικασίας και να προσπαθούν να μην επιταχύνουν όταν η συστολή γίνεται ιδιαίτερα έντονη.

iii. Τέλος, κάθε συστολή θα πρέπει να τελειώνει με μια εκπνοή. Ο σωστός ρυθμός της αναπνοής θα επιτευχθεί σε συνεργασία με την μαία που τις παρακολουθεί στην διάρκεια του τοκετού, αλλά συνήθως στα μαθήματα θα έχει αναλυθεί και επεξηγηθεί η διαδικασία του. Για μερικές επίτοκες, αυτός ο ρυθμός αναπνοής είναι πολύ εύκολος και ρυθμικός. Μπορούν επίσης, να διαφοροποιήσουν τον αριθμό των εκπνοών ώστε να επικεντρώσουν πιο εύκολα την προσοχή τους στις συστολές. Κατά την διάρκεια μιας συστολής, η μαία θα πρέπει να τις ενημερώσει (με λόγια ή με σήματα), πόσες φορές πρέπει να κάνουν (εισπνοές) πριν από (εκπνοή).

Οι επίτοκες πρέπει να εφαρμόσουν τον ρυθμό που τους εξυπηρετεί καλύτερα. Η μαία πρέπει να φροντίσει ώστε η αναπνοή της επιτόκου να είναι ομοιόμορφη ώστε να οξυγονωθεί σωστά ο οργανισμός της. Κατά το μεσοδιάστημα ανάμεσα στις συστολές, οι επίτοκες ίσως να αισθανθούν την ανάγκη να δώσουν ώθηση ή να ασκήσουν κάποια δύναμη. Έχει μεγάλη σημασία να εμποδίσουν την ώθηση αυτή μέχρι την στιγμή που θα τους υποδείξει η μαία, για να αποφύγουν τυχόν τραυματισμούς, (ρήξη τραχήλου) εφόσον δεν υπάρχουν οι κατάλληλες προοπτικές για εξώθηση.<sup>52</sup>

### **Αναπνοή για να γίνει η Εξώθηση**

Όταν ξεκινά η συστολή, η επίτοκος παίρνει μια ή δύο βαθιές αναπνοές με κλειστό στόμα και μετά κρατάει την αναπνοή της για να στερεώσει το διάφραγμα.<sup>32</sup>

Για να χρησιμοποιηθεί όσο γίνεται λιγότερη ενέργεια και για να πραγματοποιηθεί καλύτερη ώθηση, οι επίτοκες πρέπει να σπρώχνουν μόνο κατά την διάρκεια των συστολών και όταν τους έρχεται η επιθυμία να δώσουν ώθηση. Αν δεν αισθανθούν αυτή την διάθεση, τότε η μαία θα τους πει τότε να σπρώξουν.<sup>52</sup>

Στην περίπτωση που οι επίτοκες σπρώχνουν και δεν καταλαβαίνουν καμία κίνηση από το έμβρυο, ίσως χρειαστεί να αλλάξουν θέση. Αν δεν συμβεί τίποτα, οι επίτοκες είναι συνετό να κρατήσουν την αναπνοή τους και να σπρώξουν για λίγο μεγαλύτερο χρόνο, παίρνοντας μια γρήγορη ανάσα ανάμεσα στις φορές που δίνεται ώθηση.<sup>54</sup>

Όταν οι επίτοκες χάσουν τον ρυθμό της αναπνοής τους ή όταν πανικοβληθούν ή βρεθούν σε υπερένταση, η εκπνοή τους γίνεται μεγαλύτερη από την εισπνοή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι επίτοκες να νιώθουν μούδιασμα στις άκρες των δακτύλων, στα χείλη, στην άκρη της μύτης, στα δάχτυλα των ποδιών, ζαλάδα ή τάση για λιποθυμία, να αισθάνονται κράμπες ή σπασμούς στους μύες του ενός ή και των δύο χεριών. Αυτή είναι η λεγόμενη υπεροξυγόνωση, που οφείλεται στην εκπνοή

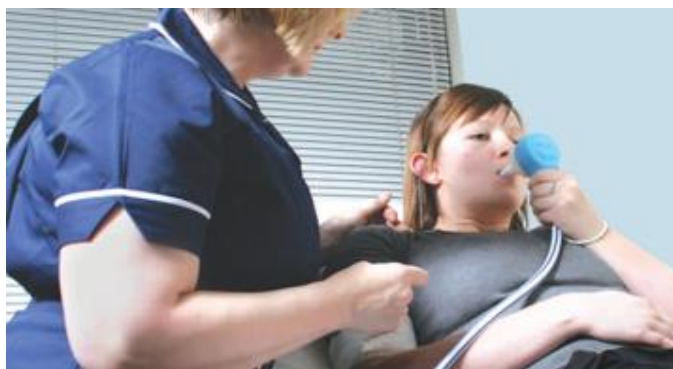
περισσότερου αέρα απ' ότι εισπνέεται (διαφορετικά ποσοστά οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα).<sup>52</sup>

Για να αντιμετωπιστεί ένα τέτοιο φαινόμενο, οι επίτοκες μπορούν να πάρουν μια μικρή χαρτοσακούλα και να εισπνεύσουν ξανά διοξείδιο του άνθρακα, ή να εισπνεύσουν σχηματίζοντας με τα χέρια τους ένα κοίλωμα ανάμεσα στο στόμα και την μύτη. Αυτό ακριβώς πρέπει να κάνουν και κατά την διάρκεια των συστολών και ανάμεσα στις συστολές μέχρι να εξαφανιστούν τα συμπτώματα.<sup>54</sup>

### 3.3.3 Φαρμακευτικές Τεχνικές

#### ι) Έντονοξ (Entonox)

Το Έντονοξ είναι ένα μίγμα αερίων, που περιέχει οξυγόνο. Είναι απλή μέθοδος, όπου η επίτοκος αναπνέει αυτό το αέριο μέσω μιας μάσκας ή ενός μικρού σωλήνα που κρατάει στο στόμα της. Αμέσως μόλις αρχίσει να αισθάνεται την μήτρα της να συσπάται, πρέπει να αρχίσει να αναπνέει αυτό το αέριο (εικόνα 15). Αν καθυστερήσει, η μέθοδος αυτή δεν θα την βοηθήσει πολύ στον πόνο, γιατί η σύσπαση της μήτρας θα γίνει πολύ δυνατή, πριν προλάβει το Έντονοξ να δράσει. Βοηθά στον πόνο πολύ γρήγορα, μέσα σε σαράντα δευτερόλεπτα περίπου, αν και δεν τον εξαφανίζει τελείως. Η επίτοκος μπορεί να αισθανθεί ναυτία, ελαφρά ζάλη ή υπνηλία και για αυτό είναι καλύτερα να μην το αναπνέει στο διάστημα μεταξύ των συσπάσεων. Η μέθοδος εντονοξ δεν βλάπτει το έμβρυο, αντιθέτως του δίνει παραπάνω οξυγόνο, που μπορεί να είναι χρήσιμο και για την επίτοκο αλλά και για το έμβρυο. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται στην Ελλάδα.<sup>55</sup>



Εικόνα 18 εντονόξ

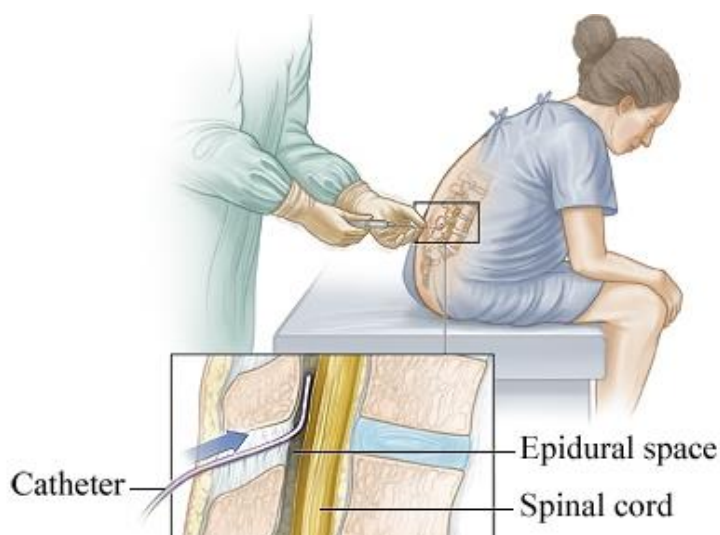
## ii) Πεθιδίνη (*Pethidine*)

Η πεθιδίνη χρησιμοποιείται από το 1934 ως ισχυρό αναλγητικό, ηρεμιστικό και σπασμολυτικό φάρμακο και μπορεί να χορηγηθεί και να συνταγογραφηθεί από τη μαία. Έχει άμεση δράση, η οποία διαρκεί περίπου 3-4 ώρες. Μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά και η δοσολογία εξαρτάται από το βάρος της γυναίκας, την ένταση του πόνου, το στάδιο και τη ταχύτητα προόδου του τοκετού. Οι παρενέργειες μπορεί να είναι ναυτία, απώλεια αυτοελέγχου, μείωση της αρτηριακής πίεσης και εφίδρωση. Η πεθιδίνη διέρχεται τον πλακουντιακό φραγμό με αποτέλεσμα να προκαλεί καταστολή του αναπνευστικού κέντρου του εμβρύου. Για αυτό πρέπει να χορηγείται μόνο σε αρχόμενο πρώτο στάδιο του τοκετού και όχι όταν ο επερχόμενος τοκετός υπολογίζεται σε χρονικό διάστημα 2-3 ωρών.<sup>55</sup>

## iii) Επισκληρίδιος αναλγησία (*Epiduralanalgesia*)

Η επισκληρίδιος αναισθησία είναι μια παρεμβατική μέθοδος αναλγησίας που εφαρμόζεται από εξειδικευμένο αναισθησιολόγο οποίος εισάγει τοπικό αναισθητικό στον επισκληρίδιο χώρο μέσω ενός καθετήρα, συνήθως στο ύψος του μεσοσπονδύλιου διαστήματος των 02-03 και 03-04 οσφυϊκών σπονδύλων. Θεωρείται ως η ιδανική μέθοδος αναλγησίας, αφού το 80% των γυναικών αναφέρουν πλήρη ανακούφιση από τον πόνο. Η αποτελεσματικότητα του εξαρτάται κυρίως από τη συγκέντρωση και όχι από το είδος του αναισθητικού φαρμάκου. Η επίτοκος πρέπει να ενημερωθεί από τον αναισθησιολόγο για τις τυχόν παρενέργειες και στη συνέχεια να υπογράψει τη συγκατάθεση της. Η μαία οφείλει να καταγράψει τη θερμοκρασία της, τους παλμούς της, την αρτηριακή πίεση καθώς και τους εμβρυικούς παλμούς. Η έγκυος πρέπει να έχει ουρήσει και στη συνέχεια πρέπει να γίνει ορός ενυδάτωσης για να μειωθεί ο κίνδυνος υπότασης λόγω της αγγειοδιαστολής του κατώτερου τμήματος του σώματος που προκαλείται μετά την επισκληρίδιο καθώς και λόγω του συνδρόμου της <<κάτω κοίλης φλέβας>>, λόγω της ύπτιας θέσης που υιοθετεί η έγκυος τα πρώτα 20' μετά την επισκληρίδιο. Μετά την εφαρμογή της επισκληριδίου πρέπει να γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων της επιτόκου κάθε 5' για τα πρώτα 20 λεπτά μετά 2 μετρήσεις ανά 15 λεπτά και στη συνέχεια κάθε 30' ενώ και η εμβρυική καρδιακή λειτουργία πρέπει να ελέγχεται συστηματικά. Η έγκυος μετά τα πρώτα 30' από τη δόση του επισκληριδίου μπορεί να αλλάζει θέσεις ή ακόμη και να περπατά ανάλογα με το πόσο καλή αίσθηση έχει των κάτω άκρων. Οι μαίες προτού επιτρέψουν την ελεύθερη κίνηση των γυναικών πρέπει να ελέγχουν αν τα πόδια τους έχουν την μυϊκή δύναμη για να το κάνουν. Σήμερα, η επισκληρίδιος δεν προκαλεί ζάλη ούτε ναυτία (εκτός αν πέσει πολύ η πίεσή) ούτε και μούδιασμα των κάτω άκρων. Μπορεί να φέρει υπόταση, και γι' αυτό το λόγο τοποθετείται

ορός. Μερικές γυναίκες, νιώθουν στην αρχή μία τρεμούλα, η οποία δεν είναι επικίνδυνη, και η οποία περνά γρήγορα. Η επισκληρίδιος παρατείνει τη δεύτερη φάση του τοκετού (δηλαδή τη φάση κατά την οποία εξέρχεται το έμβρυο) και μειώνει τη δύναμή της επιτόκου να ωθήσει. Επομένως, το έμβρυο μπορεί να έρθει στον κόσμο χωρίς καμία ιδιαίτερη προσπάθεια εκ μέρους της μητέρας. Ακόμη και με την επισκληρίδιο, το πιο πιθανό είναι πως η επίτοκος θα γεννήσει φυσιολογικά.<sup>4</sup>



**Εικόνα 19 Εγκατάσταση καθετήρα σε επισκληρίδιο αναισθησία**

Η επισκληρίδιος δεν καθυστερεί το θηλασμό, αντίθετα μερικές φορές τον βοηθά. Μία στις εκατό γυναίκες μπορεί να έχουν πονοκέφαλο και υπάρχουν πολλοί τρόποι για την αντιμετώπιση του. Οι πόνοι στην πλάτη και τη μέση είναι κοινά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και μετά τον τοκετό. Παρότι μπορεί η γυναίκα να νιώθει μια μικρή ευαισθησία στο σημείο της επισκληριδίου ένεσης για δυο ή τρεις μέρες μετά, αυτό δεν θα επιβαρύνει τους πόνους της πλάτης.<sup>55</sup>

Περίπου μία γυναίκα στις δύο χιλιάδες, παρουσιάζει ένα αίσθημα σαν κάψιμο ή γαργαλητό κατά μήκος του ενός ποδιού, μετά τη γέννηση του νεογνού. Τέτοιου είδους προβλήματα, οφείλονται κατά κύριο λόγο στον τοκετό και όχι στην επισκληρίδιο. Αν χρειαστεί να γεννηθεί το έμβρυο με εμβρυολκό ή χρειαστεί χειρουργείο, δηλαδή καισαρική (τομή), πιθανότατα δεν θα χρειαστεί γενική αναισθησία, αλλά μερικές ρυθμίσεις στην επισκληρίδιο. Ο αναισθησιολόγος σ' αυτήν την περίπτωση δίνει μερικά πιο ισχυρά φάρμακα από τον επισκληρίδιο καθετήρα, και έτσι επιτυγχάνεται μία πολύ καλή αναισθησία για την επέμβαση. Αυτό είναι πιο ασφαλές από τη γενική αναισθησία, τόσο για την επίτοκο όσο και για το έμβρυο.<sup>4</sup>

### 3.3.4 Θέσεις κατά το Δεύτερο Στάδιο του Τοκετού

Δεν υπάρχει μια μόνο σωστή στάση κατά τον τοκετό. Υπάρχουν πολλές, η καθεμία με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Θα ήταν πολύ καλό να γίνει εξάσκηση σε κάθε μία από αυτές κάνοντας μια-δυο δοκιμαστικές συστολές για να διαπιστωθεί αν βολεύει την γυναίκα και αισθάνεται άνετα σε αυτές. Δεν πρέπει να ασκηθεί πραγματική πίεση κατά την εξάσκηση καθώς αυτό μπορεί να υποβάλει σε περιττή καταπόνηση στον τράχηλο της μήτρας.

Ο σημαντικός παράγοντας κατά τον τοκετό δεν είναι ο τύπος του τοκετού αλλά η δυνατότητα κίνησης κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Οι διάφορες θέσεις μπορούν να ταξινομηθούν ευρέως είτε ως ουδέτερες είτε ως όρθιες. Υπάρχουν τέσσερις ουδέτερες θέσεις που χρησιμοποιούνται στη σύγχρονη μαιευτική οι οποίες είναι: **1)** πλευρική θέση, **2)** θέση lithotomy, **3)** θέση trendelenburg, και **4)** θέση στα τέσσερα. Επίσης υπάρχουν και τέσσερις χαρακτηριστικές όρθιες θέσεις: **1)** όρθια (περπατώντας), **2)** καθισμένη (μαιευτική καρέκλα), **3)** γονατιστή, και **4)** καθισμένη οκλαδόν.

Ειδικότερα οι στάσεις εξώθησης περιγράφονται ως εξής:

#### A) Καθιστή Θέση



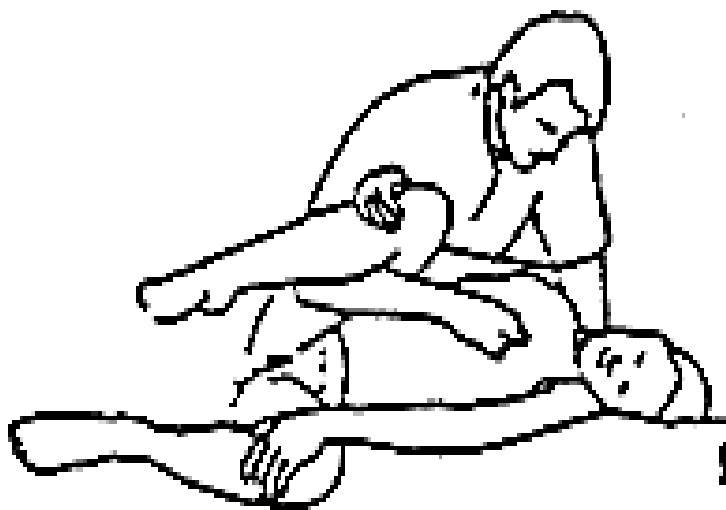
Εικόνα 20 Καθιστή θέση

Η πρώτη στάση είναι η **καθιστή**. Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της στάσης είναι ότι είναι βολική τόσο για τη μητέρα όσο και για την μαία, και είναι εύκολο για την μητέρα να την εφαρμόσει. Είναι ιδιαίτερα πρακτική καθώς επιτρέπει στη μητέρα να κινηθεί από τη θέση εξώθησης κατά τη διάρκεια

μιας συστολής, σε θέση ανάπαυσης ανάμεσα από τις συστολές. Ένα ακόμη πλεονέκτημα αυτής της στάσης είναι ότι η εξώθηση γίνεται στην ίδια κατεύθυνση με τη βαρύτητα. Η βαρύτητα που έλκει το έμβρυο προς τα κάτω αποτελεί βοηθό στην προσπάθεια της μητέρας, το οποίο καλό θα ήταν να χρησιμοποιηθεί προς όφελός της. Το μειονέκτημα εδώ είναι ότι η μητέρα κάθεται πάνω στο ουραίο οστό οπότε περιορίζεται η δυνατότητα κίνησης του, κάνοντας πιο δύσκολη ενδεχομένως την κίνηση του εμβρύου προς τα κάτω και έξω. Μπορεί επίσης η πίεση στον κόλπο από το κεφάλι του εμβρύου να μην κατανέμεται ομοιόμορφα αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα ρήξης ή την ανάγκη περινεοτομής

## **B) Πλάγια Κατάκλιση**

Μια ακόμη άνετη και εύκολη στην εφαρμογή της στάση είναι αυτή της **πλάγιας κατάκλισης**. Σε αυτή τη θέση η εξώθηση γίνεται απλά καθώς η μητέρα σηκώνεται με τη βοήθεια του ενός αγκώνα ενώ το άλλο χέρι κρατά το επάνω πόδι ψηλά με το γόνατο λυγισμένο. Η θέση αυτή είναι καλή για τις γυναίκες με προβλήματα στη μέση. Επειδή η εξώθηση δεν γίνεται με τη φορά της βαρύτητας, μπορεί να βοηθήσει στην επιβράδυνση ενός εμβρύου που κατεβαίνει πολύ γρήγορα, δίνοντας έτσι περισσότερο χρόνο στο περίνεο να διασταλεί πιο ομαλά αποφεύγοντας έτσι μια πιθανή ρήξη. Το μειονέκτημα αυτής της στάσης είναι ότι αν το έμβρυο δεν κατεβαίνει αρκετά γρήγορα, τότε πιθανώς να υπάρχει ένα ελαφρώς μεγαλύτερο χρονικά στάδιο εξώθησης απ' ότι στην περίπτωση που η βαρύτητα βοηθούσε. Η στάση αυτή δεν είναι πολύ διαδεδομένη και είναι πιθανόν να αγνοείται από ένα μέρος του ιατρικού προσωπικού. Ένα άλλο πλεονέκτημα της πλάγιας κατάκλισης είναι ότι σε περίπτωση δυστοκίας ώμων του εμβρύου, ο απαραίτητος χειρισμός πραγματοποιείται ευκολότερα.

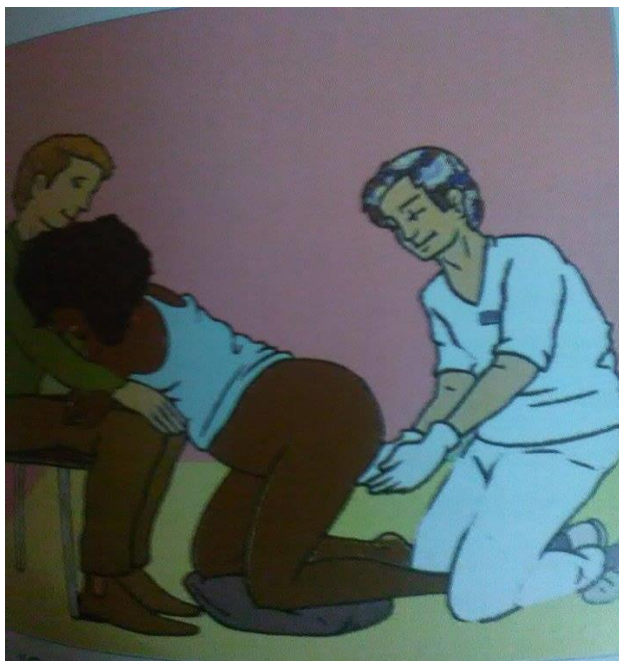


**Εικόνα 21 Πλάγια θέση**



### Γ) Στήριξη στα τέσσερα

Μια ακόμη στάση που πολλές γυναίκες βρίσκουν άνετη αλλά με την οποία ορισμένοι γιατροί και μαίες δεν είναι εξοικειωμένοι, είναι η **στήριξη στα τέσσερα**, δηλ. στις παλάμες και στα γόνατα. Μερικές γυναίκες ενστικτωδώς παίρνουν αυτή τη στάση και τη βρίσκουν ιδανική. Είναι ίσως δύσκολο να κινηθούν από τη θέση ενεργής εξώθησης στη θέση ανάπαυσης μεταξύ των συστολών καθώς είναι στα τέσσερα και γι' αυτό συστήνεται ανεπιφύλακτα να εξασκηθούν σε αυτή πριν τη δοκιμάσουν στον τοκετό. Η στάση αυτή μπορεί να ενθαρρύνει το έμβρυο να γυρίσει από την άλλη πλευρά, ιδιαίτερα αν υπάρχει υποψία για μια πιθανή οπίσθια προβολή του εμβρύου. Μπορεί επίσης να ανακουφίσει τον πόνο στη μέση κατά τον τοκετό, ενώ παράλληλα είναι η ιδανική για να επιλύσει μία δυστοκία ώμου. Η εξώθηση σε αυτή τη στάση γίνεται με τη βοήθεια της βαρύτητας.



**Εικόνα 22 Θέση στα τέσσερα**

Πριν από την εποχή της σύγχρονης αναισθησίας, αυτή η θέση υποστηρίχτηκε επίσης για την ισχιακή προβολή με στόχο να μειώσει τη μητρική τάση για εξώθηση με την παρεμπόδιση των εμβρυϊκών γλουτών από την άσκηση τη πίεσης στο περίνεο πριν την πλήρη διαστολή. Είναι επίσης δυνατό εάν το έμβρυο είναι σε οπίσθια-ινιακή θέση, η θέση αυτή μπορεί να μειώσει την δύναμη που το έμβρυο ασκεί στη μητρική σπονδυλική στήλη. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του πόνου στην πλάτη και την περιστροφή της εμβρυϊκής κεφαλής και κορμού.



Οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν τη θέση στα τέσσερα την βρήκαν πολύ εξυπηρετική, καθώς επίσης και εκείνες που δεν τη χρησιμοποίησαν, εξέφρασαν ενδιαφέρον για την χρησιμοποίησή της σε ένα μελλοντικό τοκετό με το σκεφτικό ότι θα βοηθούσε στην πρόοδο ή την ευκολία του τοκετού.

#### **Δ) Βαθύ Κάθισμα**

Η καλύτερη στάση για την εξώθηση του εμβρύου από πλευράς αξιοποίησης στο μέγιστο της βαρύτητας και του τρόπου που λειτουργεί το σώμα, είναι το **βαθύ κάθισμα**. Δυστυχώς είναι και η πιο δύσκολη στο να εφαρμοσθεί. Η στάση αυτή διευρύνει την πυελική έξοδο, τεντώνει το περίνεο, κατανέμει ομοιόμορφα τη πίεση του κεφαλιού του εμβρύου πάνω στον κόλπο και χρησιμοποιεί τη βαρύτητα. Παρόλα αυτά η παραμονή σε αυτή τη στάση για μεγάλα χρονικά διαστήματα είναι άβολη και η μετακίνηση από τη θέση εξωθήσεων σε αυτή της ανάπαυσης μεταξύ των συστολών μπορεί να είναι δύσκολη.



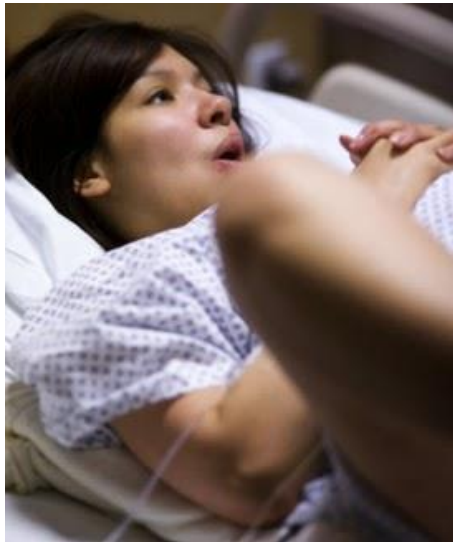
**Εικόνα 23 Θέση βαθύ κάθισμα**

### **Ε) Ύπτια Κατάκλιση**

Στα νοσοκομεία των Η.Π.Α. η πιο συνήθης στάση είναι η *ύπτια κατάκλιση* με τα πόδια σε αναβολείς. Αυτή είναι η πιο βολική στάση για το προσωπικό καθώς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο περίνεο, καθιστώντας εύκολη την περινεοτομή, την χρήση λαβίδων και τη χρήση εμβρυουλκού. Τα μειονεκτήματα για τη μητέρα είναι ότι συνήθως αυτή η στάση είναι άβολη, το ουραίο οστό έχει περιορισμένη ελευθερία κίνησης, η πίεση του κεφαλιού του εμβρύου πάνω στον κόλπο είναι ανομοιόμορφη και η εξώθηση γίνεται αντίθετα με τη βαρύτητα. Τελικά τα προβλήματα που συνδέονται με την ύπτια θέση περιλαμβάνουν τον πόνο στην πλάτη και τον κίνδυνο εισρόφησης στις ημιαναισθητές γυναίκες.

### **ΣΤ) Θέση lithotomy.**

Η **θέση lithotomy** είναι ένας ιατρικός όρος που αναφέρεται σε μια κοινή θέση για τις χειρουργικές διαδικασίες και τις ιατρικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν τη λεκάνη και τη χαμηλότερη κοιλία. Η θέση είναι ίσως η πιο αναγνωρίσιμη ως “καθιερωμένη” θέση τοκετού: Η επίτοκος στηρίζεται στην πλάτη με τα γόνατα ανοιγμένα και λυγισμένα επάνω από τα ισχία και γίνεται χρήση των αναβολέων



**Εικόνα 24 Θέση λιθοτομής**

Στους τοκετούς στο παρελθόν, η θέση lithotomy, ήταν δημοφιλής ανάμεσα στους μαιευτήρες δεδομένου ότι επιτρέπει μια καλή θέα της διαδικασίας του τοκετού. Εντούτοις, η θέση δεν συμβάλλει πολύ αποτελεσματικά σε έναν ομαλό τοκετό καθώς παρεμποδίζει το κανάλι γέννησης, ασκεί πίεση στο κόκκυγα, και δεν επιτρέπει στην επίτοκο να κινηθεί κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, αυξάνοντας επομένως τον πόνο στον τοκετό. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, η θέση εμφανίζεται να προκαλεί τη συμπίεση των κύριων μητρικών αγγείων συμπεριλαμβανομένης της κάτω κοίλης φλέβας, με αυτόν τον τρόπο μειώνοντας τη ροή του αίματος στο έμβρυο. Η περιορισμένη ροή αίματος οδηγεί συχνά σε υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας και για το έμβρυο και για τη μητέρα. Επιπλέον, δεδομένου ότι η θέση lithotomy ουσιαστικά ‘‘αντιμάχεται με τη βαρύτητα’’ οδηγεί σε βραδύτερη διαδικασία τοκετού

Η θέση lithotomy συμφέρει οικονομικά τους παθολόγους και τους χειρουργούς με την εύκολη και χρήσιμη πρόσβαση στην περιτοναϊκή περιοχή, τη χαμηλότερη κοιλία, και τη λεκάνη και χρησιμοποιείται ευρέως και στη χειρουργική επέμβαση και στις εξετάσεις. Η θέση lithotomy, δημοφιλής στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, είναι ιδιαίτερα συμφέρουσα στον συνοδό. Είναι εύκολο να εκτελεστούν οι ασηπτικές διαδικασίες, η αναισθησία μπορεί να ελεγχθεί καλά και να ρυθμιστεί, και το περίνεο μπορεί να προστατευθεί καλά. Είναι επίσης εύκολο να εξεταστεί η προβάλλουσα μοίρα και δεν υπάρχει καμία ανάγκη αλλαγής της θέσης για το τρίτο στάδιο. Η εμβρυϊκή καρδιά μπορεί να ελέγχεται καλά χωρίς αλλαγή της θέσης και η ρύπανση του κρεβατιού μπορεί εύκολα να αποτραπεί.

Τα μειονεκτήματα περιλαμβάνουν την ύπτια υπόταση και τα προβλήματα σχετικά με τη φλεβική θρόμβωση ή τη ζημία των νεύρων του περινέου. Η οκλαδόν θέση είναι αποτελεσματική με κλίση 90° και επομένως η επίτοκος βιώνει το τέντωμα των πυελικών συνδέσμων.

Η θέση lithotomy χρησιμοποιείται συχνά και έχει πολλά προφανή οφέλη από την προοπτική της μαίας και του γιατρού γιατί παρέχει την καλή οπτική και φυσική πρόσβαση στην περιτοναϊκή περιοχή.

## **Z) Οκλαδόν θέση**

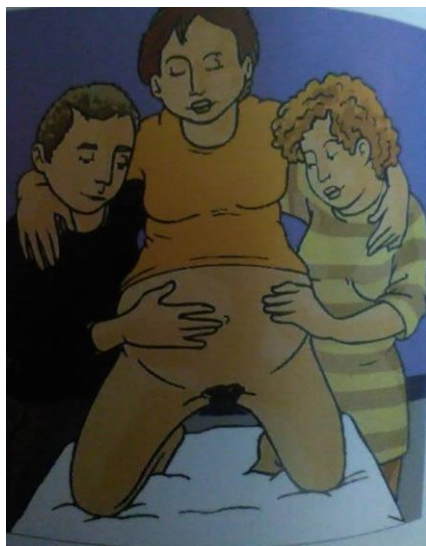
Η οκλαδόν θέση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη διευκόλυνση της καθόδου και τη γέννηση του εμβρύου. Τα πλεονεκτήματα της οκλαδόν θέσης είναι: **α)** Μειώνει το χρονικό διάστημα των εξωθήσεων της μητέρας κατά τη διάρκεια του τοκετού, **β)** Μειώνει την ανάγκη για τη χρήση λαβίδων στο έμβρυο, **γ)** Ελαττώνει τη χρήση της περινεοτομής στην ενίσχυση του τοκετού, λόγω

του τεντώματος του πυελικού “εδάφους”, **δ)** Κονταίνει το βάθος (του καναλιού γέννησης της μητέρας), **ε)** Αυξάνει την πυελική διάμετρο κατά 10%, **στ)** Ενισχύει την ένταση των συστολών, ανακουφίζοντας την πίσω πίεση, **ζ)** Βελτιώνει την κυκλοφορία αίματος του εμβρύου, **η)** Βελτιώνει την πρόσβαση στο περίνεο της μητέρας, **θ)** Μπορεί να αυξήσει τη διάμετρο της λεκάνης κατά τουλάχιστον δύο εκατοστόμετρα, **ι)** Χρησιμοποιεί τη βαρύτητα που βοηθά με τη διαδικασία του τοκετού και **κ)** Μειώνει τη φλεβική και λεμφική επιστροφή των μηριαίων αγγείων που είναι πιθανώς ο μηχανισμός αρμόδιος για το παροδικό οίδημα μετά τον τοκετό.

Τα μειονεκτήματα της Οκλαδόν θέσης είναι: **α)** Η χρήση της είναι εξαντλητική για τη μητέρα, **β)** Ο μαιευτήρας που ελέγχει το έμβρυο μπορεί να έχει δυσκολία να ακούσει τους εμβρυϊκούς καρδιακούς παλμούς, **γ)** Αυτή η θέση εξασθενίζει τη δυνατότητα της μητέρας “να βοηθήσει στον τοκετό” . Συνεπώς, πρέπει να διατηρηθεί είτε με το πλεονέκτημα ενός μαξιλαριού είτε με συνοδό.

## **Η) Γονατιστή Θέση**

Είναι μια άλλη πολύ άνετη θέση. Υπάρχει ελάχιστος πόνος στην πλάτη και συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της κάθετης θέσης με το να κλίνει προς τα εμπρός. Εντούτοις, εάν η γυναίκα διατρέχει τον κίνδυνο αιμορραγίας μετά τον τοκετό, η θέση αυτή δίνει εύκολα την δυνατότητα επαναφοράς στην η ύπτια θέση.



**Εικόνα 25 Γονατιστή θέση**

## Θ) Ραχιαία θέση

Η επίτοκος στηρίζεται με την πλάτη και τα γόνατα λυγισμένα και διαχωρισμένα. Τοποθετείται ένα σταθερό μαξιλάρι κάτω από τους γλουτούς της γυναίκας. Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται ο τοκετός της κεφαλής και των ωμών. Η μαία στέκεται στη δεξιά πλευρά του κρεβατιού, αντικρίζοντας τα πόδια της επιτόκου. Τοποθετεί τη παλάμη του αριστερού χεριού της στο κεφάλι, με τα δάχτυλα προς την κατεύθυνση του μετώπου και μπορεί μετά από το πιάσιμο της να βοηθήσει στην ολοκλήρωση της επέκτασης του κεφαλιού.



**Εικόνα 26 Ραχιαία θέση**

. Όταν διενεργεί τοκετό μόνη της η μαία, είναι ευκολότερο και για τους δυο. Υπάρχουν λιγότερες ευκαιρίες ή πειρασμοί για παρεμπόδιση της φυσικής διαδικασίας της επέκτασης της κεφαλής, και το τραύμα του περινέου ελαχιστοποιείται. Η γυναίκα μπορεί να ωθήσει αποτελεσματικότερα. Μπορεί να στηριχτεί και να χαλαρώσει μεταξύ των συστολών και συχνά να κοιμηθεί για μικρές χρονικές περιόδους. Η παρατήρηση της κοιλιάς της μπορεί να πραγματοποιηθεί ευκολότερα, και σε αυτή τη φάση η εντατική επαγρύπνηση είναι απαραίτητη. Η εμβρυϊκή καρδιά μπορεί να ακουστεί ευκολότερα και συχνότερα. Το πρόσωπο της γυναίκας είναι σε πλήρη θέα συνεχώς, και τυχόν πρόωρα σημάδια κινδύνου γίνονται εύκολα αντιληπτά.

Για τις γυναίκες με καρδιακές ασθένειες και με πολλαπλή εγκυμοσύνη η ραχιαία θέση είναι πιο εξυπηρετική και άνετη. Εάν υπάρχουν σημάδια ύπτιου υποτασικού συνδρόμου η επίτοκος πρέπει να γυρίσει στο πλευρό της. Ένα ιδιαίτερο πλεονέκτημα της ραχιαίας θέσης είναι ότι η γυναίκα δεν είναι απαραίτητο να γυρίσει πλευρό πριν τη στροφή του εμβρύου, ούτε να ξαπλώσει στην πλάτη πάλι για το τρίτο στάδιο.

## Ι) Όρθια θέση

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι μια πιο όρθια στάση στον τοκετό και τη γέννηση του εμβρύου παρουσιάζει πλεονεκτήματα τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο (Carlsonetal, 1986). Μια τέτοια στάση πιστεύεται ότι προσφέρει καλύτερη ευθυγράμμιση μεταξύ του τμήματος της κεφαλής του εμβρύου που προβάλλει και της πυελικής στεφάνης. Στις περιπτώσεις ανώμαλης θέσης του εμβρύου (οπίσθια ινιακή θέση) η όρθια στάση της μητέρας πιστεύεται ότι διευκολύνει την περιστροφή του εμβρύου σε πρόσθια ινιακή θέση.



Εικόνα 27 Όρθια θέση

## Κ) Θέση trendelenburg

Σε αυτή την θέση η επίτοκος γυναίκα στηρίζεται με την πλάτη (κατά προτίμηση με πλευρική κλίση  $15^\circ$  έτσι ώστε το κεφάλι της να είναι χαμηλότερα από τη λεκάνη της. Τα πόδια της μπορούν να είναι τεντωμένα ή με κάμψη στα γόνατα. Η θέση trendelenburg μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην περίπτωση ισχιακής προβολής ή για την ανακούφιση της πίεσης σε περίπτωση πρόπτωσης ομφαλίδας. Αν και αυτή η θέση δεν διαρκεί πολύ, μια επίτοκος δεν μπορεί να αντέξει αυτήν την θέση για πολύ ώρα χωρίς αναπνευστική “αμηχανία” ή αύξηση της κεντρικής φλεβικής συμφόρησης.<sup>56</sup>

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τα παραπάνω κεφάλαια γίνεται σαφές ότι ο ρόλος της μαίας σε όλη την διάρκεια του τοκετού είναι πολύ σημαντική. Ταυτόχρονα δε, σύμφωνα με τα επαγγελματικά της δικαιώματα, η μαία πρέπει να είναι σε θέση και έχει καθήκον να εκτελεί τον φυσιολογικό τοκετό, να εφαρμόζει περινεοτομή σε περίπτωση που παρουσιαστεί ανάγκη καθώς και να αναλαμβάνει τη συρραφή περινέου όπου χρειάζεται μέχρι ρήξεως δευτέρου βαθμού. Επί ομαλής ισχιακής προβολής σε περίπτωση ανάγκης και απουσίας μαιευτήρα είναι υπεύθυνη για την εκτέλεση του τοκετού. Πρέπει να είναι σε θέση να κάνει έγκαιρη διάγνωση παθολογικών συμπτωμάτων στην επίτοκο και το έμβρυο που απαιτούν παρέμβαση γιατρού, όπως είναι δακτυλική αποκόλληση πλακούντα και επισκόπηση μήτρας. Η φροντίδα της περιλαμβάνει την πρόληψη, την έγκυρη επισήμανση συμπτωμάτων που φανερώνουν ανωμαλίες μητέρας και εμβρύου, την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και τη διενέργεια επειγόντων μέτρων κατά την απουσία ιατρικής βοήθειας.

Σήμερα παρατηρούμε ότι μέσα στις δεκαετίες που πέρασαν πολλά έχουν αλλάξει στη Μαιευτική. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι η εγκυμοσύνη, ο τοκετός, ακόμα και η λοχεία, αντιμετωπίζονται εκ των προτέρων σαν παθολογικές καταστάσεις. Αυτό είχε και έχει πολλών ειδών συνέπειες. Από τη μία η πρόοδος της ιατρικής και των διαφόρων ειδικοτήτων της συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση της υγείας και στην αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων που έως τώρα παρουσίαζαν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Από την άλλη, όμως, μετέτρεψε τη μητρότητα από μια περίοδο φυσιολογική, στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, σε μια κατάσταση η οποία «απαιτεί» την επέμβαση της ιατρικής. Η έγκυος, η επίτοκος και η λεχώνα, ούτε λίγο ούτε πολύ, τόσο στη συνείδηση των επιστημόνων όσο και μιας μεγάλης μερίδας κόσμου, αντιμετωπίζονται ως «πάσχοντες».

Δυστυχώς σήμερα οι μαίες στην Ελλάδα παρεμποδίζονται στην άσκηση των καθηκόντων τους συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης. Ωστόσο επιστημονικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν ως προς τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τον τοκετό έδειξαν και δείχνουν ότι στις χώρες όπου οι μητέρες και τα νεογνά περιθάλπονται στο σπίτι από μαία η θνησιμότητα είναι μειωμένη, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Αντιθέτως στις χώρες όπου όπου η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπίζονται ως παθολογικές καταστάσεις και πραγματοποιούνται κατά κύριο λόγο στο νοσοκομείο, η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ), στην Ελλάδα η νεογνική θνησιμότητα για το 2014 είναι 2,63‰ και αντίστοιχα η περιγεννητική θνησιμότητα στο 5,66‰, ενώ για το 2015 δεν υπάρχουν ακόμα διαθέσιμα στοιχεία. Η νεογνική θνησιμότητα (θάνατοι νεογνών τις πρώτες 4 εβδομάδες ζωής) και η περιγεννητική θνησιμότητα (νεογνά που γεννιούνται νεκρά και νεογνά που πεθαίνουν την πρώτη εβδομάδα ζωής) διεθνώς θεωρούνται ως οι πλέον αξιόπιστοι δείκτες παροχής υψηλών υπηρεσιών υγείας

στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και από τους καλύτερους δείκτες υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο.

	<b>Σουηδία</b>	<b>Αγγλία &amp; Ουαλία</b>	<b>ΗΠΑ</b>
Περιγεννητική θνησιμότητα 1900-1910 σε 100.000	230	440	520

Το γεγονός αποδόθηκε στους εξής παράγοντες (Hogberg, 2004):

- Οι κοινοτικές μαίες ήταν καλά εκπαιδευμένες και έχαιραν εκτίμησης από την ιατρική κοινότητα.
- Οι μαίες των τοπικών κοινωνιών συνεργάζονταν με τους ιατρούς.
- Οι τοκετοί πραγματοποιούνταν στο σπίτι από μαίες.
- Οι γυναίκες παρακολουθούνταν από μαίες- και ιατρούς όταν χρειαζόταν- κατά την κύηση και τη λοχεία
- Οι μαίες και οι ιατροί συνεργαζόταν με τις τοπικές κοινότητες.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού είναι η σημαντικότερη φάση της διαδικασίας του τοκετού και η κρισιμότερη. Υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστούν προβλήματα που σχετίζονται με την δομή της μήτρας και του κόλπου τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν επακόλουθα προβλήματα στις γυναίκες και μετά τον τοκετό. Ο ρόλος της μαίας που συνεργάζεται με αυτές τις γυναίκες είναι σημαντικός. Η μαία πρέπει να παρέχει ενημέρωση και εκπαίδευση αυτοφροντίδας για την πρόληψη των προβλημάτων πριν από την εμφάνιση τους, να αντιμετωπίζουν και να μειώνουν τα συμπτώματα και να είναι υπεύθυνες για την προαγωγή της υγιεινής.

Κατά την διάρκεια του τοκετού είναι επίσης πιθανό να παρουσιαστούν άλλα προβλήματα όπως δυστοκία ώμων του εμβρύου, ανώμαλες προβολές, κλπ.. Η μαία που συμμετέχει στον φυσιολογικό τοκετό πρέπει να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα, να έχει σύγχρονες γνώσεις και δεξιότητες, να είναι εκπαιδευμένη στην εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου όπως επίσης και να έχει δεξιότητα επικοινωνίας και επαγγελματικής συμπεριφοράς.

Ο πόνος κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού μπορεί να είναι έντονος. Αυτό μπορεί να οφείλεται αφενός στην ιδιαίτερα αυξημένη μυϊκή ένταση που υφίσταται το σώμα της επιτόκου, αφετέρου στο άγχος και τον φόβο της και γενικά την δύσκολη ψυχολογική κατάσταση της, που κάνουν τα πράγματα χειρότερα.

Πολλές γυναίκες επιθυμούν την πραγματοποίηση του τοκετού χωρίς τη χρήση ναρκωτικών ή επεμβατικών μεθόδων, όπως την επισκληρίδιο, και την χρήση συμπληρωματικών θεραπειών. Οι φυσικοί μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου του τοκετού είναι διάφοροι τρόποι χαλάρωσης, αναπνοές κ.α. και είναι ευρέως προσβάσιμες στις επίτοκες εφόσον αυτές οι τεχνικές ευρέως διδάσκονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ώστε να είναι σε θέση η επίτοκος να τις χρησιμοποιήσει με την βοήθεια της μαίας στο δεύτερο στάδιο τοκετού.

Η μαιευτική φροντίδα κατά το δεύτερο στάδιο τοκετού κρίνεται απαραίτητη καθώς βοηθά την ομαλή έκβαση του τοκετού και την παροχή βοήθειας τόσο στον γιατρό όσο και στην έγκυο για την ομαλή πορεία του τοκετού και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ενδεχομένως παρουσιαστούν.

## Βιβλιογραφία

1. [www.zougla.gr/gonimotita/article/gonimotita-i-praktiki-tou-toketou-istoriki-anadromi](http://www.zougla.gr/gonimotita/article/gonimotita-i-praktiki-tou-toketou-istoriki-anadromi)
2. Γεωργακόπουλος, Α. (1993). Επιτομή μαιευτικής και γυναικολογίας και νοσηλευτικής έβδομη έκδοση. Αθήνα: Γρηγόριος Παρισιάνος, 45-132.
3. Νεοφύτου, Μ. (2007). Μελέτη - Ανάπτυξη και Αξιολόγηση Ολοκληρωμένου Συστήματος Ψηφιακής Ανάλυσης Ενδοσκοπικής Εικόνας Μακροβιοψίας για την Υποστήριξη Διάγνωσης Γυναικολογικού Καρκίνου. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Σχολή Ηλεκτρολόγων 65 Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Τομέας Συστημάτων Μετάδοσης Πληροφορίας και Τεχνολογίας Υλικών, 31-33.
4. Καλογερόπουλος, Α. (1992). Μαιευτική. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 58-80.
5. Μαυρικάκη, Θ.Ε. (2012). Άτλας Ανατομίας. Αθήνα: Πατάκης, 122-136.
6. Καρπαθίου, Σ. Ε. (1999). Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 26-39.
7. Κρεατσάς, Γ. (1998). Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, 78-135.
8. Λαϊνάς, Τ. (2005). Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, 203-211. Διαθέσιμο στο: [http://www.eugonia.com.gr/EUGONIA\\_TOMOS\\_A\\_anthropini\\_anaparagogi.pdf](http://www.eugonia.com.gr/EUGONIA_TOMOS_A_anthropini_anaparagogi.pdf).
9. Μωραΐτου, Μ. (2007). Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μητρότητα. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε., 87-146.
10. Παπανικολάου, Α. Ν. (1994). Μαιευτική. Αθήνα: επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος & Μαρία Γρ Παρισιάνου, 83-97
11. DeCherney, A. H. & Lauren, N. (2003). Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, Ninth Edition, 138-174.
12. Παπαδημητρίου, Κ. (1990). Ειδική παθολογική ανατομική. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 57-99.
13. Scott, J, Gibbs, R., Karlan, B. & Haney, A. (2003). Danforth's Obstetrics and Gynecology. Williams & Wilkins, 106-124.
14. Αποστολίδης, Α., Σταματέλος, Ι. & Σταματόπουλος, Π. (2005). Αιμορραγίες στο 3ο Στάδιο του Τοκετού. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 20, 146-151.
15. Charles, C. (2013). The Midwife's labour and birth handbook. UK: John Wiley & Sons, Inc, 90-123.

16. Δίνας Κ., Πανταζής Κ., Λουφόπουλος Α. (2008). Μηχανισμός Φυσιολογικού Τοκετού. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 20 (2), 121-126
17. Αγγελάκης, Ε. (2004). Συχνότητα Καισαρικής Τομής. Αξιολόγηση και Σχόλια για τις Συχνότερες Ενδείξεις. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίνστιτούτο Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, 65-78
18. .Lipert H. (1993). Ανατομική. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού, 68-103.
19. Fraser, D.M. & Cooper, M.A. (2009). Myles Textbook for Midwives. UK: Elsevier, 96-112.
20. Albersetal 1995
21. Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Renfrew, M. & Neilson, J. (1995). Effective Core in Pregnancy and Childbirth. 2nd edition, Oxford University Press, 67-142.
22. Waters, L., Bette, C.N.M., R.N. & Raisler, J. (2003). Ice massage for the reduction of labor pain. Journal of midwifery & women's health, volume 48(5), 317-321
23. Σενφελντ, Β. (1990). Η Νέα Μητέρα και το Παιδί. Αθήνα: Παπαδόπουλος, 40-43.
24. Winifred, C. (2002). Hypnosis for a Joyful Pregnancy and Pain-Free Labor and Delivery, St. Martin's Press p.5-10.
25. τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό 33
26. Κατευθυντήριες Οδηγίες Μαιευτικής Φροντίδας (2012). Πρωτόκολλο της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας & Θράκης, 5-20. Διαθέσιμο στο : [http://www.4type.gr/uploads/nos-prot/Katefthyntiries\\_Odigies\\_Maieftikis\\_Frontidas.pdf](http://www.4type.gr/uploads/nos-prot/Katefthyntiries_Odigies_Maieftikis_Frontidas.pdf)
- 27.
28. Curtis, G. & Schuler, J. (2001). Το Βιβλίο της Εγκυμοσύνης. Αθήνα: Μέδουσα - Σέλας, 132-138
29. Stoppard, M. (1995). Εγκυμοσύνη και Τοκετός. Αθήνα: Κεντικελένη/ Ακμή, 81-89.
30. Κρεατσάς Γ. (2009) Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική Αθήνα Πασχαλίδης σελ 89
31. bhattacharyaetal 2011
32. Ιατράκης, Γ.Μ., Πεγλιβάνη, Φ., Αντωνίου, Ε. & Ροκοπάνου, Θ. (2010). Παθολογία Κύησης. Αθήνα: Δεσμός, 78-150.
33. Eappen, S. & Robbins, D. (2002). Nonpharmacological means of pain relief for labor and delivery. IntAnesthesiolClin. Fall;40(4):103-14
34. Μαρούλης, Γ. (2007). Μαιευτική & Γυναικολογία. Αθήνα: Πασχαλίδης, 63-103.
35. γεωργακόπουλος 1993
36. Τούλιος Γ. (2009). Γραπτή Έκθεση Γυναικολογικού Περιστατικού. Ολική Πρόπτωση Μήτρας. Helmedica, 1-16 (1).

37. Lowdermilk D, Perry S, Cashion K. Προσαρμογέςστηγκύηση. Στο: Νοσηλευτική Μητρότητας, (εκδ) λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2013, σελ 196
38. Wang, S.M., Dezinno, P., Maranets, I., Berman, M.R., CaldwellAndrews, A.A. &Kain Z.N. (2004). Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 104(1), 65-70
39. Χριστάρα-Παπαδοπούλου, Α. (2004). Φυσιοθεραπεία στη Μαιευτική - Γυναικολογία - Ουρολογία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 69-77
40. Schroder, A., Abrams, P., Andersson, K.E., Artibani, W., Chapple, C.R., Drake, M.J., Hampel, C., Neisius, A., Tubaro, A. &Thuroff, J.W. (2009). ΚατευθυντήριεςΟδηγίεςγιατηνΑκράτειαΟύρων. Institute for the Study of Urologic Diseases, 168-173. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: [http:// www.imop.gr/en/node/752](http://www.imop.gr/en/node/752).
41. Cherry, D.A. &Rothenberger, D.A. (1998). Pelvic floor physiology.*SurgClin North Am*, 68 (6), 1217-1230.
42. [www.kekos.gr](http://www.kekos.gr)
43. Ανδρομανάκος, Ν. (2006). Ορθοπρωκτική ακράτεια στους ενήλικες. Παθογένεση και αντιμετώπιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19 (6), 668-671
44. Κουβελάς Σ., Σπαλιάρης Δ., Σανούλης Β., Τσαρμακλής Χ., Χαρδαβέλας Θ., Κανελλόπουλος Ν. και συν. (2012). Ενδείξεις Υστεροκτομής. *Επιστημονικά Χρονικά*, 4 (4), 191-199
45. βραχνης 2013
46. RoyalCOLlegeofObstetriciansandGynecologists, 2011).
47. Βραχνης Ν .Μαιευτικά Επείγοντα ιατρικές εκδοσεις λιτσας 2014. Κεφ 49 σελ 299-301
48. Μανταλενακης 1996
49. ντινς και συν 2005
50. Αραβαντινός Δ., Μαιευτική Δ. Αραβαντινού, επιστημονικές εκδόσεις Γ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989
51. Brown ST, Douglas C, Flood LP. Women's Evaluation of IntrapartumNonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor. *J Perinat Educ*. 2001 Summer;10(3):1-8
52. Lamaze Fernand, Painless childbirth (the Lamaze method ) the classic guidebook to giving birth, the natural way by the world's foremost authority, NTC Publishing Group 1984
53. Odent Michel, Η γέννα στο δρόμο της φύσης, ανα-γέννηση του φυσικού τοκετού 2 έκδοση, εκδόσεις Θυμάρι, 1999
54. Venn J. Hypnosis and Lamaze method--an exploratory study: a brief communication. *Int J Clin ExpHypn*. 1987 Apr;35(2):79-82

55. Βαβάτσης - Χατζηλεωνίδας Μ., «Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής»,  
Αναλγησία στο φυσιολογικό τοκετό. 1:58-76,1990,

56. Wikipedia, thefreeencyclopedia, 2007

## Εικόνες

Εικόνα 1	Μήτρα και ο τράχηλος της μήτρας	<a href="http://www.boro.gr/13279/ti-einai-o-karkinos-tou-trachilou-tis-mitras">http://www.boro.gr/13279/ti-einai-o-karkinos-tou-trachilou-tis-mitras</a>
Εικόνα 2	κατώτερο τμήμα μήτρας	<a href="http://www.mama365.gr/23035/ti-symvainei-sthn-koilia-ths-egkyoy-oso-megalonei.html">http://www.mama365.gr/23035/ti-symvainei-sthn-koilia-ths-egkyoy-oso-megalonei.html</a>
Εικόνα 3	Γυναικεία πύελος	<a href="http://www.care.gr/post/48/osta-tis-pyelou-lekanis">http://www.care.gr/post/48/osta-tis-pyelou-lekanis</a>
Εικόνα 4	Διάμετροι Πυέλου	Πηγή: <a href="http://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED734/Σημειώσεις/11.%20Σκελετός%20Πυέλου.pdf">http://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED734/Σημειώσεις/11.%20Σκελετός%20Πυέλου.pdf</a>
Εικόνα 5	Τοκετός	<a href="http://www.drkalmantis.gr/documents/egkymosunh/toketos">http://www.drkalmantis.gr/documents/egkymosunh/toketos</a>
Εικόνα 6	Διαστολή τραχήλου	<a href="http://efoikogeneia.gr/failure-to-progress/">http://efoikogeneia.gr/failure-to-progress/</a>
Εικόνα 7	Τρίτο στάδιο τοκετού	<a href="https://www.google.gr/search?q=%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%B9%">https://www.google.gr/search?q=%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%B9%</a>
Εικόνα 8	Δεύτερο στάδιο τοκετού	<a href="http://www.mothersblog.gr/tha-gino-mama/item/26278-deytero-stadio-tou-t">http://www.mothersblog.gr/tha-gino-mama/item/26278-deytero-stadio-tou-t</a>
Εικόνα 9	Ολική πρόπτωση μήτρας	<a href="http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/gynecology2/classes_stud/en/nurse/adn/ptn/2/Nursing%20Care%20of%20Childbearing%20Family/02.%20Unit%20test%20II.htm">:http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/gynecology2/classes_stud/en/nurse/adn/ptn/2/Nursing%20Care%20of%20Childbearing%20Family/02.%20Unit%20test%20II.htm</a>
Εικόνα 10	Ισχιακή προβολή	<a href="http://www.mothersblog.gr/images/shoulder_distocia-1_3.jpg">http://www.mothersblog.gr/images/shoulder_distocia-1_3.jpg</a>
Εικόνα 11	Δυστοκία ώμων	<a href="http://www.google.gr/search?q=δυστοκία+ώμων&amp;biw=1280&amp;bih=870&amp;source=lnms&amp;tbm=isch&amp;sa=X&amp;ved=0ahUKEwjK_7aw85HQAUhUErRoKH">www.google.gr/search?q=δυστοκία+ώμων&amp;biw=1280&amp;bih=870&amp;source=lnms&amp;tbm=isch&amp;sa=X&amp;ved=0ahUKEwjK_7aw85HQAUhUErRoKH</a>

Εικόνα 12	Προβολή βρέγματική	<a href="http://www.pzarganis.com">http://www.pzarganis.com</a>
Εικόνα 13	Προβολή προσώπου	<a href="http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=388">http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=388</a>
Εικόνα 14	Εγκάρσια θέση	<a href="http://www.healthyliving.gr/2014/06/20/egkymosynh-embryo-thesh-toketos/">http://www.healthyliving.gr/2014/06/20/egkymosynh-embryo-thesh-toketos/</a>
Εικόνα 15	Οπίσθια ινιακή προβολή	<a href="http://www.healthyliving.gr/2014/06/20/egkymosynh-embryo-thesh-toketos/">http://www.healthyliving.gr/2014/06/20/egkymosynh-embryo-thesh-toketos/</a>
Εικόνα 16	περινεοτομή	<a href="http://www.mothersblog.gr/tha-gino-mama/item/26278-deytero-stadio-tou-toketoy-">http://www.mothersblog.gr/tha-gino-mama/item/26278-deytero-stadio-tou-toketoy-</a>
Εικόνα 17	Αναπνοές	<a href="http://www.goneisonline.gr/articles/oi-anapnoes-poy-voithoyn-ston-toketo">http://www.goneisonline.gr/articles/oi-anapnoes-poy-voithoyn-ston-toketo</a>
Εικόνα 18	Εντονόξ	<a href="https://www.google.gr/search?q=%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BE&amp;biw=1280&amp;bih=870&amp;source=lnms&amp;tbm=isch&amp;sa=X&amp;ved=0ahUKEwjvuv6m9pHQAhWC1hoKHRs-CfoQ_AUIBigB#imgsrc=qwO4qan5qKkT-M%3A">https://www.google.gr/search?q=%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BE&amp;biw=1280&amp;bih=870&amp;source=lnms&amp;tbm=isch&amp;sa=X&amp;ved=0ahUKEwjvuv6m9pHQAhWC1hoKHRs-CfoQ_AUIBigB#imgsrc=qwO4qan5qKkT-M%3A</a>
Εικόνα 19	Εγκατάσταση καθετήρα σε επισκληρίδιο αναισθησία	<a href="http://be2news.gr/6">http://be2news.gr/6</a>
Εικόνα 20	Καθιστή θέση	Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό
Εικόνα 21	Πλάγια θέση	<a href="http://parents.org.gr/forum/showthread.php?t=126742">http://parents.org.gr/forum/showthread.php?t=126742</a>
Εικόνα 22	Στα τέσσερα	Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό
Εικόνα 23	Βαθύ κάθισμα	Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό
Εικόνα 24	Θέση λιθοτομής	<a href="http://wellroundedmama.blogspot.gr/2015/03/barriers-to-alternative-birth-positions.html">http://wellroundedmama.blogspot.gr/2015/03/barriers-to-alternative-birth-positions.html</a>
Εικόνα 25	Γονατιστή θέση	Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό
Εικόνα 26	Ραχιαία θέση	Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό
Εικόνα 27	Ορθια θέση	Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό

