

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



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**  
**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ**  
**ΤΟΚΕΤΟ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΦΙΛΙΠΠΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2016**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον εισηγητή μου κ. Γραμματικά Γεώργιο για την άρτια καθοδήγηση και υποστήριξη με σκοπό την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας

## **ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

Αφιερώνω την παρούσα πτυχιακή εργασία στην οικογένεια μου η οποία με στήριξε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Την αφιερώνω επίσης και σε κάθε γυναίκα που μάχεται να φέρει στον κόσμο ένα παιδί και να ανταπεξέλθει στις όποιες δυσκολίες.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|   | Σελίδα |
|---|--------|
| Πρόλογος.....   | 7      |
| Περίληψη.....   | 8      |
| Εισαγωγή .....  | 10     |
| Κεφάλαιο 1.....   | 11     |
| 1.1. Ανατομία του γεννητικού συστήματος.....                          | 12     |
| 1.2. Εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.....                     | 12     |
| 1.3. Εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας.....                     | 13     |
| 1.4. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος.....                        | 14     |
| 1.5. Γονιμοποίηση της γυναίκας.....                                   | 15     |
| 1.6. Ορισμός του φυσιολογικού τοκετού.....                            | 16     |
| <br>  |        |
| Κεφάλαιο 2:.....  | 17     |
| 2.1. Ορισμός της εγκυμοσύνης.....                                     | 18     |
| 2.2. Κλινική διάγνωση.....  | 19     |
| (ιστορικό, συμπτώματα, επισκόπηση, ψηλάφηση, ακρόαση, εργαστηριακά)   |        |
| 2.3. Αβέβαια ή πιθανά σημεία κύησης + Βέβαια σημεία κύησης.....       | 19     |
| 2.4. Παρακολούθηση και εργαστηριακός έλεγχος κατά την εγκυμοσύνη..... | 20     |
| 2.5. Εγκυμοσύνη και Υγεία .....                                       | 21     |
| 2.6. Στάδια της εγκυμοσύνης.....                                      | 25     |
| 2.7. Σεξ στην εγκυμοσύνη.....   | 26     |
| <br>  |        |
| Κεφάλαιο 3:.....  | 27     |
| 3.1. Πλακούντας.....  | 28     |
| 3.2. Αμνιακός σάκος.....  | 28     |
| 3.3. Αμνιακό υγρό.....  | 29     |
| 3.4. Ομφάλιος λώρος.....  | 29     |
| <br>  |        |
| Κεφάλαιο 4:.....  | 30     |
| 4.1. Προγεννητικός και περιγεννητικός έλεγχος.....                    | 31     |
| 4.2. Αμνιοπαρακέντηση.....  | 32     |
| 4.3. Αυχενική παρακέντηση.....  | 33     |
| 4.4. Βιοψία τροφοβλάστης.....   | 34     |
| 4.5. Μη επεμβατικός έλεγχος .....                                     | 37     |

|   |    |
|---|----|
| 4.6. Υπερηχογράφημα β´ επιπέδου.....                                    | 38 |
| 4.7. Διακολπικό υπερηχογράφημα.....                                     | 39 |
| 4.8. Κολπικό υπερηχογράφημα.....  | 41 |
| <br>  |    |
| Κεφάλαιο 5.....   | 42 |
| 5.1. Αίτια έναρξης φυσιολογικού τοκετού.....                            | 43 |
| 5.2. Η επισκληρίδιος αναισθησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό.....        | 43 |
| 5.3. Πιθανές επιπλοκές/ παρενέργειες της επισκληρίδιου αναισθησίας..... | 44 |
| 5.4. Στάδια του τοκετού.....  | 45 |
| 5.5. Επιλογές ανακούφισης   |    |
| 5.5.1.  |    |
| 1 <sup>ου</sup> σταδίου.....  | 45 |
| 5.5.2.  |    |
| 2 <sup>ου</sup> σταδίου και 3 <sup>ου</sup> σταδίου .....               | 46 |
| 5.5.3   |    |
| Στάδιο υστεροτοκίας.....  | 47 |
| 5.6. Μηχανισμός του τοκετού.....  | 47 |
| 5.7. Πρώτο στάδιο του τοκετού (Διαστολή).....                           | 48 |
| 5.8. Δεύτερο στάδιο του τοκετού (Εξώθηση).....                          | 49 |
| 5.9. Τρίτο στάδιο του τοκετού (Υστεροτοκία).....                        | 50 |
| 5.10. Παρακολούθηση κατά την διάρκεια του τοκετού.....                  | 51 |
| 5.11. Πιθανές επιπλοκές τοκετού   |    |
| 5.11.1  |    |
| Πριν από τον τοκετό.....  | 52 |
| 5.11.2  |    |
| Μετά από τον τοκετό.....  | 54 |
| <br>  |    |
| Κεφάλαιο 6.....   | 56 |
| 6.1. Νοσηλευτική παρέμβαση πριν από τον τοκετό.....                     | 57 |
| 6.2. Νοσηλευτική παρέμβαση μετά από τον τοκετό.....                     | 59 |
| <br>  |    |
| Κεφάλαιο 7.....   | 63 |
| 7.1. Ορισμός επιλόχειας κατάθλιψης.....                                 | 64 |
| 7.2. Συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.....                              | 64 |
| 7.3. Ψύχωση στην επιλόχεια κατάθλιψη.....                               | 65 |
| 7.4. Αίτια ψύχωσης στην επιλόχεια κατάθλιψη.....                        | 65 |

|   |    |
|---|----|
| 7.5.Συμπτώματα από τον τοκετό.....                          | 66 |
| 7.6. Μέτρα πρόληψης πριν από την εγκυμοσύνη .....           | 66 |
| 7.7. Κλινική εικόνα επιλόχειας κατάθλιψης.....              | 67 |
| 7.8 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....                           | 67 |
| 7.9. Διάγνωση επιλόχειας κατάθλιψης.....                    | 68 |
| 7.10.Θεραπεία επιλόχειας κατάθλιψης.....                    | 68 |
| 7.11. Πρόληψη για την επιλόχεια κατάθλιψη.....              | 69 |
| 7.12. Επιδημιολογικά στοιχεία στην επιλόχεια κατάθλιψη..... | 69 |
| 7.13 Νοσηλευτική παρέμβαση στην επιλόχεια κατάθλιψη.....    | 70 |
| <br>  |    |
| Κεφάλαιο 8.....   | 71 |
| 8.1. περιστατικό φυσιολογικού τοκετού.....                  | 72 |
| <br>  |    |
| Συμπεράσματα.....   | 76 |
| <br>  |    |
| Βιβλιογραφία.....   | 77 |

# Πρόλογος

Σε αυτή την εργασία αναλύονται όλα τα στάδια του φυσιολογικού τοκετού. Σκοπός της είναι η ενημέρωση της επιτόκου, των συγγενών και των νοσηλευτών, για τη διαδικασία και της επιπλοκές του. Στο κείμενο παρουσιάζεται ευκρινέστατα ο ρόλος των νοσηλευτών κατά τη σημαντική αυτή στιγμή κάθε γυναίκας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό επικεντρώνεται στη διαδικασία της επιτόκου για σημαντικά θέματα όπως η λειτουργία το σώματος της, η διαδικασία του τοκετού, η καθησύχηση της όταν φοβάται και η εμπύχωση της κάθε φορά που η αγωνία για αυτό το δύσκολο έργο που καλείται να φέρει εις πέρας. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και στην ενημέρωση των συγγενών για την εξέλιξη του τοκετού, τις επιπλοκές και την μετέπειτα φροντίδα.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στη σημερινή εποχή έχουν μειωθεί οι επιπλοκές λόγω της εξέλιξης της ιατρικής. Ωστόσο, ο φυσιολογικός τοκετός είναι κάτι πολύ φυσικό για τη γυναίκα, αφού η φύση έχει φροντίσει να της δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο αυτό έργο.

## Περίληψη

Μπορούμε να συγκρίνουμε την εγκυμοσύνη με μια πορεία μέσα από την έρημο, όπου στον ορίζοντα φαίνεται μια υπέροχη όαση. Στον δρόμο η επίτοκος πρέπει να υπερπηδήσει κομμάτια βράχων ή να βγάλει από το δρόμο της (για παράδειγμα με αναπνοή, κίνηση και χαλάρωση) πάντα με το βλέμμα στραμμένο στον ορίζοντα και την γνώση του τι πρόκειται να συμβεί. Είναι σημαντικό η επίτοκος να δείξει εμπιστοσύνη στο σώμα της, το οποίο πρέπει να κάνει αυτή τη δουλειά.

Όσο σημαντικό είναι για τη ζωή μιας γυναίκας η γέννηση του μωρού της, τόσο έντονο είναι το άγχος για το πώς αυτό θα συμβεί. Πολλές γυναίκες πιστεύουν ότι οτιδήποτε άλλο εκτός από τον φυσιολογικό τοκετό είναι αδιανόητο, ενώ άλλες, είτε είναι φοβισμένες μπροστά στο άγνωστο, είτε γιατί εξυπηρετεί τον σύγχρονο τρόπο ζωής, θα επιθυμούσαν μια καισαρική τομή.

Ο τοκετός απαιτεί σωματική προσπάθεια και συναισθηματική κούραση.

Κάθε μητέρα βιώνει τον τοκετό διαφορετικά, αλλά σε κάθε περίπτωση ο τοκετός είναι μια θαυμάσια διαδικασία και ανεπανάληπτη, η οποία έχει συγκεκριμένα στάδια. Δεν είναι σπάνιο ότι οι γονείς, όπου η σύζυγος αναγκάστηκε να γεννήσει με καισαρική τομή, να νοιώθουν απογοήτευση για αυτή την εμπειρία. Ωστόσο, αυτό που πραγματικά μετράει στο τέλος δεν είναι ο τρόπος με τον οποίο μια γυναίκα πρόκειται να γεννήσει, αλλά να φέρει στον κόσμο ένα υγιές παιδί και η μητέρα να είναι υγιής και η ίδια.

Είναι σημαντικό για την επίτοκο σε όλα τα στάδια του τοκετού, να έχει δίπλα της ανθρώπους που θα την κάνουν να νοιώθει ασφάλεια, στους οποίους θα μπορέσει να πει τους πόνους της, να λύσει κάποιες απορίες που μπορεί να έχει και με τις κατάλληλες επεμβάσεις να ανακουφίσουν τους πόνους της.



## ABSTRACT

We can compare the pregnancy as a way through the desert, where at the horizon a wonderful oasis is visible. In that way should overcome huge rocks or take them away from her road (for example with breathing, movement and relaxation) – always with her sight to the horizon and the knowledge of what is going to happen. It is important for the woman to show trust to her body, which has to do this work.

As important is the time of birth of her baby, so strong is the feeling of how this is unthinkable, while others, either they are frightened in front of the unknown, or because it helps the modern way of life, they would desire surgery cut.

The birth demands physical try and emotional tiredness. Every mother lives birth in her way, but in every case birth is a wonderful and unrepeatable procedure that has specific levels. It is not rare for parents, that the woman was imposed to give birth with a surgical procedure, to feel disappointment for that experience. However, what really matters in the end is not the way that a woman is going to give birth, but to bring a healthy child in the world and the mother to be healthy as well.

It is important for the woman to have nearby in all parts of the birth, people who will make her feel safety, to whom she can tell her fears, to solve some questions that she might have and with the suitable interference to alleviate her pain.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Ο λόγος για τον οποίο γίνεται η εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι η απόκτηση γνώσεων και εμπειριών που σίγουρα θα μου φανούν πολύ χρήσιμες τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο.

Δεν κρύβω ωστόσο τη φιλοδοξία μου να εργαστώ μελλοντικά σε κάποια μαιευτική κλινική, ήταν και είναι ένα όνειρο πολλών χρόνων. Ευελπιστώ λοιπόν η πτυχιακή αυτή εργασία να αποτελέσει μια καλή αρχή.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος, το δεύτερο κεφάλαιο αναλύετε για ολόκληρη την διαδικασία της εγκυμοσύνης, στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται τα όργανα που συμβάλουν στο έμβρυο, το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρετε στις εξειδικευμένες εξετάσεις για την υγεία του εμβρύου, στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται ολόκληρη η διαδικασία του τοκετού, το έκτο κεφάλαιο αναφέρετε στην νοσηλευτική παρέμβαση πριν και μετά τον τοκετό, στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται η επιλόχειος κατάθλιψη και τα συμπτώματα της και στο όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύεται ένα περιστατικό του φυσιολογικού τοκετού.

# Κεφάλαιο 1

# ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

## 1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το γεννητικό σύστημα μιας γυναίκας αποτελείται από τα εξωτερικά και εσωτερικά όργανα της γυναίκας. Όσο τα εξωτερικά όσο και τα εσωτερικά έχουν την δική τους λειτουργία και όλα μαζί βοηθούν στην αναπαραγωγή. Τα εξωτερικά όργανα εφάπτονται στο έξω στόμιο της εισόδου του κόλπου. Προστατεύουν τον κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του άνδρα <sup>1,2,3,4,5</sup>

### Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής έχει βασικές λειτουργίες

- Να παράγει ωθητικές ορμόνες οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής
- Να γίνει αναπαραγωγή του ωαρίου έτσι ώστε να επέλθει η σύλληψη και να γίνει η αναπαραγωγή του ωαρίου

Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο, γονιμοποιημένο ωάριο έως τον τοκετό και να εκπληρώσει την παράδοση του για την σύλληψη <sup>1,2,3,4,5</sup>

## ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

### 1.2. Τα εξωτερικά όργανα της γυναίκας είναι

- 1) Το εφηβαίο
- 2) Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου
- 3) Τα μικρά χείλη του αιδοίου
- 4) Η κλειτορίδα
- 5) Ο παρθενικός υμένας

**Το εφηβαίο** είναι ένα τρίγωνο, τριχωτό έπαρμα του δέρματος με βάση προς το υπογάστριο και κορυφή καταλήγουσα προς τα κάτω, 3 εκ. περίπου άνωθεν του πρωκτού. Η τρίχωση του, αρχίζει στην ήβη και μειώνεται στην κλιμακτήριο και στην εμμηνόπαυση, ενώ σε ένα μικρό ποσοστό των γυναικών επεκτείνεται στην λευκή γραμμή. <sup>5,6,7,8,9</sup>

Τα **μεγάλα χείλη** δημιουργούνται από δύο πτυχές του δέρματος μήκους 9 εκ. περίπου. Μεταξύ τους δημιουργείται η αιδοϊκή σχισμή. Σε κάθε μεγάλο χείλος διακρίνονται δύο επιφάνειες, η έσω και η έξω και δύο άκρα, το πρόσθιο και το οπίσθιο. Η έξω είναι τριχωτή και χωρίζεται από τα μικρά χείλη, με την αιδοιομητρική αύλακα, ενώ η έσω μοιάζει με βλεννογόνο. Τα πρόσθια άκρα μερικές φορές ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο, ενώ άλλοτε καταλήγουν απλώς στο εφήβαίο. Τα οπίσθια άκρα των μεγάλων χειλιών συνδέονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο των χειλιών, κάτω από τον οποίο αρχίζει η ραφή του περινέου. <sup>5,6,7,8,9</sup>

**Τα μικρά χείλη** βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη. Παριστούν επίσης πτυχές του δέρματος, με άφθονους σμηγματογόνους αδένες. Η έξω επιφάνεια τους χωρίζεται από την έσω με την μεσοχείλιο αύλακα, ενώ η έσω από τον πυθμένα του προδόμου. Το πρόσθιο άκρο περιβάλλει εκατέρωθεν την κλειτορίδα και σχηματίζει προς τα άνω την πόσθη και προς τα κάτω τον χαλινό της κλειτορίδας. Τα οπίσθια άκρα συνενώνονται και σχηματίζουν τον χαλινό των μικρών χειλιών και προς τα εμπρός του σχηματίζεται ο σκαφοειδής βόθρος.<sup>5,6,7,8,9</sup>

**Η κλειτορίδα** βρίσκεται μεταξύ των μεγάλων χειλιών. Έχει μήκος 2-6 εκ. Τα σκέλη της κλειτορίδας εκφύονται από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους και ενώνονται μεταξύ τους στο ύψος της ηβικής σύμφυσης. Στο άκρο του σώματος σχηματίζεται η βάλανος η οποία καλύπτεται από την πόσθη. Τα σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας περιβάλλονται από μία ινώδη μεμβράνη η οποία φέρεται προς τα πάνω και προσφύεται στην ηβική σύμφυση. Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας σχηματίζονται από τα δύο σκέλη στα οποία καταλήγουν προς τα πάνω τα μικρά χείλη του αιδοίου. Γύρω από την πόσθη υπάρχουν σμηγματογόνοι αδένες, που εκκρίνουν το σμήγμα της κλειτορίδας<sup>5,6,7,8,9</sup>

Ο **παρθενικός υμένας** εμφανίζει δύο επιφάνειες, την άνω ή κολπική και την κάτω ή αιδοϊκή η οποία και χωρίζεται από τα μικρά χείλη του αιδοίου. Το ελεύθερο χείλος του υμένα στην γυναίκα που δεν έχει σεξουαλικές επαφές εμφανίζει ομαλά όρια σε αντίθεση με την γυναίκα που έχει σχέσεις, στην οποία το χείλος εμφανίζεται κροσσωτό. Ανάλογα του σχήματος του ελεύθερου χείλους του υμένα χαρακτηρίζεται ως κροσσωτός, μηνοειδής, δίθυρος, πολύθυρος ή άτρητος. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση του παρθενικού υμένα μετά τον τοκετό και ιδιαίτερα μετά από επανειλημμένους τοκετούς, όπου το ελεύθερο χείλος εμφανίζεται πολλαπλώς ερρηγμένο με επάρματα και κοιλάνσεις, γνωστά ως μύρτα<sup>5,6,7,8,9</sup>

### 1.3. Τα εσωτερικά όργανα της γυναίκας είναι

- 1) Ο κόλπος
- 2) Η μήτρα
- 3) Οι σάλπιγγες
- 4) Οι ωοθήκες

Ο **κόλπος** είναι ένας ινομυώδης σωλήνας ο οποίος καλύπτεται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο, και συνδέει την μήτρα με το αιδοίο. Ο κόλπος εφυγραίνεται μέσω εκκρίσεων από τους αδένες της μήτρας και του τραχήλου, καθώς και μέσω διϊδρώσης από το στρώμα του

επιθηλίου. Δεν υπάρχει καθόλου αδένες. Παραταύτα, πριν την εφηβεία και μετά την εμμηνόπαυση, ο κόλπος στερεείται γλυκογόνου, εξαιτίας ανεπάρκειας οιστρογόνων.<sup>5,6,7,8,9</sup>

**Η μήτρα** έχει σχήμα ανεστραμμένου αχλαδιού που στενεύει όσο κατεβαίνει προς τον τράχηλο και την μη εγκυμονούσα γυναίκα, βρίσκεται εξ' ολοκλήρου μέσα στην πύελο. Είναι κοίλη κι έχει παχιά μυϊκά τοιχώματα. Η μήτρα μιας ενήλικου ζυγίζει περίπου 70 gr. Το ανώτερο τμήμα της μήτρας καλείται σώμα της μήτρας. Η μήτρα αποτελείται από τρεις στοιβάδες – την εξωτερική ορογόνο στοιβάδα, την μεσαία μυϊκή στοιβάδα και την εσωτερική βλεννογόνια στοιβάδα.<sup>5,6,7,8,9</sup>

**Οι σάλπιγγες** κάθε σάλπιγγα εκτείνεται προς τα έξω, αρχίζοντας από το μητρικό κέρασ και καταλήγοντας κοντά στην ωθήκη. Στον κοιλιακό της στόμιο, η σάλπιγγα ανοίγει προς την κοιλιακή κοιλότητα, εγκαθιστώντας έτσι, μια επικοινωνία με το εξωτερικό του σώματος, μέσω της μήτρας και του κόλπου. Οι σάλπιγγες μεταφέρουν το ωάριο από την ωθήκη προς την μήτρα, η οποία παρέχει οξυγόνο και θρεπτικά υλικά για το σπέρμα, το ωάριο και το ζυγώτο στην περίπτωση που συμβεί γονιμοποίηση.<sup>5,6,7,8,9</sup>

**Οι ωothήκες** το μέγεθος και η εμφάνιση των ωothικών εξαρτώνται τόσο από την ηλικία, όσο κι από το στάδιο του εμμηνορυσιακού κύκλου. Οι ωothήκες μεγεθύνονται, προσλαμβάνοντας τις ενήλικες διαστάσεις τους, τους μήνες που προηγούνται της έλευσης της εφηβείας. Μετά την εμμηνόπαυση δεν απομένει κανένα ενεργό ωothλάκιο και η ωothήκη καθίσταται μια μικρή και συρρικνωμένη δομή με ρυτιδωμένη επιφάνεια.<sup>5,6,7,8,9</sup>

## 1.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Κατά την εφηβεία, οι ωothήκες, υπό την επίδραση της παλμικής έκκρισης FSH και LH, αρχίζουν να εκκρίνουν οιστρογόνα. Ακολούθως, τα οιστρογόνα προάγουν την ανάπτυξη και εξέλιξη του γεννητικού συστήματος του θήλεος: της μήτρας, των ωαγωγών, του τραχήλου και του κόλπου. Η προγεστερόνη είναι επίσης δραστική στους ιστούς αυτούς και συνήθως αυξάνει την εκκριτική τους δραστηριότητα. Συνεπώς, στη μήτρα τα οιστρογόνα προκαλούν πολλαπλασιασμό των κυττάρων, αύξηση των κυττάρων και αύξηση της συστατικότητας. Η προγεστερόνη αυξάνει την εκκριτική δραστηριότητα και μειώνει τη συσπαστικότητα του κόλπου.<sup>10,11,12,13</sup>

## 1.5. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Αυτή είναι το αποτέλεσμα της συγχώνευσης του γεννητικού κυττάρου του άνδρα, που ονομάζεται σπερματοζωάριο, με το ωάριο της γυναίκας. Η γονιμοποίηση αυτή γίνεται φυσιολογικά μέσα στον ωαγωγό, έπειτα από τη συνουσία, κατά την οποία μέσα στον κόλπο αφήνεται μεγάλος αριθμός σπερματοζωαρίων. Τα σπερματοζωάρια αυτά περνούν τη μήτρα και φθάνουν μέσα στους ωαγωγούς. Εκεί συναντούν κάποια αντίσταση, επειδή το βλεφαριδωτό επιθήλιο των ωαγωγών κινείται από το εξωτερικό τους στόμιο προς τη μήτρα και προκειμένου να διευκολύνει την κίνηση του ωαρίου μέσα τους. Τα σπερματοζωάρια με την κίνηση της ουράς, μπορούν και κινούνται για να συναντήσουν το ωάριο. Από τα σπερματοζωάρια αυτά ένα θα ενωθεί με το ωάριο, αφού το διατρήσει και εισέλθει μέσα του. Το γονιμοποιημένο ωάριο συνεχίζει τη διαδρομή του στον ωαγωγό προς τη μήτρα και χρειάζεται για την διαδρομή του αυτή περίπου μια εβδομάδα. Η εμφύτευση αυτή φυσιολογικά γίνεται προς τα άνω τμήμα του σώματος της μήτρας κοντά στο μητρικό στόμιο του ωαγωγού. Το χόριο μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε μέρος του ενδομητρίου και, αν εμφυτευτεί κοντά στον τράχηλο της μήτρας, ο πλακούντας θα κείται εμπρός από το έμβρυο. Το γονιμοποιημένο ωάριο εισχωρεί, στη συνέχεια, μέσα στα τοιχώματα της μήτρας και αρχίζει να αναπτύσσεται. Αυτό θα δώσει γένεση στο σχηματισμό του ολόκληρου και τελειώς νέου ανθρώπινου οργανισμού. Τότε έχει αρχίσει πια η εγκυμοσύνη.<sup>14,15</sup>

## 1.6. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο ορισμός του φυσιολογικού τοκετού κατά τις μαιές είναι διαφορετικός από αυτόν που δίνουν οι μαιευτήρες. Σύμφωνα με τις μαιές φυσιολογικός θεωρείται ο τοκετός που άρχισε αυτόματα μετά την 37<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, εξελίσσεται με τις δυνάμεις της επιτόκου μέσα στα λογικά χρονικά όρια και η επίτοκος – λεχώνα με το έμβρυο δεν παρουσιάζουν καμία ανωμαλία. Η προβολή είναι κεφαλική. Σύμφωνα με τους μαιευτήρες, ο τοκετός θεωρείται ότι είναι φυσιολογικός, εάν μετά από αυτόματη έναρξη, μετά την 37<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης καταλήξει στη γέννηση ενός ζωντανού νεογνού. Η προβολή είναι κεφαλική και ο τοκετός συμπληρώνεται χωρίς ανωμαλία μέσα σε 24 ώρες. Η διαφορά μεταξύ των δύο ορισμών είναι ότι στον ιατρικό ορισμό ο χαρακτηρισμός φυσιολογικός μπορεί να δοθεί, αφού τελειώσει η διαδικασία του τοκετού, κατά την διάρκεια αυτού, δυνητικά είναι ανώμαλος, έτσι υπάρχει η δυνατότητα χρησιμοποίησης τεχνολογίας ή άλλων παρεμβάσεων, για να διευκολυνθεί η διεκπεραίωση του τοκετού. Η φυσιολογία της μετάβασης από την εγκυμοσύνη στη

μητρότητα προϋποθέτει μεγάλες αλλαγές βιολογικές και ψυχικές. Καθώς πλησιάζει ο τοκετός, οι συστολές της μήτρας, Braxton-Hicks, γίνονται αισθητές και σταδιακά παίρνουν τη μορφή συστολών του τοκετού. Ο τράχηλος αρχίζει να προετοιμάζεται και να διαστέλλεται και μια ζωφόρος δύναμη διαπερνά το σώμα της γυναίκας. Ολόκληρος ο οργανισμός, όλα τα συστήματα, επηρεάζονται και συμβάλλουν στον τοκετό. <sup>16,17,18</sup>



# Κεφάλαιο 2

# ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

## 2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας που αρχίζει με την γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κύηση ή κυοφορία εάν το ωάριο γονιμοποιηθεί, το κύτταρο που προκύπτει αρχίζει να διαιρείται εξελισσόμενο σε έμβρυο. Η περίοδος της ανάπτυξης του εμβρύου καλείται κύηση και στον άνθρωπο διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια της κύησης, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης αυξάνονται σταθερά. Οι δράσεις τους περιλαμβάνουν τη διατήρηση του ενδομητρίου την ανάπτυξη των μαστών για τη γαλουχία μετά τον τοκετό και την καταστολή της ωρίμανσης άλλων ωοθυλακίων κατά τη διάρκεια της κύησης. Κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, πηγή των στεροειδών ορμονών αποτελεί το ωχρό σωματίο, ενώ κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο πηγή των στεροειδών αποτελεί ο πλακούντας.<sup>19, 20, 21</sup>

## 2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική διάγνωση της εγκυμοσύνης μπορεί να γίνει με το ιστορικό, τα συμπτώματα, την επισκόπηση, την ψηλάφηση και την ακρόαση

**Ιστορικό** Συστηματική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, που ξεκινάει από την πρώτη ημέρα, επιβάλλεται γιατί με αυτή εξασφαλίζεται η ομαλή πορεία της, προλαμβάνονται επικίνδυνες για το κύημα ή την μητέρα επιπλοκές της και δημιουργούνται καλύτερες συνθήκες τοκετού.

Ύστερα από την συγκέντρωση στοιχείων ταυτότητας της εγκύου αναζητούμε τα παρακάτω στοιχεία.

Από το ατομικό ιστορικό της εγκύου μας ενδιαφέρουν παθήσεις του αναπνευστικού, του κυκλοφορικού και του ουροποιητικού συστήματος, ιογενείς λοιμώξεις, διαβήτη, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, ιδιαίτερα στην περιοχή της κοιλίας και του γεννητικού συστήματος, προηγηθείς μεταγγίσεις αίματος κ.τ.λ

Η διαβίωση επίσης της εγκύου, η διατροφή και οι συνθήκες εργασίας της.

Από το οικογενειακό της ιστορικό, η γέννηση παιδιών με διαπλαστικές ανωμαλίες, η γέννηση διδύμων, η ύπαρξη διαβήτη στους γονείς.

Φάρμακα που πιθανά πήρε ως την επίσκεψη της για να εκτιμηθούν πιθανές βλαπτικές επιδράσεις τους στο έμβρυο, αν καπνίζει και πόσο, αν καταναλώνει οινόπνευμα και πόσο.<sup>58</sup>

**Συμπτώματα** Έχουμε δευτεροπαθή αμηνόρροια. Ναυτία, εμέτους, ιδίως τις πρωινές ώρες, διαστροφή της όρεξης, δηλαδή αποστροφή της εγκύου προς ορισμένα φαγητά ή αντίθετα υπέρμετρη επιθυμία της για άλλα και συνήθως εξαφανίζονται τα συμπτώματα αυτά μετά από 6-12 εβδομάδες. Επίσης σιαλόρροια, συχνουρία, διόγκωση των μαστών, μαστική

έκκριση από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα, αίσθημα τάσης στο υπογάστριο και σκιρτήματα που αναφέρονται μετά την 16<sup>η</sup> – 18<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης.<sup>29</sup>

**Επισκόπηση** Επισκοπώντας την έγκυο θα παρατηρήσουμε μελάχρωση. Οι θηλές των μαστών γίνονται περισσότερο μελαχρινές την 8<sup>η</sup> εβδομάδα. Επίσης έχουμε μελάχρωση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται πολλές φορές το μητρικό χλόασμα στο πρόσωπο. Ο ομφαλός στην αρχή είναι κοίλος, ύστερα γίνεται επίπεδος και αργότερα προβάλλει προς τα έξω. Σε πολλές έγκυες δημιουργούνται ραβδώσεις στην περιοχή της κοιλίας των μηρών και των μαστών.<sup>29</sup>

**Ψηλάφηση** Με γυναικολογική εξέταση ψηλαφάτε κατά τους πρώτους μήνες η μήτρα και διαπιστώνεται το μέγεθος της. Κατά την 7<sup>η</sup> εβδομάδα το μέγεθος της μήτρας είναι ίσο με αυγό, την 10<sup>η</sup> με πορτοκάλι, την 12<sup>η</sup> με μεγάλο πορτοκάλι και μετά την 12<sup>η</sup> η μήτρα ψηλαφάτε από την κοιλία. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, μετά τον 8<sup>ο</sup> μήνα, οι χειρισμοί του Leopold μας βοηθούν να προσδιορίσουμε το σχήμα, την προβολή, τη θέση του εμβρύου.<sup>58</sup>

**Ακρόαση** Με την συσκευή των υπερήχων διαπιστώνουμε την ύπαρξη εμβρυικών παλμών από την 7<sup>η</sup> – 8<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Με το κοιλιοσκόπιο ή το στηθοσκόπιο ακούγονται οι καρδιακοί παλμοί μετά τον πέμπτο μήνα της εγκυμοσύνης.<sup>29</sup>

**Εργαστηριακά** Με εργαστηριακές μεθόδους (ανοσοδοκιμασίες, ραδιοανοσοδοκιμασίες ) μπορούμε να διαγνώσουμε την κύηση από την αρχή τις πρώτες ημέρες της εγκυμοσύνης. Με υπερηχογράφημα ανιχνεύεται ο αμνιακός σάκος από την 6<sup>η</sup> εβδομάδα και το έμβρυο με καρδιακή λειτουργία από την 7<sup>η</sup> -8<sup>η</sup> εβδομάδα.<sup>29</sup>

### 2.3. Αβέβαια ή πιθανά σημεία κύησης

- Αμηνόρροια μπορεί να οφείλεται και σε άλλες διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου
- Μεταβολή στο σχήμα και στο μέγεθος της μήτρας μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων
- Ναυτία και έμετος μπορεί να οφείλονται σε ψυχογενή ή άλλα αίτια
- Το μητρικό χλόασμα μπορεί να οφείλεται σε διαταραχές των επινεφριδίων και του συκωτιού
- Η διόγκωση των μαστών μπορεί να οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές
- Η διόγκωση του υπογαστρού μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων<sup>58</sup>

### 2.3. Βέβαια διαγνωστικά σημεία κύησης

- Τα σκιρτήματα του εμβρύου
- Οι καρδιακοί παλμοί
- Η υπερηχογραφική απεικόνιση του

- Η ψηλάφηση των μελών του
- Η ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου
- Το μητρικό φύσημα και το φύσημα της ομφαλίδας
- Η εσωτερική και εξωτερική αντιτυπία <sup>58</sup>

## 2.4. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η προγεννητική φροντίδα είναι στην ιδανική μορφή της μια πολύ επιστημονική δραστηριότητα κατά την οποία οι μαιές συνεργάζονται με τους ιατρούς, τους διαιτολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Η συνεργασία μεταξύ των ατόμων αυτών είναι απαραίτητη για την παροχή ολιστικής φροντίδας. Το πρότυπο διαχείρισης περιπτώσεων, που βασίζεται σε σχέδια φροντίδας, είναι ένα σύστημα που προάγει την ολοκληρωμένη φροντίδα με περιορισμένη αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών. Αμέσως μετά την επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης και τη διαβεβαίωση ότι η γυναίκα επιθυμεί να συνεχίσει την εγκυμοσύνη της αρχίζει η προγεννητική φροντίδα. Η διαδικασία εκτίμησης αρχίζει από την αρχική προγεννητική επίσκεψη και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι τεχνικές εκτίμησης περιλαμβάνουν τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις <sup>29</sup>

## 2.5. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Στην διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει μεγάλη σημασία να φροντίζετε την υγεία και την ψυχική σας διάθεση. Η εγκυμοσύνη δεν είναι αρρώστια. Οι φροντίδες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάγονται στην προληπτική ιατρική και βοηθούν στο να έχετε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, ένα φυσιολογικό τοκετό και λοχεία χωρίς προβλήματα.

Φροντίστε και εφαρμόστε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ό,τι σας ωφελεί και αποφύγετε ό,τι σας βλάπτει, για να έχετε μια εγκυμοσύνη χωρίς προβλήματα.

Η μαιευτική παρακολούθηση σας διαφωτίζει, σας επιμορφώνει και σας συμβουλεύει πώς να αποφύγετε επιπλοκές και παθολογικές καταστάσεις που δημιουργούν προβλήματα και ταλαιπωρίες. <sup>51,54</sup>

**Άφθονος ύπνος και ξεκούραση** Από πειράματα που έχουν γίνει σε έγκυες γυναίκες σχετικά με τη διάρκεια και το είδος του ύπνου, αποδεικνύεται ότι οι έγκυες γυναίκες παρουσιάζουν μείωση της φάσης REM

Η διαταραχή αυτή οφείλεται τις πιο πολλές φορές σε ψυχολογικά και λειτουργικά προβλήματα που δημιουργεί η εγκυμοσύνη, σε δυσπεψία, δύσπνοια, κόπωση, υπερένταση και άλλοτε εφιάλτες που συνοδεύουν τα όνειρα και ταράσσουν τον ύπνο. Αν ο εφιαλτικός και διακεκομμένος ύπνος συνεχιστεί και μετά την γέννα μπορεί να έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική ισορροπία.

Η κάθε έγκυος γυναίκα αντιδρά διαφορετικά στο θέμα ύπνου.

Αν έχετε προβλήματα στην αναπνοή και δε σας αφήνει να κοιμηθείτε ήρεμα βάλτε δύο –τρία μαξιλάρια και σηκώστε το θώρακα ψηλά

Αν έχετε δυσπεψία, κόψτε το βραδινό φαγητό και φάτε δυο τρεις ώρες πριν πάτε για ύπνο κάτι ελαφρύ.

Ο ήρεμος, άνετος και ευτυχισμένος ύπνος είναι απαραίτητος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Τουλάχιστον πρέπει να κοιμάστε 8-10 ώρες την ημέρα.

Μετά το μεσημεριανό φαγητό, αν δεν εργάζεστε, φροντίστε να ξαπλώσετε για λίγη ώρα. Αν εργάζεστε, βρείτε λίγη ώρα να ξεκουραστείτε.

Μπορείτε να κοιμηθείτε σε οποιαδήποτε θέση και στάση, μη φοβάστε ότι θα πιέσετε ή θα βλάψετε το μωρό.<sup>51, 54</sup>

**Επιδερμίδα** στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως είπαμε η ορμονική ισορροπία διαφοροποιείται, με αποτέλεσμα αισθητά πολλές φορές. Σε μερικές γυναίκες αν η επιδερμίδα είναι λιπαρή γίνεται κατακόκκινη.

Σε μερικές γυναίκες το πρόσωπο τους καθαρίζει εντελώς από σπυράκια ή εξανθήματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε άλλες πάλι συμβαίνει το αντίθετο .

Άλλοτε πάλι μετά τον έκτο μήνα εμφανίζονται μικρές καστανόχρωμες κηλίδες, μερικές φορές είναι τόσο πολλές, ώστε σχηματίζουν χλόασμα ή προσωπείο της εγκυμοσύνης. Μερικά μασάζ θα δώσουν στην επιδερμίδα σας μεγαλύτερη ελαστικότητα και θα τονώσουν την κυκλοφορία. Καθημερινά βάζετε λίγη θρεπτική κρέμα καλής ποιότητας γύρω στα μάτια ξεκινώντας από της μύτης σας προς τους κροτάφους.

Επαλείψετε την κρέμα διαγράφοντας κύκλους στα μάγουλα, το πρόσωπο, το λαιμό.<sup>51, 54</sup>

**Μακιγιάζ** Στην διάρκεια της εγκυμοσύνης η περιποίηση της επιδερμίδας του προσώπου είναι πραγματικά απαραίτητη και επιτακτική, γιατί γίνεται ευαίσθητη και αφυδατώνεται περισσότερο. Καθαρίζετε την επιδερμίδα σας πρωί και βράδυ με προϊόντα καλής ποιότητας. Χρησιμοποιείστε για όλη την ημέρα μια κρέμα. Ενυδατώνει, μαλακώνει και γλυκαίνει το πρόσωπο. Αν κοκκινίζει το πρόσωπο σας χρησιμοποιείστε μια ειδική βάση μακιγιάζ που βοηθάει στο να ρυθμιστεί η κυκλοφορία. Μη χρησιμοποιείτε πολύ ζωντανά χρώματα και μαϊγκ - απ αν το πρόσωπο σας είναι κουρασμένο, γιατί τονίζουν τις γραμμές του προσώπου και δεν κρατάνε. Προτιμάτε τους τόνους του παστέλ. Μη χρησιμοποιείτε σκιές σε έντονα

χρώματα για τα βλέφαρα. Προτιμείστε τη μάσκα που θα τονίσει τα μάτια σας, διατηρώντας τη φυσικότητά τους. Μη χρησιμοποιείτε κραγιόν που γυαλίζει πολύ ένα διακριτικό χρώμα στα χείλη είναι ότι πρέπει για τα χείλη σας <sup>51,54</sup>

**Μαλλιά** Η ορμονική λειτουργική αναστάτωση έχει σα συνέπεια τη διαφοροποίηση των λιπαρών αδένων στο δέρμα του κεφαλιού. Όσες έχουν πολύ λιπαρά μαλλιά στην περίοδο της εγκυμοσύνης ησυχάζουν κάπως από την ιδιαίτερη φροντίδα. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα μαλλιά γίνονται συνήθως εύθραυστα, ξένα και σπάνε. Γι' αυτό τα δύσκολα και πολύπλοκα χτενίσματα δεν κρατάνε.

Για να τα διατηρήσετε μαλακά και γυαλιστερά, λούζετε με ένα πολύ καλό σαμπουάν που έχει σαν βάση αυγό και το λάδι. Βουρτσίζετε τα μαλλιά σας με μια καλή βούρτσα πρῶτῃ και βράδῃ. Πολύ καλό κάνουν τα μασάζ, γιατί τονώνουν την κυκλοφορία του αίματος στο τριχωτό της κεφαλής. <sup>12,16</sup>

**Βαφή** προτιμείστε τα χρωμοσαμπουάν αντί για την βαφή. Η βαφή με χρωμοσαμπουάν διαρκεί και έχει εξ ίσου όμορφα αποτελέσματα με τη βαφή. Αποφύγετε το ξέβαμμα των μαλλιών την περίοδο αυτή, γιατί μπορεί να επιδεινώσετε περισσότερο την ευαισθησία των μαλλιών σας. Μερικές φορές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα μαλλιά πέφτουν μετά τον τοκετό. Ύστερα από λίγο καιρό ξαναβγαίνουν, μην ανησυχείτε. Μασάζ με φυτικά εκχυλίσματα καθώς και επάλειψη του τριχωτού της κεφαλής, μπορούν να βοηθήσουν την κατάσταση. Επίσης έχει διαπιστωθεί πως η θεραπεία με βιταμίνη Β δίνει θαυμάσια αποτελέσματα. <sup>51,54</sup>

**Εγκυμοσύνη και δόντια** Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης το έμβρυο παίρνει από τον οργανισμό της μητέρας όσο ασβέστιο του χρειάζεται. Όταν η έγκυος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης διατρέφεται σωστά, εξασφαλίζει την απαραίτητη ποσότητα ασβεστίου που χρειάζεται για τον εαυτό της και το έμβρυο. Απαραίτητη προϋπόθεση για γέρα δόντια είναι η σωστή διατροφή. Στην κατάσταση αυτή οπωσδήποτε συμβάλλει και η αλλαγή της σύνθεσης του σάλιου, που στη διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνεται πιο πλούσιο σε οξέα και προσβάλλει πιο εύκολα την αδαμαντίνη των δοντιών με αποτέλεσμα να καταστρέφονται τα δόντια από την τερηδόνα. Πρήξιμο των ούλων, συμφόρηση και μάλωμα των ούλων. Όλες αυτές οι καταστάσεις προϋπάρχουν συνήθως και επιδεινώνονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μην παραλείψετε τον οδοντογιάτρο σας, έστω και αν δεν έχετε πρόβλημα. Θα πρέπει επίσης να λάβετε υπ' όψιν σας ένα χαλασμένο δόντι εμποδίζει, προβληματίζει και ταλαιπωρεί όχι μόνο τη μύσηση αλλά και την πέψη με όλα τα δυσάρεστα επακόλουθα <sup>51,54</sup>

**Νύχια** Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης πολλές φορές τα νύχια ξεραίνονται ή σπάνε πολύ πιο εύκολα. Συνήθως η κατάσταση αυτή οφείλεται σε έλλειψη ασβεστίου από τον οργανισμό. Για

να διατηρήσετε την ελαστικότητα τους τα βουτάτε κάθε βράδυ για λίγα λεπτά σε χλιαρό ελαιόλαδο. Ακόμη ένα μασάζ στη βάση τους με λιπαρή κρέμα ή βιταμινούχο λάδι τα ωφελεί. Προτιμείστε να τα κόβετε κοντά και τετράγωνα παρά μυτερά. Μη χρησιμοποιείτε μεταλλική λίμα για να τα λιμάρετε, γιατί τα ταλαιπωρείτε κουνώντας πολλές φορές από τη ρίζα. Προτιμάτε τη χάρτινη λίμα. Συνηθίστε ακόμη να χρησιμοποιείτε για βάση πριν τα βάψετε ένα ειδικό προϊόν που τα σκληραίνει, τα δυναμώνει, τα προστατεύει. Τέλος επαλείψτε τα χέρια σας με λοσιόν που να έχει βάση το λεμόνι και τη γλυκερίνη. Τα χέρια σας θα γίνουν μαλακά, απαλά και θα έχουν ένα καθαρό χρώμα.<sup>51,54</sup>

### **Ναυτία Πώς θα την αποφύγετε?**

Η ναυτία οφείλεται σε διαταραχή του συστήματος ισορροπίας που βρίσκεται μέσα στ' αυτά. Στην ιατρική λένε «είναι μια ανωμαλία που παρουσιάζεται κατά τον ερεθισμό των ευθυγραμμών επιταχύνσεων το ωτολιθικού συστήματος». Οπωσδήποτε είναι μια ενοχλητική νοσηρή κατάσταση που παρουσιάζεται σε ορισμένα άτομα, όταν ταξιδεύουν με αυτοκίνητο, πλοίο ή αεροπλάνο. Τα συμπτώματα της ναυτίας είναι: ωχρότητα του πρόσωπο, αλλαγή στο ρυθμό της αναπνοής και του σφυγμού, κακοδιαθεσία, ιδρώτας, τάση για εμετό. Τα συμπτώματα της ναυτίας προέρχονται μόλις το αίτιο που το έχει προκαλεί σταματήσει. Αν έχετε ευαισθησία στη ναυτία αποφύγετε να κάθεστε σε περιοχή που δεν αερίζεται καλά, γιατί η ναυτία επιδεινώνεται από τις διάφορες μυρωδιές και τη βαριά ατμόσφαιρα. Αποφύγετε τη συντροφιά ατόμων που και αυτοί υποφέρουν από ναυτία κατά κάποιον τρόπο είναι μεταδοτική. Αποφύγετε τα πολλά υγρά και περισσότερο τα οινοπνευματώδη. Μισή ώρα πριν ξεκινήσετε για ταξίδι, αν έχετε ευαισθησία, μπορείτε ακόμη να μειώσετε τις πιθανότητες της ναυτίας, αν πάρετε ένα ειδικό φάρμακο για τη ναυτία (τύπου δραμαμίνης). Έχετε όμως υπ' όψιν σας ότι τα φάρμακα αυτά φέρνουν υπνηλία.<sup>51,54</sup>

**Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη** Αναφέρεται ότι και πριν ακόμη οι καπνίστριες μείνουν έγκυες έχουν τις προϋποθέσεις μιας εγκυμοσύνης με προβλήματα. Είναι επίσης γνωστό, ότι μπορεί ακόμη και η σύλληψη να δυσκολευτεί ή και να εμποδιστεί. Στατιστικές έρευνες απέδειξαν ότι οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν πολύ, γενούν μωρά με μικρότερο βάρος από αυτές που δεν καπνίζουν. Επίσης η νικοτίνη προκαλεί ανορεξία με συνέπεια την όχι σωστή διατροφή της εγκύου. Τελευταίες μελέτες αναφέρουν ότι η νικοτίνη μπορεί να ευθύνεται για μελλοντικά προβλήματα που θα εμφανισθούν στο παιδί. Αν έχετε την συνήθεια να καπνίζετε, καλό θα είναι για την προσωπική σας υγεία και ακόμη για την υγεία του μωρού σας να προσπαθήσετε να ελαττώσετε τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζετε στο ελάχιστο και βαθμιαία να σταματήσετε το κάπνισμα. Πρόσφατη έρευνα που έγινε στη Γαλλία έδειξε ότι τα παιδιά των καπνιστών υποφέρουν συχνότερα από κωλικούς, αναπνευστικές παθήσεις και βρογχίτιδα. Ακόμη και το παθητικό κάπνισμα μπορεί να βλάψει την έγκυο και το έμβρυο.<sup>51,54</sup>

**Καφές και εγκυμοσύνη** Το καφεδάκι βλάπτει στην εγκυμοσύνη? Είναι μια ερώτηση του πολύ συχνά την ακούμε. Στην Αμερική, στο πανεπιστήμιο της πολιτείας Νιου Ήνγκλαντ, έγινε μια σχετική έρευνα. Εξετάστηκαν 12.000 γυναίκες μαζί με τα μωρά τους. Οι γυναίκες αυτές έπιναν τέσσερα ή και περισσότερα φλιτζάνια καφέ την ημέρα. Στην έρευνα διαπίστωσαν πως η μεγάλη κατανάλωση καφέ δεν έχει καμία σχέση με την εγκυμοσύνη, το βάρος του νεογνού και τον τοκετό. Επίσης στην έρευνα αυτή διαπιστώνει πως οι γυναίκες που πίνουν πολλούς καφέδες συχνά έχουν προώρους τοκετούς και γεννούν πρόωρα νεογνά. Όμως αυτό δεν οφείλεται στο ότι οι γυναίκες πίνουν πολλούς καφέδες, αλλά στο ότι είναι σχεδόν πάντα φανατικές καπνίστριες.<sup>51,54</sup>

**Ρουχισμός και υπόδηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης** Θα σας συνιστούσα πριν επιχειρήσετε να αλλάξετε γραμμή στο ντύσιμο σας να επισκεφτείτε να δείτε και να προβάρετε ντύσιμο που να σας ταιριάζει και να σας κολακεύει. Θα βρείτε μεγάλη ποικιλία σε ποιότητα, χρώματα, γραμμή και τιμή. Μη διστάσετε να ξοδέψετε περισσότερα χρήματα για την γκαρνταρόμπα σας την περίοδο αυτή. Θα σας συστήναμε τα εξής το ύφασμα να είναι καλής ποιότητας και να μην τσαλακώνει. Τα μέτρια υφάσματα χάνουν γρήγορα την φόρμα τους και δεν πέφτουν όμορφα. Το φόρεμα να φοριέται άνετα και χωρίς κόπο. Το μεγάλο φερμουάρ διευκολύνει τη χρήση. Τα πλισσαριστά φορέματα και προβληματίζουν την άνετη χρήση και κουράζουν. Οι φούστες που διπλώνουν σε στυλ φάκελο, πάντα προβληματίζουν γιατί δεν στρώνουν σωστά στον όγκο της κοιλίας που κάθε μέρα και μεγαλώνει. Αποφύγετε τα δίχρωμα ντε – πιες γιατί σας κόβουν ύψος και μεγαλώνουν τον όγκο. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο όγκος και το βάρος του σώματος αυξάνονται προοδευτικά. Πολλές έγκυες γυναίκες την περίοδο αυτή χάνουν την ισορροπία τους όταν στέκονται. Αν προσέξετε θα δείτε ότι δεν στέκονται σταθερά, όταν η απόσταση των ποδιών είναι μικρή. Για να έχετε σταθερό μπάλανς φέρτε τα πόδια σας ελαφρά σε διάσταση όταν στέκεστε όρθια. Φοράτε παπούτσια με σταθερή βάση αν προβληματίζεστε. Αν όχι μπορείτε να φορέσετε τακούνι, όχι όμως πολύ ψηλό. Αποφύγετε τις μπότες και τα μποτίνια δυσκολεύουν την κυκλοφορία του αίματος στα πόδια σας και βαρύνουν τις κινήσεις και τη σιλουέτα. Καλό θα είναι τα παπούτσια να είναι αρκετά φαρδιά, γιατί τα πόδια προς το τέλος της εγκυμοσύνης πρήζονται.<sup>51,54</sup>

**Ταξίδι και εγκυμοσύνη** σχετικά με τα ταξίδια, τα σπορ, τη γυμναστική, την κοινωνική δραστηριότητα στην περίοδο την εγκυμοσύνης οι γνώμες των ειδικών είναι διχασμένες. Ένας θα σας επιτρέψει να ταξιδέψετε με αεροπλάνο, ενώ ένας άλλος δεν θα σας το επιτρέψει, και μάλιστα θα σας αναπτύξει θεωρίες που ούτε θα μπορούσατε να τις φανταστείτε. Το ερώτημα σας θα είναι τα ταξίδια μπορούν να βλάψουν την εγκυμοσύνη ?



οπωσδήποτε οι δονήσεις και τα κουνήματα του αυτοκίνητου ή του τραίνου με το συντονισμό που δημιουργούν, είναι δυνατόν να αισθητοποιήσουν την ερεθιστικότητα της μήτρας να προκαλέσουν την έναρξη συστολών ή ρήξη του θυλακίου, με αποτέλεσμα πρόωρο τοκετό και διακοπή της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση που έχουν προηγηθεί της εγκυμοσύνης, στείρωση, αποβολές πρόωρος τοκετός, πρόωρη ρήξη θυλακίου ή ορμονικά προβλήματα, καλά θα κάνετε να είστε προσεκτικές και επιφυλακτικές για κάθε ενδεχόμενο. Αν πρέπει οπωσδήποτε να ταξιδέψετε, ζητήστε από το γιατρό να σας δώσει συνταγή με τα απαραίτητα φάρμακα για τις πρώτες μέρες σε περίπτωση που θα σας παρουσιαστεί πρόβλημα. Αν επίσης βρίσκετε σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, πριν ταξιδέψετε, βεβαιωθείτε για μια φορά ακόμη ότι η εγκυμοσύνη σας είναι φυσιολογική, χωρίς κανένα παθολογικό πρόβλημα. Όταν ταξιδεύετε, τι είναι προτιμότερο, να είστε ξαπλωμένη ή να κάθεστε?

Ο καθηγητής VIGNES λέει: δεν είμαι πεπεισμένος, ότι είναι προτιμότερη η ύπτια θέση. Η ξαπλωμένη γυναίκα είναι εντελώς χαλαρωμένη και πιο εκτεθειμένη στον αντίκτυπο των δονήσεων. Αντίθετα, η όρθια γυναίκα είναι σε κάποια κατάσταση του μυϊκού τόνου, που επιτρέπει καλύτερη άμυνα.<sup>51, 54</sup>

Διάρκεια της εγκυμοσύνης: Η μέση διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 266 ημέρες με ανώτατο όριο 293 και κατώτατο 230. Αν γεννηθεί το έμβρυο ανάμεσα στην 38<sup>η</sup> και 42<sup>η</sup> εβδομάδα, δηλαδή στις 259-293 ημέρες, λέγεται ώριμο ή τελειωμένο. Αν γεννηθεί από την 28<sup>η</sup> ως την 37<sup>η</sup> εβδομάδα λέγεται πρόωρο. Την προωρότητα του εμβρύου χαρακτηρίζει και το βάρος του. Αν το έμβρυο γεννηθεί από την 28<sup>η</sup> εβδομάδα είναι ανώριμο.<sup>51</sup>

## 2.6. Στάδια της εγκυμοσύνης

- 1) Στάδιο του μοριδίου (1<sup>η</sup> -4<sup>η</sup> εβδομάδα)
- 2) Στάδιο της οργανογένεσης (5<sup>η</sup> -12<sup>η</sup> εβδομάδα )
- 3) Στάδιο της ανάπτυξης (13<sup>η</sup> -38<sup>η</sup> )<sup>51</sup>

**2.7. Σεξ και εγκυμοσύνη** οι περισσότερες γυναίκες με τις οποίες έχουν συζήτηση για το σεξ και την εγκυμοσύνη είχαν την άποψη ότι δεν είχαν νιώσει ωραιότερα. Εξαιτίας της αυξημένης έκκρισης των ορμονών, η γυναίκα ερεθίζεται ευκολότερα και φτάνει στο ύψιστο σημείο της σεξουαλικής διέγερσης γρηγορότερα απ' όσο έφτανε αν δεν ήταν έγκυος. Πολλά σημεία του σώματος του σώματος της όπως τα στήθη, οι θηλές και η περιοχή των γεννητικών οργάνων, είναι περισσότερο ευαίσθητα, γιατί όλα τα σεξουαλικά όργανα είναι υπερανεπτυγμένα και πολύ ικανότερα να διεγερθούν απ' όσο ήταν προς της εγκυμοσύνης. Επίσης, θετικό ρόλο παίζει και το γεγονός ότι η γυναίκα δεν είναι υποχρεωμένη να ακολουθεί κάποια απ τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Το σεξ συνιστάται για όλη την διάρκεια

της εγκυμοσύνης εκτός αν ο γιατρός σας έχει διαφορετική γνώμη ή το απαγορεύουν άλλοι παράγοντες της κατάστασης σας.<sup>35</sup>

**Το σεξ και έμβρυο?** Δεν υπάρχει κανένα δεδομένο που να υποστηρίζει ότι το σεξ κάνει κακό στο έμβρυο. Το σεξ δεν μπορεί να δημιουργήσει μόλυνση γιατί το έμβρυο είναι ασφαλές μέσα σ' ένα θυλάκιο υγρών που το περιβάλλει από παντού. Ο αμνιακός σάκος απορροφά αποτελεσματικά τους κραδασμούς.<sup>35</sup>

### **Πότε να μην κάνετε έρωτα**

- Αν δείτε αίμα, συμβουλευτείτε αμέσως το γιατρό σας και μη συνεχίσετε να κάνετε έρωτα, ίσως να μην πρόκειται για κάτι σοβαρό αλλά πρέπει ο γιατρός να αποκλείσει, προηγουμένως το ενδεχόμενο πρόδρομου πλακούντα ή αποβολής.
- Αν κάποτε είχατε αποβολή, συμβουλευτείτε το γιατρό σας . Μπορεί να σας συστήσει αποχή κατά τους πρώτους μήνες , οπότε εδραιώνεται η εγκυμοσύνη.
- Αν υπάρχει ένδειξη για σπάσιμο των νερών ή όντως σπάσουν τα νερά τότε υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. <sup>35</sup>

# κεφάλαιο 3

---

# Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΓΜΥΜΟΣΥΝΗΣ

## 3.1. Πλακούντας

Ο πλακούντας είναι το βασικό όργανο διατροφής του εμβρύου, του οποίου η ζωή εξαρτάται από την ακεραιότητα και την επάρκεια του πλακούντα. Προέρχεται από την τροφοβλάστη του γονιμοποιημένου ωαρίου, συνδέεται στενά με την κυκλοφορία της μητέρας και διεκπεραιώνει λειτουργίες ζωτικής σημασίας για την ζωή του εμβρύου.<sup>13,63</sup>

Είναι μια στρογγυλή επίπεδη μάζα διαμέτρου περίπου 20 εκατοστών και πάχους 2,5 εκατοστών. Ζυγίζει περίπου το 1/6 του βάρους του νεογνού στο τέλος της εγκυμοσύνης.<sup>13,63</sup>

Η μητρική επιφάνεια έχει χρώμα σκούρο κόκκινο και χωρίζεται σε 20 περίπου κοτυληδόνες, που χωρίζονται μεταξύ τους με αύλακες. Κάθε κοτυληδόνα έχει μια λάχνη και τους κλάδους της. Το άμνιο καλύπτει την εμβρυϊκή επιφάνεια και της δίνει μια υπόλευκη λεία όψη. Είναι ορατοί οι κλάδοι των ομφαλικών αγγείων, που αρχίζουν από τον ομφάλιο λώρο, συνήθως στο κέντρο του πλακούντα και καταλήγουν στην περιφέρεια. Εάν το άμνιο αφαιρεθεί, μένει το χόριο, από το οποίο αναπτύχθηκε ο πλακούντας.<sup>13,63</sup>

Αρχικά το γονιμοποιημένο ωάριο καλύπτεται από λεπτές προεκβολές που προέρχονται από την τροφοβλάστη. Τρεις βδομάδες μετά την γονιμοποίηση, οι προεκβολές που βρίσκονται στην περιφέρεια ατροφούν, ενώ αυτές που έχουν διεισδύσει στο φθαρτό αναπτύσσονται, ονομάζονται λάχνες.<sup>13,63</sup>

Οι πρωτογενείς αυτές λάχνες διαβρώνουν με κυτταρολυτικά ένζυμα τα κύτταρα του φθαρτού και τα τοιχώματα των αγγείων και κολυμπούν στο μητρικό αίμα μέσα στους πρωτογενείς μεσολάχνιους χώρους. Μετά την 6<sup>η</sup> εβδομάδα η διείσδυση των λαχνών είναι μεγαλύτερη, ονομάζονται τροφοφόρες λάχνες και οι μεσολάχνιοι χώροι δευτερογενείς. Μερικές λάχνες χρησιμεύουν για την στήριξη του πλακούντα στον φθαρτό και ονομάζονται στηρικτικές.<sup>13,63</sup>

Το άθροισμα των λαχνών αποτελεί τον πλακούντα. Ο πλακούντας είναι τελείως σχηματισμένος στο τέλος της 10<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης. Μεταξύ της 12<sup>ης</sup> και 20<sup>ης</sup> εβδομάδας ο πλακούντας ζυγίζει περισσότερο από το έμβρυο, διότι τα όργανα του εμβρύου δεν έχουν σχηματιστεί και έχει αποκλειστικά αναλάβει το μεταβολισμό και τη διατροφή του εμβρύου.<sup>13,63</sup>

Το εμβρυϊκό αίμα ωθείται από την εμβρυϊκή καρδιά στον πλακούντα μέσω των ομφαλικών αρτηριών και μεταφέρεται με τα τριχοειδή στις λάχνες. Από εκεί αφού πάρει οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά, επιστρέφει στο έμβρυο με την ομφαλική φλέβα.<sup>13,63</sup>

## 3.2. Ο Αμνιακός Σάκος

Ο αμνιακός σάκος αποτελείται από δύο μεμβράνες. Η εξωτερική μεμβράνη είναι το χόριο, η οποία είναι μια αδιαφανής μεμβράνη, πιο παχύτερη από το άμνιο, εύθραυστη, που δημιουργήθηκε από την τροφοβλάστη.

Η εσωτερική μεμβράνη είναι το άμνιο, μια διαφανής, λεία μεμβράνη. Πιστεύεται ότι συμβάλλει στην παραγωγή του αμνιακού υγρού.<sup>13, 63</sup>

### 3.3. Αμνιακό Υγρό

Το αμνιακό υγρό κρατά τεντωμένο τον αμνιακό σάκο και έτσι επιτρέπει την αύξηση και την ελεύθερη κίνηση του εμβρύου.<sup>13, 63</sup>

Εξουδετερώνει τις πιέσεις και προστατεύει το έμβρυο από τραυματισμούς. Κρατά σταθερή την θερμοκρασία και εξασφαλίζει στο έμβρυο μερικά θρεπτικά συστατικά. Στον τοκετό και εφόσον το θυλάκιο παραμείνει άρρηκτο, το αμνιακό υγρό προστατεύει τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα από την πίεση των συστολών της μήτρας.<sup>13,63</sup>

Επίσης βοηθά στην εξάλειψη του τραχήλου και στην διαστολή του τραχηλικού στομίου.<sup>13,63</sup>

Το ποσό του αμνιακού υγρού αυξάνεται μέχρι την 38<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης και φτάνει το ένα λίτρο. Μετά την 38<sup>η</sup> εβδομάδα μειώνεται σταδιακά και φτάνει τα 800 γραμμάρια στο τέλος της εγκυμοσύνης. Εάν το ποσό είναι περισσότερο από 1500 ml – 2000 ml,<sup>4</sup> χαρακτηρίζεται ως υδράμνιο ή πολυάμνιο, ενώ αν το ποσό του αμνιακού υγρού είναι λιγότερο από 300 ml, χαρακτηρίζεται ως ολιγάμνιο.<sup>13,63</sup>

### 3.4. Ομφάλιος Λώρος

Ο ομφάλιος λώρος συνδέει το έμβρυο με τον πλακούντα, περιέχει τρία αγγεία, δύο αρτηρίες και μία φλέβα. Τα αγγεία περιβάλλονται από μια ζελατινώδη ουσία, την Βαρθώνειο γέλη που δημιουργείται από το μεσόδεσμα. Ολόκληρος ο ομφάλιος λώρος καλύπτεται από το άμνιο. Το μήκος του ποικίλλει από 50 εκατοστά - 90 εκατοστά με μέσο όρο 55 εκατοστά και έχει διάμετρο 2 εκατοστά. Επειδή ο πλακούντας αναπτύσσεται από τις χοριακές λάχνες, ο ομφάλιος λώρος συνήθως εντοπίζεται κεντρικά. Η περιφερειακή πρόσφυση απαντάται λιγότερο συχνά και ορίζεται, στην περίπτωση αυτή, ως πλακούντας με επιχείλια πρόσφυση του ομφαλίου λώρου. Τα αιμοφόρα αγγεία διατάσσονται από το κέντρο σε όλες τις περιοχές του πλακούντα.<sup>13,63</sup>

# Κεφάλαιο 4

---

## 4.1. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- **6<sup>η</sup> - 8<sup>η</sup> w** γίνεται ο **προγεννητικός έλεγχος**, σε περίπτωση που δεν είχε πραγματοποιηθεί πριν την **εγκυμοσύνη**.
- **7η w** στο ιατρείο του γυναικολόγου γίνεται **υπέρηχος** όπου διαπιστώνεται η ενδομήτρια εγκυμοσύνη, γίνεται η καταγραφή των καρδιακών παλμών του εμβρύου και προσδιορίζεται η ηλικία του εμβρύου.
- **11<sup>η</sup> - 14<sup>η</sup> w** στο ιατρείο του γυναικολόγου γίνεται U/S για τον προσδιορισμό της **Αυχενικής Διαφάνειας (NT scan - nuchal translucency)** του εμβρύου, το τεστ Papp-A και η **β-χοριακή γοναδοτροπίνη**. Η μέτρηση της **αυχενικής διαφάνειας** του εμβρύου πρέπει να γίνει το αργότερο μέχρι την 14η εβδ. της κύησης.
- **16η - 18η εβδ.** πραγματοποιείται **αμνιοπαρακέντηση** σε ηλικία >35 ετών, ή όταν υπάρχει κάποιο νόσημα στην οικογένεια, ή οι αιματολογικές εξετάσεις θεωρηθούν ύποπτες για χρωμοσωματικές ανωμαλίες του εμβρύου.
- **20η - 22η εβδ.** σε εξειδικευμένο κέντρο υπερήχων εμβρύου **U/S β-επιπέδου** στο οποίο εξετάζεται η αρτιμέλεια του εμβρύου γνωστό και ως «μεγάλος υπέρηχος».
- **24η - 28η εβδ.** (ή και νωρίτερα για μερικές γυναίκες) πραγματοποιείται η **Καμπύλη Σακχάρως**.
- **30η εβδ.** **υπερηχογράφημα Doppler αγγείων** σε εξειδικευμένο κέντρο υπερήχων εμβρύου. Η συγκεκριμένη εξέταση ελέγχει την κυκλοφορία του αίματος στον ομφάλιο λώρο και στις δύο αρτηρίες της μήτρας, για να διαπιστωθεί εάν ο πλακούντας τροφοδοτείται σωστά.
- **32η - 36η εβδ.** επίσκεψη στον γιατρό για **γενική παρακολούθηση** της εγκύου μια φορά ανά δεκαπενθήμερο και έπειτα ανά εβδομάδα.<sup>31, 51</sup>

## 4.2. Αμνιοπαρακέντηση

- Κατά την εξέταση λαμβάνεται μικρή ποσότητα αμνιακού υγρού (είναι το υγρό μέσα στο οποίο βρίσκεται το έμβρυο) για να γίνει έλεγχος του γενετικού υλικού του εμβρύου.
- Στο αμνιακό υγρό περιέχονται κύτταρα που προέρχονται από το έμβρυο, τα οποία χρησιμοποιούνται για τη μελέτη του γενετικού του υλικού.
- Η εξέταση γίνεται μετά από τη 15η εβδομάδα της εγκυμοσύνης

### Η αμνιοπαρακέντηση συστήνεται

- ✓ Σε μέλλουσες μητέρες μεγάλης ηλικίας (>35 ετών) που έχουν αυξημένη πιθανότητα να αποκτήσουν παιδί με χρωμοσωμική ανωμαλία, όπως η τρισωμία 21 (σύνδρομο Down).
- ✓ Όταν η πιθανότητα για τρισωμία 21 ή και άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, που προκύπτει από τον προγεννητικό έλεγχο (αυχενική διαφάνεια + PAPP-A, τριπλό τεστ, u/s β' επιπέδου) είναι αυξημένη ή όταν εντοπίζονται ορισμένα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά στο

έμβρυο, που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση, λόγω της συσχέτισης τους με ορισμένες χρωμοσωμικές ανωμαλίες.

- ✓ Όταν η έγκυος ή ο σύντροφός της ή μέλη της οικογένειάς τους, πάσχουν από κάποια γενετική πάθηση που μπορεί να μεταβιβαστεί στο μωρό.
- ✓ Αν το ζευγάρι έχει ήδη αποκτήσει παιδί με κάποια γενετική πάθηση.
- ✓ Για να ελεγχθεί η κατάσταση του εμβρύου σε ορισμένες καταστάσεις όπως η ευαισθητοποίηση της μητέρας στον παράγοντα Rh ή όταν υπάρχουν ενδείξεις για πρόσφατη λοίμωξη από μικροοργανισμούς που μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στο έμβρυο, όπως το τοξόπλασμα, η ερυθρά, ο κυτταρομεγαλοϊός κ.α <sup>31, 51</sup>

## **Πώς πραγματοποιείται η εξέταση**

- ✓ **Με τη βοήθεια του υπερήχου ελέγχεται**
  - η θέση του εμβρύου
  - η θέση του πλακούντα
  - και η κατανομή του αμνιακού υγρού.
- ✓ Εφόσον υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες (η ποσότητα του αμνιακού υγρού είναι επαρκής, και το έμβρυο βρίσκεται μακριά από το σημείο που θεωρείται κατάλληλο για να γίνει η λήψη) πραγματοποιείται η εξέταση.
- ✓ Η περιοχή καθαρίζεται με αντισηπτικό διάλυμα και στη συνέχεια με μια λεπτή βελόνα αναρροφάται μικρή ποσότητα αμνιακού υγρού, το οποίο θα εξεταστεί στο εργαστήριο.
- ✓ Μετά την έξοδο της βελόνας, ελέγχεται η συχνότητα της καρδιάς του εμβρύου και η έγκυος επιστρέφει σπίτι της.
- ✓ Η όλη διαδικασία συνήθως δε διαρκεί συνήθως περισσότερο από μερικά λεπτά <sup>31, 51</sup>

## **Προετοιμασία πριν την εξέταση**

### **Συνίσταται**

- ✓ Η αποφυγή αισθητικών παρεμβάσεων (π.χ. αποτρίχωση) και η εφαρμογή καλλυντικών στην περιοχή της κοιλιάς μερικές μέρες πριν από την επέμβαση, για τη μείωση του κινδύνου μολύνσεων.
- ✓ Αν γίνεται λήψη αντιπηκτικών θα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός, για τυχόν τροποποίηση της αγωγής πριν και μετά την εξέταση.
- ✓ Αν η έγκυος είναι Rh (-) θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό ώστε να χορηγηθεί ανοσοπροφύλαξη, μετά την επέμβαση.
- ✓ Αν η έγκυος είναι φορέας HIV (AIDS) ή ηπατίτιδας B ή C, θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό πριν από την εξέταση για να ληφθούν μέτρα, που θα μειώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης στο έμβρυο. <sup>31,51</sup>



## ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ

### Συνίσταται:

- **Ξεκούραση** για τις επόμενες δυο ημέρες
- **Αποφυγή** κάθε βαριάς εργασίας ή άσκησης.
- **Επικοινωνία** αμέσως με το γιατρό, αν παρουσιαστεί απώλεια υγρών ή αίματος από τον κόλπο, καθώς και αν υπάρξει αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, πάνω από 37,8°C μετά την εξέταση.
- Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη μιας σπάνιας επιπλοκής της χοριοαμνιονίτιδας (ενδομήτρια λοίμωξη), η οποία συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά εμβρυϊκής απώλειας, και αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο και τη ζωή της μητέρας
- Στον έλεγχο που πραγματοποιείται για τις συνήθεις χρωμοσωμικές ανωμαλίες, έχουμε τα αρχικά αποτελέσματα 2-3 ημέρες μετά την εξέταση και τα οριστικά σε 2-3 εβδομάδες
- Αν το αποτέλεσμα της εξέτασης δείξει ότι το έμβρυο έχει κάποια γενετική βλάβη γίνεται ενημέρωση
- για τη σημασία της συγκεκριμένης γενετικής βλάβης και τι επιπτώσεις μπορεί να έχει στην υγεία του μωρού.
- για τις πιθανές εναλλακτικές δυνατότητες (θεραπείες, αντιμετώπιση), αλλά και για το ενδεχόμενο τερματισμού της εγκυμοσύνης.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί η συνδρομή ενός κλινικού γενετιστή, για την ολοκληρωμένη ενημέρωση του ζευγαριού.
- Η αμνιοπαρακέντηση όπως και η βιοψία τροφοβλάστης δεν εντοπίζει όλα τα γενετικά προβλήματα αλλά παρέχει πληροφορίες μόνο για την πάθηση ή τις παθήσεις για τις οποίες γίνεται ο έλεγχος.
- Δεν υπάρχει κάποια γενική εξέταση για τη διάγνωση όλων των γενετικών νοσημάτων.
- Ο επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (βιοψία τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση) πραγματοποιείται από Μαιευτήρες – Γυναικολόγους, που έχουν εξειδικευτεί στον προγεννητικό έλεγχο και είναι πιστοποιημένοι στην εκτέλεση των εξετάσεων αυτών.<sup>31, 51</sup>

### 4.3. Αυχενική διαφάνεια

- Σκοπός της εξέτασης είναι ο προσδιορισμός του κινδύνου που υπάρχει σε κάθε κύηση σε συνάρτηση με την ηλικία της μητέρας, για την παρουσία στο έμβρυο διαφόρων χρωμοσωμικών ανωμαλιών, συχνότερη από τις οποίες είναι το σύνδρομο Down.
- Κάθε γυναίκα έχει την πιθανότητα να αποκτήσει ένα παιδί με χρωμοσωμική ανωμαλία.

- Η πιθανότητα αυτή, για τις συνήθεις χρωμοσωμικές ανωμαλίες, εξαρτάται από την ηλικία της μέλλουσας μητέρας και αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία της.
- η αυχενική διαφάνεια είναι η παρουσία υποδόριου υγρού πίσω από τον αυχένα του εμβρύου.
- Η ποσότητα αυτού του υγρού ποικίλει μεταξύ των εμβρύων.
- Η ύπαρξη αυξημένης ποσότητας αποτελεί σημαντικό δείκτη που αυξάνει την πιθανότητα ύπαρξης στο έμβρυο κάποιας χρωμοσωμικής ανωμαλίας (π.χ. σύνδρομο Down, τρισωμία 18, τρισωμία 13) ή ανωμαλίας από το καρδιαγγειακό του σύστημα (συγγενείς καρδιοπάθειες).
- Η διαπίστωση αυξημένης αυχενικής διαφάνειας είναι σοβαρή ένδειξη για περαιτέρω έλεγχο του εμβρύου, με κάποια επεμβατική μέθοδο προγεννητικού ελέγχου, όπως είναι η βιοψία τροφοβλάστης (χοριακής λάχνης) και η αμνιοπαρακέντηση <sup>31, 51</sup>

### **Με την εξέταση ελέγχεται:**

- ✓ το πάχος του αυχένα του εμβρύου
- ✓ ο κίνδυνος για την ύπαρξη κάποιας χρωμοσωμικής ανωμαλίας (με τη βοήθεια ειδικού λογισμικού), όπως
  - η παρουσία ρινικού οστού
  - η συχνότητα της καρδιάς του εμβρύου
  - η ροή του αίματος στο φλεβώδη πόρο
  - η ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας της καρδιάς κ.α.
- ✓ Η ευαισθησία της εξέτασης μπορεί να αυξηθεί, όταν γίνει παράλληλα και μέτρηση δυο ορμονών της PAPP-A και της β χοριακής γοναδοτροπίνης. Επίσης κατά τη διάρκεια της εξέτασης πραγματοποιείται και ένας αδρός έλεγχος της ανατομίας του εμβρύου.
- ✓ **Γίνεται** από την 11η εβδομάδα έως την 14η εβδομάδα, όταν το μήκος του εμβρύου είναι μεταξύ 45 και 84 χιλιοστά. <sup>31, 51</sup>

### **4.4. Βιοψία τροφοβλάστης**

Η βιοψία τροφοβλάστης ή βιοψία χοριακής λάχνης είναι μια εξέταση με την οποία λαμβάνονται χοριακές λάχνες από τον πλακούντα στην περιοχή της πρόσφυσης του στη μήτρα, για να γίνει έλεγχος του γενετικού υλικού του εμβρύου.

Οι χοριακές λάχνες είναι μικρές προσεκβολές του πλακούντα. Τα κύτταρα τους περιέχουν το ίδιο γενετικό υλικό με το έμβρυο, καθώς προέρχονται από το ίδιο αρχικό γονιμοποιημένο ωάριο. <sup>31, 51</sup>

## Πότε συστήνεται η βιοψία τροφοβλάστης

- Σε μέλλουσες μητέρες μεγάλης ηλικίας (άνω των 35 ετών) που έχουν αυξημένη πιθανότητα να αποκτήσουν ένα παιδί με χρωμοσωμική ανωμαλία, όπως η τρισωμία 21 (σύνδρομο Down)
- Όταν η πιθανότητα για τρισωμία 21 ή και άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, που προκύπτει από τον προγεννητικό έλεγχο (αυχενική διαφάνεια + PAPP-A, τριπλό τεστ, u/s β' επιπέδου) είναι αυξημένη ή όταν εντοπίζονται ορισμένα υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά στο έμβρυο, που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση, λόγω της συσχέτισης τους με ορισμένες χρωμοσωμικές ανωμαλίες.
- Όταν η έγκυος ή ο σύντροφος της ή μέλη της οικογένειάς τους, πάσχουν από κάποια γενετική πάθηση που μπορεί να μεταβιβαστεί στο μωρό.
- Αν το ζευγάρι έχει ήδη αποκτήσει παιδί με κάποια γενετική πάθηση.
- 🇪🇺 Η εξέταση γίνεται μετά από την 11η μέχρι τη 14η εβδομάδα της εγκυμοσύνης <sup>31, 51</sup>

## Πως πραγματοποιείται η εξέταση

- Με τη βοήθεια του υπερήχου ελέγχεται η θέση του εμβρύου και του πλακούντα.
- Εφόσον υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες (το έμβρυο βρίσκεται μακριά από το σημείο που θεωρείται κατάλληλο για να γίνει η λήψη) πραγματοποιείται η εξέταση.
- Η περιοχή καθαρίζεται με αντισηπτικό διάλυμα και στη συνέχεια με μια λεπτή βελόνα αναρροφάτε μικρή ποσότητα χοριακών λαχνών, οι οποίες θα εξεταστούν στο εργαστήριο.
- Μετά την έξοδο της βελόνας, ελέγχεται η συχνότητα της καρδιάς του εμβρύου και η έγκυος επιστρέφει σπίτι της
- Η όλη διαδικασία συνήθως δε διαρκεί συνήθως περισσότερο από μερικά λεπτά.
- Η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί ήπιες κράμπες στην κοιλιά και δυσφορία ή ενόχληση στο σημείο που μπήκε η βελόνα. Συνήθως οι ενοχλήσεις περνούν μετά από μερικά λεπτά αν και μπορούν να διαρκέσουν και ολόκληρη την ημέρα. <sup>31, 51</sup>
- **Προετοιμασία πριν την εξέταση**
- **Συνίσταται**
- Η **αποφυγή αισθητικών παρεμβάσεων** (π.χ. αποτρίχωση) και η εφαρμογή καλλυντικών στην περιοχή της κοιλιάς μερικές μέρες πριν από την επέμβαση, για τη μείωση του κινδύνου μόλυνσεων.
- Αν γίνεται **λήψη αντιπηκτικών** θα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός, για τυχόν τροποποίηση της αγωγής πριν και μετά την εξέταση.
- Αν η έγκυος είναι **Rh (-)** θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό ώστε να χορηγηθεί ανοσοπροφύλαξη, μετά την επέμβαση.

- Αν η έγκυος είναι **φορέας HIV (AIDS) ή ηπατίτιδας B ή C**, θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό πριν από την εξέταση για να ληφθούν μέτρα, που θα μειώσουν τον κίνδυνο μετάδοσης στο έμβρυο. <sup>31, 51</sup>

### **Κατά τη βιοψία είναι δυνατό να προκληθεί**

- Τραυματισμός του εμβρύου (εξαιρετικά σπάνιο όταν η εξέταση γίνεται κάτω από υπερηχογραφικό έλεγχο),
- Λοίμωξη
- Αυτόματη αποβολή ή πρόωρος τοκετός και
- Αιμορραγία από τον τραυματισμό κάποιου αγγείου.
- Με την εξέταση ο κίνδυνος απώλειας του εμβρύου αυξάνει κατά 0.5 - 1%, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν υποβλήθηκαν σε αμνιοπαρακέντηση.
  - ο Οι αποβολές συνήθως συμβαίνουν την πρώτη εβδομάδα μετά την εξέταση. <sup>31, 51</sup>

## **ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ**

### **Συνίσταται**

- **Ξεκούραση** για τις επόμενες δυο ημέρες
- **Αποφυγή** κάθε βαριάς εργασίας ή άσκησης.
- **Επικοινωνία** αμέσως με το γιατρό, αν παρουσιαστεί απώλεια υγρών ή αίματος από τον κόλπο, καθώς και αν υπάρξει αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, πάνω από 37,8°C μετά την εξέταση.
- **Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη μιας σπάνιας επιπλοκής της χοριοαμνιονίτιδας (ενδομήτρια λοίμωξη), η οποία συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά εμβρυϊκής απώλειας, και αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο και τη ζωή της μητέρας.**
- Στον έλεγχο που πραγματοποιείται για τις συνήθεις χρωμοσωμικές ανωμαλίες, έχουμε τα αρχικά αποτελέσματα 2-3 ημέρες μετά την εξέταση και τα οριστικά σε 2-3 εβδομάδες
  - ο Αν το αποτέλεσμα της εξέτασης δείξει ότι το έμβρυο έχει κάποια γενετική βλάβη γίνεται ενημέρωση
  - για τη σημασία της συγκεκριμένης γενετικής βλάβης και τι επιπτώσεις μπορεί να έχει στην υγεία του μωρού.
  - για τις πιθανές εναλλακτικές δυνατότητες (θεραπείες, αντιμετώπιση), αλλά και για το ενδεχόμενο τερματισμού της εγκυμοσύνης.
  - Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί η συνδρομή ενός κλινικού γενετιστή, για την ολοκληρωμένη ενημέρωση του ζευγαριού.

- Η βιοψία τροφοβλάστης, όπως και η αμνιοπαρακέντηση δεν εντοπίζει όλα τα γενετικά προβλήματα αλλά παρέχει πληροφορίες μόνο για την πάθηση ή τις παθήσεις για τις οποίες γίνεται ο έλεγχος.
- Δεν υπάρχει κάποια γενική εξέταση για τη διάγνωση όλων των γενετικών νοσημάτων.
- Ο επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (βιοψία τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση) πραγματοποιείται από Μαιευτήρες – Γυναικολόγους, που έχουν εξειδικευτεί στον προγεννητικό έλεγχο και είναι πιστοποιημένοι στην εκτέλεση των εξετάσεων αυτών.<sup>31,51</sup>

#### 4.5. Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος

- Ο μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (Non Invasive Prenatal Testing or Screening, NIPT/NIPS) είναι μια εξέταση που χρησιμοποιεί το εμβρυικό DNA που κυκλοφορεί στο μητρικό αίμα για τον προσδιορισμό με μεγάλη ακρίβεια, του κινδύνου που παρουσιάζει το έμβρυο να έχει σύνδρομο Down (τρισωμία 21), σύνδρομο Edward's (τρισωμία 18), σύνδρομο Patau (τρισωμία 13) καθώς και αριθμητικές ανωμαλίες των φυλετικών χρωμοσωμάτων (X και Y).
- Η εξέταση γίνεται με μια απλή αιμοληψία της μητέρας. Το δείγμα αποστέλλεται σε εργαστήριο στις ΗΠΑ.
- Σε μονήρεις κυήσεις μεγαλύτερες των 9 εβδομάδων.
  - Δεν έχει κίνδυνο αποβολής
- Έχει μεγάλη ακρίβεια (99%), αλλά μικρότερη της αμνιοπαρακέντησης και γι' αυτό δεν είναι διαγνωστική εξέταση.
- Δηλαδή δε μας ενημερώνει αν το έμβρυο έχει ή όχι πρόβλημα, αλλά αν έχει υψηλή ή χαμηλή πιθανότητα να έχει πρόβλημα.
- Επομένως πρόκειται για μια δοκιμασία διαλογής, όπως και η αυχενική διαφάνεια, αλλά με μεγαλύτερη ακρίβεια.
- Σε περίπτωση υψηλής πιθανότητας συνίσταται επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (βιοψία τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση) για να επιβεβαιωθεί το αποτέλεσμα, ενώ σε περίπτωση χαμηλής πιθανότητας, εξηγείται στο ζευγάρι ότι ο κίνδυνος να παρουσιάζει το έμβρυο κάποια από τις ελεγχόμενες χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι μικρός
- Μπορεί να δώσει πληροφορίες μόνο για 4 ζεύγη χρωμοσωμάτων 13, 18, 21 και για τα φυλετικά χρωμοσώματα (X και Y).
- Τα αποτελέσματα είναι διαθέσιμα σε 2-3 εβδομάδες.
- Υπάρχει μια πιθανότητα περίπου 5% να μην έχουμε αποτέλεσμα. Αυτό δε σημαίνει αρνητικό ή θετικό αποτέλεσμα, αλλά αποτυχία της εξέτασης λόγω μικρής ποσότητας εμβρυϊκού DNA στο μητρικό αίμα.<sup>31,51</sup>

## **Πώς ερμηνεύεται το αποτέλεσμα;**

- Ένα χαμηλού κινδύνου αποτέλεσμα σημαίνει ότι ο κίνδυνος ύπαρξης των εξεταζόμενων ανωμαλιών είναι εξαιρετικά μικρός, αλλά δε μπορεί να το αποκλείσει.
- Ένα υψηλού κινδύνου αποτέλεσμα δε σημαίνει ότι το έμβρυο πάσχει από μια από τις εξεταζόμενες ανωμαλίες, αλλά αυτό είναι εξαιρετικά πιθανό. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να επιβεβαιώνεται το αποτέλεσμα με μια επεμβατική μέθοδο προγεννητικού ελέγχου (βιοψία τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση)<sup>31,51</sup>

## **4.6. Υπερηχογράφημα β' επιπέδου:**

- Ο κύριος σκοπός του υπερηχογραφήματος β' επιπέδου είναι ο λεπτομερής έλεγχος της εμβρυϊκής ανατομίας.

### **Με το υπερηχογράφημα β' επιπέδου, ελέγχονται**

- Η ύπαρξη ανατομικών δεικτών που αυξάνουν τον κίνδυνο για ύπαρξη χρωμοσωμικών ανωμαλιών του εμβρύου.
- Η ομαλή ενδομήτρια ανάπτυξη.
- Προσδιορίζεται η θέση του πλακούντα.
- Εκτιμάται ο όγκος του αμνιακού υγρού.
- Γίνεται πρώιμη ανίχνευση του συνδρόμου υποκλοπής σε δίδυμες μονοχοριακές κυήσεις.
- Ελέγχεται λεπτομερώς η καρδιά του εμβρύου.
- Εκτιμάται η ροή αίματος στα μητριαία αγγεία και αν τα ευρήματα είναι παθολογικά κατατάσσεται η κύηση ως υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης ή προεκλαμψίας, οπότε απαιτείται εντατικότερη παρακολούθηση της εγκυμοσύνης.
- Εκτιμάται το μήκος του τραχήλου και αν είναι μειωμένο, η κύηση αντιμετωπίζεται ως υψηλού κινδύνου για πρόωρο τοκετό.<sup>31, 51</sup>

## **Χρόνος εξέτασης**

- Έχει καθιερωθεί να πραγματοποιείται σε ηλικία κυήσεως μεταξύ 20 και 24 εβδομάδων, ώστε το έμβρυο να είναι αρκετά ανεπτυγμένο και να μπορεί να εκτιμηθεί ικανοποιητικά η ανατομία του.
- Ο επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (αμνιοπαρακέντηση, βιοψία τροφοβλάστης) δεν υποκαθιστά το U/S Β' επιπέδου. Με την αμνιοπαρακέντηση και τη βιοψία τροφοβλάστης (χοριακής λάχνης) εξετάζεται η παρουσία χρωμοσωμικών ανωμαλιών στο έμβρυο ή άλλων γενετικά κληρονομούμενων παθήσεων, ενώ με το υπερηχογράφημα Β' επιπέδου ελέγχεται η ανατομία του εμβρύου.
- Ένα φυσιολογικό αποτέλεσμα μετά από αμνιοπαρακέντηση ή βιοψία τροφοβλάστης (χοριακής λάχνης) δεν αποκλείει την παρουσία ανατομικών ανωμαλιών στο έμβρυο, επομένως

ο έλεγχος της ανατομίας του εμβρύου είναι απαραίτητο να γίνεται και στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε επεμβατικό προγεννητικό έλεγχο.<sup>31, 51</sup>

## **Τι παρατηρούμε**

Με το υπερηχογράφημα β' επιπέδου ανιχνεύονται πολλές από τις συγγενείς ανατομικές ανωμαλίες, αλλά όχι όλες. Αυτό σημαίνει ότι με ένα φυσιολογικό υπερηχογράφημα β' επιπέδου μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος να έχει το έμβρυο κάποια ανατομική ανωμαλία, χωρίς όμως να τον εξαλείφει.

Ακόμη και από τους πιο έμπειρους εξεταστές μπορεί να διαφύγουν ορισμένες ανατομικές ανωμαλίες, είτε γιατί δεν ήταν ορατές κατά το χρόνο της εξέτασης (αρκετές βλάβες αναπτύσσονται αργότερα στη διάρκεια της κύησης), είτε γιατί η φύση τους είναι τέτοια ώστε να είναι εξαιρετικά δυσδιάγνωστες, είτε για τεχνικούς λόγους (π.χ. κακή εμβρυική θέση, παχύσαρκη έγκυος κ.α.).<sup>31, 51</sup>

## **4.7. Διακολπικό υπερηχογράφημα**

- Είναι το υπερηχογράφημα που εκτελείται με μια κεφαλή υπέρηχων η οποία τοποθετείται στον κόλπο της εγκύου.
- Χρησιμοποιείται για την εξέταση των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας (μήτρα, ωοθήκες), καθώς και του εμβρύου στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.
- Δεν απαιτεί κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία και μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου της γυναίκας.
- Γίνεται με την ουροδόχο κύστη άδεια.
- Αν λαμβάνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή δε χρειάζεται να διακοπεί πριν από την εξέταση.<sup>31, 51</sup>

## **Πώς πραγματοποιείται η εξέταση**

- ❖ Η γυναίκα θα πρέπει να ξεντυθεί από τη μέση και κάτω και να ξαπλώσει σε μια γυναικολογική καρέκλα.
- ❖ Η κεφαλή για την προστασία της γυναίκας καλύπτεται με ένα προφυλακτικό και τοποθετείται gel.
- ❖ Η κεφαλή υπέρηχων λειτουργεί στέλνοντας ηχητικά κύματα και λαμβάνει τις αντανάκλασεις τους πάνω στα κοιλιακά όργανα.
- ❖ Ένας υπολογιστής επεξεργάζεται τα κύματα αυτά και τα χρησιμοποιεί για να δημιουργήσει μια εικόνα.
- ❖ Ο γιατρός μπορεί να δει άμεσα την εικόνα στο μηχάνημα των υπέρηχων και η εξεταζόμενη σε μια τηλεόραση.

- ❖ Η εξέταση είναι ανώδυνη, εκτός και αν υπάρχει φλεγμονή στην περιοχή.
- ❖ Η συνεργασία της ασθενούς είναι απαραίτητη για τη διενέργεια της εξέτασης.<sup>31,51</sup>

### Τι παρατηρούμε

- Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει να διαγνωστούν τα αίτια ορισμένων μορφών υπογονιμότητας, πυελικού πόνου, ανώμαλης αιμορραγίας, καθώς και προβλήματα διαταραχών της εμμήνου ρύσεως ή πυελικών φλεγμονών.
- Μπορεί να απεικονίσει με ακρίβεια το εσωτερικό της μήτρας (ενδομήτριο) και πιθανές ανωμαλίες αυτού.
- Το διακολπικό υπερηχογράφημα αποτελεί την πιο εξελιγμένη μορφή υπερηχογραφήματος για την απεικόνιση των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας, ειδικά αν περιλαμβάνει και διακολπικό doppler, παρέχοντας εξαιρετικές δυνατότητες στο γιατρό να διαγνώσει πιθανές παθολογικές καταστάσεις των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας, όπως:
  - Παθήσεις της μήτρας (ινομυώματα, πολύποδες, αδеноμύωση).
  - Κύστεις και όγκους των ωοθηκών.
  - Πυελικές φλεγμονή (υδροσάλπιγγα, πυοσάλπιγγα, κ.α).<sup>31,51</sup>

### Διακολπικό υπερηχογράφημα και κύηση

Χρησιμοποιείται με ασφάλεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κατά το πρώτο τρίμηνο (μέχρι την 11η με 12η εβδομάδα) η θέση του εμβρύου είναι τέτοια που καθιστά το διακολπικό υπερηχογράφημα ιδανική εξέταση για την παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου και για την έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων ή καταστάσεων που αφορούν μια αρχόμενη κύηση όπως

- Εξωμήτρια κύηση
- Πολύδυμες κυήσεις (δίδυμα, τρίδυμα, κ.λπ.)
- Αποβολές
- Αποκόλληση πλακούντα
- Ανωμαλίες του ωχρού σωματίου της εγκυμοσύνης.

Μπορεί να απαιτηθεί η χρήση του και μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης για τη μέτρηση του μήκους του τραχήλου και για τον προσδιορισμό της ακριβούς θέσης του πλακούντα.

Δεν υπάρχουν κίνδυνοι από την εξέταση<sup>31,51</sup>

### 4.8. Κοιλιακό υπερηχογράφημα

- Χρησιμοποιείται για την εξέταση των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας (μήτρας, ωοθηκών) και του εμβρύου μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.



- Δεν απαιτεί κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία και μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου της γυναίκας.
- Πριν από την εξέταση, να είναι γεμάτη η ουροδόχος κύστη, για την καλύτερη απεικόνιση της μήτρας και των ωοθηκών.
- Αν λαμβάνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συνεχιστεί κανονικά χωρίς κανένα πρόβλημα.<sup>31, 51</sup>

## **Η εξέταση πραγματοποιείται στη διάρκεια της κύησης και κυρίως μετά το πρώτο τρίμηνο, για να αξιολογηθούν**

- Η ηλικία της κύησης
  - Η ανάπτυξη του εμβρύου
  - Η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου
  - Η ανατομία του εμβρύου
  - Το φύλο του εμβρύου
  - Το αμνιακό υγρό
  - Ο πλακούντας
  - Η ροή του αίματος στα μητριαία αγγεία, στον ομφάλιο λώρο και στα αγγεία του εμβρύου
- Χρησιμοποιείται για την απεικόνιση των έσω γεννητικών οργάνων (μήτρα, ωοθήκες), σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η χρησιμοποίηση της διακολπικής κεφαλής, όπως σε κορίτσια και γυναίκες που δεν έχουν αρχίσει σεξουαλικές επαφές, καθώς και σε ηλικιωμένες ασθενείς με στένωση του κόλπου.<sup>31, 51</sup>

## **Διακολπικό ή κοιλιακό υπερηχογράφημα;**

- Το διακολπικό υπερηχογράφημα υπερτερεί έναντι του κοιλιακού στην εξέταση των έσω γεννητικών οργάνων (μήτρα, ωοθήκες), επιτρέποντας την καλύτερη, αλλά και πιο λεπτομερή απεικόνιση τους.
- Το ίδιο ισχύει και κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (μέχρι την 11η με 12η εβδομάδα), όπου η θέση του εμβρύου επιτρέπει την καλύτερη απεικόνιση του με τη διακολπική οδό.
- Στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, λόγω της αύξησης του μεγέθους του εμβρύου και της αλλαγής της θέσης του, η απεικόνισή του γίνεται καλύτερα διακοιλιακά.
- Δεν υπάρχουν γνωστές επιβλαβείς επιδράσεις του U/S στον άνθρωπο ή το έμβρυο και σε αντίθεση με τις παραδοσιακές ακτινογραφίες, δεν υπάρχει έκθεση σε ακτινοβολία.<sup>31, 51</sup>

# Κεφάλαιο 5

---

# ΑΙΤΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 5.1. ΑΙΤΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ

Ο τοκετός δεν είναι ένα γεγονός που συμβαίνει ξαφνικά, αλλά ένα γεγονός, για το οποίο ο οργανισμός της εγκύου ετοιμάζεται τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Οι παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του τοκετού δεν είναι απόλυτα γνωστοί. Φαίνεται ότι υπάρχει ένας συνδυασμός οργανικών και μηχανικών παραγόντων. Τα οιστρογόνα στην κυκλοφορία της εγκύου είναι στο υψηλότερο επίπεδο, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν στα μυϊκά κύτταρα της μήτρας υποδοχές της Oxytocin. Συγχρόνως αυξάνονται οι προσταγλαδίνες στο φθαρτό και στους υμένες. Ποια είναι τα αίτια που προκαλούν αυτές τις αλλαγές δεν είναι γνωστό. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση των προσταγλαντιδίων, που επιδρούν στον τράχηλο και διευκολύνουν την εξάλειψη και τη διαστολή, καθώς επίσης προετοιμάζουν και τη μήτρα για τις συστολές. Βιολογική και συναισθηματική ένταση της μητέρας επιδρούν στον υποθάλαμο και προκαλούν την παραγωγή oxytocin. Ο συνδυασμός της oxytocin και των prostaglandins ευθύνεται για τις ρυθμικές συστολές που χαρακτηρίζουν τον τοκετό.<sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

## 5.2. Η επισκληρίδιος αναισθησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό

Σήμερα η οσφυϊκή επισκληρίδιος αναισθησία θεωρείται αναμφίβολα η αποτελεσματικότερη μέθοδος καταστολής του πόνου του τοκετού. Εφαρμόζεται στην ενεργό φάση του πρώτου σταδίου, όταν εγκαθίστανται οι επώδυνες συσπάσεις της μήτρας. Πολλοί προτιμούν η τοποθέτηση του επισκληριδίου καθετήρα να γίνεται στη λανθάνουσα φάση του πρώτου σταδίου του τοκετού, γιατί μπορούν να συνεργαστούν καλύτερα με την επίτοκο. Πριν τη διενέργεια της οσφυϊκής επισκληριδίου αναισθησίας απαιτείται η λήψη ενός σύντομου ιστορικού το οποίο θα αποκαλύψει καταστάσεις για τις οποίες το είδος αυτό της αναισθησίας αποτελεί αντένδειξη.<sup>16</sup>

## 5.3. Πιθανές επιπλοκές / παρενέργειες

Οι κυριότερες επιπλοκές της επισκληριδίου αναισθησίας είναι

1. **Πτώση της αρτηριακής πίεσης.** Είναι η συχνότερη επιπλοκή (10%) και οφείλεται α) στον αποκλεισμό των συμπαθητικών ινών και την επακόλουθη ελάττωση των περιφερικών αντιστάσεων β) στην πίεση της κάτω κοίλης φλέβας και της αορτής από την εγκύμονα μήτρα και στην επακόλουθη ελάττωση της φλεβικής επιστροφής γ) στην υψηλή επισκληρίδιο αναισθησία και στον επακόλουθο αποκλεισμό των επιταχυντικών νεύρων της καρδιάς και τη βραδυκαρδία. Η υπόταση έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της μητροπλακουντίας κυκλοφορίας η οποία εκδηλώνεται με διαταραχές του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου. Η

τοποθέτηση της επιτόκου σε πλάγια θέση ή η μετατόπιση της μήτρας αριστερά με την τοποθέτηση υποστηρίγματος στη δεξιά οσφυϊκή χώρα, η καλή προενυδάτωση (500-1000 ml κρυσταλλοειδούς) και η επιλογή του κατάλληλου τοπικού αναισθητικού και της μικρότερης δραστικής δόσης συνήθως αρκούν έτσι ώστε να αποφευχθεί η πρόκληση της υπότασης. Σπάνια κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση (5-10 mg) εφεδρίνης ή άλλου αγγειοσυσπαστικού για την αντιμετώπιση της υπότασης.<sup>16</sup>

2. **Πονοκέφαλος.** Εμφανίζεται και σε επιτόκους που δεν λαμβάνουν αναισθησία. Συνήθως είναι αποτέλεσμα της ατυχηματικής τρώσης της σκληράς μήνιγγας. Συνωδά συμπτώματα είναι η αυχενική δυσκαμψία, πόνοι στη ράχη, ναυτία, διαταραχές όρασης, ίλιγγος. Η αντιμετώπιση είναι συμπτωματική και συνίσταται στη χορήγηση αναλγητικών και ηρεμιστικών στην κατάκλιση και στην ενυδάτωση της μητέρας. Σπάνια απαιτείται η χορήγηση επισκληριδίου υπό άσηπτες συνθήκες αυτόλογου αίματος ( blood patch) ή ορού.<sup>16</sup>

3. **Τοξική δράση.** Οφείλεται κυρίως σε υπέρβαση της δόσης και σε τυχαία ενδαγγειακή χορήγησή του.<sup>16</sup>

4. **Νευρολογικές επιπλοκές.** Σήμερα γίνονται ολοένα και σπανιότερες. Τα αίτια είναι ποικίλα: 1) Άμεση κάκωση των νωτιαίων ριζών συνήθως αισθητικών του μεσοσπονδυλίου δίσκου ή των αγγείων. 2) Άμεση ισχαιμική βλάβη το Ν.Μ. από υπόταση. 3) Έμμεση ισχαιμική βλάβη από επισκληρίδιο αιμάτωμα ή επισκληρίδιο απόστημα. 4) Λοίμωξη. 5) Άσηπτη μηνιγγίτιδα. 6) Σύνδρομο Horner. 7) Παράταση της αναισθησίας πάνω από 48 ώρες. Παρόλα αυτά πολλές από τις νευρολογικές επιπλοκές αποδίδονται τώρα σε προϋπάρχουσα λανθάνουσα νευρολογική ή αγγειακή πάθηση που εκδηλώνεται για πρώτη φορά ή σε μαιευτικούς χειρισμούς.<sup>16</sup>

5. Σπανιότερα μπορεί να προκληθεί **ολική ραχιαία αναισθησία.**

Πολλές από τις ανεπιθύμητες παρενέργειες είναι το ρίγος, η δυσπραξία της ουροδόχου κύστης και η ραχιαλγία και η ανεπαρκής αναλγησία. Η καλή συνεργασία όμως αναισθησιολόγου και γυναικολόγου δρα καταλυτικά έτσι ώστε να μην επηρεαστεί από αυτές η καλή έκβαση ενός τοκετού.<sup>16</sup>

#### **5.4. Στάδια του τοκετού**

ο τοκετός έχει τρία στάδια που είναι τα εξής

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

1. Στάδιο της διαστολής. Αρχίζει την έναρξη του τοκετού και τελειώνει με την τέλεια διαστολή του τραχήλου της μήτρας που είναι (10 εκατοστά). Στις πρωτότοκες έχει διάρκεια περίπου 12 ώρες, ενώ στις πολύτοκες περίπου 8 ώρες <sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

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

- Αλλάζουν μορφή οι ωδίνες
- Η επίκοτος σφίγγεται, ιδρώνει και έχει το αίσθημα της αφόδευσης
- Υπάρχει άφθονη έκκριση από τον κόλπο, η όποια είναι αιματηρή και βλεννώδης

Καθώς κατεβαίνει το κεφάλι το περίνεο τεντώνεται και ανοίγει ο δακτύλιος του πρωκτού και η αιδοϊκή σχισμή .

**Εξώθηση** η επίκοτος πρέπει να βρίσκεται σε ύπτια θέση. Αγκαλιάζει με τα χέρια τους μηρούς, παίρνει μια βαθιά ανάσα, φέρνει το σαγόνι προς το στήθος. Πριν από την εξώθηση, ελέγχεται η διαστολή, για να διαπιστωθεί ότι πρόκειται για τέλεια διαστολή και μόνο τότε πρέπει να αρχίσει η εξώθηση. Μετά από κάθε εξώθηση πρέπει να ελέγχονται οι εμβρυικοί παλμοί <sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

## 5.5. Επιλογές ανακούφισης πόνου

Όταν εισέλθετε στη διαδικασία του τοκετού, πέρα απ' ό τι χρειάζεστε συναισθηματική και σωματική υποστήριξη, τις οποίες θα σας παρέχουν η μαία σας που θα είναι μαζί σας κατά την διάρκεια του τοκετού, μπορεί, επίσης να χρειαστείτε κάποιον τρόπο ανακούφισης του πόνου που θα σας βοηθήσει να αντεπεξέλθετε στον τοκετό. Η μαία θα σας βοηθήσει να ελέγξετε τον πόνο του τοκετού εφαρμόζοντας φυσικές μεθόδους, όπως τεχνικές αναπνοής. Εάν ζητήσετε αποτελεσματικότερη ανακούφιση από τον πόνο, θα σας συμβουλεύσει να ακολουθήσετε ιατρικές μεθόδους, όπως αναλγητικά φάρμακα ή μια επισκληρίδιο ένεση. <sup>35</sup>

### 5.5.1. 1<sup>ο</sup> στάδιο τοκετού

Ίσως να ανυπομονείτε να τελειώσει ο τοκετός ή να νιώθετε ότι δεν είστε έτοιμες γι' αυτόν. Αυτή μπορεί να είναι μια συναισθηματικά φορτισμένη χρονική περίοδος, γι' αυτό προσπαθήστε να παραμείνετε ψύχραιμη. Το κεφάλαιο αυτό σας βοηθάει να αναγνωρίσετε και τα σημάδια του τοκετού, και σας κατευθύνει για τις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα καθώς το σώμα σας ετοιμάζεται για τη γέννα. <sup>35</sup>

### **Στάσεις για το 1<sup>ο</sup> στάδιο του τοκετού**

Το να είστε δραστήρια κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, θεωρείται ότι βοηθάει στη διαδικασία του τοκετού. Εάν είστε καλά προετοιμασμένη και εξασκείτε, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε διάφορες θέσεις και στάσεις ενόψει του τοκετού, τότε θα μπορέσετε να τις χρησιμοποιήσετε ενστικτωδώς κατά τη γέννα.

ο τράχηλος αρχίζει τώρα να διαστέλλεται πιο γρήγορα και οι συσπάσεις είναι πιο έντονες και απέχουν λιγότερο η μία από την άλλη. Μερικές γυναίκες μπορούν να συνεχίσουν με φυσική ή αναλγητική ανακούφιση του πόνου, ενώ άλλες ίσως χρειάζονται ισχυρότερη ανακούφιση και στο σημείο αυτό να χορηγηθεί μια επισκληρίδιος ένεση.<sup>35</sup>

### **Ενεργητικές στάσεις.**

Οι στάσεις που σας επιτρέπουν να παραμείνετε δραστήρια, θεωρείται ότι βοηθούν στην ομαλή εξέλιξη του τοκετού. Μερικές γυναίκες διαπιστώνουν ότι το να κάνουν τη λεκάνη τους εμπρός και πίσω, και μετά να την κινούν κατά τη φορά του ρολογιού και έπειτα αντίθετα με τη φορά του ρολογιού, ενώ στέκονται όρθιες ή είναι καθισμένες σε μια μπάλα τοκετού, βοηθάει στο να ανακουφίζεται ο πόνος. Λαμβάνοντας στάση στο έδαφος, στηριζόμενη στα χέρια και στα γόνατα, σας επιτρέπει να παραμείνετε συγκεντρωμένη και επίσης να περιστρέφετε τη λεκάνη σας. Το να κινήσετε προς τα εμπρός και προς τα πίσω σε μια κουνιστή πολυθρόνα ενδέχεται να είναι επίσης ανακουφιστικό. Πολλές γυναίκες βρίσκουν την επιτόπια βάδιση, αλλά και το περπάτημα γενικά, ανακουφιστικά.<sup>35</sup>

### **Υποστηριζόμενες στάσεις**

Οι υποστηριζόμενες στάσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες εάν το μωρό σας βρίσκεται σε οπίσθια ινιακή θέση (η πλάτη του μωρού κοιτάζει προς τη δική σας). Το να γέρνετε προς τα εμπρός έχοντας τα χέρια σας σε ένα τραπέζι ή μια καρέκλα κατά τη διάρκεια μιας σύσπασης, και να αναπνέετε αργά και σταθερά, σας βοηθάει να συγκεντρωθείτε. Εάν το βρίσκετε ανακουφιστικό, μπορεί ο σύντροφος σας, την ίδια ώρα, να σας κάνει μασάζ στους ώμους και στη πλάτη. Πολλές γυναίκες βρίσκουν ευχάριστο να κάθονται σε μια καρέκλα με τα πόδια ανοιχτά κοιτώντας την πλάτη της καρέκλας ή να κάθονται σε μια λεκάνη κοιτώντας το καζανάκι και έχοντας ένα μαξιλάρι για το κεφάλι και τους βραχίονες. Η στάση αυτή σας επιτρέπει, επίσης να κοιμηθείτε για πολύ λίγο μεταξύ των συστολών.<sup>35</sup>

### **5.5.2. 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> στάδιο**

Το δεύτερο στάδιο ξεκινάει όταν ο τράχηλος της μήτρας σας έχει διασταλεί πλήρως και το μωρό σας έχει μετακινηθεί βαθιά μέσα στη λεκάνη. Τα σημάδια αυτά μπορεί να συνοδεύονται από μια αφόρητη παρόρμηση να εξωθήσετε και, μόλις η μαία σας είναι σίγουρη ότι είστε έτοιμη

να το κάνετε, θα μπορείτε να σπρώξετε για να βγει το μωρό σας. Το τρίτο στάδιο είναι η έξοδος του πλακούντα, η οποία σηματοδοτεί το τέλος του τοκετού.<sup>35</sup>

Το δεύτερο στάδιο διαρκεί από την πλήρη τραχηλική διαστολή μέχρι τη γέννα. Οι συσπάσεις είναι έντονες και διαρκούν περισσότερο, αλλά γίνονται καλύτερα ανεκτές καθώς αρχίζετε να σπρώχνετε. Μπορεί να χορηγηθεί Entonox (αέριο που σε κάνει να γελάς). Στο τρίτο στάδιο, στην αποβολή του πλακούντα, οι συσπάσεις είναι ήπιες, και λογικά δεν θα πρέπει να χρειάζεστε ανακούφιση από τον πόνο.<sup>35</sup>

### 5.5.3. Στάδιο υστεροτοκίας

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

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

- Έναρξη προοδευτικών, τακτικών συστολών της μήτρας που αυξάνουν σε συχνότητα, ένταση και διάρκεια
- Βλεννοαιματηρό κολπικό έκκριμα που είναι ενδεικτικό της εξόδου βλεννώδους βύσματος
- Εκροή (αμνιακού) υγρού από τον κόλπο που είναι ενδεικτικό της αυτόματης ρήξης των υμένων.<sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

## 5.6. Ο μηχανισμός του τοκετού

Αυτός αναφέρεται σε μια σειρά μεταβολών στη θέση και στάση που υφίσταται το έμβρυο κατά τη δίοδο του μέσω του γεννητικού σωλήνα. Εδώ περιγράφεται για την κάθετη προβολή και την γυναικοειδή πύελο, που είναι και οι συνηθέστερες περιπτώσεις. Η σχέση της κεφαλής και του σώματος του εμβρύου ως προς την πύελο της μητέρας μεταβάλλεται κατά την κάθοδο του εμβρύου μέσω της πυέλου. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς οι ιδανικές διαμέτροι του εμβρυικού κρανίου είναι εμφανείς σε κάθε στάδιο της καθόδου.<sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

## 5.7. ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΔΙΑΣΤΟΛΗ)

Η έναρξη του πρώτου σταδίου, όπως αναφέρθηκε, δεν μπορεί να προσδιορισθεί με ακρίβεια, καθώς δεν είναι γνωστή ολόκληρη η αλληλουχία των γεγονότων που οδηγούν στην έναρξη του τοκετού. Οπωσδήποτε, στις περισσότερες κήσεις η αύξηση της δραστηριότητας του μυομητρίου που οδηγεί σε διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου της μήτρας, σηματοδοτεί την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού το οποίο ολοκληρώνεται με την πλήρη διαστολή και εξάλειψη. Το μυομήτριο προετοιμάζεται προοδευτικά για τον τοκετό επί αρκετές εβδομάδες πριν την έναρξή του. Τα μυϊκά κύτταρα της μήτρας έχουν τη δυνατότητα να συσπώνται από πολύ νωρίς στην κύηση. Η συσταλτικότητα ελέγχεται, όπως ήδη αναφέρθηκε, κατά κύριο λόγο από ορμονικούς και άλλους βιοχημικούς παράγοντες, περιλαμβανομένων των προσταγλανδινών, κυτοκινών και ιόντων ασβεστίου, χωρίς τη συμμετοχή του νευρικού συστήματος. Τα τοπικά δυναμικά δράσης που αναπτύσσονται, μεταδίδονται στα γειτονικά κύτταρα με τη μορφή κύματος και μέσω διασυνδέσεων των κυττάρων (gap junctions) δημιουργώντας συντονισμένες μυϊκές συσπάσεις. Πριν τον τοκετό, εμφανίζονται πολυάριθμοι κόμβοι βηματοδότες με αποτέλεσμα οι συσπάσεις να είναι ασύντακτες, χαμηλής έντασης και αναποτελεσματικές. Κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, οι βηματοδότες έχουν προοδευτικά συγκεντρωθεί στην περιοχή των κεράτων της μήτρας, με αποτέλεσμα η μετάδοση των συσπάσεων να κατευθύνεται προς τον ισθμό με ταχύτητα 2cm/sec και να εξαπλώνονται σε όλο το μυομήτριο σε 15sec. Αυτός ο προσανατολισμός των τοπικών δυναμικών δράσης επιτρέπει ισχυρότερες και συντονισμένες συσπάσεις, προοδευτικά επώδυνες και, εκ του αποτελέσματος, αποτελεσματικές ως προς τη διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου της μήτρας. Η μετάβαση της δραστηριότητας του μυομητρίου από τις ασύντακτες συσπάσεις της κύησης στις συντονισμένες του πρώτου σταδίου του τοκετού είναι μια συνεχής διαδικασία η οποία δε σταματά πριν την ολοκλήρωση του τοκετού. Κλινικά, κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, συχνά γίνονται αντιληπτές από τη γυναίκα συσπάσεις ανώδυνες, σποραδικές και ασθενείς, οι οποίες συχνά αναφέρονται ως συσπάσεις Braxton Hicks. Κατά κανόνα, δεν ξεπερνούν πάνω από 15mmHg τον βασικό τόνο της μήτρας (10mmHg), αύξηση που αποτελεί τον συνήθη οδό του πόνου και έτσι παραμένουν ανώδυνες. Εξορισμού δεν επιτυγχάνουν διαστολή του τραχήλου και θεωρούνται φυσιολογικές. Πιστεύεται μάλιστα ότι βελτιώνουν την αιμάτωση του μυομητρίου. Η έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού σηματοδοτείται από τις γνήσιες ωδίνες.<sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

## 5.8. ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΕΞΩΘΗΣΗ)

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού ξεκινά από την ολοκλήρωση της διαστολής του τραχήλου της μήτρας και ολοκληρώνεται με την περάτωση της διόδου ολόκληρου του σώματος από την αιδοϊκή σχισμή. Στο στάδιο αυτό, οι ωδίνες αποκτούν τη μεγαλύτερη ισχύ τους καθώς η



κατεύθυνση μετάδοσης των δυναμικών τάσης είναι ομοιόμορφη από τα κέρατα προς τον ισθμό και ο συντονισμός των μυϊκών συσπάσεων επιτρέπει μέγιστη ισχύ. Η συχνότητα των ωδινών μπορεί να υπερβεί τις 5 ανά 10min, η διάρκειά τους ξεπερνά το 1min και η ενδομήτρια πίεση μπορεί να ανέλθει στα 60mmHg. Μετά την ολοκλήρωση της εσωτερικής στροφής της κεφαλής που φέρνει την οβελιαία διάμετρο σε προσθιοπίσθια κατεύθυνση και την προβάλλουσα μοίρα σε επαφή με το πυελικό έδαφος, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, ξεκινά η δίοδος της κεφαλής κάτω από την ηβική σύμφυση. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οδηγό σημείο είναι φυσιολογικά η μικρή πηγή, χάρη στην κάμψη της κεφαλής προς το στήθος και οδηγός διάμετρος η υπινιοβρεγματική. Μόλις το ινίο (στην ινιακή προβολή) περάσει την ηβική σύμφυση, προκαλείται έκταση της κεφαλής. Αυτό συμβαίνει, γιατί ενώ το πυελικό έδαφος συνεχίζει να πιέζει την κεφαλή από πίσω, εμπρός το ινίο ελευθερώνεται από την ηβική καμάρα και ο αυχέννας εκτείνεται. Έτσι διέρχεται και το υπόλοιπο της κεφαλής από το πυελικό έδαφος και στη συνέχεια και από την αιδοϊκή σχισμή. Στη συνέχεια, η κεφαλή στρέφεται και πάλι προς την κατεύθυνση που είχε πριν την εσωτερική στροφή ακολουθώντας παθητικά τη γέννηση των ώμων, η οποία πραγματοποιείται με τις ίδιες κινήσεις που απαιτήθηκαν από την ίδια την κεφαλή και στη συνέχεια, ανεμπόδιστα, του υπολοίπου σώματος. Η στροφή της κεφαλής γίνεται σε δύο διαδοχικά στάδια τα οποία ονομάζονται αποκατάσταση (45ο ) και εξωτερική στροφή (90ο ). Τη στιγμή που η προβάλλουσα μοίρα προκαλεί τη μέγιστη διάταση και διαστολή του πυελικού εδάφους, είθισται η διενέργεια της περινεοτομίας με σκοπό αφενός να διευκολύνει τη γέννηση και αφετέρου να προστατέψει το περίνεο και ιδιαίτερα το σφιγκτήρα του πρωκτού από ανεξέλεγκτους τραυματισμούς. Η αξία της περινεοτομίας τέθηκε πολλές φορές σε συζήτηση. Σε μελέτες, κυρίως στις ΗΠΑ, όπου η περινεοτομία γίνεται κατά τη μέση γραμμή και με κατεύθυνση τον πρωκτό, βρέθηκε ότι όχι μόνο δεν προστατεύει αλλά αυξάνει τον κίνδυνο ρήξης του σφιγκτήρα του πρωκτού, λόγω επέκτασης της ιατρογενούς βλάβης. Αλλά και σε ευρωπαϊκές χώρες, όπου η περινεοτομία εκτελείται σε μεσοπλαγία κατεύθυνση (αριστερά ή δεξιά), έχουν βρεθεί παρόμοια αποτελέσματα. Το ερώτημα δια φωτίζεται από πρόσφατες μελέτες με χρήση ενδοορθικής υπερηχογραφίας, όπου φάνηκε αφενός μεν ότι παρά τη σκοπούμενη τομή σε γωνία 45ο (30ο - 60ο ), στην πραγματικότητα στις περισσότερες περιπτώσεις η τομή γίνεται σε λιγότερες από 10ο, αφετέρου δε, ότι ο κίνδυνος ρήξης του σφιγκτήρα του πρωκτού μειώνεται με την αύξηση της γωνίας της τομής σε 9. Η ολοκλήρωση του δεύτερου σταδίου του τοκετού γίνεται με το συνδυασμό των εξωθητικών ωδινών με εκούσια εξώθηση από τη γυναίκα. Οι εκούσιες εξωθητικές κινήσεις της γυναίκας μπορούν να υπερδιπλασιάσουν την ενδομήτρια πίεση η οποία μπορεί να ανέλθει στα 130mmHg. Παρόλο που η εξώθηση μπορεί να ξεκινήσει ακόμη και στο πρώτο στάδιο, είναι σκόπιμο η εκούσια εξώθηση να αναβάλλεται μέχρι η προβάλλουσα μοίρα να έχει εμπεδωθεί πλήρως στην αληθή πύελο και να πιέζει το πυελικό έδαφος. Έτσι αποφεύγεται αφενός μεν, η κόπωση της γυναίκας, αφετέρου δε, η πρόκληση εμβρυϊκής δυσφορίας από την παρατεταμένη εξώθηση. Λόγω της ισχύος των ωδινών και της συχνότητάς τους, που δεν επιτρέπουν την

επαρκή αιμάτωση του πλακούντα και την οξυγόνωση του εμβρύου, η εξώθηση προκαλεί εμβρυϊκή οξέωση. Η ικανότητα του εμβρύου εξαρτάται από την εν γένει κατάστασή του και τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου. Η διάρκεια δεν πρέπει να ξεπερνά τη μία ώρα και πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα για διενέργεια υποβοηθούμενου τοκετού (σικουλικία/εμβρουλικία) ή, σπανιότερα, καισαρικής τομής ανά πάσα στιγμή. <sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

## **5.9. ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑ)**

Μετά τη γέννηση του εμβρύου και την αποκοπή του ομφαλίου λώρου, απομένει η γέννηση του πλακούντα (υστεροτοκία). Το μωμήτριο αρχικά παύει να συσπάται για λίγα λεπτά, λόγω της απότομης μείωσης του περιεχομένου της μήτρας. Οι συσπάσεις επανέρχονται μετά από λίγα λεπτά με συχνότητα 1-2 ανά 10min. Έχουν μικρή ένταση και συνοδεύονται από υψηλό βασικό τόνο, καθώς η μήτρα μειώνεται σε όγκο. Συνήθως δεν είναι ιδιαίτερα επώδυνη η συρρίκνωση της πλακουντιακής άλω και η σύνθλιψη των αιμοφόρων αγγείων της μήτρας επιφέρει τελικά αποκόλληση του πλακούντα. Η διάρκεια του τρίτου σταδίου συνήθως δεν ξεπερνά τα 30min και οπωσδήποτε δεν πρέπει να φτάνει τη μία ώρα γιατί, αφενός μεν προκαλείται παρατεταμένη αιμορραγία και αφετέρου, μπορεί τελικά να παρεμποδιστεί η γέννηση του πλακούντα από τη σύγκλιση του τραχήλου. Το τρίτο στάδιο επιταχύνεται στη σύγχρονη μαιευτική με χορήγηση μητροσυσπαστικών και έγκαιρη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα, αν απαιτηθεί. <sup>2, 28, 32, 33, 35, 51, 57, 60, 62, 63</sup>

## **5.10. Παρακολούθηση κατά τη διάρκεια του τοκετού**

Κατά την διάρκεια του τοκετού, αφού αυτός θα έχει ξεκινήσει, παρακολουθούνται τόσο οι παλμοί της καρδιάς του μωρού σας όσο και οι συσπάσεις σας, ώστε να διαπιστωθεί ότι ο τοκετός εξελίσσεται όπως θα έπρεπε, και καθώς ότι δεν απειλείται η ζωή της μητέρας ούτε του μωρού. Η καρδιακή συχνότητα του μωρού σας είναι ενδεικτικοί του πόσο καλά αντεπεξέρχεται στον τοκετό και παρακολουθούνται σε τακτικά χρονικά διαστήματα, μέθοδος που ονομάζεται διακοπτόμενη παρακολούθηση. Εάν υπάρχει κάποιο πρόβλημα ως υψηλού κινδύνου, θα συσταθεί ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου, κατά την οποία οι παλμοί του μωρού σας, αλλά και οι συσπάσεις σας, θα παρακολουθούνται συνεχώς με έναν καρδιοτοκογράφο. Οι πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό σας καταγράφονται σε ένα διάγραμμα που ονομάζεται «διάγραμμα καμπύλων τοκετού» <sup>35, 63</sup>

**Διακοπτόμενη παρακολούθηση.** πραγματοποιείται με την χρήση μιας συσκευής χειρός που τροφοδοτείται από μπαταρίες, γνωστή ως Doppler Sonicaid, και η οποία τοποθετείται πάνω στην κοιλιά σας ώστε να μπορεί να <ακούει> τους παλμούς του μωρού σας. Όταν σπρώχνετε,

κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού, η καρδιά του εμβρύου θα πρέπει να παρακολουθείται πιο συχνά<sup>11, 19</sup>

**Ηλεκτρονική παρακολούθηση.** Σε αυτόν τον τύπο παρακολούθησης, δυο συσκευές παρακολουθούν τους παλμούς της καρδιάς του μωρού σας και την ένταση και τη συχνότητα των συσπάσεων. Οι παλμοί της καρδιάς του μωρού σας παρακολουθούνται με μια συσκευή που μοιάζει με εκείνη του υπέρηχου. Εάν το επιθυμείτε, μπορείτε να ακούσετε τους παλμούς ή εάν σας αποσπούν, μπορείτε να ζητήσετε να μειωθεί η ένταση του ήχου. Οι συσπάσεις παρακολουθούνται με μια μικρή βεντούζα που βρίσκεται πάνω σε έναν πλαστικό κύλινδρο.<sup>11, 19</sup>

**Διάγραμμα καμπύλων τοκετού.** Το διάγραμμά καμπυλών τοκετού είναι ένα μεγάλο διάγραμμα που χρησιμοποιείται όταν έχετε εισέλθει σε διαδικασία τοκετού. Περιέχει αρκετά διαγράμματα που περιέχουν πληροφορίες για τον τοκετό σας, επιτρέποντας στη μαία να παρακολουθεί την εξέλιξη του. Από τα χρήσιμα εργαλεία αυτού του διαγράμματος είναι ένα γράφημα που δείχνει την καμπύλη του τοκετού σας. Σε αυτήν καταγράφονται οι αλλαγές του τραχήλου της μήτρας σας και η θέση του κεφαλιού του μωρού σας σε σχέση με τη λεκάνη σας, σε συνάρτηση με το χρόνο.<sup>35, 63</sup>

### 5.11. Πιθανές επιπλοκές τοκετού

Περίπου το 85% όλων των γεννήσεων είναι κολπικοί τοκετοί. Ορισμένες καταστάσεις όμως μπορούν να απειλήσουν τη ζωή και της μητέρας και του εμβρύου. Μια επιπλοκή στον τοκετό παρουσιάζει πρόβλημα στη μητέρα ή το έμβρυο που απαιτούν ιατρική βοήθεια και επέμβαση για να εξασφαλιστεί η επιθυμητή έκβαση. Παρατήρηση, αναφορά τεχνική και φυσικά και συναισθηματικά μέτρα υποστήριξης πρέπει να πραγματοποιηθούν με απόλυτη ικανότητα.

#### 5.11.1 Επιπλοκές πριν από τον τοκετό

1) **Πρόωρος τοκετός.** Ο χρόνος κυοφορίας φαίνεται να έχει σημαντικότερη επίδραση στην επιβίωση του νεογνού από το βάρος. Ο τοκετός που αρχίζει τρεις ή περισσότερες εβδομάδες πριν την αναμενόμενη ημερομηνία καλείται πρόωρος τοκετός. Εάν η γυναίκα εμφανίζεται να έχει αρχίσει τη διαδικασία του τοκετού πολύ νωρίς, συχνά ενδείκνυται δραστική θεραπεία για να προσπαθήσει να διακόψει τις συσπάσεις της μήτρας εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις εμβρυϊκής δυσφορίας. Η διακοπή του πρόωρου τοκετού με φάρμακα είναι γνωστή σαν τοκολυτική θεραπεία. Ο πιο συνήθης λόγος της νοσηρότητας και θνησιμότητας των πρόωρων νεογνών είναι η ανωριμότητα των πνευμόνων<sup>12</sup>

2) **Πρόωρη ρήξη υμένων.** Αυτόματη ρήξη των υμένων μία ώρα ή περισσότερο πριν την έναρξη του τοκετού ορίζεται ως πρόωρη ρήξη υμένων. Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες

κινδύνου που γνωρίζουμε είναι τραύμα ( συνουσία ή πνευλική εξέταση), ακατάλληλος τράχηλος, λοίμωξη ή υδράμνιο με υπέρμετρο ποσό ενάμνιου υγρού. Η μέγιστη επιπλοκή που ακολουθεί την πρόωρη ρήξη των υμένων είναι η χοριοαμνίτις και του αμνίου ή μια λοίμωξη μέσα στον αμνιακό σάκο. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της πρόωρης ρήξης των υμένων τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ανάπτυξης μητρικής σηψαιμίας. Υπάρχουν επίσης πολλοί κίνδυνοι για το νεογνό, ανάλογα με την ωριμότητα που συμπεριλαμβάνει λοίμωξη και πρόπτωση του ομφάλιου λώρου. Ένα βρέφος που βρίσκεται προς το τέλος της κυήσεως, η πιθανότητα εμφάνισης σοβαρού συνδρόμου αναπνευστικής δυσφορίας είναι σπάνια και ο κίνδυνος λοίμωξης γίνεται πολύ σημαντικός. Πρόκληση (έναρξη του τοκετού) είναι η αντιμετώπιση που προτιμάται για την ομάδα αυτής της ηλικίας κυήσεως<sup>24</sup>

3) **Εσπευσμένος τοκετός.** Ο εσπευσμένος τοκετός είναι ένας αυτόματος τοκετός ο οποίος εξελίσσεται πολύ γρήγορα και συνήθως διαρκεί λιγότερο από 3 ώρες. Ένας τοκετός αυτού του είδους συνήθως αρχίζει σχεδόν αμέσως με πολύ δυνατές, συχνές συσπάσεις. Συμβαίνουν όλα τόσο γρήγορα που συχνά είναι δύσκολο για τη μητέρα να αντεπεξέλθει στις συσπάσεις

**Οι συνθήκες που προδιαθέτουν για ή επιβάλλουν στην αιτιολογία του τοκετού περιλαμβάνουν**

- I. Πολυτοκία
- II. Μεγάλη πύελο
- III. Χαλαρούς μαλακούς ιστούς χωρίς αντίσταση
- IV. Δυνατές συσπάσεις της μήτρας
- V. Μικρό βρέφος σε καλή θέση
- VI. Πρόκληση του τοκετού
- VII. Προηγούμενο εσπευσμένο τοκετό<sup>37</sup>

4) **Παρατεταμένος τοκετός.** Περιστασιακά η νοσηλεύτρια ίσως παρατηρήσει ότι μια γυναίκα βρίσκεται στη διαδικασία του τοκετού για ώρες χωρίς πρόοδο. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται δυστοκία (δύσκολος τοκετός). Η αιτία μπορεί να έχει σχέση με τρεις παράγοντες: τις δυνάμεις ή τη δίοδο<sup>56</sup>

✓ Δυσλειτουργία της μήτρας, δυστοκία από δυσλειτουργία του μυομητρίου είναι αυτή, στην οποία τόσο ο χρόνος επέλευσης των ωδινών, όσο και η φάση και ο ρυθμός τους, δεν βρίσκονται σε φυσιολογικά όρια, από αποδιοργάνωση του μηχανισμού της έκλυσης και εξέλιξης του τοκετού. Οι τύποι της δυσλειτουργίας του μυομητρίου είναι:

**Υποτονική δυσλειτουργία** έχουμε όταν οι ωδίνες είναι ασθενείς, δηλαδή ασκούν πίεση μικρότερη από 15 χιλ Hg και δεν προάγουν τη διαστολή του τραχήλου και την κάθοδο του εμβρύου

**Υπερτονική δυσλειτουργία** έχουμε όταν οι ωδίνες είναι πολύ έντονες, δηλαδή ασκούν πίεση πίεση μεγαλύτερη των 15 χιλ Hg.<sup>34</sup>

Γενικά της δυσλειτουργίας προέρχονται από την έγκυο, το έμβρυο και τον γιατρό

**Έγκυος** όταν αυτή πάσχει από στένωση της πυέλου, ανώμαλη διάπλαση της μήτρας, ανεπαρκή ανάπτυξη ή ανώμαλη διάταξη των ινών του μυομητρίου, αδενομύωση, ιωμοτώματα μήτρας.

**Έμβρυο** όταν αυτό πάσχει από διαπλαστική ανωμαλία (ανεγκεφαλία) ή έχει ανώμαλο σχήμα ή ανώμαλη προβολή ή είναι τόσο μεγάλο, ώστε να προκαλεί έμβρυοπυελική δυσαναλογία, είναι δυνατό να συμβεί δυσλειτουργία του μυομητρίου.<sup>5</sup>

- Δυστοκία από ισχιακή προβολή: είναι η δυστοκία που προκαλείται όταν ο πόλος του εμβρύου που προβάλλει είναι τα ισχία του
- Δυστοκία από δυσαναλογία
- Δυστοκία από οπίσθια θέση ινιακής προβολής
- Δυστοκία από μεγάλο έμβρυο
- Δυστοκία από υδροκεφαλία και τερατοπλασίες
- Δυστοκία από μετωπική προβολή
- Δυστοκία από βρεγματική προβολή
- Δυστοκία από προσωπική προβολή
- Δυστοκία από εγκάρσια θέση
- Δυστοκία από ψηλή κάθετη θέση
- Δυστοκία από τους ώμους<sup>1</sup>

**Γιατρός.** Όταν αυτός προβεί σε άσκοπη, αλόγιστη και άτεχνη ωδινόποιητική φαρμακευτική αγωγή και πολυπραγμοσύνη.<sup>41</sup>

II. **Αφύσικη εμβρυική θέση** οι θέσεις ή στάσεις και οι προβολές που δεν είναι φυσιολογικές συχνά προκαλούν δυστοκία και τις επακόλουθες επιπλοκές :

**Συχνότητα δυστοκίας** Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η δυστοκία είναι δύσκολο να προσδιορισθεί, πιθανώς επειδή τα κριτήρια που καθορίζουν τον φυσιολογικό τοκετό δεν έχουν αποσαφηνισθεί. Εξάλλου πέρα από την κλινική εκτίμηση δεν υπάρχει κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος που να προβλέπει τη δυστοκία. Εξαίρεση αποτελούν

III. **Η δίοδος, δυσαναλογία.** Η εμβρυοπυελική δυσαναλογία εμφανίζεται όταν το μωρό είναι πολύ μεγάλο για να περάσει από μια μικρή, συσπασμένη πύελο είτε στη είσοδο, στη μεσοπύελο ή στην έξοδο.<sup>41</sup>

5) **Πολλαπλή εγκυμοσύνη.** Η μητέρα συνήθως αντιμετωπίζει μεγαλύτερες δυσφορίες και υψηλότερους από στην απλή εγκυμοσύνη. Συνήθως στην περίπτωση αυτή γίνεται καισαρική τομή

6) **Πρόπτωση του ομφάλιου λώρου** αυτή η επιπλοκή είναι οπωσδήποτε πολύ σοβαρή λόγω του μεγάλου ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας που συνδέεται με αυτήν. Η ζωή του βρέφους απειλείται διότι ο λώρος πιέζεται μεταξύ του μωρού και της οστέωδους πυέλου. Η παροχή αίματος στο βρέφος διακόπτεται και μαζί με αυτήν η παροχή οξυγόνου. Το μωρό

γρήγορα παθαίνει ασφυξία εάν δεν του δοθεί άμεση προσοχή. Στις περισσότερες περιπτώσεις η καισαρική τομή είναι η θεραπεία που επιλέγεται.<sup>49</sup>

7) **Αυχενικός λώρος.** Εάν ο ομφάλιος λώρος είναι τυλιγμένος πολύ σφικτά γύρω από τον λαιμό του μωρού για να επιτρέψει αυτή τη διαδικασία τοποθετείται αιμοστατική λαβίδα και κόβεται ο λώρος πριν εμφανιστούν οι ώμοι, το έμβρυο εξάγεται αμέσως και λαμβάνονται μέτρα για να αποφευχθεί η ασφυξία

8) **Πρόδρομος πλακούντας.** Όταν ο πλακούντας καλύπτει ή μερικά τον τράχηλο, η κατάσταση ονομάζεται πρόδρομος πλακούντας. Καθώς διαστέλλεται ο τράχηλος ο πλακούντας χωρίζεται από τη μήτρα, στερώντας το οξυγόνο από το μωρό και προκαλώντας ανώδυνη αιμορραγία στη μητέρα. Η κατάσταση αυτή συνήθως οδηγεί σε καισαρική τομή.<sup>7</sup>

9) **Πρώρη αποκόλληση του πλακούντα.** Η πρώρη αποκόλληση του πλακούντα είναι ο πρόωρος διαχωρισμός ενός φυσιολογικά εμφυτευμένου πλακούντα από το τοίχωμα της μήτρας. Προτιμάται ο κολπικός τοκετός αλλά συνιστάται καισαρική τομή όταν η κολπική γέννα δεν είναι άμεση, όταν αναπτύσσεται εμβρυική δυσφορία, σε περιπτώσεις σοβαρής αποκόλλησης με βιώσιμο έμβρυο, όταν η αιμορραγία είναι τόσο σοβαρή που να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας και σε ασθενείς που απέτυχαν στο δοκιμαστικό έλεγχο.

10) **Αιμορραγία μετά τον τοκετό**

κλινικά η αιμορραγία μετά τον τοκετό συνεπάγεται:

- Συνεχή αιμορραγία
- Ταχύ και αδύνατο σφυγμό
- Πτώση της αρτηριακής πίεσεως
- Βραχύτητα αναπνοής
- Ωχρότητα, κρύα εμφάνιση της ασθενούς

Οι τέσσερις κυρίες αιτίες της αιμορραγίας μετά τον τοκετό είναι:

- I. Ατονία της μήτρας
- II. Τραύμα και ρήξη
- III. Κατακρατηθείς πλακούντας
- IV. Αιμορραγικές ανωμαλίες.<sup>56</sup>

### 5.11.2.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Στις σπουδαιότερες επιπλοκές που συμβαίνουν στο τρίτο στάδιο του τοκετού ή στάδιο της υστεροτοκίας, ή ύστερα από αυτό είναι:

1. Αιμορραγία υπάρχει απώλεια αίματος από τη μήτρα σε ποσότητα μεγαλύτερη από 500-600εκ. Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από όλες τις άλλες

Η αιμορραγία προκαλείται από:

- I. Τα τραύματα του γεννητικού σωλήνα
- II. Την αδυναμία σύσπασης της μήτρας
- III. Από διαταραχές της πηκτικότητας του αίματος.<sup>12</sup>

2. Κατακράτηση πλακούντα κατακρατημένο θεωρούμε τον πλακούντα, όταν δεν έχει αποκολληθεί, ύστερα από παρέλευση 30' από τη στιγμή της εξόδου του εμβρύου, ή όταν ενώ έχει αποκολληθεί, παραμένει μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ή του κόλπου.

### **Τα αίτια της κατακράτησης του πλακούντα προέρχονται από**

- I. **Μήτρα.** Αυτά είναι αλλοιώσεις του βλεννογόνου της μήτρας από φλεγμονές, που προηγήθηκαν, ή από επεμβάσεις
- II. **Πλακούντας.** Αυτά είναι οι ανωμαλίες στην πρόσφυση του πλακούντα, όπως στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, σε κέρασ ή σε διάφραγμα, ο υπερβολικά μεγάλη επιφάνεια του (υμενώδης) ο παραπλακούντας κλπ.
- III. **Άλλα αίτια.** Αυτά είναι η υπερβολική κλίση της μήτρας προς τα εμπρός, η γεμάτη ουροδόχος κύστη και τα αιματώματα του γεννητικού συστήματος.<sup>14</sup>
- IV. **Κατακράτηση κοτυληδόνας.** Κατακράτηση κοτυληδόνας είναι η παραμονή πλακουντιακού ιστού μετά την υστεροτομία στην κοιλότητα της μήτρας.  
Τα αίτια της κατακράτησης κοτυληδόνας είναι η βίαιη υστεροτομία, οι άκαιρες μαλάξεις του πυθμένα της μήτρας, η απότομη έλξη του ομφάλιου λώρου κατά την υστεροτομία για την κατακράτηση κοτυληδόνας.<sup>61</sup>
- V. **Εκτροφή μήτρας.** Λέγεται η επιπλοκή στην οποία η εσωτερική της επιφάνεια γίνεται εξωτερική. Την εκτροφή της μήτρας την ταξινομούμε σε τέσσερις βαθμούς
  - Στον πρώτο βαθμό ο πυθμένας της εμφανίζει απλή εμβάθυνση
  - Στο δεύτερο βαθμό ο πυθμένας της βυθίζεται μέσα στο τραχηλικό στόμιο
  - Στον τρίτο βαθμό ο πυθμένας κατεβαίνει στον κόλπο και εξωτερικεύεται
  - Στον τέταρτο βαθμό η εκτροφή παρασύρει και τα τοιχώματα του κόλπου.

Τα κυριότερα αίτια εκτροφής της μήτρας είναι η βίαιη προσπάθεια εξόδου του πλακούντα, πριν αυτός αποκολληθεί, με πίεση του πυθμένα ή με έλξη του ομφάλιου λώρου ή και τα δύο μαζί. Προδιαθεσιακά αίτια αποτελούν ο οξύς πυρετός, η υπερδιάταση της μήτρας και η πολυτοκία.<sup>41</sup>

# Κεφάλαιο 6



## 6.1. Νοσηλευτική Φροντίδα πριν από τον τοκετό

Οι φροντίδες πριν από τον τοκετό αποτελούν το κλειδί για την υγεία της μητέρας, για την εγκυμοσύνη χωρίς προβλήματα και την απόκτηση γερών παιδιών. Σήμερα πια, οι περισσότεροι γιατροί δέχονται πως ο μόνος τρόπος με τον οποίο μπορούμε να βελτιώσουμε την εικόνα των στατιστικών των τοκετών, είναι η έγκαιρη και έντονη φροντίδα στους μήνες που προηγούνται του τοκετού. Για τις περισσότερες γυναίκες, παρακολούθηση των μαθημάτων, που γίνονται στις ειδικές κλινικές, είναι κάτι που κυλάει ομαλά. Η συναναστροφή με άλλες μέλλουσες μητέρες, γιατρούς και μαίες σας μαθαίνει όλο και περισσότερα για την εγκυμοσύνη και τη γέννα, τα οποία θα πρέπει να σας κάνουν να νιώθετε σιγουριά.<sup>59</sup>

### Η επίσκεψη στο γιατρό

Αμέσως μόλις υποψιαστείτε ή βεβαιωθείτε πως είστε έγκυος, πηγαίνετε στο γιατρό σας. Θα σας ρωτήσει ποία ημερομηνία άρχισε η τελευταία σας περίοδος απ' αυτή την ημέρα αρχίζει να υπολογίζεται η εγκυμοσύνη. Ανάλογα με το πόσο έχει προχωρήσει η εγκυμοσύνη σας, ο γιατρός θα κάνει κάποιου είδους τεστ εγκυμοσύνης για να επιβεβαιωθεί. Η πρώτη επίσκεψη είναι πολύ σημαντική όχι μόνο για την επιβεβαίωση την εγκυμοσύνης. Σε αυτή την πρώτη συνάντηση, θα χρειαστεί να πείτε, σε γενικές γραμμές ποιές πρόκειται να είναι οι προτιμήσεις σας στη γέννα γι' αυτό θα πρέπει να σκεφτείτε το θέμα προτού προχωρήσετε. Οι προτιμήσεις αυτές μπορεί να βρίσκονται σε αντίθεση με την επιθυμία του γιατρού σας για να μην ξεφύγει απ' την ρουτίνα και τις διαδικασίες που ακολουθεί, και τις οποίες δεν θέλει να αλλάξει. Αν για κάποιο θέμα την εγκυμοσύνης ή του τοκετού σας έχετε ξεκαθαρισμένες απόψεις αλλά φοβάστε μήπως ο γιατρός σας επιβάλει να δεχτείτε κάποια άλλη λύση.<sup>59</sup>

### Οι προγεννητικές κλινικές

Μετά την επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης, ο γιατρός σας θα κάνει τις σχετικές ρυθμίσεις για τις φροντίδες πριν από τον τοκετό. Πρόκειται για κάτι που αναλαμβάνουν οι ειδικές κλινικές των κέντρων υγείας ή των μεγάλων δημοσίων μαιευτήρων της περιοχής. Συχνά, η επίσκεψη σε μια τέτοια κλινική σημαίνει πολλές ώρες αναμονής μέσα στη χαώδη κατάσταση ενός τόσο μεγάλου ιδρύματος. Υπ' αυτές τις δυσάρεστες συνθήκες, πολλές είναι οι γυναίκες που αισθάνονται να χάνουν την προσωπικότητά τους.<sup>59</sup>

### Η πρώτη επίσκεψη

Σκοπός της πρώτης επίσκεψης της εγκυμονούσας σε μια τέτοια κλινική, γύρω στη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, είναι να δώσετε τις σχετικές πληροφορίες, ώστε να μπορέσουν να κρίνουν αν πρόκειται να εξελιχθούν φυσιολογικά η εγκυμοσύνη και ο τοκετός σας. Επίσης θα σας κάνουν ορισμένα τεστ για να δουν αν είστε υγιής π.χ. πίεση, εξέταση ούρων και αιματολογικές. Από την

πρώτη σας επίσκεψη, μη διστάσετε να κάνετε τις ερωτήσεις που σας απασχολούν. Είναι πολύ σημαντικό ν' αποκτήσετε εμπιστοσύνη σ' ότι αφορά την εγκυμοσύνη σας, εξωτερικεύοντας τις όποιες ανησυχίες σας. Επίσης μπορείτε από τώρα στο φάκελο σας ο τρόπος που προτιμάτε να σας ανακουφίσουν από τους πόνους κατά την διάρκεια του τοκετού. Πιθανότητα υπάρχει πριν φύγετε να σας δώσουν χάπια σιδήρου για να αποκλείσετε την αναιμία. Θα σας ζητήσουν να πηγαίνετε σε αυτή την κλινική κάθε τέσσερις εβδομάδες μέχρι την 28<sup>η</sup> και αργότερα κάθε δυο μέχρι την 36<sup>η</sup>. Από κει και πέρα και μέχρι την τελική φάση της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να επισκέπτεται η εγκυμονούσα μια φορά την εβδομάδα.<sup>59</sup>

## **Οι ειδικές εξετάσεις**

Μερικές ειδικές εξετάσεις, όπως είναι οι εξετάσεις με υπέρηχους, τείνουν να γίνουν κοινή πρακτική, ενώ άλλες όπως είναι η αμνιοπαρακέντηση, γίνονται αν υπάρχει υποψία κάποιας ανωμαλίας ή σαν προληπτικό μέτρο, στις περιπτώσεις που η έγκυος έχει υπερβεί κάποιαν ορισμένη ηλικία συνήθως αν πλησιάζει στα 40.<sup>59</sup>

## **Εκεί που διδάσκεται η <τέχνη> του γονιού**

Πρόκειται για μαθήματα που στόχο τους έχουν να πληροφορήσουν και να δώσουν αυτοπεποίθηση σ' αυτούς που για πρώτη φορά θα γίνουν γονείς. Τα μαθήματα αυτά θα πρέπει να συνδυάζουν ιδανικά τα εξής τρία στοιχεία να δίνουν και στους δυο γονείς να καταλάβετε τα σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό να σας μάθουν τρόπους χαλάρωσης και να σας διδάξουν πώς να αναπνέετε, καθώς και τι ασκήσεις να κάνετε για να προσφέρετε αποτελεσματικές φροντίδες στο νεογέννητο.<sup>59</sup>

## **6.2. Νοσηλευτική φροντίδα αμέσως μετά τον τοκετό**

Η παρακολούθηση της λεχώνας, αρχίζει από την αίθουσα τοκετών. Για ένα χρονικό διάστημα 1-2 ωρών εντατικά με προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης τυχόν επιπλοκών όπως αιμορραγία. Κατά το διάστημα αυτό ελέγχονται οι σφίξεις, η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία και οι τυχόν παθολογικές αντιδράσεις από την τοπική ή γενική αναισθησία. Ελέγχεται η παλινδρόμηση της μήτρας και η αποβαλλόμενη ποσότητα λοχίων. Αν η μήτρα έχει την τάση να μην συσπάται ή υπάρχει ιστορικό ατονίας σε προηγούμενο τοκετό μπορεί να δοθεί ενδοφλεβίως διάλυμα ωκυτοκίνης. Ελέγχεται το τραύμα της περινεοτομίας για οίδημα ή για αιμάτωμα. Σε περίπτωση κοιλιακής αιμορραγίας, η λεχώνα πρέπει να εξετάζεται και για ρήξεις τραχήλου, κόλπου που ενδεχόμενα δεν αποκαταστάθηκαν. Μόνο εφόσον όλες οι προαναφερθείσες παράμετροι είναι ομαλές, θα επιτραπεί η απομάκρυνση της λεχώνας από την αίθουσα εντατικής παρακολούθησης και η μεταφορά της στο δωμάτιο.

Παρακολούθηση και φροντίδα της λοχείας μετά την μεταφορά της στο θάλαμο, η λεχώνα έχει ανάγκη από προσεκτική παρακολούθηση. Στο διάστημα αυτό ελέγχονται :

### **Θερμοκρασία**

Αυτή πρέπει να ελέγχεται συστηματικά πρωί και απόγευμα. Μπορεί να είναι υψηλότερη της συνηθισμένης την πρώτη ημέρα, εξαιτίας της κόπωσης από τον τοκετό, τις επόμενες ημέρες εξαιτίας της δράσης της προλακτίνης στο μαστό και της υπερφόρτωσης των μαστών. Όταν όμως παραμένει σε υψηλά επίπεδα άνω των 38°C πρέπει να βρούμε τα αίτια της ανόδου της. Γενικά συνηθέστερες αιτίες αύξησης της θερμοκρασίας της λεχώνας είναι η ενδομητρίτιδα, η μαστίτιδα, οι ουρολοιμώξεις και οι θρομβοφλεβίτιδες. <sup>26, 38, 42, 65, 67</sup>

### **Σφίξεις**

Οι σφίξεις πρέπει να ελέγχονται μαζί με την θερμοκρασία δυο φορές την ημέρα. Εγκατάσταση ταχυσφυγμίας στις πρώτες ημέρες της λοχείας υποδηλώνει μεγάλη απώλεια αίματος, κόπωση, υπερδιέγερση και μόλυνση ή αγγειακή θρόμβωση <sup>17, 20, 26, 65, 67</sup>

### **Αρτηριακή Πίεση**

Ελέγχεται συχνά, ειδικά αν υπήρχε προεκλαμψία στην κύηση <sup>17, 20</sup>

### **Παλινδρόμηση Μήτρας**

Η παλινδρόμηση και η τονικότητα της μήτρας ελέγχονται καθημερινά με την παρακολούθηση του ύψους του πυθμένα της και την έκθλιψη της για την έξοδο των λοχείων. Η χορήγηση ωκυτόκιων φαρμάκων πρέπει να περιορίζεται μόνο στις λεχώνες εκείνες που έχουν ειδική ένδειξη όπως αιμορραγία μετά τον τοκετό ή ενδομητρίτιδα. Ο ρυθμός παλινδρόμησης είναι ταχύτερος στις θηλάζουσες μητέρες. Η μήτρα πρέπει να είναι καλά και να μην προκαλείται πόνος κατά την εξέτασή της. <sup>20, 30, 42, 52, 53, 65, 67</sup>

### **Λοχεία**

Ο έλεγχος των λοχειών συνοδεύεται όπως αναφέρθηκε πάντα και από τον έλεγχο του βαθμού παλινδρόμησης της μήτρας και την τυχόν ύπαρξη ευαισθησίας της. Τα λοχεία ελέγχονται καθημερινά ως προς την σύσταση, την οσμή και την ποσότητα. Εάν τα λοχεία παραμένουν αιματηρά μετά την έκτη ημέρα ή είναι δύσσομα, αυτό είναι ένδειξη λοίμωξης <sup>20, 26, 30, 52, 53, 65, 67</sup>

### **Τραύμα της Περινεοτομίας**

Καθημερινά γίνεται παρακολούθηση της τοπικής κατάστασης του τραύματος του περινέου και παρατήρηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Είναι απαραίτητο η μαία να διδάξει

στην λεχώνα την σημασία της καθαριότητας και της ατομικής υγιεινής, μετά από κάθε ούρηση ή κένωση για την καλή επούλωση των τραυμάτων. Ως γενική αρχή πρέπει να ακολουθείται η διατήρηση στεγνού τραύματος με την συχνή αλλαγή που απορροφούν τις κολπικές εκκρίσεις. Η περινεοτομία είναι ενοχλητική για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται ήπια αναλγητικά, τοπικές πλύσεις και αλοιφές στεροειδών. <sup>[26] [42] [65] [67] [53]</sup>

## **Διούρηση**

Η πρώτη ούρηση μετά τον τοκετό πρέπει να γίνεται μέσα στις επόμενες 2-6 ώρες. Η λεχώνα πρέπει να ενθαρρύνεται να ουρεί συχνά, κάθε 2 ώρες περίπου, τις δυο πρώτες ημέρες της λοχείας. Η γεμάτη ουροδόχος κύστη εμποδίζει την παλινδρόμηση της μήτρας και μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη απώλεια αίματος. Σε κάθε περίπτωση δυσκολίας που παρατηρείται συνήθως κατά την πρώτη ούρηση, είναι σκόπιμο να αποφεύγεται η διευθέτηση με καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης, λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος. Η υπομονή και η ψυχολογική υποστήριξη της λεχώνας θα βοηθήσει την επίλυση του προβλήματος αυτού. Παράλληλα με την συχνότητα της ούρησης καταγράφεται και η τυχόν ύπαρξη σημείων λοίμωξης από το ουροποιητικό σύστημα, όπως ο πόνος κατά την ούρηση, η συχνουρία και ο πόνος στην οσφύ. <sup>26, 42, 53, 65, 67</sup>

## **Κενώσεις**

Η πρώτη κένωση του εντέρου αναμένεται μετά από 36-48 ώρες λόγω εντερικής πάρεσης και ευαισθησίας της περιοχής του πρωκτού, από περινεοτομία και επίσης λόγω έλλειψης τροφής ή αφυδάτωσης. Εάν μετά από 48 ώρες δεν υπάρχει κένωση μπορούν να χορηγηθούν ήπια υπακτικά όπως το γάλα μαγνησίας, διάφορους φυσικούς και συνθετικούς πολυσακχαρίτες, παραφινέλαιο ή να γίνει ήπιος υποκλυσμός του εντέρου. Οι ενοχλήσεις από τις αιμορροΐδες εάν υπάρχουν αντιμετωπίζονται με ψυχρές κομπρέσες και σε ανάταξη με το δάχτυλο χρησιμοποιώντας μια κρέμα με τοπικό αναισθητικό. <sup>3, 20, 30, 52, 65, 67</sup>

## **Μαστοί**

Οι μαστοί όπως και οι θηλές εξετάζονται προκειμένου να εκτιμηθεί η έναρξη της γαλουχίας, αργότερα ελέγχονται για υπερφόρτωση και ραγάδες ή και μόλυνση. Τα πρώτα τρία έως τέσσερα 24ώρα οι μαστοί διογκώνονται, γίνονται βαριοί, ευαίσθητοι γι' αυτό πρέπει να στηρίζονται καλά με στηθόδεσμο και να αποφεύγονται οι βίαιοι χειρισμοί. <sup>20, 26, 30, 42, 52, 65</sup>

## **Κάτω Άκρα**

Εξαιτίας της συμπύκνωσης των παραγόντων πήξεως του αίματος αμέσως μετά τον τοκετό, η λεχώνα έχει αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει θρομβοφλεβίτιδα ιδιαίτερα στα κάτω άκρα. Η μαία πρέπει να εξετάζει τα κάτω άκρα της λεχώνας για σημεία θρομβοφλεβίτιδας τα πρώτα

τρία 24ώρα, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν κίρσοι, ώστε να διαπιστωθεί έγκαιρα η ύπαρξη άλγους στη γαστροκνήμια και το μηρό, οιδήματος ή και τυχόν ύπαρξη διαφοράς στην θερμοκρασία των δύο σκελών.<sup>20, 42, 65, 67</sup>

### **Κινητοποίηση της Λεχώνας**

Η τακτική έγερση της λεχώνας βοηθά σημαντικά στα εξής:

- A) Στην παλινδρόμηση της μήτρας
- B) Την έξοδο των λοχειών
- Γ) Την καλή λειτουργία του εντέρου, της ουροδόχου κύστεως
- Δ) Την αποφυγή ανάπτυξης θρομβοφλεβίτιδας
- E) Και τη ψυχική ευεξία της λεχώνας

Εκτός από την πρώιμη κινητοποίηση ενθαρρύνεται η λεχώνα να έχει το πρώτο της λουτρό αμέσως μετά από φυσιολογικό τοκετό και στις πρώτες δύο ημέρες μετά από καισαρική τομή.

<sup>20, 42, 65, 67</sup>

### **Οδηγίες για αγωγή πριν την έξοδο από το μαιευτήριο και για το σπίτι**

Πριν από την έξοδό της από το μαιευτήριο, η λεχώνα θα ενημερωθεί για τις μεταβολές που θα συμβούν στον οργανισμό της στη διάρκεια της λοχείας. Θα δοθούν οδηγίες για την καθαριότητα του σώματος, την διατροφή της, την περιποίηση του τραύματος της περινεοτομίας και θα τονιστεί η σημασία των ειδικών ασκήσεων που αποσκοπούν στην ενίσχυση των μυών του κοιλιακού τοιχώματος και του περινέου. Όσο αφορά την γενετήσια δραστηριότητα η λεχώνα θα πρέπει να πληροφορείται ότι τις πρώτες 6-8 εβδομάδες η σεξουαλική επιθυμία είναι μειωμένη διότι τόσο η ξηρότητα του κόλπου και γενικά οι ενοχλήσεις από τα ταλαιπωρημένα γεννητικά όργανα, όσο και η ψυχική φόρτιση και η φυσική κόπωση που έχει η λεχώνα για την φροντίδα του νεογνού, δημιουργούν αρνητικές επιπτώσεις στην σεξουαλική συμπεριφορά. Γενικά η απάντηση που θα δοθεί για το χρόνο που το ζευγάρι μπορεί να έχει σεξουαλικές σχέσεις είναι μετά από 4 εβδομάδες περίπου. Η λεχώνα είναι απαραίτητο να ενημερωθεί για τις πιθανότητες που υπάρχουν να έχει μία γόνιμη επαφή πριν ακόμα παρουσιαστεί έμμηνος ρύση. Υπάρχει σημαντικό ποσοστό αποτυχίας αν η γαλουχία χρησιμοποιηθεί ως αντισυλληπτική μέθοδος. Υποχρέωση της μαιέας και του γιατρού είναι να συστήσει μια πιο ασφαλή αντισυλληπτική μέθοδο όπως είναι το ανδρικό προφυλακτικό. Τα συνδυασμένα από του στόματος αντισυλληπτικά δεν αντενδεδεικνύονται στις πολύ μικρές δόσεις που χρησιμοποιούνται σήμερα, αλλά η έναρξή τους δεν πρέπει να γίνεται πριν εγκατασταθεί η γαλουχία διότι μπορεί να προκληθεί μερική καταστολή της. Σε γυναίκες που δεν θηλάζουν μπορούν να χορηγηθούν συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία από την 2<sup>η</sup> έως την 3<sup>η</sup> εβδομάδα της λοχείας. Από την άλλη μεριά η χρησιμοποίηση από του στόματος μόνο προγεσταγόνων (minipills) μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή διότι δεν επηρεάζουν την

γαλουχία. Τέλος η λεχώνα θα πρέπει να ενημερωθεί ότι σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας από τον κόλπο, υπερπυρεξίας, πόνο στη γαστροκνήμια και ξαφνικής ταχυκαρδίας και δύσπνοιας θα πρέπει να ειδοποιήσει αμέσως τη μαία ή το γιατρό της.<sup>18, 22, 38, 65</sup>

### **Πρώτη επίσκεψη μετά τη λοχεία**

Με την αποχώρησή της από το μαιευτήριο θα πρέπει να ενημερωθεί η λεχώνα για τη σημασία της πρώτης επίσκεψης στη μαία ή στο γιατρό μετά τη λοχεία της. Η επίσκεψη αυτή ρυθμίζεται να γίνει την 4<sup>η</sup> με 6<sup>η</sup> εβδομάδα μετά τον τοκετό.

### **Ελέγχεται**

- 1) Η αρτηριακή πίεση .
- 2) Το βάρος, οι περισσότερες γυναίκες διατηρούν το 60% του βάρους που πήραν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οπότε πρέπει να δοθεί το κατάλληλο διαιτολόγιο στη μητέρα για να επανέλθει στο προ της εγκυμοσύνης βάρος της.
- 3) Η αιματολογική κατάσταση (Ht και Hb) και γενική αίματος.
- 4) Η λειτουργικότητα των κοιλιακών μυών και των μυών του περινέου.
- 5) Η μήτρα για εκτίμηση της παλινδρόμησής της και γίνεται έλεγχος για ενδομητρίτιδα, μυομητρίτιδα, εξανθηματικές μάζες.
- 6) Γίνεται επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων και έλεγχος στον κόλπο και στον τράχηλο για κολπική υπερέκκριση, φλεγμονή, τραχηλίτιδα και τραχηλικές βλάβες.
- 7) Γίνεται γυναικολογική εξέταση και ελέγχεται η επούλωση της περινεοραφής και των τυχόν τραυμάτων κόλπου και τραχήλου.
- 8) Ελέγχονται οι μαστοί για ραγάδες θηλών και για να γίνει εκτίμηση παραγωγής γάλακτος.
- 9) Λαμβάνεται κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου.
- 10) Και τέλος για μια ακόμη φορά θα προταθεί αντισύλληψη και ότι μπορεί πλέον να επανέλθει στην κανονική της δραστηριότητα και στην εργασία της.<sup>3, 17, 20, 21, 22, 48, 67</sup>

# Κεφάλαιο 7

# ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

## 7.1. Ορισμός

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια από τις αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις και αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα υγείας που αφορά ένα σημαντικό τμήμα του γυναικείου πληθυσμού. Ενδεχομένως αυτό να συνοδεύεται από ενοχές, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να συμβάλουν στην παράταση της κατάθλιψης.<sup>46</sup> Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια διαταραχή της διάθεσης που εμφανίζεται στις πρώτες εβδομάδες της λοχείας αλλά σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί στο πρώτο έτος ζωής του παιδιού. Είναι μια αρκετά σοβαρή νόσος που μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στην συμπεριφορά της γυναίκας και κάποιες φορές αυτό γίνεται αντιληπτό από τα άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος. Είναι, συνεπώς, σημαντική η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης να ξεκινήσει γρήγορα για την αντιμετώπιση της νόσου.<sup>46</sup>

## 7.2. Συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης

1. Αλλαγές διάθεσης
2. Αναίτιο κλάμα
3. Θλίψη
4. Αϋπνία
5. Ευερεθιστικότητα
6. Αυτοκτονικές σκέψεις
7. Αδυναμία στην φροντίδα του νεογνού
8. Αισθήματα αναξιότητας και ενοχής<sup>46</sup>

## Οι ορμονικές αλλαγές μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης

1. Τα επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή αδένος μπορούν επίσης να μειωθούν μετά από τη γέννα και προκαλούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης γι αυτό πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία .
2. Οι γυναίκες χρειάζονται χρόνο για να αναπληρώσουν τα αποθέματα σεροτονίνης στον εγκέφαλο, μετά από κάποιο έντονο στρες αυτό μπορεί να επηρεάσει την διάθεση της , όμως γρήγορη αναπλήρωση μπορεί να γίνει μέσω των τροφών.
3. Το συναίσθημα της έντονης κόπωσης μετά από εργώδη φυσιολογικό τοκετό.
4. Ο άστατος ύπνος εμποδίζει συχνά τη μητέρα να ανακτήσει τις δυνάμεις της γιατί δεν έχει ξεκούραστη καθόλου λόγω της ανησυχίας που έχει .
5. Αίσθημα πίεσης από τις αλλαγές στην καινούργια πορεία που μπήκε η ζωή της .



6. Συναισθήματα απώλειας: της ταυτότητας, του ρόλου, της σιλουέτας, της αίσθησης να είναι ελκυστική.

7. Μείωση του ελεύθερου χρόνου και του ελέγχου στη διάθεση του χρόνου αφού πλέον το πρόγραμμα της έχει πάρει μια καινούργια πορεία .

8. Το ιστορικό κατάθλιψης, μανιοκατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών, στην ίδια ή την οικογένειά.

9. Το συναισθηματικό περιβάλλον της μητέρας κατά την παιδική της ηλικία και τα βιώματά της παίζουν σημαντικό ρόλο. Εάν στο περιβάλλον υπήρξαν προστριβές και οι σχέσεις της οικογενείας υπήρξαν παθολογικές, οι πιθανότητες να εμφανιστεί ψυχοπαθολογία είναι αυξημένες.

10. Η συμβολή του πατέρα είναι σημαντική και πηγάζει από τη δική του παιδική ηλικία αλλά και από τις συνθήκες της ζωής του.<sup>69</sup>

### **7.3. Ψύχωση στην επιλόχειο κατάθλιψη**

Είναι μια σπάνια αλλά πολύ σοβαρή διαταραχή που μπορεί να αναπτυχθεί μετά τον τοκετό. Χαρακτηρίζεται έντονα από την απώλεια επαφής της πραγματικότητας, είναι επείγον ιατρικό περιστατικό γι αυτό πρέπει να νοσηλευτή η μητέρα για να υπάρχει ένα ασφαλές περιβάλλον για το παιδί και για την μητέρα γιατί υπάρχει κίνδυνος παιδοκτονίας και αυτοκτονίας. Οι γυναίκες νιώθουν συναισθηματικά ασταθείς μετά τη γέννα. Αμέσως μετά, τόσο το σώμα όσο και η ψυχή πρέπει να συνηθίσουν σε μια εντελώς νέα κατάσταση. Έτσι μπορεί το άτομο να γίνει ευέξαπτο και να αρχίσει να κλαίει πολύ, μπορεί να νιώσει πολύ λυπημένη ή δυστυχισμένη. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται «μητρική μελαγχολία» (baby blues). Διαρκεί συνήθως έως δυο εβδομάδες και η διάθεση μπορεί να ποικίλει κατά τη διάρκεια της ημέρας.<sup>9, 11. 22</sup>

### **7.4. Αίτια στην επιλόχειο κατάθλιψη**

1. Ιστορικό με κατάθλιψη στην ίδια ή επιλόχειος κατάθλιψης
2. Ιστορικό κατάχρησης ουσιών
3. Ιστορικό οικογενειακό ψυχικής πάθησης συνεισφέρει σε μεγάλο ποσοστό στα αίτια κατάθλιψης
4. Μικρή υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους
5. Ανησυχία για το έμβρυο
6. Προβλήματα με την προηγούμενη γέννα ή εγκυμοσύνη
7. Συζυγικά ή οικονομικά προβλήματα
8. Πολύ νεαρές σε ηλικία μητέρες
9. Ένα στρεσογόνο γεγονός στην ζωή, π. χ θάνατος στην οικογένεια.<sup>68</sup>

- Σύμφωνα με μια μελέτη έδειξε πως μια σημαντική αιτία κατάθλιψης μετά τον τοκετό είναι τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D στον οργανισμό της γυναίκας που επιφέρει επιπτώσεις στον οργανισμό της ίδιας αλλά και του παιδιού <sup>15</sup>

## **7.5. Συμπτώματα ψύχωσης στην επιλόχεια κατάθλιψη**

1. Ψευδαισθήσεις (το να βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν ή να ακούει φωνές)
2. Παρανοϊκές και παράλογες πεποιθήσεις
3. Πολύ μεγάλη ταραχή και άγχος
4. Αυτοκτονικές σκέψεις ή συμπεριφορές
5. Σύγχυση και αποπροσανατολισμός
6. Ταχείες εναλλαγές της διάθεσης
7. Παράξενη συμπεριφορά
8. Αδυναμία ή άρνηση η λεχώνα να φάει ή να κοιμηθεί
9. Σκέψεις πρόκλησης βλάβης ή θανάτου στο μωρό.<sup>22</sup>

## **7.6. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

- Μην προσπαθείτε να κάνετε τα πάντα στην ζωή σας . Προσπαθήστε να κάνετε λιγότερα για να μην κουραστείτε. Αν εργάζεστε να τρώτε συχνά γεύματα πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία και να προσπαθείτε να χαλαρώνετε.
- Μην μπείτε σε διαδικασία μετακόμισης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για εξασφάλιση της καλής εγκυμοσύνης και 6 μήνες μετά την γέννα για να αποφύγετε το άγχος και την κούραση .
- Κάνετε φιλίες με ζευγάρια που περιμένουν μωρό ή μόλις έγιναν γονείς για να γίνει μια ανταλλαγή συναισθημάτων ή για χρήσιμες συμβουλές .
- Βρείτε κάποιον/α να μιλάτε για να μοιράζεστε τα συναισθήματά σας για να μειώνετε το άγχος σας και για να νιώθετε ανακουφισμένη .
- Αν στο παρελθόν είχατε επιλόχεια κατάθλιψη ενημερώστε τον γυναικολόγο ή τον παθολόγο σας για να σας παραπέμψει σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας για να γίνει η σωστή αντιμετώπιση εάν ξανά συμβεί και για προσοχή στην έναρξη πιθανών συμπτωμάτων .
- Πρόσωπα με τα οποία υπάρχουν εσωτερικές ή εξωτερικές συγκρούσεις καλό είναι με σωστό και όμορφο τρόπο να κρατηθούν σε απόσταση για να υπάρχει ένα ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον .
- Βρείτε τρόπους να εκφράσετε την οικειότητά σας με το σύντροφό σας.

- Μοιραστείτε τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας με όποιον βρίσκεται συναισθηματικά κοντά σας και μπορεί να σας νιώσει και για να σας συμβουλέψει .<sup>23</sup>

## 7.7. Κλινική εικόνα

1. Κακή διάθεση
2. Έντονη θλίψη
3. Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλιότερα πρόσφεραν ευχαρίστηση.
4. Έλλειψη ενδιαφέροντος προς το μωρό ή επιθετικότητα προς αυτό
5. Ευσυγκινησία χωρίς προφανές λόγους με ασυγκράτητα δάκρυα
6. Άγχος
7. Κόπωση
8. Μείωση ή αύξηση βάρους
9. Έμμονες ή ανεξήγητες ιδεοληψίες που αφορούν το βρέφος
10. Κούραση που νιώθουν οι μητέρες στην περίοδο της λοχείας
11. Δυσκολία ύπνου<sup>[69]</sup>

## 7.8. Προδιαθεσικοί παράγοντες

- Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης
- Ιστορικό σοβαρών επεισοδίων προεμμηνορροϊκού συνδρόμου
- Ιατρικές επιπλοκές για τις μέλλουσες μητέρες ή το μωρό τους
- Δυσκολίες στις σχέσεις με τον σύντροφο τους
- Έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια ή τους φίλους τους
- Καισαρική τομή<sup>[45]</sup>

✓ Ένας από τους βιολογικούς παράγοντες που εμπλέκονται είναι διαταραγμένο μεθειονίνη-ομοκυστεΐνη μεταβολισμού. Δεδομένου ότι αυτή η μεταβολική οδός παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην μυελίνωση των νευρικών ινών, η ανάπτυξη και η ανάπτυξη του παιδιού θα μπορούσε επίσης να επηρεαστεί αρνητικά σύμφωνα με έρευνα.<sup>4</sup>

## 7.9. Διάγνωση

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση της γυναίκας, τα επίπεδα άγχους, τον βαθμό αυτοελέγχου και βαρύτητας των συμπτωμάτων
2. Βάζουμε μια σειρά προτεραιότητας στα ακόλουθα βήματα:
  - Άγχος
  - Λύπη
  - Δυσλειτουργία
  - Καταβολή δυνάμεων
  - Διαταραχή στην διατροφή, λιγότερη ποσότητα από την αναγκαία
  - Έλλειψη αυτοεκτίμησης
  - Διαταραχή στην σεξουαλική συμπεριφορά
  - Διαταραχές ύπνου
  - Κοινωνική απομόνωση
  - Κίνδυνος άσκησης βίας και τον εαυτό της και στο παιδί της
  - Αυτοκτονικές ιδεοληψίες ή παιδοκτονία.<sup>[50]</sup>

## 7.10. Θεραπεία

- ❖ Η πρώτη ένδειξη που βλέπει και θέλει να βοηθήσει ο θεραπευτής είναι τον τρόπο που σκέφτεστε και συμπεριφέρεστε και σας οδήγησε στην επιλόχεια κατάθλιψη που έχει σκοπό να σας βοηθήσει να τον αλλάξετε.<sup>69</sup>
- ❖ Ο ρόλος της ωκυτοκίνης στη θεραπεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό είναι ένα θέμα αυξανόμενου ενδιαφέροντος. Κατά τα τελευταία έτη, η ωκυτοκίνη έχει λάβει προσοχή για δυναμικό ρόλο του σε πολλές νευροψυχιατρικές συνθήκες πέρα καλά περιγραφόμενες λειτουργίες του στον τοκετό και τη γαλουχία.<sup>55</sup>
- ❖ Ατομική θεραπεία ή θεραπείες ζεύγους: Η θεραπεία μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό.
- ❖ Ορμονική θεραπεία: πιθανή οροθεραπεία για την γρήγορη αποκατάσταση της ορμονικής ισορροπίας
- ❖ **Αντικαταθλιπτικά** – Για τις σοβαρές περιπτώσεις της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, η φαρμακοθεραπεία είναι θεραπεία εκλογής. Ωστόσο, η χρήση φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να συνοδεύεται από ψυχοθεραπεία, καθώς και από στενή παρακολούθηση από ιατρό.<sup>46</sup>

## 7.11. Πρόληψη για την επιλόχεια κατάθλιψη

✓ Σύμφωνα με μια βρετανική μελέτη που έγινε στο πανεπιστήμιο του Κέιμπριτζ έδειξε πως οι νέες μητέρες που θηλάζουν αντιμετωπίζουν κατά 50% χαμηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι πίσω από την προστατευτική δράση του θηλασμού ενάντια στην επιλόχεια κατάθλιψη κρύβονται οι ορμόνες της ευτυχίας που εκκρίνονται από τον γυναικείο οργανισμό από την παραγωγή του γάλακτος.<sup>6</sup>

✓ Σε μία μελέτη που έγινε σε σχέση με την αϋπνία που εμφανίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έδειξε ότι 2 στις 6 γυναίκες εμφάνισαν επιλόχεια κατάθλιψη μετά τον τοκετό οπότε η πρόληψη που πρέπει να γίνει είναι να αντιμετωπιστεί η αϋπνία.<sup>36</sup>

✓ Η παρεμπόδιση της γυναίκας να φέρει στον κόσμο το παιδί της με καισαρική τομή όταν δεν υπάρχει ιατρικός λόγος, γιατί έρευνες έδειξαν πως η επέμβαση αυτή είναι ένας αρκετά σημαντικός λόγος <sup>66</sup>

## 7.12. Επιδημιολογικά στοιχεία στην επιλόχεια κατάθλιψη

❖ Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας για τις αναπτυγμένες χώρες (Κύπρος, Ινδία, Γιουγκοσλαβία, Αίγυπτος, Ελβετία και Δημοκρατία της Ιρλανδίας) οι έρευνες έδειξαν ότι 10% των εγκύων και το 13% των νέων μητέρων υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα κυρίως κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές

❖ Αντίθετα στις αναπτυσσόμενες χώρες ( Πακιστάν , Κίνα , Ταϊλάνδη , Μπαγκλαντές και Ινδονησία ) οι έρευνες έδειξαν ότι τα ποσοστά των καταθλιπτικών γυναικών έχουν αυξηθεί δηλαδή 15,6% για τις έγκυες και στο 19,8% για τις νέες μητέρες.

❖ Η Ελλάδα 50-85% των νέων μητέρων αναπτύσσουν μιας ήπιας έντασης και παροδική μορφή επιλόχειας δυσφορίας που διαρκεί περίπου 2 εβδομάδες και δεν πρέπει να ταυτίζονται με την κατάθλιψη αλλά το 10-15% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη και το 0,1-0,2% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια ψύχωση .

❖ Σύμφωνα με τα δημοσιεύματα του τύπου για τα στοιχεία στην Ελλάδα έδειξε ότι 47,3% προβαίνουν σε καισαρική τομή. Στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες ( Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Εσθονία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Κροατία, Κύπρος, Λεττονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα,

Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία, Τσεχική Δημοκρατία, Φιλανδία ) δεν ξεπερνά το 18% <sup>39</sup>

### 7.13. Νοσηλευτική παρέμβαση στην επιλόχεια κατάθλιψη

1. Να δημιουργηθεί ένα ασφαλές περιβάλλον για την μητέρα αλλά και για το παιδί
2. Να παίρνει την φαρμακευτική αγωγή της να συνεχίσει την ψυχοθεραπεία της και μετά το τέλος της αγωγής της
3. Βρείτε τους ανθρώπους που μπορούν να σας βοηθήσουν με τη φροντίδα των παιδιών, δουλειές του σπιτιού, και θελήματα. Έτσι μπορείτε να ξεκουραστείτε αποτελεσματικά.
4. Βρείτε χρόνο για τον εαυτό σας κάθε μέρα, ακόμα κι αν είναι μόνο για 15 λεπτά. Κάντε κάτι χαλαρωτικό ή που σας κάνει να νιώθετε καλά με τον εαυτό σας.
5. Κρατήστε ένα ημερήσιο ημερολόγιο με τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας. Αυτός είναι ένας καλός τρόπος για να παρατηρήσετε τα πάντα και να παρακολουθείτε την πρόοδό σας όταν αρχίσετε να αισθάνεστε καλύτερα.
6. Δώστε στον εαυτό σας πίστωση χρόνου για πράγματα που δεν είναι άμεσης προτεραιότητας.
7. Δώστε στον εαυτό σας την άδεια να αισθάνεστε αγχωμένες και στρεσαρισμένες.
8. Να θυμάστε ότι κανείς δεν περιμένει από εσάς να γίνετε υπέρ δύναμη γυναίκα.
9. Η ασθενείς να εκδηλώσει μείωση του άγχους.
10. Να αποκαταστήσει τη διαταραχή του ύπνου και θα κοιμάται το λιγότερο 6-7 ώρες, χωρίς να διακόπτεται ο ύπνος.
11. Να τρώει υγιεινά γεύματα ή τρεις φορές τη μέρα ή έξι φορές, αλλά μικρότερες μερίδες.
12. Να μην κάνει σκέψεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα
13. Να συγκατέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε συζητήσεις και να νιώθει ότι ανήκει και αυτός σε κάποια ομάδα.
14. Η γυναίκα να έχει μια φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα
15. Η οικογένεια έχει γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη, τη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων<sup>8</sup>

# Κεφάλαιο 8

## 8.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Στις 12/7/2014 προσήλθε στα ΤΕΠ του γενικού νοσοκομείου γυναίκα αθίγγανη, 17 ετών, με βάρος 65 κιλών, παντρεμένη μαζί με το νεογνό της, η οποία είχε γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό πριν από δυο ημέρες το δεύτερο παιδί της στο κατακλυσμό όπου διέμενε. Μετά τον τοκετό δεν διακομιστεί σε νοσοκομείο ούτε συμβουλευτήκε μαιευτήρα, όπως αναφέρει η ίδια, καθώς ο τοκετός εξελίχθηκε ομαλά. Το νεογνό ύστερα από παιδιατρική παρακολούθηση χαίρει άκρας υγείας.

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

Τα μετεγχειρητικά προβλήματα της λεχώνας, και η εφαρμοσμένη νοσηλευτική φροντίδας για την αντιμετώπιση τους δίνονται στον παρακάτω πίνακα

| Αξιολόγηση αρρώστου-προβλήματα | Αντικειμενικός σκοπός   | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας   | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας   | Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας   |
|--------------------------------|---|--|---|---|
| Ρήξη της μήτρας και αιμορραγία | Έλεγχος της αιμορραγίας και αντιμετώπιση της, αφαίρεση του πλακούντα από τον ιατρό. | Χορήγηση 1 μονάδας αίματος και ηλεκτρολυτών, παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών, και επιπλοκών κατά την μετάγγιση. Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων | Χορηγήθηκε φυσιολογικός ορός N/S 0.9%<br>Χορηγήθηκε 1 μονάδα αίματος σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.<br>Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών.<br>Σταθερή αρτηριακή πίεση και θερμοκρασία. | Η αιμορραγία σταμάτησε και η ρήξη της μήτρας αντιμετωπίστηκε χειρουργικά από τον ιατρό. |



|                                  |   |   |   |                                       |
|----------------------------------|---|---|---|---------------------------------------|
| Πόνος                            | Η ασθενής να μην πονάει σε 1 ώρα τουλάχιστον.       | Χορήγηση παυσίπνου φαρμάκου   | Χορήγηση παυσίπνου φαρμάκου σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού   | Ο πόνος μειώθηκε                      |
| Λοίμωξη πνευμονογονιμικού σωλήνα | Ρύθμιση της θερμοκρασίας και ενυδάτωση της ασθενούς | Συνεχής μέτρηση της θερμοκρασίας και ενυδάτωση της ασθενούς με υγρά | Μέτρηση της θερμοκρασίας κάθε 1 ώρα χορήγηση αντιβίωσης , θέρμανση σε περίπτωση ρίγους, παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών. Δείγματα από τον κόλπο και από τον τράχηλο, για να αναγνωρισθεί ο μολυσματικός μικροοργανισμός. Ταυτόχρονα αρχίζει αμέσως με θεραπεία με αντιβιοτικό ευρέως φάσματος υπερηχογράφημα για να ελεγχθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης ιστού του πλακούντα της ευαίσθητης περιοχής με ένα | Τα συμπτώματα της λοίμωξης υποχώρησαν |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | καλό αντισηπτικό που δεν διαταράσσει το pH του κόλπου ή με ένα ήπιο σαπούνι |  |
|--|--|--|---|--|

|                              |                                  |   |   |   |
|------------------------------|----------------------------------|---|---|---|
| Ολιγαιμικό shock             |                                  | Χορήγηση υγρών και παρακολούθηση ισοζυγίου. Λήψη αρτηριακού αίματος για τις εξετάσεις, χορήγηση οξυγόνου. Τοποθέτηση ηλεκτροδίων ΗΚΓ για την παρακολούθηση καρδιακής λειτουργίας συνεχής λήψη ζωτικών σημείων | Χορήγηση κρυσταλλικών διαλυμάτων (Ringer's lactated ή φυσιολογικό ορό ) χορηγήστε διπτανθρακικά με βάση το pH αίματος. Χορηγήθηκε οξυγόνο 100% με μάσκα |   |
| Μυκητίαση γεννητικών οργάνων | Μείωση του πόνου και του κνησμού | Χορήγηση αντιβίωσης δείγματα κολπικών εκκρίσεων για καλλιέργεια , καθαρισμός της περιοχής με σαπούνι που δεν διαταράσσει το pH  | Χορηγήθηκε αντιβίωση σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού, καθαρισμός τοπικά με νερό   | Η ασθενής ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα |

|         |   |  |   |                                       |
|---------|---|--|---|---------------------------------------|
|         |   | του κόλπου.  |   |                                       |
| Πυρετός | Η θερμοκρασία του σώματος για να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα | Συνεχής μέτρηση της θερμοκρασίας και ενυδάτωση της ασθενούς με υγρά. | Μέτρηση της θερμοκρασίας κάθε 1 ώρα χορήγηση αντιβίωσης, θέρμανση σε περίπτωση ρίγους, παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών | Η θερμοκρασία διατηρείται στους 37° c |

## Συμπεράσματα

- Παγκοσμίως συμπεριλαμβανομένου και την Ελλάδα, όλο και περισσότερες γυναίκες επιλέγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή για να μην υποβληθούν στην “ταλαιπωρία” του φυσιολογικού τοκετού, επιστήμονες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα μωρά που γεννιούνται φυσιολογικά, έχουν καλύτερες εγκεφαλικές λειτουργίες σε σχέση με εκείνα που γεννήθηκαν με καισαρική.
- Η φυσιολογία της ζωής ενισχύεται από τη φυσιολογία της αγάπης με το να αφήσουμε την γυναίκα αυθόρμητα και ελεύθερα να εκκρίνει ωκυτοκίνη όπως ορίζει το βιολογικό φαινόμενο της γέννας.
- Οι επιστήμονες υγείας μαιές και γιατροί που ασχολούνται με τη γέννηση και παραβρίσκονται στον τοκετό οφείλουν να αναγνωρίζουν και να σέβονται τη γυναίκα σε όλες τις διαστάσεις της ύπαρξης της.
- Η προστασία αυτής της βαθιάς βιοψυχικής σχέσης μητέρας-παιδιού επιτυγχάνεται με τη συνεχή επαφή μεταξύ τους η επαφή «δέρμα δέρμα».Τη στιγμή της γέννησης γίνεται άμεση επαφή του νεογνού στην αγκαλιά της με θετικά οργανικά και συναισθηματικά οφέλη.
- Απαραίτητο, θεμελιώδες στοιχείο για το θετικό ξεκίνημα του νέου ανθρώπου και τη δόμηση ενός υγιούς χαρακτήρα είναι η εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καλογερόπουλος Α., Γυναικολογία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ. 73, έκδοση 2<sup>η</sup>
2. Stuart Camobell ,Curistoru Lees, Ευγένιος Κουμαντάκης, Γενική επιμέλεια – πρόλογος ελληνικής έκδοσης Μαιευτική και Γυναικολογίας , Εκδόσεις Πασχαλίδης , Τόμος 1<sup>ος</sup>
3. Ανσακλής Α., Μαιευτική και Γυναικολογία, Εκδόσεις Παρασσσιανού Α.Ε., σελ.18-19,22, Β' έκδοση
4. Gray's Richard L., Drake Wayhe V. G., Adan W. M. ,Mitche L.,(2007)Γενική επιμέλεια Παναγιώτης Ν., Σκανδαλάκης, έκδοση Πασχαλίδης , Αθήνα , σελ. 447-458
5. Sherman J. PH. D. , Vander A.M.D., Luciano PH. D.,(2011) Τσακόπουλος Μ.Δ., Γελάδας Ν. –Τσακόπουλος Μ., Επιμέλεια Ελληνική, Φυσιολογία του Ανθρώπου 2, εκδόσεις Πασχαλίδης, 8<sup>η</sup> έκδοση , Αθήνα
6. Liuda S. Coustauzo, Φυσιολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος , 4<sup>η</sup> έκδοση
7. Κρέοντας Κ. Γεώργιος, Γυναικολόγος Ιατρική επιμέλεια εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ.216, έκδοση 12<sup>η</sup>
8. Μπόντης Ν. Ιωάννης, Βασικές γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας, επιμέλεια εκδόσεις Δημήτριος Βαβίλης, Θεσσαλονίκη
9. Πλέσσας Στ.,(2010) Σταύρος καθηγητής Φυσιολογίας Πανεπιστήμιο Αθηνών και ΤΕΙ Αθήνας , Φυσιολογία του Ανθρώπου, εκδόσεις Φάρμακων- Τύπος , Αθήνα
10. Stuart Camobell ,Curistoru Lees, Ευγένιος Κουμαντάκης, Γενική επιμέλεια – πρόλογος ελληνικής έκδοσης Μαιευτική και Γυναικολογίας , Εκδόσεις Πασχαλίδης , Τόμος 1<sup>ος</sup>
11. Τραγέα Ρ.,(1999) (Μαία – ΕΠ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας, Μαιευτική φροντίδα, Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος , Αθήνα
12. Σαλάτα Α., (2009) Σημειώσεις Μαθήματος <Μαιευτικής- Παιδιατρικής > ΑΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα
13. Τραγέα Ρ., (1999) Μαιευτική Φροντίδα , Πτυχιακή Γιαννακόπουλος, Τόμος Α΄, Αθήνα
14. Stead L., Stead S.M., Kaufman M.S., Johnson N.C., Feig R.L.,(2006) First Aid for the obstetrics Gynecology, MC Graw –Hill companies us of America
15. Lowdermilk D. L., Perry S.,(2006) Νοσηλευτική Μητρότητα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα
16. Σκιάκκ Δούκα Μ.,(2003) (Μαία- ψυχοπροφυλάκτρια), ο τοκετός είναι αγάπη , 4<sup>η</sup> έκδοση , Αθήνα
17. Μαιών Εταιρεία Ελλάδας , Τεκμηριωμένη φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό
18. Τραγέα Ρ.,(2005) Φυσιολογικός τοκετός : εναλλακτικοί μέθοδοι Μαιευτικής φροντίδας, Ιατρικές εκδόσεις Παρασσσιανος Ιωάννης, Αθήνα

19. Maygie B. Dr., Επιστημονική επιμέλεια το βιβλίο της εγκυμοσύνης μέρα με την μέρα , επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Δέσποινα Μπέρη , Αλέξης Πόθος , Ζώη Σιασού , Μετάφραση Γιάζκος Λαβράνου , Σπύρου Α., Χατζής Α., Εκδόσεις Πασχαλίδης
20. Μεσσήνης Ι., (2005) Μαιευτική και Γυναικολογία, εκδόσεις M.D Communications, επιτομή, Αθήνα
21. Θωμαδάκης Νίκος, Ιατρική βιβλιοθήκη και επιμέλεια κειμένου
22. Davila E., 2007 Εγκυμοσύνη και τοκετός, Εκδόσεις Καλοκαθή , Αθήνα
23. Κρέοντας Γ. ,Χρυσός Γ., (2005) Πρόωρη Ρήξη Υμένων και εξέλιξη εγκυμοσύνης εφηβική Γυναικολογία Αναπαραγωγή και Εμμηνοπάυση, Αθήνα, σελ. 290-295
24. Norwiz E.,(2004) Μαιευτική και γυναικολογία με μια μάτια, εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε., Αθήνα
25. Shapiro P.,(2001) Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική , εκδόσεις Έλλην , Αθήνα
26. Magowan B. ,Drife J.,(2006) Κλινική Μαιευτική και Γυναικολογία, εκδόσεις Παρασιανού Α.Ε., Αθήνα
27. Βαρδαβάς Κ., Πατελάρου Ε.,(2008) παράγοντες σχετιζόμενοι με την υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη , Νοσηλευτική Τ47,Βήτα, Αθήνα σελ.442-449
28. Παπανικολάου Ν. Α.,(1994) Μαιευτική , εκδόσεις Παρασιανού , Αθήνα
29. Ανσακλής Α.,(2008) Μαιευτική και Γυναικολογία, εκδόσεις Παρασιανού Α.Ε., Αθήνα
30. Puzas M., Gradishar D., Gulanick M.,(2003) Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική Φροντίδα , εκδόσεις Έλλην , Αθήνα
31. Βιτωράτος Ν., (2003) Πρόδρομος πλακούντας, Ιατρικά Τ52, Φώτο εκδοτική, σελ. 36-38, Αθήνα,
32. Elder M, Welford H.,(2007) Το θαύμα της ζωής – εννέα συναρπαστικοί μήνες-σύλληψη- εγκυμοσύνη- τοκετός, εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα Esrabahar G., Ayse G., Guluzar A. T., Sumey Ivon H., Fatma E., Serkha G., (2014) Mind –pregnancy vitamin D levels and postpartum depression original research, Gynecology and preproduction biology, σελ. 110-116 τόμος 176,τεύχος 3
33. Τοκμακίδης Π., (2000) Μαιευτική, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Τεύχος Γ΄,
34. Stoppard Miriam Dr. , Εμείς και η εγκυμοσύνη εκδόσεις Ακμή
35. Alswa S., Soyndrarally R., Shinorand K. ,Pooja D., Haritha S., Anathunarayanan P.H., Homocysteine and serotonin : Assocation with postpartum depression asian journal of phychiatry , σελ. 473-477 τόμος 56, τεύχος 2,
36. Βένιου Ε., (2014) Ο θηλασμός προστατεύει τη μητέρα από την επιλόχεια κατάθλιψη, Βήτα, έντυπο (Maternal and child health), 20/8/14

37. Γιωτάκος,(2011) Κακοποίηση παιδιού και εφήβου, έκδοση Πασχαλίδης, σελ 58-61, τόμος 2,
38. Δημητρίου Ε., Παιδική κακοποίηση, Σύνδεσμος στήριξης κακοποιημένων και απτόρων παιδιών παιδικό χαμόγελο, σελ.8-11,τεύχος 9, Αθήνα,
39. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2008
40. Παπανικολάου Ν.Α.,(1994) Μαιευτική, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρασιανός – Μαρία Γ. Παρασιανού,3<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα
41. Αραβαντινού Δ.,(1989) Μαιευτική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρασιανού Γρηγορίου
42. Brenda H., Leance C. , Cath R. , Kim F., (2008) introucing Memtd Health Nursing Pub, Allen tunwin, Rose McMaster ,σελ 1750-1760, τόμος 3, τεύχος 5
43. Ευγένιος Κοιμαντάκης, stuary cam obell Asu Monga, γενική επιμέλεια πρόλογος ελληνικής μαιευτικής και γυναικολογίας, εκδόσεις Πασχαλίδης, τόμος 2
44. Ιατράκης Μ. (2004) Γεώργιος, Μαιευτική , Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα
45. Καλογερόπουλος Α., Γυναικολογία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ. 73,έκδοση 2<sup>η</sup>
46. Κλειδή Ψ.Ε.,(2012) Επιλόχεια κατάθλιψη και πως μπορούμε να την προλάβουμε, Εγκυκλοπαίδεια Υγείας σε ηλεκτρονική μορφή, Αθήνα
47. Λυκερίδου Α. –Δελτσιδου Α., (2006) Νοσηλευτική Μητρότητα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 6<sup>η</sup> έκδοση ,τόμος 2, Αθήνα
48. Laura E. S., Neille E., Jacques P. B. , (2013) Preventing postpartum , depression : A meta- analytic , review, clinical psychology review, σελ. 1205-1217 τόμος 6, τεύχος 3
49. Κεχαγίογλου Κ., Κυριαζίδη Ι., (1969) Μαιευτική Νικολάου και Λούρου υπό Ανθοπούλου Π., Οκτώβριος 1969
50. Μαντελανάκης Σ.Ι.,(1996) Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Εκδόσεις Λίτσας, 3<sup>η</sup> έκδοση , Στην έμβρυο- μητρική , Ιατρική, Εκδόσεις Μαμόπουλος Μ. , Φαρμακίδης Γ.,
51. Mohammad R. , Habibolank K., David C.K., Farnoo Sh. E., Maisood T.,(2013) Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy rebukes postpartum depression symptoms : A randomized clinical trial , σελ. 901-905, τόμος 210, τεύχος 3,
52. Οικογενειακός Προγραμματισμός ,(2002) εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα
53. Καρπάθιος Α., (1999 )Σε βασική Μαιευτική – προγεννητική ιατρική και γυναικολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Γιαννακόπουλος Β' έκδοση, Α' και Β' τόμος, Αθήνα
54. Κασκαρέλης Διονύσιος Β.,(1990) Μαιευτική και Γυναικολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, έκδοση Δ', Αθήνα
55. Πρεκάτες Α.,(2002) Λοιμώξεις στη μονάδα εντατικής θεραπείας – Οι σήψεις στη μονάδα εντατικής θεραπείας εργασία στο σεμινάριο της ελληνικής εταιρίας εντατικής θεραπείας, Λάρισα
56. Σ. Μιχάλης,(2000) Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρασιανού Α.Ε.,

57. Παναγιωτόπουλου Α., (2010) Επιλόχεια κατάθλιψη, ένθετο
58. Πολυζόπουλος Ε.,(2014) Μάθετε τα πάντα για την επιλόχεια κατάθλιψη –Μέρος 2, in vitro , έντυπο
59. Πολυζόπουλος Ε.,(2012) Επιλόχεια κατάθλιψη :πως μπορεί να ξεπεραστεί, iatropedia, έντυπο
60. Πολυζόπουλος Ε.,(2014) Επιλόχεια κατάθλιψη – σταθείτε πλάι στον άνθρωπο σας, in vitro, ένθετο ,2014
61. Πολυζόπουλος Ε.,(2013) Επιλόχεια κατάθλιψη, ψυχολογική υποστήριξη παιδιού-ενηλίκου, ένθετο
62. Ράγια Α.,(2001) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας , Ιδιωτική έκδοση , Αθήνα
63. Σαλαμαλέκη Ε.,(1995) Κυήσεις Υψηλού κινδύνου – Παθολογικές καταστάσεις στην κύηση , τοκετό, λοχεία
64. Sohye T.A., Soeken S.J., Sheilar R.M. , Leane H. , Lanes , Oxytocin and postpartum depression : Delivering on what's know and what's, Brian research , σελ. 219-232 τόμος 1580, τεύχος 2, 2014,
65. Τραγέα Ρ.,(1999) (Μαία – ΕΠ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας, Μαιευτική φροντίδα, Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος , Αθήνα
66. Τραγέα Ρ.,(1999) Μαιευτική Φροντίδα ,εκδόσεις Δημήτρης Γιαννακόπουλος, Τόμος Β΄, Αθήνα
67. Τσώλη Θ.,(2011) Η καισαρική προκαλεί επιλόχειο κατάθλιψη , Αθήνα 11/7/2011
68. Χριστοδούλου Τ.,(2010) Επιλόχεια κατάθλιψη :αιτίες και αντιμετώπιση iatronet , Έντυπο
69. Χριστοδούλου Τ.,(2011) Επιλόχεια κατάθλιψη: αιτίες και αντιμετώπιση κατάθλιψη πριν και μετά , ιατρών διαδικτυακό περιοδικό, έντυπο