

# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Dr. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ  
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

*Ο κορμός της παρουσίασης αυτής έχει δημιουργηθεί και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Ομότιμου Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας Παν. Πατρών κ. Βασ. Τσάπανου*

*Με σκοπό την προστασία τυχόν άλλων ξένων πνευματικών δικαιωμάτων, απαγορεύεται η με κάθε τρόπο ανάρτησή όλου ή μέρους της παρουσίασης αυτής σε οποιοδήποτε διαδικτυακό μέσο και ιστότοπο εκτός του e-class του Πανεπιστημίου Πατρών*

**ΤΟΚΕΤΟΣ:** η έξοδος του νεογνού μαζί με τον πλακούντα & τους υμένες μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα. Αποτελεί το σύνολο των προσαρμοστικών παθητικών κινήσεων που πραγματοποιεί το έμβρυο για να γεννηθεί

**ΩΔΙΝΕΣ:** οι παροδικές ακούσιες & επώδυνες συστολές του μυομητρίου στην διάρκεια του τοκετού

- Ο ανθρώπινος τοκετός αποτελεί πολυπαραγοντική φυσιολογική διαδικασία με μια σειρά αλληλένδετων γεγονότων στους μητρικούς ιστούς της μήτρας (*μυομήτριο, φθαρτός, τράχηλος*) που λαμβάνουν χώρα σταδιακά εντός περιόδου ημερών έως εβδομάδων. Μεταξύ άλλων, οι αλλαγές αυτές περιλαμβάνουν αυξημένη σύνθεση προσταγλανδινών και απελευθέρωση εντός της μήτρας, αυξημένη σύνθεση συνάψεων και μυομητρικών υποδοχέων ωκυτοκίνης (*ενεργοποίηση μήτρας*)
- Όταν το μυομήτριο & ο τράχηλος έχουν προετοιμασθεί, ενδοκρινικοί, παρακρινικοί και αυτοκρινείς παράγοντες από την μητροπλακουντιακή μονάδα αυξάνουν τη μυομητρική δραστηριότητα, μετατρέποντας τις ασύντακτες συστολές σε συντονισμένες συσπάσεις

- Το κύημα φαίνεται να ρυθμίζει την έναρξη του τοκετού συντονίζοντας την μυομητρική δραστηριότητα μέσω πλακουντιακής στεροειδογένεσης, μηχανικής διάτασης της μήτρας και έκκρισης νευροϋποφυσιακών ορμονών και άλλων ερεθισμάτων που προάγουν την σύνθεση προσταγλανδινών.

- Η ισχύς και η ακεραιότητα των εμβρυικών μεμβρανών πηγάζει από εξωκυττάρια μεμβρανικές πρωτεΐνες όπως κολλαγόνα, φιμπρονεκτίνες και λαμινίνη. Οι υμένες κανονικά παραμένουν άρρηκτοι έως το τέρμα λόγω χαμηλής δραστηριότητας των matrix metalloproteases (*MMP's*) & υψηλών επιπέδων ιστικών αναστολέων των μεταλλοπρωτεασών. Η ενεργοποίηση των *MMP's* στο τέρμα της κύησης καταλύει καταρράκτη αντιδράσεων που ελαττώνουν την ακεραιότητα των εμβρυικών μεμβρανών και προάγουν την ρήξη. Ρόλο επίσης διαδραματίζουν η διάταση και οι δυνάμεις διάτμησης.

**1. Βασικά Ανατομικά Στοιχεία Αναφοράς**

**2. Το έμβρυο**

**3. Οι Δυνάμεις**

**4. Ο Μηχανισμός**

# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

*Βασικά Ανατομικά Στοιχεία Αναφοράς*

Από την πύελο, μας ενδιαφέρουν μόνο οι διαστάσεις της ελάχιστονος πυέλου.

Διακρίνουμε τα εξής επίπεδα, από άνω προς τα κάτω:

1. ΕΙΣΟΔΟΥ

2. ΕΥΡΥΧΩΡΙΑΣ

3. ΣΤΕΝΟΥ

4. ΕΞΟΔΟΥ

*Από πάνω*



*Προς τα κάτω*

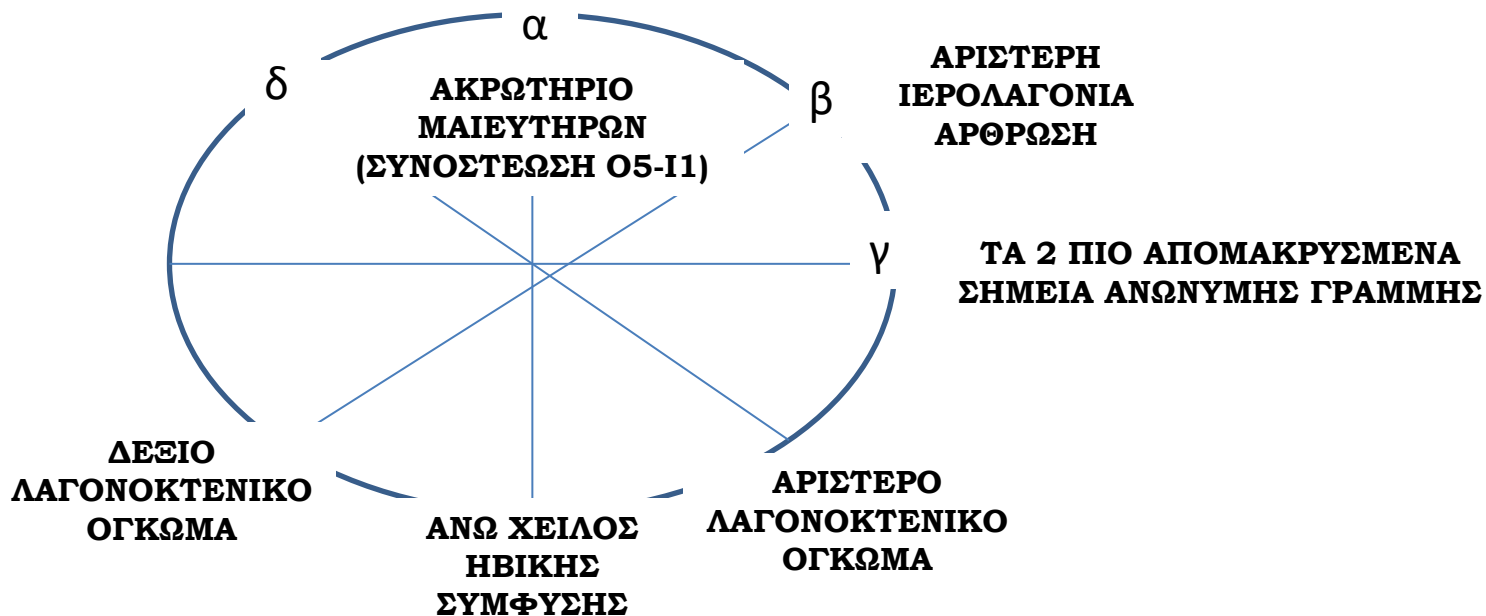


## ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΙΣΟΔΟΥ

Ωοειδές επίπεδο με μεγάλη διάμετρο την εγκάρσια.

Διάμετροι: α) προσθιοπισθία εισόδου – 11cm, β) αριστερή λοξή εισόδου – 12cm, γ) εγκάρσια εισόδου – 13cm, δ) δεξιά λοξή εισόδου – 12cm

(ΚΑΝΟΝΑΣ 11-12-13)



## ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΥΡΥΧΩΡΙΑΣ

Στρογγυλό επίπεδο με όλες τις διαμέτρους ίσες 12cm.

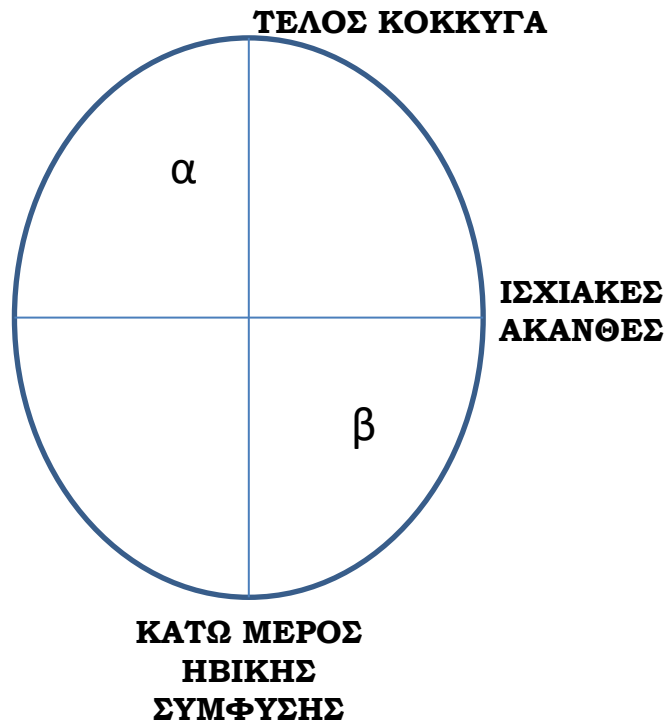


## ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΕΝΟΥ

Ωοειδές με μεγάλη διάμετρο την οβελιαία (προσθιοπίσθια – 11cm).

Διάμετροι: α) προσθιοπισθία στενού– 11cm, β) εγκάρσια στενού– 10,5cm Η

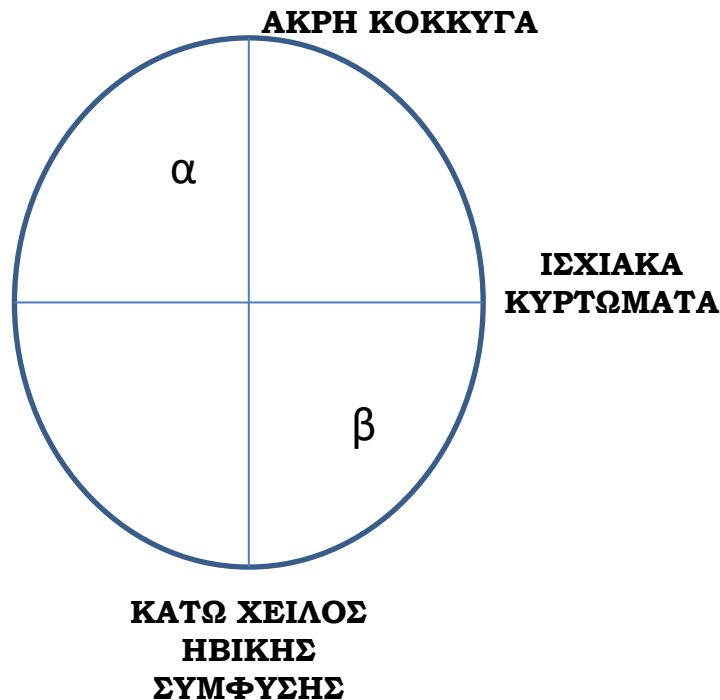
ΠΙΟ ΣΤΕΝΗ ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ



## ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΞΟΔΟΥ

Ωοειδές με μεγάλη διάμετρο συνήθως την οπίσθιοπρόσθια – 11cm).

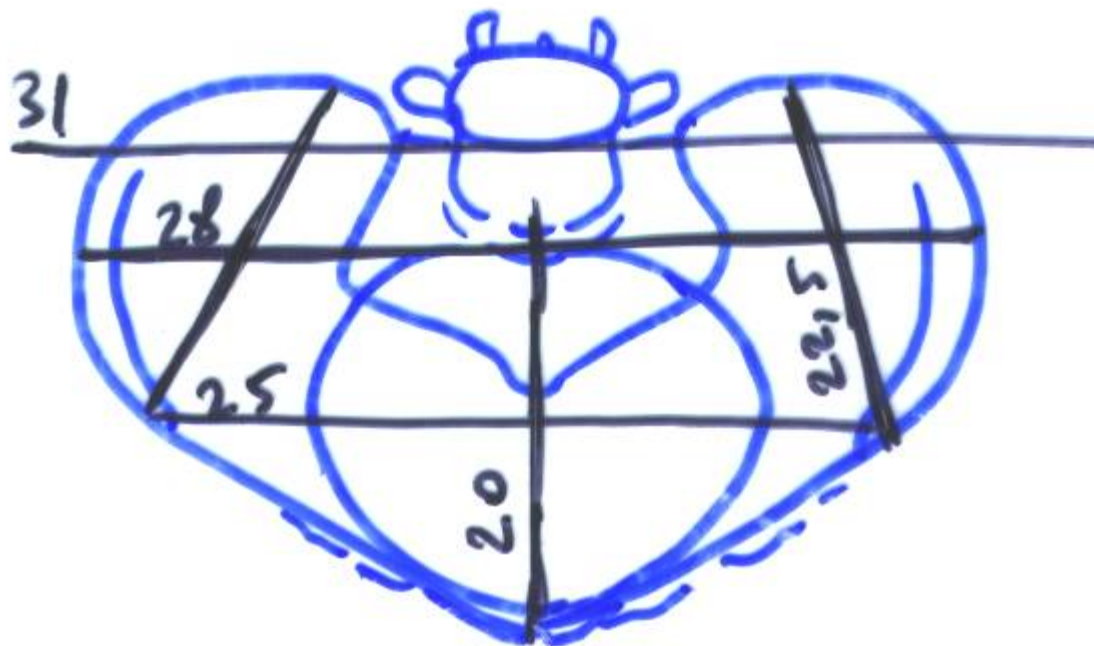
Διάμετροι: α) οπισθοπρόσθια\* εξόδου~ 11-13cm, β) εγκάρσια εξόδου– 11cm



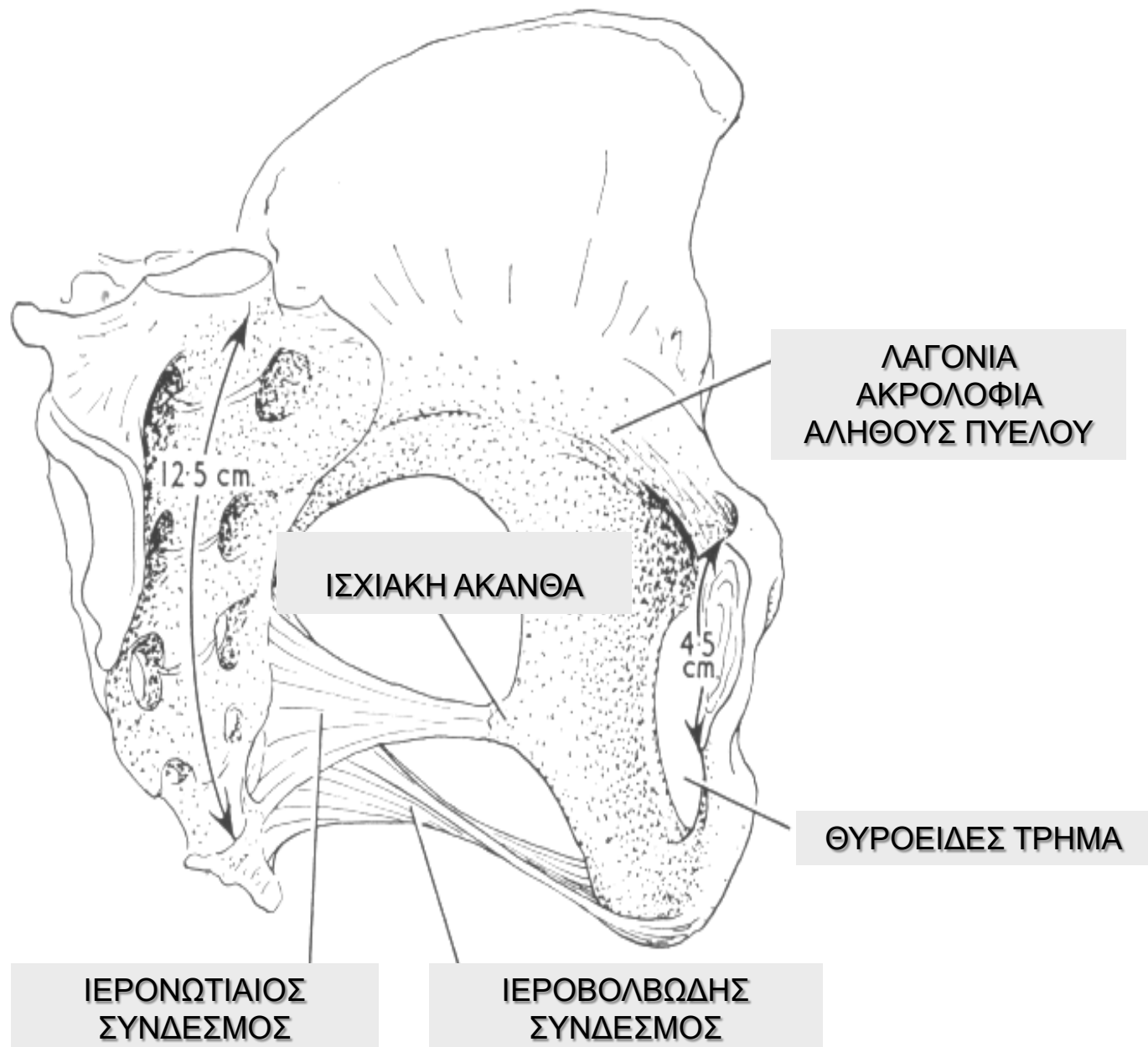
\* Συχνά οι διάμετροι ονοματίζονται από πίσω προς τα μπροστά

## ΖΩΝΕΣ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ

ΖΩΝΕΣ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ				
Ανατομικά Όρια			Διάμετροι $\updownarrow$ $\swarrow\searrow$ $\leftrightarrow$	
Πίσω	Πλάγια	Εμπρός		
<b>ΕΙΣΟΔΟΣ</b>	Ακρωτήριο των Μαιευτήρων (O <sub>5</sub> - I <sub>1</sub> )	Πτερύγιο ιερού οστού - Ιερολαγόνιος άρθρωση - Ανώνυμος γραμμή - Λαγονοκτενικό όγκωμα	Μέση άνω χείλους Ηβικής σύμφυσης	Pajot: 11.0* / 12.0 / 13.5 (* μάλλον προέχον σημείο)
<b>ΕΥΡΥΤΗΣ ή ΕΥΡΥΧΩΡΙΑ</b>	I <sub>2</sub> - I <sub>3</sub>	Εσωτ. Επιφ. του λαγονίου οστού στο ύψος της κοτύλης	Μέση οπίσθιας επιφάνειας Ηβικής σύμφυσης	12.0 Pajot: "Douze partout"
<b>ΣΤΕΝΟΤΗΣ ή ΣΤΕΝΟ</b>	Κορυφή Ιερού οστού (Ιεροκοκκυγική άρθρωση)	Ισχιακές άκανθες	Κάτω χείλος της Ηβικής σύμφυσης	11.0 / - / 10.0
<b>ΕΞΟΔΟΣ</b>	Κορυφή κόκκυγα	Ισχιακά ογκώματα	Ηβική καμάρα	9.5-11.5 / 10.5 / 11.5



Διάμετροι Μεγάλης Πυέλου		cm
Αμφιτροχαντήριος		31
Εγκάρσιες	Οπίσθια	20 – 28
	Πρόσθια	24 – 25
Λοξές	Αριστερή	21.5 - 22.5
	Δεξιά	
Εξωτερική Διαγώνιος ή Προσθοπίσθια		20



**Η ΠΥΕΛΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ: ΤΟ ΔΕΞΙΟ ΑΝΩΝΥΜΟ ΟΣΤΟΥΝ ΕΧΕΙ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΘΕΙ  
ΩΣΤΕ ΝΑ ΦΑΝΕΙΤΟ ΕΥΡΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ**

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**ΠΡΩΤΟΤΟΚΟΣ:** a) 38<sup>η</sup> ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ – ΑΠΟΥΣΑ Η ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΙΑΣΤΟΛΗ, b) ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ – ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΑΛΛΑ Η ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ, c) ΠΕΡΑΣ ΠΡΩΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ – ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΣΕ ΠΛΗΡΗ ΕΞΑΛΕΙΨΗ & ΤΕΛΕΙΑ ΔΙΑΣΤΟΛΗ.

**ΠΟΛΥΤΟΚΟΣ:** a) 38<sup>η</sup> ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ – Η ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΕΧΕΙ ΞΕΚΙΝΗΣΕΙ ΧΩΡΙΣ ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΞΑΛΕΙΨΗ, b) ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ – ΕΞΑΛΕΙΨΗ & ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΠΡΟΧΩΡΟΥΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ



ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΤΟ ΚΑΝΑΛΙ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

## Η ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

(ΠΡΩΤΟΤΟΚΟΣ)

A) Σε τοκετό, από 1 ώρας: Διαστολή 3-5cm. Η βάση της ουροδόχου αρχίζει να ανυψώνεται

B) Σε τοκετό, από 15ώρου: Διαστολή 7cm.

C) Σε τοκετό, από 19ώρου: Τελεία Διαστολή, κεφάλι στο περίνεο. Ο αυχέννας της ουροδόχου τραβιέται και η ουρήθρα επιμηκύνεται

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

*Το έμβρυο*

**ΣΤΑΣΗ:** Η σχέση των άκρων του εμβρύου με το σώμα (*κορμό*)

**ΜΑΚΡΟΣ ΑΞΟΝΑΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ:** Η ευθεία που ενώνει τους δύο πόλους του εμβρύου που σχηματίζονται με την κάμψη της κεφαλής

**ΚΑΘΕΤΟΣ ΑΞΟΝΑΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ:** Η ευθεία που ενώνει τον πυθμένα της μήτρας με τον τράχηλο

**ΣΧΗΜΑ:** Η σχέση των 2 αξόνων, δηλαδή του μακρού άξονα του εμβρύου & του κάθετου άξονα της μήτρας. Διακρίνουμε:

*Σχήμα κάθετο: όταν οι άξονες συμπίπτουν (είναι παράλληλοι)*

*Σχήμα εγκάρσιο: όταν οι άξονες σχηματίζουν γωνία  $90^\circ$*

*Σχήμα λοξό: όταν οι άξονες χιάζονται*

**ΠΡΟΒΟΛΗ:** Το τμήμα του σώματος του εμβρύου που προβάλλει μέσα στην πύελο. Διακρίνουμε:

*Κεφαλική*

*Ισχιακή*

*Ραχιαία*

*Στηθική*

**ΟΔΗΓΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΡΟΒΟΛΗΣ:** Το τμήμα της προβολής που προβάλλει περισσότερο στην πύελο. Βρίσκεται στο κατώτερο τμήμα του πυελογεννητικού σωλήνα. Οδηγεί τον τοκετό, ενώ επίσης βρίσκεται πάντα επί του άξονα της πυέλου

**ΑΞΟΝΑΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ:** Η νοητή κυρτή καμπύλη που ενώνει μεταξύ τους τα κέντρα όλων των νοητών επιπέδων της λεκάνης

Στο κεφάλι του εμβρύου μας ενδιαφέρουν οι εξής διάμετροι:

**Υπινιοβρεγματική διάμετρος**, η οποία ενώνει το υπινίο με την μεγάλη (βρεγματική) πηγή (9.0-9.5cm)

**Μετωπονιακή διάμετρος**, η οποία ενώνει το ριζορρίνιο με το ινίο (12cm)

**Πωγωνοϊνιακή** διάμετρος, η οποία ενώνει τον πώγωνα με το ινίο (13cm)

**Αμφιβρεγματική** διάμετρος, η οποία ενώνει τα βρεγματικά ογκώματα (9.5cm)

Στον κορμό του εμβρύου μας ενδιαφέρει η **αμφιακρωμιακή διάμετρος** η οποία ενώνει τους ώμους του εμβρύου (11.5cm)

## ΣΤΑΣΗ: Η σχέση των μελών του εμβρύου μεταξύ τους & προς τον κορμό

<p style="text-align: center;"><b>ΣΧΗΜΑ</b></p> <p>Ο επιμήκης άξονας του εμβρύου (η γραμμή που ενώνει τους δύο πόλους του εμβρύου) ως προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας</p>	<p style="text-align: center;"><b>ΠΡΟΒΟΛΗ</b></p> <p>Η μοίρα του εμβρύου που προέχει περισσότερο στο ανώτερο πυελικό στόμιο</p>	<p style="text-align: center;"><b>ΟΔΗΓΟ ΣΗΜΕΙΟ</b></p> <p>Το σημείο της προβολής που προέχει περισσότερο στο ανώτερο πυελικό στόμιο</p>	<p style="text-align: center;"><b>ΘΕΣΗ ΠΡΟΒΟΛΗΣ</b></p> <p>Η σχέση του οδηγού σημείου της προβολής ως προς τα τεταρτημόρια της πυέλου</p>
<p style="text-align: center;"><b>Κάθετο</b></p> <p>(άξονες συμπίπτοντες)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Κεφαλική</b></p> <p style="text-align: center;">Ινιακή Βρεγματική Μετωπική Προσωπική</p>	<p style="text-align: center;">Μικρή πηγή Μεγάλη πηγή Ριζορρίνιο Πηγούνι</p>	<p style="text-align: center;">Πρόσθια (ΑΡ)/(ΔΕ)</p> <p style="text-align: center;">Οπίσθια (ΑΡ)/(ΔΕ)</p> <p style="text-align: center;">Εγκάρσια (ΑΡ)/(ΔΕ)</p> <p style="text-align: center;">Κάθετη (Προσθοπίσθια) Ινιο-Ηβική Ινιο-Ιερά</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Ισχιακή</b></p> <p style="text-align: center;">Ομαλή Ανώμαλη επί γλουτούς Ανώμαλη επί γόνατα Ανώμ. επί άκρους πόδας</p>	<p style="text-align: center;">Κόκκυγας Κόκκυγας Γόνατα Άκροι πόδες</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Λοξό</b></p> <p style="text-align: center;">ή</p> <p style="text-align: center;"><b>Εγκάρσιο</b></p> <p>(άξονες διασταυρούμενοι)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ραχιαία</b></p> <p>(ΑΡ) Ωμική/(ΔΕ) Κεφαλολαγόνια (ΔΕ) Ωμική/(ΑΡ) Κεφαλολαγόνια</p>	<p style="text-align: center;">Γωνία μασχάλης Ακανθώδεις αποφύσεις</p>	
	<p style="text-align: center;"><b>Στηθική</b></p> <p>(ΑΡ) Ωμική ή Κεφαλολαγόνια (ΔΕ) Ωμική ή Κεφαλολαγόνια</p>	<p style="text-align: center;">Κλείδα Πλευρική εσχάρα</p>	



- Οι κεφαλικές προβολές αποτελούν το 95% των προβολών στον τοκετό. Με την σειρά της, η ινιακή προβολή αφορά το 95% των κεφαλικών προβολών.
- Η ισχιακή προβολή αφορά 3-4% των προβολών, και οι υπόλοιπες το 1-2%.

# 1ος ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΛΕΟΠΟΛΔΟΥ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Ο ιατρός αντικρίζει την  
έγκυο & ψηλαφά τον  
πυθμένα της μήτρας:

- *ΣΧΗΜΑ,*
- *ΠΡΟΒΟΛΗ,*
- *ΥΨΟΣ ΠΥΘΜΕΝΑ*

## 2ος ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΛΕΟΠΟΛΔΟΥ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Ο ιατρός αντικρίζει την  
γυναίκα & φέρνει τα χέρια  
στα πλάγια κοιλιακών  
τοιχωμάτων – μήτρας:

- ΣΧΗΜΑ,
- ΘΕΣΗ

# 3ος ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΛΕΟΠΟΛΔΟΥ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Η γυναίκα κάμπτει ελαφρά τα άκρα, ο γιατρός γυρίζει την πλάτη του (στροφή κατά  $180^\circ$ ) & βάζει τα χέρια στα πλάγια του υπογαστρίου, πάνω από την ηβική σύμφυση:

- ΠΡΟΒΟΛΗ,
- ΕΜΠΕΔΩΣΗ

(δεν είναι χρήσιμος όταν έχει γίνει η εμπέδωση)

# 4ος ΧΕΙΡ. ΛΕΟΠΟΛΔΟΥ – “PETER MULLER”

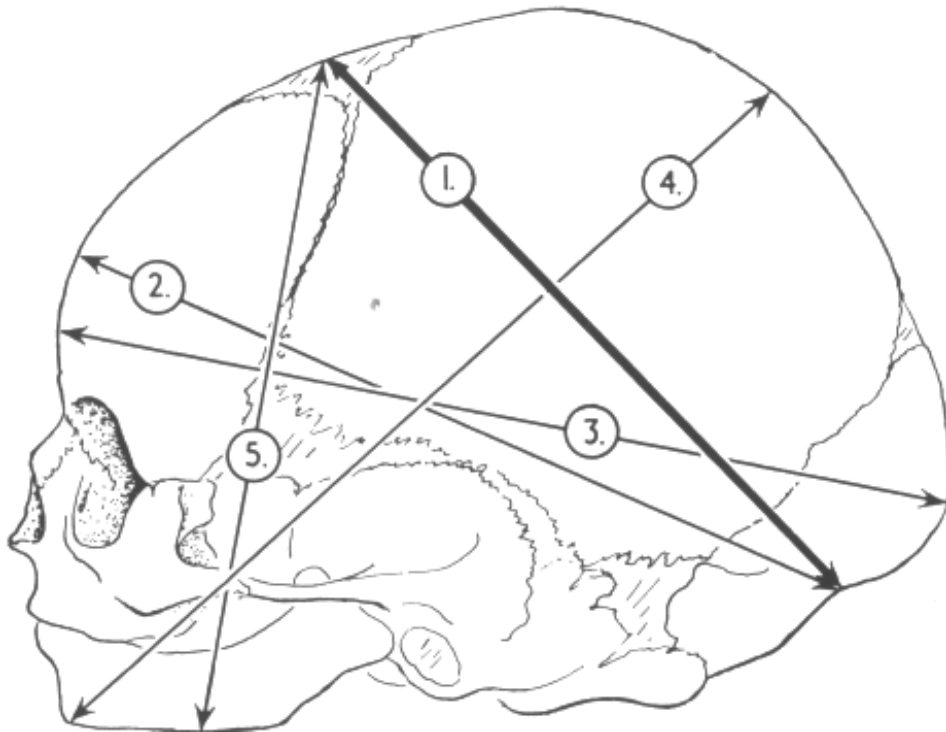
ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Ο ιατρός αντικρίζει την  
γυναίκα & με το ένα χέρι  
ελέγχει:

- ΣΧΗΜΑ,
- ΠΡΟΒΟΛΗ,
- ΒΑΘΜΟ ΕΜΠΕΔΩΣΗΣ,
- ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΙΑ

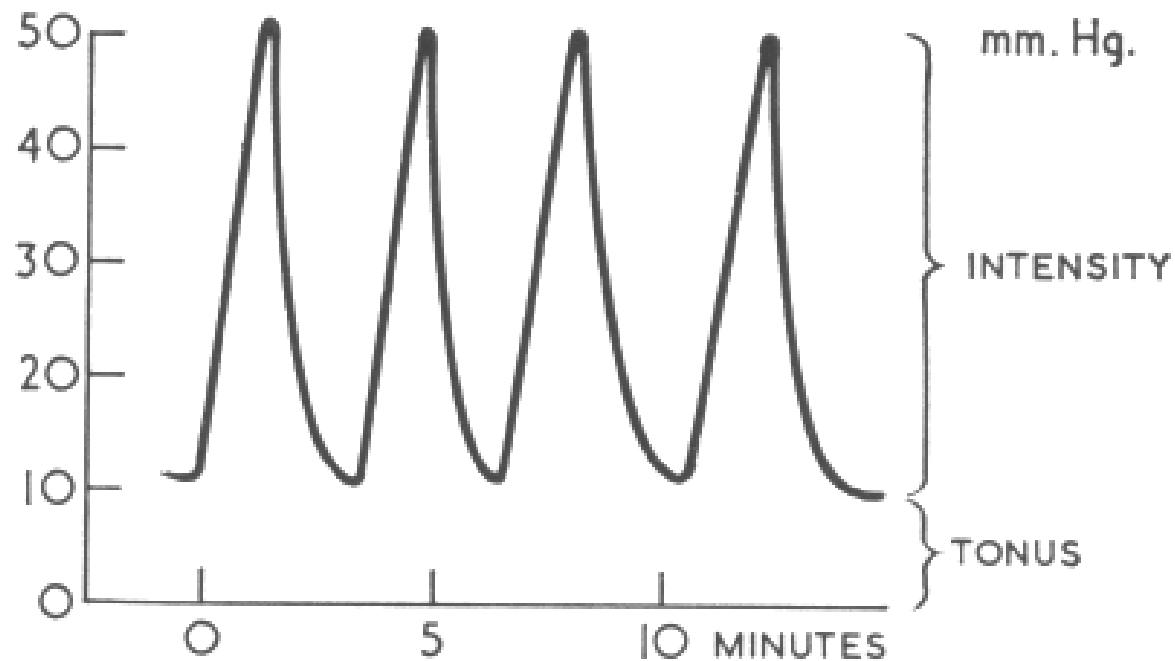
Περίμετροι Κεφαλής Εμβρύου	cm
Υπινιο-Βρεγματική	28 / 32
Μετωπο-Ινιακή	33 / 34
Πωγωνο-Ινιακή	33.5 / 35
Αμφι-Ακρωμιακή	35
Αμφι-Τροχαντήριος	29

Διάμετροι Κεφαλής Εμβρύου	Μήκος (cm)	Προβολή
1= Υπινιο-Βρεγματική ( <i>Suboccipito-bregmatic</i> )	9.5	Πλήρης κάμψη (Ινιακή)
2= Υπινιο-Μετωπική ( <i>Suboccipito-frontal</i> )	10.5 10	Μικρή (μερική) κάμψη (Ινιακή)
3= Ινιο-Μετωπική ( <i>Occipito-frontal</i> )	11.5 12	Ουδέτερη θέση (Βρεγματική)
4= Πωγωνο-Ινιακή ( <i>Mento-vertical</i> )	14 13	Μικρή έκταση (Μετωπική)
5= Υποπωγωνο-Βρεγματική ( <i>Submento-bregmatic</i> )	9.5	Υπερέκταση (Προσωπική)
6= Αμφι-Βρεγματική	9.5	
7= Αμφι-Κροταφική	8.5 8.0	
8= Αμφι-Ακρωμιακή	12	
9= Στερνοραχιαία	9	
10= Αμφι-Τροχαντήριος	9	
11= Ιερο-Ηβική	6	



# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

*Οι Δυνάμεις*



INTENSITY X FREQUENCY = UTERINE ACTIVITY  
 (in mm. Hg.) (contractions per 10 min.) (in Montevideo Units)

$$40 \times 3 = 120$$

**Μυομητρική Δραστηριότητα (σε μονάδες Montevideo):**

Κορυφαίο εύρος ωδίνων (σε χιλιοστά στήλης υδραργύρου) x  
 συχνότητα (αριθμό ωδίνων / 10λεπτά)



# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

*Ο Μηχανισμός*

**ΑΠΟΥΣΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΕΞΑΛΕΙΨΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ  
ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

**ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΠΕΡΙΠΟΥ 50%**

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**ΠΛΗΡΗΣ (100%) ΕΞΑΛΕΙΨΗ. Ο ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΕΙΝΑΙ  
ΤΟΣΟ ΛΕΠΤΟΣ ΟΣΟ ΤΟ ΓΕΙΤΟΝΙΚΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ  
ΜΗΤΡΙΑΙΟ ΤΜΗΜΑ**

# → Στάδια ή Περίοδοι ή Φάσεις του Τοκετού

Δηλαδή: “Μηχανισμός του Φυσιολογικού Τοκετού”

- 1<sup>ο</sup> στάδιο: Της **Διαστολής**
- 2<sup>ο</sup> στάδιο: Της **Εξώθησης**
  - Μηχανισμός του Φυσιολογικού Τοκετού (ινιακή προβολή, αριστερή πρόσθια θέση της προβολής) – Χρόνοι:
    - *Προ της ενάρξεως της ενσφηνώσεως η κεφαλή βρίσκεται στην εγκάρσια διάμετρο*
    - **1<sup>ος</sup> χρόνος:** Κάμψη της κεφαλής και προσαρμογή στο ανώτερο πυελικό στόμιο
    - **2<sup>ος</sup> χρόνος:** Κάθοδος της κεφαλής μέχρι το πυελικό έδαφος
    - **3<sup>ος</sup> χρόνος:** Εσωτερική στροφή
    - **4<sup>ος</sup> χρόνος:** Ανάκυψη της κεφαλής και έξοδος
    - **5<sup>ος</sup> χρόνος:** Εξωτερική στροφή της κεφαλής και εσωτερική στροφή των ώμων
    - **6<sup>ος</sup> χρόνος:** Έξοδος του κορμού
- 3<sup>ο</sup> στάδιο: Της **Υστεροτοκίας**

Παράμετρος	Αληθής τοκετός	Ψευδής Τοκετός
<b>Συσπάσεις</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρυθμός</li> <li>• Μεσοδιαστήματα</li> <li>• Ένταση</li> </ul>	Περιοδικός Σταδιακή βράχυνση Προοδευτικά εντονότερη	Ακανόνιστος Αμετάβλητα Αμετάβλητη
<b>Πόνοι-Δυσφορία</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εντόπιση</li> <li>• Αποτέλεσμα αναλγητικής αγωγής</li> </ul>	Πλάτη & κοιλιά Κανένα αποτέλεσμα	Υπογάστριο Συνήθως ύφεση
<b>Διαστολή</b>	Ναι	Όχι

# CALDER MODIFICATION OF THE BISHOP SCORE

Διακύμανση: 0-13, Επιτυχής πρόκληση τοκετού:  $\geq 9/13$

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<i>Διαστολή Τραχήλου (ΕΚ.)</i>	Κλειστός	1 - 2	3 - 4	$\geq 5$
<i>Μήκος Τραχήλου (ΕΚ.)</i>	> 4	2-4	1-2	< 1
<i>Ύψος Προβάλλουσας Μοίρας</i>	- 3	- 2	- 1, 0	+ 1
<i>Σύσταση Τραχήλου</i>	Σκληρός	Ημισκληρός	Μαλακός	
<i>Θέση Τραχήλου</i>	Πίσω	Μέση	Μπροστά	

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΛΕΟΝ ΠΡΟΕΧΟΝΤΟΣ ΣΗΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΙΣΧΙΑΚΕΣ  
ΑΚΑΝΘΕΣ ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΤΟ ΥΨΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΒΑΛΛΟΥΣΑΣ ΜΟΙΡΑΣ.**

**ΚΑΤΑ ΜΕΤΩΠΟ ΕΙΚΟΝΑ: ΥΨΟΣ +1**

**ΠΛΑΓΙΑ ΕΙΚΟΝΑ: ΥΨΟΣ -2 ΕΩΣ -1**

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**ΥΨΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΒΑΛΛΟΥΣΑΣ ΜΟΙΡΑΣ**

## ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΠΡΟΣΘΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΘΕΣΗ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ

- Στην πρωτοτόκο η εμπέδωση της κεφαλής αρχίζει νωρίτερα (από την 36<sup>η</sup> εβδομάδα & κατόπιν), αντίθετα στην πολυτόκο η εμπέδωση της κεφαλής προ της έναρξης του τοκετού δεν διαφοροποιεί την έκβαση.
- Κάθε διαδοχική ωδίνα πιέζει το κύημα προς τα κάτω ελαττώνοντας τον διαθέσιμο χώρο που αυτό έχει, το κεφάλι αρχίζει να κατέρχεται.
- Για να ολοκληρωθεί ο μηχανισμός του τοκετού πρέπει η μικρότερη διάμετρος της κεφαλής του εμβρύου να προσαρμόζεται στην μεγαλύτερη διάμετρο του εκάστοτε επιπέδου της πυέλου
- *Η εξέλιξη γίνεται σε 4 διαδοχικά στάδια*



## ΚΑΘΟΔΟΣ & ΚΑΜΨΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

- Σε πρώτη φάση η κεφαλή κάμπτεται. Στην συνέχεια, κατά την εισαγωγή στο επίπεδο της εισόδου προσαρμόζει την υπινιοβρεγματική (οβελιαία) διάμετρο στην εγκάρσια της εισόδου
- Στην συνέχεια, μόλις πάει η κεφαλή να περάσει το επίπεδο, το βρεγματικό όγκωμα ακουμπά στο ακρωτήριο των μαιευτήρων, και το κεφάλι αναγκάζεται να κάνει ελαφρά στροφή σαν βίδα
- Προσαρμόζεται έτσι η υπινιοβραγματική στην δεξιά λοξή της εισόδου *(δεξιά την ονομάζουμε γιατί μετράμε την διάμετρο από πίσω προς τα μπρος – στην πραγματικότητα η μικρή πηγή βρίσκεται αριστερά)*
- Με κάθε νέα συστολή η κεφαλή κατεβαίνει & συγχρόνως εκτελεί στροφή σαν βίδα

## ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΕΥΡΥΧΩΡΙΑΣ

- Η στροφή (των  $90^\circ$  από την εγκάρσια εισόδου η των  $45^\circ$  από την δεξιά λοξή) ολοκληρώνεται στο επίπεδο του στενού
- Η μικρή πηγή βρίσκεται μπροστά & η μεγάλη πίσω.
- Η οβελιαία ραφή της κεφαλής (υπινιοβρεγματική διάμετρος) προσαρμόζεται στην οπισθοπροσθία του στενού (βρεγματικοί όγκοι στην εγκάρσια της εισόδου)
- Ολοκληρώνεται έτσι η κάθοδος & κάμψη της κεφαλής
- Στην συνέχεια, κατευθύνεται το κεφάλι προς την περιοχή της μικρότερης αντίστασης που είναι η σχισμή του αιδοίου, & όχι προς το πυελικό έδαφος (περιοχή αυξημένης αντίστασης)

## ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΕΥΡΥΧΩΡΙΑΣ (συνέχεια)

- Προσαρμόζει το ινίο κάτω από την ηβική σύμφυση.
- Με υπομόχλιο το ινίο & την αντίσταση του περινέου από την μια συν τις ωδίνες της μήτρας δημιουργείται μοχλός α' είδους & η κεφαλή κάνει έκταση

## ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

- Η κεφαλή έρχεται στην σχισμή & το περίνεο διατείνεται
- Εφόσον κρίνεται αναγκαίο, γίνεται διήθηση & πλάγια περινεοτομία.
- Η σειρά γέννησης των ανατομικών περιοχών της κεφαλής είναι: ινίο – βρέγμα – μέτωπο – ριζορρίνιο – μύτη – στόμα – πηγούνι
- Όταν γεννηθεί το κεφάλι οι τότε οι ώμοι βρίσκονται στο επίπεδο της εισόδου. Αναγκαστικά, θα κάνουν και αυτοί με την σειρά τους στροφή για να περάσουν το επίπεδο του στενού
- Η κεφαλή κάνει στροφή προς την πλευρά της ράχης του εμβρύου

## ΕΞΟΔΟΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ – ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΡΟΦΗ ΩΜΩΝ

- Το παιδί «κοιτά» προς τον δεξιό μηρό της γυναίκας. Υποβοηθούμε αυτή την έξω στροφή της κεφαλής προς την πλευρά της ράχης – οι κινήσεις ήσαν μέχρις τώρα παθητικές χωρίς την δική μας υποβοήθηση.
- Στην συνέχεια έρχεται ο πρόσθιος (δεξιός) ώμος κάτω από την ηβική σύμφυση και σφηνώνεται κάτω από αυτήν
- Στην φάση αυτή, μπορούμε να περιμένουμε έως 30 δευτερόλεπτα
- Πιάνουμε το κεφάλι αμφιβρεγματικά, τραβώντας το κάτω & έξω όσο να εμφανισθεί ο πρόσθιος ώμος κάτω από την ηβική σύμφυση
- Τότε σηκώνουμε το παιδί προς τα άνω & έξω έως ότου γεννηθεί ο οπίσθιος ώμος

## ΕΞΟΔΟΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ – ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΤΡΟΦΗ ΩΜΩΝ (συνέχεια)

- Τραβάμε μετά κατά την φορά του άξονα της πυέλου & γεννιέται ο πρόσθιος ώμος & κατόπιν ο κορμός
- Διαγράφουμε την αγκύλη του ομφάλιου λώρου
- Εφαρμόζουμε 2 λαβίδες Kocher & κόβουμε μεταξύ τους

Συνεπώς, ο τοκετός αποτελείται από 4 παθητικές κινήσεις:

- Κάθοδος & κάμψη κεφαλής
- Έσω στροφή σαν βίδα
- Έκταση
- Έξω στροφή & έσω στροφή ώμων

Τα πρόσθια τεταρτημόρια των επιπέδων της λεκάνης είναι μεγαλύτερα από τα οπίσθια, άρα, καθώς οι ωδίνες δρουν, μαζί με την αντίσταση από το περίνεο, το κεφάλι στρίβει στα πρόσθια μέρη. Αν τα πρόσθια μέρη είναι μικρότερα, το κεφάλι στρίβει προς τα οπίσθια & η εξέλιξη του τοκετού γίνεται εργώδης & επίπονη.

# ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΟΙ ΠΡΟΣΘΙΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ?

1. Μηχανικοί λόγοι (οι μύες του περινέου λειτουργούν σαν υπομόχλιο που σπρώχνει το έμβρυο προς τα πάνω)
2. Τα 2 πρόσθια τεταρτημόρια της λεκάνης είναι πιο ευρύχωρα (αυτό συμβαίνει στην γυναικοειδή λεκάνη, στην ανδροειδή αυτό συμβαίνει στα οπίσθια)
3. Η αριστερή πρόσθια είναι συχνότερη επειδή η μήτρα έχει δεξιά κλίση



# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -1

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## 1. ΤΟ ΚΕΦΑΛΙ “ΚΟΛΥΜΠΑΕΙ” ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΜΠΕΔΩΣΗ

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -2

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## 2. ΕΜΠΕΔΩΣΗ, ΚΑΘΟΔΟΣ, ΚΑΜΨΗ

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -3

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

3. ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΚΑΘΟΔΟΣ, ΕΣΩ ΣΤΡΟΦΗ

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -4

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## 4. ΠΛΗΡΗΣ ΣΤΡΟΦΗ, ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -5

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## 5. ΠΛΗΡΗΣ ΕΚΤΑΣΗ

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -6

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## 6. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΕΣΩ ΣΤΡΟΦΗ)

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -7

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## 7. ΤΟΚΕΤΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΩΜΟΥ

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ -8

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## 8. ΤΟΚΕΤΟΣ ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΩΜΟΥ



ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΤΑ ΟΣΤΑ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΑΛΛΗΛΟΕΦΙΠΠΕΥΟΥΝ & ΤΟ ΣΧΗΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΤΟ  
ΣΧΗΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΕΦΙΠΠΕΥΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΪΚΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ (Α) ΠΛΑΓΙΑ ΑΠΟΨΗ, (Β) ΟΠΙΣΘΙΑ ΑΠΟΨΗ.  
Η ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΓΡΑΜΜΗ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΣΧΗΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΦΙΠΠΕΥΣΗ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Η “ΠΡΟΚΕΦΑΛΗ”

# ΤΥΠΟΙ & ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΠΙΣΙΟΤΟΜΩΝ

Παράμετρος	Μέση	Μεσοπλάγια
Χειρουργική αποκατάσταση	εύκολη	δυσκολότερη
Προβληματική επούλωση	σπάνια	συχνότερη
Μετεγχειρητικό άλγος	ελάχιστο	συχνότερο
Ανατομικό αποτέλεσμα	άριστο	ενίοτε υποβέλτιστο
Απώλεια αίματος	λιγότερη	περισσότερη
Δυσπαρευνία	σπάνια	περιστασιακή
Επέκταση σε παρακείμενους ιστούς & όργανα	συνήθης	ασυνήθης

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΣΗΣ ΕΠΙΣΟΤΟΜΗΣ

Δύο δάκτυλα εισχωρούν μεταξύ του περινέου & της εμβρυϊκής κεφαλής, και εν συνεχεία πραγματοποιείται κάθετα η επισιοτομή

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

*Η διαφορετική κατεύθυνση της μέσης από την μεσοπλάγια περινεοτομή (επισιοτομή)*

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## **ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ RITGEN**

Ασκείται μέτρια πίεση προς τα άνω στο εμβρυϊκό πηγούνι μέσω του οπίσθιου χεριού το οποίο είναι καλυμμένο με αποστειρωμένη κομπρέσα, ενώ η υπινιακή περιοχή της κεφαλής πιέζεται πάνω στην ηβική σύμφυση

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ & ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ



ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Η ΑΓΚΥΛΗ ΤΟΥ ΛΩΡΟΥ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΤΑΙ & ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΛΑΙΜΟ

# ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ

1. Η μήτρα γίνεται σφαιρική & σκληρότερη καθώς συσπάται
2. Συχνά υπάρχει απότομη έξοδος αίματος
3. Η μήτρα ανυψώνεται στο υπογάστριο καθώς ο αποχωρισμός του πλακούντα τον οδηγεί στο κατώτερο μητριάιο τμήμα & τον κόλπο, όπου ο όγκος του (πλακούντα) πιέζει την μήτρα προς τα άνω
4. Ο ομφάλιος λώρος προβάλλει ακόμη περισσότερο εκτός του κόλπου, υποδηλώνοντας την κάθοδο του πλακούντα

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΛΠΟ ΕΛΚΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΛΩΡΟ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΠΡΟΣΦΥΟΜΕΝΟΙ ΥΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΜΗΤΡΑ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΟΝΤΑΙ ΜΕ ΘΥΡΙΔΩΤΗ ΛΑΒΙΔΑ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

## ΤΙ ΑΦΟΡΑ Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ΣΤΗΝ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑ;

- Θέση πρόσφυσης ομφαλίδας & αγγείων  
(2 αρτηρίες – 1 φλέβα)
- Ακεραιότητα κοτυληδόνων & υμένων
- Εμβρυϊκή & μητρική επιφάνεια

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

*Δημιουργία 'ζωντανού κόμπου' από τους μυς του μυομητρίου & επίτευξη αιμόστασης στα αγγεία*

# ΑΤΕΧΝΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ

1. Υπερβολική έλξη στον ομφάλιο λώρο
2. Υπερβολική πίεση στον πυθμένα της μήτρας
3. Υπερβολική άσκηση ενδοκοιλιακής πίεσης
4. Υπερβολική έντονη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα

# ΡΗΞΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ 1ου ΒΑΘΜΟΥ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Αφορούν τον πρόδρομο του κόλπου, το δέρμα του περινέου και τον βλεννογόνο του κόλπου, αλλά όχι την υποκείμενη περιτονία & τους μύες. Επίσης, περιλαμβάνονται περιουρηθρικές ρήξεις, που μπορεί να είναι ιδιαίτερα αιμορραγικές.



# ΡΗΞΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ 2ου ΒΑΘΜΟΥ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Αφορούν επιπρόσθετα την περιτονία & τους μύες του περινεϊκού σώματος, αλλά όχι τον σφιγκτήρα του πρωκτού. Συνήθως επεκτείνονται ανιόντως ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα στον κόλπο, σχηματίζοντας ένα ανώμαλο τραύμα με τρεις γωνίες

# ΡΗΞΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ 3ου ΒΑΘΜΟΥ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Αφορούν επιπρόσθετα τον σφιγκτηριακό μηχανισμό του ορθού

# ΡΗΞΕΙΣ ΠΕΡΙΝΕΟΥ 4ου ΒΑΘΜΟΥ

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Αφορούν επιπρόσθετα τον βλεννογόνο του ορθού, με ορατό τον αυλό του

# ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΡΗΞΕΩΝ 3ου- 4ου ΒΑΘΜΟΥ

1. Μέση επισιοτομή
2. Ατοκία
3. Αναστολή εξέλιξης τοκετού στο 2<sup>ο</sup> στάδιο
4. Εμμένουσα οπίσθια θέση ινιακής προβολής
5. Μέσες ή χαμηλές εμβρυουλκίες
6. Χρήση τοπικών αναισθητικών
7. Ασιατική καταγωγή



# ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΕ ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

Dr. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ  
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

*Ο κορμός της παρουσίασης αυτής έχει δημιουργηθεί και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Ομότιμου Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας Παν. Πατρών κ. Βασ. Τσάπανου*

*Με σκοπό την προστασία τυχόν άλλων ξένων πνευματικών δικαιωμάτων, απαγορεύεται η με κάθε τρόπο ανάρτησή όλου ή μέρους της παρουσίασης αυτής σε οποιοδήποτε διαδικτυακό μέσο και ιστότοπο εκτός του e-class του Πανεπιστημίου Πατρών*

# ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ - ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

- Η ισχιακή προβολή, που αφορά περίπου το 3% των τελειόμηνων, περιγράφει το κύημα που προβάλλει με τους γλουτούς ή τα πόδια
- Αν και τα περισσότερα νεογνά σε ισχιακή προβολή είναι υγιή & φυσιολογικά, η προβολή αυτή εντούτοις συσχετίζεται με συγγενείς ανωμαλίες, ήπιες διαταραχές διάπλασης είτε αναπτυξιακές διαταραχές καθώς και δυσπλασίες του ισχίου
- Αν και κάποια συστήματα υγείας ενθαρρύνουν τον εξωτερικό μετασχηματισμό σε κεφαλική προβολή, τα περισσότερα νεογνά σε ισχιακή προβολή γεννιούνται με ΚΤ που συνδέεται με σημαντικά περιορισμένη προγεννητική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα συγκριτικά με τον κοιλιακό τοκετό ισχιακής



## ΕΠΙ ΓΛΟΥΤΟΥΣ-ΑΛΗΘΗΣ

Και τα 2 ισχία είναι σε κάμψη και τα γόνατα σε έκταση οπότε οι άκροι πόδες είναι δίπλα στο κεφάλι. Αφορά 50-70% των ισχιακών στο τέρμα

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΟΜΑΛΗ-ΠΛΗΡΗΣ-  
ΤΕΛΕΙΑ

Ισχία και γόνατα σε  
κάμψη. Αφορά 5-10%  
των ισχιακών στο τέρμα

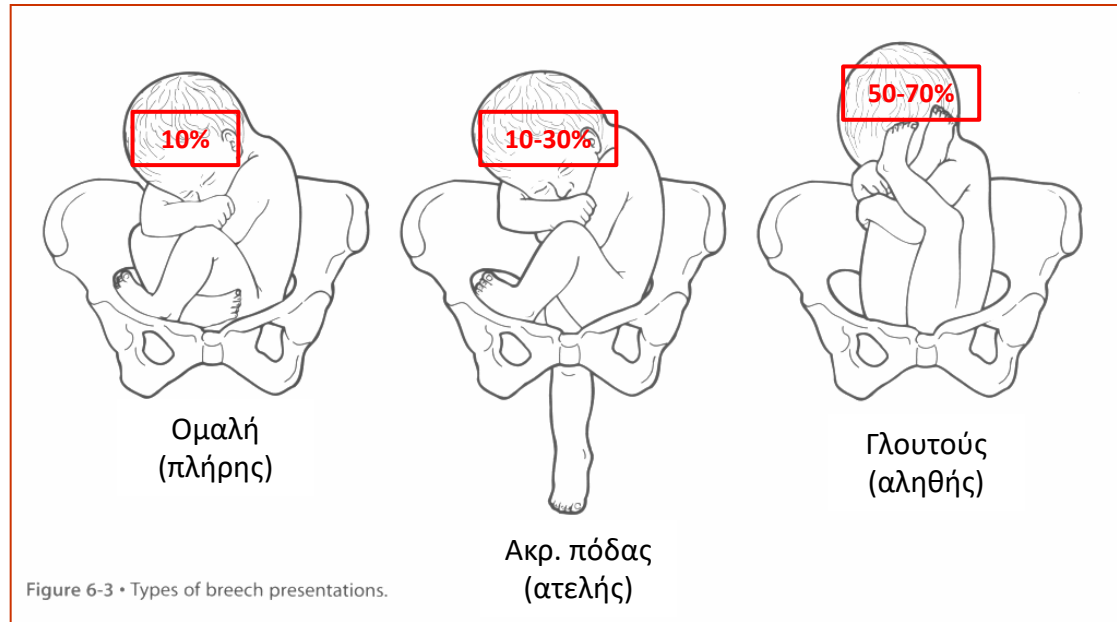
ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**ΑΤΕΛΗΣ – ΕΠΙ ΑΚΡΟΥΣ**  
**ΠΟΔΑΣ**

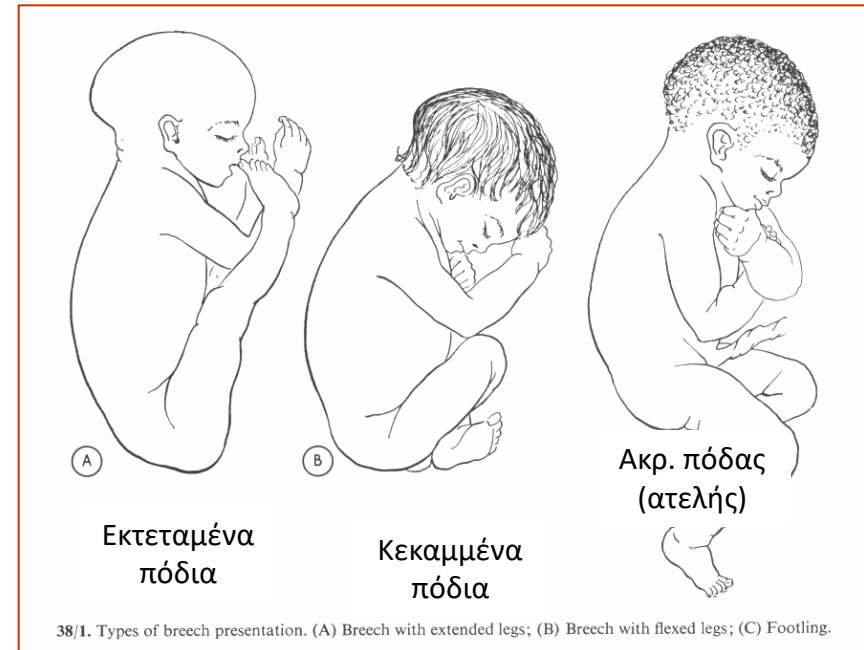
**Το ένα ή & τα 2 ισχία δεν  
είναι πλήρως  
κεκαμμένα. Αφορά 10-  
40% των ισχιακών στο  
τέρμα**

**ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΕΙΔΗ ΙΣΧΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ



- Ομαλή (ή Πλήρης, ή Τελεία – “*Complete Breech*”) (5-10 %)
- Ανώμαλη
  - Επί γλουτούς (ή Αληθής – “*Frank breech*”) (50-70 %):
    - (Επί γόνατα)
    - Επί άκρους πόδας (ή Ατελής) (10-30 %):
      - Ένα πόδα
      - Δύο πόδες



# ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΣΧΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ

1. Προωρότητα
2. Ανωμαλίες μήτρας
  - Ανωμαλίες σχήματος, Ινομύματα
3. Ανωμαλίες πυέλου
4. Ανωμαλίες εμβρύου
  - ΚΝΣ, αυχενικές μάζες, Υδροκεφαλία, Ανεγκεφαλία
  - Σύνδρομο Potter's
  - Εμβρυϊκός αλκοολισμός
  - Ανευπλοειδισμός (τρισωμία 13,18,21) – [Στο 17% των πρόωρων & 9% των τελειόμηνων κυήσεων με ισχιακή προβολή]
5. Πολύδυμη Κύηση
6. Πολυτοκία
7. Υδράμνιο
8. Προδρομικός Πλακούντας

# ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΣΧΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ

Αφορά το 3-4% όλων των τοκετών:

- 25% των γεννήσεων πριν την 28<sup>η</sup> εβδ.
- 7% των γεννήσεων στην 32<sup>η</sup> εβδ.
- 1-3% των τελειόμηνων γεννήσεων

# ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

- ↑ 2 × 4 φορές
- Άσχετα με το είδος τοκετού
- Θάνατοι από:
  - Δυσπλασίες
  - Προωρότητα
  - Ενδομήτριους θανάτους

# ΤΟΚΕΤΟΣ ΕΠΙ ΙΣΧΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ

- **ΚΟΛΠΙΚΟΣ**

- Αυτόματος

- Χωρίς έλξεις ή χειρισμούς
    - Στα πολύ πρόωρα

- Υποβοηθούμενος τοκετός ή Μερικός Εξελκυσμός

- Χειρισμοί μόνο για την έξοδο χειρών και κεφαλής
    - Ο συνηθέστερος

- Εξελκυσμός

- Πλήρεις χειρισμοί για την επίσπευση της εξόδου του εμβρύου με ισχιακή προβολή
    - Να μη χρησιμοποιείται στις μονήρεις κυήσεις (τράχηλος μερικώς ανοικτός)
      - Τραυματισμός εμβρύου 25%
      - Θνησιμότητα εμβρύου 10%
    - Να εφαρμόζεται στο δεύτερο δίδυμο μη κεφαλικής προβολής
    - Επί πρόπτωσης ποδός, αναμονή μέχρι τελείας διαστολής

- Εξωτερικός Μετασχηματισμός

- **ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ**



# ΙΣΧΙΑΚΕΣ ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΥΠΟΨΗΦΙΕΣ ΓΙΑ ΚΟΛΠΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ

- Το 50% όλων των ισχιακών
- Επιτυχώς εξελίσσεται το 60-82% αυτών

# ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ

- Ενσφήνωση ισχίων με την αμφιτροχαντήριο στην εγκάρσια του ανωτέρου πυελικού στομίου
- Ατελής στροφή ή Υπερστροφή ισχίων
- Ανύψωση των χειρών κατά τον τοκετό των ώμων
- Αδυναμία ενσφήνωσης της κεφαλής τελευταίας
- Ατελής στροφή ή Υπερστροφή της κεφαλής τελευταίας
- Παγίδευση της κεφαλής από μερικώς διεσταλμένο τράχηλο (0-8.5%, ↑ συχν. < 32 εβδ.)
  - Τραχηλικές τομές Döhrssen
  - Χειρισμός Zavanelli
- Ανύψωση χειρός πάνω από τον αυχένα (0-5% ΑΤ, 9% ΕΞ)
  - Τραυματισμός νεογνού 25%
  - Πρόληψη με αποφυγή βίαιης έλξης του κορμού
  - Διόρθωση με πρόσθια στροφή
- Κάκωση ΑΜ.ΣΣ από υπερέκταση κεφαλής >90°
- Πρόπτωση Ομφαλίου Λώρου (7.5%)
  - 0-2% στις ανώμαλες επί γλουτούς
  - 5-10% στις ομαλές
  - 10-25% στις ανώμαλες επί άκρους πόδας
  - Πρωτοτόκες: 3%, Πολυτόκες: 6%

**Ο ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ  
ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ  
ΕΠΙ ΙΣΧΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ**

**ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ  
ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΚΟΛΠΙΚΟΥ  
ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΗΝ ΟΜΑΛΗ  
ΙΣΧΙΑΚΗ ΠΡΟΒΟΛΗ**

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

# ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ - ΕΞΟΔΟΣ ΤΩΝ ΙΣΧΙΩΝ

- Είσοδος δια συμπίεσεως των ισχίων
- Κάθοδος με οπίσθιο ασυγκλιτισμό (οπίσθιου γλουτού)
- Εσωτερική στροφή μικρά ( $45^\circ$ )
- Πλαγία κάμψη κορμού προς την ηβική
- Έξοδος ισχίων

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

# ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ – ΕΞΟΔΟΣ ΤΟΥ ΚΟΡΜΟΥ

- Η αμφιτροχαντήριος διατηρείται στην προσθιοπίσθια της εισόδου
- Αυτόματη έξοδος του κορμού μέχρι του ομφαλού ή την κάτω γωνία της πρόσθιας ωμοπλάτης

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

# ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ – ΕΞΟΔΟΣ ΤΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

- Οι ώμοι εισέρχονται όταν εξέρχονται τα ισχία
- Η διακρωμακή σε μία λοξή του ανωτέρου πυελικού στομίου
- Στροφή με την διακρωμακή στη προσθιοπίσθια του κατωτέρου πυελικού στομίου
- Οι βραχίονες είναι σταυρωμένοι στο στήθος
- Έξοδος πρώτα του πρώτου ώμου

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

# ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ – ΕΞΟΔΟΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ

- Είσοδος της κεφαλής όταν οι ώμοι συμπληρώνουν την στροφή τους
- Ενσφήνωση σε μία λοξή του ανωτέρου πυελικού στομίου, με κάμψη
- Στροφή με το ινίο κάτω από την ηβική
- Το υπινίο κάτω από την ηβική
- Πρώτα φαίνεται το πηγούνι
- Έξοδος της κεφαλής με κάμψη



# ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

- Εξωτερικός
  - Επί ισχιακής προβολής (*προς κεφαλική προβολή*)
  - Επί εγκάρσιου σχήματος (*προς κεφαλική προβολή*)
- Εσωτερικός
  - Επί πόδας (*από εγκάρσιο σχήμα ή από κεφαλική προβολή προς ισχιακή προβολή*)
  - Επί κεφαλήν (*από εγκάρσιο σχήμα προς κεφαλική προβολή*)
    - Κατά d'Outrepont
    - Κατά Busch
- Μικτός ή Braxton-Hicks
  - Επί πόδας (*από εγκάρσιο σχήμα ή από κεφαλική προβολή προς ισχιακή προβολή*)

# ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ 1

- Αρχικά δημοφιλής το '60 - Εγκαταλείφθηκε μετά το '70 λόγω ανακοινωθέντων θανάτων - Επαναχρησιμοποιήθηκε στις ΗΠΑ το '80 - Πολύ δημοφιλής από το '90
  - Η βελτίωση της έκβασης πιθανά σχετίζεται με τη χρήση του NST, τη προληπτική χορήγηση αντι-Rh ανοσοσφαιρίνης και τη καλύτερη επιλογή των περιστατικών
- **Ποσοστά επιτυχίας: 35-86%**
  - Αυξάνονται στις πολυτόκες, τις μικρές ηλικίες κύησης, στις ανώμαλες επί γλουτούς, στα εγκάρσια σχήματα και τις Αφροαμερικάνες
  - Σημασία επίσης έχει το βάρος της μητέρας, η θέση του πλακούντα και ο όγκος του αμνιακού υγρού
  - Την επιτυχία του ενισχύουν η τοκόλυση, η περιοχική αναισθησία και τα ακουστικά ερεθίσματα
- **Ποσοστά κοιλιακού τοκετού μετά από επιτυχή εξωτερικό μετασχηματισμό: 31%**
- **1-2% των μετασχηματισμών οδηγούν σε επιπλοκές που επιτάσσουν άμεσο τοκετό**
- **Οι προσπάθειες μετασχηματισμού μειώνουν τη συχνότητα των ΚΤ λόγω ισχιακής προβολής κατά 50%**
  - Η μείωση αυτή θεωρείται στατιστικά αδιάφορη δεδομένου ότι οι ισχιακές προβολές αφορούν μόνο στο 3-5% όλων των τοκετών

# ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ 2

- **Υποψήφιος:** Τελειόμηνα (>36 εβδ.) με καλό NST, χωρίς αντενδείξεις για κοιλιακό τοκετό
- **Αμφισβητούμενες υποψήφιος:** Προηγούμενες τομές μήτρας, κατά τη διάρκεια ωδίνων
- **Κίνδυνοι** (Κατάγματα, ρήξη σπλάγχχνων, PTL/PROM, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, εμβρυομητρική αιμορραγία, περιτυλίξεις ομφαλίδας, προσωρινή βραδυκαρδία - πνευμονογαστρικό)
- **Αντενδείξεις**
  - Απόλυτες (Πολύδυμες ιδίως ισχιακές, αντένδειξη για κοιλιακό τοκετό (έρπηγ, προδρομικός πλακούς)
  - Σχετικές (Υδράμνιο, Ολιγάμνιο, IUGR, ανωμαλίες μήτρας, ανωμαλίες εμβρύου)
- **Τοκολυτικά**
  - Αντικρουόμενες απόψεις για τη χρησιμότητά τους – Ασαφές εάν πρέπει να χρησιμοποιούνται τακτικά ή επιλεκτικά
- **Περιοχική αναισθησία** (Επισκληρίδιος ή Ραχιαία)
- **Ακουστικά ερεθίσματα** (θετικά 91%)

# ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΛΟΓΩ ΙΣΧΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ (ΗΠΑ)

- Ενδείξεις:
  - Αντένδειξη για ωδινοποίηση
  - Ακτινογραφικά ευρήματα ανεπαρκούς πυέλου
  - Ανεπαρκής πρόοδος τοκετού
    - Επαρκής πρόοδος στις πολυτόκες = 1.5 cm
- 1970 = 14%
- 1986 = 86%
- 2005 = 90-95%
- = 10-15% όλων των ΚΤ
- Δεν έχει μειωθεί όμως σημαντικά η ασφυξία, οι τραυματικοί τοκετοί και οι περιγεννητικοί θάνατοι

- Οι χειρισμοί είναι οι ίδιοι όπως και στον κοιλιακό τοκετό της ισχιακής προβολής
- Πιθανή σκοπιμότητα χαμηλής κάθετης τομής → Επί ανάγκης, επέκταση προς το σώμα της μήτρας
- Επί εγκαρσίας τομής, απαιτείται ταχεία εξαγωγή της κεφαλής, πριν τη σύσπαση της μήτρας

# **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΙΣΧΙΑΚΗΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ**

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 1. ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

- **< 26 εβδ.:** Βασικό πρόβλημα η προωρότητα. Έλλειψη δεδομένων για τον ιδανικό τρόπο τοκετού
- **26-32 εβδ.:** ΚΤ βάσει αναδρομικών μελετών
- **32-36 εβδ.:** Κολπικός τοκετός μετά από συζήτηση με τους γονείς
- **> 37 εβδ.:** Οι γονείς να ενημερώνονται για την πιθανά σημαντικά αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα με τον κολπικό τοκετό επί ισχιακής

- Μελέτες παρατήρησης υποστηρίζουν ότι ο κολπικός τοκετός του πολύ πρόωρου ισχιακού φαίνεται να σχετίζεται με μικρή αλλά σημαντική αύξηση σε ανεπιθύμητα συμβάντα που αποφεύγονται με την ΚΤ.
- Το πηλίκο της περιμέτρου της κεφαλής προς την περίμετρο της κοιλίας είναι μεγαλύτερο από του τελειόμηνου εμβρύου και συνεπώς το πρόωρο ισχιακό είναι περισσότερο πιθανό να εγκλωβισθεί σε ένα μερικώς διεσταλμένο τράχηλο, οδηγώντας σε τραυματικό τοκετό, είτε οξεία ασφυξία από πίεση του ομφάλιου λώρου.

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 2. ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

- Εάν 4000-4500 γρ.  $\Rightarrow$  ΚΤ λόγω του κινδύνου παγίδευσης της κεφαλής στην πύελο παρά την έλλειψη επαρκών δεδομένων υποστήριξης



# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 3. ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ

- Ανώμαλη επί γλουτούς  $\Rightarrow$  Κολπικός τοκετός
- Ομαλή και Ανώμαλη επί άκρους πόδας  $\Rightarrow$  Κολπικός τοκετός  
μόνο εφόσον το έμβρυο κάθεται ικανοποιητικά στον τράχηλο

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 4. ΣΤΑΣΗ ΕΜΒΡΥΟΥ

- Για κοιλιακό τοκετό δεν θα πρέπει να υπάρχει υπερέκταση του λαιμού στο υπερηχογράφημα
- Αποδεκτές είναι η θέση κάμψης και η «στρατιωτική» (πρηνής) θέση του εμβρύου

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 5. ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΚΤ

- Κολπικός τοκετός επί ισχιακής προβολής μετά από μία ΚΤ είναι πιθανώς ασφαλής, αλλά χρειάζονται και άλλες μελέτες για να το τεκμηριώσουν

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 6. ΠΡΩΤΟΤΟΚΙΑ - ΠΟΛΥΤΟΚΙΑ

- Θεωρείται ότι οι πρωτοτόκες πρέπει να κάνουν ΚΤ, αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα που να το υποστηρίζουν
- Τεκμηριωμένος είναι εντούτοις ο διπλάσιος κίνδυνος πρόπτωσης ομφαλίδας στις πολυτόκες

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 7. ΠΥΕΛΟΜΕΤΡΗΣΗ (με χρήση CT)

- Χρησιμοποιείται σπανίως σήμερα
- Ικανοποιητικά κριτήρια για κοιλιακό τοκετό:
  - Είσοδος
    - Εγκαρσία > 11.5 / Προσθιοπίσθια > 10.5
  - Ευρυχωρία
    - Εγκαρσία > 10 / Προσθιοπίσθια > 11.5

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 8. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΝΟΜΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

(π.χ. *Zatuchni-Andros Breech Scoring*)

	0	1	2
Προηγούμενοι Τοκετοί	0	1	2
Προηγούμενοι Ισχιακοί Τοκετοί	0	1	2
Ηλικία Κύησης	> 39	38	< 37
Βάρος Εμβρύου	3600	3200-3600	< 3200
Διαστολή	2	3	4
Ύψος	-3	-2	-1

**Εάν η βαθμολογία είναι 0-4, συνιστάται ΚΤ**

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

## 9. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- Εάν δεν υπάρχει εμπειρία  
πρέπει να προτιμάται η  
Καισαρική Τομή

- Ο κοιλιακός τοκετός επί ισχιακής προβολής διδάσκεται ολοένα και λιγότερο και σύντομα δεν θα υπάρχει καμία εμπειρία και δεν θα εφαρμόζεται καθόλου



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

*Obstet Gynecol* VOL. 132, NO. 2, AUGUST 2018

# ACOG COMMITTEE OPINION

Number 745

*(Replaces Committee Opinion Number 340, July 2006)*

## Committee on Obstetric Practice

*This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice.*

**INTERIM UPDATE:** This Committee Opinion is updated as highlighted to reflect a limited, focused change in the evidence regarding external cephalic version for breech presentation at term. Additional updates have been made to reflect current practice regarding vaginal breech delivery.

## Mode of Term Singleton Breech Delivery

**ABSTRACT:** There is a trend in the United States to perform cesarean delivery for term singleton fetuses in a breech presentation. The number of practitioners with the skills and experience to perform vaginal breech delivery has decreased. The decision regarding the mode of delivery should consider patient wishes and the experience of the health care provider. Obstetrician–gynecologists and other obstetric care providers should offer external cephalic version as an alternative to planned cesarean for a woman who has a term singleton breech fetus, desires a planned vaginal delivery of a vertex-presenting fetus, and has no contraindications. External cephalic version should be attempted only in settings in which cesarean delivery services are readily available. Planned vaginal delivery of a term singleton breech fetus may be reasonable under hospital-specific protocol guidelines for eligibility and labor management. If a vaginal breech delivery is planned, a detailed informed consent should be documented—including risks that perinatal or neonatal mortality or short-term serious neonatal morbidity may be higher than if a cesarean delivery is planned.





# ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Dr. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ  
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

*Με σκοπό την προστασία ξένων πνευματικών δικαιωμάτων,  
απαγορεύεται η με κάθε τρόπο ανάρτησή όλου ή μέρους της  
παρουσίασης αυτής σε οποιοδήποτε διαδικτυακό μέσο και ιστότοπο  
εκτός του e-class του Πανεπιστημίου Πατρών*

**ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ**

**- ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ**

# ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

1. Φυσιολογικός τοκετός
2. Επεμβατικός τοκετός (*εμβρυουλκία*)
3. Καισαρική τομή

# ΓΙΑΤΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕ ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ?? (ΣΙΚΥΟΥΛΚΙΑ/VACUUM-VENTOUSE)

1. Αποφυγή εισαγωγής ατσάλινων λεπίδων στον κόλπο οι οποίες καταλαμβάνουν χώρο & αθέλητα προκαλούν τραυματισμούς/ρήξεις
2. Μη αναγκαιότητα επακριβούς τοποθέτησης πάνω στο κεφάλι του εμβρύου
3. Μικρότερος τραυματισμός της μητέρας
4. Μικρότερη ενδοκράνια πίεση κατά την έλξη

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

*Η δυνατότητα του σωλήνα σιλικόνης να καμφθεί σε γωνία 90-μοιρών στην ένωση με την μεταλλική κάψα είναι χρήσιμη στις δυσμενείς θέσεις της εμβρυϊκής κεφαλής.*

# ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑΣ

1. Μητρική εξουθένωση & αδυναμία εξώθησης
2. Ιατρικές καταστάσεις της εγκύου οπότε αντενδείκνυται η εξώθηση στο 2<sup>ο</sup> στάδιο του τοκετού (π.χ. καρδιοπάθειες)
3. Παρατεταμένο 2<sup>ο</sup> στάδιο
4. Υπόνοια επικείμενης εμβρυϊκής δυσχέρειας



# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑΣ

***Ο εκτελών τον τοκετό είναι έμπειρος και σίγουρος ότι:***

1. Η διαστολή είναι τελεία
2. Το θυλάκιο είναι ερρηγμένο
3. Η κεφαλή είναι εμπεδωμένη – ποτέ εφαρμογή σε ανεμπέδωτη κεφαλή
4. Η προβολή είναι κεφαλική και η θέση προβολής καθώς & τυχόν ασυγκλιτισμός είναι γνωστά, καθώς και ο βαθμός της εφίππευσης
5. Το εκτιμώμενο εμβρυϊκό βάρος δεν είναι ούτε υπερβολικά μικρό, ούτε υπερβολικά μεγάλο
6. Η ασθενής συναινεί και έχει λάβει την κατάλληλη αναισθησία
7. Η ουροδόχος κύστη είναι άδεια
8. Υφίσταται η δυνατότητα και η υποδομή επείγουσας διενέργειας ΚΤ, καθώς και εξειδικευμένο προσωπικό για νεογνική ανάνηψη

# ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ – ΝΕΟΓΝΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

1. Ενδοκρανιακή αιμορραγία
2. Αιμορραγία μεταξύ κρανίου & επικράνιας απονεύρωσης
3. Πληγές στο δέρμα της κεφαλής
4. Υπερχολερυθριναιμία
5. Αιμορραγία στον αμφιβληστροειδή
6. Κεφαλαιμάτωμα

Συνολικά, η επίπτωση σοβαρών επιπλοκών με την αναρροφητική εμβρυουλκία φτάνει στο 5%.

# ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ & ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑΣ

1. Η ταξινόμηση (και αναφορικά με το ύψος της προβολής) γίνεται όπως ακριβώς και αναφορικά με τους μεταλλικούς εμβρυουλκούς
2. Ισχύουν οι ίδιες ενδείξεις & αντενδείξεις όπως και για τους μεταλλικούς εμβρυουλκούς
3. Η βεντούζα δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε ανεμπέδωτο ινίο, δηλαδή σε ύψος προβολής άνω του μηδέν (0).
4. Ο εκτελών ή επιτηρών την διαδικασία πρέπει να είναι ικανός εγχειρητής
5. Ο εκτελών οφείλει να εγκαταλείψει την προσπάθεια εφόσον η εξέλιξη είναι πολύ αργή είτε αν η βεντούζα ξεκολλήσει περισσότερες από 3 φορές

**ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ**

# ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

CESAREAN BIRTH IN THE UNITED STATES

295

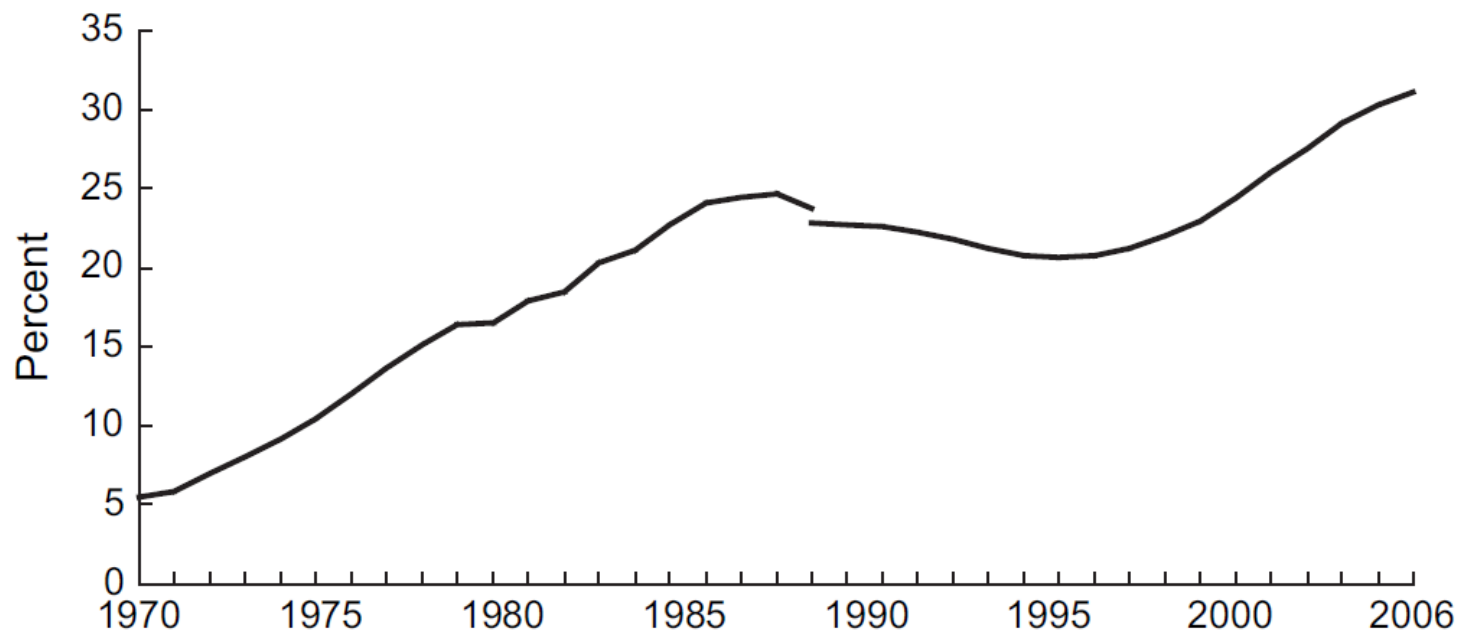


Fig. 1. Total cesarean delivery rate: United States, 1970–2006. (*Data from* Data for 1970–1988 are from the National Hospital Discharge Survey. Data for 1989–2006 are from the National Vital Statistics System, NCHS, Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Data for 2006 are preliminary.)

## ΑΙΤΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (1)

1. Οι γυναίκες αποκτούν λιγότερα παιδιά, αυξημένο ποσοστό τοκετών αφορούν πρωτοτόκες, που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο πραγματοποίησης ΚΤ.
2. Η μέση μητρική ηλικία αυξάνει και οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, ειδικά οι πρωτοτόκες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο πραγματοποίησης ΚΤ.
3. Η ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού είναι διαδεδομένη. Η τεχνική αυτή σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών συγκριτικά με την διαλείπουσα ακρόαση του ΕΚΡ. Αν και η ΚΤ που πραγματοποιείται λόγω "*fetal distress*" αφορά μικρό ποσοστό αυτών των, η αβεβαιότητα που συνοδεύει ένα "μη καθησυχαστικό ΚΤΓ" ("*nonreassuring*" fetal heart rate) μειώνει τον ουδό για πραγματοποίηση ΚΤ στο πλαίσιο παθολογικής προόδου του τοκετού.
4. Οι περισσότερες περιπτώσεις ισχιακής προβολής γεννιούνται σήμερα με ΚΤ.

## ΑΙΤΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (2)

5. Εκτός της Μ. Βρετανίας, η μαίευση με μεταλλικούς εμβρυολογούς δεν διδάσκεται και η εμπειρία προοδευτικά χάνεται.
6. Τα ποσοστά πρόκλησης τοκετού συνεχίζουν να αυξάνονται, και η πρόκληση τοκετού, ειδικά μεταξύ ατόκων, συνδέεται άρρηκτα με αυξημένα ποσοστά ΚΤ.
7. Η επίπτωση της παχυσαρκίας αυξήθηκε & αυτή αυξάνει το ρίσκο για ΚΤ.
8. Τα ποσοστά ΚΤ για γυναίκες με προεκλαμψία αυξήθηκαν, ενώ τα ποσοστά πρόκλησης τοκετού στις γυναίκες αυτές μειώθηκαν.
9. Τα VBAC (*Vaginal birth after cesarean*) ελαττώθηκε από τα υψηλά ποσοστά του 1996 (26%) για τις ΗΠΑ σε 8.5% το 2007, και ακόμη χαμηλότερα κατόπιν.
10. Προγραμματισμένες "*Elective*" ΚΤ πραγματοποιούνται με ολοένα μεγαλύτερη συχνότητα για ποικιλία αιτίων όπως (φόβο για χαλάρωση πυελικού εδάφους, ιατρικά-ενδεδειγμένο πρόωρο τοκετό ώστε να ελαττωθεί ο κίνδυνος νεογνικής βλάβης, κατόπιν επιθυμίας της εγκύου, κ.α.).

## ΑΙΤΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (3)

11. Ιατρονομικοί λόγοι συμβάλλουν τα μέγιστα στα αυξημένα ποσοστά ΚΤ. Σε μια ανασκόπηση αγωγών για medical malpractice (1985 έως 2003), η Μαιευτική αναλογούσε για το μεγαλύτερο αριθμό αγωγών που επιδικάστηκαν (*Texas Medical Liability Trust, 2004*). Περιπτώσεις νεογνών με εγκεφαλική βλάβη αντιπροσώπευσαν τυπικές περιπτώσεις, και συνολικά η μέση αποζημίωση που επιδικάστηκε για μαιευτικές υποθέσεις ήταν 28% μεγαλύτερο από τις άλλες 24 ειδικότητες που περιελήφθησαν στην μελέτη.

Τα δεδομένα αυτά έχουν βαρύνουσα σημασία δεδομένης της πολυσυζητημένης απουσίας συσχέτισης μεταξύ ΚΤ & οιασδήποτε μείωσης σε παιδιατρικά νευρολογικά προβλήματα. Κατά τον *Foley et al* (2002), ούτε τα ποσοστά νεογνικών σπασμών ούτε εγκεφαλικής παράλυσης ελαττώθηκαν καθώς τα ποσοστά ΚΤ αυξήθηκαν.





ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

# European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejogrb](http://www.elsevier.com/locate/ejogrb)



Review article

## EBCOG position statement on caesarean section in Europe<sup>☆</sup>

European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for  
Maternal-Fetal  
Medicine

# OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Number 1 • March 2014  
(Reaffirmed 2016)

## Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery

# FIGO Statement

26<sup>th</sup> June 2020



---

## FIGO Ethics and Professionalism Guideline: Decision Making about Vaginal and Caesarean Delivery



# Caesarean section

Quality standard

Published: 11 June 2013

[www.nice.org.uk/guidance/qs32](http://www.nice.org.uk/guidance/qs32)

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

<b>• Από την μητέρα</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Νόσοι της μητέρας (ενεργός ερπητική πρωτολοίμωξη, τραχηλικός καρκίνος, HIV που δεν λαμβάνει αγωγή με υψηλό ιικό φορτίο)</i></li><li>2. <i>Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις μήτρας (ινομυωματεκτομή, ΚΤ)</i></li><li>3. <i>Προηγούμενη ρήξη της μήτρας</i></li><li>4. <i>Απόφραξη στο κανάλι του τοκετού (ινομύωματα, Ca ωοθηκών)</i></li></ol>
<b>• Από το έμβρυο</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα (βραδυκαρδία, απουσία μεταβλητότητας, scalp pH&lt;7.20)</i></li><li>2. <i>Πρόπτωση ομφαλίδας</i></li><li>3. <i>Ανώμαλες προβολές (ισχιακή ,εγκάρσιο σχήμα, μετωπική)</i></li><li>4. <i>Πολύδυμη κύηση (μη κεφαλικό πρώτο νεογνό, τρίδυμη &amp; άνω)</i></li><li>5. <i>Εμβρυϊκές ανωμαλίες (υδροκέφαλος, ατελής οστεογένεση, κ.α.)</i></li></ol>
<b>• Από την μητέρα &amp; το έμβρυο</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Κεφαλοπυελική δυσαναλογία</i></li><li>2. <i>Αποτυχία πρόκλησης τοκετού</i></li></ol>
<b>• Από τον πλακούντα</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Αποκόλληση πλακούντα</i></li><li>2. <i>Προδρομικός πλακούντας</i></li><li>3. <i>Πρόδρομα αγγεία</i></li></ol>



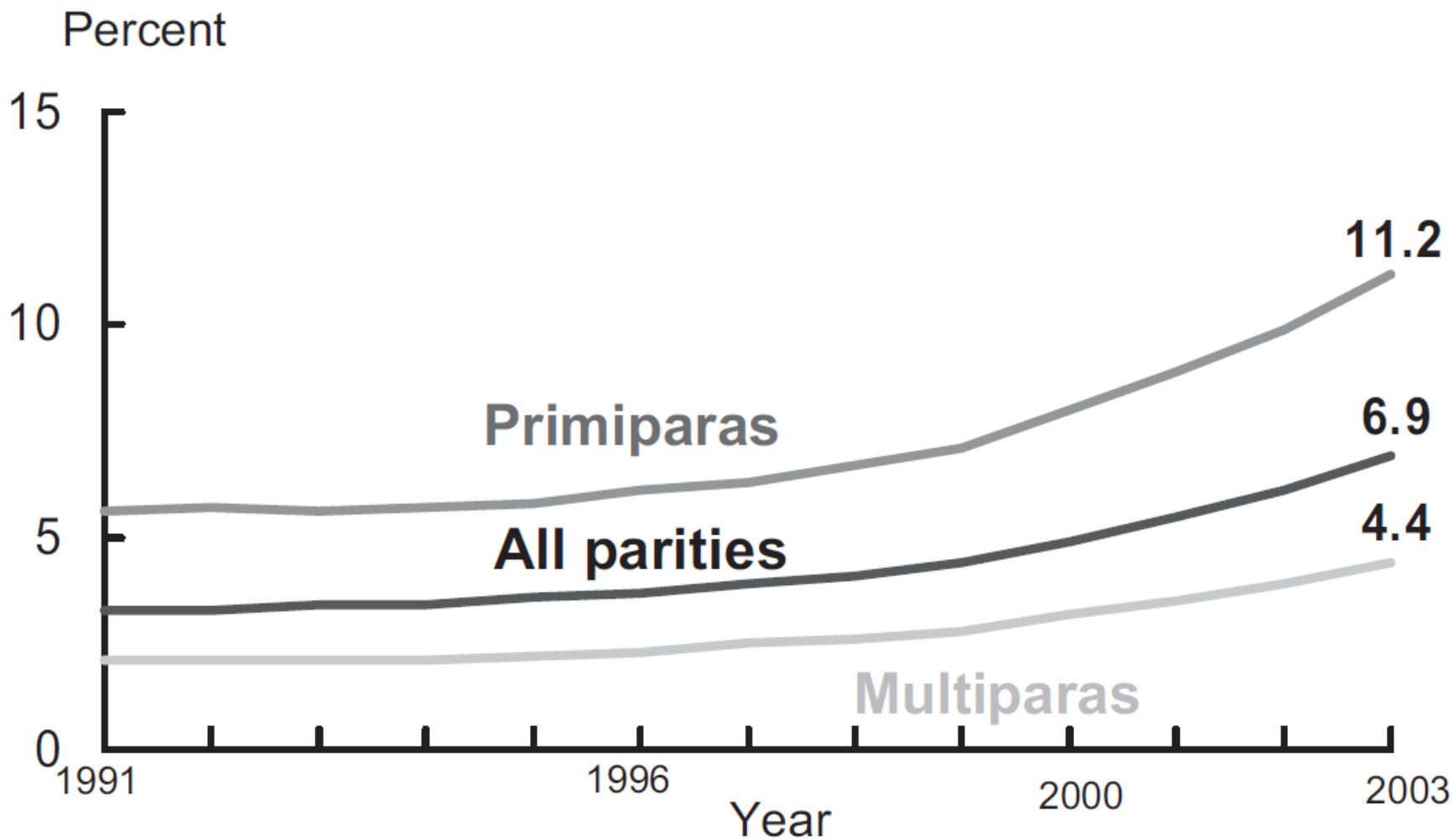
## WHO Statement on Caesarean Section Rates

Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate

### Conclusions

Based on the available data, and using internationally accepted methods to assess the evidence with the most appropriate analytical techniques, WHO concludes:

1. Caesarean sections are effective in saving maternal and infant lives, but only when they are required for medically indicated reasons.
2. At population level, caesarean section rates higher than 10% are not associated with reductions in maternal and newborn mortality rates.
3. Caesarean sections can cause significant and sometimes permanent complications, disability or death particularly in settings that lack the facilities and/or capacity to properly conduct safe surgery and treat surgical complications. Caesarean sections should ideally only be undertaken when medically necessary.
4. Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate.
5. The effects of caesarean section rates on other outcomes, such as maternal and perinatal morbidity, paediatric outcomes, and psychological or social well-being are still unclear. More research is needed to understand the health effects of caesarean section on immediate and future outcomes.



***Η πρωτογενής (1<sup>η</sup> σε σειρά) ΚΤ αφορά συνήθως πρωτέγκυες***

(Δεδομένα από τις ΗΠΑ, 1991-2003, ανεπίπλεκτες τελειόμηνες μονήρεις κυήσεις σε κεφαλική προβολή, ΣΒ 4000 grams)

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**Μέση κάθετη υπομφάλια τομή  
είτε  
Τροποποιημένη τομή  
Pfannenstiel**

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΘΕΤΗΣ ΤΟΜΗΣ	ΧΑΜΗΛΗ ΕΓΚΑΡΣΙΑ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Στερεά πρόσφυση ουροδόχου από προηγούμενη επέμβαση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ευκολότερη στην αποκατάσταση</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λειομύωμα που καταλαμβάνει το κατώτερο τμήμα της μήτρας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λιγότερο πιθανό να ραγεί σε επόμενη κύηση</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τράχηλος διηθημένος από καρκίνο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν είναι επιρρεπής σε εντερικές συμφύσεις με το έντερο ή το επίπλουν</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκσεσημασμένη μητρική παχυσαρκία παρεμποδίζει την ασφαλή πρόσβαση στο κατώτερο μητριαίο τμήμα</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προδρομικός πλακούντας με πρόσθια εμφύτευση</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Στιφρός ή διεισδυτικός πλακούντας</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εγκάρσιο σχήμα μακροσωμικού εμβρύου</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξαιρετικά μικρό έμβρυο, ειδικά αν είναι ισχιακό</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πολύδυμη κύηση</li> </ul>	



# ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

*Αποτελεί μέθοδο εκλογής στην πλειονότητα των μαιευτηρίων. Πλεονεκτήματα:*

- Αποφυγή των κινδύνων της ΓΕΑ (εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, αποτυχία διασωλήνωσης)
- Βελτιωμένη συσταλτικότητα της μήτρας (;)
- Επιτρέπει στην μητέρα να ακούσει & να δει άμεσα το νεογνό της
- Ταχύτερη μετεγχειρητική κινητοποίηση (;)

✓ Η προετοιμασία για επισκληρίδια είναι εντούτοις χρονοβόρα, και εάν υπάρχει επείγον & πρέπει να αποφευχθεί η ΓΕΑ μπορεί να γίνει **ραχιαία** αναισθησία.

✓ Η ΓΕΑ εξακολουθεί να αποτελεί μέθοδο εκλογής όταν αναμένεται μεγάλη αιμορραγία (π.χ. προδρομικός πλακούντας). Τέλος, κάποιες γυναίκες φοβούνται στην προοπτική του “κοιλιακού” τοκετού και απαιτούν την διενέργεια ΓΕΑ.

# ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

1. Αιμορραγία
2. Μετεγχειρητικός πυρετός
3. Διάσπαση-Διαπύηση του τραύματος
4. Πνευμονική εμβολή

ΕΙΚΟΝΑ ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΤΑΙ ΣΕ  
ΞΕΝΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

*It is SOGC policy to review the content 5 years after publication, at which time the document may be re-affirmed or revised to reflect emergent new evidence and changes in practice.*

No. 361, July 2018

## No. 361-Caesarean Delivery on Maternal Request



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

# ACOG COMMITTEE OPINION

Number 761

*(Replaces Committee Opinion No. 559, April 2013)*

### Committee on Obstetric Practice

*This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice in collaboration with committee members Meredith L. Birsner, MD and T. Flint Porter, MD.*

## Cesarean Delivery on Maternal Request



The Royal Australian  
and New Zealand  
College of Obstetricians  
and Gynaecologists  
*Excellence in Women's Health*

# Caesarean Delivery on Maternal Request (CDMR)

---

# ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ 1

- Σε γυναίκες με προηγούμενη ΚΤ στο κατώτερο μητριάιο τμήμα και ανεπίπλεκτη κύηση, συνιστάται ο προγραμματισμός της ΚΤ στην διάρκεια της 39<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύηση (Grade 2C). Η πρακτική αυτή ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο αναπνευστικών προβλημάτων του νεογνού, σε κόστος της πιθανής αυτόματης έναρξης τοκετού
- Σε σταθερές εγκύους με προηγούμενη κλασσική ΚΤ στον πυθμένα, η νέα ΚΤ πρέπει να προγραμματίζεται στις 36<sup>+0</sup> έως 37<sup>+6</sup> εβδομάδες. Έτσι ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος ρήξης μήτρας που σχετίζεται με αυτόματη έναρξη τοκετού και παράλληλα των κινδύνων πρόωρου τοκετού πριν τις 36 εβδομάδες

## ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ 2

- Δεν υφίσταται όριο αριθμού ΚΤ κάτω από το οποίο η απουσία επιπλοκών είναι εγγυημένη
- Χρήσιμο είναι να συζητούνται με την επίτοκο τα αυξημένα ποσοστά επιπλοκών καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ΚΤ
- Ειδικά η πιθανότητα διεισδυτικού πλακούντα αυξάνεται σε ευθεία συσχέτιση με τον αριθμό ΚΤ και ακόμη περισσότερο αν υπάρχει προδρομικός πλακούντας

