



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ – ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ – ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»

Διευθυντής: Καθηγητής ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ M.D., Dr Med (LMU Munich), F.C.O.G. (S.A.)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ –
ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ –
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»**

Διευθυντής ΠΜΣ : Καθηγητής ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Κατάταξη ενδείξεων καισαρικών τομών σύμφωνα με το σύστημα
ROBSON στο Μαιευτήριο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου
Λάρισας για το χρονικό διάστημα από 01/07/2021 έως 30/06/2022 »**

ΡΙΖΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΜΑΙΑ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
ΛΑΡΙΣΑ
Σεπτέμβριος 2022

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής :

- 1 ος Εξεταστής** **Αλέξανδρος Δαπόντε, Καθηγητής Μαιευτικής και
Γυναικολογίας, Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών
Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**
- 2 ος Εξεταστής** **Ιωάννα Γριβέα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Νεογνολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Σύμβουλος)**
- 3 ος Εξεταστής** **Αντώνιος Γκαράς, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας
του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Μέλος)**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, τον Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Αλέξανδρο Δαπόντε, Διευθυντή της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Διευθυντή του μεταπτυχιακού προγράμματος που με συμπεριέλαβε σε αυτό το τόσο ενδιαφέρον πρόγραμμα, για τη συνεχή καθοδήγηση του αλλά και για την άριστη συνεργασία μας όλα αυτά τα χρόνια.

Την Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Νεογνολογίας κ. Ιωάννα Γριβέα για τις πολύτιμες συμβουλές της κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου.

Τον Επίκουρο Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του όλο το διάστημα της διεξαγωγής του προγράμματος.

Την Προϊσταμένη του Μαιευτηρίου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Προϊσταμένη μου Κρατσαγκώνη Χρύσα για την αμέριστη και ουσιαστική της συμπαράσταση.

Τις συναδέλφους μου Μαίες του Μαιευτηρίου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας για την κατανόηση και καλή τους διάθεση απεναντί μου.

Την οικογένεια μου για τη στήριξή της και ιδιαίτερα τις κόρες μου για την ενθάρρυνση και την πίστη τους σε μένα.

ΡΙΖΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Όνομα: Ευτυχία

Επωνυμο: Ρίζου

Διεύθυνση: Φιλίππου Μαρμάτζα 40, Παλαμάς Καρδίτσας

e-mail: rizoueftihia@gmail.com

Επάγγελμα: Μαία

Επαγγελματική εμπειρία

2009 έως και σήμερα: Προσωπικό του μαιευτηρίου, μαία Τ.Ε.

– 2009: Απόσπαση στο Κ.Υ. Παλαμά

2006 – 2007: Προσωπικό του μαιευτηρίου Λάρισας

2003 – 2006: Προσωπικό της μαιευτικής κλινικής Λάρισας

18/9/2000: Διορισμός στο Π.Γ.Ν. Λάρισας ως Νοσηλεύτρια Δ.Ε.

2000 – 2003: Προσωπικό της μαιευτικής - γυναικολογικής κλινικής Λάρισας

Εκπαίδευση και κατάρτιση

2000 έως σήμερα: Τ.Ε. Μαία – Τ.Ε.Ι.Θ.

1995 – 2000: Δ.Ε. Βοηθός νοσηλεύτρια

Ξένες γλώσσες

Κρατικό Πιστοποιητικό Γλωσσομάθειας στην Αγγλική (Επίπεδο B2),

Η/Υ

Πιστοποίηση ηλεκτρονικών υπολογιστών (word, excell, internet)

Cambridge International Diploma in I.T. skills, 2008

Επιμόρφωση

ΠΙΝΕΠ – Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, 2014

Παρακολούθηση Σεμιναρίων, Ημερίδων, Συνεδριών και ενδοκλινικών μαθημάτων

**«Κατάταξη ενδείξεων καισαρικών τομών σύμφωνα με το σύστημα
ROBSON στο Μαιευτήριο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου
Λάρισας για το χρονικό διάστημα από 01/07/2021 έως 30/06/2022»**

ΡΙΖΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, 2018

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	8
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	12
Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	12
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	12
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	13
1.2.1 Από τα αρχαία και μεσαιωνικά χρόνια στη σύγχρονη εποχή	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	15
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	15
2.1.Η ΠΡΟΤΥΠΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	15
2.2. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ.....	16
2.3. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	18
2.4. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	20
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	20
3.1.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	20
3.2.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ.....	21
3.3. Η «ΠΑΡΕΛΘΟΥΣΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ» ΩΣ ΕΝΔΕΙΞΗ	21
3.4. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΧΩΡΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	23
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	23
4.1 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ.....	23
4.2 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ	24
4.3 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	26
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ.....	26
5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	27
5.2 Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	28
5.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	29
5.4 ΑΜΥΝΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	30
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	32
Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ROBSON.....	32
7.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΥΠΑΡΞΗ ΕΝΙΑΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ	32
7.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ROBSON.....	33
7.3 ΤΡΟΠΟΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ROBSON	33
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	37
ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	41

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ 1: Τρόποι πρόσβασης στη μήτρα κατά την καισαρική τομή (David Peleg 2018)	12
---	----

ΕΙΚΟΝΑ 2: Ο θεός Απόλλωνας φέρνει στον κόσμο το γιο του Ασκληπιό. Διακρίνεται η διακοιλιακή πρόσβαση (Sewell JE.1998).....	13
ΕΙΚΟΝΑ 3: Καισαρική τομή: χαμηλή εγκάρσια τομή και κάθετη τομή	15
ΕΙΚΟΝΑ 4: Παγκόσμια κλίμακα κατανομής καισαρικών τομών (Betran AP,et al,PLoS One 2016)	17
ΕΙΚΟΝΑ 5: Η εκκρηκτική άνοδος των καισαρικών τομών στην Ελλάδα (2016,Εφημερίδα των Συντακτών)	18
ΕΙΚΟΝΑ 6: Ποσοστά καισαρικών τομών στα ευρωπαϊκά κράτη (2017,EUROSTAT).....	19
ΕΙΚΟΝΑ 7: Συγκριτική συμμετοχή δημόσιων και ιδιωτικών ιδρυμάτων στη διενέργεια καισαρικής τομής (ΠΟΥ).....	20
ΕΙΚΟΝΑ 8: Σύστημα ROBSON (Implementation Manual.Geneva: World Health Organization; 2017)	
.....	
ΕΙΚΟΝΑ 9: Διάγραμμα ταξινόμησης κατά ROBSON. (Implementation Manual. Geneva: World	
.....	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντα και της πιθανότητας υστερεκτομής με τον αριθμό των διαδοχικών καισαρικών (Silver et al Obstet Gynecol).....	25
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Η επιμέρους κατανομή των γεννήσεων ανά μήνα κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιος 2021 έως Ιούνιος 2022	37

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Συχνότητα επεμβατικών και κολπικών τοκετών μετά από προηγηθείσα καισαρική	
.....	
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Ποσοστά επεμβατικών τοκετών ανά ηλικιακή κατηγορία (STATISTA 2022)	28
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Συγκριτική απεικόνιση της κατανομής των συνολικών γεννήσεων σε καισαρικές τομές και φυσιολογικούς τοκετούς για το χρονικό διάστημα Ιούλιος 2021 έως Ιούνιος 2022	38

Περίληψη

Εισαγωγή:

Η καισαρική τομή αποτελεί εναλλακτική μέθοδο γέννησης έναντι του φυσιολογικού τοκετού και επιλέγεται ολοένα και με μεγαλύτερη συχνότητα στη σύγχρονη εποχή. Ωστόσο, τα επιβαρυντικά επακόλουθα για την επίτοκο αλλά και το νεογνό ποικίλουν και αφορούν τόσο την τρέχουσα όσο και μελλοντικές εγκυμοσύνες. Αυτοί είναι και οι λόγοι των ανησυχιών που έχουν ήδη διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, επισημαίνοντας τη δυσανάλογη άνοδο του ποσοστού των καισαρικών τομών έναντι του συνολικού αριθμού των γεννήσεων, ποσοστό που όπως θα δούμε και στη συνέχεια ξεπερνά κατά πολύ το εγκεκριμένο 15%. Εξάλλου, τα μέχρι τώρα συγκεντρωμένα στοιχεία στη χώρα μας συνηγορούν, σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ., σε σημαντικότερη άνοδο του αριθμού των καισαρικών τομών αφού αφορούν πλέον το 60% των γεννήσεων, με άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπου το ποσοστό της συγκεκριμένης μεθόδου κυμαίνεται μόνο μεταξύ σε αντίθεση 25% και 30%. Στα πλαίσια της μελέτης αυτής της αυξητικής πορείας θα εξεταστούν τα πλεονεκτήματα του συστήματος ταξινόμησης κατά ROBSON, εγκεκριμένου από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για χρήση σε διεθνή κλίμακα.

Σκοπός:

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συγκριτική καταγραφή και μελέτη των καισαρικών τομών και των φυσιολογικών τοκετών που πραγματοποιήθηκαν στη Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Θεσσαλίας κατά το χρονικό διάστημα του τελευταίου έτους και συγκεκριμένα από τον Ιούλιο 2021 έως τον Ιούνιο 2022.

Μεθοδολογία: Για την εκπόνηση και διεκπεραίωση της μελέτης έγινε συγκέντρωση και επεξεργασία πρωτογενών δεδομένων από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα και γέννησε με φυσιολογικό τοκετό ή προχώρησε σε καισαρική τομή. Η επεξεργασία πραγματοποιήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή και βασίστηκε στο στατιστικό πρόγραμμα

Πληθυσμός:

Το δείγμα συγκροτείται από οκτακόσιες εξήντα έξι γυναίκες (866) αναπαραγωγικής ηλικίας που εισήχθησαν και ολοκλήρωσαν τη γέννηση είτε με φυσιολογικό τρόπο είτε με τη βοήθεια καισαρικής τομής, στην Πανεπιστημιακή Μαιευτική -Γυναικολογική κλινική Λάρισας κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιούλιο 2021 έως τον Ιούνιο 2022.

Αποτελέσματα:

Κατά το χρονικό διάστημα δώδεκα μηνών από τον Ιούλιο 2021 έως τον Ιούνιο 2022, διαπιστώθηκε μία διαφορά 216 γεννήσεων που αντιπροσωπεύει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό υπεροχής έναντι των φυσιολογικών τοκετών κατά 40%. Συγκεκριμένα, η συχνότητα των καισαρικών τομών φαίνεται ότι κυμαίνεται σε ποσοστό 62.5% επί των συνολικών γεννήσεων σε σύγκριση με το 37.5% των φυσιολογικών τοκετών. Η επιλογή δηλαδή για διενέργεια καισαρικής τομής πλησιάζει σχεδόν στη διπλάσια συχνότητα συγκριτικά με τον φυσιολογικό τρόπο τοκετού.

Συμπεράσματα: Σήμερα, πιο συχνά από ποτέ άλλοτε, οι θεράποντες καταλήγουν ευκολότερα και γρηγορότερα στην απόφαση για διενέργεια καισαρικής τομής, λαμβάνοντας υπόψιν τις πιθανές επιπτώσεις μίας επιλογής στον φυσιολογικό τοκετό σχετικά με τον επακόλουθο καταλογισμό ιατρικών ευθυνών. Οι επίτοκες από τη δική τους πλευρά τείνουν όλο και πιο αβασάνιστα στην επιλογή της καισαρικής τομής υποκινούμενες συχνότερα από το φόβο και τη δυσανεξία στον πόνο του φυσιολογικού τοκετού. Δεδομένων των εξελίξεων στο χώρο της εμβρυομητρικής αλλά και της ευρύτερης διάδοσης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η χώρα μας φτάνει σε σημείο να ξεπερνά

σε αξιοσημείωτο βαθμό τα εγκεκριμένα ποσοστά καισαρικών τομών σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Λέξεις κλειδιά: καισαρική τομή, ταξινόμηση κατά σύστημα ROBSON.

Summary

Introduction: Caesarean section is an alternative birth method over normal childbirth and is increasingly selected in modern times. However, the aggravating consequences for both mother and her newborn vary and relate to both current and future pregnancies. This is the reason for concerns already expressed by the World Health Organization, pointing out the disproportionate rise in the percentage of Caesarean sections over the total number of births, a percentage that exceed the recommended 15%. In addition, the so far concentrated data in our country are advocating, according to ELSTAT, to a significant rise in the number of Caesarean sections, as it now relates to 60% of births, as opposed to other European countries where the percentage of this method varies only between 25% and 30%. The study of this growth course will examine the benefits of the Robson classification system, approved by the World Health Organization for worldwide use.

Purpose: The purpose of the present study is the comparative recording and study the caesarean sections conducted at the obstetric and gynecological clinic of the University Hospital of Thessaly during the last year and specifically from July 2021 to June 2022.

Methods: To prepare and handle the study, primary data was collected and processed by the patient's medical file involved in the research and gave birth to normal childbirth or proceeded with a caesarean section. The processing was done in electronic form and was based on the SPSS statistical program.

Population: The sample is composed of eight hundred sixty -six women (866) of childbearing age who were introduced and completed either in a normal manner or with the help of caesarean section, in the University Midwifery -Gynecological Clinic of Larissa from 20 to July 22.

Results: During the last twelve months, from July 2021 to June 2022, a 216 difference of births was found to represent a noticeable rate of superiority over normal births by 40%. Specifically, the incidence of caesarean sections appear to be 62.5% of total births compared to 37.5% of normal births. Therefore, the choice of caesarean section is approaching almost twice the frequency compared to the normal childbirth.

Conclusions: Today, more often than ever, therapists end up easier and faster in the decision to conduct a caesarean section, taking into account the possible impact of a complication on normal childbirth on the subsequent imputation of medical responsibilities. On the other hand, mothers tend more easily in the choice of caesarean section since they are motivated by fear and intolerance to the pain of normal childbirth. Given the development in the field of the embryometric science and the wider propagation of assisted reproduction, Greece compared to other European countries, remarkably exceeds the approved rates of caesarean sections.

Keywords: cesarean section, ROBSON classification system.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΕΛ.ΣΤΑΤ.	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΜΓΕ	Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
EBCOG	European Board and College of Obstetrics and Gynaecology
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
TGCS	Ten Group Classification System

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γέννηση κάθε παιδιού αντιπροσωπεύει το σημαντικότερο σταθμό για τους γονείς και το στενότερο οικογενειακό περιβάλλον που θα ενταχθεί. Πρόκειται για την κατάληξη μίας διαδοχικής σειράς πολλαπλών αλλαγών στο βιολογικό σύστημα του γυναικείου οργανισμού, διαδικασία συχνά επίπονη σωματικά ή και ψυχολογικά ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία της μέλλουσας μητέρας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εγκυμοσύνης της. ελπιδοφόρο, χαρμόσυνο και σημαντικό γεγονός στην ανθρώπινη ζωή. Η πολυαναμενόμενη στιγμή του τοκετού συνήθως αντιμετωπίζεται από το γονέα με άκρατη αισιοδοξία και σχεδόν βεβαιότητα ότι η εξέλιξη θα είναι η ιδανική.

Παράγοντες όπως τα κοινωνικά πρότυπα, η πολιτιστική κουλτούρα και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις της κοινωνίας στην οποία η επίτοκος θα φέρει το παιδί, επιδρούν καθοριστικά διαμορφώνοντας όλη την πορεία της διαδικασίας της τεκνοποίησης. Πρόκειται εξάλλου για ένα αμιγώς οικογενειακό γεγονός που απαιτεί όμως από τους αρμόδιους φορείς της κοινωνίας την ύπαρξη και εύρυθμη λειτουργία ενός αποτελεσματικού μοντέλου υποστήριξης με στόχο την καταπολέμηση των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. [1]

Απευθυνόμενος στο ίδιο πλαίσιο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει τον τοκετό ως φυσιολογική διαδικασία του ανθρώπινου βιολογικού συστήματος. Θα ήταν επομένως λάθος η οποιαδήποτε σύνδεσή του με νοσηρές παθολογίες. [2]

Η κυοφορία και ο τοκετός αποτελούν δύο άρρηκτα συσχετιζόμενες φυσιολογικές λειτουργίες, με τεράστια επιρροή στην καθημερινότητα των γονέων η οποία έχει να κάνει τόσο με βιολογικούς όσο και με συναισθηματικούς παράγοντες. Συνεπώς, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αξίζουν ιδανικής διαχείρισης τόσο από το ιατρικό όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

«Ο τοκετός είναι το σύνολο των φαινομένων δια των οποίων επιτυγχάνεται η έξοδος του εμβρύου και των υπολοίπων στοιχείων της κήσεως, δηλαδή των υμένων και του πλακούντα, από τη μητέρα στο εξωτερικό περιβάλλον μέσω της κολπικής οδού» [3] . Υπάρχουν όμως περιστατικά που η ολοκλήρωση ενός κολπικού τοκετού δεν είναι εφικτή ή/ και επιθυμητή. Σε αυτό το ενδεχόμενο η καισαρική τομή καθίσταται η μόνη επιλογή.

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τις παραμέτρους που σχετίζονται με την καισαρική τομή καθιστώντας την μία από τις πλέον σύγχρονες και διαδεδομένες ιατρικές μεθόδους, με στόχο την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων του συνόλου των καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά τη διάρκεια του χρονικού διαστήματος που προαναφέρθηκε. Επισημαίνει επίσης τη σημασία και τη χρησιμότητα του συστήματος ROBSON ως σύστημα ταξινόμησης των επιτόκων προς καισαρική τομή σε ομάδες με συγκεκριμένα κριτήρια.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

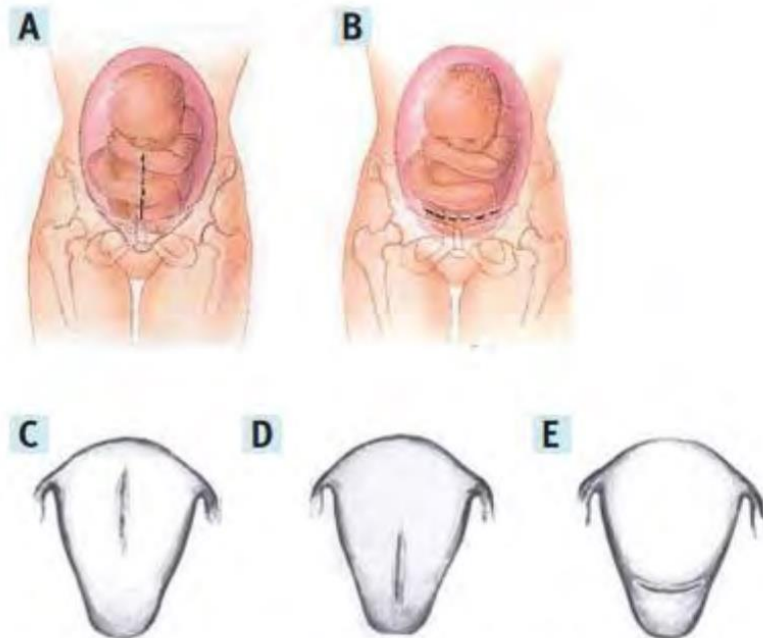
Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Με τον όρο «καισαρική τομή» αναφέρεται η επεμβατική διαδικασία με την οποία γεννιέται το έμβρυο αφού προηγηθεί λαπαροτομία και στη συνέχεια διάνοιξη του τοιχώματος της μήτρας [3] .

Η διενέργεια μέσω εγκάρσιας τομής στο κατώτερο τμήμα της μήτρας,δηλαδή μίας χαμηλής εγκάρσιας τομής αποτελεί την πλέον προτιμώμενη μέθοδο εκτέλεσης της καισαρικής τομής, καθώς υπερτερεί έναντι της κάθετης τομής ανεξαρτήτως με το αν θα επιχειρηθεί στο ανώτερο ή στο κατώτερο τοίχωμα της μήτρας. Αν βέβαια συντρέχουν ιδιαίτεροι παράγοντες, η επόμενη επιλογή είναι η κάθετη τομή.[3]

- [A] Kronig incision
- [B] Kerr incision
- [C] Sanger: classical (high vertical) uterine incision
- [D] Kronig: vertical uterine incision in the lower uterine segment
- [E] Kerr: transverse lower uterine segment incision



ΕΙΚΟΝΑ 1: Τρόποι πρόσβασης στη μήτρα κατά την καισαρική τομή

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.2.1 Από τα αρχαία και μεσαιωνικά χρόνια στη σύγχρονη εποχή

Νωρίς από τα αρχαία χρόνια φαίνεται να γίνεται λόγος για την ύπαρξη της καισαρικής τομής με αδιάκοπη προσπάθεια για βελτίωση της τεχνικής της. Η πρώτη αναφορά συναντάται στην ελληνική μυθολογία, με την πεποίθηση ότι η τεκνοποίηση απευθείας από την κοιλιακή χώρα υποδεικνύει από μόνη της χαρακτηριστικό στοιχείο θεικής προέλευσης του παιδιού, αφού έρχονται στον κόσμο με έναν “άνωτερο” τρόπο, κατά μία έννοια υπεράνθρωπο για τα δεδομένα της τότε εποχής [4]. Ακολούθως συναντάται η περιγραφή της εικόνας που απεικονίζει τη γέννηση του θεού Διόνυσου, γιού του θεού Δία [4] με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, και τέλος εκείνης που απεικονίζει τη γέννηση του Ασκληπιού από την ετοιμοθάνατη μητέρα του [5]. Τα πρώτα ιστορικά βήματα για τη διάδοση της διακοιλιακής μεθόδου πιθανώς να βρίσκοντα στην Περσία, την Κίνα ή την Αρχαία Αίγυπτο. [5]

ΕΙΚΟΝΑ 2: Ο θεός Απόλλωνας φέρνει στον κόσμο το γιο του Ασκληπιό. Διακρίνεται η διακοιλιακή πρόσβαση (Sewell JE.1998)



Ο όρος καισαρική τομή πρωτοχρησιμοποιήθηκε κατά τη ρωμαϊκή εποχή. Η προέλευση του ονόματος αποδίδεται ετυμολογικά στο λατινικό ρήμα *caedere* που σημαίνει κόπτω και πρωτοαναφέρεται στον Ρωμαϊκό νόμο του 715 π.Χ. με τον οποίο επιβαλλόταν η καισαρική τομή σε κάθε επίτοκο που πέθαινε είτε για τη διάσωση του εμβρύου ή για να θαφτεί ξεχωριστά από τη μητέρα του, όπως επέβαλλαν οι

θηρσκευτικές αντιλήψεις της εποχής. Η κοινή πεποίθηση ότι η ετυμολογία της λέξης προέρχεται από τον τρόπο γέννησης του Ιουλίου Καίσαρα αμφισβητείται από τους ιστορικούς [5].

Για αιώνες η τεχνική εφαρμοζόταν αποκλειστικά σε επίτοκες που είχαν ελάχιστες ελπίδες επιβίωσης από τον τοκετό.

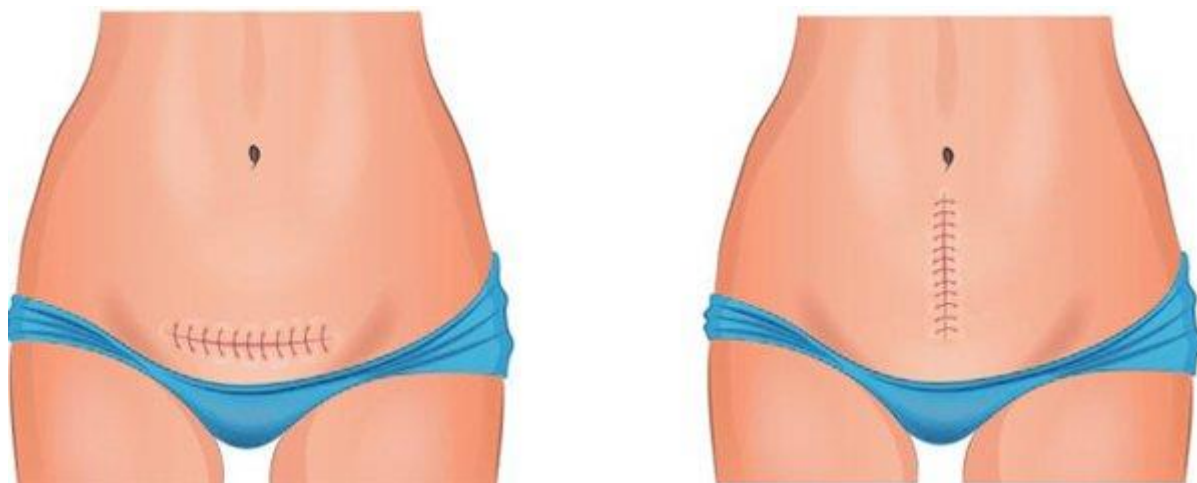
Η πρώτη γραπτή αναφορά για καισαρική τομή, στην οποία επιβίωσαν τόσο η μητέρα όσο και το νεογνό, έρχεται από την Ελβετία, όπου ο Jacob Nufer, ένας σφαγέας γουρουνιών, εφάρμοσε τη μέθοδο στη γυναίκα του. Η επίτοκος, ενώ βρισκόταν πολλές ημέρες σε τοκετό και παρά τη βοήθεια αρκετών μαιών, αδυνατούσε να γεννήσει. Μητέρα και νεογέννητο επιβίωσαν της επέμβασης. Η μητέρα είχε μετέπειτα αρκετούς τοκετούς. Καθώς η ιστορία καταγράφηκε 82 χρόνια αργότερα, πολλοί ιστορικοί αμφισβητούν την εγκυρότητά της [5].

Αναφορές υπάρχουν στα μετέπειτα χρόνια για επιτυχημένες καισαρικές τομές σε απομονωμένες αγροτικές περιοχές. Καθώς η πρόσβαση σε ιατρική βοήθεια ήταν αδύνατη, οι επεμβάσεις γινόντουσαν σε πρωιμότερο στάδιο του τοκετού, όπου οι πιθανότητες επιβίωσης της μητέρας και του νεογνού ήταν μεγαλύτερες. Άλλωστε το ότι η επέμβαση γινόταν στο οικιακό περιβάλλον αποτελούσε πλεονέκτημα, μιας και τα χειρουργεία της εποχής πλήττονταν από λοιμώξεις, προφανώς λόγω έλλειψης αντισηψίας [5].

Μεταβαίνοντας τώρα στη νεότερη εποχή, η πρώτη επίσημα ιστορικά καταχωρημένη επιτυχής καισαρική τομή, ολοκληρώθηκε από την ιατρό James Miranda Stuard Barry, κατά τη δεκαετία του 1820. Έλαβε χώρα στη Νότια Αφρική, ενώ η Dr Barry συναντούσε ιδιαίτερα εμπόδια στην εξάσκηση του ιατρικού λειτουργήματος αφού από τα πρώτα φοιτητικά της χρόνια αναγκαζόταν να κρύβει τη γυναικεία φύση της φορώντας ανδρικά ενδύματα και επιδεικνύοντας ανδρικό παρουσιαστικό, λόγω των απόλυτα συντηρητικών πεποιθήσεων της εποχής της που ήθελαν την γυναίκα κοινωνικά απομονωμένη και σε καμία περίπτωση σε θέση να ασκεί “ανδρικά” επαγγέλματα.[4] Είναι γεγονός ότι απαιτήθηκαν επίπονοι και επίμονοι αγώνες μέχρι να αρχίσουν να εξαλείφονται τέτοιου είδους αντιλήψεις.

Μέχρι και τις αρχές του 20ου αιώνα η χειρουργική χαρακτηρίζονταν από ιδιαίτερη βαναυσότητα σε σημείο που η ταχύτητα του χειρουργού λειτουργού να είναι εκείνη που αντικατοπτρίζει την αξία και τις ικανότητές του. Αργότερα, με την ανακάλυψη και εξέλιξη της τεχνικής της αναισθησίας δόθηκε για πρώτη φορά στους χειρουργούς της εποχής η ευκαιρία για ανάπτυξη λεπτομερέστερων και πιο “ιατρικών” μεθόδων, φιλικών προς τον ασθενή. Μία από τις πιο σοβαρές τότε αιτίες που οδηγούσαν στην απόφαση για διακοιλιακή προσπέλαση της μήτρας κατά τη γέννηση, ήταν η νόσος της ραχίτιδας λόγω μειωμένης θρέψης και καχεκτικότητας των ανθρώπων. Έτσι, πολύ συχνά διαπιστώνονταν ότι η διεκπεραίωση της διαδικασίας του φυσιολογικού τοκετού ήταν δύσκολη έως αδύνατη εξαιτίας του σχήματος της πυέλου της επιτόκου. Ήταν φανερό πως η ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλων χειρουργικών μεθόδων για διακοιλιακή προσπέλαση της μήτρας αναδεικνύονταν ως η μοναδική διέξοδος για την πτώση των υψηλών ποσοστών θνησιμότητας της εγκύου, στα οποία συνέβαλλε και η τεράστια συχνότητα αθρών ή επίμονων αιμορραγιών ή ακόμη και λοιμώξεων [5,6].

Ορόσημο στην εξελικτική πορεία της καισαρικής τομής θεωρήθηκε η εκτέλεση της συγκεκριμένης χειρουργικής μεθόδου και μάλιστα σε συνδυασμό με υστερεκτομή το 1876 από το χειρουργό Eduardo Porro, ιταλικής καταγωγής. Περίπου έξι χρόνια αργότερα, η τυπική τεχνική της σημερινής καισαρικής τομής θα κατοχυρωθεί σαν κτήμα του ιατρού Max Sanger, γερμανού γυναικολόγου που εισήγαγε για πρώτη φορά την κάθετη τομή.



ΕΙΚΟΝΑ 3: Καισαρική τομή: χαμηλή εγκάρσια τομή και κάθετη τομή

Η εφαρμογή της χαμηλής εγκάρσιας τομής, γνωστής ως της πιο άσηπτης τεχνικής για τη μητέρα που εξασφαλίζει τη μικρότερη απώλεια αίματος, και η εισαγωγή της στη χειρουργική μαιευτική πράξη θα επιτευχθεί μετά από μία εικοσαετία, ο από το χειρουργό John Munro Kerr Το επόμενο βήμα ήταν η εγκατάλειψη των μέχρι τότε διαδεδομένων τεχνικών της κρανιοτομής και της εμβρυουλκίας, αφού υστερούσαν κατά πολύ έναντι της νεοεισαγόμενης καισαρικής τομής. Η εξέλιξη των γνώσεων γύρω από τον αναισθητικό τομέα και η πρωτόγνωρη εισαγωγή της αντισηψίας με την πενικιλίνη, συνέβαλαν αναμφισβήτητα στην περαιτέρω διάδοση και εδραίωση της μεθόδου της καισαρικής τομής στη γυναικολογική και μαιευτική πρακτική[6].

Συνεπώς, η ευρεία και ασφαλής εφαρμογή της τεχνικής της διακοιλιακής προσπέλασης της μήτρας κατά τον τοκετό, είχε ως επακόλουθο τη σημαντική μείωση των ποσοστών των περιγεννητικών θανάτων τόσο για την επίτοκο όσο και για το παιδί. Παρόλο όμως που αποτελεί μια καθιερωμένη πλέον χειρουργική πρακτική της σύγχρονης εποχής, θα ήταν παράλειψη να μην τονίζεται συνεχώς η αναντικατάστατη αξία της φυσικής διαδικασίας του τοκετού, γεγονός που από ότι φαίνεται συχνά διαφεύγει στις μητέρες αλλά και στους λειτουργούς υγείας, αν ληφθεί υπόψιν η ολοένα και ανερχόμενη συχνότητα επιλογής της καισαρικής τομής ως τρόπου γέννησης και από τις δύο πλευρές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1. Η ΠΡΟΤΥΠΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

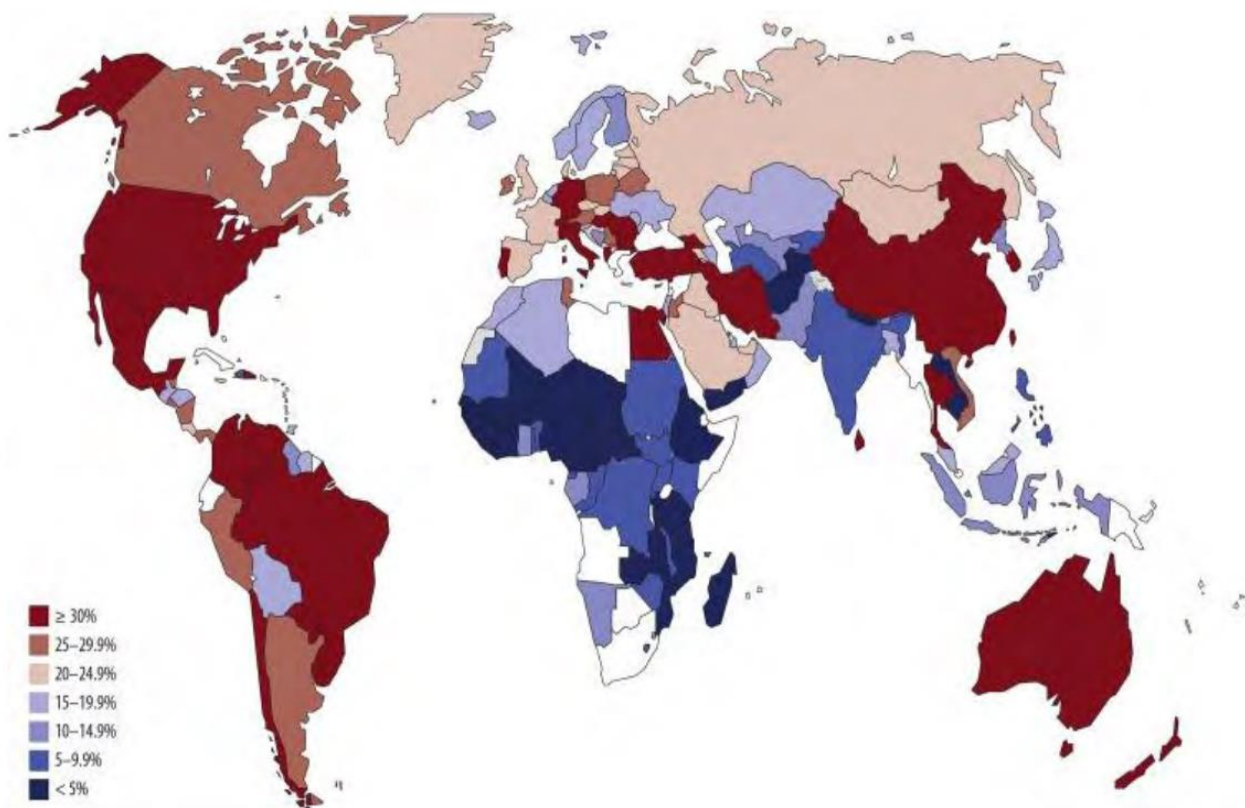
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εδώ και σαράντα έτη έχει ορίσει ως εγκεκριμένο ποσοστό επιλογής της μεθόδου της καισαρικής τομής έναντι του φυσιολογικού τοκετού ως 10-15%, διατυπώνοντας μάλιστα με σαφήνεια ότι δεν υπάρχει δικιολογία για καμία περιοχή της γης αν υπερβαίνει αυτά τα όρια [7]. Εξάλλου, σύμφωνα με πιο πρόσφατη σύσταση του ίδιου οργανισμού, η διαθεσιμότητα της στήριξης του μαιευτικού προσωπικού στις επίτοκες αντιστοιχεί σε μια αξιοπρεπή συχνότητα περίπου 5-15% [8]. Η συχνότητα αυτή, αν και προήλθε με δεδομένο την αύξηση της επιλογής των καισαρικών τομών αρκετά χρόνια πριν, λαμβάνεται έως και σήμερα ως όριο. Πρόκειται

για ποσοστό που η υπόδειξή του στοχεύει την ασφάλεια και τη βελτίωση της υγείας του γυναικείου κυρίως πληθυσμού και καμία σχέση δεν έχει με άλλες σκοπιμότητες όπως η αξιολόγηση των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού σε μία δεδομένη περιοχή. Η πιο πρόσφατη οδηγία του Π.Ο.Υ ωστόσο, αναφέρει πως δεν υπάρχει συγκροτημένη αιτιολογία αποφυγής του επεμβατικού τοκετού σε μία επίτοκο που το έχει ανάγκη, παρόλο που συχνότητα καισαρικών μεγαλύτερη του 10% δεν ελαχιστοποιεί περαιτέρω την περιγεννητική θνησιμότητα[9,10].

Η ορθότητα της σύστασης του προαναφερθέντος εύρους ως πρότυπου έχει απασχολήσει διεξοδικά μελέτες [11] με αρκετές μάλιστα διαφωνίες κατά την ανάλυση του θέματος [10]. Για παράδειγμα μία επέκταση του εύρους στο 19%, έχει υποστηριχθεί ότι σχετίζεται με περαιτέρω μείωση του αριθμού των περιγεννητικών θανάτων τόσο για τη μητέρα όσο και το παιδί. [12]. Να σημειωθεί βέβαια ότι ακόμη και η συγκεκριμένη τιμή ξεπερνάται κατά σε μεγάλο βαθμό από αρκετές ευρωπαϊκές χώρες [13], σε σημείο που εύλογα τίθεται το ερώτημα κατά πόσον η συχνότητα των καισαρικών είναι πιθανό να αποτελεί δείκτη έκφρασης της ποιότητας των ιατρικών παροχών που είναι διαθέσιμες σε ένα συγκεκριμένο κράτος ή περιοχή. [14]. Έχει εκφραστεί επίσης η άποψη ότι η βελτιστοποίηση της περιγεννητικής κατάστασης υγείας, μητρικής και νεογνικής, υπερέρχει κατά πολύ ως επιδιωκόμενος σκοπός στο μαιευτικό χώρο συγκριτικά με την ελαχιστοποίηση του αριθμού των επεμβατικών γεννήσεων [15], αναλόγως συχνά και με τις υπάρχουσες ξεχωριστές πολιτικές - νομοθετήσεις κάθε τόπου, με ενδεικτική αναφορά στην αξία και τα ωφέλη που έχουν προσδοθεί με την πολιτική του «ενός παιδιού» στις οικογένειες κινεζικής καταγωγής [16]. Να αναφερθεί, τέλος, πως αρκετοί ειδικοί του γυναικολογικού και μαιευτικού χώρου έχουν εκφράσει ως προτεινόμενο ανώτατο όριο καισαρικών τομών ένα ποσοστό του 20% [17].

2.2. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ

Εκκρηκτική φαίνεται να είναι η άνοδος στη συχνότητα επιλογής της μεθόδου της καισαρικής τομής σε διεθνή κλίμακα [18], σύμφωνα με μελέτη του 2016, προκαλώντας ευρύτατη προσοχή των ερευνητών αλλά και του απλού πληθυσμού καθώς πρόκειται για επίκαιρο ζήτημα που τον αφορά άμεσα. Κατά τη διάρκεια της μελέτης και για το χρονικό διάστημα 1990-2014, συγκεντρώθηκαν και επεξεργάστηκαν με στατιστικές μεθόδους αριθμητικά στοιχεία 150 κρατών.



ΕΙΚΟΝΑ 4: Παγκόσμια κλίμακα κατανομής καισαρικών τομών (Betran AP, et al, PLoS One 2016)

Επίσης, σύμφωνα πάλι με μελέτες, το ποσοστό καισαρικών τομών σε παγκόσμια κλίμακα άγγιξε το 21% το 2015 ενώ μόλις μία δεκαετία πριν αφορούσε περίπου το 12%. Όπως φαίνεται, πρωταγωνιστούν δυτικές χώρες με 44%, με κράτη της νότιας αφρικανικής ηπείρου να παρουσιάζουν ένα ελάχιστο ποσοστό του 4%. Η ίδια μελέτη υποδεικνύει αξιόλογες διακυμάνσεις μεταξύ διαφορετικών περιοχών της ίδιας χώρας. Συγκεκριμένα η επιφανής οικονομική κατάσταση της μητέρας καθιστά πιθανότερη την επιλογή από την ίδια να προχωρήσει σε καισαρική τομή. [19]. Ακολούθως παρατίθεται απεικονιστική περιγραφή της υπεροχής των καισαρικών τομών στη χώρα μας.



ΕΙΚΟΝΑ 5: Η εκκρηκτική άνοδος των καισαρικών τομών στην Ελλάδα (2016, Εφημερίδα των Συντακτών)

Λαοί με κατώτατο εισόδημα αντιθέτως, παρουσιάζουν εξαιρετικά μειωμένο ποσοστό επεμβατικών τοκετών, καθώς ελάχιστοι είναι οι πολίτες που έχουν τη δυνατότητα να χρηματοδοτήσουν τους απαιτούμενους παρόχους υγείας, σε βάρος βέβαια της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. [19].

2.3. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Τα ποσοστά των επεμβατικών τοκετών κατανέμονται με μεγάλη ανομοιομορφία στις διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες [13], με το μέσο όρο να ανέρχεται στο 25.2%. Τον πρωταγωνιστικό ρόλο κατέχει η Κύπρος με 52.2% και επίσης μέγιστη συχνότητα προγραμματισμένων καισαρικών μαζί με την Ιταλία, με την Ισλανδία να βρίσκεται στο τέλος με 14.8%. Μεγάλες διακυμάνσεις όμως παρατηρούνται και μεταξύ των συχνοτήτων των προγραμματισμένων καισαρικών.



ΕΙΚΟΝΑ 6: Ποσοστά καισαρικών τομών στα ευρωπαϊκά κράτη (2017, EUROSTAT)

Τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν προέκυψαν από καταγραφή της EUROSTAT. Τέλος να αναφερθεί το πρόγραμμα Euro-Peristat που συγκροτήθηκε από 26 ευρωπαϊκές χώρες σε συνεργασία με τη Νορβηγία, την Ισλανδία και την Ελβετία με σκοπό τη μελέτη των συνθηκών στο χώρο της περιγεννητικής υγείας [13]. Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται και οι τελευταίοι δείκτες του ΟΟΣΑ για τον αριθμό των επεμβατικών τοκετών το 2017 [20].

2.4. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ελληνικό υπουργείο Υγείας προχώρησε το 2016 σε συνεργατική με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας Ευρώπης, έναρξη μελετών στα πλαίσια του «Προγράμματος Ενίσχυσης Καθολικής Κάλυψης και Πρόσβασης στην Υγεία» (Strengthening Capacity for Universal Coverage - SCUC). Η ιδιαίτερα αυξητική πορεία των καισαρικών τομών στη χώρα μας ήταν το σημείο έρευνας της δεύτερης φάσης της συνεργασίας, αφού φαίνεται ότι αγγίζει ποσοστό 50% έναντι των συνολικών γεννήσεων, κατέχοντας μία από τις πρώτες θέσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών [21].

Πόρισμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις καισαρικές τομές στην Ελλάδα



ΕΙΚΟΝΑ 7: Συγκριτική συμμετοχή δημόσιων και ιδιωτικών ιδρυμάτων στη διενέργεια καισαρικής τομής (ΠΟΥ)

Σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του ΕΟΠΥΥ, τα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα παρουσιάζονται χωρίς σημαντική διαφορά ως προς τη συμμετοχή τους στη διενέργεια καισαρικών τομών (ΕΙΚΟΝΑ 7).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Οι ενδείξεις που συνηγορούν υπέρ της απόφασης για διενέργεια καισαρικής τομής έχουν να κάνουν με στοιχεία που χαρακτηρίζουν την επίτοκο και το έμβρυο, διαμορφώνοντας αναλόγως το χαρακτήρα της συγκεκριμένης επεμβατικής διαδικασίας. Η καισαρική τομή μπορεί να είναι προγραμματισμένη ή επείγουσα, γεγονός που εξαρτάται από τις τρέχουσες συνθήκες τοκετού.

3.1.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η εκλεκτική ή προγραμματισμένη καισαρική τομή για την ολοκλήρωση της διαδικασίας του τοκετού επιλέγεται σε περίπτωση που ισχύει κάποια από τις κάτωθι ενδείξεις: [3,22,23]

- Εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου
- Ισχιακή προβολή του εμβρύου
- Υποβολή σε τυπική καισαρική σε παρελθούσα κύηση
- Πολύδυμη κύηση
- Προδρομικός πλακούντας σε περιστατικά προγεννητικής διάγνωσης, και σε περιπτώσεις κάλυψης του έσω τραχηλικού στομίου, μερικώς ή πλήρως

- πρόσφυση πλακούντα
- Κεφαλοπυελική δυσαναλογία
- Έμβρυα Ανώμαλη μικρόσωμα για την εβδομάδα κύησεώς τους, όταν διαπιστωθεί σημαντικού σταδίου ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη με ταυτόχρονη εμβρυϊκή δυσχέρεια
- Πρόληψη κάθετης μετάδοσης λοιμώξεων της επιτόκου στο παιδί. Τα συγκεκριμένα περιστατικά αναλόγως με τη λοίμωξη αναφέρονται στη συνέχεια:
 - HIV, όταν η επίτοκος δεν είναι σε πρόγραμμα αντιρετροϊκής αγωγής ή αν παρουσιάζει ιικό φορτίο άνω των 400 αντιγράφων/ml.
 - HCV, ιδίως σε περιστατικά συλλοίμωξης από HIV και HCV, αφού με αυτόν τον τρόπο μειώνονται οι πιθανότητες κάθετης μετάδοσης των ιών
 - HSV, σε ιστορικό πρωτογενούς λοίμωξης από έρπητα των γεννητικών οργάνων στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, αφού με αυτόν τον τρόπο ελαττώνονται οι πιθανότητες προσβολής και του νεογνού
- Προηγούμενη εκπυρήνηση ινομυωμάτων με διάνοιξη της μήτρας
- Έκφραση προσωπικής προτίμησης και επιμονή της επιτόκου για διενέργεια καισαρικής τομής

3.2.ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ο αποδεκτός χρόνος από τη χρονική στιγμή της λήψης της απόφασης για διενέργεια επείγουσας καισαρικής τομής μέχρι και την έναρξη της διαδικασίας, καθορίζεται από τον τύπο της ένδειξης που οδήγησε στην απόφαση. Για παράδειγμα η σοβαρή κατάσταση της προεκλαμψίας είναι απόλυτη ένδειξη επείγουσας καισαρικής, ενώ ο αποδεκτός χρόνος διαμορφώνεται με βάση το βαθμό κρισιμότητας της κατάστασης. Από την άλλη πλευρά, η πιθανή εμφάνιση στασιμότητας κατά τον τοκετό ή η επιθυμία της μητέρας για καισαρική τομή, αποτελούν σχετικές ενδείξεις καθώς δε διακινδυνεύεται η ζωή της επιτόκου ή του παιδιού.

Απόλυτες ενδείξεις λόγω άμεσου κινύνου του νεογνού ή της μητέρας είναι οι παρακάτω:

- Ρήξη προδρομικών αγγείων
- Ρήξη μήτρας
- Αποκόλληση πλακούντα
- Πρόπτωση ομφαλίδος
- Καρδιοτοκογραφικές αλλοιώσεις σημαντικού βαθμού που παραπέμπουν σε εμβρυϊκή δυσχέρεια.

3.3. Η «ΠΑΡΕΛΘΟΥΣΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ» ΩΣ ΕΝΔΕΙΞΗ

Πρόκειται για ένα ποσοστό περίπου 30% των συνολικών καισαρικών τομών. Στα συγκεκριμένα περιστατικά συστήνεται να ερωτάται η επίτοκος σχετικά με την προτίμησή της και κυρίως τον πιθανό προγραμματισμό επόμενης εγκυμοσύνης. Οποσδήποτε να επισημαίνονται οι ενδεχόμενες επιπλοκές και τα οφέλη που προκύπτουν τόσο μετά την υποβολή της εγκύου σε επαναλαμβανόμενους επεμβατικούς τοκετούς όσο και κατά τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού αν υπάρχει ιστορικό καισαρικής τομής [22,23]. Να σημειωθεί ότι οι πιθανότητες επιτυχούς

ολοκλήρωσης φυσιολογικού τοκετού σε γυναίκες με προϋπάρχον ιστορικό καισαρικής τομής κυμαίνονται στο 60-80% [24]. Ακολούθως αναφέρονται μερικές από τις πιο συχνές επιπλοκές:

- Ρήξη μήτρας σε περίπτωση προγραμματισμένου φυσιολογικού τοκετού με ιστορικό παρελθούσας καισαρικής τομής (0,1% - 1.6 %)
- Ρήξη μήτρας σε περίπτωση προγραμματισμένου φυσιολογικού τοκετού με ιστορικό παρελθούσας καισαρικής αλλά έχοντας προηγηθεί δυο επιτυχώς ολοκληρωμένοι φυσιολογικοί τοκετοί σε έδαφος επίσης παρελθούσας καισαρικής (0,2%)
- Ρήξη μήτρας σε περίπτωση προγραμματισμένης καισαρικής τομής σε έδαφος προηγούμενης καισαρικής τομής (0,03% - 0,19%)
- Μαιευτική υστερεκτομή μετά από ρήξη μήτρας κατά τη διάρκεια φυσιολογικού τοκετού με παρελθούσα καισαρική (0,05 %)
- Υποξαιμική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια του εμβρύου μετά από ρήξη μήτρας, σε φυσιολογικό τοκετό μετά από καισαρική (0.07 %)
- Περιγεννητική θνησιμότητα (έως και 0.18 %)

Τόσο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και οι μέλλουσες μητέρες έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε αυτά τα μειωμένα μεν αλλά δεδομένα ποσοστά. [25]

Παρατηρείται ότι επίτοκες με ιστορικό, παρελθούσας καισαρικής και κολπικού τοκετού, παρουσιάζουν συχνότερα ανεπίπλεκτη ολοκλήρωση ενός φυσιολογικού τοκετού, σε σχέση με όσες δεν έχει ακολουθήσει κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή.

Όταν παρόλα αυτά επιχειρείται η διαδικασία του κολπικού τοκετού, κρίνεται απαραίτητο να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε :

- Χειρουργικό θάλαμο
- Καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση του εμβρύου σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας
- Μονάδα αιμοδοσίας με διαθέσιμη ομάδα αίματος [22,24].

3.4. ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΧΩΡΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η ιατρικώς αναίτια καισαρική τομή που γίνεται καθαρά λόγω έκφρασης σχετικής επιθυμίας από μέρος της γυναίκας, αναδύεται τα τελευταία χρόνια ως μία παγκόσμια κλιμακούμενη νέα οντότητα στο χώρο της υγείας, αποτελώντας ταυτόχρονα συγχυτικό παράγοντα στην προσπάθεια καθορισμού του πραγματικού ποσοστού των αναγκαίων επεμβατικών τοκετών.

Η συνιστώμενη ως τώρα πρακτική από τους αρμόδιους φορείς του μαιευτικού τομέα σε ανάλογα ενδεχόμενα υποδεικνύει να παρέχεται αρχικά λεπτομερής συμβουλευτική στήριξη σχετικά με τις επιπλοκές που ενέχει ένας επεμβατικός τοκετός έναντι του φυσιολογικού, χωρίς φυσικά να υποκρύπτονται τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου.

Παράλληλα καλό θα ήταν να υπάρχει και γραπτή καταχώρηση του διαλόγου και στο τέλος να διαπιστωθεί από το τυχόν λοιπό αρμόδιο προσωπικό η ακριβής θέση της επιτόκου πάνω στο θέμα με ξεκάθαρη διατύπωση της απόφασής της. Σε κάθε περίπτωση θα ήταν λάθος να αμεληθούν οι ιδιαίτεροι προσωπικοί λόγοι που την ώθησαν σε αυτή την απόφαση, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν κατοχυρωμένο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην αυτονομία και τη διαχείριση της σωματικής του ακεραιότητας. Με δεδομένο ότι αρκετά συχνά το στρες και το δέος στην ιδέα των ωδίνων του τοκετού επηρεάζουν έντονα τη στάση των γυναικών και ιδίως των πρωτοτόκων, η επαρκής ψυχολογικής

υποστήριξη ακόμη και μέσα στο χώρο του μαιευτηρίου θεωρείται προαπαιτούμενο όπως και η επιλογή των κατάλληλων αναλγητικών μεθόδων [22,23,26].

Στην περίπτωση που η επίτοκος συνεχίζει να επιδεικνύει έντονη επιμονή στην προτίμησή της υπέρ του επεμβατικού τοκετού παραβλέποντας τις συστάσεις σχετικά με όσα προαναφέρθηκαν και ειδικά αφού γίνει αντιληπτό ότι ο ιδανικός, για το αναπνευστικό σύστημα του εμβρύου, χρόνος για να υποβληθεί σε καισαρική είναι η 39η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, δικαιούται να υποβληθεί σε επεμβατική διεκπεραίωση της γέννησης του παιδιού. Σε περίπτωση που ο γυναικολόγος διαφωνεί με τη διενέργεια ενός επεμβατικού τοκετού χωρίς ένδειξη και αρνείται να προχωρήσει, οφείλει να παραπέμψει την εγκυμονούσα σε άλλο ειδικό [22,23,26].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η αξία της μεθόδου της καισαρικής τομής έγκειται στην απαλλαγή που προσφέρεται στην επίτοκο και το νεογνό από τις ενδεχόμενες απειλές που ίσως επιφυλάσσει ο κοιλιακός τοκετός. Για αυτόν ακριβώς το σκοπό πρωτοεμφανίστηκε με προσπάθειες διεκπεραίωσής της από πρώιμες ακόμη εποχές. Φτάνοντας ωστόσο στη σύγχρονη εποχή, είναι κατανοητό πως η ολοένα και ευρύτερη πρόοδος των διαγνωστικών τεχνικών καθιστά τη διάγνωση προβλημάτων κατά την πορεία της εγκυμοσύνης καθιερωμένη υπόθεση ρουτίνας. Παράλληλα έχει επιμεληθεί ιδιαίτερος ο τομέας των κλινών νοσηλείας και φροντίδας των νεογνών επιτυγχάνοντας αξιοσημείωση μείωση της συχνότητας των περιγεννητικών παθολογικών καταστάσεων. Είναι λοιπόν σαφής η πορεία με την οποία άνοιξε ο δρόμος προς την ευρεία διάδοση της μεθόδου της καισαρικής τομής. Εκείνο όμως που σίγουρα μένει να διασαφηνιστεί είναι πως η ασφάλεια που παρέχει ένας επεμβατικός τοκετός αφορά καθορισμένες επείγουσες ή μη, συνθήκες, και αν αυτές δε συντρέχουν, όχι μόνο δεν πλεονεκτεί έναντι του κοιλιακού τοκετού αλλά επιφυλάσσει αρκετά βλαπτικά παρεπόμενα για την επίτοκο και το παιδί αφού πρόκειται για μία αμιγώς χειρουργική διαδικασία. [27].

Η απειλή της ζωής της επιτόκου είναι χωρίς αμφιβολία ο πιο σοβαρός κίνδυνος και παρότι καθόλου συχνός, αυξάνεται στο τετραπλάσιο έναντι του φυσιολογικού τοκετού, όταν η επέμβαση λαμβάνει χώρα λόγω κρίσιμων και επειγόντων συνθηκών. Μελλοντικά, μία πιθανή προσπάθεια φυσιολογικής ολοκλήρωσης τοκετού θα ενέχει τον κίνδυνο ρήξης του μητρικού τοιχώματος. [28]. Η προγραμματισμένη υποβολή σε καισαρική τομή από την άλλη, επιφυλάσσει μικρότερους κινδύνους.

4.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Ο επεμβατικός τοκετός συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην επιδείνωση της μητρικής νοσηρότητας. Σύμφωνα με έρευνες μία εκλεκτική καισαρική τομή ενέχει το ενδεχόμενο αιμορραγίας αυξάνοντας τις πιθανότητες να απαιτηθεί υστερεκτομή ή να προκύψει κάποια θρόμβωση ή εμβολή των μεγάλων αγγείων, ακόμη και πνευμονική εμβολή. Επιμηκύνεται επίσης και το διάστημα νοσηλείας αυξάνοντας παράλληλα τις πιθανότητες λοιμώξεων, ενδοноσοκομειακών ή μη. [29]. Κατά τη διάρκεια ενός επεμβατικού τοκετού, δε μπορεί να θεωρηθεί απίθανη κάποια κάκωση γειτονικού οργάνου όπως για παράδειγμα της ουροδόχου κύστης. [27,30]. Τέλος θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψιν και να αναφέρονται οι ενδεχόμενες παρενέργειες λόγω αντίδρασης στα χορηγούμενα φάρμακα ή κατά την εισαγωγή και τη διατήρηση στην αναισθησία .

Αξιοσημείωτες είναι και οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές ενός επεμβατικού τοκετού καθώς λόγω της φύσης του ως αμιγώς χειρουργική διαδικασία δε μπορεί να αποκλειστεί η δημιουργία μετεγχειρητικών συμφύσεων μεταξύ των ιστών με όλες τις συνέπειες που αυτές συνεπάγονται, πιθανότητα που αυξάνεται με κάθε επόμενη επέμβαση, και φτάνει έως 75% μετά την τρίτη καισαρική τομή. Συνεπώς, οι πιθανότητες για επανεπέμβαση με αφορμή προβλήματα συμφυτικής αιτιολογίας σε μητέρες που έχουν υποβληθεί μία ή περισσότερες φορές σε επεμβατικό τοκετό, είναι αυξημένες έναντι εκείνων που κατορθώνουν να ολοκληρώσουν τη γέννηση με τη φυσιολογική διαδικασία. [28].

4.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ

Κάθε μητέρα που έχει στα σχέδιά της μία μελλοντική εγκυμοσύνη οφείλει να μην παραβλέπει τις αρνητικές επιπτώσεις που ενδεχομένως θα δημιουργηθούν σε περίπτωση που προχωρήσει σε επεμβατικό τρόπο για την ολοκλήρωση ενός τρέχοντος τοκετού. Στις εγκυμοσύνες που θα ακολουθήσουν, πιθανότατα να εμφανιστούν παθολογικές καταστάσεις όπως μία εξωμήτριος κύηση, πρόωρος τοκετός ή ακόμη και ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή της εγκυμοσύνης. Η εμφάνιση τάση των σύγχρονων γυναικών να επιλέγουν τον επεμβατικό ως τρόπο διεκπεραίωσης του τοκετού των καισαρικών τομών σχετίζεται με συχνότερη διάγνωση μη φυσιολογικής θέσης και πρόσφυσης του πλακούντα (προδρομικός ή διηθητικός πλακούντας). Η πιο κρίσιμη κατάσταση είναι η εμφάνιση επιωματικού προδρομικού πλακούντα, με εικόνα ολοκληρωτικής απόκρυψης του τραχηλικού στομίου. Υπό αυτές τις συνθήκες η φυσιολογική διεκπεραίωση του τοκετού δεν είναι εφικτή. Ο βαθμός που κάθε φορά ο πλακούντας διηθεί τον ιστό της μήτρας ή γειτονικών οργάνων καθορίζει την κατηγορία στην οποία αυτός θα καταταγεί. Οι προαναφερθείσες παθολογικές καταστάσεις ενέχουν σοβαρές απειλές κατά τη διάρκεια μίας εγκυμοσύνης αποτελώντας παράγοντα μητρικής και εμβρυικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ύπαρξη ενός υψηλού επιπέδου παροχής ιατρικών υπηρεσιών στο μαιευτικό χώρο. Σύμφωνα με έρευνα, όταν μία μητέρα υποβάλλεται για δεύτερη φορά σε καισαρική τομή κατατάσσεται αυτόματα σε ομάδα κινδύνου για διάγνωση διηθητικού πλακούντα με ενδεχόμενη ανάγκη υστερεκτομής. (Silver et al,2006). Μάλιστα, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των διαδοχικών επεμβατικών τοκετών, η συχνότητα εμφάνισης ανώμαλης πρόσφυσης του πλακούντα πολλαπλασιάζεται με επακόλουθη αύξηση των σχετιζόμενων κινδύνων και επιπλοκών. (ΠΙΝΑΚΑΣ

Cesarean Delivery	Accreta [n (%)]	OR (95% CI)	Hysterectomy [n (%)]	OR (95% CI)
First*	15 (0.2)	-	40 (0.7)	-
Second	49 (0.3)	1.3 (0.7-2.3)	67 (0.4)	0.7 (0.4-0.9)
Third	36 (0.6)	2.4 (1.3-4.3)	57 (0.9)	1.4 (0.9-2.1)
Fourth	31 (2.1)	9.0 (4.8-16.7)	35 (2.4)	3.8 (2.4-6.0)
Fifth	6 (2.3)	9.8 (3.8-25.5)	9 (3.5)	5.6 (2.7-11.1)
≥ 6	6 (6.7)	29.8 (11.3-78.7)	8 (9.0)	15.2 (6.9-33.1)

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

* Primary cesarean delivery.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντα και της πιθανότητας υστερεκτομής με τον αριθμό των διαδοχικών καισαρικών (Silver et al Obstet Gynecol)

Να σημειωθεί ότι, η πιθανότητα διάγνωσης διηθητικού πλακούντα εκτοξεύεται σε εγκυμονούσες με προδρομικό πλακούντα και αγγίζει το 67 % αν η μητέρα έχει υποβληθεί για τέταρτη φορά σε επεμβατικό τοκετό. Επακόλουθα, αυξάνεται ο κίνδυνος για σοβαρή απώλεια αίματος, ανάγκη νοσηλείας σε χώρο με αυξημένη φροντίδα και μακρότερο χρονικό διάστημα νοσηλείας σε ιατρικό ίδρυμα [32].

Καθίσταται λοιπόν σαφής ο καθοριστικός ρόλος του επιπέδου της συμβουλευτικής στήριξης που δίδεται στις μέλλουσες μητέρες, στην περίπτωση που εκείνες τείνουν να προτιμήσουν τον επεμβατικό τρόπο ολοκλήρωσης της γέννησης του παιδιού τους, υποκινούμενες από παράγοντες μη ιατρικής σημασίας, και αγνοώντας τις επιπτώσεις αυτής της επιλογής σε πιθανές μελλοντικές εγκυμοσύνες.

4.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ

Η ιατρικώς αναίτια καισαρική τομή ενέχει ποικίλες, άμεσες αλλά και απώτερες, επιβαρυντικές επιπτώσεις για τα νεογνά [27,28]. Αυτές έχουν να κάνουν με πιθανή επιβάρυνση του αναπνευστικού τους συστήματος, που συχνά εκδηλώνεται ως παροδική ταχύπνοια άλλοτε άλλου βαθμού. Δεν είναι όμως απίθανη η εξέλιξη σε σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας οπότε και κρίνεται απαραίτητη η άμεση αντιμετώπιση από ειδικό και έμπειρο ιατρικό προσωπικό σε χώρο αυξημένης φροντίδας [30]. Στο κρίσιμο αυτό χρονικό διάστημα είναι εύλογο πως η γυναίκα θα στερηθεί το παιδί από κοντά της με όποιες επιπτώσεις συνεπάγονται για την ψυχολογική κατάσταση και των δύο [27].

Η διαδικασία της φυσιολογικής γέννησης, έχει ως αποτέλεσμα την άνοδο των επιπέδων κορτιζόλης και κατεχολαμινών στο παιδί, όντας ιδιαίτερα επίπονη για την επίτοκο και το έμβρυο. Η μεταβολή αυτή ασκεί θετική επίδραση τόσο στο κυκλοφορικό σύστημα του παιδιού, όσο και στο ενδοκρινικό και αναπνευστικό του σύστημα χάρη στη βέλτιστη ρύθμιση των τιμών του σακχάρου και την ταχύτερη απορρόφηση του υγρού που κινείται στους πνεύμονες, αντιστοίχως. Αντιθέτως,

νεογνά που έρχονται στον κόσμο με επεμβατικό τοκετό ισορροπούν με βραδύτερους ρυθμούς αυτές τις διαδικασίες στο πρώιμο βιολογικό τους σύστημα. [28].

Να σημειωθεί ότι οι πιέσεις που δέχεται το έμβρυο καθ'όλη τη διάρκεια μίας φυσιολογικής γέννησης αποτελούν προκαταρκτικό βήμα για μία ισορροπημένη και ανεπίπλεκτη μετάβαση στο εξωμήτριο πεδίο και συνιστούν μία δυναμική πρόκληση που ωθεί στην πρώτη προσπάθεια αναπνευστικής κίνησης κατά την αποδέσμευσή του από το σώμα της μητέρας. Το έμβρυο που θα γεννηθεί με επεμβατικό τρόπο, ειδικά στις περιπτώσεις που η επέμβαση έχει από πριν προγραμματιστεί, στερείται αυτών των ευεργετικών πιέσεων οδηγώντας σε διάφορα περιγεννητικά προβλήματα. [28].

Διαφορές εντοπίζονται ακόμη και στο μικροβίωμα μεταξύ των νεογνών που έρχονται στον κόσμο σε κάθε περίπτωση. Έτσι, ενώ ο φυσιολογικός τοκετός ευνοεί την ανάπτυξη στον οργανισμό του παιδιού της μικροβιακής χλωρίδας του εξωτερικού γεννητικού συστήματος της επιτόκου, στα νεογνά που προέρχονται από επεμβατικό τοκετό αναπτύσσεται κυρίως η χλωρίδα του δέρματος και της γύρω ατμόσφαιρας. Τελικά, ο ανοσοποιητικός μηχανισμός του παιδιού θα στερηθεί συγκεκριμένα ευεργετικά αποτελέσματα γεγονός που θα καθυστερήσει την έγκαιρη δραστηριοποίησή του [33]. Το ανοσοποιητικό προφίλ που θα δημιουργηθεί με αυτό τον τρόπο, έχει διαπιστωθεί ότι διατηρείται για τουλάχιστον δώδεκα μήνες στη μνήμη του παιδιού, διάστημα που καθορίζεται από διάφορους παράγοντες όπως αν η μητέρα θηλάζει ή όχι να το παιδί [34]. Σε κάθε περίπτωση, η διαδικασία του θηλασμού εισέρχεται στα φυσιολογικά πλαίσια όταν η γυναίκα αφήνει το νοσοκομειακό θάλαμο, πλεονεκτώντας εάν ο επεμβατικός τοκετός έχει ακολουθηθεί από την κατάλληλη καθοδήγηση των ειδικών του μαιευτικού χώρου.[30].

Συγκεκριμένες μεταβολικές παθολογικές οντότητες, όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία, είναι πιθανό σύμφωνα με έρευνες να απασχολήσουν ένα παιδί επεμβατικού τοκετού και μετά την παιδική του ηλικία. Με τον ίδιο τρόπο πλήττεται και το ανοσοποιητικό σύστημα παρουσιάζοντας παθήσεις όπως άσθμα, και αλλεργικές ευαισθησίες [33].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

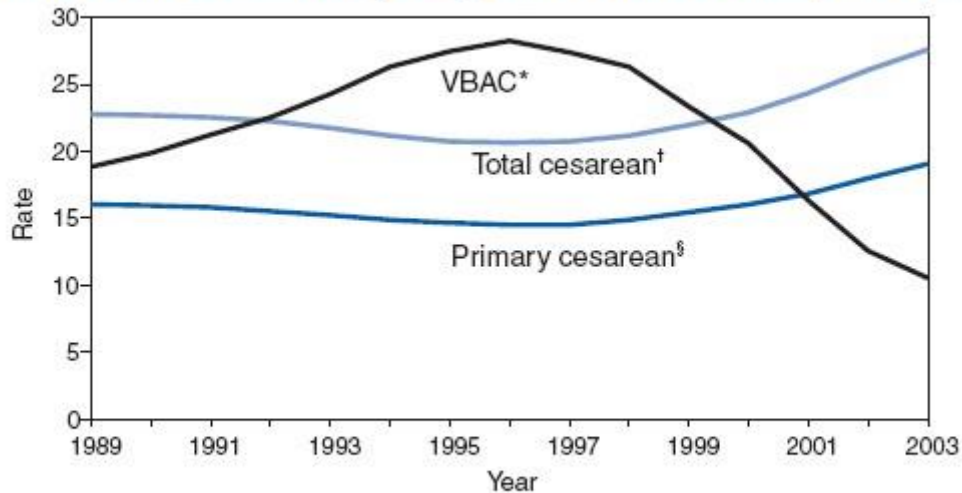
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η εκκρηκτική άνοδος του ποσοστού των επεμβατικών τοκετών αποτελεί αρκετά σύνθετο ζήτημα ως προς τη μελέτη των παραγόντων που συνηγορούν σε αυτό. Παρόλο που οι ενδείξεις έχουν προσδιοριστεί απόλυτα, φαίνονται ανεπαρκείς για να αιτιολογήσουν την ολοένα και μεγαλύτερη τάση των σύγχρονων γυναικών να επιλέγουν τον επεμβατικό τοκετό έναντι του κοιλιακού, αλλά και την ευκολία με την οποία λαμβάνεται από τους μαιευτήρες η απόφαση. Είναι πλέον προφανής η συμμετοχή επιπρόσθετων παραγόντων, οι οποίοι συνεργατικά υποκινούν προς μία κατεύθυνση υπέρ της άμεσης παραίτησης από τις δυσκολίες μίας φυσιολογικής γέννησης.

Το κλειδί για την εξαγωγή αξιόλογων πορισμάτων από τη μελέτη του θέματος βρίσκεται στην εξέταση ξεχωριστά του κάθε νοητικού βήματος από εκείνα που πραγματοποιούνται πριν μία επίτοκος εκφράσει την πρώτη της προτίμηση για αποφυγή της φυσιολογικής γέννησης, από τη στιγμή μάλιστα που τα ποσοστά διεκπεραίωσης φυσιολογικών γεννήσεων σε μητέρες που ήδη έχουν υποβληθεί σε επεμβατικό τοκετό εμφανίζονται με πτωτική πορεία. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι δεδομένης

προηγούμενης καισαρικής, τα ποσοστά καισαρικών υπερτερούν πλέον έναντι των κολπικών τοκετών.

Total and Primary Cesarean Rate and Vaginal Birth After Previous Cesarean (VBAC) Rate — United States, 1989–2003



* Per 100 births to women with a previous cesarean delivery.

† Per 100 births.

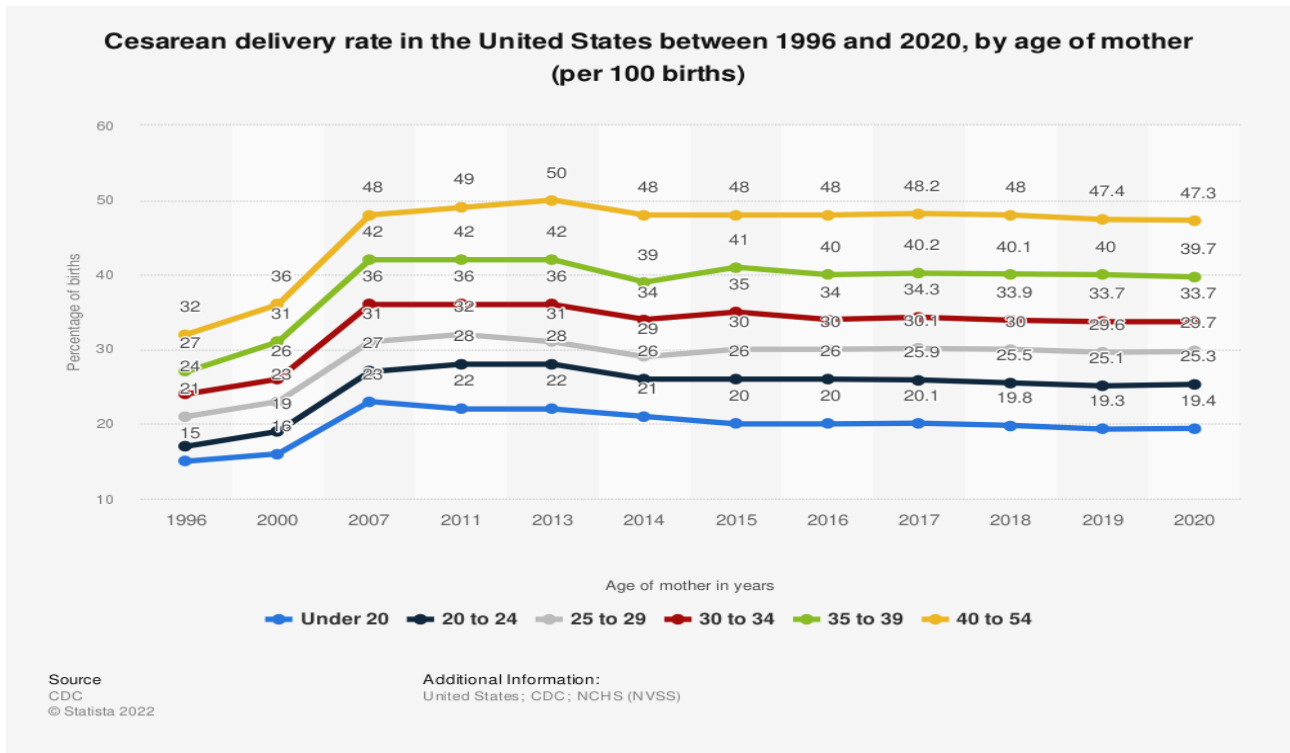
‡ Per 100 births to women with no previous cesarean delivery.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Συχνότητα επεμβατικών και κολπικών τοκετών μετά από προηγούμενη καισαρική (National Vital Statistics System)

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η εξέλιξη της διαδικασίας της εγκυμοσύνης και της γέννησης σε μητέρες που εμφανίζονται σήμερα με αυξημένα ποσοστά επιλογής επεμβατικών τοκετών, φαίνεται ότι διαμορφώνεται από συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, δηλαδή:

- Παχυσαρκία
- Χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με μεγάλη πιθανότητα πολύδυμης κύησης
- Υπογονιμότητα εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας
- Προχωρημένη ηλικία σύλληψης, βάσει των σύγχρονων κοινωνικών προτύπων. (ΓΡΑΦΗΜΑ



ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Ποσοστά επεμβατικών τοκετών ανά ηλικιακή κατηγορία (STATISTA 2022)

Σύμφωνα με μελέτη της σχέσης προχωρημένης ηλικίας της γυναίκας και διενέργειας επεμβατικού τοκετού στις ΗΠΑ για τα έτη 1996-2020, αξιοσημείωτο είναι ότι μητέρες άνω των 40 ετών εμφανίζονται με διπλάσια ποσοστά έναντι των 25-29 ετών και περίπου τριπλάσια έναντι των νεότερων μητέρων.

5.2 Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η ιατρικώς αβάσιμη απόφαση της επιτόκου να παρακάμψει τη φυσιολογική διαδικασία γέννησης του παιδιού οδηγεί στη διενέργεια του τοκετού με επεμβατική μέθοδο, σε προγραμματισμένη ή μη, βάση αναλόγως των τρέχουσων συνθηκών. Σύμφωνα με τις παγκόσμιες συστάσεις αρμόδιων φορέων στο χώρο της μαιευτικής – γυναικολογίας, ένας επίπονος και στάσιμος τοκετός, συνεπάγεται πλέον το δικαίωμα από μέρους της γυναίκας σε υποβολή σε επεμβατικό τοκετό, δικαίωμα που οφείλουν να γνωρίζουν και να στηρίζουν κατάλληλα όλοι οι ειδικοί του χώρου.

Έτσι, οι επίτοκες αρκετές φορές, υποκινούμενες από το στρες στην ιδέα των ωδίνων του φυσιολογικού τοκετού, την αντιπάθεια προς ενδεχόμενες μεταβολές των γεννητικών τους οργάνων και την αντίληψη ότι πιθανόν οι κρίσιμες για εκείνη και το νεογνό στιγμές της γέννησης να μην αντιμετωπιστούν με τη δέουσα προσοχή από τους ειδικούς, καταλήγουν στην απόφαση για επεμβατική ολοκλήρωση του τοκετού [37,38]. Η επιθυμία από την έγκυο να αποφύγει να υποβληθεί

ξανά στην ίδια διαδικασία όταν έχει ήδη στο ιστορικό της έναν μακρύ και επίπονο τοκετό, διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στην αρνητική στάση προς μία παρόμοια διαδικασία, μέχρι και σε χώρες με ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών που παρουσιάζουν μειωμένα κατά τα άλλα ποσοστά επεμβατικών τοκετών [39].

Σήμερα, με τη βοήθεια της εξέλιξης της τεχνολογίας, οι περισσότερες μητέρες των εξελιγμένων τουλάχιστον κρατών, έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε άπειρες γνώσεις γύρω από τη μαιευτική διαδικασία. Με αυτόν τον τρόπο, χωρίς την κατάλληλη καθοδήγηση από ειδικούς του μαιευτικού χώρου διαμορφώνουν μία αντίληψη ότι για την οικονομικά ανεξάρτητη και μορφωτικά εξελιγμένη μητέρα, η καισαρική τομή διαθέτει όλα τα χαρακτηριστικά για εύκολο, γρήγορο και ασφαλή τρόπο τοκετού παρακάμπτοντας επίπονες καταστάσεις ή ανεπιθύμητες μεταβολές στο γυναικείο σώμα. [37,38].

Είναι χαρακτηριστικό ότι σε δείγμα 4.000.000 μητέρων στις ΗΠΑ δέκα χρόνια πριν, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη αναλογία μεταξύ μη ιατρικώς επιβαλλόμενων επεμβατικών τοκετών και κοινωνικής – οικονομικής κατάστασης. [40].

Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται και μελέτες που διενεργήθηκαν σε γυναίκες αυστραλιακής προέλευσης με υποβιβασμένο επίπεδο διαβίωσης όπου η αναλογία επεμβατικών έναντι των φυσιολογικών τοκετών προκύπτει αρκετά μειωμένη και να σημειωθεί, παρά την ύπαρξη αρκετών παραγόντων κινδύνου όσον αφορά την επίτοκο, όπως προβληματικό μεταβολικό προφίλ

Τέλος, σε περιπτώσεις ιατρικώς αβάσιμης επιθυμίας της μητέρας, η ευκολία με την οποία ο υπεύθυνος γυναικολόγος αποφασίζει να παρακάμψει τις φυσιολογικές διαδικασίες προχωρώντας σε επεμβατικό τοκετό μεταβάλλεται ανά περιοχή επηρεαζόμενη από οικονομικά δεδομένα, κρατικές πολιτικές, θρησκευτικές πεποιθήσεις και κοινωνικά πρότυπα, αλλά ακόμη και τη φύση και την προσωπική νοοτροπία του ίδιου του ιατρού [42]

5.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που διατυπώθηκε το 2016 για τη χώρα μας και πιθανότατα λόγω του σημαντικά μεγαλύτερου βαθμού αποζημίωσης που έχει κατοχυρωθεί για έναν επεμβατικό τοκετό, τα ποσοστά επισκεψιμότητας στα δημόσια μαιευτικά ιδρύματα υστερούν κατά σημαντικό βαθμό σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά που αφορούν τον ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα βρίσκονται σε επίπεδα κάτω του ημίσεως. [21].

Αν ληφθεί υπόψη η άνεση επιλογής μαιευτήρα και μαιευτηρίου που προσφέρεται στους γονείς χάρη στην επιλογή της προγραμματισμένης καισαρικής αλλά και της ιδιαίτερης οργάνωσης του προγράμματος των διανυκτερεύσεων των ιατρών που καθιστά δυσχερή την κατ'εξακολούθηση φροντίδα της επιτόκου, γίνεται εύκολα κατανοητή η επικρατούσα τάση στη χώρα μας υπέρ των προγραμματισμένων επεμβατικών τοκετών. [21].

Φυσικά, οι τεράστιες ελλείψεις που αφορούν όλους τους ειδικούς λειτουργούς των μαιευτηρίων του δημόσιου τομέα, συμβάλλει αναμφισβήτητα στην εκτόξευση των ποσοστών των καισαρικών τομών, αφού οι συνθήκες είναι απαγορευτικές για την επαρκή στήριξη της ετοιμόγεννης και συνήθως αφήνουν άσχημη εμπειρία τόσο στη μητέρα όσο και στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Προς αυτή την κατεύθυνση συμβάλλει επίσης και η υποβάθμιση της σημασίας του μαιευτικού προσωπικού στη χώρα κατά τη διαδικασία του τοκετού. [37]

5.4 ΑΜΥΝΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η όλο και πιο έντονη τάση από μέρους των ασθενών για καταλογισμό ιατρικών ευθυνών με προσφυγή στη δικαιοσύνη διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του πλαισίου που κινούνται οι υπηρεσίες υγείας από τους λειτουργούς, ωθώντας τους συχνά στην ονομαζόμενη «αμυντική ιατρική». Για παράδειγμα, σε συνθήκες πολύωρου και επίπονου τοκετού, η καθυστερημένη λήψη απόφασης από τον ειδικό να προχωρήσει σε επεμβατικό τρόπο διεκπεραίωσης της γέννησης, ειδικά σε επιμονή της εγκύου, εντάσσεται στις κύριες αφορμές προσφυγής στη δικαιοσύνη εναντίον ιατρών. Σύμφωνα με μελέτη που διενεργήθηκε σε δείγμα του αμερικανικού πληθυσμού, το 75 % των γυναικολόγων έχουν έρθει σε θέση να διαχειριστούν τέτοιου είδους μηνύσεις. Επιπλέον, τα ποσοστά επιλογής επεμβατικού τοκετού φαίνεται να παρουσιάζουν αναλογία και με τη αξία των ασφαλιστρών ιατρικής ευθύνης. [43]. Το άγχος απέναντι στην απόδοση βαρέων ευθυνών, εισάγει αναπόφευκτα τον τρόπο άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος, ακόμη και από τους πιο ικανούς και συνειδητοποιημένους μαιευτήρες και όχι μόνο, σε ένα γενικότερο πλαίσιο άμυνας. Η ευρεία διάδοση πληροφοριών μέσω των σύγχρονων μέσων μαζικής ενημέρωσης έχει παίξει καθοριστικό ρόλο στην αντίληψη των γυναικών που θεωρούν ότι ο τρόπος αυτός παρέχει επαρκή ενημέρωση. Έτσι, αγνοώντας ή παραμελώντας την ιατρική πλευρά του ζητήματος, καταλήγουν να διαμορφώνουν την αντίληψη ότι ο επεμβατικός τρόπος διεκπεραίωσης του τοκετού παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια και να εμμένουν σε αυτή. Συνεπώς, ο μαιευτήρας διώκεται πιο συχνά εξαιτίας τυχόν αρνητικών επιπτώσεων μίας κοιλιακής γέννησης σε σύγκριση με ένα ιατρικώς αναίτιο επεμβατικό τοκετό. Λαμβάνοντας υπόψιν τους τις συνθήκες αυτές, στην προσπάθεια να αποφύγουν πιθανές συνέπειες στη μελλοντική τους καριέρα, οι γυναικολόγοι της σύγχρονης εποχής τείνουν να προχωρούν ευκολότερα στην απόφαση για διενέργεια επεμβατικού τοκετού. [37].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ

Στοχεύοντας σε παγκόσμια κλίμακα την ανατροπή της αυξητικής πορείας των επεμβατικών τοκετών, η Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (ΕΜΓΕ), διατύπωσε 8 έτη πριν, ένα σύνολο ανανεωμένων κατευθυντήριων συστάσεων, με τη μορφή υπομνήματος που λεπτομερώς καθορίζει και επεξηγεί τις ενδείξεις για επεμβατικό τοκετό ή πρόκληση τοκετού αλλά και φυσιολογικό τοκετό με ατομικό αναμνηστικό επεμβατικού στο παρελθόν, συμβαδίζοντας με τα πρότυπα της σύγχρονης ιατρικής θεωρίας.

Να σημειωθεί ότι κάθε επίτοκος πλέον που καταλήγει στην απόφαση να υποβληθεί σε επεμβατικό τοκετό, οφείλει προηγουμένως να ενημερωθεί και στη συνέχεια να συγκατατεθεί εγγράφως, ακριβώς όπως θα έκανε στα πλαίσια της προετοιμασίας για οποιαδήποτε άλλη επέμβαση μέσης βαρύτητας, δηλώνοντας μάλιστα και την αιτία της επιλογής της, δεδομένου ότι οι πιθανές επιπτώσεις της επέμβασης αφορούν και το παιδί της.

Στα πλαίσια μίας διεθνούς βεληνεκούς προσπάθειας για αύξηση της αναλογίας των φυσιολογικών έναντι των επεμβατικών τοκετών, το ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) επικεντρώνεται στις συνθήκες που υποκινούν τη μητέρα πριν καταλήξει για πρώτη φορά στην απόφαση να παραιτηθεί από τη διαδικασία του κοιλιακού τοκετού, συστήνοντας μία

περισσότερο προσεκτική διαχείρισή τους τόσο από το μαιευτήρα-γυναικολόγο, όσο και από την ίδια την επίτοκο. Συγκεκριμένα, τονίζει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των καταστάσεων της «ανεπιτυχούς πρόκλησης τοκετού» και της «στασιμότητας τοκετού», διευκρινίζοντας πως ο αναμενόμενος χρόνος ως την ολοκλήρωση ενός φυσιολογικού τοκετού είναι πολύ συχνά μακρότερος από τον επιθυμητό. Συστήνει, τέλος μεγάλη προσοχή στη διαδικασία ανάλυσης και επακόλουθης αντιμετώπισης των μεταβολών που καταγράφει ο καρδιοτοκογράφος κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Εκτός των άλλων, το ACOG υποστηρίζει τη χρήση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων για την «πρόκληση», αλλά και την αντιμετώπιση ιδιαίτερων συνθηκών που είναι δυνατόν να βρίσκεται η επίτοκος, για παράδειγμα η διαπίστωση ισχιακής προβολής ή η ύπαρξη δίδυμης κύησης. Τονίζεται επίσης η σημασία των μη ιατρικών παρεμβάσεων, όπως η έγκαιρη επαρκής συμβουλευτική, και όχι μόνο, υποστήριξη της μέλλουσας μητέρας από έμπειρους ειδικούς του μαιευτικού χώρου και επισημαίνει την αναγκαιότητα μίας προσπάθειας επαναπροσδιορισμού του νομικού πλαισίου, το οποίο ωθεί τους θεράποντες γυναικολόγους να παρέχουν υπηρεσίες υγείας υπό το στρες μίας πιθανής προσφυγής στη δικαιοσύνη με σκοπό τον καταλογισμό ευθυνών [35].

Άξια αναφοράς είναι και σύσταση της FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) να υπεισέρχεται στην απόφαση αποφυγής του φυσιολογικού κολπικού τοκετού, πέραν του ιατρικού συμφέροντος για την επίτοκο και το νεογνό. Μάλιστα, στη διαμόρφωση αυτής της απόφασης οφείλουν να έχουν ισχυρή συμμετοχή όλες ανεξαρτήτως οι μητέρες, εφόσον πρώτα έχουν λάβει επαρκή ενημέρωση από το εμπλεκόμενο μαιευτικό προσωπικό, τόσο σχετικά με τις αποδεδειγμένες ιατρικές ενδείξεις, όσο και με τους κινδύνους που διατρέχουν οι ίδιες και το παιδί τους στην περίπτωση της επέμβασης. Σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται κατανοητή η αναγκαιότητα εκ μέρους του συνόλου των ειδικών του χώρου για συνεχή και εμπεριστατωμένη κατάρτιση γύρω από το φαινόμενο της ραγδαίας αύξησης της συχνότητας των καισαρικών.

Σε κάθε περίπτωση, οι αρμόδιοι υγειονομικοί φορείς κάθε κράτους οφείλουν να παρέχουν απόλυτη κάλυψη σε όλη την έκταση των αναγκών που ανακύπτουν από μία γέννηση, ξεκινώντας από την έναρξη του τοκετού έως και την έξοδο της νέας μητέρας με το νεογνό από το μαιευτικό θάλαμο. Οι ανάγκες αυτές σχετίζονται με την επάρκεια τόσο ενός έμπειρου μαιευτικού προσωπικού όσο και υλικοτεχνικού εξοπλισμού. Μόνο υπό τέτοιες συνθήκες, μία επίτοκος που προσέρχεται στο θάλαμο τοκετού θα έχει τη βεβαιότητα ότι εφόσον συντρέχουν ιατρικοί λόγοι, το σύστημα υγείας θα έχει τη δυνατότητα να της παρέχει την ευκαιρία για επεμβατική διεκπεραίωση του τοκετού, αφού πρώτα λάβει την ανάλογη ενημέρωση.

Πρόσφατα ο ίδιος φορέας εξέδωσε το πόρισμα ότι σε σύγκριση με τις προαναφερθείσες τακτικές, φαίνεται πως η χρήση αποτελεσματικών μεθόδων αναλγησίας είναι εκείνη που σε μεγαλύτερο ίσως βαθμό συμβάλει στη μείωση των ποσοστών των επεμβατικών τοκετών.

Από την άλλη πλευρά, καθοριστικό ρόλο διαπιστώθηκε ότι διαδραματίζει η αναθεώρηση του σχετικού οικονομικού πλαισίου στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι μαιευτικές ιατρικές πράξεις καθώς και των ασφαλιστρών των μαιευτήρων με τρόπο που να υποστηρίζει το φυσιολογικό τοκετό έναντι μίας καισαρικής τομής, καθώς τα σφάλιστρα θα εξισώνονται. Προς αυτή τη κατεύθυνση, συστήνεται η εφαρμογή του ενιαίου συστήματος ταξινόμησης των καισαρικών τομών κατά ROBSON καθώς και η ετήσια έκδοση των ποσοστών επεμβατικών τοκετών έναντι των συνολικών από τα μαιευτικά ιδρύματα, με στόχο μάλιστα να λαμβάνουν ακολούθως ανάλογο οικονομικό όφελος. Τέλος, η εκμετάλευση των συγκεντρωθέντων οικονομικών πόρων με στόχο τη βελτίωση και εξιδανίκευση της παρεχόμενης φροντίδας των επιτόκων που ακολουθούν τη φυσιολογική διαδικασία γέννησης, η επαρκής και συνεχής κατάρτιση των ειδικών του μαιευτικού χώρου και η εκτενής πληροφόρηση των επιτόκων σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις ενός ιατρικά αναίτια επιλεγμένου επεμβατικού τοκετού

τόσο για εκείνες όσο και για το νεογνό, αποτελούν αξιολογικά σημεία στο υπόμνημα των θέσεων της

Με τη σειρά του, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε πριν από μερικά έτη, αναθεωρημένο υπόμνημα στα πλαίσια της προσπάθειας για μείωση των διαρκώς ανερχόμενων ποσοστών επεμβατικού τοκετού, με συστάσεις που επιστούν τη προσοχή σε μη ιατρικές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα η συμβουλευτική βοήθεια των επιτόκων για την καταπολέμηση της τοκοφοβίας με παράλληλη χορήγηση επαρκούς αναλγησίας και η πρόσβαση του συνόλου του γυναικείου πληθυσμού σε πλήρη και ορθή πληροφόρηση σχετικά με τα οφέλη και τις πιθανές επιπλοκές της καισαρικής ως επεμβατικής διαδικασίας μέσης βαρύτητας.

Σε αυτό το σημείο, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ξανά η αναγκαιότητα σε παγκόσμια κλίμακα για εφαρμογή του ενιαίου συστήματος κατηγοριοποίησης ROBSON, δεδομένου ότι, η μη διαθεσιμότητα έως πρόσφατα, ενός τόσο εύχρηστου και καθολικού εργαλείου ταξινόμησης των επιτόκων, συνιστούσε απαγορευτικό παράγοντα στην ολοκλήρωση αντικειμενικών ερευνών σχετικά με τα υψηλά ποσοστά επεμβατικών τοκετών έναντι φυσιολογικών. Η αναγκαιότητα αυτή διατυπώνεται σαφώς και από το EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology), αφού με διαφορετικό τρόπο καθίσταται ανέφικτη η αντικειμενική αντιπαράθεση και αξιολόγηση σχετικών στοιχείων. Χάρη σε αυτό το σύστημα, και σε συνδυασμό με την αξιοποίηση των δεικτών νεογνικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, κάθε χώρα διαθέτει πλέον τα βασικά εργαλεία και μέσα για μία ισχυρή προσπάθεια με κατεύθυνση την επίτευξη τόσο μίας μείωσης των ποσοστών επεμβατικών τοκετών, όσο και ελαχιστοποίησης των κινδύνων στην υγεία μητέρας και νεογνού. [45].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ROBSON

7.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΥΠΑΡΞΗ ΕΝΙΑΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

Η ύπαρξη και χρήση ενός ενιαίου συστήματος κατηγοριοποίησης των επιτόκων είναι αναγκαία στο μαιευτικό-γυναικολογικό χώρο, αφού ελλείπει κοινών ενδείξεων ως καθολικών κριτηρίων ομαδοποίησης των καισαρικών τομών, είναι αναπόφευκτη η σύγκυση κατά την προσπάθεια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της μεθόδου, εις βάρος κατ'επέκταση της αναπαραγωγιμότητας. Δεδομένης της ασυμφωνίας των εκάστοτε χρησιμοποιούμενων ιατρικών πρωτοκόλλων, αλλά και της ποικιλομορφίας στα χαρακτηριστικά των επιτόκων που επισκέπτονται ένα μαιευτικό νοσοκομειακό χώρο, η τυπική μελέτη της πορείας των επεμβατικών τοκετών με βάση μόνο το ποσοστό επί των συνολικών τοκετών, καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής όταν πραγματοποιείται σε ευρύ δείγμα γυναικών, για παράδειγμα μεταξύ διαφορετικών ιδρυμάτων υγείας. Συνεπώς, επιδιόκοντας σε διεθνή κλίμακα την ακριβή μελέτη των παραγόντων που βρίσκονται πίσω από τη ραγδαία άνοδο του ποσοστού των επεμβατικών τοκετών σε βάρος των φυσιολογικών, προς την κατεύθυνση πάντα δημιουργίας προυποθέσεων για αντιστροφή αυτής της ανόδου, αναγκαία κρίνεται η εισαγωγή και χρήση ενός ενιαίου συστήματος παρακολούθησης, καθολικού για κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα και για οποιαδήποτε χρονική περίοδο. Ειδικότερα, ένα εύχρηστο σύστημα κατηγοριοποίησης των επιτόκων που θα επιβάλει κοινό σε παγκόσμια κλίμακα

τρόπο αξιολόγησης των ενδείξεων, φαίνεται ότι αποτελεί χρήσιμο έως και απαιτούμενο εργαλείο από τους ειδικούς όχι μόνο του μαιευτικού τομέα αλλά γενικότερα του χώρου της υγείας.

Σε αυτά τα πλαίσια, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει συστήσει εδώ και επτά περίπου έτη, το σύστημα ταξινόμησης ROBSON ονομαζόμενο και ως TGCS (TEN GROUP CLASSIFICATION SYSTEM). Προηγήθηκε διερεύνηση και σύγκρισή του με πάνω από είκοσι παρόμοια εργαλεία κατηγοριοποίησης. Πρόκειται για ένα αξιόλογο και έγκυρο εργαλείο που παρουσιάζει μεγάλο βαθμό ευκολίας κατά τη χρήση του από οποιονδήποτε ειδικό ή μη. Όπως θα αναλυθεί λεπτομερώς στη συνέχεια, κατηγοριοποιεί τις επιτόκους σε δέκα ομάδες στηριζόμενο σε έξι κλινικά δεδομένα που προκύπτουν με απλό τρόπο, χωρίς να απαιτείται ιδιαίτερο κόστος ή χρονοβόρες διαδικασίες.

7.2 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ROBSON

Κατηγοριοποιώντας το σύνολο των επιτόκων χάρη στην πληρότητα των κριτηρίων του συστήματος ταξινόμησης ROBSON, ένα μαιευτικό ιατρικό ίδρυμα προχωρεί σε: [46]

- Προσδιορισμό και αναλυτική εξέταση των κατηγοριών επιτόκων που καθίστανται πιο ευάλωτες στο ενδεχόμενο μη εφικτής ολοκλήρωσης ενός φυσιολογικού κολπικού τοκετού
- Κρίση της ουσιαστικής αναγκαιότητας των καισαρικών τομών που έχουν λάβει χώρα
- Βαθμολόγηση του παρόντος επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών και τεχνικών και συσχέτισή τους με τις επιμέρους κατηγορίες επιτόκων
- Αξιολόγηση των συγκεντρωθέντων στοιχείων και λεπτομερής ενημέρωση όλης της ομάδας των ειδικών του μαιευτικού χώρου για το ρόλο που διαδραματίζουν στη μετέπειτα προσπάθεια ελάττωσης των ποσοστών των επεμβατικών τοκετών.

7.3 ΤΡΟΠΟΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ROBSON

Το σύστημα ROBSON αποτελεί έναν ολοκληρωμένο τρόπο προγεννητικής ταξινόμησης των γυναικών πριν τον τοκετό. Οι κατηγορίες του περιλαμβάνουν όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτως του είδους του τοκετού που θα εφαρμοστεί. Με τη βοήθεια έξι κριτηρίων, επιτυγχάνεται κατάταξη σε δέκα ομάδες [46].

Τα κριτήρια σχετίζονται με:

- Τον αριθμό των εμβρύων στην παρούσα κύηση (μονήρης ή πολύδυμη κύηση)
- Την ηλικία κύησης (πριν ή μετά τις 37 εβδομάδες)
- Το σχήμα και την προβολή του εμβρύου (κεφαλική ή ισχιακή προβολή, εγκάρσιο ή Το ιστορικό αναμνηστικό προηγούμενων γεννήσεων (Πρωτοτόκος- Πολυτόκος)
- Το ιστορικό αναμνηστικό προηγούμενης καισαρικής
- Τον τρόπο έναρξης τοκετού (αυτόματος – προκλητός)
- λοξό σχήμα)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΤΑ ROBSON

Οι δέκα ομάδες κατά το σύστημα ROBSON είναι [46]

Πρωτοτόκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, ≥ 37 εβδομάδες κύησης με αυτόματη έναρξη τοκετού

Πρωτοτόκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, ≥ 37 εβδομάδες κύησης με προκλητή έναρξη τοκετού ή εκλεκτική καισαρική τομή

Πολύτοκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, ≥ 37 εβδομάδες κύησης και αυτόματη έναρξη τοκετού, χωρίς προυπάρχον ιστορικό επεμβατικού τοκετού

Πολύτοκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, ≥ 37 εβδομάδες κύησης και προκλητή έναρξη τοκετού, χωρίς προυπάρχον ιστορικό επεμβατικού τοκετού

Πολύτοκες με ιστορικό μίας τουλάχιστον παρελθούσας καισαρικής, μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, ≥ 37 εβδομάδες κύησης

Πρωτότοκες με μονήρη κύηση και ισχιακή προβολή

Πολύτοκες με μονήρη κύηση και ισχιακή προβολή, ανεξαρτήτως ιστορικού επεμβατικού τοκετού στο παρελθόν

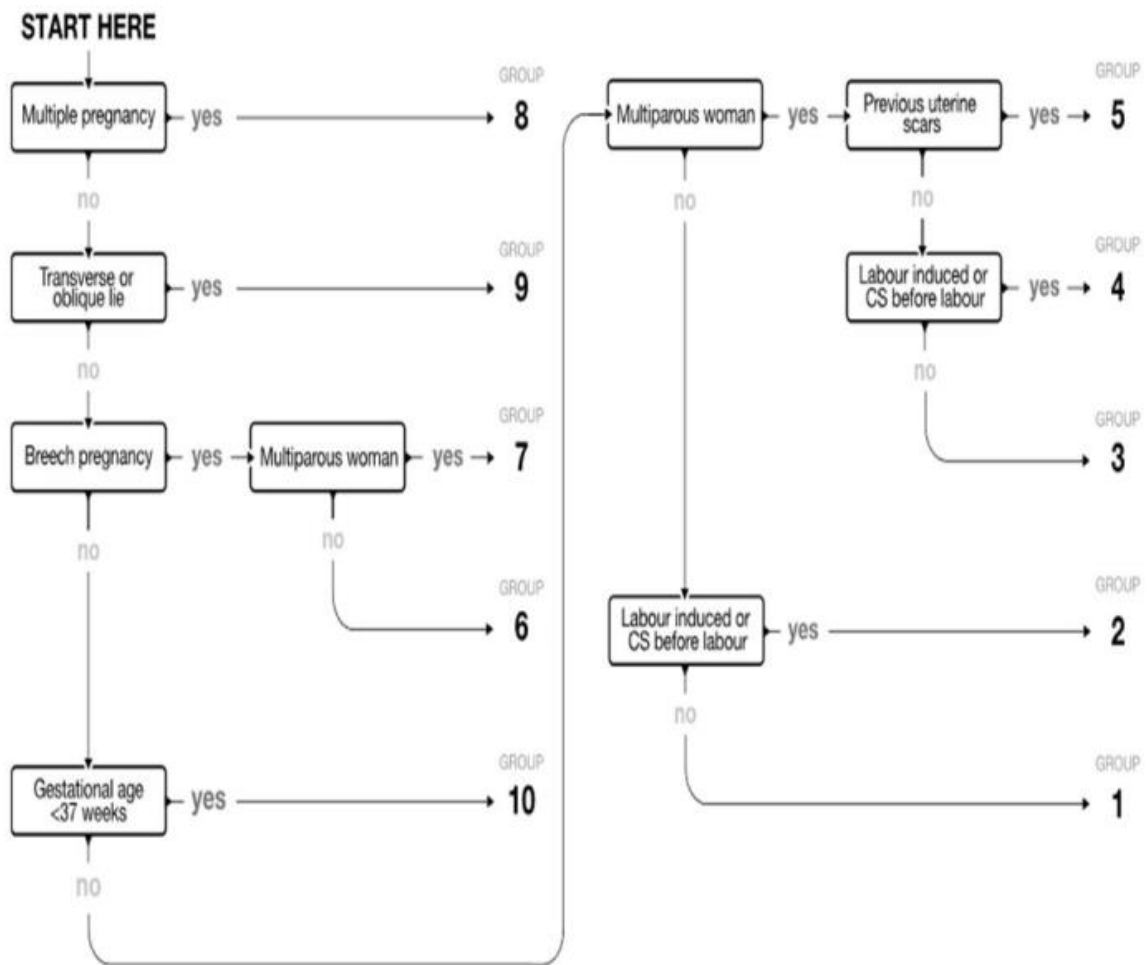
Επίτοκες με πολύδυμη κύηση ανεξαρτήτως ιστορικού επεμβατικού τοκετού στο παρελθόν

Επίτοκες με μονήρη κύηση, λοξό ή εγκάρσιο σχήμα, ανεξαρτήτως ιστορικού επεμβατικού τοκετού στο παρελθόν

Επίτοκες με μονήρη κύηση κεφαλική προβολή, ≤ 37 εβδομάδες κύησης, ανεξαρτήτως ιστορικού επεμβατικού τοκετού στο παρελθόν



ΕΙΚΟΝΑ 8: Σύστημα ROBSON (Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017)



ΕΙΚΟΝΑ 9: Διάγραμμα ταξινόμησης κατά ROBSON. (Implementation Manual. Geneva: World Health

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ

Στην παρούσα αναδρομική μελέτη έχει συγκεντρωθεί το σύνολο των επεμβατικών και φυσιολογικών τοκετών που έλαβαν χώρα στην Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική Λάρισας κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους, από τον Ιούλιο 2021 έως τον Ιούνιο 2022, ταξινομημένες ανά μήνα.

Πληθυσμός: Οκτακόσιες εξήντα έξι γυναίκες (866) αναπαραγωγικής ηλικίας. Από αυτές, οι τριακόσιες είκοσι πέντε (325) γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ενώ οι πεντακόσιες σαράντα μία (541) με καισαρική τομή στην Πανεπιστημιακή Μαιευτική -Γυναικολογική κλινική Λάρισας, κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους, από τον Ιούλιο 2021 έως τον Ιούνιο 2022

Μεθοδολογία: Για την εκπόνηση και διεκπεραίωση της μελέτης έγινε συγκέντρωση και επεξεργασία πρωτογενών δεδομένων από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα και γέννησε με φυσιολογικό τοκετό ή προχώρησε σε καισαρική τομή. Η επεξεργασία πραγματοποιήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή και βασίστηκε στο στατιστικό πρόγραμμα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να συγκεντρώσει τους συνολικούς τοκετούς που διενεργήθηκαν κατά το προαναφερθέν χρονικό διάστημα του ενός έτους στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, και να ολοκληρώσει την ανάλυσή τους με ταξινόμηση σε επεμβατικό ή φυσιολογικό κοιλιακό τοκετό. Επίσης να επισημάνει την αξία και τη χρησιμότητα του συστήματος ταξινόμησης ROBSON στην κατεύθυνση του περιορισμού των επεμβατικών τοκετών.

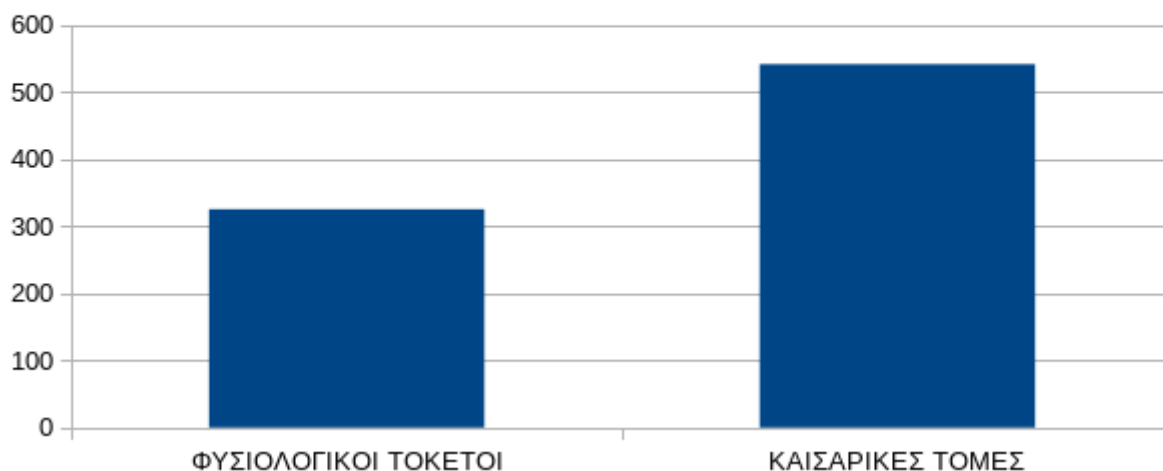
1. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΟΚΕΤΟΙ	ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ
ΙΟΥΛΙΟΣ 2021	44	64	106
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2021	40	48	88
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021	37	49	86
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021	30	46	76
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2021	22	48	70
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2021	22	42	64
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022	27	38	45
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022	16	46	62
ΜΑΡΤΙΟΣ 2022	18	39	57
ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2022	14	40	54
ΜΑΙΟΣ 2022	28	40	68
ΙΟΥΝΙΟΣ 2022	27	41	68
ΣΥΝΟΛΟ	325	541	866

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Η επιμέρους κατανομή των γεννήσεων ανά μήνα κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιος 2021 έως Ιούνιος 2022

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ

Ιούλιος 2021 - Ιούνιος 2022



ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Συγκριτική απεικόνιση της κατανομής των συνολικών γεννήσεων σε καισαρικές τομές και φυσιολογικούς τοκετούς για το χρονικό διάστημα Ιούλιος 2021 έως Ιούνιος 2022

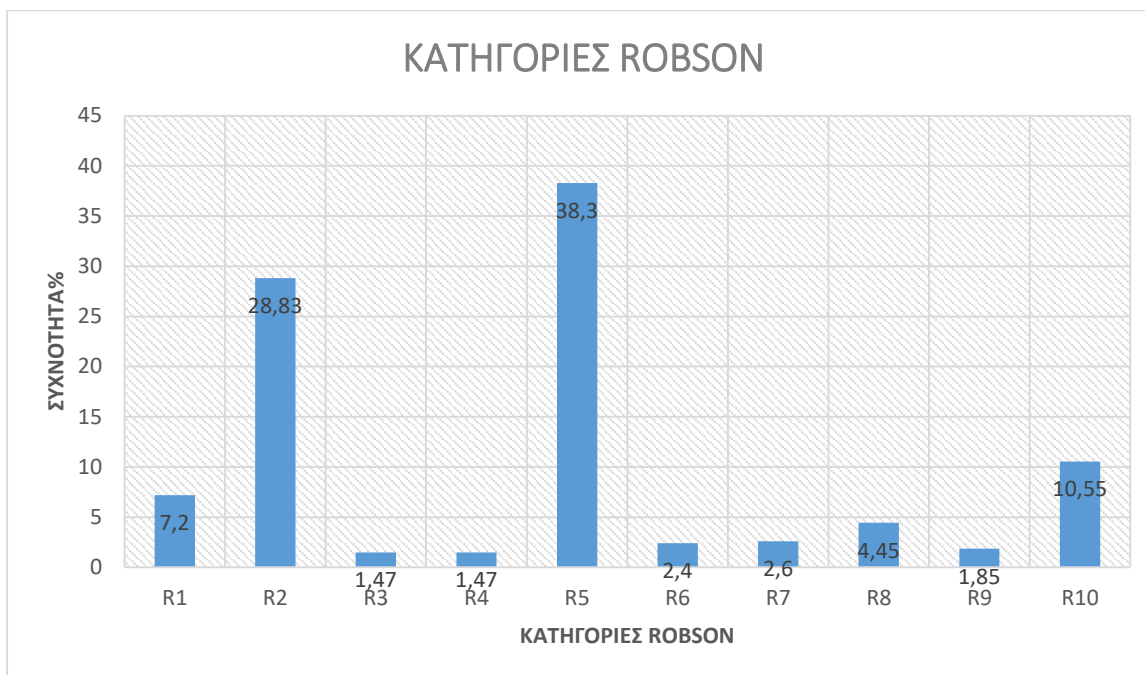
Κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου διαστήματος των δώδεκα μηνών παρατηρείται ότι οι συνολικές καισαρικές τομές (541) υπερέχουν σημαντικά έναντι των φυσιολογικών τοκετών (325), καθώς διαπιστώνεται διαφορά 216 γεννήσεων που αντιπροσωπεύει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό υπεροχής κατά 40%. Η συχνότητα δηλαδή των καισαρικών τομών κυμαίνεται σε ποσοστό 62.5% επί των συνολικών γεννήσεων σε σύγκριση με το 37.5% των φυσιολογικών τοκετών.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 7/2021-6/2022 ΚΑΤΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ROBSON

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ROBSON

ROBSON	7/2021
ROBSON 1	39 (7,2)
ROBSON 2	156 (28,83)
ROBSON 3	8 (1,47)
ROBSON 4	8 (1,47)
ROBSON 5	207 (38,3)
ROBSON 6	13 (2,4)
ROBSON 7	14 (2,6)
ROBSON 8	24 (4,45)
ROBSON 9	10 (1,85)
ROBSON 10	57 (10,55)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΚΑΤΑ ROBSON



Από τα παραπάνω γραφήματα προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα

Η κατηγορία ROBSON 5, (πολυτόκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, > 37 εβδομάδων, προηγηθείσα καισαρική τομή) έχει τη μεγαλύτερη συνεισφορά στη συνολική συχνότητα των καισαρικών τομών.

Η κατηγορία ROBSON 1, (πρωτοτόκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, > 37 εβδομάδων και αυτόματη έναρξη τοκετού παρατηρούμε πως οδηγεί σε ΚΤ σε ποσοστό 7,2%, ενώ η κατηγορία τοκετού η προγραμματισμένη ΚΤ) συνεισφέρει στο τετραπλάσιο από ότι η ROBSON 1 με ποσοστό

Η ομάδα ROBSON 3 (πολυτόκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, > 37 εβδομάδων, με αυτόματη έναρξη τοκετού, χωρίς προηγούμενη ΚΤ) εμφανίζει συχνότητα 1,47%.

Η ομάδα ROBSON 4 (πολυτόκες με μονήρη κύηση κεφαλική προβολή, > 37 εβδομάδων με προκλητή έναρξη τοκετού η προγραμματισμένη ΚΤ πριν την έναρξη τοκετού) συνεισφέρει κατά τοκετός οδηγεί κατά το πλείστον και σε ένα επόμενο.

Η ομάδα ROBSON 6 (όλες οι πρωτοτόκες με μονήρη κύηση και ισχιακή προβολή) εμφανίζει συχνότητα 2,4%.

Η ομάδα ROBSON 7 (όλες οι πολυτόκες με μονήρη κύηση και ισχιακή προβολή αλλά και οι πολυτόκες με προηγούμενη ΚΤ) εμφανίζει συχνότητα 2,6%.

Η συχνότητα της ομάδας ROBSON 8 (όλες οι γυναίκες με πολύδυμη κύηση συμπεριλαμβανομένων και αυτών με προηγηθείσα ΚΤ) ήταν 4,45%.

Η ομάδα ROBSON 9 (όλες οι γυναίκες με εγκάρσιο η λοξό σχήμα εμβρύου και αυτές με προηγηθείσα ΚΤ) εμφανίζει συχνότητα 1,85%.

Η ομάδα ROBSON 10 (όλες οι γυναίκες με μονήρη κεφαλική κύηση, < 37 εβδομάδων συμπεριλαμβανομένων και αυτών με προηγούμενη ΚΤ) παρουσιάζει συχνότητα 10,55%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μέθοδος της καισαρικής τομής αναγνωρίζεται σήμερα ως σωτήρια εναλλακτική κατά τη διαδικασία της γέννησης, με την προϋπόθεση βέβαια να συντρέχουν αμιγώς ιατρικά αίτια. Ωστόσο, δεν στερείται συνεπειών για τη μητέρα αλλά και για το νεογνό, από τη στιγμή που πρόκειται για μία καθαρά επεμβατική διαδικασία. Η ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα προτίμησής της έναντι του φυσιολογικού τοκετού προκύπτει από το υπόβαθρο του σύγχρονου τρόπου ζωής, αν ληφθούν υπόψιν οι διαφορές στην αντίληψη και την αντιμετώπιση του πόνου από τις γυναίκες σε σύγκριση με παλαιότερες εποχές καθώς και επικρατούσες πεποιθήσεις σχετικά με την αυτοδιάθεση και τη σωματική ακεραιότητα.

Ακόμη, αξιόλογη ήταν και η συμβολή της ραγδαίας προόδου των επιστημονικών γνώσεων στον τομέα της εμβρυομητρικής, αφού βελτιστοποιώντας τους τρόπους παρακολούθησης του εμβρύου, προβιβάζει σε ανώτερα επίπεδα την περιγεννητική μελέτη και τη νεογνολογία και ευνοεί τελικά στην ευρεία διάδοση της καισαρικής τομής ως μεθόδου γέννησης. Ταυτόχρονα, η εξέλιξη στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής παρέχει τη δυνατότητα επέκτασης του ορίου ηλικίας ως προς την τεκνοποίηση, συμβάλλοντας βέβαια στη σχετιζόμενη με την ηλικία επιβάρυνση της μητέρας και στην άνοδο του συνολικού αριθμού πρόωρων τοκετών και πολύδυμων κυήσεων.

Στη σύγχρονη εποχή, περισσότερο από κάθε άλλη φορά προηγουμένως, οι θεράποντες καταλήγουν ευκολότερα και γρηγορότερα στη διενέργεια καισαρικής τομής, θεωρώντας δεδομένο ότι μία επιπλοκή κατά τον τοκετό που λαμβάνει χώρα σε πιεστικές συνθήκες έχει πιθανότατα ως επακόλουθο τον καταλογισμό ιατρικής ευθύνης μέσω δικαστικής οδού.

διάστημα από Ιούλιο 2021 έως Ιούνιο 2022. Η συχνότητα των καισαρικών τομών αντιπροσωπεύει ποσοστό 62.5% των συνολικών γεννήσεων. Να σημειωθεί ότι η μαιευτική κλινική του νοσοκομείου ως τριτοβάθμιο κέντρο δέχεται περιστατικά παθολογικών κυήσεων, καθώς και περιστατικά πρόωρης έναρξης τοκετού, από νοσοκομειακά ιδρύματα της 5ης υγειονομικής Στην προηγούμενη έρευνα, πραγματοποιήθηκε καταγραφή του αριθμού των καισαρικών τομών που ολοκληρώθηκαν στο μαιευτήριο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, κατά το χρονικό περιφέρειας.

Λαμβάνοντας υπόψιν πως, η μέθοδος της καισαρικής τομής προτιμάται ως πρακτική της κλινικής σε ενδεχόμενες μετέπειτα κυήσεις, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι δύο πρώτες ομάδες ROBSON (πρωτότοκες γυναίκες χαμηλού κινδύνου) είναι οι επιδιωκόμενες στα πλαίσια της προσπάθειας ελαχιστοποίησης της συχνότητας των καισαρικών τομών.

Στο μέλλον, η προσπάθεια με στόχο την χαμηλότερη συχνότητα καισαρικών τομών επικεντρώνεται γύρω από τη λεπτομερή ενημέρωση των μητέρων για τα επιβαρυντικά επακόλουθα μιας μη επιβάλλουσας καισαρικής τομής, την ψυχολογική υποστήριξή τους με όσο το δυνατόν πιο ισχυρή καταπράυνση του πόνου του τοκετού και πιθανώς τη μετέπειτα αναθεώρηση των πρωτοκόλλων .

Ωστόσο, η υποστελέχωση των δημόσιων ειδικά ιατρικών ιδρυμάτων θέτει εμπόδια στην αποκλειστική ενασχόληση μιας μαιίας με τη μέλλουσα μητέρα, οδηγώντας σε υποβιβασμό του σαφέστατα βαρύνοντος ρόλου της μαιίας κατά τη διαδικασία του τοκετού. Η αισιόδοξη και δυναμική διαχείριση όμως της προσπάθειας του τοκετού από την επίτοκο παρουσιάζει άρρηκτη σχέση με τη φροντίδα και την καθοδήγηση που εκείνη θα λάβει τις κρίσιμες αυτές ώρες.

Τέλος, έγιναν αντιληπτά τα πλεονεκτήματα κατά τη χρήση του συστήματος ταξινόμησης ROBSON στα πλαίσια της αποτελεσματικής διαχείρισης των τοκετών από τους θεράποντες των μαιευτικού χώρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1]. FIGO statement on Caesarean Section – 23/01/2007
- [2.] World Health Organization (WHO) (1996) Maternal and Newborn Health/Safe motherhood Unit
- [3].Καθηγητής Ιωάννης Μεσσήνης, Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία, έκδοση MD communications, 2005. Σελ.391-399.
- [4] .Pieter W.J. van Dongen "Caesarean section?: etymology and early history"South African Journal of Obstetricsand Gynaecology, 2009, August.vol15,No 2:62-66
- [5]. Sewell JE. Cesarean Section –A Brief History. A Brochure to accompany the History of Cesarean Section at the National Library of Medicine. www.nlm.nih.gov.
- [6].Peleg D, Burke YZ, Solt I, Fisher M. The History of the Low TransverseCesarean Section: The Pivotal Role of Munro Kerr. Isr Med Assoc J. 2018May;5(20):316-319. Review.
- [7]. WHO. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Aug 24;2(8452):436-7.
- [8].(WHO, UN-FPA, UNICEF, Mailman School of Public Health AMDD.MonitoringEmergency Obstetric Care: A Hand-book. Geneva: WHO, 2009).
- [9]. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO statement on cesarean sectionrates.WHO,Geneva,2015,Available.at:apps.who.int/iris/bitstream/.../WHO_RHR_15.02_en g.pdf
- [10]. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gulmezoglu AM for the WHO Working Group on Caesarean Section*. WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG 2016;123:667–670

- [11]. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015; 12 57
- [12]. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015; 314: 2263–70
- [13]. Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, et al. Euro-Parastate Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG* 2016; 123: 559– 68.
- [14]. Mathai M. How useful are national caesarean section rates for monitoring quality of perinatal care? *BJOG*. 2016 Mar;123(4):569.
- [15]. Quinn MJ. Re: Wide differences in mode of delivery between countries in Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study: Caesarean section rates are the WRONG target. *BJOG*. 2016 Dec;123(13):2230-2231
- [16]. Hellerstein S, Feldman S, Duan T. China's 50% caesarean delivery rate: is it too high? *BJOG* 2015;122:160–165.
- [17]. Cavallaro FL, Cresswell JA ,Ronsmans C ,Obstetricians' opinions of the optimal caesarean rate: a global survey. *PLoS One*. 2016; 11: e0152779
- [18]. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J ,Gülmezoglu AM ,Torloni MR The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*. 2016; 11: e0148343: 5719. Boerma T ,Ronsmans C ,Barros AJ ,et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections *Lancet* 2018; 392: 1341–48
- [20]. OECD (2019), "Caesarean sections" (indicator), <https://doi.org/10.1787/adc3c39f-en> (accessed on 02 October 2019). OECD (2017), "Caesarean sections", in *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-66-en

[21]. Strengthening capacity for universal coverage-SCUC-Greece/phase 2/Κκείμενο πολιτικής/ #10/Μείωση της αυξημένης τάσης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα #10 | Νοέμβριος 2016

[22].Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία .ΕΜΓΕ. Κατευθυντήρια οδηγία Νο 12 Καισαρική τομή Μάρτιος 2014

[23].National Institute for Health and Care Excellence NICE Guidance and guidelines Caesarean section Clinical guideline [CG132] Published date: November 2011 Last updated: September 2019

Μαιευτική και Γυναικολογία, 7 η Αγγλική Έκδοση – 1 η Ελληνική Έκδοση, Α.Δαπόντε, Επιμέλεια. Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις, 2018

[25] .Reif P, Brezinka C, Fischer T, Husslein P, Lang U, Ramoni A, Zeisler H, Klaritsch P. Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section: Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG). Geburtshilfe Frauenheilkd. 2016 Dec;76(12):1279-1286.

[26]. Cesarean delivery on maternal request. ACOG Committee Opinion No. 761 American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2019;133:e73– 7.

[27]. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery:whose risks? Whose benefits? Am J Perinatol. 2012 Jan;29(1):7-18.

[28]. Jane Sandall, Rachel M Tribe, Lisa Avery, Glen Mola, Gerard HA Visser, Caroline SE Homer, Deena Gibbons, Niamh M Kelly, Holly Powell Kennedy, Hussein Kidanto, Paul Taylor, Marleen Temmerman The Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children Lancet Volume 392ISSUE 10155, P1349-1357: October 13, 2018

[29]. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ. 2007 Feb 13;176(4):455-60.

[30]. Mylonas, Ioannis, and Klaus Friese. "Indications for and Risks of Elective Cesarean Section." *Deutsches Arzteblatt international* vol. 112,29-30 (2015): 489-95. doi:10.3238/arztebl.2015.0489

[31]. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2018 Jan 23;15(1):e1002494.

[32]. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226–1232

[33]. Kristensen, Kim et al. Cesarean section and disease associated with immune function *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Volume 137, Issue 2, 587 - 590 FEBRUARY 2016

[34]. Stokholm, Jakob et al. Cesarean section changes neonatal gut colonization *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Volume 138, Issue 3, 881 – 889.e2 September 2016

[35]. ACOG Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists.* *Obstet Gynecol* 2014;123:693–711. (Reaffirmed 2019)

[36]. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise-Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PloS One.* 2019;14(1):e0210655. Published 2019 Jan 24. doi:10.1371/journal.pone.0210655

[37]. Pilar Betrán A Temmerman M Kingdon C et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet.* 2018; 392: 1358-1368

[38]. O'Donovan, C, O'Donovan, J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth.* 2018; 45: 109- 119. <https://doi.org/10.1111/birt.12319>

[39].Eide KT, Morken NH, Bærøe K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):102. Published 2019 Mar 29. doi:10.1186/s12884-019-2250-6

[40]. Adhikari K, McNeil DA, McDonald S, Patel AB, Metcalfe A. Differences in caesarean rates across women's socio-economic status by diverse obstetric indications: Cross-sectional study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2018Jul;32(4):309- 317. doi: 10.1111/ppe.12484. Epub 2018 Jul 5. PubMed PMID:29975426.

[41].Haylee Fox, Emily Callander, Daniel Lindsay and Stephanie Topp Evidence of overuse? Patterns of obstetric interventions during labour and birth among Australian mothers *BMC Pregnancy and Childbirth*(Vol. 19, Issue 1). July 4, 2019

[42]. Habiba M, Kaminski M, Da Fre ` M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006; 113:647–656.

[43]. Johnson C.T., Choubey V., Satin A.J., Werner E.F. Malpractice and obstetric practice: The correlation of malpractice premiums to rates of vaginal and cesarean delivery(2016) *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, APRIL 2016 214 (4) , pp. 545-546

[44] FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic Gerard H A Visser, Diogo Ayres-de-Campos, Eytan R Barnea, Luc de Bernis, Gian Carlo Di Renzo, Maria Fernanda Escobar Vidarte,et al .*The Lancet* Published: October 13, 2018 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32113-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32113-5)

[45].European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG), EBCOG position statement caesarean section in Europe,*EurJObstetGynecol*(2017),<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.018>

[46].Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. License: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.Cataloguing-in-P

u

