



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ

ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ Κ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Τίτλος πτυχιακής:

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

ΝΤΑΡΑ ΑΘΗΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ : ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

1173

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εξετάζει το φαινόμενο της αύξησης των καισαρικών τομών τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Αρχικά παρατίθενται ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η καισαρική τομή, μια μικρής ιστορική αναδρομή, οι επιδράσεις μπορεί να έχει στην υγεία τόσο της μητέρας όσο και του βρέφους καθώς και οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην επιλογή αυτής της μεθόδου έναντι του φυσιολογικού τοκετού. Στη συνέχεια, αφού παρουσιάζεται με αναλυτικά στοιχεία το γεγονός ότι ο αριθμός των καισαρικών τομών έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες του κόσμου, γίνεται μια αναφορά στους κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους που μπορεί να οδηγήσουν στη λήψη αυτής της απόφασης και πότε η απόφαση αυτή λαμβάνεται από την ίδια τη μητέρα ή από τον ιατρό. Τέλος, παρατίθενται προτάσεις για τον περιορισμό του φαινομένου και την επιλογή του φυσιολογικού τοκετού ακόμα και αν έχει προηγηθεί μια καισαρική τομή, όπου φυσικά αυτό είναι δυνατό.

Abstract

This paper examines the phenomenon of rising caesarean sections both in Greece and internationally. Originally given the way in which the cesarean section, a brief history, the effects may have on the health of both the mother and the baby as well as the factors that may lead to the choice of this method compared to vaginal delivery. Then, once presented with details of the fact that the number of caesarean sections has increased significantly in recent years both in Greece and in other countries around the world, is a reference to the social and economic reasons that can lead to this decision and when the decision is made by the same mother or the doctor. Finally, recommendations are given to reduce the phenomenon and the choice of natural childbirth even if a prior cesarean section, when of course it is possible.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ1.....	σ 8
Ιστορική Αναδρομή	
1.1. Η Καισαρική τομή κατά την αρχαιότητα	σ 8
1.2 Η Καισαρική τομή κατά τον 19 ^ο αι.	σ 8
1.3 Η Καισαρική Τομή κατά τον 20 ^ο αι.	σ 10
1.4 Η Καισαρική τομή κατά τα νεότερα χρόνια	σ 13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	σ 16
Η ιατρική πράξη και οι επιπτώσεις στην υγεία	
2.1 Τι είναι η Καισαρική τομή	σ 16
2.2 Ενδείξεις πριν την Καισαρική τομή	σ 16
2.2.1 Ενδείξεις από πλευράς παιδιού	σ 17
2.2.2 Ενδείξεις από πλευράς μητέρας	σ 17
2.2.3 Μικτές (μητρικές κ εμβρυικές ενδείξεις)	σ 18
2.3 Τεχνικές μέθοδοι Καισαρικής τομής	σ 18
2.4 Επιπτώσεις στο παιδί που γεννιέται	σ 19
2.4.1 Καισαρική τομή κ Νεογνική θνησιμότητα	σ 19
2.4.2 Καισαρική τομή κ Αναπνευστικά προβλήματα	σ 19
2.4.3 Άλλες άμεσες επιπτώσεις στο νεογέννητο	σ 20
2.4.4 Καισαρική τομή κ μακροπρόθεσμη υγεία του παιδιού	σ 21
2.4.5 Καισαρική τομή κ τροφική αλλεργία	σ 21
2.4.6 Καισαρική τομή άσθμα, συριγμός κ αλλεργική ρινίτιδα	σ 22
2.4.7 Καισαρική τομή κ σακχαρώδης διαβήτης	σ 23

2.4.8 Καισαρική τομή κ δυσανεξία στη γλουτένη	σ 23
2.4.9 Καισαρική τομή κ παιδική παχυσαρκία	σ 23
2.4.10 Καισαρική τομή κ επίτευξη μητρικού θηλασμού	σ 24
2.5 Πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας	σ 26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	σ 28
Παράγοντες που οδηγούν στην επιλογή της Κ.Τ	
3.1 Ιατρικοί Παράγοντες	σ 28
3.1.1 Ισχιακή προβολή	σ 28
3.1.2 Πολύδυμος κύηση	σ 28
3.1.3 Πρόωρος τοκετός	σ 28
3.1.4 Νεογνά μικρά για την ηλικία κύησης	σ 29
3.1.5 Προδρομικός πλακούντας	σ 29
3.1.6 Ανώμαλη πρόσφυση πλακούντος	σ 29
3.1.7 Πρόβλεψη περί κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας σε επικείμενο τοκετό σ 30	
3.1.8 Πρόληψη κάθετης μετάδοσης λοιμώξεων της μητέρας στο νεογνό κατά τον τοκετό	σ 30
3.2 Κοινωνικοί Παράγοντες	σ 31
3.2.1 Επιθυμία της επιτόκου	σ 31
3.2.2 Αμυντική Ιατρική	σ 32
3.2.3 Ευκολία προγραμματισμού	σ 33
3.2.4 Ηλικία της εγκύου	σ 33
3.2.5 Τεχνητή γονιμοποίηση	σ 33
3.2.6 Οικονομικά κίνητρα	σ 33
3.2.7 Βελτίωση της τεχνολογίας	σ 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	σ 35
Συχνότητα της Κ.Τ	
4.1 Η συχνότητα της Κ.Τ διεθνώς κ στην Ελλάδα	σ 35
4.2 Γενικά επιδημιολογικά / Στατιστικά στοιχεία	σ 36
4.3 Γιατί στην Ελλάδα τα νούμερα έχουν ξεφύγει	σ 39
4.4 Δημοσίευση το 2013 του ΟΟΣΑ για την ανασκόπηση της κατάστασης των χωρών μελών	σ 42
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σ 46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σ 49

Εισαγωγή

Η σχέση της μητέρας με το παιδί δεν αρχίζει μόνο τη στιγμή της γέννησης του, είναι δεδομένο ότι ξεκινά από την ενδομήτριο ζωή, με τα διάφορα στάδια που το έμβρυο εξελίσσεται. Οι καταβολές, οικογενειακές, ψυχικές και σωματικές παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση μιας κύησης και στην ανάπτυξη δεσμών με το έμβρυο στην αρχή, και το νεογνό στη συνέχεια. Η καλή ψυχική και σωματική κατάσταση, παίζουν σημαντικό ρόλο στην καλή πορεία της κύησης και του τοκετού αλλά και της λοχείας. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό στην έγκυο γυναίκα, αλλά και στο περιβάλλον της, ότι η κύηση είναι ένα φυσιολογικό γεγονός, μια φυσιολογική κατάσταση.

Η φυσιολογική αυτή κατάσταση, όπως είναι αναμενόμενο οδηγεί σε ένα φυσιολογικό τοκετό. Τα τελευταία χρόνια όμως παρατηρούμε μια σημαντική αύξηση στον αριθμό των καισαρικών τομών, Ποιοι μπορεί να είναι οι λόγοι οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν μια μέλλουσα μητέρα και το γιατρό της στην απόφαση να προχωρήσουν σε καισαρική τομή, η οποία αποτελεί ουσιαστικά μια κανονική επέμβαση και ποιες είναι οι επιπτώσεις που μπορεί αυτή να έχει;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1. Η καισαρική τομή κατά την αρχαιότητα

Ο όρος «καισαρική τομή», που προέρχεται ετυμολογικά από το ρήμα caedere (κόπτω), πρωτοαναφέρεται στο ρωμαϊκό νόμο του 715 π.Χ. του Νουμά Πομπήλιου (Lex regia ή caesarea), όπου διατασσόταν η διάσωση του εμβρύου πριν από την ταφή κάθε εγκύου που πέθαινε ενώ βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Ιστορικά αναφέρεται ότι από τον Boley στη Σικελία το 508 π.Χ. διασώθηκε το πρώτο έμβρυο μετά από καισαρική τομή. Η άποψη ότι ο Ιούλιος Καίσαρας γεννήθηκε μετά από καισαρική τομή και ότι από αυτόν προέρχεται ο όρος, δεν ευσταθεί λόγω του ότι η μητέρα του ήταν εν ζωή όταν εκείνος εισέβαλλε στη Βρετανία, κάτι το οποίο διαφαίνεται ακατόρθωτο, το να επιζήσει μια γυναίκα μετά από καισαρική τομή την εποχή εκείνη (Τζεβελέκης, Παπαδόπουλος, Τσαλίκης, Σταματόπουλος, 2008).

1.2. Η Καισαρική τομή κατά τον 19^ο αιώνα

Η πρώτη ιστορικά αποδεδειγμένη καισαρική τομή σε ζωντανή γυναίκα πραγματοποιήθηκε το 1610 στη Βιττεμβέργη από τον Jeremias Trautmann, όπου το έμβρυο επέζησε ενώ η μητέρα πέθανε 25 ημέρες αργότερα από σηπτική καταπληξία.

Στην περίοδο του 19ου αιώνα, η καισαρική τομή εμφανίζεται να εκτελείται συστηματικά παρά την υψηλή μητρική θνησιμότητα που κυμαινόταν σε ποσοστό 50% έως 85%. Η πρώτη επιτυχημένη καισαρική τομή στις Η.Π.Α αποδίδεται στον Jesse Bennett στο Staunton της Virginia ο οποίος φέρεται ότι έκανε καισαρική στη γυναίκα του μαζί με ωθηκεκτομή, την εποχή που ζούσαν στη Βιρτζίνια. Πάντως, η πρώτη επίσημα καταγεγραμμένη καισαρική αποδίδεται στον ιατρό John Lambret Richmond από τη Μασαχουσέτη. Η καισαρική έγινε στις 22 Απριλίου 1827 σε πρωτότοκο με εκλαμψία. Η μητέρα σώθηκε αλλά προφανώς το παιδί χάθηκε.

Τα πρώτα 75 χρόνια του 19ου αιώνα, η καισαρική τομή εκτελούνταν στην Ευρώπη με υψηλή μητρική θνησιμότητα. Το 1844 ο Δανός Kayser παρουσίασε μια στατιστική ανάλυση με μητρική θνησιμότητα 54% σε 1605 περιπτώσεις της μέχρι τότε βιβλιογραφίας. Στις ΗΠΑ σε 80 περιπτώσεις μέχρι το 1878, η θνησιμότητα ανερχόταν στο 52,5% (Μανταλενάκης, 205).

Στις πρώτες καισαρικές τομές που πραγματοποιήθηκαν δεν υπήρξε συρραφή της μήτρας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημεία σηψαιμίας στις γυναίκες που είχαν ήδη επιζήσει από την αθρόα αιμορραγία, λόγω της μη συρραφής του τοιχώματος της μήτρας (Μανταλενάκης, 2005). Δύο χειρουργικές τεχνικές, η πρώτη το 1876 από τον Porro και η δεύτερη το 1886 από τον Sänger, συνέβαλλαν στη σημαντική μείωση της μητρικής θνησιμότητας.

Το 1876, ο Ιταλός Eduardo Porro (1842-1902) συνιστά την εξαίρεση του σώματος της μήτρας και των εξαρτημάτων κατά την εκτέλεση της καισαρικής. Η επέμβαση αυτή είχε ως κύριο στόχο τον έλεγχο της γενικευμένης λοίμωξης και της αιμορραγίας. Στις 21 Μαΐου 1876, ο Porro στην Pavia της Ιταλίας εκτελεί την εγχείρηση με ακρίβεια και ταχύτητα ολοκληρώνοντάς την σε 26 λεπτά. Κατά την εγχείρηση αυτή, επιβίωσαν μητέρα και νεογέννητο. Μέχρι τότε στην πόλη αυτή δεν είχε επιβιώσει καμία επίτοκος μετά από καισαρική. Η πρώτη επιτυχής εγχείρηση Porro στις ΗΠΑ, έγινε από τον Elliot Richardson το 1891. Στα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της, η εγχείρηση Porro είχε θνησιμότητα έως 15%. Η εγχείρηση αυτή μετά την αρχική της διάδοση πραγματοποιούνταν σε συνεχώς μειωμένα ποσοστά μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα (Μανταλενάκης, 2008).

Έκτοτε και μέχρι σήμερα, η επέμβαση εφαρμόζεται κυρίως για να ελεγχθεί μια αιμορραγία μετά από καισαρική ή μαιευτική επέμβαση, εφόσον δεν υπάρχει ρήξη ή κάκωση στον τράχηλο της μήτρας. Κατά κανόνα τα τελευταία χρόνια στην επείγουσα μαιευτική δεν εξαιρούνται τα εξαρτήματα, παρά μόνο το σώμα της μήτρας. Αναμφισβήτητα, η εγχείρηση κατά Porro αποτέλεσε έναν ακρογωνιαίο λίθο στην πορεία της καισαρικής τομής, σηματοδοτώντας μια καινούργια εποχή στη διαχρονική της εξέλιξη (Μανταλενάκης, 2008).

Το 1882 ο Max Sänger (1853-1903) συνιστά η τομή της μήτρας να γίνεται χαμηλότερα και η συρραφή του μητριάου τραύματος κατά την καισαρική να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Ο Max Sänger τονίζει τη μεγάλη σημασία της σύγκλεισης του χειρουργικού τραύματος της μήτρας σε δύο στρώματα και την αποφυγή της συρραφής του

φθαρτού με το μυϊκό στρώμα πριν από τη σύγκλειση των κοιλιακών ανατομικών δομών. Στα σύγχρονα χειρουργικά χρονικά η επέμβαση κατά Sanger ονομάζεται ως η «κλασική καισαρική τομή» (Τζεβελέκης, Παπαδόπουλος, Τσαλίκης, Σταματοπούλος, 2008).

Παράλληλα με τον Sanger, νας λλος Γερμανός, ο Ferdinands Adolf Kehrer (1837-1914), καθηγητής στη Heidelberg, το 1882 είχε εισηγηθεί τη βελτίωση της καισαρικής. Επίσης, ο Kehrer συνιστούσε τη συρραφή του τραύματος σε δύο στρώματα χωρίς μως να λαμβάνει υπόψη τον φθαρτό.

Η συμβολή του Sanger στη βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής της καισαρικής ήταν ιδιαίτερα σημαντική. Υπήρξε ανανεωτικός χειρουργός και τσι πέτυχε να προσθέσει μια καινούργια σελίδα στην ιστορία της τεχνικής εξέλιξης της επέμβασης.

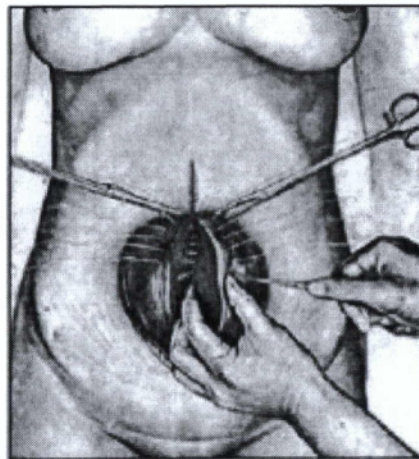
Ένας λλος Γερμανός, επίσης από τη Leipzig, ο καθηγητής Christian Gerhard Leopold (1846-1912), γνωστός από τους μαιευτικούς χειρισμούς που φέρουν το νομά του, προτείνει βελτίωση της τεχνικής χρησιμοποιώντας για τη συρραφή του ορογόνου μετάξι. Επίσης, στην Αγγλία από το 1865 είχε ανακοινωθεί η συρραφή του μητρηαίου τραύματος με μετάξινα ράμματα από το γνωστό χειρουργό Thomas Spencer Wells (1818-1897) (Μανταλενάκης, 2008).

1.3. Η Καισαρική τομή κατά τον 20^ο αιώνα

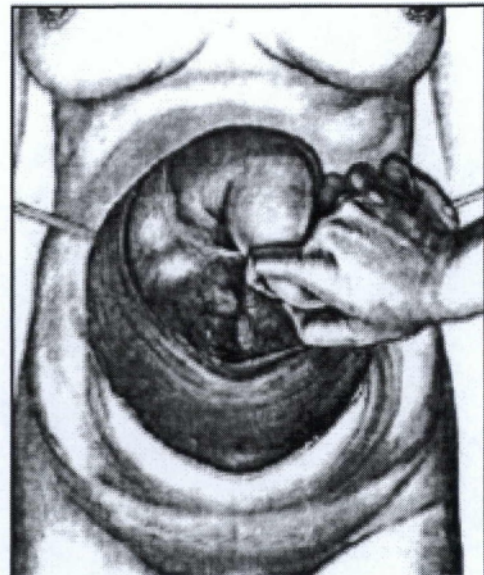
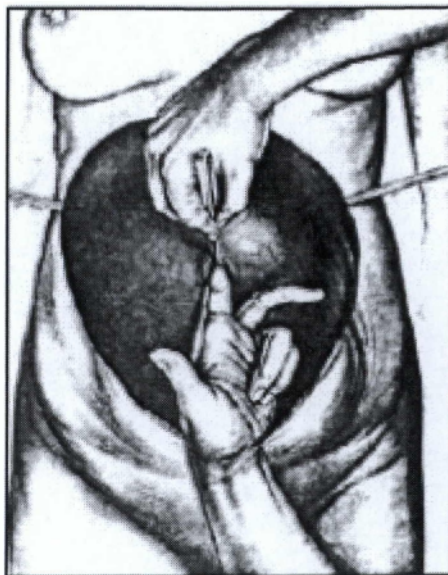
Το τέλος του 19ου αιώνα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η εποχή που τέθηκαν οι επιστημονικές βάσεις της χειρουργικής τεχνικής για την πιο ασφαλή διεξαγωγή της επέμβασης. Παρά τη σημαντική προσφορά του Sanger, του Kehrer και λλων συγχρόνων τους γυναικολόγων, η θνητότητα από την καισαρική εξακολούθησε να είναι υψηλή από περιτονίτιδα, κυρίως στις περιπτώσεις που προϋπήρχε παρατεταμένη δοκιμασία τοκετού.

Μια λλη προσπάθεια για να αποφευχθεί η επιμόλυνση του περιτοναίου, ήταν η εφαρμογή της εξωπεριτοναϊκής καισαρικής τομής. Ήδη από το 1824, ο Αμερικανός χειρουργός Philip Syng Physick (1768-1837), είχε προτείνει την εξωπεριτοναϊκή διεξαγωγή της επέμβασης της καισαρικής τομής. Ο Physick ήταν γνωστός γενικότερα για τις ανανεωτικές του τάσεις στη χειρουργική, μως η σκέψη του έγινε πραγματικότητα μόλις στις αρχές του 20ου αιώνα.

Στην κλασική καισαρική τομή στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, γινόταν μια μεγάλη κάθετη τομή, τέσσερα δάκτυλα πάνω από την ηβική σύμφυση σχεδόν μέχρι τη ξιφοειδή απόφυση και ακολουθούσε εξωτερίκευση της μήτρας. Μετά, γινόταν μεγάλη τομή από το κατώτερο τμήμα σχεδόν μέχρι τον πυθμένα της μήτρας (εικόνα 1). Στη συνέχεια, ο χειρουργός έβγαζε από τη μήτρα το έμβρυο (εικόνα 2) και μετά ακολουθούσε η εξαγωγή του πλακούντα και ακολουθούσε η συρραφή της μήτρας με διακεκομμένα ράμματα μετάξινα ή μετά την εισαγωγή της χρήσεως των ζωικών ραμμάτων, με ζωικά ράμματα (εικόνα 3).



Εικόνα 1: Κλασική καισαρική τομή. Συρραφή τραύματος



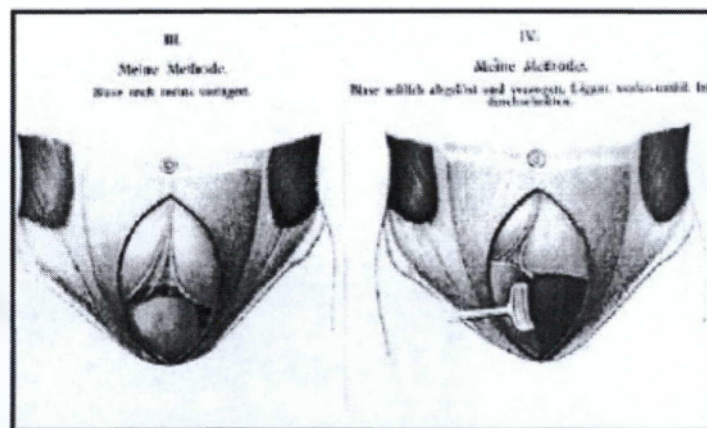
Εικόνα 1: Κλασσική καισαρική τομή

διάνοιξη μήτρας

Εικόνα 3: Κλασσική καισαρική τομή

εξαγωγή εμβρύου

Ο Wilhelm Latzko (1863-1945), ανακοινώνει το 1909 τριάντα επιτυχείς περιπτώσεις εξωπεριτοναϊκής καισαρικής τομής με μόνο δύο θανάτους. Ο τίτλος της δημοσίευσης ήταν, «Για την εξωπεριτοναϊκή καισαρική, η ιστορία της, η τεχνική της και οι ενδείξεις της». Στη δημοσίευσή του παρουσιάζει σχηματικά την εγχειρητική τεχνική (εικόνα 4).



Εικόνα 12. Εξωπεριτοναϊκή καισαρική Latzko, 1909.

Εικόνα

Η εξωπεριτοναϊκή καισαρική εμφανίζεται ως εναλλακτική λύση για την αντιμετώπιση της γενικευμένης φλεγμονής, αλλά παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες που απαιτούν εγχειρητική δεξιοτεχνία. Τις περισσότερες φορές παύει αναπόφευκτα να είναι εξωπεριτοναϊκή λόγω των χειρισμών για την εξαγωγή του εμβρύου. Η αποκόλληση της ουροδόχου κύστης από τον τράχηλο είναι τεχνικά δύσκολη και προκαλεί αιμορραγίες που επιβαρύνουν την πρόγνωση της εγχείρησης, αλλά και η εκτεταμένη αποκόλληση της ουροδόχου κύστης έχει ως συνέπεια, λόγω της διακοπής της αιματικής τροφοδοσίας, την πρόκληση συριγγίων. Έτσι, ο μετεγχειρητικός απολογισμός της εξωπεριτοναϊκής καισαρικής δεν ήταν καλύτερος από την κλασική καισαρική μετά τη συρραφή του εγχειρητικού τραύματος της μήτρας.

Ο John Martin Munro Kerr (1868-1960) το 1926, εφαρμόζει την εγκάρσια χαμηλή καισαρική τομή, χωρίς όμως να κόψει την κυστεομητρική πτυχή και να κατασπάσει την ουροδόχο κύστη. Ο Kerr έδωσε μεγάλη ώθηση στην εγχειρητική μαιευτική. Γεννήθηκε στη Γλασκόβη και έδρασε επιστημονικά εκεί. Μετά από εκπαίδευση στο Βερολίνο, το Δουβλίνο και τη Βιέννη, έγινε το 1927 καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της γενέτειράς του.

Εκείνος όμως που μας κληροδότησε τη σύγχρονη καισαρική τομή ήταν ο L.K. Phaneuf από τη Βοστώνη των ΗΠΑ (1927). Ο Phaneuf επεκτείνοντας την αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής, που είχε πρωτοποριακά εισάγει ο Kröning, εφαρμόζει την πραγματικά χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή στο τμήμα όπου έχει αποκολληθεί η κύστη. Επικαλύπτει το συρραμμένο χειρουργικό τραύμα με ορογόνο με τη συρραφή της κυστεομητρικής πτυχής. Ο τύπος αυτός της καισαρικής έχει επικρατήσει διεθνώς (Μανταλενάκης, 2008).

1.4. Η Καισαρική τομή κατά τα νεότερα χρόνια

Τα τελευταία 20 χρόνια παρατηρείται μια αύξηση των καισαρικών τομών σε ποσοστό περίπου 30%, που πιθανώς οφείλεται στην αποφυγή της εφαρμογής εμβρυολικών και κοιλιακών τοκετών σε ισχιακή προβολή, στη συμβολή της καρδιοτοκογραφίας στη μαιευτική, στην ανίχνευση και καταγραφή παθολογικών εμβρυϊκών καρδιακών ρυθμών κατά τη διάρκεια του τοκετού και τέλος, στην αντίληψη που επικρατεί σε γυναίκες με καισαρική τομή να γεννήσουν και τα επόμενα παιδιά τους με την ίδια μέθοδο.

Η μητρική θνησιμότητα μετά από καισαρική τομή κυμαίνεται από 4 έως 8 στις 10.000 γεννήσεις. Η καισαρική τομή προτείνεται ανεπιφύλακτα για την ασφαλέστερη γέννηση των εμβρύων σε περιπτώσεις δυστοκίας. Οι κυριότερες ενδείξεις για την πραγματοποίηση καισαρικής τομής διαχωρίζονται σε αυτές που απειλείται η ζωή της μητέρας, όπως ο επιπωματικός προδρομικός πλακούντας, η ρήξη της μήτρας, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και η προεκλαμψία – εκλαμψία και σε εκείνες που απειλείται η ζωή του παιδιού, όπως η ενδομήτρια ασφυξία όπου δεν είναι δυνατή η περάτωση του κοιλιακού τοκετού με τη χρήση εμβρυολογίας, η ανώμαλη προβολή και η πρόπτωση του ομφαλίου λώρου, η πολύδυμη κύηση. Στις προληπτικές ενδείξεις από πλευράς της μητέρας ανήκουν ο σακχαρώδης διαβήτης, η ερυθροβλάστωση, η παράταση του α' σταδίου

τοκετού, η ύπαρξη παλαιότερης τομής επί της μήτρας και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (εφόσον διαγνωστεί διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σε ηλικία κύησης ίσης ή μεγαλύτερης των 28 εβδομάδων και πρέπει να συνοδεύεται από οριστική θεραπεία της νόσου μετά την καισαρική τομή).

Κατά τη διάρκεια μιας καισαρικής τομής και, εφόσον κριθεί σκόπιμο, μπορούν να πραγματοποιηθούν και άλλες χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η σκωληκοειδεκτομή, η ινομυωματεκτομή ή η απολίνωση των σαλπίνγων, που είναι και η πιο συχνή (American College of Obstetricians and Gynaecologists , 2000). Όσον αφορά στην προτεινόμενη αναισθησία σε μια προγραμματισμένη καισαρική τομή διαφαίνεται ότι αυτή είναι η ραχιαία ή αλλιώς ο υπαραχνοειδής αποκλεισμός λόγω της άμεσης αναλγητικής της δράσης, της ελάχιστης επιβάρυνσης του εμβρύου από το αναισθητικό φάρμακο μέσω της αιματικής οδού της μητέρας, ενώ η μέθοδος παρέχει ευκολία και ταχύτητα στην εφαρμογή της προκαλώντας αξιόπιστη και βαθιά αναλγησία.

Τα κυριότερα μειονεκτήματα της ραχιαίας αναισθησίας είναι η εμφάνιση υποτασικών επεισοδίων και το αίσθημα ναυτίας συνοδευόμενο από εμέτους, λόγω της μη αντιρροπούμενης διέγερσης των παρασυμπαθητικών κλάδων που νευρώνουν τον γαστρεντερικό σωλήνα. Οι αντενδείξεις για την εφαρμογή της ραχιαίας αναισθησίας στην καισαρική τομή είναι η άρνηση της επιτόκου, η μεθαιμορραγική καταπληξία, το ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων της επιτόκου και η δυσπραγία του εμβρύου. Σε αντίθεση με την επισκληρίδιο αναισθησία ή τον οσφυϊκό επισκληρίδιο αποκλεισμό, υπάρχει μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης κεφαλαλγίας (1-2%), ενώ ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος βαριάς υπότασης από τον αποκλεισμό των συμπαθητικών ινών και της πτώσης της αγγειακής αντίστασης σε συνδυασμό με τη φλεβική στάση στην επίτοκο.

Στην εφαρμογή της επισκληρίδιου αναισθησίας, ως κυριότερο πλεονέκτημα διαφαίνεται ο καλύτερος έλεγχος του αναλγητικού-αναισθητικού επιπέδου δια μέσου του καθετήρα, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται η αύξηση της ποσότητας των τοπικών αναισθητικών στις περιπτώσεις που απαιτείται. Ως αντενδείξεις εφαρμογής της επισκληρίδιου αναισθησίας κρίνονται η άρνηση της επιτόκου, το ιστορικό νευρολογικών και αιματολογικών νοσημάτων, οι διαταραχές πήκτικότητας του αίματος ή η λήψη αντιπηκτικής αγωγής και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.

Σε περιπτώσεις επείγουσας καισαρικής τομής, η γενική αναισθησία είναι η κύρια μέθοδος εκλογής παρά το υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών που εγκυμονεί σε σχέση με την περιοχική αναισθησία, όπως ο κίνδυνος εισρόφησης, ο τραυματισμός λόγω εργώδους λαρυγγοσκόπησης και διασωλήνωσης, ο αναπόφευκτος υποαερισμός της εγκύου σε περιπτώσεις αποτυχημένης διασωλήνωσης και η καταστολή του εμβρύου που συνοδεύεται από μείωση των αντανεκλαστικών του σε περιπτώσεις καθυστερημένης εξόδου του εμβρύου. Από τη στιγμή που θα αποφασισθεί η εφαρμογή της γενικής αναισθησίας πρέπει να υπάρχει συνεχής και άμεση συνεργασία του μαιευτήρα και του αναισθησιολόγου, ενώ η εισαγωγή στην αναισθησία μέχρι την έξοδο του εμβρύου πρέπει να πραγματοποιείται εντός μέσου χρονικού διαστήματος 16-18 λεπτών, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα διαστήματα για την υπαραχνοειδή και την επισκληρίδιο αναισθησία που κυμαίνονται μεταξύ 7-17 και 39-41 λεπτών, αντίστοιχα.

Η βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής, η εξέλιξη της αναισθησίας, η δυνατότητα μετάγγισης αίματος, η ανακάλυψη των αντιβιοτικών και η εφαρμογή της χημειοθεραπείας, ελάττωσαν δραστικά τη θνησιμότητα της καισαρικής τομής ενώ οι ενδείξεις της επεκτάθηκαν σταδιακά.

Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι η καισαρική από αρκετούς μαιευτήρες - γυναικολόγους γίνεται αβασάνιστα, περιστασιακά και χωρίς ιατρική ένδειξη. Η καισαρική τομή αποτελεί μαιευτικό χειρουργικό επίτευγμα των μέσων του 20ου αιώνα και θα πρέπει να διαφυλαχθεί με την επιστημονικά τεκμηριωμένη εφαρμογή του. Είναι γεγονός ότι οι θάνατοι από την καισαρική περιορίστηκαν εντυπωσιακά αλλά η θνητότητα δυστυχώς ακόμη υφίσταται. Τουλάχιστον, όπως υπογραμμίζει ο Μανταλενάκης (2008) δεν πρέπει να λησμονεί ο ιατρός τον κίνδυνο της απώλειας ανθρώπινης ζωής έστω κι αν δεν υπολογίζει το κοινωνικοοικονομικό κόστος μιας άσκοπης χειρουργικής επέμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

Η ιατρική πράξη και οι επιπτώσεις στην υγεία

2.1. Τι είναι η καισαρική τομή

Με τον όρο καισαρική τομή υποδηλώνουμε την έξοδο του εμβρύου μετά από λαπαροτομία και διάνοιξη του τοιχώματος της μήτρας. Παλαιότερα υποστηριζόταν ότι η επέμβαση αυτή πήρε το όνομά της από τον Ιούλιο Καίσαρα που γεννήθηκε με τον τρόπο αυτό. Σήμερα πιστεύετε πως το όνομα πάρθηκε από ένα νόμο ρωμαϊκό που επέβαλε να αφαιρείται το παιδί από την κοιλιά κάθε γυναίκας που πεθαίνει την ώρα του τοκετού. Αλλά και οι αρχαίοι Έλληνες έκαναν την καισαρική τομή, μόνο όμως σε νεκρές γυναίκες για να σώσουν το παιδί, επειδή είχαν προσέξει πως και μετά το θάνατο της μητέρας αυτό παραμένει ζωντανό για μικρό χρονικό διάστημα που σήμερα το υπολογίζουμε μέχρι 20 λεπτά περίπου.

Οι συχνές αιμορραγίες και οι μολύνσεις που συνέβαιναν κατά την καισαρική τομή είχαν σαν αποτέλεσμα να γίνεται αυτή παλαιότερα μόνο σε μεγάλη ανάγκη και εφόσον ήταν αδύνατη η εμβρυουλκία. Σήμερα με τη βοήθεια των αντιβιοτικών και τους σωστούς τρόπους αποστείρωσης, η καισαρική τομή έγινε μια απλή και σύντομη επέμβαση που η συχνότητά της φθάνει το 12 έως 15% των τοκετών. Οι κίνδυνοι από την επέμβαση έχουν ελαττωθεί και η περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι πολύ μικρές.

Καισαρική τομή θα αποφασίσουμε να κάνουμε όταν λόγοι που αφορούν τη μητέρα ή το παιδί καθιστούν αδύνατο ή με πολλούς κινδύνους τον τοκετό από τη φυσιολογική οδό. Σημαντική είναι και η συμμετοχή της βελτιωθείσης αναισθησίας. Επίσης η εκτέλεση της καισαρικής τομής είναι συχνότερη στη πρωτότοκο σε σύγκριση με την πολύτοκο. (Κασκαρέλη, 1976)

2.2. Ενδείξεις πριν την καισαρική τομή

Πριν προχωρήσει κανείς στην εκτέλεση καισαρικής τομής, θα πρέπει να βεβαιωθεί όχι μόνο ότι υπάρχει η σαφής ένδειξη και οι προϋποθέσεις, αλλά παράλληλα ότι δεν υπάρχει

αντένδειξη για την εκτέλεσή της. Οι ενδείξεις είναι απόλυτες ή σχετικές. Απόλυτη ένδειξη έχουμε, όταν δεν υπάρχει άλλη δυνατότητα να γεννηθεί το παιδί από τη φυσιολογική οδό παρά μόνο με καισαρική τομή. Και αυτό συμβαίνει σε μεγάλο, βαθμού στένωση της πυέλου. Σχετική ένδειξη έχουμε, όταν για την περάτωση του τοκετού υπάρχει και άλλη δυνατότητα εκτός από την καισαρική τομή. Ενδείξεις για την εκτέλεση καισαρικής τομής αποτελούν οι εξής (Κρεατσά, 1998):

2.2.1 Ενδείξεις από πλευράς παιδιού:

1. Ενδομήτριος κίνδυνος του παιδιού: Ανεπάρκεια του πλακούντα, υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου, μειωμένες τιμές HPL ή οιστριόλης, παθολογικό καρδιοτοκογράφημα, εντόνως κεχρωσμένο (πράσινο) ενάμνιο υγρό.
2. Πρόωρος τοκετός με κανονικές και έντονες ωδίνες και με όχι ευνοϊκά ευρήματα του τραχήλου της μήτρας.
3. Αιμορραγίες στην εγκυμοσύνη ή κατά τον τοκετό. Οξεία, μη ανατάξιμη, ενδομήτρια αναζωογόνηση, έκτακτη κατάσταση του παιδιού (οξέωση, παθολογικά καρδιολογικά ευρήματα στο καρδιοτοκογράφημα).
4. Πρόπτωση ομφαλίου λόρου με επαπειλούμενη ασφυξία του εμβρύου.
5. Χοριοαμνιονίτιδα με επιμένοντα πυρετό και με κακοσμία του εναμνίου υγρού.
6. Παρατεινόμενος τοκετός χωρίς ευνοϊκές προοπτικές για ένα σύντομο τοκετό.

2.2.2 Ενδείξεις από πλευράς μητέρας:

1. Εστενωμένη πυέλος ή μία δυσαναλογία μεταξύ εμβρύου και γεννητικού σωλήνα.
2. Όγκοι της μήτρας και των ωοθηκών (όγκος των ωοθηκών, μεγάλα ινομώματα, καρκίνος του τραχήλου της μήτρας).
3. Επικίνδυνες για τη ζωή αιμορραγίες στην εγκυμοσύνη ή κατά τον τοκετό (πρόδρομος πλακούντας, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα).
4. Υποψία ρήξεως της μήτρας.
5. Σακχαρώδης διαβήτης.
6. Ηλικιωμένη (>35 ετών) και νεαρή (<17 ετών) πρωτότοκος.

2.2.3 Μικτές (μητρικές και εμβρυϊκές) ενδείξεις:

1. Έντονη αιμορραγία από τον κόλπο στην εγκυμοσύνη ή κατά τον τοκετό με υποψία για ταυτόχρονο κίνδυνο ζωής του εμβρύου (εμβρυϊκή αιμορραγία, παθολογικό καρδιοτοκογράφημα).
2. Ανωμαλίες του μηχανισμού τοκετού με αναμενόμενες δυσχέρειες τοκετού από τη φυσιολογική οδό (υψηλή ευθεία θέση κεφαλής, εγκάρσιο σχήμα, πρόπτωση του άνω άκρου, ισχιακή προβολή παιδιού).

2.3. Τεχνικές μέθοδοι καισαρικής τομής

Για την εκτέλεση της καισαρικής τομής εφαρμόζονται δύο τεχνικές :

- A) Η *κάθετη*, στην οποία η τομή της μήτρας γίνεται κάθετα στο κατώτερο τμήμα της μήτρας.
- B) Η *χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή*, στην οποία η τομή της μήτρας γίνεται εγκάρσια, στο κατώτερο τμήμα της.

Σε κάθε περίπτωση είναι δυνατό να εφαρμοστεί *κάθετη ή εγκάρσια* τομή (Pfannenstiel) στα κοιλιακά τοιχώματα. Με τη διενέργεια της κάθετης υπομφάλιας λαπαροτομίας ο έμπειρος χειρουργός χρειάζεται 2-3 λεπτά για την έξοδο του εμβρύου, ενώ με την *εγκάρσια* τομή των κοιλιακών τοιχωμάτων (Pfannenstiel) ο αντίστοιχος χρόνος είναι 5-8 λεπτά.

Η *καισαρική τομή* διενεργείται τα τελευταία χρόνια σχεδόν αποκλειστικά με λαπαροτομία και συγκεκριμένα η *τραχηλική ή χαμηλή εγκάρσια* ενδοπεριτοναϊκή Όλες οι άλλες όπως:

- η *κλασική ή του σώματος της μήτρας*
- η *χαμηλή κάθετη καισαρική τομή* και 15
- η *τραχηλική εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή (κάθετη)* έχουν εγκαταλειφθεί. Ενημερωτικά αναφέρουμε, ότι υπάρχει και η *κολπική καισαρική τομή ή πρόσθια κολπική υστεροτομή*, η

οποία παρέχει την δυνατότητα εκκενώσεως της μήτρας σε οποιοδήποτε χρόνο της εγκυμοσύνης, και η οποία διενεργείται σπανίως, διότι απαιτεί εμπειρία και μπορεί να διενεργηθεί κάτω από ειδικές συνθήκες. (Λούρου, 1971)

2.4. Επιπτώσεις στο παιδί που γεννιέται

2.4.1 καισαρική τομή και νεογνική θνητότητα

Έρευνα στις ΗΠΑ εξέτασε τον κίνδυνο νεογνικής θνητότητας σε σχέση με τον τρόπο γέννησης σε γυναίκες χαμηλού κινδύνου κύησης. Λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των ζωντανών γεννήσεων στις ΗΠΑ (χαμηλού κινδύνου, μη δίδυμες, ηλικίας κύησης 37 με 41 εβδομάδων, κεφαλικής προβολής) μεταξύ 1999 και 2002 – σύνολο πάνω από 8 εκατομμύρια γεννήσεις) και το σύνολο των βρεφικών θανάτων την ίδια περίοδο (17412), βρέθηκε ότι οι καισαρικές τομές που γίνονται προγραμματισμένα, χωρίς έναρξη τοκετού και χωρίς να έχουν προκύψει επιπλοκές τοκετού, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για επακόλουθη νεογνική θνητότητα κατά 69%, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γεννήσεις (κολπικούς τοκετούς ή καισαρικές μετά από έναρξη τοκετού) (MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH., 2008). Παρόμοια, ο De Luca et al σε προοπτική έρευνα στην Ελβετία αναφέρει περίπου διπλάσιο κίνδυνο νεογνικής θνητότητας με προγραμματισμένη καισαρική τομή, σε σύγκριση με προγραμματισμένο κολπικό τοκετό (De Luca R, Boulvain M, Irion O, Berner M, Pfister RE, 2009).

2.4.2 καισαρική τομή και αναπνευστικά προβλήματα

Πολυάριθμες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει το γεγονός ότι η προγραμματισμένη καισαρική τομή συνιστά παράγοντα κινδύνου για αυξημένη συχνότητα εμφάνισης παροδικής ταχύπνοιας νεογέννητου, συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας και εισαγωγής στη νεογνική μονάδα (Jain NJ, Kruse LK, Demissie K, Khandelwal M. , 2009 , Boutsikou T, Malamitsi-Puchner A, 2011).

Το μέγεθος του σχετικού κινδύνου φαίνεται να προκύπτει τόσο μεγαλύτερο όσο λιγότερες οι εβδομάδες κύησης κατά την οποία γίνεται η καισαρική, ακόμα και μετά τις 37 εβδομάδες. Οι συχνότερες αρνητικών αναπνευστικών εκβάσεων, μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, νεογνικής σήψης, υπογλυκαιμίας, εισαγωγής στη νεογνική μονάδα και νοσηλείας για 5 ή παραπάνω ημέρες φαίνεται να αυξάνονται κατά 1.8 με 4.2 φορές στις προγραμματισμένες επαναλαμβανόμενες καισαρικές τομές στις 37 εβδομάδες κύησης και κατά 1.3 με 2.1 φορές στις 38 εβδομάδες κύησης (Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW et al, 2009). Σε αναδρομική μελέτη 20973 προγραμματισμένων καισαρικών τομών σε μη δίδυμες τελειόμηνες κυήσεις στην Ολλανδία, ο απόλυτος κίνδυνος για νεογνική θνητότητα και νοσηρότητα υπολογίστηκε στο 20.6% για νεογνά γεννημένα πριν τις 38 εβδομάδες κύησης, στο 12,5% για νεογνά γεννημένα μεταξύ 38 και 39 εβδομάδων και στο 9.5% για νεογνά γεννημένα από 39 εβδομάδες κύησης και έπειτα. Παρόμοια ανάλυση 34458 γεννήσεων στη Δανία ανέδειξε παρόμοια αποτελέσματα: Σε σύγκριση με γεννήσεις που ξεκίνησαν ως κολπικός τοκετός – και μπορεί να κατέληξαν έτσι ή σε καισαρική τομή, η προγραμματισμένη καισαρική τομή στις 37 εβδομάδες κύησης είχε τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για αναπνευστική νοσηρότητα (παροδική ταχύπνοια νεογέννητου, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας νεογέννητου ή επίμονη πνευμονική υπέρταση νεογέννητου), η προγραμματισμένη καισαρική τομή στις 38 εβδομάδες κύησης είχε τριπλάσια πιθανότητα για αναπνευστική νοσηρότητα, ενώ στις 39 εβδομάδες σχεδόν διπλάσια. Οι αυξημένοι κίνδυνοι για σοβαρή αναπνευστική νοσηρότητα (μηχανική υποστήριξη αναπνοής) έδειξαν παρόμοιο μοτίβο, μόνο με ακόμα υψηλότερες πιθανότητες: πενταπλάσια αύξηση κινδύνου στις 37 εβδομάδες κύησης (Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB., 2008).

2.4.3 Άλλες άμεσες επιπτώσεις στο νεογέννητο

Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η καισαρική τομή μπορεί να επηρεάζει την μεταβολική ομοιόσταση στην άμεση νεογνική περίοδο. Η συγκέντρωση γλυκόζης ορού κατά τις πρώτες 2 ώρες της ζωής βρίσκεται σημαντικά μειωμένη σε νεογέννητα μετά από προγραμματισμένη καισαρική τομή, συγκριτικά με όσα γεννιούνται κολπικά. Έρευνα από την Σουηδία προσδιορίζει σε τουλάχιστον διπλάσιο τον κίνδυνο νεογνικής υπογλυκαιμίας μετά από προγραμματισμένη καισαρική τομή (Karlström A, Lindgren H, Hildingsson I., 2013). Ο αιματοκρίτης στις 2 ώρες μετά την γέννηση μετράται σημαντικά χαμηλότερος

σε νεογέννητα μετά από καισαρική τομή, σε σύγκριση με αυτά που γεννιούνται με κολπικό τοκετό. Τα νεογέννητα μετά από καισαρική τομή εμφανίζουν χαμηλότερες θερμοκρασίες κατά τα πρώτα 90 λεπτά της ζωής και επομένως μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης υποθερμίας. Η προγραμματισμένη καισαρική τομή έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενδο-κοιλιακής εγκεφαλικής αιμορραγίας.

2.4.4 Καισαρική τομή και μακροπρόθεσμη υγεία του παιδιού

Ο τρόπος γέννησης μπορεί να επηρεάζει την ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους. Πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες παρέχουν στοιχεία για το ότι η καισαρική τομή ρουτίνας συσχετίζεται με αποκλίνουσες από το φυσιολογικό βραχυπρόθεσμες ανοσολογικές απαντήσεις στο νεογέννητο, και με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ανοσολογικών νοσημάτων όπως το άσθμα, οι αλλεργίες, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και η δυσανεξία στην γλουτένη. Η υπόθεση ότι η καισαρική τομή μπορεί να έχει μακροπρόθεσμη επίδραση στο ανοσολογικό σύστημα του παιδιού που να συμβάλλει σε μειωμένα επίπεδα ανοσιακής υγείας μένει να αποδειχθεί (Cho CE, Norman M., 2013).

2.4.5 Καισαρική τομή και τροφική αλλεργία

Οι Korplin J et al σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνουν ότι υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης IgE-εξαρτώμενης ευαισθητοποίησης σε τροφικά αλλεργιογόνα είναι αυξημένος σε παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή. Παρόλα αυτά απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για επαλήθευση της συσχέτισης, χρησιμοποιώντας πιο αντικειμενικά διαγνωσμένες εκβάσεις επιβεβαιωμένης τροφικής αλλεργίας.

Πρόσφατη προοπτική μελέτη από την Νορβηγία απέτυχε να αναδείξει σημαντική συσχέτιση της καισαρικής τομής με εμφάνιση τροφικής ηλικίας κατά τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής. Σε αναδρομική μελέτη στην Φιλανδία, όλα τα παιδιά γεννημένα μεταξύ 1996 και 2004 που διαγνώστηκαν με αλλεργία στο γάλα αγελάδας έως την ηλικία των 2 ετών (n=16237) συσχετίστηκαν με ομάδα ελέγχου χωρίς τη νόσο. Βρέθηκε ότι η καισαρική τομή συσχετιζόταν με στατιστικά σημαντική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης αλλεργίας στο γάλα αγελάδας (Metsälä J, Lundqvist A, Kaila M, Gissler M, Klaukka T, Virtanen SM.

, 2010). Προοπτική μελέτη από την Ισπανία αναδεικνύει παρόμοιο, περίπου διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης IgE – εξαρτώμενης αλλεργίας στο γάλα αγελάδας σε παιδιά γεννημένα με καισαρική τομή, σε σύγκριση με παιδιά που γεννήθηκαν κολπικά (Sánchez-Valverde F, Gil F, Martinez D, Fernandez B, Aznal E, Oscoz M et al., 2009).

2.4.6 Καισαρική τομή, άσθμα, συριγμός και αλλεργική ρινίτιδα

Η Kolokotroni et al σε μελέτη στην Κύπρο αναφέρουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση της καισαρικής τομής με άσθμα και ατοπική ευαισθητοποίηση στην ηλικία των 8 ετών. Η συσχέτιση φάνηκε να είναι πιο έντονη σε παιδιά με οικογενειακό ιστορικό αλλεργιών . Σε προοπτική μελέτη 432 παιδιών με οικογενειακό ιστορικό ατοπίας από την γέννηση έως την ηλικία των 9 ετών βρέθηκε διπλάσια πιθανότητα ατοπίας και αλλεργικής ρινίτιδας για παιδιά γεννημένα με καισαρική τομή, σε σύγκριση με παιδιά που γεννήθηκαν με κολπικό τοκετό. Αναδρομική μελέτη 8953 παιδιών ηλικίας 3 με 10 ετών με διάγνωση αλλεργικής ρινο-επιπεφυκίτιδας δείχνει στατιστικά σημαντική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου σε γέννηση με καισαρική τομή (Renz-Polster H, David MR, Buist AS, Vollmer WM, O'Connor EA, Frazier EA et al, 2005).

Σε αναδρομική μελέτη με 21038 παιδιά με άσθμα από την Φιλανδία βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της καισαρικής τομής με την διάγνωση άσθματος πριν την ηλικία των 3 ετών, αλλά όχι με την διάγνωση άσθματος μετά από αυτήν την ηλικία. Σε αναδρομική ανάλυση 248612 αρχείων γεννήσεων στην περιοχή της Οξφόρδης μεταξύ 1970 και 1989, με συνοδό παρακολούθηση όλων των αρχείων μετέπειτα νοσηλειών 4017 παιδιών με άσθμα μέχρι το 1999, η καισαρική τομή ανιχνεύθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εισαγωγή στο νοσοκομείο με την διάγνωση άσθματος στην παιδική ηλικία.

Σε έρευνα προοπτικής παρακολούθησης δείγματος 2917 παιδιών από την γέννηση έως την ηλικία των 8 ετών, η καισαρική τομή εντοπίστηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση άσθματος. Μάλιστα η συσχέτιση αναδείχθηκε πιο ισχυρή σε παιδιά με οικογενειακή προδιάθεση (με αλλεργικούς και τους δύο γονείς)

Μετα-ανάλυση 23 σχετικών ερευνών προσδιορίζει αύξηση κατά 20% του επακόλουθου κινδύνου εμφάνισης παιδικού άσθματος σε παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή (Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR,

2008).

2.4.7 Καισαρική τομή και σακχαρώδης διαβήτης

Μετα-ανάλυση είκοσι σχετικών ερευνών δείχνει ότι παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 κατά 20%, σε σύγκριση με παιδιά που γεννήθηκαν με κοιλιακό τοκετό, και ανεξάρτητα από άλλους γνωστούς παράγοντες σύγχυσης (confounders) (Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ et al., 2008).

Προοπτική μελέτη από την Αυστραλία ανεβάζει τον σχετικό κίνδυνο (RR) στα παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή για νοσηλεία με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 πριν την ηλικία των 6 ετών στο 1.3 .

2.4.8 Καισαρική τομή και δυσανεξία στη γλουτένη

Σύμφωνα με αναδρομική μελέτη σε 1950 παιδιά στη Γερμανία, η συχνότητα καισαρικής τομής στα παιδιά με δυσανεξία στην γλουτένη βρέθηκε στατιστικά αυξημένη, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι ο τρόπος γέννησης συσχετίζεται με σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς ανάπτυξη της εντερικής ομοιόστασης κατά την νεογνική περίοδο, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την συχνότητα δυσανεξίας στη γλουτένη. Έρευνα από την Σουηδία με συμμετοχή πανεθνικού δείγματος 11749 παιδιών με επιβεβαιωμένη με βιοψία δυσανεξία στην γλουτένη και ομάδα ελέγχου 53887 παιδιών χωρίς την νόσο επιβεβαιώνει την θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση της προγραμματισμένης καισαρικής τομής με την μετέπειτα εμφάνιση της νόσου (Mårild K, Stephansson O, Montgomery S, Murray JA, Ludvigsson JF., 2012).

2.4.9 Καισαρική τομή και παιδική παχυσαρκία

Σε προοπτική έρευνα των Huh et al, η γέννηση με καισαρική τομή συσχετίστηκε με πάνω από διπλάσια πιθανότητα και κίνδυνο παχυσαρκίας στην ηλικία των 3 ετών. Επιπλέον, το μέσο BMI των παιδιών με καισαρική ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με το μέσο BMI παιδιών με φυσιολογικό τοκετό. Τέλος τα παιδιά μετά από καισαρική είχαν μέσο

πάχος δερματικής πτυχής σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με τα παιδιά μετά από φυσιολογικό τοκετό .

Σε προοπτική παρακολούθηση άνω των 10000 παιδιών από την γέννηση στη Μ Βρετανία, και λαμβάνοντας υπόψη τον προσδιοριστικό παράγοντα του BMI της μητέρας προ της εγκυμοσύνης, οι πιθανότητες υπέρβαρου ή παχυσαρκίας στην ηλικία των 11 ετών ήταν αυξημένες κατά 83% σε παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή (Blustein J, Attina T, M Liu, A M Ryan, L M Cox, M J Blaser et al., 2013).

Άλλες σχετικές μελέτες έχουν αποτύχει να επιβεβαιώσουν συσχέτιση της καισαρικής τομής με παιδική παχυσαρκία.

2.4.10 Καισαρική τομή και επίτευξη μητρικού θηλασμού

Πολυάριθμες έρευνες αναδεικνύουν την γέννηση με καισαρική τομή ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αυξημένα πρώιμα προβλήματα θηλασμού, αυξημένη συχνότητα πρόωρου αποθηλασμού, μειωμένη συχνότητα αποκλειστικού θηλασμού και μειωμένη συνολική διάρκεια θηλασμού (Rowe-Murray HJ, Fisher JR., 2002). Και στον Ελλαδικό χώρο η Εθνική μελέτη προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού ανέδειξε αυτήν την συσχέτιση, συμπεραίνοντας χαρακτηριστικά ότι το γεγονός ότι η συχνότητα της καισαρικής τομής στο πανελλαδικό δείγμα μητέρων της έρευνας ξεπερνά το 50% σημαίνει ότι πάνω από οι μισές μητέρες που γεννούν στην χώρα μας – με καισαρική τομή – παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπαρκή έναρξη θηλασμού, προβλήματα γαλουχίας και πρόωρο αποθηλασμό.

Η αρνητική επίδραση της καισαρικής τομής είναι πιθανό να είναι περισσότερο έντονη, όσο χαμηλότερη η εβδομάδα κύησης που έγινε η επέμβαση, σε καισαρικές υπό γενική αναισθησία, σε πρωτότοκες μητέρες και σε περιβάλλον μη Φιλικού προς τα Βρέφη μαιευτηρίου – η πλειονότητα έως τώρα των μαιευτηρίων της χώρας. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η καισαρική τομή αυξάνει τον κίνδυνο αποτυχίας εγκατάστασης του μητρικού θηλασμού μπορεί να είναι: πρώιμη απομάκρυνση του νεογέννητου από την μητέρα του, νοσηλεία του για αναπνευστικά προβλήματα, μη θηλασμός την πρώτη ώρα μετά την γέννηση, καθυστερημένη έναρξη γαλακτογένεσης (Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Creed-Kanashiro H, Dewey KG., 2010), δυσκολίες τοποθέτησης και σύλληψης του στήθους λόγω της εγχειρητικής τομής, έντονο σπάργωμα στήθους, μετεγχειρητικός πόνος της μητέρας συχνά ανεπαρκώς αντιμετωπιζόμενος και χρήση ναρκωτικών αναλγητικών

που καταστέλλουν το νεογέννητο και δημιουργούν υποτονική βρεφική συμπεριφορά θηλασμού, υπερβολική απώλεια βάρους του νεογέννητου. Όλα τα παραπάνω εμφανίζονται σε αυξημένη συχνότητα μετά από καισαρική τομή, παρά μετά από κοιλικό τοκετό. Η δυάδα μητέρας - νεογέννητου μετά από καισαρική τομή παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο για κακή τεχνική θηλασμού και αναποτελεσματική απομάκρυνση μητρικού γάλακτος από το στήθος, όπως εκτιμάται αντικειμενικά από το LATCH scoring system (Cakmak H, Kuguoglu S., 2007).

Ίσως η πιο σημαντική επίπτωση αναδεικνύεται σε μελέτες ποιότητας – qualitative studies – και έχει να κάνει με την ψυχολογία της μητέρας. Έρευνες δείχνουν ότι η μητέρες μετά από καισαρική τομή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρονται αρνητικά για την εμπειρία της γέννησης, παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, και αυξημένη πιθανότητα να νιώσουν αποδυναμωμένες, παθητικές, «ασθενείς», σε αποσύνδεση από το σώμα τους, την διαδικασία του τοκετού και με προβλήματα στην μετέπειτα ανάληψη του μητρικού τους ρόλου και φροντίδας. Όλα τα παραπάνω έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην προσπάθεια εγκατάστασης του θηλασμού. Συγκεκριμένα, η επιλόχεια κατάθλιψη έχει προσδιοριστεί ως παράγοντας κινδύνου για αποτυχία θηλασμού και πρόωρο αποθηλασμό (Gagliardi L, Petrozzi A, Rusconi F. , 2012).

Μια αρνητική επίδραση στην εγκατάσταση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, όπως αυτός συνιστάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μέσα από την απώλεια των οφελών του θηλασμού για την άμεση και αιώτερη ψυχική και σωματική υγεία του βρέφους αλλά και της μητέρας, μπορεί να έχει εμμέσως σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία της δυάδας και συνολικότερα σε επίπεδο δημόσιας υγείας.

Παρά τις πιθανές αντιξοότητες, η κατηγορία παιδιών που γεννιούνται με καισαρική τομή θα ωφελούνταν πολλαπλά από την επιτυχή εγκατάσταση αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Σε αναδρομική έρευνα με δείγμα 468 βρεφών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή στο Ισραήλ βρέθηκε ότι όσα δεν κατάφεραν να θηλάσουν μετά την καισαρική τομή είχαν 50% μεγαλύτερο κίνδυνο να βρεθούν στο νοσοκομείο για οποιαδήποτε νοσηρότητα, σε σύγκριση με εκείνα που κατάφεραν να θηλάσουν για τουλάχιστον τέσσερις μήνες (Chertok IR, Shoham-Vardi I., 2008).

2.5. Πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας

Ο υπερβολικά υψηλός αριθμός καισαρικών τομών είναι πιθανόν να οδηγήσει σε αυξημένη μητρική νοσηρότητα ή ακόμα και θνησιμότητα. Σε ορισμένες βιβλιογραφικές μελέτες μεγάλου αριθμού ασθενών φαίνεται ότι ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας μετά από καισαρική τομή είναι διπλάσιος από αυτόν που θα ίσχυε μετά από έναν φυσιολογικό τοκετό. (Τζεβελέκης, 2008)

Κάποιες άλλες από τις επιπλοκές της καισαρικής τομής, εκτός από τη μητρική θνησιμότητα, είναι η αιμορραγία καθώς και η υστερεκτομή μετά από εκτεταμένη αιμορραγία, η εμφάνιση μετεγχειρητικής λοίμωξης και η διάνοιξη στο σημείο συρραφής της τομής επί της μήτρας, ειλεός ή ακόμα και πνευμονική εμβολή.

Ακόμα και οι καισαρικές τομές ενοχοποιούνται για μετατραυματικές αντιδράσεις στρες καθώς και κατάθλιψη μετά τον τοκετό, ενώ για τις επόμενες εγκυμοσύνες παρουσιάζεται μειωμένη γονιμότητα και αυξημένος αριθμός αποβολών, καθώς και εμφάνιση πρόδρομου πλακούντα και πρόωρης αποκόλλησης πλακούντα. Επίσης, ο θηλασμός είναι αρκετά πιο δύσκολος μετά από μία καισαρική τομή σε σύγκριση με τον φυσιολογικό τοκετό. (Αρσενοπούλου, 2001)

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται πιο συνοπτικά οι πρώιμες και στη συνέχεια οι όψιμες επιπλοκές για μια γυναίκα από την επιλογή της καισαρικής τομής.

	Πιθανότητα επιπλοκής
Μητρικός θάνατος	Χαμηλή έως πολύ χαμηλή
Αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων	Υψηλή
Πήγματα αίματος και αγγειακό επεισόδιο	Χαμηλή
Υστερεκτομή έκτακτης ανάγκης	Μεσαία

Ανατό άλγος το οποίο κρατάει περισσότερο	Πολύ υψηλή
Ανάγκη επιστροφής στο νοσοκομείο	Μεσαία

(Ρούζκοβα, 2008)

Πιθανότητα επιπλοκής	
Ιλεός	Μεσαία
Μελλοντική υπογονιμότητα	Υψηλή έως πολύ υψηλή
Εξωμήτρια εγκυμοσύνη	Μεσαία
Πρόδρομος πλακούντας	Υψηλή, Μεσαία
Ρήξη μήτρας	Μεσαία

(Ρούζκοβα, 2008)

Κεφάλαιο 3:

Παράγοντες που οδηγούν στην επιλογή της καισαρικής τομής

3.1 Ιατρικοί παράγοντες

3.1.1. Ισχιακή προβολή. Έγκυες που φέρουν τελειόμηνη μονήρη κύηση με ισχιακή προβολή, όπου ο εξωτερικός μετασχηματισμός είτε απέτυχε ή δεν εφαρμόστηκε, θα πρέπει να υποβάλλονται σε εκλεκτική καισαρική τομή καθώς έχει αποδειχθεί ότι κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται η περιγεννητική θνησιμότητα αλλά και η νεογνική νοσηρότητα.

3.1.2 Πολύδυμος κύηση. Σε περιπτώσεις διδύμων ανεπίπλεκτων τελειόμηνων κυήσεων, όπου η προβολή του πρώτου διδύμου είναι κεφαλική, τόσο η περιγεννητική νοσηρότητα όσο και η θνησιμότητα του δευτέρου διδύμου είναι αυξημένες. Παρόλα αυτά, η επίδραση της προγραμματισμένης καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος του δευτέρου διδύμου παραμένει αμφισβητούμενη. Ως εκ τούτου, δε θα πρέπει να προτείνεται η προγραμματισμένη καισαρική τομή ως μέθοδος ρουτίνας στις περιπτώσεις αυτές, εκτός κι εάν περιλαμβάνεται στο πλαίσιο ερευνητικού εγκεκριμένου πρωτοκόλλου. Σε περιπτώσεις διδύμων τελειόμηνων κυήσεων, όπου η προβολή του πρώτου διδύμου δεν είναι κεφαλική, η επίπτωση της εκλεκτικής καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος θεωρείται επίσης αμφισβητούμενη. Ωστόσο, σύμφωνα και με τη σύγχρονη κλινική πρακτική, στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να προσφέρεται δυνατότητα προγραμματισμένης καισαρικής τομής. (The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists, Obs 37)

3.1.3 Πρόωρος τοκετός. Ο πρόωρος τοκετός σχετίζεται με υψηλότερη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Παρόλα αυτά, η επίδραση της προγραμματισμένης καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος, στις περιπτώσεις αυτές, αμφισβητείται. Επομένως, η καισαρική τομή δεν πρέπει να υιοθετείται ως μέθοδος ρουτίνας, εκτός κι εάν αποτελεί τμήμα εγκεκριμένου ερευνητικού προγράμματος.

- 3.1.4 *Νεογνά μικρά για την ηλικία κήσεως τους.* Ο κίνδυνος νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι υψηλότερος μεταξύ νεογνών μικρών για την ηλικία κήσεώς τους. Ωστόσο, η επίδραση της προγραμματισμένης καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος, στις περιπτώσεις αυτές, παραμένει υπό αμφισβήτηση. Επομένως, η καισαρική τομή δεν πρέπει να αποτελεί μέθοδο ρουτίνας, εκτός εγκεκριμένων ερευνητικών πρωτοκόλλων. Βέβαια, σε περιπτώσεις διαπιστωμένης σοβαρού βαθμού ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης και συνοδού εμβρυϊκής δυσχέρειας, η προγραμματισμένη καισαρική τομή αποτελεί τη λύση εκλογής.
- 3.1.5 *Προδρομικός πλακούντας.* Έγκυες με προγεννητική διάγνωση προδρομικού πλακούντα ο οποίος καλύπτει - μερικώς ή πλήρως - το έσω τραχηλικό στόμιο, ή προδρομικών αγγείων, πρέπει να υποβάλλονται σε καισαρική τομή. (The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists, Obs 38)
- 3.1.6 *Ανώμαλη πρόσφυση πλακούντος.* Εάν μεταξύ 32ης - 34ης εβδομάδος κήσεως, επιβεβαιωθεί η διάγνωση χαμηλής πρόσφυσης πλακούντος σε έγκυες με ιστορικό προηγηθείσας καισαρικής τομής, τότε θα πρέπει να προσφερθεί η δυνατότητα έγχρωμης Doppler υπερηχογραφίας ως πρώτης διαγνωστικής προσέγγισης επί πιθανής ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντος. Εάν η Doppler υπερηχογραφία έγχρωμης ροής καταδειξει ευρήματα συμβατά με ανώμαλη πρόσφυση πλακούντος θα πρέπει η έγκυος να ενημερωθεί για την υψηλή ακρίβεια της μαγνητικής τομογραφίας σε συνδυασμό με την υπερηχογραφία για τη διάγνωση της ανώμαλης πρόσφυσης του πλακούντος αλλά και της αποσαφήνισης του βαθμού της διεϊσδυσής του στο μυομήτριο. Η ιδιαιτερότητα της κατάστασης πρέπει να υπογραμμισθεί στη γυναίκα και το περιβάλλον της και να αναλυθούν όλοι οι κίνδυνοι (όπως το ενδεχόμενο προωρότητας, μεταγγίσεων στη μητέρα, μαιευτικής υστερεκτομίας, νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής) αλλά και τα μέτρα πρόληψης που δύνανται να ληφθούν. Η εκλεκτική καισαρική τομή από έμπειρη μαιευτική ομάδα σε οργανωμένα μαιευτικά κέντρα με υψηλή ετοιμότητα των Τμημάτων Αιμοδοσίας - Αιματολογίας, Αναισθησιολογίας, Νεογνολογίας, Επεμβατικής Ακτινολογίας, Εντατικής Νοσηλείας, Γενικής Χειρουργικής και Ουρολογίας είναι επιβεβλημένη.

3.1.7 *Πρόβλεψη περί κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας σε επικείμενο τοκετό.* Η πυελομετρία δεν είναι επιβοηθητική στην πρόβλεψη περιπτώσεων αποτυχίας προόδου κατά τον τοκετό και δε θα πρέπει να εφαρμόζεται κατά τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στον τρόπο περάτωσης της κύσεως. Επίσης, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά της εγκύου αλλά και το υπολογιζόμενο βάρος του εμβρύου (κλινικά ή υπερηχογραφικά) δε δύνανται να προβλέψουν με ακρίβεια την πιθανότητα κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας και ως εκ τούτου δε θα πρέπει να υιοθετούνται για την εκτίμηση ενδεχόμενης αποτυχίας προόδου σε επικείμενο τοκετό. (The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists, Obs 14)

3.1.8 *Πρόληψη κάθετης μετάδοσης λοιμώξεων της μητέρας στο νεογνό κατά τον τοκετό.*

- I. HIV.* Είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη παροχή κατάλληλης πληροφόρησης, νωρίς κατά την εγκυμοσύνη, σε έγκυες με HIV μόλυνση γύρω από τους κινδύνους και τα οφέλη για τις ίδιες και το κύημα από τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για τον HIV κατά την κύηση και τους τρόπους περάτωσης της κύσεως, ώστε να σχηματίσουν εμπειριστατωμένη άποψη και να λάβουν τις ενδεδειγμένες αποφάσεις.
- II. HBV.* Η κάθετη μετάδοση της ηπατίτιδος Β δύναται να περιορισθεί εάν το νεογνό λάβει ανοσοσφαιρίνη και εμβολιασμό. Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι η προγραμματισμένη καισαρική τομή οδηγεί σε ελάττωση της πιθανότητας κάθετης μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδος Β, κι ως εκ τούτου δε θα πρέπει να προτείνεται σε έγκυες με HBV λοίμωξη.
- III. HCV.* Έγκυες που φέρουν λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδος C δεν πρέπει να υποβάλλονται σε προγραμματισμένη καισαρική τομή με βάση την ένδειξη αυτή, καθώς δε μειώνεται κατ' αυτόν τον τρόπο ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο νεογνό. Αντιθέτως, προγραμματισμένη καισαρική τομή πρέπει να λαμβάνει χώρα στις περιπτώσεις εγκύων που παρουσιάζουν ταυτόχρονη λοίμωξη από HIV και HCV, καθώς έτσι ελαττώνεται ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης αμφοτέρων των ιών.
- IV. HSV.* Προγραμματισμένη καισαρική τομή πρέπει να προτείνεται σε έγκυες οι οποίες εμφανίζουν κατά το τρίτο τρίμηνο της κύσεως πρωτογενή μόλυνση από έρπητα των γεννητικών οργάνων, καθώς συμβάλλει στη μείωση του σχετικού

κινδύνου προσβολής του νεογνού από τον ιό. Αντιθέτως, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα σύμφωνα με τα οποία η προγραμματισμένη καισαρική τομή μειώνει την πιθανότητα ερπητικής λοίμωξης του νεογνού, όταν πρόκειται όχι για πρωτογενή μόλυνση αλλά για υποτροπή ερπητικής λοίμωξης της μητέρας περί τον τοκετό. Επομένως, η εκλεκτική καισαρική τομή επί υποτροπής ερπητικής λοίμωξης, δε θα πρέπει να προτείνεται ως μέθοδος ρουτίνας για την περάτωση της κύησης.

3.2 Κοινωνικοί παράγοντες

Έχουν γίνει αρκετές έρευνες οι οποίες ασχολούνται με το ζήτημα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα. Σε αυτό το σημείο όμως θα ασχοληθούμε με μία έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε από μία ειδική επιτροπή του Κεντρικού συμβουλίου υγείας, σύμφωνα με την οποία το ζήτημα της αύξησης των καισαρικών τομών αποδόθηκε στα οικονομικά συμφέροντα των γιατρών αλλά και στο γεγονός ότι πλέον τα ζευγάρια προγραμματίζουν τον τοκετό για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. (Φούρα, 2012)

Η μελέτη αφορούσε το σύνολο των γεννήσεων στη χώρα μας τη διετία 2008 – 2009, σε σχέση με τον αριθμό τους, τη μέθοδο τοκετού καθώς και τις δυνατότητες παρακολούθησης της εγκύου και των νεογνών. Για την εξαγωγή των συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από ερωτηματολόγια τα οποία στάλθηκαν από την ειδική επιτροπή προς τους διευθυντές όλων των μαιευτικών κλινικών της χώρας.

Έγινε συλλογή από 82 πανεπιστημιακές και κλινικές μονάδες του ΕΣΥ και από 38 ιδιωτικά μαιευτήρια. Το σύνολο των γεννήσεων κατά τη διετία που εξετάστηκε ήταν 223.291, από τις οποίες οι μισές έγιναν σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

Το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν στα δημόσια μαιευτήρια 42,51% και 44,1% αντίστοιχα για τα έτη 2008 και 2009. Στα ιδιωτικά, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 54,54% και 55,65%. (Φούρα, 2012)

Παρακάτω παρουσιάζονται μερικοί από τους κοινωνικοοικονομικούς λόγους που έχει παρατηρηθεί αύξηση των καισαρικών τομών.

3.2.1 Επιθυμία της επιτόκου. Όταν η έγκυος εκφράζει διάθεση επιθυμίας για περάτωση της κύησης δια καισαρικής τομής ενώ δε συντρέχουν ιατρικοί – μαιευτικοί λόγοι, θα πρέπει να ακολουθεί διεξοδική συζήτηση με το Μαιευτήρα – Γυναικολόγο προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια της πρόθεσης αυτής. Θα πρέπει να αναλυθούν οι σχετικοί κίνδυνοι και τα οφέλη της ενδεχόμενης αυτής επιλογής, συγκριτικά με το φυσιολογικό κολπικό τοκετό, τόσο ως προς την παρούσα κύηση

όσο και για πιθανές μελλοντικές. Συχνά, ο φόβος και το άγχος του επικείμενου τοκετού, ωθούν πολλές έγκυες στην εκδήλωση επιθυμίας για καισαρική τομή. Θεωρείται καθοριστική η συμβολή ενός επαγγελματία υγείας ειδικού σε θέματα Ψυχολογίας στη Μαιευτική, προκειμένου να τονώσει το ηθικό και τη διάθεση της εγκύου αλλά και να απλουστεύσει την εικόνα της διαδικασίας του φυσιολογικού κολπικού τοκετού που μπορεί να έχει σχηματίσει μια πρωτοτόκος ή και μια έγκυος με δυσάρεστη εμπειρία από προηγούμενο κολπικό τοκετό. Εάν μετά από επαρκή ενημέρωση και κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη κατά την κύηση, ο φυσιολογικός κολπικός τοκετός δεν αποτελεί για την έγκυο μια αποδεκτή επιλογή, εμμένοντας στην πρόθεσή της για προγραμματισμένη καισαρική τομή, τότε η δυνατότητα αυτή θα πρέπει να της προσφερθεί με τον απαιτούμενο σεβασμό. Εάν ο Μαιευτήρας – Γυναικολόγος δεν επιθυμεί να εκτελέσει προγραμματισμένη καισαρική τομή απλώς λόγω επιθυμίας της επιτόκου, χωρίς συνοδό μαιευτική ένδειξη, οφείλει να παραπέμψει την έγκυο σε άλλο συνάδελφο ο οποίος θα φέρει εις πέρας την όλη διαδικασία. (The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists, Obs 14)

Επίσης λόγοι είναι η αποφυγή του πόνου από την μητέρα, για διευκόλυνση της μητέρας κ.α. Παρότι σπάνιο, υπάρχουν περιπτώσεις στις Η.Π.Α. όπου η πραγματοποίηση καισαρικής τομής επιβάλλεται από δικαστήριο. Μια τέτοια περίπτωση παρουσιάστηκε σε Αμερικανικό δικαστήριο, όταν 118 αμερικανικοί οργανισμοί, υποστήριξαν ότι, η απόφαση για την πραγματοποίηση καισαρικής τομής είναι αντισυνταγματική, και ότι δημιουργεί πολύπλοκα νομικά, ηθικά και θρησκευτικά ζητήματα. Το δικαστήριο αποφάνθηκε ότι << σε κάθε περίπτωση το τι θα γίνει μπορεί να αποφασιστεί μόνο από της ασθενή –την έγκυο γυναίκα- για λογαριασμό του εαυτού της και του εμβρύου. >>.

- 3.2.2 Αμυντική ιατρική: Υπάρχει έντονη η αίσθηση ότι ο αριθμός των αγωγών κατά των γυναικολόγων για ατυχή συμβάντα κατά τη διάρκεια της γέννας έχουν αυξηθεί, γεγονός που έχει κάνει πολλούς γιατρούς να αποφασίζουν ευκολότερα την καισαρική τομή, προκειμένου να αποφύγουν ενδεχόμενο πρόβλημα σε μία δύσκολη γέννα. Τα προβλήματα στην επικοινωνία και τη σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενή φαίνεται να διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην πυροδότηση μιας δικαστικής διαμάχης μεταξύ τους, με τα πράγματα να γίνονται

ακόμη πιο δύσκολα όταν οι ασθενείς νιώθουν ότι δεν τους προσφέρεται η προσοχή, η ευαισθησία, οι εξηγήσεις αλλά και ο χρόνος που θα ήθελαν. (Τσίμτσιου, 2011)

3.2.3 Ευκολία προγραμματισμού: Όσον αφορά τις ίδιες τις επίτοκες, επιλέγουν την καισαρική τομή για λόγους ευκολίας, είτε προγραμματισμού, είτε αποφυγής των οδυνών κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού. Το θέμα της ευκολίας ισχύει τόσο για τις υποψήφιες μητέρες όσο και για τους ίδιους τους γιατρούς, πολλοί εκ των οποίων προτιμούν να έχουν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα. (Celen & Simsek, 2012)

3.2.4 Ηλικία της εγκύου: Η αύξηση των καισαρικών τομών οφείλεται και στη μεγαλύτερη ηλικία στην οποία επιλέγουν να τεκνοποιήσουν οι γυναίκες σήμερα. Οι σύγχρονες γυναίκες αργούν να τεκνοποιήσουν σε σύγκριση με προηγούμενα χρόνια καθώς οι περισσότερες εργάζονται ή επιλέγουν να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στην καριέρα τους δεδομένων των οικονομικών αλλαγών αλλά και του ρόλου τους στην οικογένεια.

3.2.5 Τεχνητή γονιμοποίηση: Άλλη μια αιτία του φαινομένου που εξετάζουμε είναι και η ευρεία εφαρμογή των μεθόδων υποβοήθησης της αναπαραγωγής. Το θέμα της πολύδυμης κύησης αφορά σε ένα διαρκώς αυξημένο αριθμό γυναικών. Προς αυτή την κατεύθυνση συνέδραμε η αύξηση των κυήσεων που είναι αποτέλεσμα τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αλλά και η πολιτική της εμφύτευσης περισσότερων τους ενός εμβρύου στην περίπτωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. (Βρεκούσης, Στέφος , 2008)

3.2.6 Οικονομικά κίνητρα: Όπως είναι γνωστό η πράξη της καισαρικής τομής συνεπάγεται μεγαλύτερη αμοιβή για τον ιατρό, γεγονός που αναπόφευκτα επηρεάζει την κρίση του σε περιπτώσεις αβεβαιότητας. Αυτό μπορεί να ισχύει ακόμη και όταν η οικονομική αυτή επιρροή είναι υποσυνείδητη, όταν δηλαδή ο ιατρός είναι πεπεισμένος ότι ενεργεί προς το συμφέρον του ασθενούς. (Ματσαγγάνης, 2001)

3.2.7 Βελτίωση της τεχνολογίας: Η καισαρική τομή σήμερα αποτελεί μια ασφαλή χειρουργική επέμβαση. Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, η οποία επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση του εμβρύου που βρίσκεται σε κίνδυνο και την άμεση διενέργεια της καισαρικής τομής καθώς και η ελάττωση του ποσοστού θνησιμότητας κατά την επέμβαση λόγω της χρήσης της επισκληριδίου αναισθησίας έναντι της ολικής, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στο φαινόμενο που εξετάζουμε. (Νικολουδάκη, 2011)

Κεφάλαιο 4

Συχνότητα της καισαρικής τομής

4.1. Η συχνότητα της καισαρικής τομής διεθνώς και στην Ελλάδα

Ο αριθμός των γεννήσεων που γίνονται με καισαρική τομή έχει αυξηθεί σημαντικά. Σύμφωνα με στατιστικές από το Ηνωμένο Βασίλειο, κατά τα τελευταία 25 χρόνια ο αριθμός των καισαρικών έχει τριπλασιασθεί. Τα παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή αποτελούν το 20% του συνόλου. Ο ρόλος που παίζει η καισαρική τομή στην περαιτέρω γονιμότητα των γυναικών δεν έχει ακόμα μελετηθεί ικανοποιητικά. Ορισμένες έρευνες είχαν δείξει ότι η γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή είχαν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν αποβολές, έκτοπη κύηση και πλακούντες σε ανώμαλη θέση.

Αναμφίβολα για ορισμένες γυναίκες δεν υπάρχει επιλογή και η μέθοδος καισαρικής τομής είναι ο μόνος τρόπος για να γεννήσουν με ασφάλεια. Σε άλλες περιπτώσεις η κατάσταση δεν είναι τόσο ξεκάθαρη. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία για τις καταστάσεις που δημιουργούνται μετά από τις καισαρικές τομές, για να επιτρέπουν στους γιατρούς, στις μαιές και στις γυναίκες να επιλέγουν κάτω από συνθήκες καλής πληροφόρησης, τον καλύτερο δυνατό τρόπο γέννησης.

Με βάση τις σκέψεις αυτές γιατροί από το πανεπιστήμιο του Μπρίστολ διεξήγαγαν μια μεγάλη κλινική και επιδημιολογική έρευνα σε 14.500 γυναίκες στη Βρετανία. Ο στόχος τους ήταν να ανακαλύψουν πόσο επηρεάζει μια καισαρική τομή την περαιτέρω γονιμότητα μιας γυναίκας. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι οι γυναίκες που υπεβλήθησαν σε καισαρική τομή χρειάζονται περισσότερο χρόνο να μείνουν έγκυες σε σύγκριση με αυτές που γέννησαν με τη φυσιολογική οδό. Μεταξύ των γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τρόπο το 7% χρειάζεται περισσότερο από ένα χρόνο για να μείνουν ξανά έγκυες. Μεταξύ αυτών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 12%. Η σημαντική αύξηση του 50% των γυναικών που καθυστερούν να μείνουν έγκυες μετά από καισαρική τομή είναι ένας πολύ μεγάλος αριθμός σε πληθυσμιακό επίπεδο εάν κάποιος αναλογισθεί το μεγάλο αριθμό των καισαρικών τομών

που γίνονται. Το πρόβλημα γίνεται σοβαρότερο για γυναίκες προχωρημένης ηλικίας οι οποίες θέλουν και δεύτερο παιδί. Ο περιορισμός της αυξημένης ηλικίας δεν τους επιτρέπει να περιμένουν πολύ για να μείνουν ξανά έγκυες.

4.2 Γενικά επιδημιολογικά / στατιστικά στοιχεία

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας αναφέρει ότι κανένα κράτος του κόσμου δεν δικαιολογείται να έχει δείκτη καισαρικών τομών μεγαλύτερο του 10-15%. Τα τελευταία 20 χρόνια, ο δείκτης καισαρικών τομών έχει σχεδόν πενταπλασιαστεί στις Η.Π.Α., φτάνοντας το 23,8 το 1989, και τετραπλασιάστηκε στον Καναδά φτάνοντας το 18,3% του συνόλου των κηύσεων το 1987-8. Στις Η.Π.Α. και στον Καναδά, περισσότερο από το 1/3 των καισαρικών τομών οφείλονται σε προηγούμενη καισαρική τομή, ωστόσο το Αμερικανικό κολέγιο μαιευτικής και γυναικολογίας προτείνει την αντικατάσταση της ένδειξης << προηγηθείσα καισαρική τομή >> με μια αντικειμενική ένδειξη για χειρουργική επέμβαση, και αναφέρει ότι πολλές γυναίκες μπορούν μέσω της ενθάρρυνσης και της ιατρικής καθοδήγησης, να πραγματοποιήσουν φυσιολογικό κολπικό τοκετό μετά από προηγούμενη καισαρική τομή.

Το 1989 το 81,5% των Αμερικανίδων που είχαν πραγματοποιήσει παλαιότερα καισαρική τομή σε μια εγκυμοσύνη, πραγματοποίησαν και δεύτερη καισαρική τομή στην επόμενη εγκυμοσύνη τους. το ποσοστό γυναικών που πραγματοποιούν κολπικό τοκετό μετά από προηγούμενη καισαρική τομή, είναι μεγαλύτερο σε όλες της χώρες της Ευρώπης. Ο κανόνας που αναφέρει ότι η πραγματοποίηση μιας καισαρικής τομής συνεπάγεται την πραγματοποίηση καισαρικής τομής και στις επόμενες εγκυμοσύνες έχει πλέον ξεπεραστεί, καθώς οι περισσότερες τομές είναι πλέον χαμηλές εγκάρσιες, με συνέπεια ο κίνδυνος ρήξης προηγούμενης τομής να είναι ανύπαρκτος. Το ποσοστό των γυναικών που υπέστησαν ρήξη της προηγούμενης τομής αφού πραγματοποίησαν κολπικό τοκετό μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή, ήταν μόλις 0,22% το 1985-1990, σε ένα αριθμό 22.000 φυσιολογικών τοκετών μετά από ΠΚΤ (προηγηθείσα καισαρική τομή). Ωστόσο για την περίοδο 1991-99 τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι από το 1991 μέχρι το 1996 το ποσοστό των καισαρικών τομών μειώθηκε, ενώ από το 1996 και μετά οι όροι αντιστρέφονται και το ποσοστό καισαρικών τομών αυξάνεται καθώς το ποσοστό των

φυσιολογικών τοκετών μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή πέφτει σε επίπεδα όμοια με εκείνα που υπήρχαν στις αρχές τις δεκαετίας του 90.

Οι στατιστικές δείχνουν ότι 967.000 καισαρικές πραγματοποιήθηκαν το 1989 στις Η.Π.Α.. Σύμφωνα με έρευνες, πάνω από το μισό των καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. το 1987 δεν ήταν απαραίτητες, και οδήγησαν σε 25.000 σοβαρές λοιμώξεις, 1,1 εκατομμύρια μέρες επιπλέον μέρες νοσηλείας, και είχαν κόστος πάνω από 1 δισεκατομμύρια δολάρια. Περίπου 500 αμερικανίδες πεθαίνουν το χρόνο από αιμορραγία και άλλες επιπλοκές μετά από καισαρική τομή, παρόλο που οι θάνατοι αυτοί μπορεί να συσχετίζονται με τα αίτια της επέμβασης και όχι μόνο από την καθαυτό επέμβαση. Μια καισαρική τομή έχει διπλάσιο κόστος από έναν φυσιολογικό τοκετό. Έχει υπολογιστεί ότι εάν το ποσοστό των καισαρικών τομών (18,8%) στο Κεμπέκ του Καναδά, μειώνονταν στο ποσοστό των καισαρικών τομών που έχει η Φινλανδία (11,9%), το κόστος για το σύστημα υγείας, θα μειώνονταν περίπου κατά 19 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο.

Οι τέσσερις κύριες ενδείξεις για τη διεξαγωγή καισαρικής τομής είναι, προηγηθείσα καισαρική τομή, δυστοκία (μη εξέλιξη του τοκετού), ισχιακή προβολή και εμβρυϊκό distress. Ορισμένες αναφορές δηλώνουν ότι μια πιο προσεκτική διάγνωση και διαχείριση των δυστοκιών θα μπορούσε να μειώσει στο μισό τα ποσοστά καισαρικής τομής και σε συνδυασμό με την πραγματοποίηση λιγότερων καισαρικών λόγω ισχιακής προβολής, και με την προσεκτική διάγνωση του εμβρυϊκού distress καθώς και με την ενεργό ενθάρρυνση για την πραγματοποίηση φυσιολογικού τοκετού μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή, θα μπορούσαν (όλα τα παραπάνω) να μειώσουν το ποσοστό καισαρικών τομών σε λιγότερο από 12% σε διάφορες περιοχές του κόσμου.

Οι καισαρικές τομές φαίνονται όμως να επηρεάζονται και από άλλους μη ιατρογενείς παράγοντες. Τα ποσοστά καισαρικών τομών είναι υψηλότερα στις γυναίκες που έχουν ιδιωτική ασφάλιση, που νοσηλεύονται περισσότερο σε ιδιωτικές κλινικές παρά σε δημόσιες, που είναι μεγαλύτερες σε ηλικία, που είναι έγγαμες και που έχουν υψηλότερο μορφωτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Το ποσοστό των καισαρικών τομών είναι χαμηλότερο για τις έφηβες μητέρες και αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία της μητέρας. Στις Η.Π.Α. το 1999 το ποσοστό καισαρικών για τις μητέρες που βρίσκονταν στα 30 και 40 τους είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο των εφήβων. Επιπλέον σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία τα ποσοστά φυσιολογικών τοκετών μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή είναι υψηλότερα για τις έφηβες μητέρες από εκείνα των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών. Το ποσοστό των καισαρικών τομών είναι μεγαλύτερο στις πρωτότοκες και χαμηλότερο στις δευτερότοκες ή τριτότοκες μητέρες.

Το ποσοστό των καισαρικών τομών στη Βραζιλία είναι το υψηλότερο στον κόσμο. Παρότι στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες το ποσοστό των καισαρικών τομών παρουσίασε μια σταθερή αύξηση, στη Βραζιλία το αντίστοιχο ποσοστό βρίσκεται στα ύψη. Ενώ τα ποσοστά των Η.Π.Α. (24%), ή του Καναδά (22%) βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα, η Βραζιλία είναι πρώτη στον κόσμο στη λίστα του ποσοστού καισαρικών τομών, με ένα ποσοστό 30% στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, και πάνω από 70% στα ιδιωτικά νοσοκομεία και μαιευτικές κλινικές. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε πολλούς παράγοντες ορισμένοι από τους οποίους αναλύονται παρακάτω. Πολλές έγκυες γυναίκες προσέρχονται στα ιατρεία των μαιευτήρων ανέτοιμες να αντιμετωπίσουν το άγχος και τους πόνους ενός κοιλιακού τοκετού, και χωρίς να είναι ενημερωμένες σχετικά με τους κινδύνους που συνεπάγεται μια καισαρική τομή, καθώς και επηρεασμένες από εμπειρίες φίλων ή μελών της οικογένειας. Οι Βραζιλιάνες δε θεωρούν την καισαρική τομή γρήγορη, ασφαλή και απλή χειρουργική επέμβαση, ενώ οι γιατροί δεν κάνουν τίποτα για να αλλάξουν αυτήν την πεποίθηση και να δώσουν μια σαφή εικόνα των συνεπειών μιας καισαρικής τομής, αυτό οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στο γεγονός του μεγάλου φόρτου εργασίας των Βραζιλιάνων μαιευτήρων, που δεν τους αφήνει περιθώρια να ξοδέψουν πολύ χρόνο παρακολουθώντας μια έγκυο, ενώ η καισαρική τομή, τους δίνει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν πολλές Κ.Τ στο χρόνο που θα χρειάζονταν για να πραγματοποιήσουν ένα φυσιολογικό τοκετό. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την απόλυτη εμπιστοσύνη που δείχνουν οι μητέρες στην γνώμη του γιατρού τους, δικαιολογεί, εν μέρει, το τόσο υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών που διαθέτει η Βραζιλία. Και όλα αυτά παρά το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών θα προτιμούσαν ένα φυσιολογικό τοκετό από μία καισαρική τομή. Σύμφωνα με έρευνες το 70-80% των Βραζιλιάνων γυναικών που επισκέπτονται δημόσια ή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, προτιμούν έναν φυσιολογικό τοκετό από μία καισαρική τομή.

Από το 1970 και μετά παρατηρείται ραγδαία αύξηση των καισαρικών τομών στη Βραζιλία, ώσπου το 1990 η ιατρική κοινότητα, θορυβημένη από τα μεγάλα ποσοστά καισαρικών τομών, επέβαλε στην κυβέρνηση την λήψη μέτρων για τη μείωση αυτών των ποσοστών. Πράγματι τα μέτρα απέδωσαν μειώνοντας το ποσοστό καισαρικών τομών στην πρωτεύουσα του Sao Paulo από 45%, όπου βρίσκονταν το 1997, σε 29% το 2000. Παρά την τόσο σημαντική μείωση του ποσοστού καισαρικών τομών, στα ιδιωτικά νοσοκομεία και μαιευτικές κλινικές το ποσοστό αγγίζει το 90%, και παραμένει σταθερό. <<Εάν δεν υπάρξει αλλαγή στον κοινό νοο, και δεν γίνουν σοβαρή επένδυση στον τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης, τα πράγματα δεν πρόκειται να αλλάξουν>>, αναφέρει ο κ. Bittar Roberto, καθηγητής μαιευτικής στο πανεπιστήμιο του Sao Paulo.

4.3 Γιατί στην Ελλάδα τα νούμερα έχουν ξεφύγει;

•Στην Ελλάδα η σχέση του μαιευτήρα με την έγκυο είναι πολύ πιο προσωπική από ό,τι σε άλλες χώρες. Επομένως η αντιμετώπιση είναι πιο αμυντική γιατί οι ευθύνες είναι πιο προσωποποιημένες. Υπό τον φόβο ιατρονομικών εμπλοκών ο ιατρός συχνά επιλέγει να πάρει την κατάσταση στα χέρια του με ένα γρήγορο και ελεγχόμενο από αυτόν τοκετό, που είναι η καισαρική τομή.

•Στην Ελλάδα υπάρχει παντελής απουσία πολιτικής φυσιολογικού τοκετού μετά από καισαρική.

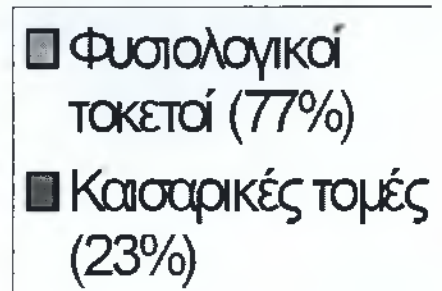
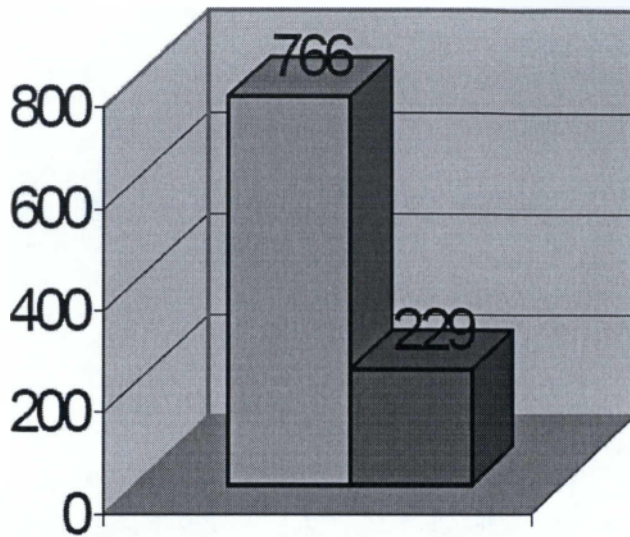
•Ακόμη στη χώρα μας ο ρόλος της μαιέας, που είναι αναπόσπαστος κρίκος του φυσιολογικού τοκετού είναι σαφώς υποβαθμισμένος.

Πάνω από όλα η αύξηση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα αντικατοπτρίζει την αντίληψη της κοινωνίας μας. Όλα γρήγορα, χωρίς πολύ προσπάθεια και χωρίς πολύ κόπο. Ανυπόμονες έγκυες, που θέλουν να γεννήσουν σε λίγα λεπτά με ελάχιστη προσπάθεια, στάση που αντικατοπτρίζεται από το συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό καισαρικών μετά από επιθυμία της μητέρας. Ανυπόμονοι συγγενείς που μετά από λίγες ώρες αναμονής ανησυχούν αρχικά και αργότερα πιέζουν, απαιτώντας τη «λύτρωση» με καισαρική. Και, τέλος, βιαστικοί ιατροί που στον πιεσμένο χρόνο τους προσπαθούν να τα χωρέσουν όλα.

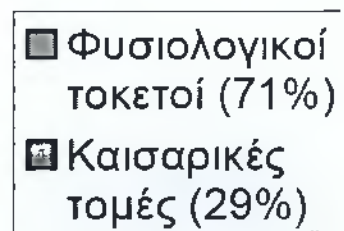
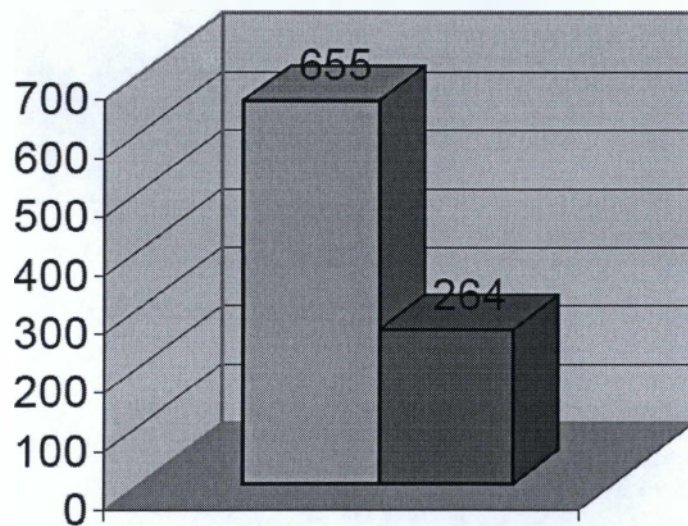
Το μεγαλύτερο επιχείρημα υπέρ της καισαρικής τομής είναι το γεγονός ότι η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό μητρικής θνησιμότητας πανευρωπαϊκά. Αυτό αποδίδεται στην ευκολία πραγματοποίησης καισαρικής τομής χωρίς όμως να μπορεί να τεκμηριωθεί επαρκώς επιστημονικά.

(<http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.article&id=31418>)

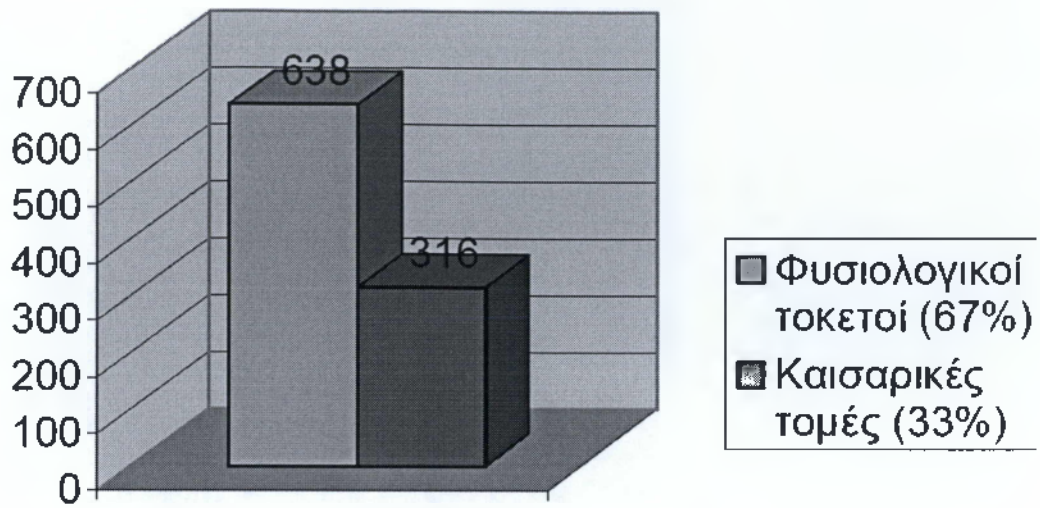
Χαρακτηριστικά της κατάστασης είναι τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της Κρήτης σχετικά με τη συχνότητα των καισαρικών τομών. Παρακάτω δίνονται μερικά μόνο από αυτά.



Έτος 2001

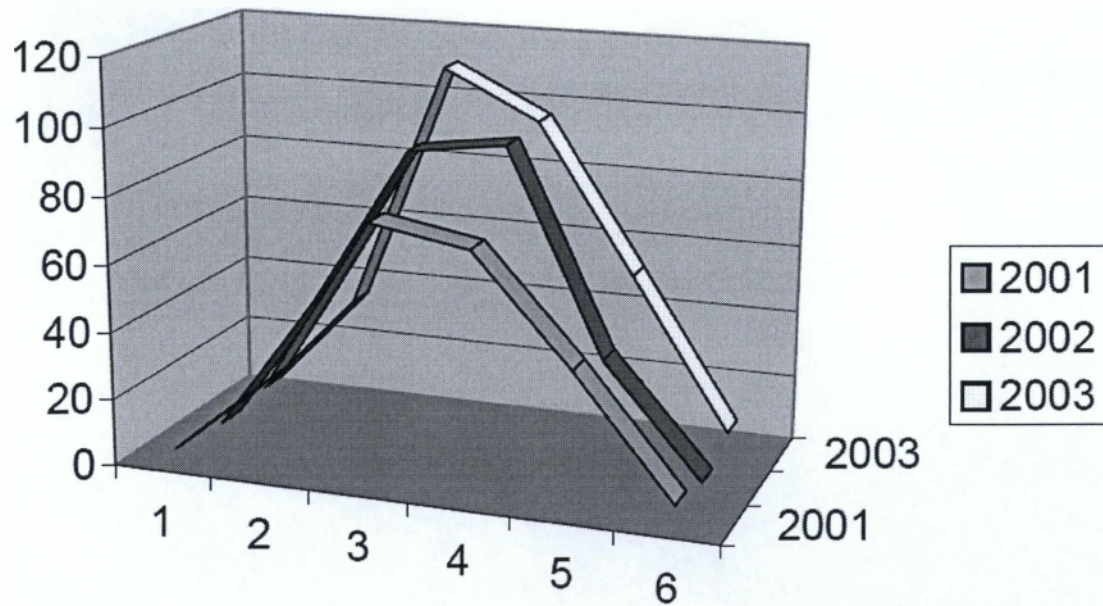


Έτος 2002

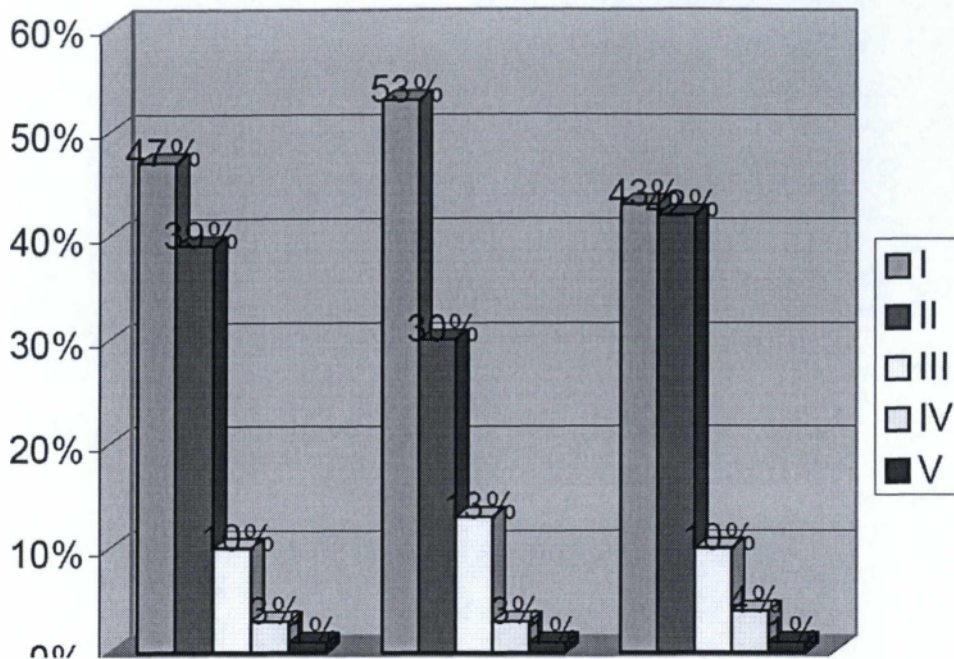


Έτος 2003

Ηλικίες εγκύων



Αριθμός γέννας των εγκύων για τα τρία έτη



4.4 Δημοσίευση 2013 του ΟΟΣΑ για την ανασκόπηση της κατάστασης των κρατών μελών

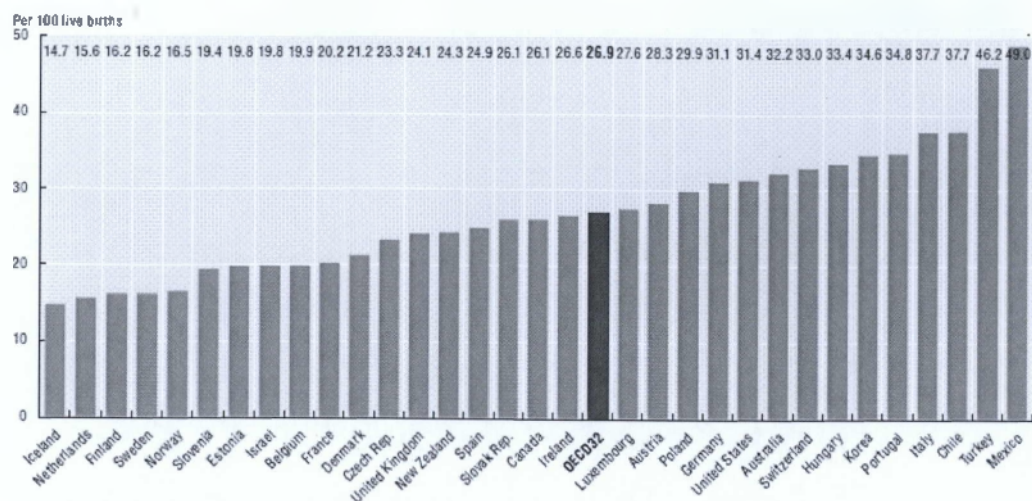
Το 2013 δημοσίευσε ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) μία ανασκόπηση της κατάστασης της υγείας των κατοίκων όλων των χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2013) τα ποσοστά της καισαρικής τομής ως ποσοστό όλων των γεννήσεων παιδιών που έζησαν, έχει αυξηθεί σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ τις τελευταίες δεκαετίες, αν και σε κάποιες χώρες, η τάση αυτή έχει αναστραφεί ελαφρά. Οι λόγοι, μεταξύ άλλων, για την αύξηση συμπεριλαμβάνουν τις μειώσεις των κινδύνων επιπλοκών κατά την καισαρική τομή, θέματα ευθύνης λόγω αθέμιτων πρακτικών, προγραμματισμός για ευκολία του γυναικολόγου και της εγκύου και αλλαγές στη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή.

Παρ' όλα αυτά, η καισαρική τομή συνεχίζει να συνδέεται με αυξημένη μητρική και παιδική θνησιμότητα και αυξανόμενες επιπλοκές για τους επόμενους τοκετούς (Minkoff and Chervenak, 2003; Bewley and Cockburn, 2002; Villar et al., 2006). Αυτές οι ανησυχίες, σε συνδυασμό με το αυξημένο οικονομικό κόστος (το μέσο κόστος που

συνδέεται με τον τοκετό με καισαρική τομή είναι τουλάχιστον δύο φορές μεγαλύτερο από το φυσιολογικό τοκετό σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, Koechlin et al., 2010), προκαλούν ερωτήματα σχετικά με την καταλληλότητα εφαρμογής της καισαρικής τομής στις περιπτώσεις όπου δεν απαιτείται ιατρικά.

Το 2011, τα ποσοστά καισαρικών τομών ήταν τα πλέον χαμηλά στις σκανδιναβικές χώρες (Ισλανδία, Φινλανδία, Σουηδία και Νορβηγία) και στις Κάτω Χώρες. Συγκεκριμένα τα ποσοστά κυμαίνονταν από 15% ως 17% (διάγραμμα 1). Στις Κάτω Χώρες, το 16% όλων των γεννήσεων έγιναν στο σπίτι το 2010 (πολύ μεγάλο ποσοστό γεννήσεων στο σπίτι σε σχέση με άλλες χώρες, αν και το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια), ενώ 11% των τοκετών έγιναν σε κάποιο κέντρο γεννήσεων (περιβάλλον που μοιάζει με το σπίτι) κάτω από τη φροντίδα μαίας (Euro-Peristat, 2013). Μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, τα ποσοστά καισαρικών τομών ήταν ιδιαίτερα υψηλά στο Μεξικό και στην Τουρκία (πάνω από 45%), και ακολουθούσαν η Χηλή, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Κορέα (με ποσοστά από 35% έως 38%).

Διάγραμμα 1: Ποσοστά καισαρικών τομών το 2011

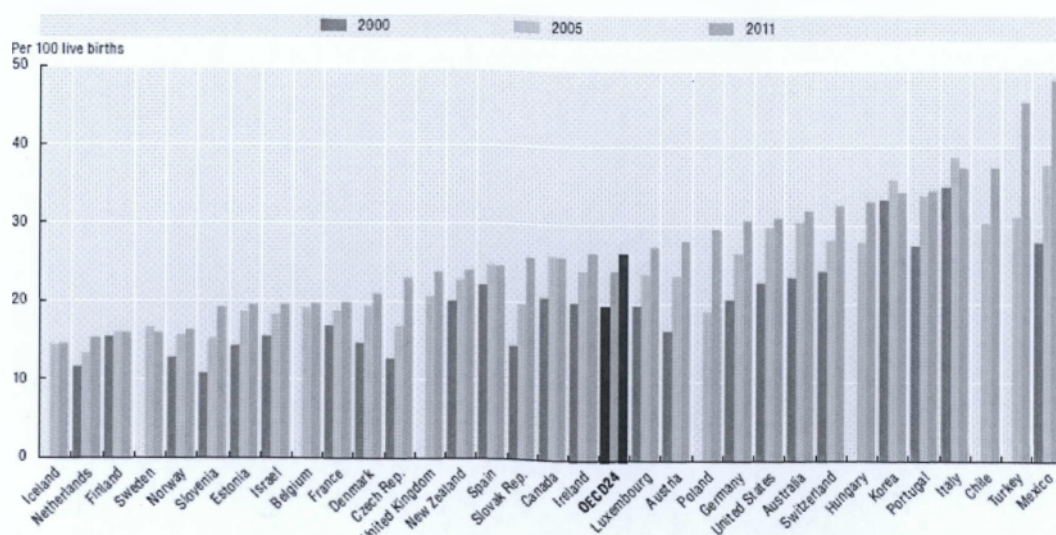


Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917617>

Τα ποσοστά των καισαρικών τομών έχουν αυξηθεί κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, με το μέσο ποσοστό στις χώρες να αυξάνεται από 20% το 2000 σε 27% το 2011 (διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2: Αυξανόμενα ποσοστά καισαρικών τομών, 2000 έως 2011



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917636>

Οι αυξήσεις των πρώτων γεννήσεων σε ηλικιωμένες γυναίκες και η αύξηση των πολύδυμων κυήσεων λόγω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν συμβάλει στη γενική άνοδο του ποσοστού των καισαρικών τομών. Το ποσοστό αύξησης μετά το 2000 είναι ιδιαίτερα έντονο στο Μεξικό και την Τουρκία (όπου εντοπίζονταν ήδη υψηλά ποσοστά το 2000, και έτσι διευρύνεται το χάσμα με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ) και στη Σλοβενία, την Τσεχία και τη Σλοβακία (που άρχισαν με χαμηλά ποσοστά, αλλά κινούνται γρήγορα προς το μέσο όρο του ΟΟΣΑ). Σε πολλές χώρες, εντούτοις, το ποσοστό αύξησης παρουσιάζει επιβράδυνση μετά το 2005. Σε μερικές χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία (που είχαν τα πιο χαμηλά ποσοστά) και η Ιταλία και η Κορέα (που είχαν τα πιο υψηλά ποσοστά), η τάση των αυξανόμενων ποσοστών έχει αντιστραφεί και τα ποσοστά μειώνονται ελαφρώς από τα μέσα της δεκαετίας του 2000.

Εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στα ποσοστά καισαρικών τιμών μεταξύ διαφορετικών περιοχών και νοσοκομείων εντός της ίδιας χώρας. Στην Ελβετία όπου το ένα τρίτο των γεννήσεων γίνονται με καισαρική τομή, οι καισαρικές τομές ήταν λιγότερες από 20% σε κάποιες περιοχές ενώ σε άλλες ξεπερνούσαν το 40% το 2010. Εντός ίδιων περιφερειών εντοπίζονταν επίσης σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα νοσοκομεία. Στις ιδιωτικές κλινικές το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν ιδιαίτερα υψηλότερο (41%) σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία (30.5%) (OFSP, 2013). Στη Γαλλία, μία μελέτη το 2008 από την Ομοσπονδία Γαλλικών Νοσοκομείων βρήκε υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών σε ιδιωτικά μαιευτήρια σε σύγκριση με τα δημόσια, αν και τα δημόσια έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες περίπλοκων τοκετών (FHF, 2008).

Ενώ η καισαρική τομή επιβάλλεται σε κάποιες περιπτώσεις, τα οφέλη της εφαρμογής της σε περιπτώσεις όπου δεν ενδείκνυται αμφισβητούνται από αρκετούς επιστήμονες. Επαγγελματικοί σύνδεσμοι μαιευτήρων και γυναικολόγων σε χώρες όπως ο Καναδάς ενθαρρύνουν την προώθηση του φυσιολογικού – κολπικού τοκετού χωρίς παρεμβάσεις όπως η καισαρική τομή (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al., 2008).

Συμπεράσματα

Τα υπερβολικά αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών, με ολοένα αυξανόμενες τάσεις, στην χώρα μας, αλλά και διεθνώς, είναι πλέον γεγονός ότι δεν μπορούν να δικαιολογηθούν μόνο από παρουσία ιατρικών λόγων. Αντίθετα, δείχνουν ότι σε αρκετές περιπτώσεις τα κίνητρα για την απόφαση διενέργειας καισαρικής τομής είναι οικονομικά, καθώς και κίνητρα ευκολίας.

Η δραματική αύξηση των καισαρικών τομών στην χώρα μας αλλά και διεθνώς επιβάλλει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην συζήτηση τόσο ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας όσο και προς τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας για τις δυνητικές αρνητικές επιπτώσεις των καισαρικών τομών για την υγεία του παιδιού. Η απόφαση για την διενέργεια καισαρικής τομής πρέπει να λαμβάνεται μετά από ενήμερη συγκατάθεση των γονιών, κατά την οποία περιλαμβάνεται και η πλήρης, σύγχρονη ενημέρωση για πιθανούς βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους αυξημένους κινδύνους της παρέμβασης για την υγεία του παιδιού. Η έκβαση του μητρικού θηλασμού δεν λαμβάνεται συνήθως υπόψη κατά την ενημέρωση των γονιών και πρέπει να επισημαίνεται επαρκώς. Η καισαρική τομή θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν τα πιθανά οφέλη για την μητέρα και το νεογέννητο υπερτερούν των πιθανών κινδύνων.

Ως προς τις καισαρικές τομές χωρίς ιατρική ένδειξη, κατ' επιλογή των γονιών, πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια ώστε η καισαρική τομή να μην θεωρείται από τις έγκυες και το γενικό κοινό ως επιλογή lifestyle. Το ποσοστό των ίδιων εγκύων ή των συζύγων τους που, κατά την εγκυμοσύνη, επιθυμούν προγραμματισμένη καισαρική τομή στην πραγματικότητα αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία μεταξύ 6-8%. Σύμφωνα με τον Weaver et al, στη Μεγάλη Βρετανία οι περισσότεροι μαιευτήρες ανέφεραν ελάχιστες αιτήσεις για καισαρική τομή από τους γονείς, παρόλο που ταυτόχρονα θέτουν την επιθυμία των γονιών ως τον πιο σημαντικό παράγοντα που οδηγεί στα αυξανόμενα ποσοστά καισαρικών τομών. Τα έως τώρα στοιχεία για μεγάλους αριθμούς γυναικών που ζητούν καισαρικές τομές σε απουσία κλινικών ενδείξεων είναι ασθενή. Οι γυναίκες αυτές συνιστούν μικρή μειοψηφία και χρειάζονται λεπτομερή συμβουλευτική γιατί συχνά υπάρχουν ψυχολογικά θέματα και διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για τους κινδύνους των παρεμβάσεων. Τα αυξανόμενα ποσοστά καισαρικών τομών φαίνεται να σχετίζονται με

παράγοντες διαφορετικούς από τις προτιμήσεις των γυναικών. Πληροφορίες και συμβουλευτική πρέπει να παρέχονται συχνά και αναλυτικά όταν η συζήτηση για καισαρική ξεκινάει από την έγκυο. Συχνά πίσω από τις καισαρικές αυτές υποκρύπτεται η αντίληψη ότι η καισαρική είναι η πιο ασφαλής επιλογή για το βρέφος. Η αντίληψη αυτή αντανακλά επαγγελματική ανεπάρκεια στην συμβουλευτική. Σύμφωνα με όσα ανασκοπήθηκαν παραπάνω, μια συμβουλευτική προσέγγιση που περιορίζεται μόνο σε συζήτηση σχετικά με τους άμεσους αναπνευστικούς κινδύνους για το νεογέννητο είναι σαφώς ανεπαρκής επαγγελματική συμπεριφορά.

Η μείωση των προκλήσεων τοκετού και των προγραμματισμένων καισαρικών τομών πριν τις 39 εβδομάδες κύησης και χωρίς έναρξη τοκετού είναι απόλυτα αναγκαία, αλλά και εφικτή, όπως δείχνει η διεθνής εμπειρία. Η Αμερικανική Ακαδημία Μαιευτήρων – Γυναικολόγων συνιστά να μην γίνονται προγραμματισμένες γεννήσεις πριν την συμπλήρωση 39 εβδομάδων κύησης, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι νεογνικές επιπλοκές που σχετίζονται με προωρότητα. Ο Laye et al υπολογίζει ότι το 50% των εισαγωγών στην νεογνική μονάδα μετά από προγραμματισμένη καισαρική τομή είναι αποτέλεσμα παραβίασης των κριτηρίων της Αμερικανικής Ακαδημίας Μαιευτήρων – Γυναικολόγων. Επισημαίνει επίσης ότι η συμμόρφωση στις συστάσεις της Ακαδημίας είναι σημαντικά υψηλότερη σε πανεπιστημιακή μαιευτική κλινική από ότι σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

Όταν η καισαρική τομή είναι ιατρικά αναγκαία, πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια για την όσο το δυνατό μεγαλύτερη επιπλέον υποστήριξη της δημιουργίας δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογέννητου και για βελτιστοποίηση των συνθηκών που προάγουν την επιτυχία του μητρικού θηλασμού. Απαιτείται προσπάθεια ώστε η καισαρική να γίνεται κατά το δυνατό μετά την έναρξη τοκετού ή συσπάσεων, με ενεργό συμμετοχή της επιτόκου χρησιμοποιώντας περιοχική αναισθησία, με συνθήκες ησυχίας, απαλών φώτων και ομοιάζουσες με τις συνθήκες του σπιτιού της επιτόκου, και με άμεση επαφή δέρμα με δέρμα του νεογέννητου στο στήθος της μητέρας, ή και με τον πατέρα. Τα παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή πρέπει να αντιμετωπίζονται ως κατηγορία κινδύνου για πρόωρο αποθλασμό και να γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια από τους επαγγελματίες υγείας οδηγίες για σωστή τεχνική θηλασμού, συνδιαμονή και ελεύθερη σίτιση με τα σημάδια πείνας του νεογέννητου, όχι πιπίλες, όχι υποκατάστατο μητρικού γάλακτος χωρίς σαφή ιατρική ένδειξη.

Είναι καιρός να επανεκτιμηθεί και στην Ελλάδα η περιγεννητική φροντίδα προς την κατεύθυνση περιορισμού των νότιμο μη αναγκαίων και δυνητικά βλαπτικών ιατρικών παρεμβάσεων. Απαιτείται ανάλογη συζήτηση, δράση και πολιτικές από την πολιτεία και τους αρμόδιους επιστημονικούς φορείς.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization, 2009. Global Criteria for Mother-Friendly Care.
2. Γάκη Ε, Παπαμιχαήλ Δ, Σαραφίδου Γ, Παναγιωτόπουλος Τ, Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. Έκθεση: Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2009.
3. Carbonne B. Increase in cesarean delivery: are we facing a pandemic? *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 Dec;107(3):183-4.
4. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth.* 2008 Mar;35(1):3-8.
5. De Luca R, Boulvain M, Irion O, Berner M, Pfister RE. Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics.* 2009 Jun;123(6):e1064-71.
6. Jain NJ, Kruse LK, Demissie K, Khandelwal M. Impact of mode of delivery on neonatal complications: trends between 1997 and 2005. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009 Jun;22(6):491-500.
7. Derbent A, Tatli MM, Duran M, Tonbul A, Kafali H, Akyol M et al. Transient tachypnea of the newborn: effects of labor and delivery type in term and preterm pregnancies. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 May;283(5):947-51.
8. Dunne C, Da Silva O, Schmidt G, Natale R. Outcomes of elective labour induction and elective caesarean section in low-risk pregnancies between 37 and 41 weeks' gestation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009 Dec;31(12):1124-30.
9. Boutsikou T, Malamitsi-Puchner A. Caesarean section: impact on mother and child. *Acta Paediatr.* 2011 Dec;100(12):1518-22.
10. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):389-94.
11. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med.* 2009 Jan 8;360(2):111-20.

12. Wilmink FA, Hukkelhoven CW, Lunshof S, Mol BW, van der Post JA, Papatsonis DN. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Mar;202(3):250.e1-8.
13. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. 2008 Jan 12;336(7635):85-7.
14. Costello JM, Polito A, Brown DW, McElrath TF, Graham DA, Thiagarajan RR et al. Birth before 39 weeks' gestation is associated with worse outcomes in neonates with heart disease. *Pediatrics*. 2010 Aug;126(2):277-84.
15. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2010 Sep;95(5):F326-30.
16. Hoffmire CA, Chess PR, Ben Saad T, Glantz JC. Elective delivery before 39 weeks: the risk of infant admission to the neonatal intensive care unit. *Matern Child Health J*. 2012 Jul;16(5):1053-62.
17. Tutdibi E, Gries K, Bücheler M, Misselwitz B, Schlosser RL, Gortner L. Impact of labor on outcomes in transient tachypnea of the newborn: population-based study. *Pediatrics*. 2010 Mar;125(3):e577-83.
18. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr*. 2004 May;93(5):643-7.
19. Kamath BD, Todd JK, Glazner JE, Lezotte D, Lynch AM. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2009 Jun;113(6):1231-8.
20. Benterud T, Sandvik L, Lindemann R. Cesarean section is associated with more frequent pneumothorax and respiratory problems in the neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(3):359-61.
21. Zanardo V, Padovani E, Pittini C, Doglioni N, Ferrante A, Trevisanuto D. The influence of timing of elective cesarean section on risk of neonatal pneumothorax. *J Pediatr*. 2007 Mar;150(3):252-5.
22. Tanger HL, van den Berg A, Bolte AC, van Elburg RM. Less neonatal morbidity with elective caesarean sections at term: local guideline for elective caesarean section is effective. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A1201.

23. Nicoll AE, Black C, Powls A, Mackenzie F. An audit of neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section at term. *Scott Med J.* 2004 Feb;49(1):22-5.
24. Marom R, Dollberg S, Mimouni FB, Berger I, Mordechayev N, Ochshorn Y et al. Neonatal blood glucose concentrations in caesarean and vaginally delivered term infants. *Acta Paediatr.* 2010 Oct;99(10):1474-7.
25. Karlström A, Lindgren H, Hildingsson I. Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJOG.* 2013 Mar;120(4):479-86.
26. Lubetzky R, Ben-Shachar S, Mimouni FB, Dollberg S. Mode of delivery and neonatal hematocrit. *Am J Perinatol.* 2000;17(3):163-5.
27. Christensson K, Siles C, Cabrera T, Belaustequi A, de la Fuente P, Lagercrantz H et al. Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants. *Acta Paediatr.* 1993 Feb;82(2):128-31.
28. Cho CE, Norman M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Apr;208(4):249-54.
29. Biasucci G, Rubini M, Riboni S, Morelli L, Bessi E, Retetangos C. Mode of delivery affects the bacterial community in the newborn gut. *Early Hum Dev.* 2010 Jul;86 Suppl 1:13-5.
30. Mitsou EK, Kirtzalidou E, Oikonomou I, Liosis G, Kyriacou A. Fecal microflora of Greek healthy neonates. *Anaerobe.* 2008 Apr;14(2):94-101.
31. Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, Magris M, Hidalgo G, Fierer N et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010 Jun 29;107(26):11971-5.
32. van Nimwegen FA, Penders J, Stobberingh EE, Postma DS, Koppelman GH, Kerkhof M et al. Mode and place of delivery, gastrointestinal microbiota, and their influence on asthma and atopy. *J Allergy Clin Immunol.* 2011 Nov;128(5):948-55.e1-3.
33. Ehole B, Mazur B, Królak-Olejnik B, Kwiecińska M, Karpe J, Grzonka D. Emergency and elective cesarean section and selected elements of immunological system of full-term neonates. *Ginekol Pol.* 2009 Oct;80(10):757-61.

34. Koplin J, Allen K, Gurrin L, Osborne N, Tang ML, Dharmage S. Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and IgE-mediated food allergy: a systematic review. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008 Dec;19(8):682-7.
35. Kvenshagen B, Halvorsen R, Jacobsen M. Is there an increased frequency of food allergy in children delivered by caesarean section compared to those delivered vaginally? *Acta Paediatr*. 2009 Feb;98(2):324-7.
36. Metsälä J, Lundqvist A, Kaila M, Gissler M, Klaukka T, Virtanen SM. Maternal and perinatal characteristics and the risk of cow's milk allergy in infants up to 2 years of age: a case-control study nested in the Finnish population. *Am J Epidemiol*. 2010 Jun 15;171(12):1310-6.
37. Sánchez-Valverde F, Gil F, Martínez D, Fernández B, Aznal E, Oscoz M et al. The impact of caesarean delivery and type of feeding on cow's milk allergy in infants and subsequent development of allergic march in childhood. *Allergy*. 2009 Jun;64(6):884-9.
38. Kolokotroni O, Middleton N, Gavatha M, Lamnisos D, Priftis KN, Yiallourous PK. Asthma and atopy in children born by caesarean section: effect modification by family history of allergies - a population based cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2012 Nov 16;12:179.
39. Pistiner M, Gold DR, Abdulkerim H, Hoffman E, Celedón JC. Birth by cesarean section, allergic rhinitis, and allergic sensitization among children with a parental history of atopy. *J Allergy Clin Immunol*. 2008 Aug;122(2):274-9.
40. Renz-Polster H, David MR, Buist AS, Vollmer WM, O'Connor EA, Frazier EA et al. Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clin Exp Allergy*. 2005 Nov;35(11):1466-72.
41. Metsälä J, Kilkkinen A, Kaila M, Tapanainen H, Klaukka T, Gissler M et al. Perinatal factors and the risk of asthma in childhood—a population-based register study in Finland. *Am J Epidemiol*. 2008 Jul 15;168(2):170-8.
42. Davidson R, Roberts SE, Wotton CJ, Goldacre MJ. Influence of maternal and perinatal factors on subsequent hospitalisation for asthma in children: evidence from the Oxford record linkage study. *BMC Pulm Med*. 2010 Mar 16;10:14. doi: 10.1186/1471-2466-10-14.
43. Roduit C, Scholtens S, de Jongste JC, Wijga AH, Gerritsen J, Postma DS et al. Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. *Thorax*. 2009 Feb;64(2):107-13.

44. Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clin Exp Allergy*. 2008 Apr;38(4):629-33.
45. Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*. 2008 May;51(5):726-35.
46. Algert CS, McElduff A, Morris JM, Roberts CL. Perinatal risk factors for early onset of Type 1 diabetes in a 2000-2005 birth cohort. *Diabet Med*. 2009 Dec;26(12):1193-7.
47. Decker E, Engelmann G, Findeisen A, Gerner P, Laass M, Ney D et al. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics*. 2010 Jun;125(6):e1433-40.
48. Mårild K, Stephansson O, Montgomery S, Murray JA, Ludvigsson JF. Pregnancy outcome and risk of celiac disease in offspring: a nationwide case-control study. *Gastroenterology*. 2012 Jan;142(1):39-45.e3.
49. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Zera CA, Edwards JW, Oken E, Weiss ST et al. Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age children: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*. 2012 Jul;97(7):610-6.
50. Blustein J, Attina T, M Liu, A M Ryan, L M Cox, M J Blaser et al. Association of caesarean delivery with child adiposity from age 6 weeks to 15 years. *International Journal of Obesity* advance online publication 14 May 2013; doi: 10.1038/ijo.2013.49
51. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P et al. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 2010 Dec;37(4):275-9.
52. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*. 2002 Jun;29(2):124-31.
53. Zanardo V, Pigozzo A, Wainer G, Marchesoni D, Gasparoni A, Di Fabio S et al. Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2013 Jan;98(1):F37-41.
54. Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Creed-Kanashiro H, Dewey KG. Risk factors for early lactation problems among Peruvian primiparous mothers. *Matern Child Nutr*. 2010 Apr;6(2):120-33.

55. Karlström A, Engström-Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Sep-Oct;36(5):430-40.
56. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003 Sep;112(3 Pt 1):607-19.
57. Saki A, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Bordbar MR. A prospective study of the effect of delivery type on neonatal weight gain pattern in exclusively breastfed neonates born in Shiraz, Iran. *Int Breastfeed J*. 2010 Jan 27;5:1.
58. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *Int J Nurs Stud*. 2007 Sep;44(7):1128-37.
59. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H et al. The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Dec;13(6):505-13.
60. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B et al. Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth*. 2010 Mar;37(1):44-9.
61. Gagliardi L, Petrozzi A, Rusconi F. Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding. *Arch Dis Child*. 2012 Apr;97(4):355-7.
62. Swain JE, Tasgin E, Mayes LC, Feldman R, Constable RT, Leckman JF. Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Oct;49(10):1042-52.
63. AAP, American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
64. Chertok IR, Shoham-Vardi I. Infant hospitalization and breastfeeding post-caesarean section. *Br J Nurs*. 2008 Jun 26-Jul 9;17(12):786-91.
65. Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective

- cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Jun;283(6):1193-8.
66. Bailit JL, Gregory KD, Reddy UM, Gonzalez-Quintero VH, Hibbard JU, Ramirez MM et al. Maternal and neonatal outcomes by labor onset type and gestational age. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Mar;202(3):245.e1-245.e12.
67. Tollånes MC. Increased rate of Caesarean sections--causes and consequences. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 Jun 25;129(13):1329-31.
68. Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health*. 2005 Jun;15(3):288-95.
69. Leach JD. C-sections, breastfeeding and bugs for your baby: what the doctor probably won't tell you. *Midwifery Today Int Midwife*. 2006;(79):12-3.
70. Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth--few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2011 Oct;27(5):620-7.
71. Johansson M, Rådestad I, Rubertsson C, Karlström A, Hildingsson I. Few fathers-to-be prefer caesarean section for the birth of their baby. *BJOG*. 2010 May;117(6):761-4.
72. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*. 2007 Mar;34(1):32-41.
73. Klein MC. Cesarean section on maternal request: a societal and professional failure and symptom of a much larger problem. *Birth*. 2012 Dec;39(4):305-10.
74. Nicholl MC, Cattell MA. Getting evidence into obstetric practice: appropriate timing of elective caesarean section. *Aust Health Rev*. 2010 Mar;34(1):90-2.
75. Donovan EF, Lannon C, Bailit J, Rose B, Iams JD, Byczkowski T; Ohio Perinatal Quality Collaborative Writing Committee. A statewide initiative to reduce inappropriate scheduled births at 36(0/7)-38(6/7) weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Mar;202(3):243.e1-8.
76. Engle WA, Kominiarek MA. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol*. 2008 Jun;35(2):325-41.
77. Reisner DP, Wallin TK, Zingheim RW, Luthy DA. Reduction of elective inductions in a large community hospital. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Jun;200(6):674.e1-7.

78. Oshiro BT, Henry E, Wilson J, Branch DW, Varner MW; Women and Newborn Clinical Integration Program. Decreasing elective deliveries before 39 weeks of gestation in an integrated health care system. *Obstet Gynecol.* 2009 Apr;113(4):804-11.
79. Laye MR, Dellinger EH. Timing of scheduled cesarean delivery in patients on a teaching versus private service: adherence to American College of Obstetricians and Gynecologists guidelines and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Aug;195(2):577-82.
80. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011 Sep-Oct;36(5):318-24.
81. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth.* 2007 Jun;34(2):105-14.
82. Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG.* 2008 Jul;115(8):1037-42.
83. WHO/UNICEF. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. 2003. http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_eng.pdf
84. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/>
85. Klaus M, Klaus P. Academy of breastfeeding medicine founder's lecture 2009: Maternity care re-evaluated. *Breastfeed Med.* 2010 Feb;5(1):3-8.
86. Mamun, Abdullah A, Sutharsan et al. Cesarean Delivery and the Long-Term Risk of Offspring Obesity. *Obstetrics & Gynecology*, published online, 6 November 2013
87. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The Royal college of Midwives. Caesarean section. NICE Clinical Guideline. November 2011.
88. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Delivery of the fetus at caesarean section. New College Statement. C-Obs 37, February 2014.
89. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Timing of elective caesarean section at term. College Statement. C-Obs 23, October 2013.
90. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Planned vaginal birth after caesarean section. College Statement. C-Obs 38, October 2013.

91. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Categorization of urgency for caesarean section. College Statement. C-Obs 14, October 2013.
92. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, Κατευθυντήρια Οδηγία Νο9 Πρόκληση τοκετού, Ιανουάριος 2014. www.hsog.gr
93. Βραχνής Ν. Μαιευτικά Επείγοντα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας (2013)
94. Αρσενοπούλου Ι., 2001, Η κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών
95. Βρεκούσης Θ., Στέφος Θ., 2008, Ο τοκετός σε πολύδυμη κύηση, Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία
96. Ματσαγγάνης Μ., 2001, Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα
97. Νικολουδάκη Κ., 2011, μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, Πανεπιστήμιο Κρήτης
98. Ρούζκοβα Μ., 2008, Φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή;, Θεσσαλονίκη
99. Τζεβελέκης Φ., 2008, καισαρική τομή: Νεότερα δεδομένα, Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία
100. Τσίμτσιου Ζ., 2011, Επικοινωνία ιατρού – ασθενούς και ιατρικά λάθη, Αρχαία Ελληνική ιατρική 2011
101. Φούρα Γ., 2012, www.news.kathimerini.gr
102. Αραβαντινού Ι. Διονυσίου. Μαιευτική Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανού. 1989
103. Γεωργακόπουλου Π.Α. Στοιχεία μαιευτικής, μαιευτικής νοσηλευτικής και γυναικολογίας. Αθήνα Εκδόσεις Γρ. Κ Παρισιανού. 3η έκδοση. 1966
104. Ζούρλας Παντ. Α. και συνεργάτες. Μαθήματα μαιευτικής γυναικολογίας. Αθήνα. Εκδόσεις Λύχνος. 1986
105. Καρπάθιος Σ.Ε. Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική. Β' τόμος. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα medical arts. 2η έκδοση. 1999
106. Κασκαρέλη Β. Διονυσίου. Μαιευτική και γυναικολογία. Β' τόμος. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός. 2η έκδοση. 1976.
107. Κουτηφάρη Χρ. Βασιλείου. Άτλας μαιευτικής. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιανού. 1980.
108. Κρεατσά Κ. Γεωργίου. Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Α' τόμος. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. 1998.
109. Λάζος Μ. Λουκάς. Παρασκευάς Κ. Γεώργιος. Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. Θεσσαλονίκη. University studio press. 1996.

110. Λούρου Κ. Νικολάου. Μαιευτική και γυναικολογία. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιανός. Έκδοση ενημερωμένη. 1971.
111. Κιντής Α. Γεώργιος. Καισαρική τομή. Αντιπαραθέσεις και δεοντολογικά διλήμματα. Η φύση είναι κακός μαιευτήρας;. Ελληνικό περιοδικό μαιευτικής και γυναικολογίας. Τομ. 2, Τευχ. 3, 2003.