

---

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Τ.Ε.Ι.)

ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΜΕ ΘΕΜΑ

" Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ  
ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ "

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :  
D. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

Σ Π Ο Υ Δ Α Σ Τ Ρ Ι Ε Σ :

— ΔΕΡΜΕΤΖΟΓΛΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ  
— ΜΑΝΟΥΣΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ : 1)

2)

3)



ΠΑΤΡΑΣ 1993

---

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	957
----------------------	-----

" Π Ε Ρ Ι Ο Χ Ο Μ Ε Ν Α "

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ

"ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ"

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

-Ανατομία και φυσιολογία Γεννητικού συστήματος θήλειως

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

-Στάδια ανάπτυξης του εμβρύου (εμβρυολογία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

-Διατροφή της εγκύου

-Τρόπος ζωής της εγκύου

-Υγιεινή της εγκύου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

-Επιδράσεις των φαρμάκων στο έμβρυο

-Ο εμβολιασμός στην εγκυμοσύνη

-Οι ακτινοβολίες κατά την εγκυμοσύνη

-Το αλκοόλ και η εγκυμοσύνη

-Οι δηλητηριάσεις και το έμβρυο

-Επιδράσεις των τοξικών ουσιών στο έμβρυο

-Εγκυμοσύνη και κάπνισμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

Παθήσεις που η συνήπαρξή τους με την εγκυμοσύνη, δημιουργεί προβλήματα

-Ζακχαρώδης διαβήτης

-Υπερθυρεοειδισμός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

Παθήσεις και προβλήματα της εγκύου κατά την εγκυμοσύνη

-Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα

-Προεκλαμψία και εκλαμψία

-Μαλευτικό SHOCK

-Παθήσεις του αιμοποιητικού συστήματος

-Παθήσεις των αγγείων

-Παθήσεις του στόματος

-Παθήσεις του πεπτικού συστήματος

-Παθήσεις του ορθού

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

Μολυσματικές νόσοι και η εγκυμοσύνη

-Ερυθρά

-Τοξοπλάσμωση

-Μυκοπλάσμωση

-Λιστερίαση

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

-Παράγοντες διαμαρτίας του εμβρύου

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

-Διαταραχές διαφοροποίησης του φύλου στο έμβρυο

-Γοναδική δυσγενεσία

-Αληθής ερμαφροδιτισμός

-Ανδρικός και γυναικελός ψευδερμαφροδιτισμός

-Ενδροκρινολογικές διαταραχές του εμβρύου

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

- Διπλαστικές ανωμαλίες του εμβρύου

-Ανεγκεφαλία

-Σύνδρομο DOWN

-Σύνδρομο KLINEFELTER

-Σύνδρομο TURNER

-Σύμφυτες διαταραχές του μεταβολισμού του εμβρύου

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

Προβλήματα του εμβρύου κατά τον τοκετό

- \_\_\_ Πρόωρο νεογνό
- \_\_\_ Αιποβαρές νεογνό
- \_\_\_ Δυστοκία από δυσαναλογία

### " ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ "

- \_\_\_ Υλικό - Ανάλυση
- \_\_\_ Μεθοδολογία
- \_\_\_ Ανάλυση ερωτήσεων με Πίνακες και Ιστογράμματα
- \_\_\_ Συζήτηση - Συμπεράσματα
- \_\_\_ Ερωτηματολόγιο

### Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

### Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το να θέλει κανείς ένα παιδί είναι ενστικτώδης επιθυμία να επιζήσει μέσω των απογόνων του. Είναι η βαθιά ανάγκη να δώσει και να πάρει, να αγαπήσει και να αγαπηθεί.

Το παιδί είναι η μαρτυρία της ένωσης του άνδρα και της γυναίκας. Είναι ταυτόχρονα, η κατάληξη, η προέκταση και η ανανέωση του ζευγαριού. Μια θαυμάσια περιπέτεια ανθρώπινη, όπου δύο ζωές ενώνονται και δημιουργούν μια τρίτη.

Το να δημιουργήσει κανείς μια ζωή, μπορεί να είναι σήμερα μια πράξη προσχεδιασμένη, μελετημένη, μια ώριμη απόφαση δυο υπεύθυνων ανθρώπων, που προσπαθούν να έχουν με το μέρος τους όλες τις ευνοϊκές συνθήκες και να τις μεταδώσουν ταυτόχρονα στο παιδί που θα γεννηθεί με κοινή απόφαση. Έχουν συναίσθηση των ευθυνών που έχουν απέναντι στην δημιουργία μιας νέας ζωής που θα προκύψει απ' αυτούς, γι' αυτό και αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους—κυρίως η μητέρα που είναι ο πρωταγωνιστής της διαδικασίας—που φροντίζει και ο τρόπος ζωής της να είναι ο κατάλληλος.

Μια εύκολα κατανοητή πληροφόρηση, συνδυασμένη με την πρόοδο της σύγχρονης ψυχολογίας, βοηθάει την σημερινή μητέρα να μην υφίσταται πια την μητρότητα, αλλά να την κατευθύνει και να την ελέγχει με την λογική και την διαίσθηση. Να την ζει ενεργητικά και να την ελέγχει με τον ασφαλέστερο τρόπο και με όλα τα σύγχρονα μέσα, αποτρέποντας πιθανούς κινδύνους τόσο για το έμβρυο, όσο και για την ίδια.

Αυτή η νέα στάση οφείλεται στην εξέλιξη του κοινωνικού πλαισίου, όπως και στις πρόσφατες έρευνες και ανακαλύψεις, της μαιευτικής. Το σκεπτόμενο "είναι" αντικαθιστά από δω και προς την γυναίκα—λειτουργία, που υποτάσσεται παθητικά στην αναπόφευκτη μοίρα της.

Έχοντας συνείδηση του εαυτού της και του ρόλου της μέσα στην κοινωνία, η γυναίκα μπορεί σήμερα να ζει την μητρότητα και την εμπειρία που απορρέει μέσα απ' αυτήν, χωρίς να αγνοεί το παραμικρό γύρω από το σώμα της και τους μηχανισμούς του γύρω από την υγιεινή της εγκυμοσύνης της, γύρω από τους κινδύνους που μπορεί να διατρέξει και τέλος, γύρω από τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την υγεία και την ισορροπία του παιδιού.

Θα μάθει έτσι να νικάει την κληρονομημένη από το παρελθόν συμπεριφορά τις προκατασκευασμένες ιδέες, την ψεύτικη ντροπή και τους αταβιστικούς φόβους. Απομυθοποιώντας και τα τελευταία ταμπού, θα συντελέσει την απελευθέρωση όλων των γυναικών από τα έσχατα φυσιολογικά και ψυχολογικά εμπόδια, που συνδέονται ακόμα με τον θεσμό της μητρότητας.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ίσως υπήρξε το πρώτο βήμα στο δρόμο προς αυτήν την απελευθέρωση. Στην Γαλλία γεννήθηκε το 1956 την εποχή που ο Δρ. Λαγκρονά Αλλά ίδρυσε την ετερεία "ευτυχισμένη μητρότητα".

Τίποτα δεν είναι πιο αναγκαίο για το ανθρώπινο όν από το να δρά ελεύθερα, γνωρίζοντας και συνειδητοποιώντας τις ευθύνες του και αναλαμβάνοντάς της. Το γεγονός, λοιπόν, ότι μπορούν να συλλάβουν παιδί όποτε θέλουν, σε στιγμή που αυτοί το επιθυμούν, ότι δηλαδή μπορούν να φέρουν στον κόσμο ένα υγιές και επιθυμητό παιδί, δίνει στην μητέρα αλλά και στον πατέρα και μελλοντικό ενήλικα, πολύ μεγαλύτερες δυνατότητες και πιθανότητες να ευτυχίσουν και να δημιουργήσουν μια ήρεμη και γαλήνια οικογένεια.-

## Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Ένα μεγάλο μέρος της εργασίας αυτής αναφέρεται στον τρόπο που πρέπει να διατρέφεται η έγκυος γυναίκα, με αρκετά μεγάλες προεκτάσεις, γιατί είναι ένα σημαντικό κεφάλαιο η διατροφή της μέλλουσας μητέρας, στο οποίο αξίζει να επισημαίνεται ιδιαίτερα η προσοχή της.

Οι φυσιολογικές και ψυχολογικές μεταβολές που οφείλονται στην εγκυμοσύνη απαιτούν αλλαγές στην διατροφή. Αν η εγκυμοσύνη προχωρεί ομαλά, δεν χρειάζεται αυστηρή δίαιτα αλλά ισορροπημένη και λογική διατροφή. Ο οργανισμός της εγκύου έχει ανάγκη από απαραίτητα στοιχεία, τόσο για τον εαυτό της όσο και για το έμβρυο. Είναι λοιπόν επιτακτικό να υπάρχει ένα ελάχιστο γνώσεων διαιτητικής.

Όταν η δίαιτα δεν είναι ισορροπημένη, μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας αλλά και του παιδιού. Το ύψος του παιδιού, το βάρος του, η φυσική του κατάσταση, η ναιμοσύνη του δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από την κληρονομικότητα: η διατροφή της μητέρας παίζει αποφασιστικό ρόλο στην ανάπτυξη του και στην συνέχεια, αν θηλάζει, στην υγεία του νεογέννητου εμβρύου. Αν ο οργανισμός της εγκύου δεν τρέφεται καλά, εξαντλεί τα ίδια του τα αποθέματα για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του εμβρύου. Μερικές τροφικές ανεπάρκειες στην διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν διορθώνονται, όποια και αν είναι η αξία της διαιτητικής θεραπευτικής που εφαρμόζεται μετά τον τοκετό.

Ένα άλλο θέμα επίσης το οποίο καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος της εργασίας αυτής είναι οι κίνδυνοι που πιθανόν μπορούν να υπάρξουν, στην εγκυμοσύνη και ο τρόπος αντιμετώπισης αλλά και αποφυγής τους.

Για αιώνες οι γυναίκες δεν είχαν άλλη εκλογή από το να εγκαταλείπονται στην τύχη τους. Όταν η εγκυμοσύνη ή ο τοκετός δεν πήγαιναν καλά, κατηγορού-



σαν την κακοδαιμονία τους ή επικαλούνταν την αναπόφευκτη επιλογή.

Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι οι εγκυμοσύνες στην πλειοψηφία τους, πάνε καλά. Ορισμένες όμως απ' αυτές απαιτούν ειδική παρακολούθηση για να καταλήξουν σε άριστο τέλος. Οι εγκυμοσύνες αυτές που ονομάζεται εγκυμοσύνες με αυξημένους κινδύνους, μπορούν να διαγνωσθούν πολύ γρήγορα. Η μέλλουσα μητέρα πρέπει να παρακολουθείται με μεγάλη φροντίδα και αν είναι απαραίτητο σε ειδικό κέντρο.

Όταν γεννιέται ένα παιδί, το παρελθόν του μπορεί να είναι υπέρ ή εναντίου του. Στην διάρκεια των εννιά μηνών της ενδομήτριας ζωής του, έδρασαν ορισμένα στοιχεία που είτε ευνοούν ή αντίθετα, είναι δυσμενή για την ανάπτυξη του. Τέτοια στοιχεία είναι η λήψη επικίνδυνων φαρμάκων από την μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η χρήση ναρκωτικών ή η λήψη οινοπνευματωδών ποτών απ' αυτήν κ.λ.π.

Σήμερα, χάρη στις έρευνες των τελευταίων δεκαετιών, οι γιατροί φνωρίζουν όλο και καλύτερα τα προβλήματα της εγκυμοσύνης. Τελειοποιούν τεχνικές που βοηθούν τις γυναίκες να φέρουν στον κόσμο υγιή μωρά. Έτσι η παιδική θνησιμότητα από 77,8% το 1946, έπεσε στα 18,2% το 1969 και στα 15,4% το 1973.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την εργασία αυτή είναι ότι διάφοροι γιατροί εμβρυολόγοι, μαιευτήρες, βιολόγοι έχουν καταφέρει να μειώσουν σε σημαντικό ποσοστό την θνησιμότητα στην διάρκεια των πρώτων ημερών ζωής, των παιδιών, λύνοντας σιγά-σιγά το μυστήριο που κάλυπτε την ενδομήτρια ζωή. Σήμερα αν η έγκυος γυναίκα ακολουθεί ένα προσεκτικό διαιτολόγιο και αν μια εγκυμοσύνη με αυξημένους κινδύνους διαγνωσθεί έγκαιρα και προσεχθεί κατάλληλα, τελειώνει καλά την μία στις δύο φορές.-

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Πρώτο Ιον

" ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΘΗΛΕΟΣ "

Το γεννητικό σύστημα του θηλέος αποτελείται: α) από τους δύο γεννητικούς αδένες, τις ωθήκες, που παράγουν τα ωάρια, β) από τους δύο ωαγωγούς ή σάλπιγγες, γ) από τη μήτρα, δ) από τον κόλεο και ε) από το αιδοίο. Από αυτά οι ωθήκες, οι ωαγωγοί η μήτρα και ο κόλεος αποτελούν τα εσωγεννητικά όργανα του θηλέος και βρίσκονται μέσα στην ελάσσονα πύελο, ενώ το αιδοίο αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο.

I. ΟΙ ΩΘΗΚΕΣ

Οι δύο ωθήκες, δεξιά και αριστερά είναι γεννητικοί αδένες, που παράγουν τη γεννητική ουσία του θηλέος, δηλ. τα ωάρια. Παράγουν επίσης και ορμόνες, γι' αυτό θεωρούνται σαν μικτοί αδένες.

Θέση, οι ωθήκες διαπλάσσονται αρχικά δεξιά και αριστερά από την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, από το τρίτο όμως εμβρυικό μήνα αρχίζει η κάθοδος αυτών προς την ελάσσονα πύελο. Μόλις εμφανισθεί η ήβη η ωθήκη παίρνει την τυπική της θέση στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πύελου, σε μια κατάδυση του περιτοναίου, που λέγεται ωθηκικός βόθρος. Ο βόθρος αυτός βρίσκεται 2 εκμ. μπρος από την ιερολαγόνια άρθρωση κάτω από το έσω χείλος του φοΐτη, αντιστοιχεί δε εξωτερικά στο μέσο της οφρύος της κοτύλης. Στη θέση αυτή η ωθήκη κρεμιέται από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου με μια ιδιαίτερη πτυχή, που λέγεται μεσωοθήκιο και ο.

Εξωτερική μορφολογία, το χρώμα της ωθήκης είναι γκριζοκόκκινο, η όψη αλαμπής και η επιφάνεια της στην όριμη γυναίκα, είναι ανώμαλη και υβώδης. Η ωθήκη μοιάζει με έλλειψη, αποπλατυσμένη από μέσα προς τα έξω, εμφανίζει δε δύο επιφάνειες, έσω και έξω, δύο χείλη, πρόσθιο και οπίσθιο και δύο άκρα, άνω και κάτω.

Στήριξη, η ωθήκη στηρίζεται: α) με μεσωοθήκιο, β) με τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και γ) με τον ίδιο σύνδεσμο αυτής.

α) Το μεσωοθήκιο είναι πτυχή του περιτοναίου, που εξορμάται από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου και προσφύεται στο πρόσθιο χείλος της ωθήκης.

β) Ο κρεμαστήρας σύνδεσμος εκφύεται από τη λαγόνια περιτονία και καταφύεται στον άνω πόλο της ωοθήκης.

γ) Ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης εκφύεται από την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας φέρεται κάτω από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου πίσω και παράλληλα με τον ισθό των ωαγωγών και καταφύεται στον κάτω πόλο της ωοθήκης.

### Κατασκευή της ωοθήκης

Η ωοθήκη αποτελείται, από τα έξω προς τα μέσα, α) από το βλαστικό επιθήλιο, β) από τη φλοιώδη ουσία και γ) από τη μυελώδη ουσία.

Έχει επίσης αγγεία και νεύρα.

α) Το βλαστικό επιθήλιο είναι μονόστιβο κυβικό, καλύπτει την εξωτερική επιφάνεια της ωοθήκης, παριστάνει δε το αρχέγονο περιτόναιο αυτής.

β) Η φλοιώδης ουσία είναι σπουδαιότερη ουσία της ωοθήκης και αποτελείται από συνδετικό στρώμα, μέσα στο οποίο βρίσκονται τα ωοθυλάκια και τα ωχρά σώματα.

γ) Η μυελώδης ουσία αποτελείται επίσης από συνδετικό στρώμα και περιέχει τα μεγάλα αγγειικά και νευρικά στελέχη της ωοθήκης.

Τα ωοθυλάκια βρίσκονται μέσα στη φλοιώδη ουσία και διακρίνονται στα πρωτογενή, στα δευτερογενή (άωρα) και στα ώριμα.

### II. ΟΙ ΩΑΓΩΓΟΙ

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι δύο μυώδες σωλήνες (μήκος II-Ι4 εκμ.) κλεισμένη μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου. Ο καθένας από αυτούς με το ένα άκρο του ακουμπά στη σύστοιχο ωοθήκη ενώ με το άλλο άκρο του εκβάλλει στη μήτρα. Οι ωαγωγοί χρησιμεύουν για να μεταφέρουν τα ωάρια στη μήτρα και για τη γονιμοποίηση του ωαρίου μέσα στη λήκυθο αυτών.

Ο ωαγωγός παρουσιάζει από τα μέσα προς τα έξω: τη μηριαία μοίρα, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα ή χώνη. Εμφανίζει ακόμα αυλό και δύο στομια το έσω ή μητριαίο και το έξω ή κοιλιακό.

Κατασκευή. Το τοίχωμα του ωαγωγού αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ορογόνο, το μυϊκό και το βλεννογόνο.

Ο ορογόνος χιτώνας, περιβάλλει τον ωαγωγό από παντού.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτερή. Με τις περισταλτικές κινήσεις αυτού το ωράριο φέρεται προς τη μήτρα.

Ο βλενογόνος αποτελείται από το επιθήλιο μονόστιβο κροσσωτό και χώριο. Αδένες δεν υπάρχουν.

### III. ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην εξάσσονα πύελο, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και στο απευθυσμένο και έχει από κάτω της τον κολεό με το περινεο, από πάνω δε εντερικές έλικες.

Το σχήμα της μοιάζει με αχλάδι, αποπλατυσμένο από μπρός προς τα πίσω, του οποίου η βάση στρέφεται προς τα πάνω και μπροστά, γι' αυτό εμφανίζει δύο επιφάνειες, την οπίσθια και την πρόσθια και δύο πλάγια χείλη, στα οποία προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι.

Τα μέρη της μήτρας. Στη μήτρα διακρίνουμε τρία μέρη, από πάνω προς τα κάτω, τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο ή αυχένα, ανάμεσα δε στο σώμα και τον τράχηλο μια στενότερη ζώνη της μήτρας ο ισθμός.

Ο πυθμένας της μήτρας εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια ή κυστική, που έρχεται σε σχέση με την ουροδόχο κύστη και την πρόσθια και την οπίσθια ή εντερική, που έρχεται σε σχέση με εντερικές έλικες.

Στα πλάγια χείλη του σώματος προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι, κατά μήκος δε αυτών ανέρχεται, δεξιά και αριστερά η μητριαία αρτηρία.

Ο ισθμός της μήτρας αντιστοιχεί εσωτερικά μεν στο έσω στόμιο της μήτρας εξωτερικά δε στην ανάκαμψη του περιτοναίου από την ουροδόχο κύστη στη μήτρα.

Ο τράχηλος της μήτρας αυτοδαιρείται με το άνω άκρο του κολεού σε δύο μέρη, στο υπερκολεϊκό και στο ενδοκολεϊκό μέρος.

Το επερκολεϊκό μέρος του τραχήλου εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και οπίσθια και δύο πλάγια χείλη.

Το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου, που μπορεί να ψηλαφηθεί στη ζώσα γυναίκα και να γίνει ορατό με το μικροσκόπιο, καλύπτεται από το βλεννογόνο του κολεού και εμφανίζει στο ελεύθερο άκρο του το έξω στόμιο της μήτρας.

Θέση και στήριξη της μήτρας. Σαν τυπική θέση της μήτρας θεωρείται εκείνη κατά την οποία ο επιμήκης άξονας του τραχήλου συμπίπτει με τον άξονα της πυέλου, ενώ το σώμα της μήτρας βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη και έγκλιση, σχηματίζοντας με τον τράχηλο γωνία  $80^{\circ}$  -  $110^{\circ}$  ανοιχτή προς τα μπρός. Το κύριο στήριγμα της μήτρας είναι ο κολεός με το περίνεο. Στη στήριξη όμως αυτή συμβάλλουν: α) το περιτόναιο, β) ιερομητρικοί σύνδεσμοι (και μύες), γ) οι πλατείς σύνδεσμοι, δ) το παραμήτριο και ε) οι στρόγγυλοι σύνδεσμοι της μήτρας.

Κατασκευή της μήτρας. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ορογόνο, τον μυϊκό και τον βλεννογόνο. Έχει ακόμα αγγεία και νεύρα.

Ο ορογόνος χιτώνας ή περιμήτριο προέρχεται από το περιτόναιο. Ο μυϊκός χιτώνας ή μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και εμφανίζει τρεις στιβάδες την έξω που αποτελείται από επιμήκεις κυκλωτερείς ίνες τη μέση και την έσω, που αποτελούνται από επιμήκεις, λοξές και εγκάρσιες ίνες. Ο βλεννογόνος της μήτρας ή ενδομήτριο συνάπτεται στενά με το μυομήτριο δίχως να παρεμβάλλεται υποβλεννογόνος χιτώνας (πρακτική σημασία για την απόξεση της μήτρας).

α) Ο βλεννογόνος της μήτρας του σώματος της μήτρας εμφανίζει επιθήλιο μονόστιβο κροσσωτό και χόριο μέ άφθονα συνδετικά κύτταρα, που μεγαλώνουν κατά το προαιμιορροϊκό στάδιο και περιέχουν άφθονο γλυκογόνο. β) Ο βλεννογόνος του τραχήλου είναι λεπτότερος και αποτελείται από επιθήλιο μονόστιβο ή δίστοιχο κροσσωτό, χόριο και αδένες γνήσιους βλεννογόνους. Άλλοτε ο εκφορητικός τους πόρος αποφράσσεται και ο αδένας μετατρέπεται σε κύστη, γεμάτη από βλεννωάρια του NABOTH).

#### IV. Ο ΚΟΛΕΟΣ

Ο κολεός (κόλπος) είναι ένας ινομυώδης και διατατός σωλήνας, που υποδέχεται το πέος κατά τη συνουσία. Βρίσκεται στη μέση γραμμή του περινέου έχοντας μπροστά του με την ουρήθρα, πίσω του δε το απευθυσμένο. Προς τα πάνω προσφύεται γύρω από τον τράχηλο της μήτρας, ενώ προς τα κάτω εκβάλλει στο αιδοίο. Το μήκος του κολεού κατά με το πρόσθιο τοίχωμα αυτού ανέρχεται σε 7,5 εκμ. κατά δε το οπίσθιο τοίχωμα σε 9 εκμ.

Τα μέρη του κολεού. Για να περιγράψουμε τον κολεό διακρίνουμε σ' αυτόν άνω άκρο, σώμα και το κάτω άκρο ή στόμιο του κολεού.

Το άνω άκρο του κολεού προσφύεται σαν θόλος γύρω από τον τράχηλο της μήτρας. Ο πρόσθιος θόλος είναι αβαθής και έρχεται σε σχέση με τον πυθμένα την ουροδόχου κύστης. Ο οπίσθιος θόλος είναι βαθύς και έρχεται σε σχέση με τον πυθμένα του ευθυκολεϊκού κολπώματος του περιτοναίου. Το σώμα του κολεού εμφανίζει δύο τοιχώματα, πρόσθιο και οπίσθιο και δυο πλάγια χείλη. Το κάτω άκρο του κολεού βρίσκεται στον πρόδρομο του κολεού και στενεύει με τον παρθενικό υμένα. Ο παρθενικός υμένας είναι ινώδες πέταλο με ελαστικές ίνες, που επαλείφεται και κατά της δύο επιφάνειες από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Έχει επίσης αγγεία και νεύρα. Το σχήμα αυτού ποικίλλει υμεινοειδής, δακτυλωειδής, κροσσωτός σχιστός, δίστομος, ηθμοειδής, ή άτρητος). Στην εσωτερική εσωτερική επιφάνεια του κολεού, παρατηρούμε πτυχές του βλεννογόνου, τις κολεϊκές ρυτίδες που εξαφανίζονται κατά τη γεροντική ηλικία. Οι ρυτίδες αυτές συγκλίνουν κατά τη μέση γραμμή του πρόσθιου και οπίσθιου τοιχώματος του κολεού και σχηματίζουν τον πρόσθιο και τον οπίσθιο στύλο του κολεού.

Κατασκευή του κολεού. Το τοίχωμα του κολεού αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ινώδη, το μυϊκό και το βλεννογόνο.

Ο ινώδης χιτώνας αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό και φλεβώδη πλέγματα.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στιβάδες, από λείες μυϊκές ίνες, την έξω επιμήκη, τη μέση κυκλωτερή και την έσω, λεπτή και επιμήκη. Ο βλεννογόνος που καλύπτει και το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου της μήτρας, αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και χόριο. Αδένες δεν υπάρχουν. Το επιθήλιο του κολεού εμφανίζει μορφολογικές μεταβολές κατά τις διάφορες, φάσεις του ωθητικού κύκλου με τις οποίες ασχολήθηκε ιδιαίτερα ο "Γ. Παπανικολάου" με λέτη κοπλικών επιχειρημάτων. Με τη "μέθοδο παπανικολάου" μπορούμε να καθορίσουμε το χρόνο της ωθυλακιορρηξίας τη δράση των ωθητικών ορμόνων τις διαταραχές αυτών, ακόμα δε και την παρουσία χρόνιων φλεγμονών ή και κακοήθων νεοπλασμάτων του κολεού και της μήτρας που βρίσκονται ακόμα στη γένεσή τους.

Το αιδοίο είναι το έξω γεννητικό όργανο του θήλεος που σαν σφηνοειδές Έπαρμα βρίσκεται ανάμεσα στα δύο ριζομήτρια και εμφανίζει οβελιαία σχίσμη, που λέγεται αιδοιϊκό σχίσμα.

Το αιδοίο αποτελείται από πολλά μέρη τα εξής: 1) το εφήβαιο, 2) τα μεγάλα χείλη, 3) τα μικρά χείλη, 4) την κλειτορίδα, 5) τὸν πρόδρομο το κολεού, 6) τους βολβούς του προδρόμου και 7) τους μείζονες αδένες του προδρόμου.

1) Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης είναι τρίγωνο και αποστρογγυλεμένο έπαρμα του δέρματος που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Στην έφηβο γυναίκα καλύπτεται από λεπτό χνούδι, ενώ στην ένηβο είναι τριχωτό του οποίου η τρίχωση σταματά κατά μήκος της βάσης του. Στον άρρενα η τρίχωση του εφηβαίου συνεχίζεται κατά μήκος της λευκής γραμμής, μέχρι τον ομφαλό.

2) Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι δύο επιμήκεις και λιπώδεις πτυχές του δέρματος που αρχίζουν από το εφήβαιο, φέρονται προς τα κάτω και πίσω και αφορίζουν το αιδοιϊκό σχίσμα.

3) Τα μικρά χείλη του αιδοίου (ή νύμφες) βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη. Είναι πτυχές του δέρματος, άτριχες και έχουν όψη και σύσταση βλεννογόνου.

4) Η κλειτορίδα. Αυτή αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος, από το οποίο όμως διαφέρει πρώτα κατά το μέγεθος και δεύτερο γιατί δεν έχει το σκραγγώδες σώμα της ουρίθρας, αλλά αποτελείται μόνο από τα δύο σκραγγώδη σώματα της κλειτορίδας.

Από περιγραφική άποψη η κλειτορίδα εμφανίζει δύο σκέλη, που προσφύονται στους κάτω ηβοΐσχιακούς κλάδους και τα οποία ενώνονται μπροστά από την ηβική σύμφυση και σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας.

5) Ο πρόδρομος του κολεού. Βρίσκεται ανάμεσα στα μικρά χείλη του αιδοίου, που αποτελούν τα πλάγια τοιχώματα του. Προς τα μπρός εκτείνεται μέχρι το χαλινό της κλειτορίδας, προς τα πίσω δε μέχρι το σκαφοειδή βόθρο.

Ο πυθμένας του προδρόμου εμφανίζει από μπρός τα πίσω:



α) Το έξω στόμιο της ουρήθρας. β) Το στόμιο του κολεού.

6) Οι βολβοί του προδρόμου αντιστοιχούν στο βολβό του σκραγγώδους σώματος της ουρήθρας του άρρενος, είναι δύο επιμήκη, σώματα και βρίσκονται δεξιά και αριστερά από το στόμιο του κολεού και το έξω στόμιο της ουρήθρας.

7) Οι μείζονες αδένες του προδρόμου ή βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους βολβουρηθραίους ή κωπηρείους αδένες του άρρενος. Είναι δύο μικροί αδένες και βρίσκονται στην κάτω επιφάνεια του ουρογεννητικού τριγώνου, πίσω από το οπίσθιο άκρο του σύστοιχου βολβού του προδρόμου. Οι βαρθολίνειοι αδένες είναι σωληνοκυψελοειδείς και εμβάλλουν ο καθένας με ίδιο εκφοριστικό πόρο στον πρόδρομο του κολεού, δεξιά και αριστερά από τον παρθενικό υμένα, στη νυμφουμενική αυλαία. Το εκκριμά τους εξακοντίζεται σαν σπέρμα κατά τη συνουσία και χρησιμεύει για να υγραίνει τον πρόδρομο του κολεού κι' έτσι να διευκολύνει την είσοδο του πέους στον κολεό.

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ

### ΩΟΘΗΚΗ

Η ωοθηκική δραστηριότητα εμφανίζεται αρκετά πολύπλοκη και διαιρείται σε δύο λειτουργίες:

Σκοπός της πρώτης λειτουργίας είναι ωρίμανση του γεννητικού κυττάρου της γυναίκας, δηλαδή του ωαρίου, έτσι ώστε να είναι έτοιμο και ικανό να γονιμοποιηθεί από το σπερματοζώαριο, που επίσης υφίσταται στους όρχεις περίπου ανάλογη προετοιμασία. Τα πρωτογενή ωοθυλάκια παρουσιάζουν βαθμιαία ωρίμανση που διαιρείται σε δύο φάσεις:

Στην πρώτη φάση ή φάση ωριμάσεως και στην δεύτερη φάση του ωχρού σωματίου. Μεταξύ των δύο αυτών φάσεων συμβαίνει το φαινόμενο ρήξης του ωριμού ωοθυλακίου, που ονομάζεται ωοθυλακιορρηξία.

Η έναρξη της διαδικασίας αυτής στηρίζεται στην ειδική δράση των υποφυσιικών γοναδοτροπικών πάνω στα αντίστοιχα ωοθηκικά στοιχεία. Προηγείται η δράση της ορμόνης ωριμάσεως (FSH) και ακολουθεί της ωχρινοποιητικής (LH).

Πρώτη φάση ή φάση ωριμάσεως, περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

Πρώτο στάδιο (2η-6η ημέρα του κύκλου):

Στο στάδιο αυτό αναπτύσσεται το ωοθυλάκιο, η διαδικασία αυτή συμβαίνει σε όλα τα πρωτογενή ωοθυλάκια, είτε αυτά πρόκειται να φθάσουν στην πλήρη, ωρίμανση και ρήξη, είτε πρόκειται να παραμείνουν άτρητα.

Το αρχικό αυτό στάδιο δεν διακόπτεται, ούτε και στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, επίσης δεν επηρεάζεται από τις γοναδοτροπίνες, αφού τα περισσότερα ωοθυλάκια θα καταλήξουν σε ατρησία.

Δεύτερο στάδιο (7η-10η ημέρα του κύκλου):

Στο στάδιο αυτό αρχίζει να διαφαίνεται η πραγματική ωρίμανση των ωοθυλακίων που χαρακτηρίζεται από τα εξής:

α) Η μειωτική διαίρεση του ωοκυττάρου συνεχίζεται. Δημιουργείται το πρώτο πολικό σωματίο.

β) Υπερπλάσσονται τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας.

γ) Εμφανίζεται η κοιλότητα του ωοθυλακίου με το υγρό μέσα σ' αυτή.

δ) Γύρω από το ωοκύτταρο, σχηματίζεται ο ωοφόρος δίσκος, το ακτινωτό στέφανο και η διαφανής ζώνη ανάμεσά τους.

Τρίτο στάδιο (10η-19η ημέρα του κύκλου):

Το στάδιο αυτό, προηγείται της ωοθηλακιορρηξίας. Η βαθμιαία άνοδος της της στάθμης των οιστρογόνων έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της FSH. Αντίθετα η LH αυξάνεται απότομα, παρουσιάζοντας την καλούμενη εκκριτική αιχμή και όρα στο ωοθηλάκιο που ωριμάζει για να προκαλέσει την ρήξη του.

Στην φάση αυτή ολοκληρώνεται η ωρίμανση του ωοθηλακίου.

Τέταρτο στάδιο ή ωοθηλακιορρηξία (14η ημέρα του κύκλου):

Στο στάδιο αυτό το ωάριο, φθάνει στο στίγμα και σπάει, με αποτέλεσμα την εκτόξευση του ωαρίου στην περιτοναϊκή κοιλότητα και στην συνέχεια στο κωδωνικό στόμιο της σάλπιγγας, προκειμένου να προωθηθεί στον αυλό της προς γονιμοποίηση.

#### ΔΕΥΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Σκοπός της λειτουργίας αυτής είναι η παραγωγή ορμονών του φύλου. Οι ορμόνες που παράγονται και εκκρίνονται από τις ωοθήκες είναι τα οιστρογόνα και τα προγεστογόνα και ορισμένα ανδρογόνα. Η παραγωγή των στεροειδών ορμονών γίνεται με τη βοήθεια ευγυμικών επιδράσεων. Η κοκκιώδης

στοιβάδα του ωοθυλακίου παράγει την μεγαλύτερη ποσότητα προγεστερόνης, ενώ στα κύτταρα της έσω θήκης γίνεται η παραγωγή των οιστρογόνων.

#### ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ

Οι βιολογικές δράσεις των οιστρογόνων, αφορούν ολόκληρο περίπου το γυναικείο σώμα και δεν περιορίζονται μόνο στα γεννητικά όργανα. Τα οιστρογόνα επιδρούν στο κυκλοφορικό και δικτυοευδοθηλιακό σύστημα και στον υποφυσιακό άξονα.

Στην μήτρα τα οιστρογόνα προκαλούν ανάπτυξη του ενδομήτριου και μυομήτριου. Παράλληλα προκαλούν αύξηση της συστατικότητας του μυομήτριου και της διατασιμότητας του κολλαγόνου ιστού. Η δράση τους αυτή επηρεάζεται από τους ηλεκτρολύτες και το νερό της μητρικής κοιλότητας.

Στο ενδομήτριο προκαλούν υπερτροφία και υπερπλασία καθώς επίσης και αύξηση του μήκους των αδένων του ενδομήτριου.

Στο μυομήτριο επίσης προκαλούν αύξηση των μυϊκών ινών, που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου της μήτρας.

Στον τράχηλο τα οιστρογόνα αυξάνουν την τραχηλική έκκριση, όχι μόνο σε ποσότητα αλλά και σε ποιότητα, η οποία γίνεται πιο καθαρή και ιξώδης. Αυτές οι βιομηχανικές μεταβολές κάνουν την βλέννα πιο διαπερατή από το σπέρμα και δημιουργούνται ευνοϊκές προϋποθέσεις για την διευκόλυνση της γονιμοποίησης.

Στον κόλπο τα οιστρογόνα επηρεάζουν την κυτταρική αύξη και ανάπτυξη με την επέμβαση του RNA. Όταν υπάρχει έλλειψη οιστρογόνων το κολπικό επιθήλιο μένει ατροφικό, ενώ όταν υπάρχουν σε μεγάλες ποσότητες υπερτρέφεται.

#### ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ

Τα προγεστερόνα, εκτός από τις ειδικές επιδράσεις τους στα γεννητικά όργανα της γυναίκας, έχουν γενικές επιδράσεις στο ανθρώπινο σώμα.

Η κυριότερη δράση τους εντοπίζεται στην μήτρα. Κύριος σκοπός της δράσεως αυτής στα κύτταρα τόσο του μυομήτριου όσο και του ενδομήτριου είναι η εξασφάλιση της εμφυτεύσεως της βλαστοκύστεως, εάν γίνει σύλληψη, και στην συνέχεια η ήρεμη και απρόσκοπτη διόγκωση της μήτρας που θα κατακρατήσει το κύμα για σχετικά μακρό διάστημα μέσα της.

Οι δύο αυτοί στόχοι εξασφαλίζονται με μεταβολές τόσο της μορφολογίας και λειτουργίας των αδένων ενδομήτριου και κυττάρων, όσο και με την αναστολή της μυομητρικής δραστηριότητας.

Στον τράχηλο της μήτρας τα προγεστογόνα παρουσιάζουν μια ανασταλτική επίδραση στον ρυθμό παραγωγής της τραχηλικής βλέννας. Έτσι η βλέννα χάνει την καθαρότητά της αλλά και την κρυστάλλωση και διατασιμότητά της που έχει τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας. Οι μεταβολές αυτές ελαττώνουν την διαπερατότητάς της από τα σπερματοζωάρια, με αποτέλεσμα την αδυναμία ανόδου τους.

Στον κόλπο παρατηρείται αποφολίδωση των βασεοφίλων κυττάρων, η οποία γίνεται εντονότερη κατά την εγκυμοσύνη.

Στις σάλπιγγες αυξάνουν τις εκκρίσεις των κυττάρων του σαλπγγικού επιθηλίου και κυρίως σε γλυκογόνο. Σκοπός της αυξημένης παραγωγής γλυκογόνου κατά την δεύτερη φάση του κύκλου είναι η εξασφάλιση της διατροφής του ωαρίου, όσες μέρες μένει εκεί, όπως επίσης και του γονιμοποιημένου ωαρίου στις πρώτες μέρες της ζωής του.

Στις ωοθήκες μεταβάλλει τα ωοθητικά κύτταρα, για την διευκόλυνση των προϋποθέσεων που οδηγούν σε ωοθηλακιορρηξία.

### ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Η σάλπιγγα είναι το όργανο μέσα στο οποίο γίνεται η γονιμοποίηση. Οι πτυχές του βλεννογόνου της σάλπιγγας αποτελούν το πιο ενδιαφέρον χαρακτηριστικό τους, γιατί δεν έχουν μόνο ανατομική σημασία, αλλά και λειτουργική, προκαλώντας την μετακίνηση του ωαρίου προς την ενδομητρική κοιλότητα.

Η συνάντηση των δύο γεννητικών κυττάρων, η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο γίνονται στην σάλπιγγα.

Ο χρόνος που απαιτείται για να διασχίσουν τα σπερματοζωάρια το γεννητικό σύστημα της γυναίκας και να φθάσουν στην σάλπιγγα, δεν είναι επακριβώς διαπιστωμένος. Αποδεικνύεται όμως, ότι η απόσταση από το σημείο εναποθέσεως του σπέρματος, μέχρι το σημείο συναντήσεως των δύο γαμετών διανύεται από τα σπερματοζωάρια σε μικρότερο χρόνο, από εκείνο που δικαιολογείται από μόνη την κιοκτικότητα του.

Σε σχέση με την ταχύτητα μετακινήσεως των σπερματοζωαρίων στα διάφορα τμήματα από τα οποία διέρχονται, διακρίνονται σε περιοχές αυξημένης συγκεντρώσεως και σε περιοχές επιβραδύσεως.

Έτσι η άνοδος των σπερματοζωαρίων γίνεται γρηγορότερα όταν, το σπέρμα εναποτίθεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και βραδύτερα στον κόλπο.

Ρόλος του τραχύλου της μήτρας. Σκοπός των φυσικοχημικών μεταβολών της τραχηλικής βλέννας είναι η ευχερέστερη δίοδος των σπερματοζωαρίων και η ενεργοποίησή τους.

Η μετανάστευση των σπερματοζωαρίων μέσα στην τραχηλική βλέννα γίνεται με την κινητικότητά του, που επηρεάζεται από την συσταλτικότητα του μυομητρίου. Πιστεύεται ότι κατά την δίοδο των σπερματοζωαρίων από την τραχηλική βλέννα, γίνεται και η σύγχρονη επιλογή τους, ώστε να ανέρχονται στις σάλπιγγες άρτια μορφολογικά και λειτουργικά σπερματοζωάρια.

Ο ισθμός της σάλπιγγας θεωρείται ο υπεύθυνος για την καθυστέρηση άνοδου των σπερματοζωαρίων. Ο σκοπός αυτής της επιβραδύσεως είναι η αποφυγή γονιμοποιήσεως του ωαρίου από περισσότερα σπερματοζωάρια.

Η προώθηση των σπερματοζωαρίων στην σάλπιγγα γίνεται ενεργητικά με την κινητικότητά τους και παθητικά με τις συστολές του μυομήτριου και τις κυματοειδείς κινήσεις των κροσσών του επιθηλίου. Η μετακίνηση αυτή διευκολύνεται και από το σαλπγγικό υγρό.

Η κύρια αποστολή του κώδωνα της σάλπιγγος είναι η σύλληψη του ωαρίου από την επιφάνεια της ωθήκης. Κατά την ωθυλακιορρηξία, γίνεται προσέγγιση του κωδωνικού άκρου της σάλπιγγος προς τη σύστοιχη ωθήκη, η οποία αποδίδεται σε συσπάσεις των μυϊκών ινών του μεσοσαλπγγίου. Αν η σύλληψη του ωαρίου από την επιφάνεια της ωθήκης αποτύχει, το ωάριο πέφτει στην πυελική κοιλότητα και είναι δυνατόν να συληφθεί από άλλη σάλπιγγα. Όταν η σύλληψη του ωαρίου από κροσσούς επιτύχει, αρχίζουν ήπιες περισταλτικές κινήσεις από το κωδωνικό άκρο προς τον ισθμό.

#### ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Οι εκκρίσεις του γεννητικού συστήματος της γυναίκας είναι αυτό που την καθαρότητα και την διαύγειά του θα βοηθήσει την γρήγορη και εύκολη δίοδο των σπερματοζωαρίων στην σάλπιγγα.

ατά την ωθηλακιορρηξία το επιθήλιο των σαλπίνγων είναι υψηλό, τα κροσσωτά και εκριτικά κύτταρα άφθονα. Κατά την εμμηνορυσία το επιθήλιο της άλπιγγας είναι χαμηλό και τα κροσσωτά κύτταρα σπάνια ή λείπουν τελείως. Η ιστολογικές μεταβολές του σαλπιγγικού επιθηλίου είναι αποτέλεσμα ορμονοπιδράσεών, που βρίσκονται σε στενή σχέση με την ποσότητα και χημική σύσταση των εκκρίσεων των σαλπίνγων.

ατά γενικό κανόνα, οι εκκρίσεις αυξάνονται στην σάλπιγγα κατά την ωθηλακιορρηξία, η μεγαλύτερη δε ποσότητα παράγεται στην λήκυθο.

χορήγηση προγεστερόνης ελαττώνει τις σαλπιγγικές εκκρίσεις.

Επίσης το σαλπιγγικό υγρό σχηματίζεται από εκκρίσεις των κυττάρων του επιθηλίου, από διήθηση πλάσματος και πιθανός από συμμετοχή περιτοναϊκού υγρού.

### ΜΗΤΡΑ

#### Ευδομήτριο

ο ευδομήτριο στην ώριμη γυναίκα επηρεάζεται άμεσα από τις ωθηκικές ορμόνες, για τις οποίες διαθέτει ειδικούς υποδοχείς. Σε μία πρώτη φάση, που ονομάζεται παραγωγική επικρατεί η οιστρογονική επίδραση, ενώ μετά την ωθηλακιορρηξία και τον σχηματισμό του ωχρού του σωματίου δημιουργείται η εκριτική φάση.

Λειτουργικά το ευδομήτριο διακρίνεται σε δύο μέρη ή στοιβάδες: την λειτουργική ή σπογγώδη και την βασική ή συμπαγή.

Ανάλογα με την φάση του κύκλου της ωθήκης, παρατηρούνται και αντίστοιχες μεταβολές στο ευδομήτριο και συγκεκριμένα στην λειτουργική, γιατί η βασική ελάχιστα αλλάζει. Η λειτουργική (σπογγώδης) στοιβάδα κατά τις μεταβολές της ωθηκικής λειτουργίας φθάνει στο μέγιστο πάχος της, στο τέλος της δεύτερης φάσεως του κύκλου. Το ίδιο συμβαίνει και με τα αγγεία και τους αδένες του ευδομήτριου, που έχουν την ικανότητα προσαρμογής στις τοπικές και χρόνιες ανάγκες, ανάλογα με την φάση του κύκλου.

Οι μεταβολές του ευδομήτριου σε δύο φάσεις: την παραγωγική και την εκριτική, μεταξύ των οποίων συμβαίνει η ωθηλακιορρηξία.

παραγωγική φάση, αντιστοιχεί οιστρογονική της ωθήκης.

εκρηκτική φάση αντιστοιχεί στην οιστρογονοπρογεστερογονική ή ωχρινική

φάση της ωοθήκης και αρχίζει από την στιγμή της ωοθηλακιορριξίας. Στην φάση αυτή συντελούνται μεταβολές στους αδένες του ευδομήτριου αλλά και του υποστρώματος και εκφράζουν σχεδόν απόλυτα την απάντηση του ευδομήτριου στις ορμονικές συνθήκες που έχουν προκύψει.

### Εμμηνορροσία

Όλες οι μεταβολές που περιγράφηκαν, σκοπό είχαν την προετοιμασία του ευδομήτριου για την υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου και την εξασφάλιση της διατροφής του στις πρώτες μέρες. Εάν δεν γίνει γονιμοποίηση, δημιουργούνται βασικές μεταβολές.

Ως πρώτη βασική μεταβολή στο ευδομήτριο είναι έντονη ισχαιμία λόγω αγγειοσυσπάσεως των τριχοειδών αγγείων της περιοχής. Αποτέλεσμα της αγγειακής διαταραχής και κακής αιματώσεως είναι η εκφύλιση, μέχρι νεκρώσεως πολλών σημείων του στρώματος.

Τελικό αποτέλεσμα αυτών των αγγειακής προέλευσης νεκρώσεων, είναι η δημιουργία υπεπιθηλιακών αιματωμάτων. Αυτά φθάνουν μέχρι την ευδομητρική επιφάνεια, όπου παρατηρείται έξοδος αίματος. Η αγγειοσύσπασση που πραγματοποιείται αποτρέπει την μεγάλη απώλεια αίματος κατά την εμμηνορροσία.

### Μυομήτριο

Το μυομήτριο παρουσιάζει λίγες μεταβολές στην διάρκεια των διαφόρων φάσεων του γεννητικού κύκλου.

Στην παραγωγική φάση, τα οιστρογόνα προκαλούν αύξηση του τόνου του μυομήτριου και αυξάνουν τις συστολές. Συγχρόνως το έσω τραχηλικό στόλιο χαλαρώνει και σε συνδυασμό με την προηγούμενη δράση δημιουργεί μεταβολή στο σχήμα της μητρικής και τραχηλικής κοιλότητας. Επί πλέον στην φάση αυτή παρατηρείται αύξηση του μεσοκυττάριου υγρού που δίνει στο όργανο μια πιο οίδηματώδη μορφή και αυξάνει το βάρος του.

Στην διάρκεια της δεύτερης φάσης του κύκλου, το μυομήτριο παρουσιάζεται πολύ πιο χαλαρό, αποτέλεσμα της δράσης της προγεστερόνης πάνω στις μυϊκές ίνες του.

### ΤΡΑΧΗΛΟΣ

Στην διάρκεια του γεννητικού κύκλου, παρατηρείται βαθμιαία διάνοιξη του έσω τραχηλικού στομίου, που σκοπό έχει, την διευκόλυνση της γονιμοποίησης

την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Έτσι ενώ στην αρχή της παραγωγικής φάσης του κύκλου είναι κλειστό, κατά την ωοθυλακιορρηξία, φθάνει στο διπλάσιο η διάμετρος του.

Μεταβολές εμφανίζονται και στο επιθήλιο της τραχηλικής κοιλότητας, όπου σημειώνεται αύξηση του ύψους των κυττάρων των ευδοτραχηλικών αδένων και αύξηση της εκκρίσεως της τραχηλικής βλέννας. Εκτός όμως από ποσοτική αλλαγή στην τραχηλική βλέννα υπάρχει και ποιοτική. Όσο πλησιάζει η στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας, αυτή γίνεται διαυγέστερη και αποκτά κρυστάλλωση την στιγμή ρήξεως του ωοθυλακίου. Αντίστοιχα με την κρυστάλλωση, επηρεάζεται και η ελαστικότητα και η εκτασιμότητά της που φθάνει τα 20-25 εκατοστά στην ωοθυλακιορρηξία.

Η μεταβολή κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας, εξασφαλίζει τις ιδανικότερες συνθήκες, για την διείσδυση των σπερματοζωαρίων από την τραχηλική βλέννα στην μητρική κοιλότητα.

Μετά την 14η ημέρα του κύκλου η βλέννα παθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές, που αποδίδονται στην προγεστερονική δράση και χαρακτηρίζονται από καταστροφή της κρυσταλλώσεως, σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητάς της, ώστε παραμονές της εμμηνορυσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα.

Στο ευδοτραχηλικό επιθήλιο, το οποίο επενδύει τις διάφορες μικροκρύπτες και σχισμές του τραχήλου της μήτρας, παράγεται κάτω από την επίδραση ορμονών της ωοθήκης η τραχηλική βλέννα.

Το ΡΗ της βλέννας από καθαρά αλκαλικό (7,5) που είναι στην διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου, γίνεται λιγότερο αλκαλικό μέχρι και όξινο στο τέλος της δεύτερης φάσης. Η φυσιολογική ποσότητα της βλέννας που παράγεται ημερησίως είναι 20-60 , αλλά με την οιστρογονική επίδραση δεκαπλασιάζεται.

Πριν από την ωοθυλακιορρηξία, η τραχηλική βλέννα είναι παχύρρευστη και γεμάτη λευκοκύτταρα. Την στιγμή όμως της οιστρογονικής παραγωγής, όταν η LH βρίσκεται στην εκκριτική αιχμή της, γίνεται λεπτόρρευστη και υδαρής, αλκαλικότερη χωρίς κανένα κυτταρικό στοιχείο μέσα της. Οι μεταβολές αυτές χρησιμοποιούνται και σαν δείκτες διαπίστωσης ωοθυλακιορρηξίας.



Ο κόλπος χρησιμεύει στην συλλογή του σπέρματος μετά την εκσπερμάτιση την κροχέτευση των εκκρίσεων της μήτρας και των σαλπίνγγων αλλά και στην ίοδο του εμβρύου και του πλακούντα κατά τον τοκετό. Επίσης συμβάλλει στην οφύλαξη των εσωτερικών γεννητικών οργάνων από φλεγμονές. Ο κόλπος, όπως και η μήτρα είναι "όργανο-στόχος" κυρίως των ορμονών της ωθηκής γι' αυτό και με την επίδραση των κυκλικών περιοδικών διακυμάνσεων αυτών των ορμόνων, υφίσταται στο διάστημα του γεννητικού κύκλου, διάφορες μορφολογικές μεταβολές, οι οποίες βρίσκονται σε απόλυτη συνάρτηση με την ορμονική κατάσταση κάθε στιγμής.-

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Δεύτερο 2ο

Ε Μ Β Ρ Υ Ο Λ Ο Γ Ι Α

" Η ΠΡΩΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ "

Γονιμοποίηση

Η ανάπτυξη αρχίζει στην γονιμοποίηση όταν ένα σπερματοζωάριο ενώνεται με ένα ωάριο και σχηματίζει τον ζυγωτή, το πρώτο κύτταρο από τον νέο ανθρώπινο οργανισμό. Ο ζυγωτής διαιρείται μιτωτικά και πολλές πολύπλοκες αλλαγές γίνονται προτού το αναπτυσσόμενο έμβρυο μπορεί να ζήσει μονάχο του.

Το ωάριο που ελευθερώνεται στην ωορρηξία διατηρεί την δυνατότητα να γονιμοποιηθεί μέχρι και 12 ώρες αργότερα. Σπερματοζωάρια που είναι στο θηλυκό γεννητικό σύστημα διατηρούν την ικανότητά τους να γονιμοποιούν ωάρια, μέχρι και 48 ώρες, από την στιγμή που αφήνονται εκεί.

Η γόνιμη περίοδος κατά την διάρκεια του γυναικείου εμμηνορρυσιακού κύκλου είναι περίπου 60 ώρες. Ο πιο γόνιμος χρόνος είναι περίπου την 14η ημέρα μετά την αρχή της εμμήνου ρύσεως, σε κανονικό κύκλο 28 ημερών.

Καθορισμός του φύλου

Το φύλο του εμβρύου καθορίζεται στην γονιμοποίηση από το είδος του σπερματοζωαρίου που γονιμοποιεί το ωάριο. Η γονιμοποίηση από σπερματοζωάριο που φέρνει το Χ χρωμόσωμα θα πάρει ένα ζυγωτή ΧΧ το οποίο κανονικά θα αναπτυχθεί σε θηλυκό οργανισμό, ενώ η γονιμοποίηση από ένα σπερματοζωάριο που φέρνει το Υ χρωμόσωμα θα σχηματισθεί ένα ΧΥ ζυγωτή, που κανονικά θα αναπτυχθεί σε αρσενικό οργανισμό.

" ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ "

Γρήγορος πολλαπλασιασμός της τροφοβλάστησης, γίνεται κατά την δεύτερη εβδομάδα. Κοιλότητες σχηματίζονται μέσα σ' αυτήν και ενώνονται φτιάχοντας δίκτυο κοιλοτήτων. Η τροφοβλάστη διαβρώνει τα μητρικά αγγεία και αίμα και φθάνει μέσα στο δίκτυο κοιλοτήτων, σχηματίζοντας μια πρωτόγεννη μητροπλακουντική κυκλοφορία. Πρωτογενείς λάχνες σχηματίζονται στην εξωτερική επιφάνεια του χοριακού σάκκου. Η εμφύτευση έχει τελειώσει όταν το έμβρυο έχει όλο εμφυτευθεί μέσα στο ευδομήτριο και το επιθήλιο της επιφάνειας καλύπτει την εμφυτευμένη βλαστοκύστη.

Σύγχρονα, το εξωεμβρυϊκό μεσόδερμα σχηματίζεται από την μέση επιφάνεια

της τροφοβλάστης και ελαττώνει το σχετικό μέγεθος της κοιλότητας της βλαστοκύστης, φτιάχνοντας έτσι τον πρωτογενή λεκιθικό ασκό.

Καθώς το έξω-σπλαχνικό κοίλωμα σχηματίζεται από τους χώρους που είναι στο εξωεμβρυϊκό μεσόδερμα, ο πρωτογενής λεκιθικός ασκός γίνεται μικρότερος. Η αρνιακή κοιλότητα πρωτοφαίνεται σαν ένας χώρος που έχει μέγεθος σχισμής ανάμεσα στην τροφοβλάστη και στην έσω-κυτταρική μάζα. Η έσω-κυτταρική μάζα διαφοροποιείται σ' ένα δίστιβο εμβρυϊκό δίσκο που αποτελείται από ένα στρώμα εμβρυϊκού εξωδέρματος και ένα στρώμα εμβρυϊκού ευδοδέρματος.

### " ΤΡΙΤΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ "

Όταν το ευδοεμβρυϊκό μεσόδερμα σχηματίζεται, ο δίστιβος εμβρυϊκός δίσκος μετατρέπεται σε τρίστιβο έμβρυο που αποτελείται από 3 πρωτογενή βλαστικά δέρματα. Αυτά τα δέρματα αργότερα θα δώσουν γένεση σ' όλους τους ιστούς και τα όργανα του εμβρύου.

Η αρχική γραμμή πρωτοφαίνεται νωρίς την 3η εβδομάδα, σαν μία μέση πάχυνση στο εμβρυϊκό εξώδερμα. Αυτή δίνει γένεση σε μεσεγχυματικά κύτταρα που μεταναστεύουν πλάγια και κρανιακά ανάμεσα στο εξώδερμα και ευδόδερμα και οργανώνονται στο τρίτο πρωτογενές βλαστικό δέρμα. Το αρχικό κομβίο, δίνει γένεση στην απόφαση της νωτιαίας χορδής. Η νωτιαία χορδή αναπτύσσεται από τη νωτιοχορδική απόφαση και σχηματίζει το πρωτογενές σκελετικό υπόστρωμα του εμβρύου.

Η διαίρεση του παραξονικού μεσοδέρματος αρχίζει κρανιακά προς το τέλος της 3ης εβδομάδας. Το έσω σπλαχνικό κοίλωμα γενιέται από μεμονωμένους χώρους στο πλάγιο πέταλο του μεσοδέρματος και στο καρδιογόνο μεσόδερμα. Αυτοί οι κοιλωματικοί χώροι στα επόμενα στάδια ενώνονται και σχηματίζουν μια πεταλοειδή κοιλότητα που αργότερα θα δώσει γένεση στις κοιλότητες του σώματος.

Τα αγγεία πρωτοεμφανίζονται στο λεκιθικό ασκό, στην αλλαυτοΐδα, στο χοριο και αναπτύσσονται μέσα στο έμβρυο λίγο αργότερα. Χώροι εμφανίζονται μέσα σε αθροίσματα από μεσεγχυματικά κύτταρα, που γρήγορα θα καλυφθούν εσωτερικά με ενδοθήλιο και θα ενωθούν με άλλους χώρους για να σχηματίσουν ένα πρωτογενές καρδιοαγγειακό σύστημα. Στο τέλος της 13ης εβδομάδας η καρδιά παρουσιάζεται, σαν ζευγάρι καρδιακών σωλήνων, που είναι ενωμένοι

αγγεία που βρίσκονται στις έξω-εμβρυϊκές μεμβράνες. Τα πρωτογενή κύτταρα του αίματος προέρχονται από κύτταρα των αγγείων του λεκιθικού ασκού και της αλλαντοΐδας.

#### ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΜΒΡΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Η τέταρτη εβδομάδα. Αρχικά το έμβρυο είναι σχεδόν ίσιο και οι σωματίτες πρόγονοι των μυών και σπονδύλων) σχηματίζουν εμφανείς προεξοχές. Ο νευρικός σωλήνας είναι κλειστός απέναντι από τους σωματίτες, αλλά είναι ακόμα πολύ ανοιχτός στο ρυγχαίο και στο ουραίο άνοιγμα σχηματίζοντας τους νευροπόρους.

Στις 24 μέρες το πρώτο (γναθικό) και το δεύτερο (υοειδές) βρογχιακό τόξο αρχίζουν να φαίνονται. Μια ελαφρά κάμψη δημιουργείται στο έμβρυο από κάμψη της κεφαλής και της ουράς και τότε η καρδιά, σχηματίζει μια μεγάλη κοιλιακή προεξοχή. Τρία βρογχιακά τόξα είναι ορατά την 26η ημέρα, και ο πρόσθιος εγκέφαλος, σχηματίζει μια έντονη ανύψωση του κεφαλιού. Η συνέχιση της κάμψης και κατά του επιμήκη άξονα-επίπεδο, έχει δώσει στο έμβρυο μια χαρακτηριστική κάμψη σε σχήμα C. Οι καταβολές των πάνω άκρων αρχίζουν να γίνονται ορατές σαν μικρές προεξοχές στα πλάγια τοιχώματα του σώματος. Τα ωτικά εντυπώματα, που είναι η καταβολή από το μέσο αυτί φαίνονται καθαρά. Οι καταβολές των κάτω άκρων εμφανίζονται μέχρι την 28η ημέρα. Καταβολές του φακού που είναι παχύνσεις εξωδερμικές και που δείχνουν, που θα σχηματιστούν οι μελλοντικοί φακοί, είναι κιόλας ορατές στα πλάγια του κεφαλιού.

Η πέμπτη εβδομάδα. Οι αλλαγές στο σώμα, είναι μικρές σε σχέση με την τέταρτη εβδομάδα. Η μεγάλη αύξηση του κεφαλιού οφείλεται κύρια στην γρήγορη ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Τα άκρα δείχνουν κιόλας αρκετή τοπική διαφοροποίηση, ιδιαίτερα τα πρόσθια. Οι περιοχές του αγκώνα, και του καρπού, αρχίζουν να αναγνωρίζονται και το χέρι που έχει μορφή κουπιού, αρχίζει να σχηματίζει φαλαγγιακές ακρολοφίες που ονομάζονται δάχτυλα ή φαλαγγιακές ακτίνες και που δείχνουν τα μελλοντικά δάχτυλα. Πρέπει σ' αυτό το σημείο να παρατηρηθεί, ότι η ανάπτυξη των κάτω άκρων, γίνεται κάπως αργότερα από αυτή των πρόσθιων άκρων.

Πολλά μικρά επάρματα αναπτύσσονται γύρω από το αυλάκι που είναι ανάμεσα στα δύο πρώτα βρογχικά τόξα. Αυτό το αυλάκι γίνεται ο έξω ακουστικός πόρος και τα επάρματα τελικά ενώνονται και σχηματίζουν το πτερύγιο του αυτιού.

Η έκτη εβδομάδα. Το κεφάλι τώρα είναι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με τον κορμό και κάμπτεται πιο πολύ μπρός και πάνω από την προεξοχή της καρδιάς.

Η θέση του κεφαλιού είναι αποτέλεσμα από την κάμψη του εγκεφάλου στην αυχενική μοίρα. Γύρω στις 42 ημέρες, οι σωμίτες δεν είναι πια ορατοί. Τα έντερα εισέρχονται στο εξωπλαχνικό κοίλωμα στην περιοχή που είναι κεντρικά στον εμφάλιο λώρο. Η επικοινωνία ανάμεσα στο αρχέγονο έντερο και στον λεκιθικό ασκό ελαττώνεται σ'ένα μικρό λεκιθικό μίσχο.

Τα άκρα υφίστανται σημαντικές αλλαγές. Γύρω στις 42 μέρες έχουν επιμηκυνθεί και καμφθεί ελαφρά, έτσι ώστε τα δάχτυλα να πλησιάζουν την μύτη.

Εγκοπές εμφανίζονται ανάμεσα στις ακτίνες που είναι στις πλάκες των χεριών και που δείχνουν τα μελλοντικά δάχτυλα. Δάχτυλα κοντά και ενωμένα με μεμβράνη εμφανίζονται σε λίγο και εγκοπές φαίνονται αμέσως μετά ανάμεσα στις ακτίνες των πλακών των ποδιών.

Η έβδομη και όγδοη εβδομάδα. Το έμβρυο τώρα, έχει ανθρώπινα χαρακτηριστικά. Το κεφάλι είναι πιο στρογγυλό και αυρθωμένο, αλλά είναι ακόμα ουσανάλογα μεγάλο. Η περιοχή του λαιμού έχει κιόλας δημιουργηθεί, και τα βλέφαρα είναι πιο φανερά.

Τα πρόσθια άκρα σιγά σιγά ανεβαίνουν πάνω από το επίπεδο του ώμου και τα χέρια σιγά-σιγά σκεπάζουν το στόμα και την περιοχή της μύτης. Τα δάχτυλα των ποδιών και των χεριών, είναι καλά διαφοροποιημένα. Η κοιλιά προεξέχει λιγότερο, αλλά τα έντερα είναι ακόμα μέσα στον ομφάλιο λώρο.

#### " ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΟΪΜΗΣ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ "

Έννιά με δώδεκα εβδομάδες. Στην αρχή της 9ης εβδομάδας, το κεφάλι αποτελεί περίπου το μισό από το έμβρυο. Αμέσως μετά η αύξηση στο μήκος του σώματος επιταχύνεται πάρα πολύ, κι έτσι στο τέλος της 12ης εβδομά-

ας το μήκος του εμβρύου έχει σχεδόν διπλασιασθεί.

Το έμβρυο τώρα είναι ικανό να επιζήσει κύρια γιατί το κεντρικό νευρικό σύστημα έχει ωριμάσει, ώστε μπορεί να κατευθύνει την ρυθμική αναπνοή και να ελέγχει την θερμοκρασία που έχει το σώμα. Τα μάτια ανοίγουν αυτήν την περίοδο και το κεφάλι και οι λεπτές τρίχες, είναι πάρα πολύ καλά αναπτυγμένες.

Το έμβρυο συνήθως παίρνει μια θέση ανάποδα προς την μητέρα, όσο ο χρόνος της γέννησης πλησιάζει. Αυτή η θέση είναι σ' ένα βαθμό αποτέλεσμα από το σχήμα που έχει η μήτρα και γιατί το κεφάλι, είναι βαρύτερο τμήμα - από τα πόδια.

Τα περισσότερα έμβρυα, αυτή την περίοδο που τελειώνει η εγκυμοσύνη είναι παχιά. Γενικά υπάρχει μια καθυστέρηση στην ανάπτυξη όσο πλησιάζει η γέννηση. Όταν το έμβρυο είναι έτοιμο να γεννηθεί, το δέρμα έχει τις πιο πολλές φορές άσπρο ή κυανορόδινο χρώμα, το στήθος προεξέχει και οι μαζιοειδείς αδένες προβάλλουν και στα δύο φύλα.

" Παράγοντες που επηρεάζουν την εμβρυϊκή ανάπτυξη "

Γλυκόζη, ινσουλίνη και αμινοξέα. Η γλυκόζη είναι η κύρια πηγή ενέργειας για τον εμβρυϊκό μεταβολισμό και την αύξησή του, αλλά και τα αμινοξέα είναι επίσης απαραίτητα. Αυτές οι ουσίες προέρχονται από την μητέρα διαμέσου του πλακούντα.

Η ινσουλίνη, που θεωρείται ως η κύρια ορμόνη που ρυθμίζει την αύξηση του εμβρύου, που είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό της γλυκόζης, εκκρίνεται από το εμβρυϊκό πάγκρεα. Μεγάλες ποσότητες μητρικής ινσουλίνης συνήθως δεν φθάνουν στο έμβρυο. Παιδιά από διαβητικές μητέρες συνήθως έχουν την τάση να είναι μεγαλύτερα από τα κανονικά παιδιά, κύρια γιατί οι μητέρες παθαίνουν πολλά επεισόδια υπεργλυκαιμίας με αποτέλεσμα την υπερέκκριση της εμβρυϊκής ινσουλίνης.

Κακή διατροφή της μητέρας. Πολύ κακή μητρική διατροφή, που είναι αποτέλεσμα από πτωχή ποιοτικά δίαιτα είναι γνωστό ότι ελαττώνει την αύξηση του εμβρύου. Πτωχή διατροφή και κακές συνήθειες στην πρόσληψη τροφής που παίρνει η μητέρα. Είναι συνηθισμένα και δεν περιορίζονται μόνο σε μητέρες που ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις.

άπνισμο. Η ταχύτητα αύξησης των εμβρύων σε μητέρες που καπνίζουν είναι λιγότερη από την κανονική στην διάρκεια των τελευταίων 6-8 εβδομάδων της εγκυμοσύνης. Το αποτέλεσμα είναι πιο εντυπωσιακό σε έμβρυα που οι μητέρες τους, βρίσκονται σε κακή διατροφή.-

πολλαπλές κυήσεις. Νεογνά από δίδυμα, τρίδυμα και άλλες πολλαπλές κυήσεις είναι πιο πολλές φορές ζυγίζονται πολύ λιγότερο, από τα παιδιά που προέρχονται από απλή εγκυμοσύνη. Είναι φανερό, ότι οι ανάγκες των διδύμων, τριδύμων κ.λ.π. είναι πιο πολλές από αυτές που έρχονται για διατροφή διαμέσου του πλακούντα, κατά την διάρκεια κυρίως του 3ου τριμήνου.

ελαττωμένη μητροπλακουντική αιματική ροή. Βλάβη στην μητρική πλακουντική κυκλοφορία, μπορεί να προκληθεί από μια σειρά από καταστάσεις που ελαττώνουν την ροή του αίματος στην μήτρα (π.χ. σοβαρή ασθένεια και υπόταση των νεφρών). Η χρόνια ελάττωση της ροής του αίματος στη μήτρα μπορεί να προκαλέσει έλλειψη τροφών από έμβρυο, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση ανάπτυξής του.

ανεπάρκεια του πλακούντα. Ανωμαλίες στον πλακούντα μπορεί επίσης να έχουν σαν αποτέλεσμα, να καθυστερήσει η ενδομητρική ανάπτυξη του όψιμου εμβρύου. Αυτές οι αλλαγές στον πλακούντα ελαττώνουν την ολική επιφάνεια που είναι προσιτή για την ανταλλαγή των θρεπτικών ουσιών ανάμεσα από την μητρική και εμβρυϊκή κυκλοφορία.

Γενετικοί παράγοντες και χρωματοσωμικές ανωμαλίες. Είναι παραδεκτό πλέον, ότι οι γενετικοί παράγοντες, μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερημένη εμβρυϊκή ανάπτυξη.

Τα τελευταία χρόνια δομικές και αριθμητικές χρωματοσωμικές παρεκκλίσεις έχουν ακόμα συνταυτισθεί με περιπτώσεις ανωμαλίας της όψιμης εμβρυϊκής ανάπτυξης.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Τρίτο 3ο

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ανάμεσα στις αντιλήψεις, που μας προσφέρει σήμερα η επιστήμη σχετικά με τις προϋποθέσεις, που είναι απαραίτητες για την φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης, πρωταρχική θέση κατέχει η καλή διατροφή της εγκύου, γιατί έτσι εξασφαλίζεται ή επάρκεια του οργανισμού της σ'όλες τις απαραίτητες ουσίες για την φυσιολογική διάπλαση της εγκύου.

Οι τροφές που παίρνουν μέρος στην θρέψη, δηλαδή οι θρεπτικές ουσίες ανήκουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: στα λευκώματα, στα λίπη και στους υδατάνθρακες. Υπάρχει, ακόμα μια κατηγορία, συμπληρωματικών ουσιών που παίρνει ο οργανισμός μας ή με την τροφή του ή συνθετικά και οι οποίες έδωσαν σπουδαία βιολογική ενέργεια, απαραίτητη για την ανταλλαγή της ύλης. Δεν έχουν όμως δυναμική ενέργεια, δηλαδή δεν παράγουν θερμότητα. Οι ουσίες αυτές είναι: το νερό, τα άλατα και οι βιταμίνες.

Κάθε μία από τις κατηγορίες των τροφών έχει και την δική της ιδιότητα π.χ. οι υδατάνθρακες είναι τροφή που παράγει ενέργεια τα λίπη έχουν την ιδιότητα να αποταμιεύουν και να δίνουν θερμότητα, γιατί περιέχουν μεγάλη ποσότητα άνθρακα και τα λευκώματα είναι μοναδικά για την ανάπτυξη των ιστών και τότε μόνον παίρνουν μέρος στην παραγωγή ενέργειας και θερμότητας, όταν λείπουν οι υδατάνθρακες και λίπη.

Παλαιότερα την θρεπτική τιμή της τροφής την καθόριζαν, ανάλογα με το ποσό των θερμίδων που απέδιδε αυτή, δηλαδή ανάλογα με την θερμιδική της αξία. Σήμερα όμως η εκτίμηση αυτή επαρκεί γι' αυτό στην θερμιδική αξία της τροφής πρέπει να υπολογίσουμε και την ποιότητάς της, δηλαδή την περιεκτικότητά αυτής σε λευκώμα, άλατα και βιταμίνες.

Η γυναίκα, συνήθως, έχει ανάγκη από μικρότερη ποσότητα τροφής απ' ό,τι ο άνδρας γιατί και η σωματική της διάπλαση και η εργασία, που αποδίδει, είναι μικρότερες, τις περισσότερες φορές.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου η απόδοση της εργασίας της είναι ίση με την απόδοση του άνδρα, η τροφές του θα πρέπει να είναι ίσες.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όμως, τα πράγματα αλλάζουν, γιατί αυξάνονται οι ανάγκες του οργανισμού της εγκύου σε θρεπτικές ουσίες και η

αξία τους δεν εκτιμάται τόσο σε θερμίδες, γιατί οι θερμιδικές ανάγκες του εμβρύου είναι μικρές (300-400 θερμίδες), αλλά σε ποιότητα.

Έτσι, για να μπορέσουμε να προσαρμόσουμε την διατροφή της εγκύου σύμφωνα με τα προστάγματα της επιστήμης, πρέπει να μην βλέπουμε την διατροφή της μόνο σαν ύλη θρώσης, αλλά να υπολογίζουμε την βιολογική της αξία και την σημασία της πάνω στη θρέψη. Η αξία της διατροφής της εξαρτάται από την περιεκτικότητα αυτής σε βιταμίνες και σε άλατα, γιατί, όταν λείπουν, η ανταλλαγή της ύλης δεν γίνεται κανονικά και ο οργανισμός της εγκύου εκδηλώνει την έλλειψή του με σειρά από παθολογικά φαινόμενα, που φθάνουν κάποτε ως την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης. Ας μην ξεχνάμε, πως το έμβρυο δεν περιορίζεται μόνο στις αυξητικές του ανάγκες, αλλά είναι περισσότερο απαιτητικό, γιατί ακοθηκεύει στο συκώτι του και στα άλλα όργανά του βιταμίνες, σίδηρο και άλατα, όπως επίσης και διάφορες ουσίες, που θα τις χρησιμοποιήσει μετά τον τοκετό. Σ' ένα τελειόμηνο έμβρυο βρίσκουμε 1.100 γρ. λευκωμάτων, 220 γρ. λιπών, 80 γρ. υδατανθράκων, 25 γρ. ασβεστίου, 16 γρ. φωσφόρου, 0,4 γρ. σιδήρου, στον πλακούντα βρίσκουμε 55 γρ. λευκωμάτων.

Για να καλυφθούν οι ανάγκες του εμβρύου και του πλακούντα, πρέπει πρώτα να καλυφθούν οι ανάγκες της εγκύου. Για την κάλυψη αυτή η έγκυος πρέπει να παίρνει την ημέρα 100 γρ. λευκωμάτων, κατά προτίμηση ζωικών, 80 γρ. λίπων, 300 γρ. υδατανθράκων, άλατα και βιταμίνες. Η πρόσληψη αυτών των ποσών, δεν απαιτεί ιδιαίτερο διαιτολόγιο της εγκύου, όπου τα γεύματά της είναι κανονικά και περιέχουν ποικιλία τροφών. Η παλαιά δοξασία πως η "έγκυος πρέπει να τρώει για δύο" δεν είναι σωστή και βλάπτει.

Επάντιες φορές, όταν η έγκυος εμφανίζει ελάττωση της θρέψης ή όταν οι οικονομικές της συνθήκες δεν της επιτρέπουν πλούσια σε ποικιλία διατροφή, μπορούμε να της χορηγήσουμε σκευάσματα, που περιέχουν βιταμίνες και άλατα.

Η αύξηση της όρεξης, που τις περισσότερες φορές χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη, είναι δυνατό να οδηγήσει σε πολυφαγία, με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους της, που θα κάνει την εξέλιξη της εγκυμοσύνης περισσότερο δύσκολη και θα δημιουργήσει προβλήματα στον τοκετό της.

Η έποψη, πως η έγκυος δεν θα πρέπει να καταβάλει προσπάθειες βελτίωσης της διατροφή της, όταν εξασφαλίζει την ποικιλία αυτής, που αναφέραμε δεν σημαίνει πως μπορούμε να την ελαττώσουμε, με αποτέλεσμα τον περιρισμό των θερμίδων γιατί έχει αποδειχθεί, πως είναι δυνατό να γεννήσει πρόωρα. Η αύξηση των θερμίδων πρέπει να είναι 200 παραπάνω απ' αυτές, που είχε ανάγκη πριν από την εγκυμοσύνη.

Στις παρακάτω περιπτώσεις θα πρέπει να προσέξει ο μαιευτήρας ειδικότερα την διατροφή της εγκύου: όταν είναι φτωχή, όταν έχει τρείς ή περισσότερες εγκυμοσύνες μέσα σε δύο χρόνια. Όταν βρίσκεται κάτω από διαιτολογικό έλεγχο, που του επιβάλλει άλλη πάθηση. Όταν καπνίζει, πίνει ή κάνει χρήση ναρκωτικών. Όταν ο αιματοκρίτης της είναι κάτω από 33% και η αιμοσφαιρίνη κάτω από 10 γρ. Όταν δεν παίρνει το κανονικό βάρος στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και όταν είναι μικρότερη από 16 χρόνων.

Για να ρυθμιστεί το διαιτολόγιο της εγκύου θα πρέπει να υπάρχει γνώση των κυριότερων τροφών στην διατροφή και ειδικότερα στην διατροφή της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η σωστή θρέψη της μητέρας είναι πρωταρχικής σημασίας για την ομαλή ανάπτυξη του έμβριου. Άλλες μελέτες έδειξαν πως το μικρό ύψος δεν έχει μόνο κληρονομική καταβολή, αλλά βρίσκεται σε οικογένειες φτωχές με κακή θρέψη.

Έρευνες στο Ινστιτούτο διατροφής Κεντρικής Αμερικής, και Παναμά έδειξαν πόσο επιρρεπή είναι στην διανοητική καθυστέρηση τα παιδιά των μανάδων με κακή θρέψη. Στις οικονομικά και πολιτισμικά προηγμένες χώρες οι προσπάθειες να ελαττώσουν την συχνότητα της διανοητικής καθυστέρησης που προξενείται από πρόωρη γέννηση και επιπλοκές τοκετού, περιλαμβάνουν προγράμματα προορισμένα να βελτιώσουν τις διαιτητικές συνήθειες όλων των γυναικών που βρίσκονται σε ηλικία που μπορούν να γεννήσουν, και να προσφέρουν τις μητέρες στενή παρακολούθηση σε θέματα διατροφής από την αρχή της εγκυμοσύνης τους.

Περικοί γυναικολόγοι συνιστούν αποφυγή των φρούτων, γιατί επηρεάζουν όπως ισχυρίζονται, την κατασκευή και το βάρος του εμβριου και δυσκολεύουν τον τοκετό. Αντίθετα υποστηρίζουν πως το κρέας, το φάρι και το γάλα

δεν πρέπει να λείπουν από το καθημερινό διαιτολόγιο.

Στο σύγγραμά του ο καθηγητής της Μαιευτικής-Γυναικολογίας Δούρος Νίκος γύρω από αυτό το θέμα υποστηρίζει τα εξής:

Η γυναίκα στην εγκυμοσύνη πρέπει να προτιμά τα λαχανικά και τα φρούτα, ενώ το άφθονο ζωϊκό λεύκωμα (κρέας-ψάρι), το ζωϊκό λίπος (βούτυρο-γάλα) και το αλάτι έχουν κακή επίδραση πάνω στην ανταλλαγή της ύλης της εγκυμονούσας και έτσι η παλιά γαλακτοφορία είναι βλαβερή. Η λογικά ανάμικτα τροφή δίχως υπερβολή σε ζωϊκό λεύκωμα, λίπη και αλάτι είναι η καταλληλότερη στην εγκυμοσύνη.

### Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Κατά την εγκυμοσύνη τόσο για το καλό της εγκύου όσο και για το μωρό της, η εγκυμονούσα πρέπει να πάρει βάρος. Σήμερα, πιστεύεται ότι η μέλλουσα μητέρα πρέπει να παίρνει πολύ περισσότερο βάρος απ'όσο εθεωρείτο άλλοτε υγιές. Η λογική αύξηση του βάρους, αποτελεί ουσιώδη παράγοντα. Το βάρος που κερδίζουν οι έγκυες κυμαίνεται μεταξύ 9-13,5 κιλών, το οποίο συνήθως παρουσιάζει την μέγιστη αύξησή του στο διάστημα μεταξύ 24ης και 32ης εβδομάδας. Η μήτρα, το βρέφος και ο πλακούντας καλύπτουν περισσότερο από το μισό του συνολικού βάρους που κερδίζει η εγκυμονούσα, η οποία παράλληλα παράγει περισσότερο αίμα, και χρειάζεται να αποθηκεύει λίπος για την περίοδο του θηλασμού.

Μια μελέτη που έγινε πρόσφατα στην Αγγλία απέδειξε ότι, στις περιπτώσεις που οι μητέρες δεν τρέφονται σωστά όσο αφορά την λήψη θερμίδων, βιταμινών και μεταλλικών αλάτων ο δείκτης γεννήσεων ελλιποβαρών νεογνών ήταν υψηλότερος. Από την άλλη μεριά, υπάρχει χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης σωματικών και διανοητικών ανωμαλιών, καθώς και αυτόματων εκτρώσεων και θανάτων νεογνών, όταν οι γυναίκες έχουν κερδίσει σχετικά μεγάλο βάρος κατά την εγκυμοσύνη (χωρίς να γίνουν παχύσαρκες) και τα μωρά γεννιούνται βαρύτερα.

Επίσης έχουν αποδειχθεί ότι η παράταση των ωδίνων του τοκετού βρίσκεται σε απόλυτη συνάρτηση με τον τρόπο κατά τον οποίο έχει μεγαλώσει η μήτρα κατά την εγκυμοσύνη, πράγμα που εξαρτάται από την σωστή διατροφή της μητέρας.

Σήμερα θεωρείται ότι το μίνιμουμ του βάρους που πρέπει να παίρνουν οι εγκυμονούσες, είναι 11 κιλά. Όταν η γυναίκα τρώει ότι της χρειάζεται το βάρος που κερδίζει, συνήθως, ακολουθεί ένα φυσικό διάγραμμα που μπορεί να προβλεφθεί. Υπάρχει περίπτωση στο επιπλέον βάρος να αρχίσει να προστίθεται από την στιγμή που θα επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη (6η-8η εβδομάδα). Η παρακολούθηση όμως του προστιθέμενου βάρους αρχίζει περίπου μετά την συμπλήρωση της 12ης εβδομάδας.

#### ΤΡΟΠΟΣ ΔΗΨΕΩΣ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

Η όρεξη της εγκύου συνήθως αυξάνεται περίπου τον 4ο μήνα, οπότε εμφανίζεται το αίσθημα διαρκούς πείνας, αυτός είναι ο τρόπος που η φύση εξασφαλίζει, ότι η τροφή που λαμβάνει η μητέρα είναι επαρκής για αυτήν και το έμβρυο. Όμως, αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει "να τρώει για δύο". Είναι απόλυτα φυσιολογικό να τρώει περισσότερο, εφόσο ο μεταβολισμός της επιταχύνεται, όμως οι απαιτήσεις του οργανισμού για αύξηση της ενέργειας κυμαίνονται στο 15<sup>ο</sup>/ο, που σημαίνει ότι 500 θερμίδες επιπλέον την ημέρα είναι αρκετές.

Ακόμη και η παραμικρή ποσότητα των τροφών που λαμβάνονται πρέπει να είναι κατάλληλες για αυτήν και το έμβρυο.

Καθώς η εγκυμοσύνη προχωρεί, τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά, να κυμαίνεται ο αριθμός τους στα πέντε ή έξι γεύματα την ημέρα, αντί των τριών και οπωσδήποτε πλουσιότερων που μάλλον υπήρξαν συνήθεια από την πρίν της εγκυμοσύνης περίοδο. Τα ελαφρά και συχνά γεύματα είναι πιο εύπεπτα.

Οι συσπάσεις του εντέρου επιβραδύνονται κατά την εγκυμοσύνη, κι έτσι το στομάχι κινείται με βραδύ ρυθμό, για αυτό και δεν πρέπει να υπερφορτώνεται. Το αναπτυσσόμενο έμβρυο πιέζει προς το στομάχι, κατά το τελευταίο τρίμηνο, περιορίζοντας την χωριτικότητα του για αυτό ένα ελαφρύ γεύμα χωράει ευκολότερα και απαλάσσει την έγκυο από το αίσθημα της δυσφορίας.

Το σισήτητιο της εγκύου δεν χρειάζεται αύξηση. Αντίθετα χρειάζεται τροποποίηση, περισσότερες πρωτεΐνες (προπάντων όχι περισσότερα λίπη), σίδηρος, ασβέστιο και βιταμίνες. Πρέπει να γνωρίζει η έγκυος, πως το βάρος προέ-

ει να κατανεμηθεί μέσα στους 9 μήνες.

Πρέπει να είναι ελάχιστη στους τρεις μήνες 1.500 γραμμάρια συνολικά. Προτιμότερο είναι ένα κιλό. Τους τρεις επόμενους μήνες, η αύξηση του βάρους μπορεί να είναι μεγαλύτερη 1000 με 1500 γραμμάρια, και στο τελευταίο τρίμηνο περίπου στα ίδια επίπεδα, 4 με 5 κιλά σε τρεις μήνες.

Κάθε υπερβολή πρέπει να αντιμετωπίζεται δυναμικά από την ίδια την γυναίκα και από τον γιατρό, προπάντων στο δεύτερο μισό κύησης. Από όλα αυτά προκύπτει ότι η αύξηση του βάρους κατά την εγκυμοσύνη ποικίλλει από 20% μέχρι 24%, άνισα μοιρασμένη μέσα στον χρόνο, 3% το πρώτο τρίμηνο, 10% το δεύτερο τρίμηνο και το υπόλοιπο το τρίτο.

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από την έγκυο, για να μην παχύνει και καθυστερήσει την διάρκεια του θηλασμού. Όλα αυτά τα επιπλέον κιλά είναι σχεδόν απαρόφευκτα σε κανονικές γυναίκες, με καλή υγεία που δεν ζούν κάτω από συνθήκες υποσιτισμού ή αθλιότητας. Οι έγκυες γυναίκες στον τρίτο κόσμο, εθαίνουν της πείνας, ενώ στη χώρα μας, η έγκυος γυναίκα τρώει για δύο, από άγχος, απραξία, παρότρυνση ή απλώς από συνήθεια.

Όλα αυτά δεν αφορούν παρά μόνο υγιείς γυναίκες. Η εγκυμοσύνη δεν είναι αρρώστια, αλλά μια περίοδος όπου η αρρώστια είναι σοβαρή και κτυπάει δύο πλάσματα. Σε κάθε ιατρική επίσκεψη η γυναίκα πρέπει να ζυγίζεται, να μετράει την αρτηριακή της πίεση, να ανιχνεύει την σάκχαρο και το λεύκωμα στα ούρα.

Στο τελευταίο τρίμηνο, πρέπει να γίνεται το ζύγισμα της εγκύου κάθε 5 ημέρες, όπως και τις αναλύσεις για την ανίχνευση του λευκώματος. Η εγκυος πρέπει να γνωρίζει ότι αν παίρνει περισσότερο από μισό κιλό την εβδομάδα, αν έχει λεύκωμα στα ούρα, αν της πονάει το κεφάλι, πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως τον γιατρό της.

Αυτές οι αυξήσεις του βάρους μπορούν να σημαίνουν, ότι κάτι πιο σοβαρό συμβαίνει, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν διαταραχές των αγγείων και των νεφρών, που είναι επικίνδυνες.

#### ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ ΤΟ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΠΑΧΟΣ

Το ότι στην διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν πρέπει να αυξηθεί πολύ το

άρος, είναι ένα θέμα το οποίο θα πρέπει να απασχολεί σοβαρά την έγκυο γυναίκα. Η έγκυος είναι σωστή που θα πρέπει να το ρυθμίσει και είναι η πλέον υπεύθυνη.

Τα περίσσια κιλά βλάπτουν στην εγκυμοσύνη για τους εξής λόγους:  
1ον. Η υπερβολική αύξηση βάρους, επιβαρύνει την κυκλοφορία της καρδιάς, η οποία ήδη είναι παραφορτωμένη επειδή αυξάνει ο όγκος του αίματος. Αποτέλεσμα: δύσπνοια, λαχάνιασμα, ταχυπαλμία.

2ον. Υπερβολική διάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, ραγάδες, ραβδώσεις που εμφανίζονται σε περισσότερες φορές δεν φεύγει μετά τον τοκετό.

3ον. Μεγάλο παιδί, αποτέλεσμα δυσκολίες και προβλήματα την ώρα του τοκετού. (Δυστοκία, μεγάλη επισιοτομή, επεμβάσεις).

4ον. Υπερβολικό βάρος: Παχυσαρκία, λευκωματουρία, υπέρταση, τοξιναιμία, πίεση των άκρων, οιδήματα, κίρσοι, αιμορροΐδες.

Ακόμη, οι έγκυες που πήραν πολλά κιλά κατά την εγκυμοσύνη δυσκολεύεται να τα χάσουν μετά το τοκετό. Τα περιττά κιλά οπωσδήποτε δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα στην νέα γυναίκα που βλέπει το σώμα της να έχει χάσει την γραμμή του. Τα αποτελέσματα άλλες φορές είναι θετικό και άλλες όχι, με επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της νέας γυναίκας.

#### ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΘΕΡΜΙΔΕΣ

Θερμίδα λέγεται η μονάδα μέτρησης της θερμικής ενέργειας, που τα θρεπτικά συστατικά αποδίδουν στον οργανισμό. Ο οργανισμός δεν είναι δυνατόν να τραφεί χωρίς παραγωγή ενέργειας-δύναμης την οποία μετρούμε σε θερμίδες.

1. Όταν καεί ένα γραμμαριο πρωτεΐνης δίνει ενέργεια ίση με 4 θερμίδες.
2. Όταν καεί ένα γραμμάριο υδατάνθρακα δίνει ενέργεια ίση με 4 θερμίδες.
3. Όταν καεί ένα γραμμάριο λίπος δίνει ενέργεια ίση με 9 θερμίδες.
4. Όταν καεί 1 γραμμάριο οινόπνευμα δίνει 7 θερμίδες ενέργεια.

Η πολυφαγία προκαλεί αυτόματα παραγωγή μεγάλου ποσού ενέργειας.

Ο οργανισμός όμως δεν μπορεί να κάψει γλυκόζη περισσότερη από εκείνη την ποσότητα που έχει ανάγκη. Έτσι μετατρέπει την περίσσια γλυκόζης σε λίπος και το διαμοιράζει στα άκρα, την περιφέρεια, στα εσωτερικά όργανα, οπότε προκαλείται η παχυσαρκία.



Η έγκυος έχει ανάγκη περίπου 2.500 θερμίδες για να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της εγκυμοσύνης. Σημαντικός περιορισμός των θερμίδων, μπορεί να έχει δυσάρεστα επακόλουθα. Προς το τέλος κυρίως της εγκυμοσύνης ο οργανισμός έχει ανάγκη από περισσότερες θερμίδες.

#### ΣΗΜΑΣΙΑ ΛΕΥΚΩΜΑΤΩΝ

Ο άνθρωπος προμηθεύεται λευκώματα με την τροφή που από το ζωϊκό και το φυτικό βασίλειο. Για να τα κάνει, όμως, χρησιμοποιήσιμα από τον οργανισμό του, πρέπει να τα κάνει ίδια με τα λευκώματά του\* γι' αυτό και με την επίδραση των πεπτικών ουσιών τα αποσχίζει, τα μετατρέπει σε αμινοξέα και με την μορφή αυτή τα απορροφάει.

Οι ανάγκες του οργανισμού σε λεύκωμα ανέρχονται σε 80 γρ. περίπου την ημέρα. Το περισσότερο μέρος από αυτήν την ποσότητα πρέπει να είναι ζωϊκό λεύκωμα. Η ελάχιστη ποσότητα λευκώματος για κάθε χιλιόγραμμο βάρους του σώματος το 24ωρο, υπολογίζεται σε 1 γραμμάριο. Η πρόσληψη λευκώματος 120 γρ. την ημέρα, δεν μπορεί να βλάψει. Ποσά πέρα από το όριο αυτό, είναι δυνατόν να επιβαρύνουν την λειτουργία του συκωτιού και των νεφρών.

Αναφέρθηκε, ότι το ποσό του λευκώματος που χρειάζεται ο οργανισμός, πρέπει να φθάνει τα 80 γραμμάρια το 24ωρο. Αυτό, όμως, δεν ισχύει για τα παιδιά, γιατί κάθε οργανισμός που αναπτύσσεται, έχει ανάγκη λευκώματος, που θα το χρησιμοποιήσει σαν πλαστική ύλη. Έτσι και το έμβρυο, που αναπτύσσεται έχει και αυτό ανάγκη από λευκώματα.

Αλλά μόνο το έμβρυο, και ο ίδιος οργανισμός, της εγκύου έχει ανάγκη από αυτό, γιατί ορισμένα όργανά της, όπως οι μαστοί, οι αδένες, η μήτρα κ.λ.π υπερτρέφονται. Έτσι οι ανάγκες, του οργανισμού της εγκύου σε λεύκωμα, φθάνουν τα 100 γραμμάρια στο 24ωρο.

Με το ποσό αυτό καλύπτει τις ανάγκες, τόσο τις δικές της όσο και του εμβρύου.

Η ποσότητα, επίσης, λευκώματος, που απαιτεί ο οργανισμός της εγκύου, εξαρτάται και από την ποιότητά του, γιατί τα διάφορα λευκώματα, που παίρνουμε με την τροφή μας, δεν έχουν την ίδια βιολογική ικανότητα ν' αντικαταστήσουν το λεύκωμα του οργανισμού του ανθρώπου. Όσο μεγαλύτερη είναι η συ-

γένεια, που υπάρχει ανάμεσα στο λεύκωμα, που παίρνουμε, και στο λεύκωμα του ανθρώπινου οργανισμού, τόσο μικρότερη ποσότητα χρειάζεται για να διατηρηθεί ισοζύγιο λευκώματος στον οργανισμό. Τα λευκώματα του συκωτιού, των νεφρών και της καρδιάς, έχουν μεγαλύτερη βιολογική αξία από τα λευκώματα των μυϊκών σαρκών. Πολλές συζητήσεις έγιναν για το αν θα πρέπει το μεγαλύτερο μέρος του ποσού αυτού του λευκώματος να είναι ζωϊκό ή φυτικό. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν, πως η έγκυος πρέπει να λαμβάνει περισσότερο φυτικό λεύκωμα και όχι ζωϊκό.

Άλλοι, όμως, ύστερα από μελέτη πολλών περιπτώσεων, πιστεύουν, πως η λήψη κρέατος στην εγκυμοσύνη έχει ενδείξεις, γιατί διαπίστωσαν, πως η πλούσια σε ζωϊκό λεύκωμα διατροφή προφυλάσσει την έγκυο από οιδήματα και άλλα προεκλαμπτικά συμπτώματα, αυξάνει το ποσοστό της αιμοσφαιρίνης και τον αριθμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων και εξασφαλίζει καλή γαλουχία.

Τρόφιμα, που περιέχουν λευκώματα, και μάλιστα τα απαραίτητα αμινοξέα, για την ανάπτυξη των ιστών, είναι το κρέας, τα ψάρια, το γάλα, τα φασόλια, το σιτάρι κ.λ.π. Επίσης, τα διάφορα λαχανικά περιέχουν λευκώματα, αλλά όχι και τα απαραίτητα αμινοξέα.

Βιδικότερα, το κρέας περιέχει 22°/ο λευκώματα, το τυρί 14°/ο το αυγό 15°/ο, τα δημητριακά 11°/ο, τα όσπρια 20-25°/ο κ.λ.π.

#### ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΛΙΠΩΝ

Η παρουσία των λιπών στην διατροφή είναι απαραίτητη, γιατί δεν μπορούν ν'αντικατασταθούν απόλυτα από άλλες τροφές.

Το ελάχιστο ποσό, από το οποίο έχει ανάγκη ο υγιής άνθρωπος σε λίπος, είναι 75 γραμμάρια την ημέρα.

Η αντίληψη, πως τα λίπη είναι πηγή θερμίδων, ισχύει και για την έγκυο. Για'ολ'αυτά, αν εξασφαλίσουμε στην έγκυο το ποσό αυτών των θερμίδων με τροφές, που δεν περιέχουν λίπος, θα δούμε πως η πρόσληψή του είναι αναγκαία, γιατί στα λίπη υπάρχουν ουσίες, όπως τα λιποειδή. Επίσης τα λίπη περιέχουν βιταμίνες.

Αναφέρθηκε, πως οι ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού σε λίπος είναι 75 γραμμάρια. Για την έγκυο, ποσότητα 60-80 γραμ. το 24ωρο είναι αρκετή, για να καλύψει τις δικές της ανάγκες και του εμβρύου. Μεγαλύτερες ποσό-

ητες λιπαρών ουσιών, μπορεί να προκαλέσουν διαταραχή στην λειτουργία του συκωτιού.

Όσο για την ποσότητα του λίπους, που θα πρέπει να παίρνει η έγκυος, δεν αποδίδουμε τη σημασία, που αποδίδουμε στην ποιότητα του λευκώματος. Πρέπει, όμως, να γνωρίζουμε, πως τα ζωϊκά λίπη, το βούτυρο κ.λ.π. είναι προτιμότερα από τα φυτικά, γιατί από το ζωϊκό λίπος παίρνει ο οργανισμός τις βιταμίνες Α και D, που διαλύονται μόνο στα λίπη. Σκόπιμη θα είναι μερική αντικατάσταση του ζωϊκού λίπους από φυτικά έλαια.

Λίπη βρίσκονται στο κρέας (μέχρι 30<sup>ο</sup>/ο), στα ψάρια, στον κρόκο του αυγού, στο γάλα, στα έλαια κ.λ.π.

Το λίπος αποτελεί την κυριότερη μορφή ενέργειας, που αποθηκεύεται στην μητέρα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ως την 30η εβδομάδα η ποσότητά του θάνει τα 4 χιλιοστόγραμμα. Μετά, η αποθήκευσή του, είναι πολύ μικρότερη. Το μεγαλύτερο μέρος του λίπους βρίσκεται στο τοίχωμα της κοιλιάς, στη ράχη, στους μηρούς και μικρή ποσότητα στους μαστούς.

Τα ολικά λιποειδή από 700, που ήταν πριν την εγκυμοσύνη, γίνονται 950 /100κ.εκ. και η χοληστερόλη από 120 γίνεται 280 /100κ.εκ. Η διατροφή της εγκύου δεν έχει επίδραση στην αύξηση της χοληστερόλης του ορού. Η αύξησή της οφείλεται σε εκτροπή του ρυθμιστικού μηχανισμού της.

#### ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ

Την βάση των υδατανθράκων στην συνηθισμένη διατροφή του ανθρώπου αποτελούν τα αμυλούχα, τα όσπρια και τα δημητριακά. Για να γίνουν οι υδατάνθρακες χρησιμοποιήσιμοι από τον οργανισμό, παθαίνουν μοριακή διάσπαση και μετατρέπονται σε σταφυλοζάκχαρο, με την μορφή δε αυτή απορροφώνται από τον βλεννογόνο του εντέρου.

Οι ανάγκες του οργανισμού σε υδατάνθρακες ανέρχονται σε 100 γραμμάρια τουλάχιστον την ημέρα. Αυτό, όμως, δεν ισχύει για την έγκυο γιατί υπολογίστηκε, πως αυτή πρέπει να καλύπτει, από τις 2.500 θερμίδες της τις 600 με υδατάνθρακες. Επομένως, η ποσότητα, που είναι αναγκαία για τον οργανισμό της, ανέρχεται σε 300-400 γραμμάρια.

Το συκώτι εκτελεί χρέη αποθήκης του γλυκογόνου και ρυθμίζει την ποσότητα, που δίνει στα άλλα όργανα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Η ικανότητα για αφομίωση και αποταμίευση του σукωτιού της εγκύου την αρχή της εγκυμοσύνης βρέθηκε ελαττωμένη. Η ελάττωση αυτή έχει σχέση με την διαταραχή της ορμονικής ισορροπίας, που παρατηρούνται στην αρχή της εγκυμοσύνης.

Οι υδατάνθρακες στην εγκυμοσύνη πρέπει να δίνονται και γιατί και κατά την περίοδο των εμετών, εμποδίζουν την πτώση του γλυκογόνου στο σукώτι. Η έλλειψη των υδατανθράκων, μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα υπογλυκαιμικά, κατά την εγκυμοσύνη. Πολλές έγκυοι παραπονούνται για ναυτία, λιποθυμίες και άλλα συμπτώματα που οφείλονται παροξυσμικές υπογλυκαιμίες και αποφεύγονται με την χορήγηση ποσότητας ζακχάρης.

Όσο για την ποιότητα των υδατανθράκων, όπως συμβαίνει και με τα λίπη, δεν έχει την ίδια σημασία, που έχει η ποιότητα των λευκωμάτων. Πρόφιμα στα οποία υπάρχουν μεγάλα ποσά υδατανθράκων, είναι τα δημητριακά. Το ψωμί, ανάλογα με τον βαθμό άλεσης του αλευριού, περιέχει 68-70% υδατάνθρακες και 2% αζωτούχες ουσίες. Το ρύζι περιέχει 77% υδατάνθρακες. Τα φασόλια 50%, οι πατάτες 21% κ.λ.π.

Ο μεταβολισμός των υδατανθράκων στην εγκυμοσύνη αυξάνεται για να καλύψει τις ανάγκες του εμβρύου και της εγκύου, που θα προκύψουν από την εγκυμοσύνη και την γαλουχία.

Η πιο έκδηλη αλλαγή στον μεταβολισμό των υδατανθράκων είναι του ζακχάρου του αίματος. Η δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης παραμένει σε ψηλές τιμές, για να διευκολυνθεί η μεταφορά της στον πλακούντα.

Ο μηχανισμός του μεταβολισμού του ζακχάρου ρυθμίζεται στην εγκυμοσύνη, από τους ανταγωνιστές της ινσουλίνης, που μπορεί να είναι τα αυξημένα ορτικοειδή και η πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη. Αυτά προκαλούν στο σукώτι και στο μυϊκό σύστημα μικρότερη ε απόθεση γλυκογόνου. Το ποσό του ζακχάρου κυκλοφορεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο αίμα της εγκύου.

Επίσης, από το αγγειώδες σπείραμα των νεφρών διέρχεται μεγαλύτερη ποσότητα σακχάρου, και από κείνη που μπορούν να απορροφήσουν τα νεφρικά σωληνάκια. Έτσι, προκαλείται η παροδική σακχαουρία δεν συνοδεύεται από αύξηση σακχάρου στο αίμα.

Αν συνοδεύεται, είναι δυνατό να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση διαβήτη.

## ΣΗΜΑΣΙΑ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΚΑΙ Ο ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΟΥΣ

Οι ανάγκες σε πρωτεΐνες αυξάνονται κατά 50% περίπου, και έτσι η διατροφή της εγκύου θα πρέπει να εμπλουτισθεί με τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες. Τροφές που περιέχουν πρωτεΐνες σε σημαντικά ποσά είναι: το τυρί, γάλα, φάρι ή άπαχο κρέας. Όλες αυτές οι τροφές περιέχουν τα αναγκαία αμινοξέα (χημικές ουσίες που συνθέτουν τις πρωτεΐνες). Οι πρωτεΐνες των λαχανικών περιέχουν μόνο αμινοξέα και έτσι θα πρέπει να συνδυάζονται με ζωϊκή πρωτεΐνη ή μερικά προϊόντα από σιτάλευρα (πλήρες ψωμί ή αλεύρι).

Προκειμένου για τον μεταβολισμό των πρωτεϊνών στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχει θετικό ισοζύγιο αζώτου, που φθάνει στην αιχμή του την 28η εβδομάδα. Στο τέλος της εγκυμοσύνης κατακρατείται η μισή ποσότητα από την εγκυο για την αύξηση του βάρους της και η άλλη μισή από το έμβρυο και του πλακούντα.

Λόγω της αύξησης του αίματος στην εγκυμοσύνη, οι τιμές των πυκνοτήτων των πρωτεϊνών μεταβάλλονται. Ειδικότερα:

α) Η ουρία και η κρεατινίνη του ορού εμφανίζουν μικρή ελάττωση, από αυξημένη νεφρική διήθηση και από αραίωσή τους, που προέρχεται από την αύξηση του όγκου του πλάσματος και,

β) Τα λευκώματα του ορού ελαττώνονται προοδευτικά στο πρώτο μισό της εγκυμοσύνης, ενώ στο τέλος της σταθεροποιούνται.

Ο κύριος λόγος της ελάττωσής τους είναι η ελάττωση της λευκωματίνης, ενώ οι σφαιρίνες α<sub>1</sub>, α<sub>2</sub>, β και γ αυξάνονται.

Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης εμφανίζονται και ειδικές πρωτεΐνες που ως ένα βαθμό ισορροπούν την ελάττωση των ολικών λευκωμάτων προς το τέλος της εγκυμοσύνης. Τότε, όμως, παρατηρείται ελάττωση της γ-G σφαιρίνης, επειδή αυτή διέρχεται το μητροπλακουντικό φραγμό και μοιράζεται μεταξύ εγκύου και εμβρύου.

## Β Ι Τ Α Μ Ι Ν Ε Σ

Η αντίληψη, πως ο άνθρωπος μπορεί να τραφεί με λευκώματα, λίπη υδατάνθρακες, ανόργανα άλατα και νερό, δεν είναι σωστή. Από παλιά έχει αποδειχθεί πως τα τρόφιμα περιέχουν κι άλλες ουσίες, εκτός από αυτές, που είναι απαραίτητες για την διατήρηση της ζωής και της υγείας.

Αυτές οι βιταμίνες.

Οι βιταμίνες δεν ελκύουν ενέργεια. Είναι, όμως, απαραίτητες στην διατροφή του ανθρώπου, που τις παίρνει από τις τροφές του, είτε σαν βιταμίνες, είτε σαν προβιταμίνες.

Πειράματα απέδειξαν, πως οι βιταμίνες αποτελούν απαραίτητο παράγοντα, για την φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Πολλές νοσηρές εκδηλώσεις της εγκυμοσύνης έχουν την αιτιολογία τους σε υποβιταμίνωση και οι απαιτήσεις της εγκύου σ' αυτές είναι μεγάλες.

Μεγαλώνουν μάλιστα ακόμα περισσότερο, όταν η εγκυμοσύνη συνοδεύεται από πεπτικές διαταραχές, εμετούς, ποτοπάθεια κ.λ.π.

### B I T A M I N H A

Είναι λιποδιαλυτή. Οι ημερήσιες ανάγκες της γυναίκας, που δεν είναι έγκυος σε βιταμίνη Α, ανέρχονται σε 6-8000 μονάδες. Τα 3/4 της ποσότητας αυτής θα πρέπει να καλύπτονται με την προβιταμίνη της δηλαδή την Β-καρωτίνη. Στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης 5.000 μονάδες και στο τρίτο τρίμηνο 10.000 μονάδες βιταμίνης Α την ημέρα, καλύπτουν τις ανάγκες της εγκύου.

Οι σχέσεις ανάμεσα στην βιταμίνη Α και στην εγκυμοσύνη μελετήθηκαν αρκετά, γιατί η ανίχνευσή της, όπως και ο ποσοτικός της προσδιορισμός, γίνεται εύκολα.

Βρέθηκε, πως ο λιπώδης ιστός των γυναικών περιέχει μεγαλύτερα ποσά βιταμίνης Α απ' ότι των ανδρών. Αυτό αποτελεί πρόνοια της φύσης, γιατί η ανάπτυξη του εμβρύου είναι αδύνατη χωρίς βιταμίνη Α. Επίσης στην εγκυμοσύνη ελαττώνεται η ικανότητα του συκωτιού να μεταβάλλει την β-καρωτίνη σε βιταμίνη Α. Η ελάττωση αυτή της φυσιολογικής ικανότητάς του οργανισμού, ίσως οφείλεται σε αλλοιώσεις των κυττάρων ή σε διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας, γιατί στην προεκλαμψία βρέθηκε μεγάλη ελάττωση της βιταμίνης Α στο αίμα. Στους εμετούς της εγκυμοσύνης παρατηρείται μεγάλη ελάττωση της βιταμίνης Α, γι' αυτό η χορήγησή της είναι απαραίτητη.

Ο οργανισμός της εγκύου ξοδεύει μεγάλα ποσά βιταμίνης Α, για να καλύψει τις ανάγκες του εμβρύου. Ο πλακούντας δεν αποτελεί τόπο αποθήκευσης βιταμίνης Α: Το μεγαλύτερο ποσό της πηγαίνει στο έμβρυο με την μορφή της β-καρωτίνης, την οποία ο οργανισμός του μετατρέπει σε βιταμίνη Α, ίσως στο

συκώτι, και την αποθηκεύει σ' αυτό.

Η βιταμίνη Α είναι απαραίτητη στην εγκυμοσύνη, γιατί αυξάνεται ο μεταβολισμός του εμβρύου και της εγκύου, γιατί βοηθάει την καλή λειτουργία της ορασης και γιατί συμβάλλει στην ανάπτυξη του σώματος του εμβρύου.

Τροφές που περιέχουν βιταμίνη Α, είναι οι φυτικές και ιδίως τα κερωτιοειδή, τα λαχανικά, τα φρούτα, το γάλα, το βούτυρο, τα αυγά. Μεγάλα ποσά βιταμίνης Α υπάρχουν στο πύαρ των μαστών. Μικρότερα στο σμήγα, που καλύπτει ο έμβρυο.

### Β Ι Τ Α Μ Ι Ν Η Β<sub>1</sub>

Είναι υδατοδιαλυτή και απαραίτητη για την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Διατυπώθηκε από ερευνητή, πως "ο προϋπολογισμός των νοσοκομείων, είναι κατευθείαν ανάλογος με τον βαθμό υποβιταμίνωσης Β<sub>1</sub> του πληθυσμού".

Η σπουδαιότερη ενέργειά της είναι στην συμβολή στον μεταβολισμό των υδατανθράκων. Το ελάχιστο ποσό βιταμίνης Β<sub>1</sub>, από το οποίο έχει ανάγκη ο άνθρωπος, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως π.χ από το ποσό των υδατανθράκων που παίρνει, από την σωματική εργασία του κ.λ.π.

Γενικά κάθε αύξηση ανταλλαγής της ύλης, όπως στην εγκυμοσύνη, συνοδεύεται από την ανάγκη λήψης μεγαλύτερης ποσότητας βιταμίνης Β<sub>1</sub>. Οι ανάγκες στην εγκυμοσύνη είναι από 2.000 μονάδες μέχρι 3.000 μονάδες.

Υποβιταμίνωση Β<sub>1</sub> στην έγκυο εκδηλώνεται με κούραση, αγορεξία, δυσκιλιότητα, εμετούς, νευραλγίες, κράμπες κ.λ.π.

Οι περισσότερες τροφές περιέχουν ελάχιστα ποσά βιταμίνης Β<sub>1</sub>.

Οι ανάγκες της καλύπτονται από το ψωμί, τα όσπρια, τα καρύδια, το χοιρινό κρέας, την ζιθοζύμη κ.λ.π.

### Β Ι Τ Α Μ Ι Ν Η Β<sub>2</sub> (Ριβοφλαβίνη)

Είναι υδατοδιαλυτή και απαραίτητη για την ανταλλαγή της ύλης στα κύτταρα. Οι ημερήσιες ανάγκες της αυξάνονται στην εγκυμοσύνη και γαλουχία.

Πιθανώς, η έλλειψή της σχετίζεται με την γέννηση πρόωρων βρεφών. Πηγές, από τις οποίες την παίρνουμε, είναι το κρέας, το συκώτι, τα φάρια, τα αυγά, τα λαχανικά κ.λ.π.

**B I T A M I N H P P** (αμίδιο του νικοτινικού οξέως ή  
αντιπελαργινός παράγοντας).

Είναι υδατοδιαλυτή και ανήκει στο σύμπλεγμα της βιταμίνης Β. Σχετίζεται με την ειλαμφία, γιατί διαπιστώθηκε, πως σε περιπτώσεις πελάργας, η ειλαμφία εμφανίζεται συχνότερα.

Το νικοτινικό οξύ βρίσκεται στο συκώτι, στους νεφρούς, στο κρέας, στα ημητριακά, στα λαχανικά, το γάλα κ.λ.π.

**ΦΥΛΛΙΚΟ ΟΞΥ**

Ανήκει στο σύμπλεγμα της βιταμίνης Β. Τελευταία δόθηκε περισσότερη σημασία στην χορήγηση του φυλλικού οξέος στην εγκυμοσύνη, γιατί διαπιστώθηκε, πως αυτό είναι απαραίτητο στον μεταβολισμό της πουρίνης και της πυριδοΐνης και στην σύνθεση του D.N.A. Η έλλειψή του προκαλεί μεγαλοβλαστικές αναιμίες, που παρατηρούνται σε γυναίκες χαμηλού οικονομικού-κοινωνικού επιπέδου με δυσάρεστες για την εγκυμοσύνη επιπτώσεις.

Η χορήγηση I φυλλικού οξέος ημερησίως καλύπτει τις ανάγκες της εμμένου, που δεν μπορεί να ακολουθήσει πλούσια διατροφή και σε ποικιλία διατροφής. Πηγές του είναι τα πράσινα φύλλα, οι νεφροί, η ζιθοζύμη κ.λ.π.

**B I T A M I N H B6** (Πυριδοξίνη)

Είναι υδατοδιαλυτή και έχει σχέση με την ανταλλαγή λευκωμάτων. Συνιστάται στην θεραπεία των εμετών της εγκυμοσύνης.

Σχετίζεται, ίσως με τον ίδιο μηχανισμό των αντιϊσταμινικών. Πηγές της είναι ζυθοζύμη και τα πράσινα χόρτα.

**B I T A M I N H B12** (αντιαναιμικός παράγοντας)

Είναι υδατοδιαλυτή και παράγεται από ένα παράγοντα, που βρίσκεται στο στομάχι, και από δεύτερο, που βρίσκεται στις τροφές. Συνιστάται η χορήγησή της στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, γιατί μετά τον 5ο-6ο μήνα η αποτελεσματικότητά της πέφτει. Η έλλειψή της σχετίζεται με τους πρόωρους τοκετούς. Απαραίτητη θεωρείται η χορήγησή της σε περιπτώσεις αυστηρής χορτοφαγίας.

**B I T A M I N H C** (ασκορβινικό οξύ)

Είναι υδατοδιαλυτή βιταμίνη και μελετήθηκε περισσότερο απ'όλες τις άλλες. Είναι απαραίτητη για τις οξειδοαναγωγικές εξεργασίες και έχει ρυθ-



ιστική ενέργεια στις λειτουργίες ορισμένων οργάνων. Παρατηρούνται π.χ. να αυξάνεται η απέκκριση της προγεστερόνης όταν τα κύτταρα του ωχρού σωματίου εμπλουτισθούν με βιταμίνη C. Το ωχρό σωματίο, τα επινεφρίδια και υπόφυση είναι πλούσια σε βιταμίνη C.

Οι ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνη C, ανέρχονται σε 50 μιλ. και εξαρτώνται από τις κώσεις του. Οι ανάγκες της εγκύου ανέρχονται σε 100 χιλ. την ημέρα, που καλύπτονται με δύο-τρία πορτοκάλια.

Η βιταμίνη C στην εγκυμοσύνη ελαττώνεται, γιατί αυξάνεται η κατανάλωσή της από τον οργανισμό της εγκύου, που έχει αυξημένες οξειδωτικές λειτουργίες και από τις ανάγκες του εμβρύου σε ασκορβινικό οξύ. Η πτώση της γίνεται ακόμα μεγαλύτερη, όταν η εγκυμοσύνη συνοδεύεται από γαστρεντερικές διαταραχές, γιατί η βιταμίνη C είναι ευαίσθητη και καταστρέφεται, πριν ακόμα απορροφηθεί, όταν διαταραχθεί ο χημισμός εντέρου.

Ο πλακούντας κρατάει ποσά βιταμίνης C και εμποδίζει την επάνοδό της από την εμβρυϊκή στην μητρική κυκλοφορία.

Έτσι εξηγείται η μεγαλύτερη περιεκτικότητα του αίματος του εμβρύου σε βιταμίνη C. Τα μεγαλύτερα ποσά βιταμίνης C στον πλακούντα βρέθηκαν τον 7ο-8ο μήνα. Τα ποσά αυτά χορηγεί στο έμβρυο έστω και σε περίπτωση που η μητέρα υποσιτίζεται. Έτσι εξηγείται, γιατί οι μητέρες που πάσχουν από σκορβούτο, γεννάναι φυσιολογικά παιδιά.

Η βιταμίνη C χορηγείται στους εμετούς της εγκυμοσύνης.

Ίσως έχει σχέση με την προεκλαμψία και εκλαμψία, την αναιμία της εγκυμοσύνης, τις ραβδώσεις των κοιλιακών τοιχωμάτων τις αυτόματες εκτρώσεις και την επούλση τραυμάτων.

Πηγές της βιταμίνης C είναι οι πιπεριές, τα λεμόνια, τα νωπά φασόλια, το σπανάκι, τα μαρούλια, τα λαχανικά, τα φρούτα κ.λ.π.

Μικρότερες ποσότητες υπάρχουν στο κρέας, στα αυγά, στο γάλα.

Το μητρικό γάλα περιέχει μεγαλύτερα ποσά βιταμίνης C από το γάλα της αγελάδας.

## Β Ι Τ Α Μ Ι Ν Η D

Είναι λιποδιαλυτή. Προβιταμίνη της είναι η εργοστερόνη, που βρίσκεται στον οργανισμό και κάτω από την επίδραση των υπεριωδών ακτίνων μεταβά-

λεται σε βιταμίνη D. Έχει αντιραχιακή ενέργεια και ρυθμίζει τον μεταβολισμό του ασβεστίου και του φωσφόρου. Χωρίς αυτή η απορρόφησή τους δεν είναι φυσιολογική. Αν αυξήσουμε την πρόσληψή της, αυξάνεται και η πυκνότητα ασβεστίου και φωσφόρου του αίματος.

Οι καθημερινές ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνη D ανέρχονται σε 1000 IU. Στην εγκυμοσύνη και γαλουχία αυξάνονται, για να καλύψουν τις αναπλαστικές ανάγκες του εμβρύου.

Οι δόσεις θα πρέπει να γίνονται μεγαλύτερες τον χειμώνα σε χώρες που δεν έχουν ηλιοφάνεια, και σε πολύδυμες εγκυμοσύνες. Υπερβιταμίνωση D στην έγκυση δεν είναι εύκολο να εμφανισθεί.

Πηγές της είναι η ζυθοζύμη, το γάλα, το βούτυρο, ο κρόκος των αυγών, το σουρουνέλαο κ.λ.π.

#### Β Ι Τ Α Μ Ι Ν Η Ε

Είναι λιποδιαλυτή. Ρυθμίζει τις καύσεις, γιατί έχει ισχυρή αντιοξειδωτική δράση, που μοιάζει με την δράση της D, C, B<sub>6</sub>, και A.

Σχετίζεται με την έκκριση της προγεστερόνης. Ποσότητες της βρίσκονται σ' όλους τους ιστούς αλλά μεγαλύτερες στην μήτρα, στα επινεφρίδια και στην υπόφυση.

Στην διάρκεια της εγκυμοσύνης η πυκνότητά της αυξάνεται και ο πλακούντας είναι πλούσιος σ' αυτή, γιατί οι ανάγκες του εμβρύου σε βιταμίνη E είναι μεγάλες. Η χορήγησή της για την προστασία της εγκυμοσύνης σε περιπτώσεις απειλούμενων εκτρώσεων δεν είναι απόλυτα δικαιολογημένη. Ίσως, σε δυσαρμονικές καταστάσεις να βοηθάει.

Η προβιταμίνη της βιταμίνης E βρίσκεται στο φύτρο του σιταριού, στα πράσινα φύλλα, στους σπόρους των δημητριακών και στο λάδι τους, στους κρόκους των αυγών, στο γάλα, το βούτυρο, στο σπώτι, στους νεφρούς κ.λ.π.

#### Β Ι Τ Α Μ Ι Ν Η Κ

Είναι λιποδιαλυτή. Η φυσική βιταμίνη K (K<sub>1</sub>, K<sub>2</sub>, K<sub>3</sub>), προσλαμβάνεται και αποθηκεύεται στον οργανισμό σαν προβιταμίνη K (αδρανής μορφή) και από αυτά τα αποθέματά του ο οργανισμός κινητοποιεί, ενεργοποιεί και χρησιμοποιεί μόνο την ποσότητα που του χρειάζεται.

Πηγές της είναι τα πράσινα φύλλα και κυρίως το σπανάκι.

Η διαίτηρηση του ανθρώπου στην ζωή και η υγεία του, είναι στενά συνδεδεμένες με τα ανόργανα άλατα. Τα ανόργανα άλατα ο οργανισμός τα παίρνει με τις τροφές, εκτός από το χλωριούχο νάτριο, που το προσθέτει στην τροφή του.

Η έγκυος έχει ανάγκη από μεγάλη ποσότητα αλάτων, γιατί ο οργανισμός της κατακρατάει σημαντικά ποσά, για να διατηρήσει την ισορροπία του. Τα άλατα είναι απαραίτητα στην διάπλαση του εμβρύου.

#### A Σ Β Ε Σ Τ Ι Ο

Το 2<sup>ο</sup>/ο του σώματος αποτελούνται από ασβέστιο. Τα 99<sup>ο</sup>/ο του ολικού ποσού που βρίσκονται στα οστά με την μορφή του ανθρακικού και του φωσφοριού ασβεστίου. Στα οστά το ασβέστιο δεν βρίσκεται σε σταθερή σύνδεση μαζί τους γι' αυτό, σε περίπτωση ανάγκης, όπως στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού κινητοποιείται. Η απορρόφησή του εξαρτάται από το ποσό του ασβεστίου, που περιέχεται στην τροφή, από την σχέση, που υπάρχει ανάμεσα στο ασβέστιο και στο φώσφορο και από την πυκνότητα της βιταμίνης D.

Έχει αποδειχθεί πως το ισοζύγιο ασβεστίου στην έγκυο είναι σταθερά αρνητικό στους τρεις τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, γιατί το έμβρυο ότε κρατάει περίπου 0,3 γραμ. ασβεστίου την ημέρα. Η έλλειψη ασβεστίου στην έγκυο κάνει την χαλάρωση των αρθρώσεων της πύελου επώδυνη.

Το ασβέστιο δεν μετακινείται από τα οστά της εγκύου, για να χρησιμοποιηθεί για το έμβρυο, παρά μόνο σε νεαρές εγκύους, μέχρι 20-21 ετών, στις οποίες δεν συμπληρώθηκε η διάπλαση των δοντιών τους, ιδιαίτερα του φρονιήτη.

Αν το ποσό του ασβεστίου που προορίζεται για το έμβρυο, το προσθέσουμε στο ποσό, από το οποίο έχει ανάγκη η έγκυος, για να καλύψει τις ανάγκες της, θα μας καταπλήξει το πως τα αποθέματα του ασβεστίου της εγκύου δεν λαττώνονται τόσο, ώστε να εκδηλώσει σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, που έχουν την αιτία τους στην ελάττωση του ασβεστίου.

Για τον λόγο αυτό σπουδαίο παράγοντα κοινωνικής υγιεινής πρέπει να θεωρήσουμε και την επαρκή πρόσληψη ασβεστίου στην εγκυμοσύνη.

Πηγές ασβεστίου είναι το γάλα και τα προϊόντα του, ο κρόκος των αυγών, τα χορτικά, τα ξηρά φασόλια, οι ξηροί καρποί, οι ελιές και το σκληρό νερό.

## ΧΛΩΡΙΟΥΧΟ ΝΑΤΡΙΟ

Η πρόσληψη του χλωριούχου νατρίου από γερούς οργανισμούς δεν προκαλεί μιά διαταραχή. Το ίδιο ισχύει και για την γερή έγκυο. Γι' αυτό η πρόσληψή του δεν πρέπει να ελαττώνεται, όταν μάλιστα η εγκυμοσύνη συνοδεύεται από εμετούς.

Αν δεν πάρει η έγκυος την απαραίτητη ποσότητα χλωριούχου νατρίου την ημέρα, που φθάνει τα 7-10 γρ. ημηρεσίως, μπορεί να πάθει υποχλωραιμία, που εκδηλώνεται με κεφαλαλγίες, εμετούς, αύξηση της ουρίας.

Έτσι, η αντίληψη, πως η έγκυος πρέπει να περιορίσει το αλάτι από την διατροφή της δεν ευσταθεί.

Όταν όμως πάσχει από νεφρικές παθήσεις, το αλάτι πρέπει να περιοριστεί και γενικά από παθήσεις της κυκλοφορίας και από παθήσεις που επιβάλλουν δίαιτα, πρέπει η πρόσληψή του να περιορισθεί ή να αποκλεισθεί, ανάλογα με την κατάσταση της.

## ΚΑΛΙΟ

Το σπουδαίο αυτό ενδοκυτταρικό προϊόν, βρίσκεται στον άνθρωπο ενωμένο με λευκώματα και χρησιμεύει για την φυσιολογική λειτουργία των οργάνων, στην διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας και την ρύθμιση της μυϊκής ευερεθισιμότητας.

Η ποσότητα του καλίου, μετά τον τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης βρέθηκε, πως αυξάνεται βαθμιαία, ενώ του ασβεστίου πέφτει, και μόνο την ώρα του τοκετού κατέρχεται σε φυσιολογικά όρια. Οι διακυμάνσεις αυτές έχουν σχέση με τον όγκο της μήτρας.

Πηγές καλίου είναι το κρέας, το γάλα, το ρύζι κ.λ.π.

## ΦΩΣΦΟΡΟΣ

Ολόκληρη σχεδόν η ποσότητα του φωσφόρου βρίσκεται στον σκελετό και πολύ μικρή στο αίμα και στον μεσοκυτταρικό χώρο. Οι ανάγκες του οργανισμού σ' αυτόν φθάνουν τα 1-5 γρ. ημηρεσίως.

Στην έγκυο τα ποσά αυτά αυξάνονται, για να καλύψουν τις ανάγκες του εμβρύου. Μεγάλη υποφωσφοριναιμία οδηγεί σε ραχίτιδα.

Πηγές φωσφόρου είναι: τα αυγά, τα μυαλιά, το γάλα, τα φασόλια, τα δημητριακά, το κρέας κ.λ.π.

## ΣΙΔΗΡΟΣ

Τα 2/3 του σιδήρου είναι ενωμένα, με την αιμοσφαιρίνη του αίματος, την ποία ο οργανισμός δεν μπορεί να συνθέσει χωρίς αυτόν.

Οι ανάγκες του ανθρώπου σε σίδηρο ανέρχονται σε 25-30 χιλ. ημερησίως.

Στην εγκυμοσύνη το ποσό αυξάνεται μέχρι 40 χιλ. για να καλύψει τις ανάγκες του εμβρύου, που το αποθηκεύει στο συκώτι και στο σπλήνα του, γιατί στους πρώτους μήνες της ζωής του το βρέφος παίρνει με την διατροφή του ελάχιστα ποσά σιδήρου. Έτσι, καταναλώνει τα αποθέματα, που έκανε στην ενδομήτρια ζωή του. Αν αυτά δεν επαρκέσουν παθαίνει σιδηροπαινική αναιμία.

Έλλειψη σιδήρου προέρχεται και από την ελαττωμένη πρόσληψή του με τις τροφές, από διαταραχές της απορρόφησής του και από αυξημένη αποβολή του.

Η έλλειψη αυτή προκαλεί υπόχρωμη αναιμία, που παρατηρείται στο 98% των γυναικών και ιδίως αυτών, που χάνουν περισσότερο αίμα στην εμμηνορροϊα ή έχουν περισσότερες εγκυμοσύνες.

Στην εγκυμοσύνη οι ανάγκες, μόνο για το τελευταίο τρίμηνο, ανέρχονται σε 500 χιλ. ποσότητα, δηλαδή πολύ μεγαλύτερη απ'αυτή, που θα έχανε η γυναίκα στο διάστημα των εννέα μηνών με την εμμηνορροϊα της. Αν υπολογίσουμε άλλα 200 χιλ., που χάνονται στον τοκετό, με την αιμοραγία, και άλλα 250 χιλ., που αποβάλλονται με τα κόπρανα και τα ούρα, διαπιστώνουμε τις τεράστιες ανάγκες της εγκύου για σίδηρο.

Η ελάττωση του σιδήρου στην έγκυο εκδηλώνεται με αδυναμία, ιλιγγούς, δύσπνοια και καμιά φορά με πρόωρο τοκετό. Επίτοκοι με υπόχρωμη αναιμία παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάρκεια του τοκετού και κάποτε αδράνεια της μήτρας. Η χορήγηση του σιδήρου στην εγκυμοσύνη επιβάλλεται από τους πρώτους μήνες. Αν χορηγηθεί μόνο στο τελευταίο τρίμηνο, σκόπιμο είναι να συνεχιστεί ως δύο μήνες μετά τον τοκετό.

Η κάλυψη της εγκύου σε σίδηρο απαιτεί και κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφίμων γι'αυτό σκόπιμη κρίνεται η χορήγησή του στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ιδιαίτερα επιβάλλεται η χορήγησή του στις μεγαλόσωμες γυναίκες, σε αυτές που κυοφορούν δίδυμα, που βρίσκονται σε πρόχωρημένη εγκυμο-

ύνη και σ'αυτές που η αιμοσφαιρίνη τους είναι σε χαμηλά επίπεδα.

ηγές σιδήρου είναι: οι φακές, το συκώτι, το σπανάκι, τα βερούκοκκα, οι ξηροί αραποί κ.λ.π.

Μικρές ποσότητες υπάρχουν στο γάλα της αγελάδας και στο μητρικό μεγαλύτερες. Ήαρ' όλα αυτά δεν καλύπτουν τις ανάγκες του παιδιού κατά τον θη-ασμό.

#### ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΣ

Η έλλειψή του μπορεί να προκαλέσει ανορεξία και επιβράνδυση της επού-ωσης των τραυμάτων. Η μεγαλύτερη ανεπάρκειά του οδηγεί σε υπογοναδισμό και κανονισμό. Η πρόσληψή του διασφαλίζεται από πλούσιο σε ποικιλία διαι-ολόγιο της εγκύου.

#### ΙΩΔΙΟ

Η σοβαρή έλλειψή του προδιαθέτει, σπάνια, σε ενδημικό κρετινισμό του ε-βρύου.

#### ΦΘΟΡΙΟ

Διατυπώθηκε η έλλειψη πως η έλλειψη φθορίου στην μητέρα, προκαλεί τε-ηδόνα στα παιδιά της. Γι' αυτό χορηγείται με μορφή καλιούχου φθορίου.

Ύστερα από τα παραπάνω που έχουν σχέση με την διατροφή της εγκύου, πορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα, πως η έγκυος, μπορεί να τρώει, ότι τρωγε για να καλύπτει τις ανάγκες της μόνο, όταν δεν τρέφεται καλά και ταν δεν παίρνει βάρος.

#### ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

ρωϊνό: Φρέσκα φρούτα ή χυμός φρούτων.

200-250 γραμμάρια γιαούρτι. Μπορούν να προστεθούν ξερά φρούτα (σταφίδες, σύκα, δαμάσκηνα).

εσημερινό: Ποικιλία σαλατικών (τομάτα, αγγούρι, λάχανο)

Βραστά λαχανικά ή ζαρζαβατικά.

Πατάτες με φλούδα ή ρύζι σκούρο ή τραχανά. Καλό είναι τα α-μυλα να μην τρώγονται σε μεγάλες ποσότητες, γιατί δίνουν πο-λλές θερμίδες. Είναι όμως απαραίτητα λόγω της χρησιμότητάς τους στον οργανισμό και δίνουν και αμινοξέα υψηλής βιολογι-κής αξίας, σε μικρές βέβαια ποσότητες.

ογευματινό: Χυμός πορτοκαλιού ή καρότου.

αδυνό: Σαλάτα ποικιλία.

Κρέας ψητό ή ψάρι (μέχρι 800 γραμμάρια) ή δύο αυγά ή τυρί ανάλατο.

Αν υπάρχει έντονη επιθυμία για ζάχαρη, πρέπει η έγκυος να προτιμά μέλι ή γλυκό με μαύρη ζάχαρη και αλεύρι. Η μαύρη ζάχαρη έχει τις ίδιες ιδιότητες με την λευκή μόνο που διατηρεί ορισμένες βιταμίνες. Αν η έγκυος φάει πολύ ζάχαρη και ζαχαρώδη προϊόντα ληστεύει τον οργανισμό της από τις βιταμίνες και τα μεταλλικά άλατα, σε μια περίοδο που το έμβρυο τα έχει απόλυτη ανάγκη.

Η σωστή διατροφή εξασφαλίζει.

Εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές.

Παιδί χωρίς επιπλοκές.

Έμβρυο σωστά αναπτυσσόμενο σωματικά και διανοητικά.

Παιδί γεμάτο ευεξία με σωστή σωματική και διανοητική ανάπτυξη.

"ΤΡΟΦΕΣ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗΝ"

Το πεπτικό σύστημα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης υπερλειτουργεί για να ανταπεξέλθει στις πολλαπλές ανάγκες του οργανισμού. Θα πρέπει λοιπόν, οι τροφές προτίμησης της εγκύου να είναι ελαφρές, ευκολοχώνευτες, για να περνούν εύκολα και να μην επιβραδύνουν την πέψη με όλα τα δυσάρεστα που ακολουθούν (βάρος, δυσπεψία, έμμετος, ερυγές).

Πρέπει να αποφεύγονται οι τροφές που είναι πλούσιες σε σάκχαρο και παχυντικά, όπως είναι γλυκά, κέϊκ, μπισκότα, σοκολάτες, μους, κρέμες, πάστες, γλυκά του ταψιού.

Αποφεύγονται οι σάλτσες, τα καρικεύματα, τα τηγανιτά, τα εντόσθια, τα αλλαντικά, τα καπνιστά, το κυνήγι, τα παχιά φάρια, (σολωμός, η παλαμίδα, πέστρομα, ακόμη στρείδια, μύδια, καβούρια και τους αχινούς).

Το λευκό ψωμί καλό είναι να αντικαθίσταται με μαύρο, η ζάχαρη με μέλι, το γάλα με αποβουτυρωμένο, που δεν έχει λίπος, τα τσιγαριστά φαγητά με βραστά ή βραστά φαγητά, τις κομπόστες με φρέσκα φρούτα, τα οινοπνευματώδη ποτά με φυσικούς χυμούς, τις τηγανιτές πατάτες με βραστές, τα ραγού φαγητά με βραστά φαγητά αυγολέμονο, το λάδι με σπορέλαιο ή καλαμποκέλαιο.

"ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΝΤΑΙ"

Η διατροφή θα πρέπει να είναι προσεκτικά διαλεγμένη για να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του οργανισμού. Θα πρέπει να προτιμάται:

Κρέας: άπαχο βοδινό.

Ποτόπουλο: αποφεύγονται τα λίπη και οι πέτσες.

Φάρια: άπαχα, κυρίως ψητά με άφθονο λεμόνι.

Κυνώντι: όχι χοιρινό.

Ψωμί: Σταρένιο-μαύρο.

Υσπρια: ιδίως φακές, που είναι πλούσιες σε σίδηρο, μια φορά την εβδομάδα, γάλα, γιαούρτι, βούτυρο φρέσκο.

Κυριά: κυρίως άπαχα μανούρι, μιτζήθρα, κασέρι.

Κυγά: όχι ομελέτα, έχει πολλές θερμίδες.

Λάδι ωμό: και ιδιαίτερα καλαμποκέλαιο και σπορέλαιο.

Πράσινα χορταρικά: χόρτα αντίδια, μαρούλια, σπανάκι, λάχανο, καρότα.

Άφθονα φρέσκα φρούτα: πορτοκάλια, μήλα, αχλάδια κ.λ.π.



"Για να αποκατασταθεί η καλή λειτουργία του εντέρου"

Η δυσκιλιότητα από την οποία υποφέρουν πολλές έγκυες, οφείλονται συχνά της πίεσης που ασκεί η μήτρα στο έντερο. Μπορεί να κρύβει λανθάνουσες αιτιώσεις, να προκαλεί εντερικές ζυμώσεις και να ευνοεί στην ανάπτυξη κοκκοβακτηριδίων. Γι' αυτό για την αντιμετώπισή της, η διατροφή είναι πρώτης σημασίας: Η έγκυος μπορεί να πίνει νηστική, πριν σηκωθεί χυμό φρούτων (ή ένα ποτήρι νερό).

Με το πρωινό της, μπορεί να τρώει μερικά δαμάσκινα, μουσκεμένα από νερό από το προηγούμενο βράδυ. Να τρώει αλάτες και ελαιόλαδο. Μπορεί να αντικαταστήσει την μαρμελάδα με μέλι. Να τρώει πλήρες ψωμί, φρέσκα φρούτα, όρτα, κομπόστες.

"ΕΜΝΑΤΙΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΡΟΙΑ"

Το ρύζι και τα καρότα είναι τροφές που συστήνονται συνήθως, για να καταπολεμηθεί η διάρροια. Το ριζόνερο έχει πολύ μεγαλύτερη αντιδιαρροϊκή ενέργεια, παρ' ότι το ίδιο το ρύζι. Επίσης ενεργητικά αποτελέσματα έχουν τα αντισυμμένα μήλα, οι μπανάνες, ο κυδωνοπελτές. Αν αυτά τα φυσικά προϊόντα δεν δίνουν αποτέλεσμα, μόνον ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει το κατάλληλο φάρμακο.

"ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΧΘΟΥΝ ΟΙ ΝΑΥΤΙΕΣ"

Αν είναι δυνατόν, η έγκυος, καλό είναι να τρώει το πρωινό της στο κρεβάτι. Αν όχι να τρώει ένα στεγνό γλυκό πριν σηκωθεί. Να πίνει νερό κατά προτίμηση ανάμεσα στα γεύματα. Το πολύ κρύο νερό συχνά είναι αποτελεσματικό ενάντια στην ναυτία.

Ποτέ να μην μένει η έγκυος με άδειο στομάχι: να τρώει πολλά μικρά γεύματα την ημέρα ξεγελώντας την αίσθηση ναυτίας μασουλώντας ένα κομμάτι γραβιέρα, μια φρυγανιά, ένα μήλο.

Πρέπει να αποφεύγει τα βαριά φαγητά: να τρώει αυτά που χωνεύονται εύκολα, χωρίς όμως να αγνοεί ότι η διατροφή της πρέπει να είναι ισορροπημένη και περιεκτική.

## ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Είναι γνωστό ότι η υγιεινή του σώματος αποτελεί βασική υποχρέωση και οντίδα για κάθε ανθρώπινο όν. Κυρίως κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης διατήρηση της υγείας και της ψυχικής διάθεσης έχει μεγάλη σημασία. Ιδιαίτερα στην γυναίκα, η ιδιαίζουσα μορφολογία και λειτουργία του γεννητικού συστήματος. Επιβάλλει την σχολαστική τήρηση κανόνων υγιεινής σ' όλη την διάρκεια της ζωής της.

Ανάμεσα στους κανόνες αυτούς πρωταρχικό ρόλο παίζει η σωστή διατροφή. Η τροφή πρέπει να περιέχει σωστές αναλογίες και τα τρία απαραίτητα συστατικά λεύκιμα, λίπος και υδατάνθρακες. Η μονομερής σίτιση, μπορεί να οδηγήσει σε ωθηκική αναπάρκεια.

Το οινόπνευμα στην έγκυο γυναίκα απαγορεύεται γιατί η δράση του είναι βλαβερή για το έμβρυο, αλλά προκαλεί δυσλειτουργίες και στα υπόλοιπα συστήματα του ατόμου.

Η καθαριότητα του σώματος της εγκύου απαιτεί επίσης σημαντική φροντίδα. Η καθημερινή λήψη λουτρού καθαριότητας είναι απαραίτητη. Ιδιαίτερα προτιμάται η χρήση σαπουνιών, δεδομένου ότι τα σαπούνια με αρώματα και άλλες χρωστικές ουσίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν αλλεργικές δερματίτιδες σε περιοχές του σώματος.

Φροντίδα καθαριότητας πρέπει επίσης να λαμβάνεται για τα γεννητικά όργανα μετά από ούρηση ή αφόδευση.

Η σωστή κινητικότητα, η γυμναστική και τα σπόρ γενικά βοηθούν στο να διατηρηθεί σωστά η σωματική υγεία της εγκύου.

Τα γυναικεία ρούχα πρέπει να είναι καθαρά, ιδιαίτερα τα εσώρουχα, και να μην σφίγγουν κανένα μέλος, γιατί μπορούν να δημιουργήσουν αναπνευστικά προβλήματα και στομαχική δυσλειτουργία.

Το έλος τα παπούτσια της πρέπει να είναι σταθερά ώστε να επιτυγχάνεται άνετο και ασφαλές βάδισμα της εγκύου.

## ΚΑΤΟΙΚΙΑ

Η ζωή της εγκύου πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο άνετη και ευχάριστη στο σπίτι της, όταν κυρίως ασχολείται με τα οικιακά. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπλήρωση αυτού του στόχου αποτελεί η ύπαρξη υγιεινού

ιτιού. Υγιεινό είναι το σπίτι που μας προστατεύει από καιρικές μεταβολές που έχει επαρκή φωτισμό, αερισμό, θέρμανση, ύδρευση, και αποχέτευση.

Οι τραυματισμοί, η κόπωση και το σήκωμα βάρους είναι δυνατόν να γίνουν αιτίες, αυτόματων εκτρώσεων, όταν συνοδεύονται και από άλλη ανωμαλία.

Ένα χτύπημα, μπορεί να προκαλέσει οπισθοπλακουντική αιμορραγία, με αποτέλεσμα την αποκόλληση του κυήματος. Ένα γλίστριμα, μπορεί να γίνει αφορμή αποβολής, σε περίπτωση που η εγκυμοσύνη συνοδεύεται από κάμψη της μήτρας.

Όμως ένα σπίτι δεν φθάνει να εκπληρώσει τους όρους υγιεινής, για να είναι ιδεώδης χώρος παραμονής της μέλλουσας μητέρας. Πρέπει να της παρέχει ψυχική ανάπαυση και θαλπωρή. Να έχει την δυνατότητα να την διατηρεί στον ιερό τον χώρο και να αισθάνεται ασφάλεια από παντού αλλού.

Ανάλογα με την κοινωνικο-οικονομική της κατάσταση, ο χώρος του σπιτιού πρέπει να διαμορφώνεται έτσι ώστε το σπίτι να είναι μια πραγματική "εστία" γι' αυτή.

Από την κατοικία και τη ζωή μέσα σ' αυτή, πρέπει να απομένουν ευχάριστες εντυπώσεις για το παιδί, και πρέπει το σπίτι να αποτελέσει γι' αυτό τον εκκολαπτικό χώρο, όπου θα διαμορφωθεί η προσωπικότητά του.

### ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

Η υγιεινή της ενδυμασίας πρέπει να μην εμποδίζει τις λειτουργίες της κυκλοφορίας και της αναπνοής και να μην δυσχαιρένει της κινήσεις της εγκύου.

Οι απότομες μεταπτώσεις της θερμοκρασίας και κυρίως του ψύχους, έχουν επίδραση στον οργανισμό της εγκύου. Η συχνότητα των νεφροπαθειών της εγκύου κατά την ψυχρή περίοδο του έτους, αποδεικνύει πως το ψύχος παίζει αναμφισβήτητο ρόλο, στην παθογένεια των νεφροπαθειών της εγκυμοσύνης.

Η έγκυος πρέπει να προτιμά φορέματά ευρύχωρα πολύ, ώστε να μην εμποδίζεται το βάδισμα, η αναπνοή της, αλλά και η ανάπτυξη του εμβρύου μαζί με το σώμα της μήτρας.

Το χειμώνα προτιμώνται σκούρα χρώματα, γιατί έχουν διπλή απορροφητικότητα από τα ανοιχτά. Επίσης ενδυμασία με ανώμαλη επιφάνεια κρατάει μεγαλύτερο αριθμό μικροβίων.

Από άποψη υγιεινής πρέπει να αποφεύγεται ο σφιχτός στηθόδεσμος, ο οποίος προκαλεί παραμορφώσεις και παρεμποδίζει την κυκλοφορία και την αναπνοή που είναι απαραίτητη για την έγκυο.

Η έγκυος του 4ου με 5ου μήνα πρέπει να αντικαταστήσει την ζώνη κοιλιάς με την ελαστική ζώνη εγκυμοσύνης, γιατί η απλή ζώνη προκαλεί πίεση στα εσωτερικά όργανα και στο έμβρυο και εμποδίζει την λειτουργία του ήπατος που είναι απαραίτητη για την εγκυμοσύνη επειδή παράγονται κατά την λειτουργία της ένζυμα που περιέχονται στο αίμα της εγκύου.

Εκτός από την ανακούφιση που προσφέρει στην έγκυο η ελαστική ζώνη εγκυμοσύνης, προλαμβάνει ανώμαλα σχήματα του βρέφους, που δημιουργούνται από χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Πρέπει να αποφεύγονται και οι καλτσοδέτες κατά την εγκυμοσύνη γιατί παρεμποδίζουν την κυκλοφορία και βοηθούν στην δημιουργία κιρσών, θρομβώσεων και φλεβίτιδος.

Ο τακούνι της εγκύου πρέπει να είναι χαμηλό, γιατί η ηβική σύμφυση έχει χαλαρώσει και το βάδισμά της είναι επικίνδυνο πτώσεως.

Τέλος, καλό είναι να αποφεύγει την χρήση φακών επαφής, γιατί κατά την εγκυμοσύνη, γίνεται κατακράτηση του νερού και αλλαγή του σχήματος των κοιλίων του ματιού. Γι' αυτό και η εφαρμογή των φακών επαφής κατά την εγκυμοσύνη πάύει να είναι καλή.

#### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Την κοινωνική της ζωή ως ένα σημείο μπορεί να την συνεχίσει η έγκυος. Δεν πρέπει να της απαγορευθεί η κοινωνική επαφή, γιατί έχει ανάγκη από ψυχαγωγία και απασχόληση της σκέψης της πέρα από την κατάστασή της. Οι νυχτερινές συγκεντρώσεις είναι ανάρμοστες για την κατάσταση της εγκύου.

Απαγορεύονται επισκέψεις σε δυσάρεστους χώρους, όπως τα νεκροταφεία και γενικά σε κάθε μέρος που μπορεί να προκαλέσει ψυχικό κλονισμό και υπερές εντυπώσεις γιατί η έγκυος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη.

Ο χορός, αν εκτελείται με όρους, που δεν εξουδετερώνουν την ωφέλεια του, είναι δυνατόν να θεωρηθεί υγιεινή άσκηση, γιατί προκαλεί ευχαρίστηση και μυϊκή εργασία.

Απαγορεύεται όμως η μακρόχρονη παραμονή της εγκύου σε κλειστούς χώρους, η εισπνοή ακατάλληλου αέρα, η συχνή χρήση οινοπνεύματος, η στέρηση του ύπνου και η ανάγκη να είναι ντυμένη με ενδυμασία για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Τα θεάματα τους τρεις τελευταίους μήνες πρέπει να αποφεύγονται, γιατί ο συνωστισμός προκαλεί έλλειψη οξυγόνου, το οποίο πρέπει να προσφέρεται από τον πλακούντα στο έμβρυο σε επαρκή ποσότητα και γιατί είναι δυνατό να προκαλέσουν στην έγκυο έντονο ψυχικό κλονισμό. Τα θεάματα ιδίως του χειμώνα υποβοηθούν στην μετάδοση νοσημάτων, η δε ορθοστασία, η αναμνησία, ο συνωστισμός, αποτελούν παράγοντες, που δεν ευνοούν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

#### ΕΠΙΛΟΓΕΑ

Τα περισσότερα επαγγέλματα της γυναίκας δεν απαιτούν δραστηριότητα τέτοια ώστε να μην συνδυάζονται με την εγκυμοσύνη.

Υπάρχουν όμως επαγγέλματα που εκθέτουν την έγκυο γυναίκα σε υπερβολική κόπωση. Τα επαγγέλματα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης ή πρόωρο τοκετό.

Υπάρχουν και επαγγέλματα, που παρόλο που δεν προκαλούν κόπωση υπερβολική έχουν βλαβερή επίδραση σ' αυτή και το έμβρυο. Τα επαγγέλματα αυτά είναι που προκαλούν επαγγελματικές ασθένειες. Στις εργάτριες π.χ. κατεργασίας μολύβδου, παρατηρήθηκαν συχνότερα αυτόματες εκτρώσεις ή παιδιά που γεννήθηκαν από εργάτριες εργαστασιων χρωμάτων, πέθαναν τον πρώτο χρόνο της ζωής τους από σπασμούς. Πρόωροι τοκετοί παρατηρήθηκαν σε μαγειρίσες από χρόνια δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα.

Οι εργαζόμενες επίσης σε ακτινολογικά εργαστήρια πρέπει να παίρνουν κατάλληλες προφυλάξεις, εξαιτίας της επίδρασης της ακτινοβολίας στους ευαίσθητους εμβρυϊκούς ιστούς και της καταστροφής των γονιδίων των απογόνων τους.

Οι εργάτριες βιομηχανιών και άλλων κοπαστικών επαγγελμάτων, πρέπει να αποδιάζονται από την αρχή της εγκυμοσύνης με βεβαίωση της κατάστασής τους είτε ή να διακόπτουν την εγκυμοσύνη τους ή να μεταφέρονται μακριά από την επίδραση βλαβερών και τοξικών ουσιών.

Όσο για τις εγκύους που η εργασία τους περιορίζεται στο σπίτι, οι υλκιές μέσα σ' αυτό όχι μόνο επιτρέπονται, αλλά κρίνονται απαραίτητες, αεί να μην φθάνουν σε κόπωση.

Τέλος, όποια και αν είναι η φύση της εργασίας της εγκύου και όποια και είναι η διευκόλυνση του εργοδότη επιβάλλεται η απομάκρυνση κάθε εγκύ- από την εργασία της, έξι εβδομάδες πριν από τον τοκετό και τουλάχιστο λες έξι ύστερα από φυσιολογικό τοκετό.

#### ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η εκπλήρωση της ανάγκης καθαριότητας του σώματος, ανήκει στις πλέον οικειώδης απαιτήσεις της ζωής και της υγείας και κυρίως για την έγκυο ναίκα. Η καθαριότητα, εξασφαλίζει στο δέρμα να εκτελεί φυσιολογικές λει- ουργίες, όπως η απεκκριτική, κατά την οποία διατηρούνται ανοιχτοί οι πό- του δέρματος για την απέκκριση του ιδρώτα, του σμήγματος και των α- ηστων προϊόντων ανταλλαγής της ύλης.

Όταν δεν υπάρχει καθαριότητα, τα μικρόβια συσσωρεύονται και σε συνδυ- μό με την ρυπαρότητα εισέρχονται στους εκφορητικούς πόρους και προκα- ύν δοθηϊνες, ψευδάνθρακες κ.λ.π.

Η καθαριότητα του σώματος της εγκύου, συμπληρώνει τις λειτουργίες των ευμόνων, των νεφρών, του συκωτιού δηλαδή λειτουργίες που επιβαρύνονται ην εγκυμοσύνη.

Στην εγκυμοσύνη η δραστηριότητα του δέρματος αυξάνεται, γιατί το 20% ς αποβολής του ύδατος, γίνεται με την εφίδρωση γι' αυτό τα λουτρά πρέπει είναι απαραίτητα.

Επίσης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, οι κολπικές εκκρίσεις αυξά- υν και είναι απαραίτητο να φροντίζεται η περιοχή του κόλπου και του ωκτού με ιδιαίτερη σχολαστικότητα. Στις πτυχές του αιδοίου και του πρω- ού μαζεύονται ακαθαρσίες και σμήγμα, που μπορεί να προκαλέσουν μόλυνση. 'αυτό τα εξωτερικά γεννητικά όργανα πρέπει να πλένονται με χλιαρό νε- και γλυκερινούχο σαπούνι.

Τόσο οι βακτηριδιακές μόλυνσεις όσο και οι μυκητιάσεις προέρχονται α- την περιοχή του πρωκτού. Έτσι η αναμόλυνση του κόλπου από τα κόπρανα οφεύγετε, αν το σκούπισμα πραγματοποιείται από τον κόλπο προς το έντερο

## ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι φυσιολογικές κολπικές εκκρίσεις είναι άοσμες. Ένας υγιής κόλπος αυτοκαθαρίζεται με την οξύτητα που διατηρεί, με την απομάκρυνση και αποβολή της βλέννας.

Η κολπική πλήση θεωρητικά δεν είναι απαραίτητη. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης για έξι τουλάχιστον εβδομάδες μετά τον τοκετό, οι κολπικές πλύσεις απαγορεύονται, επειδή τον τελευταίο μήνα το τραχηλικό στόμιο, μπορεί άπως να έχει διασταλεί.

Έτσι οι κολπικές πλύσεις ενδέχεται να προκαλέσουν μια πρόωρη ρήξη του θηλακίου και να εισβάλλουν υγρά στην κοιλότητα της μήτρας, δημιουργώντας μόλυνση επικίνδυνη για την ζωή του εμβρύου.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί και στο διάστημα της λοχείας.

Με την κολπική πλύση εκτοξεύονται από τον κόλπο στο τράχηλο και στην κοιλότητα της μήτρας, δημιουργώντας παθολογικές, καταστάσεις.

## ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Μετά τον τρίτο μήνα εμφανίζεται η ουλίτιδα της εγκυμοσύνης, που χαρακτηρίζεται από αιμορραγικές τάσεις, οίδημα και υπετροφία των ούλων. Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν αλλαγές του PH του σάλιου και οι επούλιδες, που είναι καλοήθεις όγκοι και οφείλονται σε ερεθισμό των ούλων ή πιθανόν σε ανιστρογόνες ορμόνες.

Η καταστροφή των δοντιών στην εγκυμοσύνη πιστεύουν παλιά, ότι ήταν φυσιολογικό επακόλουθο. Αυτό όμως δεν ισχύει. Επίσης έχει αποδειχθεί, ότι το έμβryo λαμβάνει το φώσφορο και το ασβέστιο που του λείπει από τα οστά. Για άλλη αιτία καταστροφής των δοντιών, είναι τοξική αντίδραση του στόματος, που διαλύει την αδαμαντίνη των δοντιών.

Το πλύσιμο με βούρτσα μέτριας σκληρότητας επιβάλλεται μετά από κάθε γεύμα, το πρωί και το βράδυ.

Οι επεμβάσεις από τον οδοντογιατρό την εποχή της εγκυμοσύνης, και ως τον όγδοο μήνα, μπορούν να γίνουν σε βλάβες δοντιών, αρκεί να μην γίνονται υπερβολές.

Επεμβάσεις που παίρνουν αναβολή για μετά τον τοκετό φρόνιμο θα είναι να αποφεύγονται.

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΜΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΣ

Όπως η μήτρα, με την επίδραση των ορμονών παθαίνει ορισμένες ιστολογικές μεταβολές στο διάστημα της εγκυμοσύνης, έτσι και οι μαστοί αλλάζουν σκοπό να προετοιμαστούν, για να συνεχίσουν την διατροφή του νεογνού, όταν αυτό αποχωρισθεί την μήτρα με τον τοκετό.

Η περιποίηση των μαστών αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες φροντίδες της εγκύου, γιατί αυτή θα εξασφαλίσει κανονική γαλουχία και θα διατηρήσει την αισθητική εμφάνισή τους. Αυτή συνιστάται στην εφαρμογή ελαστικού στηθασίου, που φέρνει το στήθος σε φυσιολογική θέση δίχως να το πιέζει, τακτικό πλύσιμο και επάλειψη με βαζελίνη ή λανολίνη και την επίσπασ της επιφάνειας των μαστών που εφάπτεται στον θώρακα με τάλκ.

Για τις θηλές, σημαντική είναι η πρόληψη δημιουργίας ραγάδων και η αποβολή των ακαθαρσιών, που είναι κολλημένες επάνω τους και προέρχονται από ξήρανση των εκκρίσεων των μαστών κατά την εγκυμοσύνη.

Οι φροντίδες τους είναι πάλι επάλειψη με λανολίνη ή βαζελίνη. Οι θηλές που έχουν ανάγκη από μασάζ, που γίνεται με τον δείκτη και τον αντίχειρα σταυρωτά και με τράβηγμα προς τα έξω, μετά τον 6ο μήνα.

Αν γίνουν οι περιποιήσεις που αναφέρθηκαν, η έγκυος θα προστατευθεί από την χαλάρωση και τον σχηματισμό ραγάδων. Οι ραγάδες παρατηρούνται την πορεία του θηλασμού και είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην διακοπή του. Επίσης χρησιμεύουν σαν θύρα μικροβίων, με άμεσο αποτέλεσμα την μαστίτιδα.

Στην γυναίκα τα τοιχώματα της κοιλιάς είναι χαλαρά και κατάλληλα να προσαρμοστούν σε κάθε αύξηση του όγκου του περιεχομένου της.

Όταν αυξάνεται ο όγκος ενός οργάνου της κοιλιάς της γυναίκας, αυξάνεται και η ένταση των κοιλιακών τοιχωμάτων της. Η έκταση αυτή είναι ενεργητική και όχι παθητική. Όταν όμως περασθεί το όριο ελαστικότητας, ο όγκος των κοιλιακών τοιχωμάτων διαταράσσεται και αρχίζει η παθητική έκταση με αποτέλεσμα την λέπτυνση των τοιχωμάτων.

Στην εγκυμοσύνη, όμως, αν και η έκταση των κοιλιακών τοιχωμάτων σχεδόν πλασιάζεται, δεν παρατηρείται καμία λέπτυνση των τοιχωμάτων.

Κατά τα τοιχωμάτα εμφανίζονται μαλακά και ογκοδέστερα με κανονική αιμάτωση.



Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την μήτρα, όπου καμιά ενδομήτρια πίεση εν εξασκεύεται στα τοιχώματά της.

Στην επιφάνεια των κοιλιακών τουχωμάτων της εγκύου, λόγω ρήξης των ι-τών του δέρματος, εμφανίζονται ραβδώσεις. Αυτές όταν είναι πρόσφατες έ-χουν χρώμα μελανό, ενώ αργότερα λευκό. Στην αρχή εμφανίζονται στο κατώτε-ρο τμήμα της κοιλιάς και μετά επεκτείνονται ίσως και μέχρι τους μηρούς. Η αιτιολογία τους έχει σχέση με ορμονικούς παράγοντες, γιατί συνήθως ε-μφανίζουν οι πρωτότοκες τον 5ο ή 6ο μήνα, αν και πήραν όλα τα προστατευ-τικά μέτρα για την αποφυγή τους και όχι οι πολύτοκες γυναίκες.

Τόσο για την αντιαισθητική χαλάρωση των κοιλιακών τουχωμάτων, όσο και για την πρόληψη ανώμαλων σχημάτων του εμβρύου θα πρέπει να παίρνονται ορισμένες φροντίδες από την έγκυο. Αυτές είναι η ελαστική ζώνη εγκυμοσύ-νης για την συγκράτηση των κοιλιακών τοιχωμάτων από κάτω προς τα πάνω, και η επάλειψη των τοιχωμάτων της κοιλιάς με βαζελίνη ή λανολίνη για την μεγαλύτερη ελαστικότητα του δέρματος.

Εκτός από την δημιουργία ανώμαλων σχημάτων του εμβρύου, που προκαλεί και κοιλιακή χαλάρωση, άλλες συνέπειες είναι η πτώση τους και ο σχηματισμός κοιλιοκήλης. Η πτώση είναι η κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από μερική ή ο-λική σχεδόν εξαφάνιση των μυών και των περιτονιών των κοιλιακών τοιχωμα-των σε τέτοιο βαθμό, ώστε το περιτόναιο να έρχεται σε επαφή σχεδόν με το υποδόριο λίπος.

### ΤΑΞΙΔΙΑ

Οι απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής είναι δυνατόν να επιβάλλουν την πρα-γματοποίηση ταξιδιού στο διάστημα της εγκυμοσύνης. Παλαιότερα κάθε μετα-κίνηση της εγκύου απαρעύονταν. Όταν πρόκειται για ταξίδι ανάγκης και ό-χι αναφυχής, θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα προστασίας για την εξασφάλι-ση της υγείας της εγκύου και του εμβρύου. Οι κίνδυνοι ενός ταξιδιού, κα-τά την εγκυμοσύνη, είναι η αυτόματη διακοπή της στους πρώτους μήνες και ο πρόωρος τοκετός στους τελευταίους.

Το ταξίδι με αυτοκίνητο, θα πραγματοποιηθεί, ύστερα από ορισμένες προ-ϋποθέσεις που αφορούν: οδηγό με φρόνηση και περιορισμένη ταχύτητα, στο δρόμο να υπάρχουν όλες οι ανέσεις και κατάλληλος εξοπλισμός και να απο-

ευχθεί ο κατεστραμένος και επικίνδυνος δρόμος. Μικρές διαδρομές επιτρέπονται όταν η εξέλιξη της εγκυμοσύνης είναι ομαλή. Απαγορεύεται επίσης οδήγηση σε έγκυες γυναίκες τους τρεις τελευταίους μήνες.

Τα θαλάσσια ταξίδια δεν έχουν κακή επίδραση στην εγκυμοσύνη τουλάχιστον στην αρχή της. Παρατηρήθηκαν, όμως, πρόωροι τοκετοί και την ευθύνη θέλουν να την αποδώσουν στην ναυτία. Ένα μειονέκτημα αυτών των ταξιδιών είναι η απομόνωση της εγκύου και η έλλειψη βοήθειας από μαιευτήρα όταν απαιστεί ανάγκη.

Όποιος και αν είναι ο τρόπος μεταφοράς της εγκύου, θα πρέπει να δωθούν ορισμένες συστάσεις σχετικά με το ταξίδι της. Στις πρωτότοκες στις οποίες αγνοούμε την ερεθιστικότητα της μήτρας, και στις πολύτοκες, που παρουσίασαν στο παρελθόν πρόωρους τοκετούς, πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί. Επίσης δεν θα πρέπει να πραγματοποιούνται μετακινήσεις τους τρεις πρώτους μήνες και τον τελευταίο της εγκυμοσύνης.

Η απαγόρευση για το ταξίδι στην έγκυο θα είναι κατηγορηματική, όταν παρουσιάζει πόνους στο υπογάστριο ή έστω ελάχιστες σταγόνες αίματος στα εννητικά όργανα.

Σε περιπτώσεις μακρινού ταξιδιού μπορούν να συσταθούν στην έγκυο καπραϋντικά, επίσης λογική είναι η χρήση φαρμάκων ναυτίας.

#### ΕΠΑΡΚΗΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΥΠΝΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης το πιθανότερο είναι η έγκυος να αισθάνεται πολύ κουρασμένη αν και το έμβρυο είναι μικρό, και αυτό γιατί ο οργανισμός της έχει να αντιμετωπίσει θεαματικές αλλαγές που συντελούνται στα επίπεδα των ορμονών.

Το ίδιο θα επαναληφθεί στο τρίτο τρίμηνο. Αν η έγκυος έχει προβλήματα συνεχόμενου ύπνου τότε θα πρέπει να εκμεταλεύεται όποιες ευκαιρίες ανάπαυσης της παρουσιάζονται. Αν είναι δυνατόν, πρέπει να ξαπλώνει ακόμη και αν δεν κοιμηθεί και όποτε βρίσκεται σε καθιστική θέση, πρέπει να έχει ασφαλισμένα τα πόδια της.

Κατά την εγκυμοσύνη είναι απαραίτητο η εγκυμονούσα να κοιμάται αρκετά και πρέπει να εξασφαλίζεται πάντοτε ένα οκτάωρο ύπνου την νύχτα. Συνήθως, όμως, είναι δυνατόν να ταλαιπωρείται από άπνιες. Σύμφωνα με τις ση-

ερινές προχωρημένες θεωρείες η αϋπνία της μητέρας οφείλεται στην ανάσφα στιγμή παρόντα μεταβολισμό του παιδιού που έχει στα σπλάχνα της, το οποίο δεν κάνει τον διαχωρισμό μέρας και νύχτας.

Το έμβρυο αναπτύσσεται όλο τι 24ωρο και επομένως ο μεταβολισμός του εν επιβραδύνει την ταχύτητά του όταν βραδιάζει. Αυτό σημαίνει πως το μητρικό σώμα είναι υποχρεωμένο να τροφοδοτεί συνεχώς το έμβρυο με τροφή και οξυγόνο, και ο μεταβολισμός του είναι της ίδιας διακύμανσης και ισχύος. Αυτό συχνά αντικατοπτρίζεται στην αδυναμία της μητέρας να κοιμηθεί.

#### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι γιατροί τείνουν να θεωρούν σαν δεδομένο, ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι μια φυσιολογική λειτουργία της γυναίκας και γι' αυτό μερικοί γιατροί παραβλέπουν τα συναισθήματα και τις αγωνίες των εγκύων, θεωρώντας τις παράλογες και άσχετες διαταραχές μιας απόλυτα φυσιολογικής διεργασίας. Άλλοι πάλι αναγνωρίζουν την ψυχολογική ένταση της εγκυμοσύνης και προσπαθούν να κατανοήσουν τους φόβους των γυναικών.

Κι όμως το άγχος και ο φόβος είναι αναπόσπαστα κομμάτι της εγκυμοσύνης αλλά παίζουν σημαντικό ρόλο στην προετοιμασία της γυναίκας, τους τρεις τελευταίους μήνες για τον τοκετό και την μητρότητα. Αυτό φαίνεται παράδοξο και οφείλεται στην ευκολία που παρανοείται το άγχος. Συνήθως θεωρείται το άγχος και η ψυχική ένταση σαν κάτι δυσάρεστο και βλαβερό, που καλύτερα να ήταν αν απουσίαζε. Αλλά για τους περισσότερους από εμάς ή οποιαδήποτε επιτυχία είναι αδύνατη χωρίς την εμπειρία του άγχους και της ψυχικής έντασης.

Οι πιο πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν την ψυχική ένταση της εγκυμοσύνης ικανοποιητικά, με την βοήθεια των συζύγων και της οικογένειας. Μερικές βρίσκουν βοήθεια στην ψυχοπροφυλακτική και ψυχοθεραπεία. Τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτική βοηθούν τις μέλλουσες μητέρες, ώστε να έχουν κάποιο ενεργητικό ρόλο. Οι γυναίκες ενθαρρύνονται να ρωτούν και να συζητούν για την εγκυμοσύνη τους. Αυτό τις βοηθά να διερευνήσουν την δική τους κατάσταση και να αλληλοκοστηρίζονται σταθερά.

Οι ομάδες ψυχοπροφυλακτικής βοηθούν κυρίως τις γυναίκες που αισθάνονται "κακή" ψυχική ένταση, απ' ό,τι τα νοσοκομεία που δίνουν έμφαση στις

ιο-ιατρικές πλευρές του θέματος της εγκυμοσύνης. Αφού οι ωδίνες του τοκετού, συνδυάζονται με υψηλά επίπεδα άγχους και οι ομάδες ψυχοπροφυλακτικής μειώνουν τον πόνο, φαίνεται ότι βοηθούν τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν το άγχος που συνδυάζεται με τον τοκετό.

Τα επίπεδα του άγχους, συνήθως είναι υψηλά τους πρώτους μήνες και πιθανόν να αφείλεται στην ανάγκη προσαρμογής στην εγκυμοσύνη, κάτι που άλλες γυναίκες καταφέρνουν άνετα μέχρι το τέλος του τρίτου μήνα. Το άγχος ορρυθνίζεται και πάλι όταν πλησιάζει η ώρα του τοκετού, αντανakλώντας τις εράστιες αλλαγές που γίνονται στο γυναικείο σώμα, καθώς πλησιάζει η γέννα και το νέο μωρό.

#### ΑΣΚΗΣΕΙΣ (Χρησιμότητα και τρόπος εφαρμογή τους)

Οι ασκήσεις, έχουν σκοπό την καλή λειτουργία των οργάνων και την διατήρηση της υγείας. Η αδράνεια, η νωθρότητα και η ανεπαρκής εργασία του κυκλικού συστήματος έχουν ως αποτέλεσμα την ατροφία των μυών, την μείωση της ικανότητας λειτουργειών της αναπνοής, κυκλοφορίας, πέψης κ.λ.π.

Όταν συνοδεύεται μάλιστα με μεγάλο ποσό υδατανθράκων, οδηγεί στην παχυσαρκία.

Στην εγκυμοσύνη, ούτε η ατροφία των μυών, ούτε η μείωση της ικανότητας των βασικών λειτουργιών του οργανισμού, ούτε η παχυσαρκία ωφελούν για αυτό την έγκυο θα πρέπει να την υποβάλλουμε καθημερινά σε ορισμένες ασκήσεις, εκτός αν είναι ειδικοί λόγοι που το απαγορεύουν.

Όποια άσκηση κι αν εκτελεί η έγκυος, θα πρέπει να μην την κουράζει. Η εύκολη κούραση θα πρέπει να εφιστά την προσοχή του γιατρού, γιατί μπορεί να αποτελεί ένδειξη κάποιας βλάβης που υπήρχε στον οργανισμό της εγκύου ή κάποια λανθάνουσα επιβάρυνσή της.

Μια απλή άσκηση για την έγκυο είναι ο περίπατος, ο οποίος την ανακουφίζει ψυχικά. Το βόδισμά της πρέπει να είναι τεμπέλικο και να είναι τεμπέλικο και να αποφεύγει δρόμους με κίνηση. Αν ο περίπατος την κουράζει, α της συστήσουμε, απλή ξεκούραση σε ανοιχτό χώρο, τουλάχιστον για δύο ώρες ημερησίως.

Αξιόσυστατες είναι οι βαθιές εισπνοές, γιατί η αναπνευστική γυμναστική κατέχει την πρώτη θέση στις ασκήσεις της εγκύου. Στα σπόρ η έγκυος θα

δέπει να είναι επιφυλακτική, γιατί πτώσεις και τραυματισμοί καταλήγουν συχνά σε αποβολή του κυήματος, σπανιότερα σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και ακόμη πιο σπάνια σε ρήξη της μήτρας. Τα σπόρ και η γυμναστική αντί να έχουν ευνοϊκή επίδραση στο μυϊκό σύστημα την ώρα του τοκετού, προκαλούν παράταση του τοκετού.

Γι' αυτούς τους λόγους απαγορεύονται σε έγκυες γυναίκες, σπόρ που προϋποθέτουν έντονες ασκήσεις όπως η ιππασία, το τέννις, κυρίως κατά τους τελευταίους μήνες. Αν η έγκυος επιθυμεί να εκτελεί μόνη της ειδικές ασκήσεις, που θα κάνουν την εγκυμοσύνη της λιγότερο ενοχλητική και πιο εύκολο του τοκετού της, υπάρχουν οι εξής ασκήσεις: Να ξαπλώνει στο πάτωμα και με την ράχη και την πλάτη της ακίνητη να συκώνει προς τα πάνω τα πόδια της διαδοχικά. Έτσι τονώνεται οι μύες της κοιλιάς.

Να ξαπλώνει στο πάτωμα και με την βοήθεια των μαξιλαριών, να παίρνει θέσεις που να επιτρέπουν την χαλάρωση των μυών, παίρνοντας βαθιές και ρυθμικές αναπνοές. Με την άσκηση της χαλάρωσης προετοιμάζεται για τον τοκετό.

Στις ασκήσεις μπορούμε να περιλάβουμε και την μέθοδο αποσυμπίεσης της κοιλιάς. Αυτή συνιστάται στην εφαρμογή ειδική θήκης που αρχίζει από τους αστούς και φθάνει ως τα ισχία, μία με δύο φορές την ημέρα τις όεκα τελευταίες εβδομάδες κύησης, και στη ελάττωση της πίεσης μέσα σ' αυτή, ώστε να αίρεται η πίεση του αέρα που ασκείται στα κοιλιακά τοιχώματα και στην μήτρα. Αυτή η μέθοδος όμως δεν έτυχε αποδοχής γενικής.

Από μερικούς γιατρούς πιστεύεται πως η μέθοδος αυτή βελτιώνει την κυκλοφορία του πλακούντα και την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο και συντελεί στην ομαλή εξέλιξη του τοκετού και τα παιδιά έχουν υψηλότερο δείκτη νοσηρότητας.

Η μέθοδος αυτή αντεδείκνυται, όπου υπάρχει κήλη των κοιλιακών τοιχωμάτων, έλκος στομάχου φυματίωση σε εξέλιξη, καρδιοπάθεια, κίρσοι και αιμορραγία στην εγκυμοσύνη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Τέταρο 4ο

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (Επιδράσεις στο έμβρυο)

Η χορήγηση φαρμάκων στην εγκυμοσύνη απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, γιατί είναι δυνατόν να έχουν βλαπτική επίδραση στο έμβρυο.

Αυτή εξαρτάται από τον βαθμό ευαισθησίας των ιστών προς το φάρμακο, από την πυκνότητα του φαρμάκου και από την διάρκεια χορήγησή του.

Την μεγαλύτερη επίδραση την έχουν τα φάρμακα όταν χορηγηθούν στο στάδιο της οργανογέννησης του εμβρύου. Αυτό για τα περισσότερα όργανα, βρίσκει στην 13η ως 56η ημέρα της εγκυμοσύνης. Δηλαδή, για να συμβεί ανεγκεφαλία του εμβρύου, πρέπει το βλαπτικό φάρμακο να χορηγηθεί ως την 26η ημέρα.

Ο μηχανισμός ενέργειας των δυσπλασιογόνων φαρμάκων αφορά τις χρωματοσωμικές ανωμαλίες, σε παθολογικό μεταβολισμό των νουκλεϊνικών οξέων, σε αναστολή δραστηριότητα συζύμων κ.λ.π.

Η Ελληνίδα έγκυος καταναλώνει με την σειρά φάρμακα: βιταμινούχα, σπασμολυτικά, υπακτικά, σιδηρούχα, ορμονικά, αντιεμετικά, αντιβιοτικά.

Πολλά από τα περισσότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα και οι βλαπτικές επιδράσεις τους στο έμβρυο είναι τα εξής:

Λιθαμβουτόλη. Είναι αντιφυματικό. Η επίδρασή της αφορά το οπτικό νεύρο του εμβρύου, όταν συμβεί αθροιστική βλάβη από νεφρική πάθηση.

Αλοθάνιο. Είναι αναισθητικό. Προκαλεί χαλάρωση της μήτρας και έχει κατασταλτική επίδραση στο έμβρυο όταν χορηγηθεί σε μεγάλη δόση.

Άμεθοπερίνη. Είναι κυτταροστατικό. Όταν χορηγηθεί το πρώτο τρίμηνο, προκαλεί αυτόματη έκτρωση και λυκόστομα.

Ανδρογόνα. Όταν χορηγηθούν σ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης, προκαλούν αρρενοποίηση των θηλυκών εμβρύων.

Αμινογλυκωσίδες. Έχουν ανάλογη δράση με την στρεπτομυκίνη, δηλαδή επιδρά βλαπτικά στο ακουστικό και αιθουσαίο νεύρο. Η κωαμυκίνη και η γευταμυκίνη προσβάλλουν τα νεφρά τόσο της εγκύου, όσο και του εμβρύου.

Ασπιρίνη. Όταν χορηγηθεί λίγο πριν του τοκετού σε αυξημένη δόση, προκαλεί αλλοίωση των αιμοπεταλίων του εμβρύου. Η συστηματική λήψη στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, μπορεί να προκαλέσει παράταση της εγκυμοσύνης ή εμφάνιση αιμορραγίας κατά του τοκετού ή καισαρική τομή επτά φορές συχνότερα.

Βαρβιτουρικά. Ανήκουν στα υπνωτικά. Όταν χορηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορούν να προκαλέσουν εθισμό στο έμβρυο, να έχουν καταστατική επίδραση σ' αυτό, επίδραση στον ρυθμό αύξησης του βάρους του και νωρότητα στον θηλασμό. Έχουν όμως και ενεργητική επίδραση γιατί επιταχύνουν την αποβολή της χολερυθρίνης του. Είναι δυνατόν να προκαλέσουν σύνδρομο αποστέρησης (δυνατό κλάσμα, γενικευμένο τρόμο κ.λ.π.)

Βιταμίνη D. Μόνο αν χορηγηθεί σε μεγάλες δόσεις, με σύγχρονη χορήγηση προγεστίου σ' όλη την εγκυμοσύνη, είναι δυνατό να συμβεί πρόωρη σύγκλιση των πηγών, μικροκεφαλία, μικροεγκεφαλία, καρδιοπάθεια και διανοητική καθυστέρηση.

Βιταμίνη K. Η χορήγηση φυσικής βιταμίνης K και K<sub>1</sub> δεν βλάπτει. Μόνο όταν χορηγηθεί σε μεγάλες δόσεις μεναδιόνη, είναι δυνατό να αυξηθεί η χολερυθρινοκμία του εμβρύου μετά τον τοκετό και να προκληθεί πυρηνικός ίκτερος.

Γεσταγόνα. Αυτά διαφέρουν από την φυσική προγεστερόνη στην σύνθεσή τους. Όταν χορηγηθούν σε θεραπευτικές δόσεις δεν βλάπτουν. Μόνο όταν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια της διάπλασης του εμβρύου, μπορούν να προκαλέσουν, αρρενοποίηση των θυληκών εμβρύων και αλλαγή στην σεξουαλική συμπεριφορά των παιδιών όταν μεγαλώσουν.

Γουαρφαρίνη. Είναι αντιπηκτικό. Προκαλεί, σε όποιο χρόνο της εγκυμοσύνης και αν χορηγηθεί, αιμορραγίες στο έμβρυο και τον ενδόμητριο θάνατό του.

Ερυθρομυκίνη. Είναι γαγγλιοπληγικό. Μπορεί να προκαλέσει παραλυτικό ερεθισμό.

Θειαζίδες. Είναι διουρητικά. Όταν χορηγηθούν στο τελευταίο τρίμηνο, προκαλούν θρομβοπενία και ηλεκτρολυτικές διαταραχές του εμβρύου (υπονατριαιμία).

Ιώδιο. Όταν χορηγηθεί σε μεγάλες δόσεις προκαλεί βρογχοκήλη και κρετινισμό.

Κεφαλοσπορίνες. Είναι αντιβιοτικά και χορηγούνται ακίνδυνα, ιδίως σε λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.



Κορτικοειδή. Μπορούν να χορηγηθούν σε περιπτώσεις βρογχικού άσθματος χωρίς φόβο. Μόνο σε εμβρυϊκούς ιστούς, μπορούν σπάνια να προκαλέσουν λήκη κόρνια, όταν χορηγηθούν πριν από την 10η εβδομάδα εγκυμοσύνης. Την βιταμίνη C, χορηγούμε στην έγκυο 24 ώρες πριν από πρόωρο τοκετό, για να ελαττώσει την ανάπτυξη του συνδρομού αναπνευστικής δυσχέρειας.

Λιδοκαΐνη. Είναι τοπικό αναισθητικό. Όταν χορηγηθεί σε μεγάλες δόσεις προκαλεί περιπτώσεις παρατραχηλικού αποκλεισμού, προκαλεί βραδυκαρδία, και πτώση του δείκτη APGAR. Αν από λάθος εισέλθει στο κεφάλι του εμβρύου, προκαλεί εγκεφαλικούς και τον θάνατό του.

Μορφίνη. Είναι αναλγητικό. Προκαλεί εθισμό στο νεογνό, που γεννιέται πρόωγα, είναι λιποβαρές και εμφανίζει συμπτώματα στέρησης του φαρμάκου. Όταν χορηγηθεί στο τέλος του τοκετού, προκαλεί σ' αυτό καταστολή των αναπνευστικών κινήσεων και στένωση της κόρης.

Οιστρογόνες ορμόνες. Όταν χορηγούνται σε μεγάλες δόσεις, είναι δυνατόν να προκαλεί αρρενοποίηση και στην εποχή της ύβης την εμφάνιση αδένωσης του κόλπου. Αργότερα η αδένωση, μπορεί να εξελιχθεί σε αδеноκαρκίνωμα του κόλπου.

Στεροειδή. Αν χορηγηθούν στην αρχή της εγκυμοσύνης, προκαλούν αρρενοποίηση του εμβρύου, αν από λάθος χορηγηθούν σαν ανασταλτικά της ωοθυλακιορρηξίας προκαλούν αυτόματη έκτρωση και ίσως συγγενείς καρδιοπάθειες, εγκεφαλοπάθεια ή διαμαρτίες του νευρικού σωλήνα. Επίσης αλλάζει η σεξουαλική συμπεριφορά.

Στρεπτομυκίνη. Είναι αντιβιοτικό. Όποτε κι αν χορηγηθεί αλλάζει την ανοσοαπόκριση συζυγία, προκαλώντας μικρομέλεια, αλωπεκία και διαπλαστικές ανωμαλίες.

Τετρακυκλίνες. Είναι αντιβιοτικά. Όταν χορηγηθούν ως τον 6ο μήνα, προκαλούν αναστολή της ανάπτυξης των μακρών οστών και μεταβολή της χροιάς των νεογλών δοντιών, από αναπόθεση φθορίζουσας ουσίας, που προέρχεται από την επίδραση τετρακυκλίνης.

Φαινοθειαζίνες. Στην εγκυμοσύνη περισσότερο χρησιμοποιείται η χλωροπρωμαζίνη για την αντιμετώπιση των εμετών και της προεκλαμψίας. Ελαττώνουν την ένταση του ικτέρου και βραχύνουν την διάρκεια του τοκετού. Πιθανόν να προκαλούν διαπλαστικές ανωμαλίες.

Πλωραμφενικόλη. Είναι αντιβιοτικό. Προκαλεί φαιό σύνδρομο (αδυναμία τσισης, υποθερμία, κυάνωση) που οδηγεί σε θάνατο.

### Ε Μ Β Ο Λ Ι Α

Όταν συμβεί διάσπαση του πλακουντικού φραγμού και περάσουν αντιγόνα, ιοί και μικρόβια στην εμβρυϊκή κυκλοφορία, τότε εάν το έμβρυο βρίσκεται στην εποχή της οργανογέννησής του, να πάθει διαπλαστικές ανωμαλίες ή μόλυνση.

Οι παράγοντες που μολύνουν το έμβρυο συνήθως είναι ιοί (της ερυθράς, ατίτιδας, έρπητα, πολιομυελίτιδας) και μικρόβια (στρεπτόκοκοι και σταφυλόκοκοι). Επίσης περνάνε το τοξόπλασμα, το μυκόπλασμα, το τρυπανόσωμα και οι κητες.

Όταν μολυνθεί το έμβρυο, μπορούν να προκληθούν οι παρακάτω διαπλαστικές ανωμαλίες:

Ιός του έρπητα να προκαλέσει υδροκεφαλία ή μικροκεφαλία και πνευματική καθυστέρηση.

τοξόπλασμα προκαλεί μικροκεφαλία, μικροφθαλμία, υδροκεφαλία, χοριαμφιβληροειδίτιδα.

τρεπόννημα, να προκαλέσει υδροκεφαλία, κώφωση, πνευματική καθυστέρηση και σπασίες στα δόντια.

να προστατέψουμε το έμβρυο από αυτές τις βλαπτικές επιδράσεις, καταφεύγουμε στον εμβολιασμό της εγκύου, όταν η ωφέλεια, που θα προκύψει από αυτόν, θα είναι μεγαλύτερη από την βλάβη, που τυχόν να προκαλέσει.

Πάντως, αν είναι δυνατόν, αποφεύγουμε τον εμβολιασμό στην εγκυμοσύνη. Χρόντερα εκτελούνται τα παρακάτω εμβόλια:

εμβολογιός. Συνιστάται η παθητική ανοσοποίηση με την χορήγηση γ-σφαιρίνης ή ορού ανοσοσφαιρίνης ανθρώπινης προέλευσης.

υθράς. Όχι μόνο έχει απόλυτη αντένδειξη ο εμβολιασμός στην εγκυμοσύνη αλλά και πρέπει να περάσει το μεγάλο χρονικό διάστημα απ' αυτόν, για να ελεγχθεί αυτή.

λυομυελίτιδας. Το εμβόλιο SABIN, που περιέχει εξασθενημένους ιούς, μόνο επείγουσες περιπτώσεις πρέπει να πραγματοποιείται.

τάνου. Περιέχει αντιτετανική ανατοξίνη, είναι ακίνδυνο, χορηγείται σε αυματισμό και πρέπει να είναι ανθρώπινης προέλευσης, για την αποφυγή.

εράς. Προτιμάται, η παθητική ανοσοποίηση. Το εμβόλιο αλλεργιών έχει από τη αντένδειξη.

λογιάς. Τόσο ο δαμαλισμός όσο και ο αναδαμαλισμός πρέπει να αποφεύγονται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και μόνο σε επιδημίες πρέπει να εκτελούνται με κίνδυνο 2<sup>ο</sup>/ο να συμβεί αυτόματη έκτρωση και το έμβρυο να περνει, όταν γεννηθεί.

ματίωσης. Το εμβόλιο B.C.G σπάνια χορηγείται, γιατί προτιμάται η χημειοθεραπεία της φυματίωσης.

φου. Επειδή το εμβόλιο, όταν χορηγηθεί παρεντερικά, φέρνει παρενέργειες, προτιμάται η χορήγηση αδρανοποιημένων τυφοπαρατυφικών βακτηριδίων σε χάλα.

ίσας. Η σοβαρότητα της πάθησης δικαιολογεί τον εμβολιασμό, παραβλέποντας τις βλαπτικές επιδράσεις του εμβολίου.

## ΟΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το πρόβλημα των εμβολιασμών στην εγκυμοσύνη είναι ακόμα ανοιχτό και ζητούμενο. Στις ημέρες μας μπορεί να ειπωθεί ότι οι εμβολιασμοί χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για κάποιο σκοπό ή μερικές φορές και χωρίς σκοπό.

Εξάλλου, αυτό υπήρξε η αφορμή για την διαπίστωση ότι δεν είναι πάντα αβλαβείς. Μερικές φορές, στην προσπάθεια πρόληψης της δυνατότητας μετάδοσης με τον εμβολιασμό, συνιστώνται νόσοι εκ των πραγμάτων μπορεί να πρόκειται για πολλές εμπύρετες καταστάσεις μετά τον εμβολιασμό, με γενική αδιαθεσία, όχι βαρή και περαστική, αλλά μπορεί να πρόκειται και για σοβαρότερες επιπλοκές, μηνιγγίτιδα, αλλεργικές αντιδράσεις, πιο σοβαρές βλάβες όπως την υπόθεσης συσχέτισης του εμβολίου με λευχαιμία και διάφορες καταστάσεις καρκίνων. Στατιστικά, βρίσκονται σε αύξηση, οι μετά τον εμβολιασμό αντιδράσεις. Οι γυναίκες μπορεί να βρίσκονται σε μια ατελή προετοιμασία του εμβολίου, που αυτό είναι μολυσμένο, ή σε μια μη φυσιολογική αντίδραση του ατόμου.

Εάν οι εμβολιασμοί εκτελούνται κατά την εγκυμοσύνη, πρέπει να ληφθούν υπόψη και πιθανές βλάβες για το έμβρυο. Τα ενέσιμα εμβόλια μπορεί να είναι δύο τύπων με ζώντες ή νεκρά βακτηρίδια και με αδραναποιημένα βακτηρίδια ή ιούς. Εάν η γυναίκα είναι έγκυος, ένας εμβολιασμός με νεκρά ή αδραναποιημένα βακτηρίδια ή ιούς, δεν επιφέρει καμία βλάβη ούτε στο έμβρυο.

Διαφορετικές είναι οι συνέπειες για άλλους τύπους εμβολίων, όταν ο μικροοργανισμός μπορεί να είναι βλαβερός και λοιμογόνος για το έμβρυο π.χ. την εγκυμοσύνη πρέπει να απαγορεύονται απολύτως οι εμβολιασμοί ενάντια στην ερυθρά, λόγω των πιθανών εμβρυϊκών διαμαρτιών. Το ίδιο επίσης δεν συστήνεται ο εμβολιασμός ενάντια στην ευλογιά, όπως και ο αντιδιφθεριτικός εμβολιασμός.

Γενικά, είναι προτιμώτερο να μην εμβολιάζεται η έγκυος ή αν παρείσταται ανάγκη να ανατρέχει στην προφύλαξη δια ορού, που δεν αντεδεικνύεται, αν και είναι περαστική επέρχεται και δεν δίνει διαρκή ανοσία. Η προφύλαξη δια ορού είναι πράγματι μια προληπτική θεραπεία ενάντια στις μολυσματικές νόσους, χρησιμοποιούμενη δια της ενέσεως ανοσιολογικών ορών.

" ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ "

Η ακτινοβολία στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, και μάλιστα στην εποχή της γαυογέννησης έχει μεγάλη επίδραση στο έμβρυο.

Εκτός από την μεγάλη θνησιμότητα που εμφανίζει το έμβρυο κατά τον τοκετό "παιδί των ακτίνων", μπορεί να πάθει ανεγκεφαλία, μικροκεφαλία, μικροφθαλμία, δισχιδή ράχη, χρωματοσωμικές ανωμαλίες (τρισωμία 21) κ.λ.π.

Ακτινοδιαγνωστικές μέθοδοι στην εγκυμοσύνη ενδιαφέρουν πολύ τον γυναικό.

Περιλαμβάνουν κινδύνους, που μπορούμε να τους κατατάξουμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

Η πρώτη κατηγορία ανήκει η ακτινοβολία, που προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου ή την πάθησή του.

Η δεύτερη κατηγορία αυτή προκαλεί λευχαιμία και νεοπλασία.

Η τρίτη κατηγορία αυτή, που προκαλεί χρωματοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου.

Η ακτινοβολία της εγκύου την πρώτη εβδομάδα της εγκυμοσύνης, προκαλεί εμβρυϊκό θάνατο. Από την 2η-8η εβδομάδα προκαλεί διαπλαστικές ανωμαλίες και κατά προτίμηση ανωμαλίες κυρίως του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ακτινοσκόπηση διάρκειας 10 ή λήψη 8-10 ακτινογραφημάτων απαιτεί την δόση 50 RADS ακτινοβολίας. Αν τα RADS, είναι παραπάνω από πενήντα, ο κίνδυνος είναι μεγάλος, ιδιαίτερα όταν ο ακτινολογικός έλεγχος αφορά την περιοχή της κοιλιάς. Αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος η ακτινοβολία δεν είναι πάντα ακίνδυνη.

Εκτός από τις διαπλαστικές ανωμαλίες, οι ακτινοβολίες προκαλούν κοκκιωματώδη λευχαιμία, και ετεροχρωμία της ίριδας και των μαλλιών.

Σε περίπτωση εκτέλεσης ακτινολογικού ελέγχου της εγκύου, στον οποίο υπήρξε 2-5 RADS, μπορούμε να αφήσουμε την εγκυμοσύνη να εξελιχθεί.

Αν η δόση είναι μεγαλύτερη, τότε ανάλογα με την ηλικία της εγκυμοσύνης στην οποία ακτινοβολήθηκε η έγκυος και ανάλογα με το μέρος του σώματος, που εκτέθηκε στην ακτινοβολία, προβαίνουμε σε διακοπή ή όχι της εγκυμοσύνης.

Κανέννας ακτινολογικός έλεγχος δεν επιτρέπεται να εκτελείται, πριν ερωθεί η γυναίκα, αν είναι έγκυος. Για μεγαλύτερη ασφάλεια, αυτός πρέπει να τελεείται στην παραγωγική φάση του ωθηκτικού κύκλου.

Στην διάρκεια του δευτέρου τριμήνου, είναι δυνατή η εκτέλεση ακτινογράφησης του θώρακα της εγκύου, όχι όμως και ακτινοσκόπησής του. Ο ακτινολογικός έλεγχος, που αφορά το έμβρυο, μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ανάγκη πρέπει να εκτελείται μετά την 36η εβδομάδα.

Χορήγηση ραδιοϊσότοπων για τον έλεγχο του θυρεοειδούς αδένου, του συκωτιού κ.λ.π. πρέπει να αποφεύγονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Οι περισσότερες από τις μελέτες, για τις επιδράσεις της ακτινοβολίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βασίζονται σε μελέτες επάνω σε ζώα.

Μια μεγάλη ποικιλία διαμαρτιών διαπλάσεως που προκαλούνται από την ακτινοβολία παρατηρήθηκαν σε τρωκτικά. Πολλές απ' αυτές είναι διαμαρτίες διαπλάσεως του νευρικού συστήματος και περιλαμβάνουν την μικροκεφαλία, την μεγακεφαλία (ένα μέρος του εγκεφάλου είναι έξω από το κρανίο), την αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που οδηγεί σε υδροκεφαλία και την ανοφθαλμία (έλλειψη αναπτύξεως οφθαλμών).

Σε δόση 0,25 γκρέν (25 ράντ) παρατηρούνται μόνο ανωμαλίες των οφθαλμών 2-0,5 γκρέν (20-50 ραντ) στα όψιμα στάδια της εγκυμοσύνης προκαλούν αποοργάνωση της λεπτής υφής του εγκεφάλου και προκαλούν κάποια καθυστέρηση και αλλοίωση της ταχύτητας ανάπτυξης του φλοιού του εγκεφάλου. Αρκετές μελέτες απέδειξαν ότι παιδιά που γεννήθηκαν από μητέρες που δέχθηκαν ακτινοβολίες στην περιοχή της λεκάνης έχουν μεγαλύτερες ανωμαλίες, κυρίως μικροεγκεφαλικού τύπου.

Μια μελέτη έγινε ανάμεσα σε εκατοντάδες εγκύους που επέζησαν ύστερα από τις ατομικές εκρήξεις της Χιροσίμας και του Ναγκασάκι.

Τα παιδιά τους παρακολουθήθηκαν ιατρικά για 20 χρόνια και πλέον.

Στις υψηλότερες τιμές δόσεων πολλά από τα παιδιά ανέπτυξαν μικρό μέγεθος κεφαλής και αύξηση της διανοητικής καθυστέρησης. Υπάρχει επίσης αυξημένος κίνδυνος λευχαιμίας και κακοήθων νεοπλασμάτων για τα παιδιά που οι μητέρες τους είχαν εκτεθεί σε ακτινοβολία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος, όταν η έκθεση σε ακτινοβολία παρα-

είνεται επί αρκετές εβδομάδες. Με εφάπαξ, δόσεις, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για διανοητική καθυστέρηση. Η έκθεση σε ακτινοβολία παιδιών στα πρώτα λίγα χρόνια της ζωής τους, προκαλεί όμοια περίπου αποτελέσματα, με την ακτινοβολία του εμβρύου στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης.

Η μεγαλύτερη πηγή πληροφοριών είναι οι μελέτες περιπτώσεων παιδιών που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία για όγκους και παθολογικές καταστάσεις του εγκεφάλου της κεφαλής. Θεραπευτικές δόσεις, μπορούν να οδηγήσουν στην δημιουργία νεοπλασμάτων, ιδίως του θυρεοειδούς και του νευρικού συστήματος και της λευχαιμίας. Ο μογγολισμός (σύνδρομο DOWN) που είναι βαριά μορφή διανοητικής καθυστέρησης, μπορεί να προέλθει από ακτινοβολία, ιούς ή χημικούς παράγοντες.

Όμως η ακτινοβολία δεν πρέπει μόνο η ακτινοβολία να θεωρείται ως η κύρια τρέχουσα αιτία των ανωμαλιών ανάπτυξης ή διανοητικής καθυστέρησης. Συμβάλλουν η κακή διατροφή της μητέρας και του νεογέννητου όπως επίσης και οι γενετικοί παράγοντες.

Επίσης οι ακτινοβολίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν θανατογόνες μεταλλάξεις και οι οποίες αποτελούν τον μεγαλύτερο γεννητικό κίνδυνο. Μπορούν να διεισδύσουν στο πληθυσμό κατά την διαδρομή πολλών διαφοχικών γενεών και προκαλούν απώλειες, κυρίως όταν παρουσιάζονται σε άτομα γεννημένα από ομόζυγους που φέρουν και οι δύο το υποτελές θανατογόνο γονίδιο. Οι θανατογόνες μεταλλάξεις ασκούν την μεγαλύτερή τους επίδραση στην πρώτη γενιά που γεννηθεί αμέσως μετά την επίδραση της ακτινοβολίας, αλλά και στις επόμενες γενεές θα παρουσιασθούν περισσότερες θνησιγονίες οφειλόμενες στα υποτελή γονίδια. Τα νετρόνια είναι κυρίως υπεύθυνα για τις περισσότερες χρωματοσωμικές ανωμαλίες.

## Η ΑΛΚΟΟΛΗ ΚΑΙ Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το αλκοόλ θεωρείται ότι έχει κατασταλτική επίδραση πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα κι αυτή η δράση θα αυξηθεί από άλλες τοξικές ουσίες, που έχουν παρόμοια καταπραυντική δράση, όπως τα βαρβιτουρικά και τα ελαφρά κρεστικά τύπου βάλλιουμ. Μια μεγάλη δόση ηρεμιστικών φαρμάκων είναι πολύ επιβλαβής όταν ληφθεί μαζί με αλκοόλη.

Η κίρρωση του ήπατος είναι κοινή συνέπεια παρατεταμένης λήψης μεγάλων ποσοτήτων ποτού, ώστε χρησιμοποιείται συχνά σαν κύριος δείκτης του προβλήματος του αλκοολισμού. Το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου συνδέονται επίσης με την κατανάλωση αλκοόλης.

Ο αλκοολικός ή αλκοολική γυναίκα, μπορεί να υποστεί εγκεφαλική βλάβη και άπτωση των νοητικών ικανοτήτων, κυρίως της μνήμης και της ικανότητας μάθησης. Η σύγχυση αυτή ονομάζεται σύνδρομο του Κορσάκωφ.

Το αλκοολικό σύνδρομο του εμβρύου μελετάται εντατικά σήμερα στις Η.Π.Α.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η έγκυος που πίνει πολύ προκαλεί σωματικές βλάβες στο αγέννητο, παιδί της. Το παιδί μπορεί να πάσχει από μέτρια ή βαριά, καθυστέρηση, να έχει ένα αφύσικα μικρό κεφάλι (μικροκεφαλία), συγγενείς καρδιοπάθειες ή άλλες συγγενείς ανωμαλίες.

Έτσι, η αλκοόλη, όπως και κάθε άλλη τοξική ουσία, μπορεί να προκαλέσει πολύ μεγάλες νοητικές και σωματικές βλάβες και να μειώσει και τον χρόνο ζωής του πότη ατόμου.

Πιστεύεται ακόμα, ευρύτατα ότι τα παιδιά των αλκοολικών κινδυνεύουν να γίνουν και τα ίδια αλκοολικά. Έχει υπολογιστεί ότι 25-50% των αλκοολικών έχουν ένα γονιό ή ένα στενό συγγενή αλκοολικό και ότι τα παιδιά αλκοολικών γονέων έχουν την διπλάσια πιθανότητα να γίνουν αλκοολικά από τα παιδιά, που δεν έχουν αλκοολικούς γονείς. Ενώ μέχρι τώρα θεωρούσαμε ότι η οικογενειακή κατάσταση οφείλεται αποκλειστικά στην περιβαλλοντολογική κατάσταση, υπάρχουν



ήμερα ενδείξεις, ότι συντρέχει κάποιος κληρονομικός παράγοντας. Οι οικογενε-  
ειες με κάποια αλκοολική μητέρα ή πατέρα υφίστανται βία, αντιμετωπίζουν  
λύση της οικογενειακής συνοχής και προβλήματα στα παιδιά όχι μόνο κα-  
την ενδομήτρια κύηση αλλά τα επηρεάζουν δυσμενώς ψυχολογικά και μετά  
την γέννησή τους.

Αλλά κυρίως με εκείνο που αξίζει να ασχοληθεί κανείς είναι όχι η περιο-  
ρισμένη χρήση ποτών, που περιέχουν οινοπνευμα, αλλά κυρίως με την κατάχρηση  
ποτών και τις βλαβερές συνέπειες του οινοπνεύματος στον οργανισμό της ε-  
γκύου. Οι βλάβες, που προέρχονται από την κατάχρηση οινοπνεύματος, είναι πο-  
λλές, και οι συνέπειες που δεν αφορούν, δυστυχώς μόνο στο καταχρώμενο, αλλά  
και στην οικογένειά του και στην κοινωνία, είναι φοβερές. Οι συνέπειες αυτές  
εκτείνονται και στην εθνική και οικονομική ζωή ενός λαού, με τέτοιο τρό-  
πο, ώστε ο αλκοολισμός να αποτελεί ένα σπουδαίο θέμα κοινωνικής υγιεινής.

Για τον οργανισμό του ανθρώπου κάθε είδος οινοπνεύματος, πρέπει να θεω-  
ρείται δηλητήριο, όταν το λαμβάνει πάνω από τα επιτρεπόμενα όρια.

Οι βλάβες, που προέρχονται από την κατάχρηση οινοπνεύματος, μεταβιβάζο-  
νται από γενεά σε γενεά και η μεταβίβαση αυτή γίνεται με την δηλητηρίαση  
του εμβρύου από τον πλακούντα και με την παθολογική παραγωγή σπέρματο  
κυττάρων και ωαρίων. Η επίδραση του οινοπνεύματος σε παιδιά αλκοολικών εκ-  
δηλώνεται με ατελή ανάπτυξη του εμβρύου, με διαμαρτίες διάπλασης ή με τον  
πρόωρο θάνατό του.

Η ανικανότητα της αλκοολικής εγκύου να φέρει σε πέρας την εγκυμοσύνη,  
επιδησιάζει στα θηλυκά παιδιά της. Έτσι, σε αλκοολικούς λαούς παρατηρείται  
σημαντική ελάττωση του πληθυσμού, που προέρχεται από την αύξηση της θνησιμό-  
τητας και τον περιορισμό των γεννήσεων.

Αλλά, κι αν αποφευχθεί ο κίνδυνος πρόωρου θανάτου του εμβρύου, οι στατι-  
στικές αποδεικνύουν, πως τα παιδιά των αλκοολικών και κυρίως όταν πρόκειται

αλκοολική εγκυμονούσα, καταντούνεπιληπτικά, μικρονοϊκά, πωρωμένα ηθικά, επειδή έχουν κληρονομίσει κάποια βιολογική προδιάθεση, από μικρή ηλικία αποκτούν εθισμό στο αλκοόλ και επιδίδονται στην οινοποσία.

Διαπιστώθηκε ακόμα, πως

πτική επίδραση στο έμβρυο έχει και η πρόσκαιρη μέθη, όταν συμπέσει με ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας και την επιτυχία γόνιμης συνουσίας.

Από το αλκοόλ που λαμβάνει πιθανόν η έγκυος κάθε φορά, ένα μέρος φθάνει στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου, και επιβλαβέστερο είναι κυρίως την κρίσιμη περίοδο μεταξύ 6ης και 12ης εβδομάδας.

Δεν υπάρχει όριο ασφαλείας κατανάλωσης αλκοόλ, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αν η έγκυος πίνει παραπάνω από δύο ποτά την ημέρα, οι πιθανότητες είναι μία στις δέκα, να προσβληθεί το μωρό της από αλκοολικό σύνδρομο, που μπορεί να οδηγήσει σε ανωμαλίες του προσώπου, όπως είναι το λυκόπνομα και η λαγωχειλία, σε καρδιακή ανεπάρκεια, σε μη φυσιολογική ανάπτυξη των άκρων και σε κάτω του μετρίου εφυΐα.

Τις βλαβερές ενέργειες του οινοπνεύματος οφείλουμε να τις κάνουμε γνωστές στην έγκυο και να συνιστούμε σ' αυτήν η ποσότητα του οινοπνεύματος, που θα παίρνει την ημέρα, να μην ανέρχεται πάνω από 30 γραμμάρια. Για τον καθορισμό του ποσού αυτού και την αναγωγή του σε ποτήρια, ας έχουμε υπόψη μας, πως η περιεκτικότητα σε οινόπνευμα στους συνηθισμένους οίνους είναι: οίνοι ρετσίνατοι 12-14%, αρετσίνωτοι 11-16%, μαυροδάφνη 15-17%, ούζο 33%, μπύρα 4%.

Τέλος, η απέκκριση του οινοπνεύματος από τον μαστό είναι ελάχιστη, ώστε να μπορεί να προκαλέσει καμία ενδόχληση στο βρέφος, όταν ληφθεί σε ποσότητα που δεν βλάπτει.

Απ' όσα γνωρίζουμε και δεδομένου ότι δεν έχει αποδειχθεί ακριβώς πως ποιο επίπεδο στο αλκοόλ είναι "ασφαλές", θα ήταν λογικό από την πλευρά

των γυναικών που αποφασίζουν να αποκτήσουν παιδιά, να μην πίνουν καθόλου.

Στις γυναίκες που κάνουν κατάχρηση του αλκοόλ διακόπτεται πρόωρα η έμ-  
βρυος ρύση, μειώνεται η ικανότητα τεκνογονίας εξαιτίας βλάβης των γεννη-  
τικών αδένων, και παρατηρούνται συχνότερα τοξιναιμίες κυήσεως.

Τα παιδιά των αλκοολικών και τα παιδιά που η σύλληψή τους έγινε σε κα-  
τάσταση μέθης αναπτύσσονται, και σωματικά και ψυχικά, με καθυστέρηση (α-  
ποφύζουν να περπατήσουν, να μιλήσουν κ.λ.π.)

Σύμφωνα με άποψη του Σοβιετικού, ερευνητή Β.Ι. Ντόκλεφ, ο αριθμός των  
διανοητικά καθυστερημένων, είναι ευθέως ανάλογος με την διάρκεια χρήσης  
αλκοολικών ουσιών από τους γονείς.

Έτσι μετά από εξέταση 8.196 παιδιών, που έπασχαν από ηλιθιότητα, ο Ε-  
λβετός ψυχίατρος Μπεντσόν διαπίστωσε, ότι σε όλες τις περιπτώσεις η σύ-  
λληψη είχε γίνει σε εορτάσιμες ημέρες, στην διάρκεια των οποίων γίνεται  
συνήθως μεγάλη χρήση αλκοόλ. Σύμφωνα εξάλλου με στοιχεία του Γάλλου ψυ-  
χίατρου Μπουρενβίλ πάνω από το 40% των παιδιών που πάσχουν από ολιγόνοια  
και διανοητική καθυστέρηση, έχουν κληρονομική επιβάρυνση αλκοολισμού.

"ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ"

Η εγκυμοσύνη καθιστά τον οργανισμό της μητέρας περισσότερο ευάλωτο στις τοξικές ουσίες. Τα δηλητήρια περνάνε στον πλακούντα και αποθηκεύονται αυτόν. Έτσι, η επίδρασή τους στο έμβρυο είναι ολέθρια. Στην αρχή της εγκυμοσύνης προκαλούν αυτόματες εκτρώσεις ή διαπλαστικές ανωμαλίες στο έμβρυο και στην προχωρημένη εγκυμοσύνη τον ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου, είτε ανοξυγοναιμία, είτε από άμεση επίδραση της τοξικής ουσίας.

Οι δηλητηριάσεις που έχουν σημασία για την έγκυο, είναι δυνατό να είναι τυχαίες ή να οφείλονται σε φάρμακα ή να προέρχονται από βλαβερές συνήθειες της εγκύου ή να είναι επαγγελματικές.

Στις τυχαίες δηλητηριάσεις ανήκουν, οι οξείες δηλητηριάσεις από μονοξείδιο του άνθρακα, που στην περίπτωση αυτή η έγκυος πεθαίνει, πριν από το έμβρυο γι' αυτό προλαβαίνουμε να το βγάλουμε με καισαρική τομή. Στις υποξείες δηλητηριάσεις με μονοξείδιο του άνθρακα το έμβρυο πεθαίνει πρώτο. Επίσης οι δηλητηριάσεις με βαρβιτουρικά ή με άλλα φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν αυτόματες εκτρώσεις ή ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.

Στις βλαβερές συνήθειες ανήκουν, ο αλκοολισμός, το κάπνισμα και η χρήση νευρωτικών. Η χρήση ηρωΐνης, κοκαΐνης, κωδεΐνης, αμφεταμινών κ.λ.π. είναι δυνατόν να προκαλέσουν την γέννηση ανήσυχων, νευρωτικών και υπερκινητικών νεογνών. Τα νεογνά αυτά πάσχουν από αυπνία, συνέχεια κλαίνε, φταρνίζονται, δαγκώνουν, ιδρώνουν, έχουν σιελόρροια, δεν έχουν όρεξη για φαγητό και παθαίνουν πολλαπλά δερματικές βλάβες μελών τους από την μεταξύ τους τριβή κατά την διάρκεια της ανησυχίας τους. Αν η κατάσταση τους δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, εμφανίζουν εμετούς, διάρροια, αναπνευστική δυσχέρεια, κυάνωση, άπνοια, σπασμούς και πυρετό. Ο θάνατός τους επέρχεται σε συχνότητα 90% των περιπτώσεων.

Θεραπευτικά, χορηγούμε στο νεογνό παρηγορητικό ελιξίριο σε δόση 3-4 σταγόνες κάθε 4 ώρες για αρκετές εβδομάδες, μειώνονται προοδευτικά την δόση.

ες επαγγελματικές δηλητηριάσεις, ανήκουν οι δηλητηριάσεις με μόλυβδο, υδράργυρο, βενζόλιο, θειούχο άνθρακα, φώσφορο κ.λ.π.

Ο μόλυβδος είναι δυνατό να προκαλέσει ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου, αν εκδηλωθούν συμπτώματα δηλητηρίασης της εγκύου. Τα παιδιά που θα γεννηθούν από γονείς που πάσχουν από μολυβδίαση, εμφανίζουν αυξημένη παιδική νοσημότητα, επιληψία και πνευματική καθυστέρηση. Ο υδράργυρος προκαλεί αυτώματα εκτρώσεις, πρόωρους τοκετούς, θάνατο του εμβρύου κατά τον τοκετό και κεφαλοπάθειες. Το βενζόλιο προκαλεί υπόχρωμη αναιμία, αυτώματα εκτρώσεις και αυξημένη αιμοραγία κατά την υστεροτοκία.

Ο θειούχος άνθρακας προκαλεί εμέτους, αυτώματα εκτρώσεις και υπατικές βλάβες του εμβρύου.

#### "Οι κίνδυνοι των τοξικών ουσιών γενικά και στην εγκυμοσύνη"

Οι πιθανές επιπλοκές της εισπνοής τοξικών αερίων είναι πολλαπλές και ποικίλλες. Ενώ τα περισσότερα συμπτώματα δεν είναι πολύ σοβαρά και φαίνεται να μπορούν να εξαλειφθούν, δεν είναι βέβαιο, ότι δεν πρόκειται να αμαρυνθεί σοβαρή τοξίκωση. Κατά την διάρκεια της χρήσης του και μετά μπορεί η εγκυμονούσα γυναίκα να παρουσιάσει βήχα, ερεθισμό της μύτης και των ματιών, ναυτία, εμέτους, διάρροια, πόνους στο στήθος, στους μύες και στις αρθρώσεις, πλωπία και υπερευαισθησία στο φως.

Οι μακροπρόθεσμες βλαβερές συνέπειες των πτητικών διαλυμάτων ποικίλλουν ανάλογα με την συγκεκριμένη ουσία που χρησιμοποιείται. Το βενζόλιο π.χ. που είναι τοξικό προκαλεί αναιμία και βλάβες στην καρδιά, στο συκώτι και στα επινεφρίδια, τόσο της μέλλουσας-μητέρας όσο και του εμβρύου και μάλιστα όταν η λήψη που συντελείται κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης.

Το χλωροφόρμιο, μπορεί να προκαλέσει αλλαγή του ρυθμού της καρδιάς, ακόκ και εάν χρησιμοποιείται από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και μπορεί γρήγορα να προκληθεί αυτώματη έκτρωση η οποία θα συνοδεύεται από νε-

5 έμβρυο.

Μερικά από τα προωθητικά συστατικά μπορεί να έχουν επίπτωση στο καρδια-  
ρυθμό. Το χλωροφόρμιο μπορεί να προκαλέσει βλάβη του συκωτιού. Η εισπνοή  
αυμιάσεων βενζίνης μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία στους πνεύμονες, ερε-  
σμό των βρόγχων, αναιμία και παράλυση των κρανιακών νεύρων. Μετά από μα-  
κροχρονιή έκθεση σε χαμηλά επίπεδα βιομηχανικών δηλητηριωδών ουσιών, μπορεί  
παρατηρηθεί παράλυση των περιφερικών νεύρων.

Οι θάνατοι που συνοδεύονται με την εισπνοή διαλυμάτων κόλλας, μπορούν να  
προκληθούν με διάφορους τρόπους. Με την μέθοδο εισπνοής διαλυμάτων λιγοστεύ-  
δραστικά η παροχή οξυγόνου και μπορεί να προκληθεί βλάβη στον εγκέφαλο  
και ανοξία. Άλλοι θάνατοι που συνοδεύονται από την χρήση τέτοιων ουσιών  
μπορούν να προκληθούν από το γεγονός, ότι η εγκυμονούσα γυναίκα ή οποιοδή-  
τε άλλο άτομο, βρισκόμενο από την επιρροή τοξικών ουσιών τους γεννιούνται  
σθήματα παντοδυναμίας, ψευδαισθήσεων και απερισκεψίας που μπορούν να τους  
πληγούν σε λογομαχίες, ριψοκίνδυνη οδήγηση και επικίνδυνη συμπεριφορά. Όλα  
αυτά μπορούν να αποβούν μοιραία και για την ακεραιότητα της μητέρας αλλά  
και επίσης για το έμβρυο το οποίο μπορεί να πεθάνει.

" ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ "

Πριν μερικά χρόνια, είχε συζητηθεί το γεγονός, ότι η μαριχουάνα κατέστρε-  
λωστα χρωμάτοσώματα-τι κύριο υλικό μέσα από το οποίο η γενετική μας  
ρονομιά μεταφέρεται στις επόμενες γενεές. Οι έρευνες όμως που ακολούθησαν  
έδειξαν χρωμοσωμιακές αλλαγές που να σχετίζονται με την χρήση της μα-  
ουάνας. Σήμερα, δεν υπάρχει καμιά πειστική ένδειξη, ότι η χρήση της κα να  
προκαλεί σημαντικές γενετικές αλλοιώσεις.

Οι ενδείξεις ότι η μαριχουάνα μπορεί να προκαλέσει μια σημαντική ελά-  
ση της παραγωγής της αρσενικής ορμόνης τεστοστερόνης, είναι, επίσης, αμφι-  
όμενες: τέτοιου είδους ελάττωση, όπου παρατηρήθηκε, δεν ήτανσε επίπεδα α-  
κα χαμηλά, και δεν βρέθηκαν απ' όλους τους ερευνητές, ούτε και δε χρόνι-  
χρήστες χασίς.

Υπάρχουν επίσης αναφορές, για ελάττωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων  
μεμονωμένες κλινικές αναφορές μειωμένων σεξουαλικών επιδόσεων σε άν-  
ς, και γυναίκες που κάνουν μεγάλη χρήση χασίς. Παρ' όλα αυτά οι μελέτες  
έγιναν, δεν βρήκαν καμιά ένδειξη για μείωση του μεγέθους της οικογένει-  
των ναρκομανών ατόμων. Τα πορίσματα, αυτά, μπορεί να έχουν σημασία κυρίως  
εκείνα τα άτομα που έχουν ελαττωμένη γονιμότητα ή ορμονικά προβλήματα.  
Η αναλογία των γυναικών μεταξύ των χασισοποτών ολοένα αυξάνει, έχουν γι-  
όμως πολύ λίγες μελέτες ειδικά για την αντίδραση των γυναικών στην  
ση αυτής της ουσίας.

υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση κοινών ποσοτήτων της τοξικής ουσίας,  
ώνει την γονιμότητα ή ότι προκαλεί ανωμαλίες στις γεννήσεις (παρ' όλο που  
ορήγηση υψηλών ποσοτήτων προκαλεί γεννητικές ανωμαλίες στα ζώα).

Απ' την άλλη μεριά, μια σύγκριση των επιπέδων της σεξουαλικής ορμόνης σε  
γυναίκες, που κάπνιζαν κάναβη τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα για  
μήνες, με μια ομάδα γυναικών που δεν κάπνιζαν, έδωσε ενδείξεις, ότι η γο-

ότητα εκείνων που κάπνιζαν ίσως έχει βλαφθεί.

Άλλοι παράγοντες, μπορεί βέβαια να είχαν επηρεάσει αυτά τα πορίσματα οι αίκες όμως που κάπνιζαν χασίς έτεινα να έχουν κύκλους αναπαραγωγής όπου ωάριο δεν ωρίμαζε ή που η διάρκεια της περιόδου γονιμότητας είχε συντο-  
θεί.

### " ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ "

Ο καρκίνος του πνεύμονα συνοδεύεται με το κάπνισμα, ασθένειες της καρδιάς των αιμοφόρων αγγείων (αρτηριοσκλήρυνση), ο καρκίνος του λάρυγγα, του φα-  
γγα και του οισοφάγου κ.λ.π. Το τσιγάρο θεωρείται επίσης η κυριότερη αι-  
α εμφυσήματος, όπου οι πνευμονικοί θύλακες διογκούνται εξαιτίας της χρόνι-  
παρεμπόδισης των βρογχιολίων. Ακόμη το τσιγάρο είναι μια από τις κυριότε-  
αιτίες βρογχίτιδας και παθήσεων των ενδοκρινών αδένων.

Ο καπνιστής όμως και συγκεκριμένα η καπνίστρια έγκυος γυναίκα, δεν είναι  
μόνη που επηρεάζεται από την ίδια της την συνήθεια.

Το κάπνισμα τους τελευταίους έξι μήνες της εγκυμοσύνης δημιουργεί τους  
γαλύτερους κινδύνους αποβολών του εμβρύου, θνησίγενών εμβρύων και νεογνη-  
θανάτων. Τα κατά τ' άλλα υγιή βρέφη των μητέρων, που καπνίζουν κατά την  
εγκυμοσύνη, έχουν γενικά χαμηλότερο βάρος γέννησης και στον πρώτο χρόνο της  
η τους τα παιδιά των γονιών που καπνίζουν παρουσιάζουν σημαντικά αυξημέ-  
ποσοστό μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος.\*

Όμως η τάξη των καπνιστών τα τελευταία χρόνια ενισχύθηκε με την αθρόα  
οσέλευση σ' αυτή των γυναικών. Οι βλάβες του καπνίσματος, που αφορούν ιδιαί-  
ρα την διέγερση των γαγγλίων του συμπαθητικού και την στένωση των αγγεί-  
κάθως και η επίδραση του στο κεντρικό νευρικό σύστημα, εξαρτώνται από  
ποσότητα του καπνού, που καπνίζουμε και από την ιδιοσυστασία του καπνί-  
ού. Τα παιδιά και οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ευπάθεια από τους υ-  
είς άνδρες.



Παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις στην καρδιά των εμβρύων που προήλθαν από μη-  
ες, που κάπνιζαν. Απόδειξη, πως τα τοξικά προϊόντα του καπνού περνούν α-  
τον πλακούντα στο έμβρυο. Επίσης το κάπνισμα προκαλεί ελάττωση του ει-  
όμενου οξυγόνου και γέννηση πρόωρων και λιποβαρών νεογνών. Το επίπεδο  
οξειδίου του άνθρακος, είναι υψηλότερο στο αίμα της καπνίστριας και ο-  
οδήποτε κι αν είναι αυτό το επίπεδο μονοξειδίου του άνθρακος, συγκεντρώ-  
αι στο αίμα του εμβρύου, και ως δηλητήριο που είναι περιορίζει την ποσό-  
α οξυγόνου που μπορεί να μεταφέρει το αίμα.

Όσο περισσότερο μονοξείδιο του άνθρακα υπάρχει στο αίμα του εμβρύου,  
ο χαμηλότερο είναι το βάρος του την ώρα της γέννησής του. Επίσης, το εν-  
όμενο πρόωρου τοκετού είναι σχεδόν διπλάσιο στις καπνίστριες εγκύους.  
Μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι καπνίστριες έχουν περισσότερες πιθανό-  
ες ν' αποκτήσουν παιδιά με πάσης φύσεως συγγενείς διαπλασίες, όπως κυρί-  
είναι το λυκόστομα, η λαγοχειλία και οι ανωμαλίες του κεντρικού νευρι-  
συστήματος. Επίσης, αντιμετωπίζουν σε περίπου διπλάσιο ποσοστό τον κίν-  
ο αυτόματης έκτρωσης (αποβολή και θνησιγένεια).

Διαπιστώθηκε, ακόμα πως μετά την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης η κατά-  
ση καπνού είναι δυνατόν να προκαλέσει και πνευματική καθυστέρηση, που ε-  
λώνεται στο τέλος της παιδικής ηλικίας. Αυτό οφείλεται, στην κακή οξυγό-  
ση του πλακούντα. Το κάπνισμα, πρέπει να αποκλείεται κατά την περίοδο της  
κυμοσύνης και ν' αποκλείεται σε υπερτασικές και νεφροπαθείς εγκύους. Αν  
έρχουν επίσης μαιευτικά προβλήματα στην έγκυος όπως στενώση, αποβολές,  
ώροι τοκετοί, αιμορραγίες, λοιμώξεις, κυκλοφοριακές παθήσεις ή αναπνευ-  
ικές παθήσεις, ακόμη και όταν πρόκειται για κρυολόγημα, λαρυγγίτιδα ή φα-  
γγίτιδα, θα πρέπει να διακόπτεται το κάπνισμα.

Αναφέρεται ακόμη ότι: Και πριν οι, καπνίστριες μένουν έγκυες, έχουν τις  
υποθέσεις μιας εγκυμοσύνης με προβλήματα. Είναι επίσης γνωστό, ότι μπορεί

δη και η σύλληψη να δυσκολευτεί ή και να εμποδιστεί.

Η νικοτίνη προκαλεί ανορεξία με συνέπεια την όχι σωστή διατροφή της έμβρυου. Τελευταίες μελέτες αναφέρουν ότι η νικοτίνη μπορεί να ευθύνεται για άλλοντικά-προβλήματα που θα εμφανισθούν στο παιδί.

Όπως προβλήματα στο νευρικό σύστημα, στα νεφρά, στην καρδιά εαισθησίες σε ανοιολογήματα, δερματίτιδες, καθυστέρηση στο ύψος και στο βάρος, αλλεργίες, υποκινητικότητα και νευρικότητα και άλλες διαταραχές.

Οι θάνατοι νεογνών απαντώνται συχνά, σε μωρά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν. Οι μητέρες που εξακολουθούν να καπνίζουν και μετά τον τέταρτο μήνα εγκυμοσύνης ξάνουν περίπου κατά ένα τρίτο τον κίνδυνο να πεθάνει το παιδί τους μέσα στην πρώτη εβδομάδα της ζωής του.

Η καπνίστρια έγκυος υποχρεώνει το έμβρυο σε παθητικό κάπνισμα που συνεχίζεται και αργότερα με την γέννηση του μωρού, μια και οι περισσότερες καπνίστριες εξακολουθούν να καπνίζουν ρυπαίνοντας το περιβάλλον του μωρού.

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης, όλα τα οργανικά συστήματα, επηρεάζονται λειτουργικά από την εγκυμοσύνη. Αν προστεθεί το κάπνισμα, η έγκυος έχει συχνή εκνευρισμό και νευρικότητα που την κουράζουν πολύ.

Πρόσφατη έρευνα στην Γαλλία έδειξε, ότι τα παιδιά των καπνιστών υποφέρουν συχνότερα από κωλυμούς, αναπνευστικές παθήσεις και βρογχίτιδα.

Έρευνα απέδειξε επίσης, ότι μια έγκυος γυναίκα μπορεί να θεωρηθεί ότι "καπνίζει" όταν βρίσκεται σε δωμάτιο που υπάρχουν καπνιστές.

Θα πρέπει οι γονείς να μην καπνίζουν όταν βρίσκονται στο ίδιο δωμάτιο με το παιδί τους. Ακόμη και το παθητικό κάπνισμα, μπορεί να βλάψει την έγκυο και το έμβρυο.

Επίσης πολύ προσεχτική πρέπει να είναι η καπνίστρια, λεχώνα στην περίοδο του θηλασμού. Περιβάει περίπου μισή ώρα μετά το κάπνισμα τσιγάρου για να μην βρεθούν ίχνη νικοτίνης στο γάλα, της λεχώνας. Το κάπνισμα έχει σαν απο-

λεσμα την ανάπτυξη ανθρακυλαιμοσφαιριναίμιας, η οποία προκαλείται από  
ν φαρμακολογική δράση της νικοτίνης. Η φαρυγγίτιδες, βρογχίτιδες τα κα-  
ιοαγγειακά προβλήματα περιορίζονται όταν διακόπτεται το κάπνισμα. Η α-  
πνοή γίνεται ελεύθερη και καθαρή, το δέρμα φωτεινό και τα μοφάρα αγγεία  
ν μεταφέρουν ποσότητα νικοτίνης και ανθρακικό οξύ.

### "Η ποσότητα του καπνίσματος"

Ενώ το κάπνισμα θεωρείται οπωσδήποτε επιβλαβές, το αποφασιστικό και κρι-  
μο επίπεδο είναι τα δέκα τσιγάρα την ημέρα. Το ποσοστό θανάτων νεογέννη-  
ν από μητέρες καπνίστριες μειώνεται θεαματικά, όταν η "δραστηριότητα" της  
τέρας δεν ξεπερνάει αυτό το επίπεδο. Οι γυναίκες που περιορίζουν το κά-  
ισμα ή το κόβουν πριν από την 20η εβδομάδα, συνήθως γεννάναι μωρά που το  
ρος τους είναι ανάλογο μ' εκείνο των παιδιών που γεννιούνται από μητέρες  
υ δεν καπνίζουν ωστόσο το μέτρο αυτό δεν απομακρύνει εντελώς τον κίνδυ-  
συγγενούς ανωμαλίας, εξαιτίας του καπνίσματος στα πρώτα στάδια της εγκυ-  
σύνης ή ακόμη και πριν από την σύλληψη. Οι γυναίκες που ζούν κοντά σε κα-  
ιστές ή βρίσκονται συχνά σε ανάλογο περιβάλλον κινδυνεύουν έστω κι αν οι  
ες δεν καπνίζουν ποτέ. Τα παιδιά από πατέρες που καπνίζουν πολύ έχουν  
πλάσιες πιθανότητες να γεννηθούν με κάποιας μορφής δυπλασία.

Σε ειδικά κέντρα εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές μέθοδοι που έγιναν απο-  
κτές από το κοινό. Οι μέθοδοι είναι: ο βελονισμός, η ωτοθεραπεία, η μεσοθε-  
ραπεία, οι ομαδικές θεραπείες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Πέμπτο βον

" Παθήσεις που η συνήπαρξή του με την εγκυμοσύνη δημιουργεί πρόβλημα".

### "Σακχαρώδης Διαβήτης"

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι πάθηση, που χαρακτηρίζεται από χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Η διαταραχή αυτή οφείλεται στην αττωματική παραγωγή της ινσουλίνης. Στο διαβήτη συνηπάρχει και διαταραχή του μεταβολισμού των λιπών και των πρωτεϊνών.

Επειδή η θεραπεία του διαβήτη στις ημέρες μας είναι εύκολη η γονιμότητα της γυναίκας δεν επηρεάζεται από αυτόν. Η συνήπαρξή του όμως με την εγκυμοσύνη δημιουργεί προβλήματα που αφορούν τόσο στην έγκυο, όσο και στο βρυο και στο νεογνό.

"Συχνότητα". Στις 100 εγκύους οι 4 πάσχουν από διαβήτη. Οι μισές από αυτές γνωρίζουν την πάθησή τους και άλλες μισές την ανακάλυψαν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

"Αιτιολογία". Η αιτιολογία του διαβήτη δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί. Τα από τις απόψεις είναι πως γι' αυτόν θεωρείται υπεύθυνο γονίδιο, που κληρονομείται κατά τους νόμους των υπολειπομένων χαρακτήρων.

Οι παράγοντες, που επεμβαίνουν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και που ανταγωνίζονται τη δράση της ινσουλίνης είναι:

Η πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη, όπου εμφανίζονται οι εξάρσεις του διαβήτη.

Οι οιστογόνες ορμόνες και η προγεστερόνη, που ευθύνονται λιγότερο στην εκδήλωση του διαβήτη.

"Μορφές". Υπάρχουν πολλές μορφές διαβήτη, όπως ο ασυμπτωματικός, ο νεαρός, ο διαβήτης από STRESS κ.λ.π. Οι μορφές οι κυριότερες για την εγκυμοσύνη, είναι ο προκλινικός, ο λανθάνων και ο κλινικός διαβήτης.

I) Προκλινικός διαβήτης. Είναι η μορφή εκείνη του διαβήτη στην οποία η έγκυος είναι κληρονομικά επιβαρημένη και δεν εμφανίζει έκδηλο διαβήτη γιατί βρίσκεται σε περίοδο "δυναμικής αντίστασης".

Υποψίες για την εκδήλωση προκλινικού διαβήτη έχουμε:

Όταν η έγκυος είναι κληρονομικά επιβαρημένη με διαβήτη.

Όταν αναφέρονται ανεξήγητοι ενδομήτριοι θάνατοι.

Όταν αναφέρονται πρώιμοι ή πρόωροι τοκετοί, χωρίς άλλη φανερή αιτία.

Όταν γεννήθηκαν παιδιά παραπάνω από 4.000-4.500 γραμ.

Όταν το βάρος σε κάθε νέα εγκυμοσύνη όλο και αυξανόταν.

Όταν υπάρχει πολύ άμενω ή γεννήθηκαν παιδιά με διαπλαστικές ανωμαλίες.

Όταν η έγκυος πάρει πολύ βάρος στην εγκυμοσύνη, χωρίς να κάνει διαιτητικές παρεκτροπές.

Όταν εμφανίζονται συμπτώματα προεκλαμψίας.

Όταν εμφανίστηκε σε προηγούμενη εγκυμοσύνη υπερέκκριση γάλακτος.

2) Διαιτητική διαβήτης. Σ' αυτή την περίπτωση η έγκυος βρίσκεται, λίγο πριν δηλώσει κλινικά συμπτώματα του διαβήτη. Η διάγνωσή του είναι δύσκολη.

3) Κλινικός διαβήτης. Αυτός είναι η μορφή του διαβήτη, που γίνεται έκδηλο από την αρχή της εγκυμοσύνης και που επηρεάζεται σημαντικά μετά τον 6<sup>ο</sup> μήνα της.

Στις τρεις αυτές βασικές μορφές του διαβήτη μπορούμε να περιλάβουμε και το διαβήτη της εγκυμοσύνης, που είναι παροδικός, γιατί περνάει μετά τον τοκετό, αλλά απαιτεί παρακολούθηση.

Άλλη κλασική ταξινόμηση του διαβήτη της εγκυμοσύνης είναι η παρακάτω:

Κατηγορία Α. η καμπύλη σακχάρου είναι φυσιολογική. Αντιμετωπίζεται διαιτητικά.

Κατηγορία Β. Έναρξη μετά την ηλικία των 20 ετών. Διάρκει 9 χρόνια.

Κατηγορία Γ. Έναρξη του διαβήτη σε ηλικία των 10 ετών. Διάρκει 10-19 χρόνια και συνοδεύεται από λίγες αγγειακές αλλοιώσεις.

Κατηγορία Δ. Έναρξη σε ηλικία κάτω των 10 ετών. Διάρκει 20 χρόνια και συνοδεύεται από αγγειακές αλλοιώσεις.

Κατηγορία Ε. Συνοδεύεται από λευκωματουρία, χωρίς πυελίτιδα ή οξεία νεφρίτιδα. Η παραπάνω ταξινόμηση έχει προγνωστική σημασία.

Στις κατηγορίες Β, Γ, Δ και Ε απαιτείται ινσουλινοθεραπεία.

### " Διάγνωση "

Η διάγνωση του διαβήτη της εγκυμοσύνης πρέπει να γίνεται έγκαιρα, γιατί τότε μόνο μπορούμε να προλάβουμε επιπλοκές του. Αυτή είναι κλινική και εργαστηριακή.

"Κλινική Διάγνωση". Στηρίζεται στο κληρονομικό αναμνηστικό της εγκύου, στην ύπαρξη σακχαρουρίας. Επίσης στηρίζεται στα συμπτώματα της άρρωστας που είναι η πολουρία, η πολυδιψία, οι συχνές λοιμώξεις, το αίσθημα κόπωσης, η απώλεια βάρους, τα άλγη στα κάτω άκρα, ο κνησμός στο αιδοίο κ.λ.π. Τέλος πληροφορούμαστε στην κλινική εξέταση αν υπάρχουν παθήσεις που ετίθενται με το διαβήτη. Τέτοιες είναι η χολολιθίαση, η χρόνια παγκρεατίτιδα, η ουρική αρθρίτιδα, η ιδιοπαθής υπέρταση, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η γενικευμένη αρτηριοσκλήρυνση.

"Εργαστηριακή διάγνωση". Στηρίζεται στην ύπαρξη σακχαρουρίας ή υπεργλυκαιμίας. Έτσι επιβάλλεται ο έλεγχος:

Εξέταση ούρων. Η αυξημένη γλυκόζη των ούρων της εγκύου δεν αποτελεί πάντοτε αξιόπιστο διαγνωστικό κριτήριο για τον έλεγχο του διαβήτη, γιατί η συχνουρία π.χ. που συνοδεύει κάποτε την εγκυμοσύνη, επηρεάζει το αποτέλεσμα της εξέτασης.

Εξέταση αίματος. Και όταν ακόμα δεν αποδειχτεί η ύπαρξη σακχαρουρίας σε υποψία διαβήτη, συνιστάται εξέταση αίματος για τη διαπίστωση υπεργλυκαιμίας.

Η εξέταση του αίματος μπορεί να γίνει τυχαία δηλ. σε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας χωρίς να λάβουμε υπόψη μας πότε γευμάτισε η έγκυος. Στην περίπτωση αυτή είναι περισσότερο ευαίσθητη σε σύγκριση με τον προσδιορισμό του σακχάρου ύστερα από νηστεία. Γενικά διαβητική θα χαρακτηρίσουμε την έγκυο αν το σάκχαρο του αίματός της σε νηστεία είναι παραπάνω από 5 % και σε τυχαίο δείγμα παραπάνω από 160 %.

### "Επίδραση του διαβήτη στην εγκυμοσύνη"

Οι σοβαρές επιπλοκές είναι: Οξέωση. Επειδή το πάγκρεας της εγκύου υπολειτουργεί, δυνατό μέσα στα δύο πρώτα τρίμηνα της εγκυμοσύνης να συμβεί υπεργλυκαιμία από έλλειψη ινσουλίνης ή από αδρανοποίησή της. Διαβητογόνο είναι η δράση της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης. Έτσι είναι δυνατό να συμβεί οξέωση της εγκύου με αποτέλεσμα την αυτόματη έκτρωση.

"Υπογλυκαιμία". Εμφανίζεται στο πρώτο μισό της εγκυμοσύνης και προέρχεται από τη ναυτία ή τους εμετούς, που της συνοδεύουν και από την ελα-

ωμένη πρόσληψη θερμίδων, όταν δεν συνοδεύεται από ανάλογη ελάττωση της ποσότητας της ινσουλίνης. Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται με την ελάττωση της δόσης της ινσουλίνης με μικρά και συχνά γεύματα και με τη χορήγηση ορισμένων φαρμάκων.

"Υπεργλυχαιμία". Αν και η ανάπτυξη του εμβρύου εξαρτάται από τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος της εγκύου, αυτή επηρεάζεται από την εμφάνιση υπεργλυχαιμίας, στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης.

"Υπέρταση". Η ανάπτυξη υπέρτασης της διαβητικής εγκύου επιδεινώνει την κατάσταση της σε τέτοιο βαθμό που αναγκάζομαστε να διακόψουμε την εγκυμοσύνη. Αλλά και αν καταφέρουμε να διατηρήσουμε την εγκυμοσύνη, η πρόγνωση για το νεογνό είναι βαριά.

"Πολυάμνιο". Η πρόγνωση για το έμβρυο δεν είναι καλή γιατί τις περισσότερες φορές γεννιέται πρόωρα, εμφανίζει ανωμαλίες, προβολές που προκαλούν δυστοκία και κάποτε παρουσιάζει διαπλαστικές ανωμαλίες, όπως είναι η ανεγκεφαλία.

Η ανάπτυξη πολυαμνίου, ίσως σχετίζεται με τα αυξημένα ποσά ούρων που εκκρίνει το έμβρυο, με ερεθισμό του αμνιακού σάκκου από αυξημένο σάκχαρο.

"Ατονία μήτρας". Προκαλούν το μεγάλο έμβρυο, η ανάπτυξη πολυαμνίου και δυστοκίες.

"Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος". Προκαλούν η διάταση των ουροφόρων οδών, η στάση ούρων και η χρόνια γλυκοζουρία, έχουν σαν αποτέλεσμα λοιμώξεις που επιβαρύνουν την νεφρική λειτουργία.

"Κολπίτιδα". Σε συχνότητα που περνάει τα 30<sup>ο</sup>/ο, εμφανίζει κολπίτιδα η διαβητική εγκύος, συνήθως από μύκητες.

"Αμφιβληστροειδοπάθεια". Η επιβάρυνση αυτή απαιτεί κάποτε τη διακοπή της εγκυμοσύνης.

### " Επίδραση του διαβήτη στο έμβρυο "

Είναι δυνατό να προκαλέσει στο έμβρυο τις εξής επιπλοκές:

αυτόματη έκτρωση

αύξηση βάρους

διαπλαστικές ανωμαλίες



Περιγεννητική θνησιμότητα. Αυτή στην εποχή μας φθάνει το 5<sup>ο</sup>/ο.

### " Επίδραση του διαβήτη στο νεογνό "

Ένα νεογνό στα τέσσερα που γεννιούνται από διαβητική μητέρα θα είναι αυτό διαβητικό. Οι περισσότερες συχνές επιπλοκές που εμφανίζονται στα νεογνά των διαβητικών είναι:

Υπογλυκαιμία

Αναπνευστική δυσχαίρεια

Άλλες επιπλοκές. Σ' αυτές ανήκουν: Η υπερχολερυθριναιμία, που αντιμετωπίζεται με φωτοθεραπεία. Η υπερασβεσταιμία, που αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου. - Η θρόμβωση της νεφρικής φλέβας. - Η καθυστέρηση της ματιικής ανάπτυξης και η παχυσαρκία. - Η προδιάθεση στο διαβήτη. - Οι νευρολογικές και διανοητικές βλάβες όταν ο διαβήτης συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα οιστριόλης.

### " Θεραπεία "

Η αντιμετώπιση της διαβητικής εγκύου απαιτεί τη συνεργασία μαιευτήρα-δροκρινολόγου-παθολόγου-βιοχημικού και νεογνολόγου. Για τη θεραπεία του διαβήτη, εκτός από τη συστηματική παρακολούθηση, απαιτείται και η εκλογή του κατάλληλου χρόνου διακοπής της εγκυμοσύνης, ώστε να αποφύγουμε επιδείνωση της κατάστασης και αιφνίδιο θάνατο του εμβρύου.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τα παρακάτω:

Δίαιτα". Η δίαιτα της πρέπει να είναι τέτοια ώστε να παίρνει 30 θερμίδες ανά ημέρα κατά χιλιόγραμμο βάρους. Αυτές πρέπει να αποδίδονται από 250 γρ. υδατανθράκων, 1,5 γρ. λευκωμάτων κατά χιλιόγραμμο βάρους σώματος και οι υπόλοιπες από λίπη. Γενικά η δίαιτά της πρέπει να ρυθμίζεται ανάλογα με την ηλικία της, το βάρος της, το επάγγελμά της, της συνήθειές της, και το βαθμό της δραστηριότητάς.

Χορήγηση ινσουλίνης". Η ινσουλίνη είναι φάρμακο εκλογής στην αντιμετώπιση του διαβήτη της εγκύου. Η χορήγησή της προλαβαίνει την οξέωση.

Χειρουργική έκτρωση". Θα εκτελέσουμε: - όταν η έγκυος πάσχει από σοβαρή νεφροπάθεια, που συνοδεύεται με ουρία αίματος παραπάνω από 50-100 <sup>ο</sup>/ο. - όταν η εγκυμοσύνη επείνωσε χοριοαμφιβληστροειδίτιδα. - όταν η ρύθμιση του

η διαβήτη είναι δύσκολη και υπάρχει έστω και ένα παιδί.-όταν αναφέρο-  
ται κατά συνήθεια εκτρώσεις παρά τη ρύθμιση του διαβήτη.-όταν η έγκυος  
είναι ακατάλληλη για συνεργασία, είτε από αδυναμίες τακτικών επισκέψεων  
και ελέγχων, είτε από πνευματική καθυστέρηση.

"Πρόκληση τοκετού". Με εισαγωγή της εγκύου από την 30η εβδομάδα για τις  
απαραίτητες εξετάσεις ώστε να προσδιοριστεί η ημέρα της πρόκλησης τοκε-  
τού και έτσι δεν κινδυνεύει η ζωή του εμβρύου.

"Καίσαρική τομή". Στη διαβητική έγκυο επιβάλλεται, σε όλες τις περιπτώσεις,  
να επιβάλλεται, όταν αυτή δεν πάσχει από διαβήτη.

### " Υπερθυρεοειδισμός "

Στην εγκυμοσύνη ο θυροειδής αδένας υπερλειτουργεί. Μερικές φορές εμφα-  
νίζεται διογκωμένος, για να υποχωρήσει μετά τον τοκετό.

Η αυξημένη δραστηριότητα του θυροειδούς αδένος στην εγκυμοσύνη οφείλε-  
ται σε ενδοκρινικούς παράγοντες του πλακούντα και στη σημαντική, αύξηση  
της θυροειδούς ορμόνης, που μεταφέρει θυροειδικές ορμόνες.

"Επίδραση του υπερθυρεοειδισμού στην εγκυμοσύνη". Η πάθηση ελαττώνει τη  
επιβιωσιμότητα της γυναίκας. Στις ελαφριές μορφές της, και όταν αυτή αντιμετω-  
πιστεί κατάλληλα, η επιτυχία εγκυμοσύνης είναι εύκολη.

Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμβεί θυροειδοτοξική κρίση, τότε  
είναι δυνατό αυτή να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση, πρόωρο τοκετό, ενδομήτριο  
έμβρυο. Επίσης το νεογνό δυνατό να εμφανίσει τετανία, συγγενή βρογχοκήλη, ο-  
πτικές διαπλαστικές ανωμαλίες και πνευματική καθυστέρηση. Αυτές οι επιπλο-  
κές θα συμβούν, είτε από βλαπτική επίδραση της πάθησης μέσω του πλακούντα  
είτε από κακή θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Ο υπερθυρεοειδισμός συνοδεύεται από συχνότερη εμφάνιση εμετών της κύη-  
σης, υπερτασικής νόσου, μύλης κύησης και ελαττωμένης έκκρισης γάλακτος.

"Επίδραση της εγκυμοσύνης στο υπερθυρεοειδισμό". Η εγκυμοσύνη επιδεινώ-  
νει την πάθηση με επιπλοκές από την καρδιά. Όταν όμως, αντιμετωπιστεί θερα-  
πειτικά με επιτυχία, όχι μόνο δεν επιδεινώνει, αλλά δυνατό να προκαλέσει  
μια παροδική βελτίωση της μέχρι τον τοκετό, γιατί μετά από αυτόν εμφανίζε-  
ται νέα επιδείνωση.

" ΘΕΡΑΠΕΙΑ "

Συμβουλευεται σε γυναίκα που πάσχει από υπερθυρεοειδισμό, αν δεν βελωθεί μιανοποιεϊτικα η κατάσταση για δύο χρόνια να μην καταστει έγκυος. Ιδια συμβουλή δίνεται και σε θυρεοειδεκτομία. Συστήνεται ανάπαυση και χορηγούνται ηρεμιστικά και αντιθυρεοειδικά φάρμακα με προσοχή, γιατί περνε τον πλακούντα και βλάπτουν το έμβρυο.

Στη θυρεοειδοτοξική κρίση χορηγείται καρβιμαζόγη. Ραδιενεργό ιώδιο δεν χορηγείται, γιατί περνάει τον πλακούντα και προκαλεί βρογχοκήλη και κρετισμός στο έμβρυο. Χειρουργική επέμβαση γίνεται όταν η πάθηση διαγνωστεί στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, τότε που η χορήγηση μεγάλων δόσεων καρβιμαζόγης έχει κίνδυνο να περάσει στο έμβρυο και να προκαλέσει υπολειμργία του θυροειδούς αδένα του εμβρύου.

Ένδειξη διακοπής εγκυμοσύνης στον υπερθυρεοειδισμό δεν υπάρχει. Το θησμός δεν το συνιστάται, γιατί τα φάρμακα, που χορηγούνται απεκκρίνονται από γάλα.

" Υποθυρεοειδισμός "

Όπως ο υπερθυρεοειδισμός, έτσι και ο υποθυρεοειδισμός προκαλεί ελάττωτης γονιμότητας της γυναίκας, αλλά με κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιείναι δυνατό να πετύχει σύλληψη. Τότε, απαιτείται θεραπεία υποκατάστασης όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

К Б Ф А Л А И О

Ехто 60

" Παθήσεις και προβλήματα της εγκύου κατά την εγκυμοσύνη "

" Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα "

"Ορισμός". Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι παθολογική κατάσταση εγκυμοσύνης, στην οποία συμβαίνει μερική ή τέλει αποκόλλησή του μετά 28η εβδομάδα ή και νωρίτερα ή κατά τη διάρκεια του τοκετού όταν αυτός είναι φυσιολογική πρόσφυση.

" Συχνότητα ". Η συχνότητα της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα είναι 0,25% - 0,50% όλων των κινήσεων.

Στις 100 περιπτώσεις αιμορραγίας στην προχωρημένη εγκυμοσύνη οι 33-40 περιπτώσεις τελούν σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.

"Αιτιολογία". Τα αίτια της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα δεν είναι όλα γνωστά. Υπεύθυνα για αυτή παράγοντες πιστεύεται, πως είναι:

- α) Η υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης, που εκδηλώνεται με τη μορφή της εκλαμψίας.
- β) Ο εξωτερικός μετασχηματισμός του εμβρύου, όταν γίνεται κάτω από αναισθησία, επειδή ο γιατρός ενεργεί χωρίς την αντίδραση της εγκύου.
- γ) Η απότομη κένωση της μήτρας, όταν αυτή είναι πολύ διαταμένη συμβεί αυθόρμητη ή αυτόματη ρήξη του εμβρυϊκού σάκκου και χυθεί απότομα μεγάλη ποσότητα αμνιακού υγρού.
- δ) Οι διατροφικοί παράγοντες, ίσως ευθύνονται, όταν οδηγούν στην έλλειψη βιταμίνης C και ασκορβικού οξέος.
- ε) Η πλήξη των κοιλιακών τοιχωμάτων, από μηχανική ενέργεια, που συμβαίνει σε αυτοκινητικά και άλλα ατυχήματα.
- στ) Η κοντή ομφαλίδα, ύστερα από υπερβολική έλξη της σε μετακίνηση του εμβρύου ή σε ωδίνα.
- ζ) Η ρήξη αγγείων της μήτρας, από αγγειακές παθήσεις και η διάχυση του αίματος ανάμεσα στις λάχνες.
- θ) Η πολυτοκία δηλ. οι περισσότερες από 5 κνήσεις, γιατί προκαλεί ελαστική υπερφόρτωση τροφική δραστηριότητα.
- ι) Οι διαπλαστικές ανωμαλίες και όγκοι της μήτρας, από κακή εμφύτευση.
- κ) Οι διάφορες παθήσεις, όπως του ενδομητρίου, (οι νεφροπάθειες ή σύφι-

λ) Άλλες παθήσεις, όπως η συμπίεση ή η απόφραξη της κάτω κοίλης φλέβας  
..π.

"Συμπτώματα". Τα συμπτώματα της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα εξα-  
ντώνται από τη μορφή της αποκόλλησης του. Έτσι:

Στην κεντρική αποκόλληση, που η αιμορραγία είναι εσωτερική και συγκαλυ-  
μένη, η έγκυος αισθάνεται συνεχόμενο πόνο, που προέρχεται από το οπισθο-  
κουντικό αιμάτωμα. Αυτό ερεθίζει τη μήτρα και προκαλεί τετανική σύσ-  
αιμορραγία από τον κόλπο δεν έχει ή αν έχει είναι μικρή. Αν είναι μεγά-  
α αισθάνεται, απώλεια αίματος, εξάντληση, λιποθυμία, δύσπνοια κ.τ.λ.

Στην περιφερική αποκόλληση η αιμορραγία είναι εσωτερική, η έγκυος δεν  
αισθάνεται πόνο, αλλά έχει αιμορραγία από τον κόλπο.

Στην ολική αποκόλληση η έγκυος αναφέρει στην αρχή μικρή αιμορραγία και  
τεταμένο πόνο.

"Διάγνωση". Η διάγνωση είναι περισσότερο κλινική και λιγότερο εργαστη-  
ριακή.

"Κλινική διάγνωση". Αυτή θα στηριχτεί στα συμπτώματα, που αναφέρει η α-  
σθενής, και στα ευρήματα από την επισκόπηση, την ακρόαση και την ψηλάφηση.

"Εργαστηριακή Διάγνωση". Ο μόνος εργαστηριακός έλεγχος για τη διάγνωση  
του προδρομικού πλακούντα είναι η υπερηχογραφία, οι άλλες εργαστηριακές  
ετάσεις δεν προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια, τόσο στη διάγνωση όσο και στην  
τιμωπηση επιπλοκών της πάθησης.

Έτσι εκτός από την εξέταση ούρων για την εκτίμηση του ποσού τους και  
την ανεύρεση λευκωματουρίας, γίνεται και η καταμέτρηση των ερυθρών και ο  
προσδιορισμός της αιμοσφαιρίνης, όπου θα προσδιορίσουμε τα επίπεδα ινωδο-  
γίνου και των άλλων παραγόντων πήξης του αίματος και αριθμό των αιμοπετα-  
λίων, για να αντιμετωπίσουμε ενδεχόμενη διαταραχή της πήκτικότητας του αί-  
ματος.

"Πρόγνωση". Η επανάληψη αποκόλλησης του πλακούντα είναι συχνή σε νέα  
κνήση γιατί η νέα κνήση περιλαμβάνεται στην κατηγορία των "υψηλού κιν-  
δύνου" κνήσεων. Η θνησιμότητα για την έγκυο και την επίτοκο ανέρχεται σε  
10% και προέρχεται από αιμορραγία, που δεν μπορεί να ελεχθεί ή από νεφρι-

ή από υποφυσιακή ανεπάρκεια. Η εμβρυϊκή θνησιμότητα ανέρχεται σε 70<sup>ο</sup>/ο-  
/ο.

### " Προεκλαμψία και Εκλαμψία "

Ορισμός. "Προεκλαμψία", είναι η ανάπτυξη υπέρτασης με λευκωματουρία, οί-  
μα, ή και τα δύο, μετά την 20η εβδομάδα της εγκυμοσύνης ή και νωρίτερα, ό-  
που υπάρχει μύλη κύηση.

Ορισμός. "Εκλαμψία", είναι η εμφάνιση σπασμών, που δεν οφείλονται σε ά-  
τη πάθηση, που συνοδεύει την εγκυμοσύνη και εκδηλώνεται όταν υπάρχει προ-  
εκλαμψία πριν κατά ή μετά τον τοκετό.

"Συμπτώματα". Η προ-εκλαμπτική έγκυος δυνατό να εμφανίζει τα παρακάτω  
συμπτώματα:

"Αύξηση βάρους". Αυτή εμφανίζεται στο τρίτο τρίμηνο. Ο μαιευτήρας προ-  
σπαθεί να διακρίνει, αν η αύξηση οφείλεται σε οίδημα ή σε φυσιολογική πά-  
νση. Αυστηρός περιορισμός στην αύξηση του βάρους της μπορεί να βλάψει  
τη μητέρα και το έμβρυο. Σημασία έχει η απότομη και αιφνίδια αύξηση του βάρους.

"Κεφαλαλγίες". Αυτές σπάνια εμφανίζονται σε ήπιες μορφές της νόσου και  
συνήθως συχνά σε βαριές. Συχνά είναι μετωπικές, αλλά και ινιακές, που δεν υπο-  
στούν με τα αναλγητικά. Οι κεφαλαλγίες πολλές φορές αποτελούν σημείο εκ-  
δηλώσεως αρτηριακού παροξυσμού και προέρχονται από εγκεφαλικό οίδημα.

"Επιγαστρικό άλγος". Αυτό προέρχεται από δυσλειτουργία του συκωτιού  
ή από διάταση της κάψας του ή από κεντρικά αίτια του Ν.Σ.

"Οπτικές διαταραχές". Αυτές αρχίζουν από απλές εκδηλώσεις του οπτικού  
πεδίου και φθάνουν ως την τύφλωση.

"Άλλα συμπτώματα". Σ' αυτά ανήκουν η ναυτία, ο εμετός η δύσπνοια, η ολι-  
γουρία και η υπερευαισθησία σε όλα τα ερεθίσματα.

"Διάγνωση". Τη διακρίνουμε σε κλινική και εργαστηριακή.

Κλινική Διάγνωση, ανήκουν: -οπροσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης του αίμα-  
τος. -Η εκτίμηση των οιδημάτων. Τα οιδήματα εμφανίζονται στο 40<sup>ο</sup>/ο όλων των  
εγκύων. Μόνο, όμως το 80<sup>ο</sup>/ο από αυτές θ' αναπτύξουν προεκλαμψία. Μπορεί να  
επιβεβαιωθεί γενικευμένο και να διαγνωστούν από την απότομη αύξηση του βάρους,  
εάν αυτή δεν οφείλεται στη διατροφή της εγκύου.

αφορική Διάγνωση. Οι παρακάτω παθήσεις απαιτούν, τις περισσότερες φορές αφορική διάγνωση, από την προεκλαμψία και εκλαμψία:

-Από την προεκλαμψία: α) χρόνια νεφρίτιδα, β) χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, γ) χρόνια πυελονεφρίτιδα, δ) ιδιοπαθής υπέρταση, ε) στένωση της αορτής, στ) τοκοχρωματοκύττωμα.

-Από την εκλαμψία: α) Η επιληψία, β) η υστερία, γ) η εγκεφαλική αιμορραγία, δ) η ουραιμία, ε) το διαβητικό κώμα και το υπογλυκαιμικό κώμα, στ) η δηλητηρίαση με στρυχνίνη.

"Θεραπεία". Η θεραπευτική αντιμετώπιση των μορφών της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης συνιστάται στην πρόληψη της πάθησης, στην ανάπαυση, στη διαίτα, στη χορήγηση φαρμάκων και στην πρόκληση τοκετού ή εκτέλεσης καισαρικής τομής.

### "ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ SHOCK"

ΟΡΙΣΜΟΣ. Το SHOCK αποτελεί σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από την διαφορά πίεσης μέσα στον όγκο του αίματος που κυκλοφορεί, και στην χωριτικότητα του κυκλοφορικού συστήματος. Η διαφορά αυτή οδηγεί σε υπόταση και σε ελάττωση της αιμάτωσης των ιστών, δηλαδή σε κυτταρική υποξυγοναιμία.

Εξαιτίας του είδους του SHOCK ονομάστηκε Μαιευτικό SHOCK.

ΑΙΤΙΑ. Το SHOCK αποτελεί αντίδραση του οργανισμού της εγκύου στην επιπλοκή που θα της συμβεί. Η αντίδραση αυτή μπορεί να οφείλεται σε αυξημένο ψυχολογικό νευρικό τόνο (φόβος-αγωνία), σε αστάθεια της ορμονικής ισορροπίας, σε διαταραχές του μεταβολισμού όπως του ζακχάρου και των πρωτεϊνών και σε ανεπαρκή διατροφή της εγκύου.

Επίσης μπορεί να οφείλεται σε αιμορραγίες ή σε εμβολή από αμνιακό υγρό και σε συπτικές καταστάσεις.

Επίσης οφείλεται σε ζακχαρώδη διαβήτη και υπερθυρεοειδισμό.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ. Τα συμπτώματα της άρρωστης εγκύου είναι αποτέλεσμα λειτουργικών διαταραχών και διακρίνονται στα εξής:

α) Ελάττωση της ποσότητας του αίματος, που οφείλεται σε μεγάλη αιμορραγία  
β) Έντονη αγγειοσύσπασση και καρδιακές διαταραχές που οφείλονται σε ελάττωση της κυκλοφορίας και σε ολιγαίμία.



Αν η κατάσταση της εγκύου που βρίσκεται σε SHOCK δεν αντιμετωπισθεί ει-  
αιρα τότε αυτή αισθάνεται αδυναμία, δυσφορία και εμφανίζεται κυματοειδής  
υγμός και μεγαλύτερη πτώση της αρτηριακής πίεσης. Τα άκρα είναι κυανωτι-  
και ψυχρά.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ.** Αυτή διακρίνεται σε κλινική και εργαστηριακή.

Κλινική διάγνωση είναι εύκολη από τα συμπτώματα.

Εργαστηριακή διάγνωση στηρίζεται:

Στην γενική εξέταση αίματος, όπου οι τιμές της αιμοσφαιρίνης και του αι-  
ματοκρίτη είναι χαμηλές. Τα λευκά είναι αυξημένα.

Γενική εξέταση ούρων.

Λήψη εκκρίματος τραχήλου για επίχρισμα.

Προσδιορισμός ασβεστίου, καλίου και νατρίου του αίματος.

Το ασβέστιο σε περίπτωση SHOCK είναι αυξημένο, το νάτριο όμως είναι ε-  
λαττωμένο. Σε προχωρημένες καταστάσεις ολιγουρίας ή ανουρίας υπάρχει υ-  
καλιαιμία.

Προσδιορισμός των παραγόντων πήξης αίματος (ινωδογοπενία)

Βιοχημικές εξετάσεις αίματος, όπως των ηλεκτρολυτών, της ουρίας και κρεα-  
τινίνης. Οι λευκωματίνες του ορού είναι χαμηλές.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ.** Για την πρόληψη του SHOCK στην έγκυο, κρίνεται απαραίτητη η  
λήψη ψυχολογική κατάσταση, της επιτόκου και της λεχωίδας, γιατί ο φόβος, το  
χος και η έλλειψη εμπιστοσύνης στον άνθρωπο που είναι υπεύθυνος για τη  
ραρεία της οδηγούν σε SHOCK.

Οι αναιμίες της εγκυμοσύνης πρέπει να διορθώνονται και κατά την διά-  
εια του τοκετού, να χορηγούνται τα απαραίτητα φάρμακα ώστε να μην υπά-  
ουν ισχυρές ωδίνες, να παρακολουθείτε η διατροφή της, να χορηγούνται υ-  
ά και να αποφεύγεται η κόπωση της εγκυμοσύνης.

" Παθήσεις του αιμοποιητικού συστήματος "

" Αναιμίες "

Οι αναιμίες χαρακτηρίζονται από ελάττωση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων και της τιμής της αιμοσφαιρίνης. Είναι όμως δυνατό ο εργαστηριακός έλεγχος να αποδείξει λανθασμένες τιμές τους. Αυτό μπορεί να συμβεί:

α) Από ελάττωση του όγκου του αίματος και κατά συνέπεια και της μάζας των ερυθρών αιμοσφαιρίων και του ολικού ποσού της αιμοσφαιρίνης, όπως ύστερα από ξαφνική μεγάλη απώλεια αίματος.

β) Από κατακράτηση υγρών, που προκαλεί αραιώση του αίματος (υδραιμία).

γ) Από απώλεια υγρών, όπως στην αφυδάτωση, που έχουμε αιματοσυμπύκνωση.

Για να συμβεί αναιμία, πρέπει να έχουμε ή ελαττωμένη πρόσληψη ή κακή απορρόφηση ή ελαττωμένη αποθήκευση ή κακή χρησιμοποίηση ή αυξημένες ανάγκες των ουσιών εκείνων που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση του αίματος στη φυσιολογική του κατάσταση. Αυτές οι ουσίες είναι το φυλλικό οξύ και άλλες βιταμίνες του συμπλέγματος Β, οι πρωτεΐνες και ο σίδηρος.

" Η ταξινόμηση των αναιμιών στην εγκυμοσύνη " είναι:

σιδηροπενική αναιμία". Είναι η αναιμία, που οφείλεται σε ανεπαρκή αιμοποίηση, από έλλειψη σιδήρου του οργανισμού. Το φυσιολογικό ποσό του σιδήρου στη γυναίκα είναι 35 κιλ. βάρους σώματος. Το ποσό αυτό, κατά προσέγγιση ισχύει στην αιμοσφαιρίνη (50-70<sup>ο</sup>/ο), στις σιδηραποθήκες (30-40<sup>ο</sup>/ο) και στους ιστούς (5-15<sup>ο</sup>/ο).

Το σίδηρο η έγκυος τον παίρνει από τις τροφές της (κρέας και φυτικές τροφές, ιδιαίτερα από τα όσπρια). Ο σίδηρος από τις τροφές παίρνεται σαν δισθενής και για να απορροφηθεί πρέπει να γίνει δισθενής, αφού γίνει ειδική επεξεργασία.

Οι ανάγκες του οργανισμού της εγκύου σε σίδηρο είναι μεγάλες και τα αθλήματα μικρά. Υπολογίσθηκε πως φθάνουν τα 800 χιλ. Τα 300 χιλ. από αυτά αθέτονται για το έμβρυο και τον πλακούντα και τα 500 χιλ. χρησιμοποιούνται από την αιμοσφαιρίνη της εγκύου. Δεν υπολογίζονται άλλα 200 χιλ. που χάνονται από το έντερο, τα ούρα και το δέρμα, γιατί τόσο είναι και το ποσό που απορροφάται από την εννεάμηνη αμηνόρροια της εγκυμοσύνης.

Αν η έγκυος δεν καλύψει της παραπάνω ανάγκες της παθαίνει σιδηροπενι-  
αναιμία, που αποτελεί τη συχνότερη μορφή αναιμίας (90%/ο).

ην εκδήλωση της βοηθάνε:

α) Η ελαττωμένη πρόσληψη σιδήρου είτε από φτωχό διαιτολόγο, είτε από ύ-  
περξη εμετών, που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη.

β) Η ελαττωμένη απορρόφηση σιδήρου, είτε από έλλειψη βιταμίνης C, είτε α-  
ελαττωμένη γαστρική οξύτητα, που είναι απαραίτητη για την απορρόφηση  
υ.

γ) Η μεγαλύτερες ανάγκες που δημιουργεί η εγκυμοσύνη, όταν η έγκυος έχει  
μορραγίες σε προηγούμενες εγκυμοσύνες, όταν είχε γεννήσει πολλά παιδιά,  
αν γέννησε το ένα κοντά στο άλλο και όταν η εγκυμοσύνη ήταν πολύδυμη.

Η έγκυος που πάσχει από σιδηροπενική αναιμία, δεν εμφανίζει συμπτώμα-  
τα. Μικρές υποκειμενικές ενοχλήσεις αποδίδονται στην εγκυμοσύνη. Σε σοβαρή  
μορφή της αναιμίας δυνατό ή έγκυος να εμφανίσει αίσθημα κόπωσης, ζάλη, α-  
πρεξία, λαχάνιασμα και τη διάθεση να φάει χώμα, όταν το πνευματικό της ε-  
πίπεδο είναι χαμηλό.

Το πρόσωπό της εμφανίζει πραβινωπή ωχρότητα, τα νύχια της είναι λευκά σαν  
εφαντοκόκκαλο, η γλώσσα της λεία και χωρίς θηλές εμφανίζει κνησμό των  
επιφανειακών οργάνων κ.λ.π. Μόνο ο προσδιορισμός της τιμής αιμοσφαιρίνης  
μπορεί να βοηθάει στη διάγνωση της σιδηροπενικής αναιμίας, γι' αυτό πρέπει να γί-  
νεται από την πρώτη επίσκεψη σε κάθε έγκυο γυναίκα.

Για την αντιμετώπιση σιδηροπενικής αναιμίας συνιστάτε διαιτολόγιο  
πλούσιο σε σίδηρο και χορηγούμε:

α) Στην αρχή της εγκυμοσύνης δισθενή θειϊκό σίδηρο από το στόμα σε δόση  
200 χιλ. Επίσης γλυκονικό ή ασκορβικό ή ηλεκτρικό ή φουμαρικό σίδηρο.  
Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση του σιδήρου είναι η ναυτία, οι  
εμετοί, το άλγος στο επιγάστριο ή στο υπογάστριο και οι διαρροϊκές κε-  
νώσεις.

β) Στην προχωρημένη εγκυμοσύνη και όταν υπάρχει μεγάλου βαθμού σιδηροπε-  
νική αναιμία χορηγούμε το σίδηρο παρεντερικό, είτε με ενδομυϊκές ενέ-  
σεις.

Κάποτε είναι δυνατό η χορήγηση σιδήρου, να προκαλέσει αλλεργική αντί-  
αση γι' αυτό δεν χορηγείται σε αλλεργικά άτομα ενδοφλέβια.

Αν παρά τη θεραπευτική αντιμετώπιση, πλησιάζουν οι ημέρες του τοκετού  
η αιμοσφαιρίνη είναι κάτω από 9 γραμ.  $^{\circ}$ /ο τότε χορηγούμε συμπυκνωμένα  
υθρά αιμοσφαίρια ενδοφλέβια σε δύο δόσεις και σε βραδύ ρυθμό. Παράντε-  
κά θα χορηγήσουμε το σίδηρο και όταν προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές  
όταν η έγκυος πάσχει από γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, κώδη κολίτιδα  
και σύνδρομο δυσαπορρόφησης.

Αισθητή βελτίωση της σιδηροπενικής αναιμίας ύστερα από μετάγγιση αί-  
ματος δεν έχουμε, θα την εκτελέσουμε όμως, όταν πρόκειται να προβούμε σε  
χειρουργική επέμβαση ή όταν η έγκυος έχει χάσει αίμα από αιμορραγία. Διαιτο-  
γιο πλούσιο σε πρωτεΐνες και σε σίδηρο βοηθάει στη διόρθωση της σιδηρο-  
πενικής αναιμίας.

"Μεθαιμορραγική αναιμία". Είναι η αναιμία που οφείλεται σε απώλεια αί-  
ματος. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να εγκατασταθεί μετά από  
έξη έκτοπης κύησης, προδρομικό πλακούντα κ.λ.π.

Η μεγάλη απώλεια αίματος ελαττώνει τον ολικό όγκο του αίματος της κυ-  
φορρίας με αποτέλεσμα την περιφερειακή κυκλοφοριακή ανεπάρκεια από υ-  
γκαιμία (η αιμορραγία SHOCK).

Ανάλογα με το μέγεθος της αιμορραγίας η έγκυος εμφανίζει ωχρότητα, φυ-  
τό και κολλώδη ιδρώτα, ταχύπνοια, ταχυσφυγμία, ανησυχία, υπνηλία, δίψα, εμβο-  
ων αυτιών της. Όσο για την αρτηριακή πίεση, αυτή στην αρχή ίσως βρε-  
εί φυσιολογική από αντιδραστική αγγειοσύσπαση.

Στην αντιμετώπιση μεθαιμορραγικής αναιμίας, αφού βρούμε την αιτία της  
και επιδιώξουμε την παύση της, φροντίζουμε να αποκαταστήσουμε φυσιολογι-  
κό τον όγκο των υγρών, που κυκλοφορεί στα αγγεία, για να προλάβουμε το  
SHOCK, και χορηγούμε το αίμα που χάθηκε.

Μέχρι να βρούμε αίμα, χορηγούμε ενδοφλέβια ισότονα σακχαρούχα διαλύ-  
ματα γλυκόζης 5 $^{\circ}$ /ο και χλωριούχο νάτριο 9 $^{\circ}$ /ο ή πλάσμα ή υποκατάστατα του  
πλάσματος.

Μετά τη μετάγγιση του αίματος χορηγούμε σκευάσματα σιδήρου, για να ε-  
πισχύσουμε την αιμοποίηση, και τροφή πλούσια σε λευκώματα, για να υπάρχει

να υπάρχει επάρκεια των αμινοξέων, που συνθέτουν την αιμοσφαιρίνη.

Η μεθαιμορραγική αναιμία εκθέτει, σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου από αναιμία και στην έγκυο μπορεί να αποβεί θανατηφόρα, αν δεν αντιμετωπισθεί καιραιο.

Αν η αιμορραγία συμβεί σε 24-48 ώρες τότε είναι δυνατό να χαθούν και 500 κ.εκ. αίματος, χωρίς να κινδυνεύσει η έγκυος, όταν η κατάσταση της ή- φυσιολογική και δεν υπήρχε αναιμία.

"Μεγαλοβλαστική αναιμία". Η αναιμία αυτή προέρχεται από έλλειψη φυλλικού οξέους, μοιάζει με την ιδιοπαθή κακοηθή αναιμία που προκαλεί η έλλειψη βιταμίνης Β<sub>12</sub> και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση άφθονων μεγαλοβλαστών στο μυελό των οστών.

Στην Ελλάδα η μεγαλοβλαστική αναιμία δεν είναι συχνή γιατί η Ελληνίδα έγκυος καλύπτει με την τροφή της (ζωϊκά λευκώματα, φρέσκα λαχανικά) τις ανάγκες της σε φυλλικό οξύ και γιατί σπανύζει ο αλκοολισμός, στις Ελληνίδες (το οινόπνευμα ανταγωνίζεται το φυλλικό οξύ).

Γενικά η ανεπάρκεια φυλλικού οξέος την προκαλεί:

Η ελαττωμένη πρόσληψη του, όταν το διαιτολόγιο είναι φτωχό και υπάρχει υπερέμεση.

Η ελαττωματική απορρόφηση του, όταν υπάρχουν γαστρεντερικές διαταραχές ή χορηγούνται αντιβιοτικά από το στόμα, που αλλάζουν τη χλωρίδα του εντέρου.

Η ελαττωμένη χρησιμοποίηση του, όταν η έγκυος παίρνει αναλγητικά ή υπνωτικά.

Η ύπαρξη ηπατίτιδας και έλλειψη βιταμίνης C και

Οι αυξημένες ανάγκες της εγκύου, όταν αυτή είναι πολύτοκος, η κύηση είναι πολύδυμη, όταν πάσχει από αιμολυτική αναιμία και όταν υπάρχει φλεγμονή.

Η έγκυος που πάσχει από μεγαλοβλαστική αναιμία, εμφανίζει ναυτία, εμετός, ανόρεξια, γλωσσίτιδα, γωνιακή χειλίτιδα, στοματίτιδα, διαρροϊκές κενώσεις, δευτεροπαθείς λοιμώξεις, ελαφρό ίκτερο, σπάνια αιμορραγικό σύνδρομο κ.π.

Το έμβρυο σε σοβαρές καταστάσεις υποκύπτει.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε ευρήματα όμοια με της κακοήθους αιμίας, δηλαδή ελάττωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και μεγαλοκυττάρωση, ελάττωση λευκών αιμοσφαιρίων, ελάττωση των αιμοπεταλίων και αύξηση της έσσης χολυρεθρίνης και της ουροχολίνης. Είναι δυνατό η αναιμία να είναι μορφος δηλαδή να συνυπάρχει σιδηροπενία.

Για την αντιμετώπισή της μεγαλοβλαστικής αναιμίας χορηγούμε 5-15 χιλ. ημέρα φυλλικό οξύ από το στόμα και για αρκετούς μήνες. Η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί και μετά τον τοκετό, όχι, όμως παραπάνω από τρεις μήνες. παράλληλα μπορούμε να χορηγήσουμε σίδηρο.

Η βιταμίνη B<sub>12</sub> δεν έχει αποτελέσματα. Αίμα θα χορηγήσουμε σε μεγάλο βαθμό αναιμίας (αιμοσφαιρίνη κάτω από 7 γρ. %).

"Απλαστική αναιμία". Η πάθηση χαρακτηρίζεται από ελάττωση των ερυθρών λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων στο περιφερειακό αίμα, από ανεπάρκεια του μυελού των οστών.

Η αιτιολογία της δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένη. Υπεύθυνοι παράγοντες της θεωρούνται: η ακτινοβολία, τα φάρμακα, κυτταροστατικά, κ.λ.π. και χημικές ουσίες (εντομοκτόνα, βενζόλη, παράγωγα ανιλίνης).

Δεν είναι συχνή πάθηση και εκδηλώνεται με αναιμία, αιμορραγική διάθεση και ευπάθεια στις λοιμώξεις. Από τα εργαστηριακά ευρήματα έχουμε ελάττωση των δικτυοερυθροκυττάρων, λευκοπενία, θρομβοπενία και αύξηση του σιδήρου του όρου.

Για την αντιμετώπιση της απλαστικής αναιμίας απομακρύνουμε τον αιτιολογικό παράγοντα, χορηγούμε πρόσφατο αίμα και αντιβιοτικά, για την αποφυγή των λοιμώξεων. Η διακοπή της εγκυμοσύνης δεν βελτιώνει αισθητά την πάθηση. Ο τοκετός πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια να γίνει από τον κόλπο και όχι με καισαρική τομή, γιατί η απώλεια αίματος είναι μεγαλύτερη και η έκθεση της λεχώιδας σε μόλυνση αυξημένη. Μετά τον τοκετό η άρρωστη γίνεται καλά και η πάθηση δεν επανέρχεται.

Ορισμένες απλαστικές αναιμίες της εγκυμοσύνης δεν μπορούν να αποδουθούν σε εξωγενή αιτία. Σπάνια παρατηρούνται και έχουν σοβαρή πρόγνωση, γιατί προκαλούν πρόωρο τοκετό και πολύ συχνά, επιλοχεία λοίμωξη.

"Τροφική Αναιμία". Ο τύπος της αναιμίας αυτής απαντάται σε περιοχές

ου το βιοτικό επίπεδο είναι χαμηλό και οι έγκυοι υποσιτίζονται ή πάσχουν από παράσιτα. Η τροφική αναιμία εμφανίζεται στη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης και εκδηλώνεται με στοματο-φαρυγγίτιδα, γαστρεντερικές διαταραχές ελαφρό ίκτερο και πυρετό. Ο αιματολογικός έλεγχος θα αποδείξει μικροκυτταρική αναιμία.

Επίσης, υπάρχει έλλειψη πρωτεϊνών, φυλλικού οξέος και μεριλές φορές και σιδήρου.

Για την αντιμετώπιση της τροφικής αναιμίας χορηγούμε τροφές πλούσιες σε σιδήρωμα, φυλλικό οξύ, σίδηρο και εκτελούμε μεταγγίσεις αίματος.

"Δρεπανοκυτταρική αναιμία". Η πάθηση αυτή είναι κληρονομική και λέγεται έτσι, γιατί τα ερυθρά αιμοσφαίρια παίρνουν σχήμα δρεπανιού, όταν η αιμοσφαιρίνη χάσει το οξυγόνο της. Τα δρεπανοκύτταρα φράζουν τα μικρά αγγεία με αποτέλεσμα τη μειωμένη οξυγόνωση της αντίστοιχης περιοχής και την εκδήλωση διάφορων συμπτωμάτων.

Για να εμφανιστεί κλινικά η πάθηση, απαιτείται μαζική παραγωγή δρεπανοκυττάρων. Αυτό παρατηρείται στη διάρκεια λοιμώξεων ή ύστερα από έντονη κόπωση ή έκθεση στο ψύχος. Τότε, η άρρωστη δυνατό να εμφανίσει τη γνωστή δρεπανοκυτταρική κρίση με ποικιλία συμπτωμάτων, όπως πυρετό, πόνο στις αρθρώσεις, στους μύς στα οστά, στην κοιλιά και με την εμφάνιση έντονης αναιμίας μικτέρου. Εργαστηριακά διαπιστώνουμε, με ειδικό έλεγχο την αναιμία με την παρουσία της παθολογικής αιμοσφαιρίνης (HBS).

Εκτός από την αμνηγή δρεπανοκυτταρική αναιμία (όταν και οι δύο γονείς είναι φορείς της HBS) υπάρχει και η μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, που είναι συνδυασμός δρεπανοκυτταρικής αναιμίας και β-θίεσογειακής αναιμίας με κλινικές εκδηλώσεις και εργαστηριακά ευρήματα, που μοιάζουν με την ομοζυγική δρεπανοκυτταρική αναιμία. Σε τέτοια περίπτωση η εγκυμοσύνη αποτελεί κίνδυνο για εκδήλωση επιπλοκών, που περισσότερο αφορούν το έμβρυο και όχι την έγκυο. Οι πιθανότητες αυτόματης έκτρωσης είναι αυξημένες, παρά την καλύτερη αντιμετώπιση της πάθησης. Οι έγκυες που πάσχουν από δρεπανοκυτταρική αναιμία, απαιτούν συχνότερη παρακολούθηση στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και κλινική νοσηλεία στο τελευταίο τρίμηνο. Ο κίνδυνος απόθλιψης στις περιπτώσεις αυτές είναι αυξημένος.

Για την πρόληψη των δρεπανοκυτταρικών κρίσεων επιβάλλεται να κρατάμε επίπεδα της αιμοσφαιρίνης παραπάνω από II γρ.°/ο εκτελώντας μεταγγίσεις, ερυθρών. Ειδική φροντίδα απαιτείται κατά την διάρκεια του τοκετού, όπου μάλιστα αυτός εκτελείται κάτω από γενική αναισθησία.



" Παθήσεις αγγείων "

Οι αιμοδυναμικές μεταβολές, λόγω ορμονικών και μηχανικών αιτίων, και οι μεταβολές των παραγόντων πήξης του αίματος, που συμβαίνουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκθέτουν την έγκυο σε αυξημένη συχνότητα επιπλοκών από έρρους των αγγείων της. Ο μαιευτήρας πρέπει να γνωρίζει της συχνότερες αυτές, για να μπορέσει γρήγορα να τις διαγνώσει και άμεσα να τις αντιμετωπίσει πριν απειλήσουν τη ζωή της εγκύου. Οι συχνότερες αγγειοπάθειες είναι:

-Κιρσοί. Η εμφάνιση κιρσών στην έγκυο είναι συχνή. Τους ευνοούν η κληρονομικότητα, οι πολλές εγκυμοσύνες, η ορθοστασία και οι ορμονικοί παράγοντες. Η πίεση των φλεβών από το βάρος της μήτρας δεν προκαλεί την εμφάνιση κιρσών, γιατί σε συχνότητα 70% αυτά εμφανίζονται από τον τρίτο μήνα. Συχνότερα εμφανίζονται στους μηρούς της εγκύου και διογκώνονται, όσο προχωρεί η εγκυμοσύνη. Αφορούν στο δίκτυο της σαρκικούς φλέβας και το μέγεθος τους κυμαίνεται από τους πολύ λεπτούς ως την εμφάνιση πολύ μεγάλων με τη μορφή "κεφαλής μέδουσας".

Άλλες φορές, στους μηρούς, στις κνήμες, και στους αστραγάλους της εγκύου εμφανίζονται επιφανειακά φλεβίδια, που έχουν ζωηρό ερυθρό ή κυανομέλανο ή κίτρινο χρώμα, με τη μορφή αγγειεκτασιών, που τις περισσότερες φορές είναι ελαφρύ οίδημα και εξαφανίζονται ύστερα από πίεση.

Η εμφάνιση κιρσών άλλοτε είναι ανεκτή από την έγκυο και άλλοτε προκαλεί σ' αυτή αίσθημα βάρους ή και πόνο, όταν βρίσκεται σε όρθια στάση, κράτες, ιδίως τη νύχτα, κνησμό, οίδημα, στα σφυρά, εύκολη κόπωση και περιορισμό της δραστηριότητας.

Το ασθητικό μέρος συχνά την επηρεάζει.

Εκτός από τους μηρούς οι κιρσοί δυνατό να εμφανιστούν στο αιδοίο, και στον κόλπο στην περιοχή της ηβικής σύμφυσης και να συνδιάζονται με την εμφάνιση αιμορροΐδων. Οι κιρσοί αυτοί σπάζουν κατά την έξοδο του εμβρύου.

Στις συνηθισμένες επιπλοκές των κιρσών ανήκει το οίδημα. Το κιρσώδες έλκος σπάνια απαντάται, όπως και η ρήξη της. Επίσης η κιρσώδης φλεβο-περιεβίτιδα, που εμφανίζεται, τις περισσότερες φορές στο τέλος της εγκυμοσύ-

ή στη λοχεία και εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, αύξηση της θερμοσίας κατά μήκος της φλέβας και έχει καλή πρόγνωση, γιατί δεν επεκτείνεται σε βαθύτερους κλάδους και πολύ σπάνια προκαλεί εμβολές.

### "Θεραπεία"

Θεραπευτικά τους απλούς κιρσούς αντιμετωπίζουμε με μικρή ανύψωση των ποδιών κατά την ανάπαυση και τον ύπνο, με την εφαρμογή ελαστικών περικνημίτων πρωί πριν από την έγερση από το κρεβάτι, με το λουτρό στη θερμοκρασία του σώματος και καταλιονισμό με τη μορφή βροχής, πριν από την κατάκλιση. Φαρμακευτική αγωγή δεν συνιστάται παρά μόνο σε περίπτωση που εμφανίζονται κράμπες στη διάρκεια της νύχτας. Χορηγούμε τότε βιταμίνη Ε ή παντοθενό οξύ.

Αν αναπτυχθεί κιρσώδης περιφλεβίτιδα ή κιρσοφλεβίτιδα, τοποθετούμε υψιπέδιλα, χωρίς να συστήσουμε απόλυτη ανάπαυση. Η χορήγηση αντιβιοτικών δεν έχει θεραπευτικά αποτελέσματα. Αντιπηκτικά φάρμακα χορηγούμε μόνο αν συμβεί επέκταση της πάθησης σε φλέβες, που βρίσκονται στο βάθος. Η χορήγηση δύο υποθέτων την ημέρα φαινυλβουταζόνης και για τρεις ημέρες, βελτιώνει την πάθηση.

Σπάνια καταφεύγουμε σε εγχειρητική αντιμετώπιση των κιρσών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

### "Παθήσεις στόματος"

Τις παθήσεις του στόματος, που σχετίζονται με εγκυμοσύνη, τις διακρίνουμε σε αυτές που αφορούν στα ούλα, στα δόντια και στους σιελογόνους αδένες. Η "Ούλα". Ο βλεννογόνος του στόματος της εγκύου, κάτω από ορμονικές επιδράσεις υπερπλάσσεται και υπεραιμεί σε βαθμό που ο με πείρα στοματολόγος μπορεί να διαγνώσει εγκυμοσύνη μόνο από την επισκόπηση του στόματος. Επίσης τα κύτταρα του επιθηλίου των ούλων εύκολα αποπίπτουν κι αυτό βοηθάει στην κυτταρολογική έλεγχο. Οι φατνιακές αποφύσεις αποκτάνε έντονο κόκκινο χρώμα εύκολα αιμορραγούν και φθάνουν στο μέγιστο της ανάπτυξής τους κατά τον 5ο μήνα, για να υποχωρήσουν αυτόματα μετά τον τοκετό.

Ανάμεσα στον 3ο-5ο μήνα της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να εμφανιστεί επιπλεγμένη υπερπλασία των ούλων, που λέγεται "επουλίδα".

Η επουλίδα παρατηρείται σε συχνότητα 1<sup>ο</sup>/ο, ιδιαίτερα στις πολύτοκες και σε περισσότερες φορές στην άνω γνάθο.

μεταβολές αυτές γίνονται περισσότερο έκδηλες σε γυναίκες που έχουν οδοντοστοιχίες.

Άλλες παθήσεις των ούλων στη διάρκεια εγκυμοσύνης είναι ο έρπητας, το σαλιδώδες εξάνθημα, που εμφανίζεται γύρω στον 3ο μήνα, οι οίφθες, η γεωγραφική γλώσσα, ο ομαλός λειχήνας κ.λ.π.

Θεραπευτικά, στις περιπτώσεις αυτές περιοριζόμαστε στην πρόληψη επιπλοκών με συστάσεις σχετικές με την υγιεινή του στόματος και στην επιδιόρθωση των οδοντοστοιχιών. Επίσης χορηγούμε σίδηρο, βιταμίνη C ή K, σε περίπτωση μωρραγικών ουλών.

"Δόντια". Τα δόντια δεν παθαίνουν αλλοιώσεις από την κύηση. Η κύηση εδινώνεται προϋπάρχουσες παθήσεις τους, που έμειναν αθεράπευτες. Σε τέτοιες περιπτώσεις επιτρέπεται η θεραπεία τους, όπως και η εξαγωγή δοντιών στην προϋπόθεση, πως το τοπικό αναισθητικό δεν θα περιέχει αδρεναλίνη. Αλλά και η χορήγηση γενικής αναισθησίας επιτρέπεται για οδοντιατρική επέμβαση. Η χορήγηση ασβεστίου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης για την προστασία των δοντιών κρίνεται άσκοπη.

Η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης τερηδόνας στην εγκυμοσύνη αποδίδεται έλλειψη βιταμίνης C και σε αλλοίωση του PH, της χλωρίδας και της ιοντικής συμπεριφοράς του σάλιου.

Η ύπαρξη περιοδοντικών αποστημάτων, που μπορούν να αποτελέσουν την αρχική εστία ανάπτυξης σπειραματονεφρίτιδας και πυελονεφρίτιδας, πρέπει να μη διαφεύγουν και να θεραπεύονται.

Όσο για τον ακτινολογικό έλεγχο των δοντιών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυτός επιτρέπεται, όταν πρόκειται για ένα δόντι. Όταν όμως αφορά σε γάλη σειρά δοντιών, πρέπει να αποφεύγεται ή να λαμβάνονται μέτρα αυτομόρφωσης της κοιλιάς.

" Παθήσεις πεπτικού συστήματος "

"Σιελόρροια". Η σιελόρροια είναι συχνή στην αρχόμενη εγκυμοσύνη και δύ-  
τό να παραταθεί ως τον 5ο μήνα. Η ποσότητα του σάλιου φθάνει κάποτε το  
λίτρο στο 24 ωρο.

Ίσως οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες ή στην αδυναμία της εγκύου  
καταπιεί το σάλιο της θεραπευτικά δεν αντιμετωπίζεται.

"Πύρωση" (καούρα). Πολλές έγκυοι μετά τον 5ο-6ο μήνα αισθάνονται κάψιμο  
τά μήκος του οισοφάγου. Τις περισσότερες φορές, αυτό οφείλεται σε παλιν-  
όμηση υγρών του στομάχου προς τον οισοφάγο και σπάνια σε διαφραγματική-  
Η πύρωση χειροτερεύει, όταν η έγκυος είναι ξαπλωμένη. Μετά τον τοκετό υ-  
χωρεί. Για την αντιμετώπιση της χορηγούμε αλκαλικές ουσίες και προστι-  
έννη.

"Υπερέμεση". Η ναυτία και οι εμετοί που τις περισσότερες φορές εμφανι-  
νται τις πρωϊνές ώρες από το δεύτερο ως τον τέταρτο μήνα της εγκυμοσύ-  
ς, αποτελούν συχνά ενοχλήματα στην έγκυο χωρίς επιβάρυνση της κατάστασης  
ς. Κάποτε όμως οι εμετοί είναι συνεχείς και επίμονοι και επιβαρύνουν τις  
ειτουργίες της. Τότε λέγονται κακοήθες εμετοί της εγκυμοσύνης, γιατί προ-  
λούν: ανορεξία, αίσθημα δίψας, απώλεια βάρους, αφυδάτωση, υποβιταμίνωση, οξέ-  
η από πείνα, αληγάωση από έλλειψη υδατανθράκων, υπονατριαιμία, υποκαλιαι-  
α και σε προχωρημένες καταστάσεις, πυρετό, ταχυσφυγμία, ολιγουρία, οξυνου-  
α με τη χαρακτηριστική οσμή της αναπνοής, λευκωματουρία, κυλινδρουρία και  
ερλυκαιμία. Αν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά συμβαίνει πτώση της α-  
ηριακής πίεσης, ίκτερος, νυσταγμός, κώμα και θάνατος από λιπώδη εκφύλιση  
ο συκώτι.

ιστολογική εικόνα των οργάνων μοιάζει με αυτή της ασιτίας.

Επειδή η υπερέμεση παρατηρείται συχνότερα στη μύλη κύηση διαπιστώθηκε  
άποψη πως ίσως τα αυξημένα ποσά της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης είναι  
εύθυνα γι' αυτή.

Η άποψη αυτή δεν είναι αποδεδειγμένη απόλυτα, γι' αυτό πιστεύεται πως ί-  
ς η υπερέμεση οφείλεται σε διαταραχή της νευροφυτικής ισορροπίας του ο-  
ανισμού της εγκύου ή σε ερεθισμό του κέντρου του εμετού ή σε ανοσολογι-

ούς μηχανισμούς.

Για την αντιμετώπιση της υπερέμεσης συνιστώνται μικρά και συχνά γεύματα, ύσσια σε υδατάνθρακες, χορηγούμε σακχαρούχους ορούς και ηλεκτρολυτικά κλύματα, πυριδοξίνη (βιταμίνη Β<sub>6</sub>), βιταμίνη C, βιταμίνη Β, για να προλάβου- πολυνευρίτιδα, καταπραΰντικά και αντισταμηνικά φάρμακα και ινσουλίνη.

Αν υποφιαστούμε πως η υπερέμεση οφείλεται σε ψυχικούς παράγοντες, που εέρχονται από το περιβάλλον της εγκύου, συνιστάμε σ' αυτή να το αλλάξει, α την απομάκρυνση της από κάθε ανεπιθύμητο. Πολλές φορές, στην ίδια περι- ωση, σκηνοθετείται θεραπευτική έκτρωση με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Θεραπευτική έκτρωση εκτελείται όταν επιβαρυνθεί αισθητά η λειτουργία ν νεφρών με την εμφάνιση στα ούρα οξόνης, κυλίνδρων, λευκώματος και ουρο- λινογόνου, αφού πρώτα αποκλειστεί η πιθανότητα πως τα ευρύματα δεν προέ- ονται από άλλες παθολογικές καταστάσεις.

Αν συμβεί υπερέμεση σε προχωρημένους μήνες εγκυμοσύνης πρέπει να ανα- τήσουμε παθολογική κατάσταση, που τη συνοδεύει όπως προεκλαμψία, πνελονε- ίτιδα, διαφραγματοκήλη κ.τ.λ.

Η πολύδυμη εγκυμοσύνη και το πολυάμνιο είναι δυνατό να προκαλέσουν ε- τούς από μεγάλη διάταση της μήτρας.

" Παθήσεις ορθού "

Η περιπρωκτική φλεγμονή είναι δυνατό να δημιουργήσει απόστημα, που μπο-  
ύμε να το παροχετεύσουμε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα συρίγγια, όμως  
του πρωκτού δεν πρέπει να χειρουργούνται, αλλά η αντιμετώπισή τους να α-  
βάλλεται για μετά τον τοκετό, επειδή η εγκυμοσύνη προκαλεί έντονη αγγεί-  
η και οίδημα της περιοχής που πάσχει.

" Αιμορροΐδες "

Οι αιμορροΐδες συχνά πρωτοεμφανίζονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.  
Χρόνια η εγκυμοσύνη επιδεικνύει την πάθηση από την πίεση των αιμορροϊ-  
κών αγγείων και από τη δυσκοιλιότητα, που πιθανό να συνυπάρχει. Κατά τη  
διάρκεια του τοκετού και μάλιστα της εξώθησης, διογκώνονται ακόμα περισσό-  
τερο και σχηματίζουν δακτύλιο γύρω από τον πρωτό.

Για την αντιμετώπισή τους καταφεύγουμε σε συντηρητική αγωγή με την ε-  
φαρμογή τοπικών αναισθητικών, την εκτέλεση χλιαρών υδρολουτρών, τη χορήγη-  
ση υπακτικών φαρμάκων και τη σύσταση να διατηρείται η περιοχή του πρωκτού  
καθαρή.

Αν συμβεί θρόμβωση φλέβας, με τοπική αναισθησία εξαιρούμε το θρόμβο. Αν  
συμβεί προπτωση τους, τις ανατάσσουμε αλλά η χαλάρωση του σφιγκτήρα μύος  
του πρωκτού ευνοεί την υποτροπή. Η έγχυση σκληρυντικών ουσιών και η εγχεί-  
ρηση πρέπει να αποφεύγονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση αι-  
μορραγιών συνιστάται η χορήγηση σιδήρου και κάποτε αίματος.

" Δυσκοιλιότητα "

Εύκολα μπορεί να αναπτυχθεί στην εγκυμοσύνη δυσκοιλιότητα από την α-  
τονία του εντέρου, που υπάρχει σ' αυτή, ύστερα από αρμονική επίδραση. Κάποτε  
κατάσταση δημιουργεί προβλήματα στην εγκυμοσύνη γιατί προκαλεί επιπλο-  
ές της, όταν η έγκυος καταβάλλει έντονη προσπάθεια αφοόδευσης, και αυξάνει  
τη συχνότητα λοιμώξεων από κολοβακτηρίδια. Για την αντιμετώπιση της δυσ-  
κοιλιότητας χορηγούμε γάλα, λίπη, φρούτα, τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη, όπως  
είναι το μαύρο ψωμί, γιαούρτι, γλυκά κ.λ.π. Τα δραστικά καρτικά πρέπει να  
αποφεύγονται.

" Πепτικό έλκος ". Το αίσθημα καούρας και η επιγαστρική δυσφορία, που

ναί συχνά ενοχλήματα στην εγκυμοσύνη, κάνουν τη διάγνωση του πεπτικού κούσ στη διάρκεια εως δύσκολη. Η αντιμετώπισή τους ύστερα από τη βέβαιη άγνωση τους είναι συντηρητική.

Από τις επιπλοκές του πεπτικού έλκους η διάτρηση και η αιμορραγία, που ναί σοβαρότερες εμφανίζονται αποκλειστικά σχεδόν στο τρίτο τρίμηνο της κυμοσύνης και μετά τον τοκετό περισσότερες από τις μισές εγκύους γυναί- με διάτρηση και αιμορραγία από πεπτικό έλκος πεθαίνουν. Η εμβρυϊκή ε- βίωση έχει σχέση με το βαθμό και τη διάρκειά του SHOCK και τη βαρύτητα ς περιτονίτιδας.

Κυρίως οφείλεται σε ορμονικά αίτια. Η ισταμίνη στο πλάσμα αυξάνεται ση- ντικά. Επίσης τα επίπεδα της πεψίνης στο αίμα που είναι ανάλογα με τα α- ίστοιχα αυτής στο γαστρικό υγρό, δεν παρουσιάζουν σημαντικές μεταβολές ό τα φυσιολογικά στους πρώτους 6 μήνες της εγκυμοσύνης.

Το 95°/ο των αιμορραγιών από το γαστ/κό σύστημα στην εγκυμοσύνη προέ- ονται από βλάβες του οισοφάγου, του στομάχου, και του δωδεκ/λου. Η διάτρη- επιβάλλει άμεση λα παροτομία και η αιμορραγία που δεν ελέγχεται συν- ρητικά έγκαιρη επίσης λα παροτομία, πριν εγκατασταθεί σημαντικού βαθμού SHOCK που μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του εμβρύου. Αν η εγκυμοσύνη εί- προχωρημένη και υπάρχουν πιθανότητες εμβρυϊκής επιβίωσης, ύστερα από έλεγχο της αιμορραγίας και όταν η κατάσταση της εγκύου το επιτρέπει, ελούμε καισαρική τομή, η οποία όμως ποτέ δεν εκτελείται σε περίπτωση πε- τονίτιδας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Έβδομο 7<sup>ο</sup>



ΟΙ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Γενικά μπορούμε να πούμε, ότι μια μολυσματική νόσος που θα πλήξει την έρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να έχει ασυνήθιστες επιπτώσεις και σ' αυτήν και στο έμβρυο.

Όσον αφορά την επίδραση της εγκυμοσύνης πάνω στις μολυσματικές νόσους, μπορεί να επωθεί, ότι η κατάσταση της εγκυμοσύνης κάνει πιο σοβαρές μολυσματικές νόσους, κυρίως αν αυτές παρουσιάζονται στο τελευταίο τρίμηνο ή αμέσως μετά τον τοκετό.

Η επίδραση των μολυσματικών νόσων στην εγκυμοσύνη, επειδή είναι εύκολο πέρασμα βλαβερών ουσιών ή στοιχείων από την μητέρα στο έμβρυο, οι νόσοι αυτές μπορούν να προκαλέσουν μια πάθηση στο έμβρυο, διακοπή της εγκυμοσύνης με έκτρωση ή πρόωρο τοκετό. Το μεγαλύτερο μέρος των μικροβίων (στρεπτόκοκκος, σταφυλόκοκκος, βάκιλος του Κοχ) και των παρασίτων (τοξόπλασμα της ανοσίας) είναι ικανά να διαπεράσουν τον πλακούντα. Αλλά και οι ιοί (ιλαγγίτιδας) μπορεί να μολύνουν το έμβρυο και να του προκαλέσουν διαμαρτί-

Ακόμα και μερικές ουσίες που κυκλοφορούν στο μητρικό σώμα, όπως οι τοξίνες που παράγονται από κάποια μολυσματική κατάσταση ή τα μητρικά αντισώματα, μπορούν να περάσουν στο εμβρυϊκό αίμα με διάφορα κάθε φορά αποτελέσματα, π.χ. τα αντισώματα που παράγονται από την μητέρα, πηγαίνουν στο έμβρυο και όταν αυτό γεννηθεί φέρει ένα διάστημα στο αίμα που αυτά τα αντισώματα, και έτσι είναι ανοσοποιημένο ενάντια στις παθήσεις που είναι στην μητέρα. Το ίδιο, μπορεί να συμβεί, όταν η μητέρα εμβολιάζεται (διφθερίαιδα, τέτανος, πολιομυελίτιδα) ή κάνει θεραπεία με ορό, το έμβρυο είναι ανοσοποιημένο.

Αντίθετα δεν ισχύει το ίδιο για το εμβόλιο της ευλογιάς που δεν δίνει ένα τύπο ανοσίας στο έμβρυο. Αντίθετα αποτελέσματα υπάρχουν και στην περίπτωση που μια RH αρνητική μητέρα, κυοφορούσα ένα RH θετικό παιδί, διαμαρτίζεται ή αρχίζει να παράγει αντισώματα αντί-RH θετικά.

Και σ' αυτήν την περίπτωση τα αντισώματα περνούν δια μέσου του πλακούντα και επιτίθενται στα ερυθρά αιμοσφαίρια του εμβρύου που είναι RH θετικά. Το παιδί θα πάσχει από αναιμία, ίσως και άλλες πιο σοβαρές συνέ-

ες.

Επομένως, μια έγκυος που μολύνθηκε από ένα μικρόβιο, μπορεί να μολύνει το έμβρυο που φέρει στην μήτρα της. Σ' αυτή την περίπτωση οι συνέπειες μπορεί να είναι πολυάριθμες: οι πιο σοβαρές είναι ότι το έμβρυο, σοβαρά ασθενές, πεθαίνει μέσα στην μήτρα και εξωθείται νεκρό.

Άλλη πιθανότητα είναι να γεννηθεί ζωντανό, αλλά να πάσχει από την νόση της μητέρας και με τις ίδιες κλινικές εκδηλώσεις και μετά από μία επικίνδυνη περίοδο μπορεί να επιζήσει.

### "Μερικές μολυσματικές νόσοι"

Μερικές νόσοι (κυρίως εκείνες που προέρχονται από ιούς) είναι ικανές προκαλέσουν εμβρυϊκές διαμαρτίες. Αυτές είναι η ερυθρά, η ιλαρά, η ανεπαισθησία, η παρωτίτιδα, νόσοι από ηπατικούς ιούς κ.λ.π. Αυτοί οι ιοί επιδρούν στο έμβρυο την περίοδο της οργανογένεσης, δηλαδή τους πρώτους 3-4 μήνες.

Στην επόμενη περίοδο μπορεί να είναι αίτια δυστροφιών στο νεογνό, αλλά χωρίς να προκαλούν διαμαρτίες.

Όσον αφορά τις εποχιακές γρίπες, που χαρακτηρίζονται απλώς από κρυολόγημα, καταρροή, λαρυγγίτιδα χωρίς άλλες σοβαρότερες επιπλοκές, μπορούμε να πούμε, ότι δεν επηρεάζουν την συνέχιση της εγκυμοσύνης, ούτε την εμβρυϊκή ανάπτυξη.

Διαφορετική, είναι αντίθετα, η περίπτωση των σοβαρών και μεγάλων επιδημικών γρίπης (π.χ. ο ισπανικός πυρετός του 1918) που μπορούν να προκαλέσουν ευκολότερα τον πρόωρο τοκετό ή τη νόσηση του εμβρύου.

Στην περίπτωση της γρίπης η χρήση αντιβιοτικών συνιστάται από πολλούς, απλώς για την αποφυγή άλλων επικίνδυνων νόσων, που μπορούν να εγκατασταθούν πιο εύκολα πάνω στα ίχνη, μιας κακώς αντιμετωπισμένης γρίπης.

Η διφθερίτιδα κατά την εγκυμοσύνη (αν και είναι σπάνια) είναι πολύ σοβαρή για την μητέρα και μπορεί να προκαλέσει την διακοπή της εγκυμοσύνης. Το έμβρυο όμως δεν μολύνεται από το βακτηριόδιο της διφθερίτιδας, γι' αυτό γεννιέται ζωντανό και ώριμο και δεν παρουσιάζει ασθένεια.

Η παρωτίτιδα, μπορεί να προκαλέσει διάφορες βλάβες μπορεί να είναι αι-

και εμβρυϊκών διαμαρτιών, έκτρωσης ή πρόωρου τοκετού.

Η ιλαρά μπορεί να επιπλακεί από πνευμονικές παθήσεις της μητέρας, που οφείλουν να αποφευχθούν με την χορήγηση αντιβιοτικών. Το έμβρυο αντίθετα, σπάνια συχνά εμφανίζεται σοβαρά ασθενές. Δεν έχει ακόμα βεβαιωθεί με σιγουριά, αλλά αν η μόλυνση επέλθει στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, μπορεί να είναι αιτία εμβρυϊκών διαμαρτιών του τύπου που προκαλούνται από τον ιό της ερυθράς. Το ίδιο (όσον αφορά την πρόκληση διαμαρτιών) ισχύει και για την ανεμοβλογιά, αν και για την μητέρα αυτή η νόσος είναι πάντα λογό-φορα σοβαρή από την ιλαρά.

### " ΕΡΥΘΡΑ "

Η ερυθρά είναι λοιμώδη νόσος. Στα παιδιά εκδηλώνεται με δέκατα και εφελκυσματώδη εξανθήματα στο δέρμα παρόμοια με την ιλαρά ή της ανεμοβλογιάς. Μόλις ξεπεραστεί το παιδί, δεν θα ξανανοσήσει π.χ. γιατί θα έχει αποκτήσει αντισώματα ενάντια στο ιό της ερυθράς.

Αν και στην ενήλικη γυναίκα, που μεταδίδεται για πρώτη φορά η ερυθρά, σπάνια δεν υπάρχουν παρά μέτρια σημάδια, λίγος πυρετός και ίσως πλήρη απουσία των δερματικών εξανθημάτων, ωστόσο δεν θα πρέπει να αγνοείται η νόσος, εάν αυτή η γυναίκα είναι έγκυος. Σ' αυτήν την περίπτωση, η μητέρα μπορεί να κινδυνεύει την γέννηση ενός παιδιού με διαμαρτία.

Από τον πρώτο μέχρι τον τρίτο μήνα τα όργανα του παιδιού είναι σε περικοπή σχηματισμού. Εάν η μητέρα δεν διαθέτει τα αντισώματα της ερυθράς, αμέσως μετά την στιγμή της μετάδοσής της ως την θεραπεία της (σε διάστημα λίγων ημερών) ο ιός έχει τον χρόνο για να περάσει από το μητρικό αίμα, διαμέσου του πλακούντικού φράγματος, στο αίμα του εμβρύου, μολύνοντας τα από σχηματισμό ακόμα και τα οργανά του και διακόπτοντας ή αλλοιώνοντας την εξέλιξή τους. Το παιδί επομένως θα γεννηθεί με κάποια διαμαρτία.

Στους επόμενους μήνες αντίθετα, όλα τα όργανα του μελλοντικού παιδιού, αναπτύσσονται σε πλήρη διαφοροποίηση και αναπτύσσονται και τελειοποιούνται στις λειτουργίες τους. Εάν στο έμβρυο μεταδωθεί ο ιός σ' αυτούς τους μήνες, αυτό θα ξεπεράσει το επικίνδυνο στάδιο χωρίς να κληρονομήσει διαμαρτίες.

Αυτές είναι διαφορετικές και εξαρτώνται από την στιγμή κατά την οποία μεταδόθηκε ο ιός στην μητέρα. Εάν η μετάδοση έγινε μεταξύ πέμπτης και της

της εβδομάδας εμβρυϊκής ζωής, οι διαμαρτίες είναι σε βάρος του ενός από τους δύο φακούς:

κρυσταλλοειδή φακού. Οι συνέπειες είναι εκείνες του καταρράκτη και τύφλωσης. Συχνά μπορεί να υπάρχει ένας βολβός μικρότερος του κανονικού (μικροφθαλμία) ή αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδή (μεθαγχρωστική ψευδοαμφιβληστροειδίτιδα) ή μία αύξηση των εγδοφθαλμίας πίεσης (γλαύκωμα) - άλλες διαμαρτίες του αμφιβληστροειδή.

Πάντα στην ίδια περίοδο μπορεί να υπεισέλθουν καρδιακές διαμαρτίες, αφορούν κυρίως την ανώμαλη παραμονή του "βοτάλλειου πόρου" που την γέννηση θα έπρεπε να γίνει ατροφικός. Ή την φυσιολογική επικοινωνία μεταξύ της δεξιάς και αριστερής καρδιάς, λόγω μιας ελαττωματικής πτυξης του διαφράγματος που χωρίζει την καρδιά. Αυτές οι καρδιοπάθειες τρέπουν στο φλεβικό αίμα να περάσει κατευθείαν από το δεξιό τμήμα της καρδιάς στο αριστερό, υπερπιδώντας την πνευμονική κυκλοφορία. Αυτό το αίμα, αφού περνώντας στους πνεύμονες, δεν μπορεί να επαναοξυγονωθεί.

Η σοβαρότητα της καρδιοπάθειας είναι τόσο μεγαλύτερη όσο πιο πολύ αίμα που δεν μπορεί να οξυγονωθεί και επομένως όσο λιγότερο οξυγόνο φθάνει στους ιστούς και τα περιφερειακά όργανα.

Εάν η μετάδοση του ιού επέλθει προς την 7η έως 10η εβδομάδα, οι βλάβες αντίθετα είναι σε βάρος του αυτιού. Το έμβryo παθαίνει μια βλάβη της ακουστικής λειτουργίας μέχρι την τελική κώφωση.

Άλλες δυνατές διαμαρτίες είναι εκείνες των οδόντων και συνιστούνται κυρίως σε ανωμαλίες του οδοντικού σμάλτου, και εκείνες σε βάρος του νευρικού συστήματος, κυρίως του εγκεφάλου με μια ελλιπή ανάπτυξή του, που επάγεται ψυχικές ανωμαλίες. Ο κίνδυνος είναι αυξημένος κυρίως στις πρώτες 4 εβδομάδες (47% των πιθανοτήτων) και μειώνεται προοδευτικά, μέχρι γίνει ελάχιστος, μετά την 16η εβδομάδα.

### " Πρόληψη και Προφύλαξη "

Επειδή οι διαμαρτίες είναι πολύ σοβαρές, τα προβλήματα πρόληψης είναι αυτά που περισσότερο ενδιαφέρουν.

Κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας δεν πρέπει να γίνεται τίποτα

να αποφευχθεί η μετάδοση αυτού του ιού στα κορίτσια. Εάν φθάσουν στην ηλικίωση χωρίς να απαιτήσουν την διαρκή ανοσία, πρέπει να γίνει ο εμβολιασμός ή ακόμα καλύτερα να τους μεταδοθεί ο ιός παίρνοντας τις κατάλληλες προφυλάξεις ώστε να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη τουλάχιστον 4 μήνες μετά τον νόσο.

Όταν η έγκυος υποπτεύεται ότι δεν είχε ποτέ ερυθρά και ότι της μεταδόθηκε από πρόσφατη επαφή με κάποιον, πρέπει να κάνει εξέταση αίματος με σκοπό την μέτρηση αντισωμάτων αντι-ερυθράς που βρίσκονται σ' αυτό για να ξέρει αν υπάρχουν.

Μόλις γίνει η εξέταση οι πιθανότητες είναι διάφορες: μπορεί να βρεθεί στο αίμα δεν υπάρχουν αντισώματα αυτό θα σημαίνει ότι η μητέρα δεν μολύνθηκε, αλλά δεν είναι και ανοσοποιημένη ενάντια στον ιό. Σ' αυτήν την περίπτωση εάν η εγκυμοσύνη είναι πρόσφατη και υπάρχει ο κίνδυνος μόλυνσης του εμβρύου, μπορεί και πρέπει να ανατρέξει στην "προφύλαξη δια ορού".

Προφύλαξη δια ορού είναι κένωση ενός ορού που περιέχει αντισώματα ενάντια στην ερυθρά. Δεν πρόκειται για εμβολιασμό, δηλαδή δεν δίδει τον οργανισμό να παράγει ο ίδιος αντισώματα αντί-ερυθράς. Γι' αυτό μόλις εξαντληθούν από την κυκλοφορία τα αντισώματα, που δόθηκαν με τον ορό, η γυναίκα κινδυνεύει ακόμα να της μεταδοθεί, γιατί ο οργανισμός της δεν έχει μάθει ακόμα να αμύνεται από μόνος του από τους ιούς, διαμέσου της παραγωγής αντισωμάτων.

" ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΙΑΣΗ "

Η πάθηση οφείλεται στο τοξόπλασμα (πρωτόζωο), και μεταδίδεται με ωμό μισοψημένο κρέας μολυσμάτων ζώων, με την επαφή μολυσμένων κοπράνων γάλακτος και με εκπεμπόμενα σταγονίδια.

Το τοξόπλασμα υπάρχει στην Ελλάδα σε συχνότητα 28-40% και εμφανίζεται σε συχνότητα 1:100 - 1:200.

Η έγκυος μολυνθεί στην αρχή της εγκυμοσύνης το έμβρυο παθαίνει υποκλινική συγγενή τοξοπλασμίαση, που εκδηλώνεται τρεις μήνες μετά την γέννησή του με υδροκεφαλία, πνευματική καθυστέρηση κ.λ.τ.

Επίσης η τοξοπλασμίαση προκαλεί αυτόματες εκτρώσεις και τοξοπλασματική ενδομητρίτιδα, από την εγκατάσταση κύστεων στο μυομήτριο.

Αν η μόλυνση έγινε από τον 2ο-6ο μήνα, τότε προκαλείται αυτόματη έκτρωση ή ενδομήτριος θάνατος του νεογνού.

Η γυναίκα προσβληθεί πριν μείνει έγκυος, τότε αναπτύσει αντισώματα και η πρόγνωση για τις επόμενες κυήσεις είναι καλή.

Η εγκυμοσύνη ξεκινήσει με θετικό τίτλο (γιατί είχε αντισώματα από παλαιότερη λοίμωξη), δεν γίνεται θεραπεία, αλλά παρακολουθείται η έγκυος κάθε δίμηνο. Όσο ψηλότερος είναι ο τίτλος από μόλυνση, που προηγήθηκε, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση για την εγκυμοσύνη, γιατί τα αντισώματα περνώντας τον πλακουντικό φραγμό, προστατεύουν το κύημα.

Μεγάλη σημασία έχει ν' αρχίσει η θεραπεία, όσο γίνεται νωρίτερα.

Τότε, είναι και πιο αποτελεσματική, γιατί εμποδίζει την αποβολή και την αποβολή του εμβρύου σε συχνότητα 90% ενώ χωρίς θεραπεία τα μισά έμβρυα θα προσβληθούν από την πάθηση.

Όπως και με την ερυθρά, μπορεί να συμβεί μια μη ανοσοποιημένη ενάντια στο τοξοπλάσματος γυναίκα, να μολυνθεί από τοξόπλασμα κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης. Ο μικροοργανισμός είναι ικανός να διαπερνάσει το πλακουντικό φράγμα και να μολύνει το έμβρυο προκαλώντας διαταραχές.

Φαίνεται ότι ο κίνδυνος είναι μηδενικός εάν η τοξοπλάσμωση μεταδωθεί κατά την διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων, ενώ μπορεί να υπάρξει κίνδυνος

ταξύ της 6ης και 9ης εβδομάδας. Πάντως οι πιο σοβαροί κίνδυνοι και οι κριότερες διαμαρτίες είναι εκείνες που προέρχονται από μια μετάδοση μεταξύ της 10ης και 20ης εβδομάδας κύησης. Στις επόμενες εβδομάδες οι εκδηλώσεις σε βάρος του εμβρύου είναι λιγότερο εμφανείς αν και δεν μπορούν αποκλεισθούν.

Οι πιθανές εμβρυϊκές διαμαρτίες είναι δύο τύπων: εκείνη σε βάρος του κεφάλου και εκείνη σε βάρος του ματιού. Οι βλάβες σε βάρος του εγκεφάλου, και του κρανίου συνιστάται σε μικροκεφαλία σε υδροκεφαλία η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική υπέρταση και καταστροφή λόγω συμπίεσης της νευρικής ουσίας.

Μερικές φορές λόγω αυτών των διαμαρτιών το νεογνό πεθαίνει, μερικές φορές αντίθετα επιζεί με διανοητική βλάβη.

Στο επίπεδο των ματιών το τοξόπλασμα προκαλεί καταρράκτη, αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδούς και οπτικό βολβό μικρότερο του φυσιολογικού (μικροαλμία).

Σε πιο γενικό επίπεδο το νεογέννητο μπορεί να παρουσιάζει δερματικά ανθήματα, ίκτερο, συκώτι και σπλήνα διογκωμένα και μια γενική κατάσταση αθρεψίας. Υπολογίζεται ότι το 50% των περιπτώσεων η εμβρυϊκή βλάβη διαρκεί αφανής την στιγμή της γέννησης, για να εκδηλωθεί κατά την παιδική ηλικία ή και της ενηλικίωσης. Μια από αυτές τις εκδηλώσεις είναι η ραγοειδίτιδα. Η ραγοειδίτιδα είναι μια φλεγμονή σε βάρος του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του οπτικού βολβού.

Η έγκυος δύσκολα αντιλαμβάνεται την νόσο, γιατί τα συμπτώματα είναι πολύ γενικά: πυρετός, πονοκέφαλος, ίσως κάποια δερματική κηλίδα. Ο μόνος σωστός τρόπος είναι οι επαναλαμβανόμενες γενικές εξετάσεις ορού αίματος. Μια πιθανή προφύλαξη για την γυναίκα που δεν γνωρίζει αν είναι μολυσμένη είναι η αποφυγή βρώσης μη καλοψημένων κρεάτων, κυρίως αρνιού.

### ΠΙΣΤΕΡΙΑΣΗ

Είναι μολυσματική πάθηση, επίκτητη για την έγκυο. Οφείλεται σε θετική κατά GRAH βάκιλλο, που η μετάδοσή του γίνεται με την τροφή, ιδιαίτερα τα κρέατα και τα λαχανικά, που δεν ψήθηκαν ή έβρασαν καλά, με τον αέρα

τις σεξουαλικές σχέσεις.

Η μόλυνση του εμβρύου γίνεται με το αίμα, είτε μέσω ενδομητρίτιδας. Οι όματες εκτρώσεις σε περίπτωση μόλυνσης είναι σπάνιες, ενώ είναι συχνό τοκετό και παρατηρούνται γύρω στην 28η εβδομάδα κύησης.

1/3 των εμβρύων πεθαίνει μέσα στην μήτρα ή κατά τον τοκετό.

Μισά απ' αυτά που θα γεννηθούν πάσχουν από την πάθηση, και τα υπόλοιπα αίνουν σε εμβρυϊκή ηλικία από μηνιγγίτιδα, ψπατίτιδα ή σηψαιμία.

Κλινικά η λιστερίωση εκδηλώνεται με πυρετό, με συμπτώματα γρίπης, φαγίτιδα κ.λ.π.

απευτικά χορηγούνται, αντιβιοτικά. Η αμπικιλλίνη χορηγείται και μετά τοκετό για την πρόληψη υποτροπής. Στην ίδια θεραπεία πρέπει να υποβεί και ο σύζυγος.

#### ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΙΑΣΗ

Το μυκόπλασμα ανήκει σε βακτηρίδια και η εμφάνισή του οφείλεται σε ένη σεξουαλική ζωή της γυναίκας, σε κακή διατροφή και παρατηρείται σε αίκες χαμηλού οικονομικο-κοινωνικού στρώματος. Η μυκοπλασμίαση προκα-ελάττωση του βάρους του νεογνού. Τελειόμηνα νεογνά, κάτω των 2.500 γρ. συχνότητα 22% οφείλεται σε έγκυες γυναίκες που προσβλήθηκαν από μυ-λασμίαση. Το νεογνό προσβάλλεται από την πάθηση την στιγμή της εξόδου κατά τον τοκετό. Στο έμβρυο το μικρόβιο απομονώνεται συχνότερα στους ύμονες κυρίως μετά από ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Επίσης απομονώνεται στόμα, στον εγκέφαλο και στο συκώτι. Η άποψη, πως η πάθηση προκαλεί αυ-ατες εκτρώσεις ή πρώιμους τοκετούς, δεν έχει απόλυτα τεκμηριωθεί.

Η θεραπεία της περιλαμβάνει χορήγηση ερυθρομυκίνης, ύστερα από καλλιέ-ια κολπικού εκκρίματος.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Ὅγδοο 8<sup>ο</sup>

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΑΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Όλες οι μορφολογικές ανωμαλίες, που οφείλονται σε προγεννητικές διαταραχές της διαδικασίας σχηματισμού, ονομάζονται στην ιατρική γλώσσα, συγγενείς διαμαρτίες και μερικές φορές δείχνουν φυσικές δυσμορφίες, τέτοιες ώστε να έχουν σαν αποτέλεσμα μια διαρκή αναπηρία ή στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, τον θάνατο.

Αυτές οι ανωμαλίες που έχουν αρχή την περίοδο που ακολουθεί την σύλληψη, μπορεί να εμφανισθούν από διάφορες αιτίες, όπως διαμαρτίες από γενετικές αιτίες, από αιτίες του περιβάλλοντος και από άγνωστους παράγοντες.

### Διαμαρτίες από γενετικές αιτίες.

Αυτές οι διαμαρτίες μπορεί να οφείλονται σε μορφολογικές ανωμαλίες των χρωματοσωματίων. Μελέτες που έχουν γι' αυτό τον σκοπό βεβαίωσαν, ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ διαμαρτιών και προχωρημένης ηλικίας της μητέρας. Αρκεί να σκεφτούμε τον μογγολισμό του οποίου η συχνότητα είναι μεγαλύτερη σε μητέρες που περνούν τα 45 χρόνια.

Εκτός από τον μογγολισμό είναι γνωστές και άλλες νοσηρές μορφές που εμφανίζονται στα κάτω άκρα, τα άνω άκρα, την κεφαλή και το πρόσωπο του νεογέννητου με αρκετές αλλοιώσεις. Το άνοιγμα των βλαφάρων εμφανίζεται πλάγιο και στενό, τα αυτιά είναι κουλουριασμένα, η μύτη μικρή και επίπεδη στην ρίζα, τα άνω άκρα είναι κοντά και τα δάχτυλα επίσης. Μερικές φορές, παρατηρούνται και δερματικά ελαττώματα (δέρμα ρυτιδωμένο) και δυσμορφίες των οστών.

Σε άλλες διαμαρτίες, όπως στην λαγοχειλία, παρατηρείται έλλειψη ένωσης των δύο ημίσεων του άνω χείλους.

Σε βάρος του Κ.Ν.Σ. υπάρχει μια μη πλήρης διαφοροποίηση των ενδοκρινών αδένων και του εγκεφάλου, με συνέπεια την διανοητική καθυστέρηση. Πολυάριθμες εμφανίσεις νοσηρών συνδρομών παρατηρήθηκαν σε μια διαδικασία κληρονομικότητας εκ μέρους του ενός ή και των δύο γονέων.

κότητας εκ μέρους του ενός ή και των δύο γονέων.

Άλλοι μελετητές υποστηρίζουν αντίθετα ότι αυτές οι μογγολοειδής ιδιο-  
τητες εμφανίζονται συχνά στους τελευταίους απογόνους μιας πολυάριθμης γε-  
νιάδας, πράγμα που οδηγεί στην απόδοση αυτών των διαμαρτιών στις πολυάριθμες  
γεννήσεις και επομένως στον αποκλεισμό της επίδρασης της κληρονομικότητας.  
Πάντως, ένας από τους κύριους παράγοντες απόδοσης αυτής της χρωματοσωμι-  
κής αλλοίωσης είναι η προχωρημένη ηλικία της μητέρας.

#### Διαμαρτίες από περιβαλλοντολογικές αιτίες.

Άλλες ασθένειες που πλήττουν το παιδί κατά την διάρκεια της ενδομήτριας  
ζωής του, μπορεί να οφείλονται σε αιτίες γνωστών παραγόντων: όπως φαρμακολο-  
γικοί, μηχανικοί, μολυντικοί, θρεπτικοί, ορμονικοί, τοξικοί και ακτι-  
νοβολίες.

#### ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι σημερινές γνώσεις πάνω στην χορήγηση φαρμάκων της πιο κοινής χρήσης κα-  
τά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και σχετικά με την δράση τους στις δυνατές  
μόλυντες εμβρυϊκές διαμαρτίες είναι λιγιστές και αντιφατικές.

Μερικοί μελετητές αναφέρουν γενικά συμπεράσματα των εμπειριών τους, που  
αφορούν τις επιδράσεις φαρμάκων επί του εμβρύου π.χ, φαρμάκων που βοηθούν  
στην ανάρρωση ενός ασθενή, φαρμάκων με βάση το όπιο, άλλων που έχουν την δυ-  
νατότητα να τονώνουν ή να αναστέλλουν τον μυϊκό τόνο, τέλος, που ασκούν τις  
θεραπευτικές τους επιδράσεις στο νευροψυχιατρικό επίπεδο και κυρίως στις  
ψυχώσεις (ηρεμιστικά).

Είναι δυνατό να συμπεράνουμε, ότι το μεγαλύτερο μέρος των χορηγούμενων  
φαρμάκων στην μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν την δυνατότη-  
τα να διαπεράσουν τον πλακούντα και να εισβάλλουν στην κυκλοφορία του εμ-  
βρύου δημιουργώντας αναπνευστικές δυσκολίες. Φλεγμονές του βλεννογόνου της  
ρινός, κυκλοφοριακές αλλοιώσεις, υποδερμικές και εγκεφαλικές αιμορραγίες.

Διαμαρτίες του εμβρύου έχουν περιγραφεί μετά την χορήγηση φαρμάκων για την θεραπεία παθήσεως όπως: η ανεμοβλογιά, το αλλεργικό σύνδρομο, το βήχα, η ημικρανία (αντιισταμινικά).

Όσον αφορά τα χημειοαντιβιοτικά αποδείχθηκε ότι οι συνήθεις θεραπευτικές δόσεις δεν προκαλούν εμβρυϊκές βλάβες, αν εξαιρέσουμε την κώφωση που μπορεί να προκληθεί, από μακροχρόνια χορήγηση στρεπτομυκίνης.

Μεταξύ των περισσότερο υπεύθυνων φαρμάκων για τις εμβρυϊκές διαμαρτίες είναι η θαλιδομίδη, της οποίας η χρήση είχε ως αποτέλεσμα την γέννηση χιλιάδων φωκομελών παιδιών, δηλαδή παιδιών που έπασχαν από ελαττωματική δυσμορφία άκρων. Άλλοι τύποι διαμαρτιών που οφείλονται σ' αυτό το φάρμακο είναι η έλλειψη ακουστικού πόρου, διαμαρτίες εσωτερικών οργάνων, έλλειψη των ουτιών.

Η δράση της θαλιδομίδης είναι ικανή να προκαλέσει μια διαμαρτία όταν η εγκύος λάβει το προϊόν μεταξύ της 25ης και 42ης ημέρας εγκυμοσύνης, χωρίς να αποκλείεται ότι η θαλιδομίδη μπορεί να προκαλέσει στις εγκύους στους πρώτους μήνες εγκυμοσύνης τις ίδιες ανεπανόρθωτες βλάβες στο έμβρυο.

Πρέπει επίσης να υπογραμμισθεί η βλαβερή δράση, άλλων φαρμάκων, όπως αντιβιοτικών ή κυτοστατικών, ικανών να εμποδίσουν ή να σταματήσουν την ανάπτυξη νεοπλασμάτων, που αν χρησιμοποιηθούν στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης δημιουργούν διαμαρτίες συχνά ανεπανόρθωτα στο έμβρυο: λαγοχειλία, σοβαρή καθυστέρηση στην ενδομητρική ανάπτυξη, πολλαπλές σκελετικές διαμαρτίες, τροφία των γονάδων και άλλων αδένων εσωτερικής έκκρισης, μέχρι και τον εμβρυϊκό θάνατο.

Είναι πολύ σπουδαίο, η μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πριν πάρει οποιοδήποτε φάρμακο να συμβουλευτείται τον γιατρό της, γιατί πολλές διαμαρτίες οφείλονται σε υπερβολική και αναξέλεγκτη χρήση φαρμάκων.

### ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

έχρι λίγες δεκαετίες πριν, δινόνταν τεράστια σημασία στο γεγονός ότι τραύματα ή πιέσεις από το εξωτερικό περιβάλλον, μπορούσαν να προκαλέσουν στο έμβρυο σοβαρές μορφολογικές ανωμαλίες, που στην συνέχεια, αποδόθηκαν σε μια έλλειψη οξυγόνου στο αίμα της μητέρας οφειλόμενη πολλές φορές σε μια καρδιακή ανακοπή, σε μια επιβράδυνση της κυκλοφορίας. Πάντως δεν υπάρχει αμφισβολία ότι μηχανικές αιτίες, όπως η μη φυσιολογική θέση του εμβρύου, μπορεί να προκαλέσουν μια εξάρθρωση του ισχίου ή βλάβες στην λεκάνη του νεογνού.

Μια κάποια σπουδαιότητα δόθηκε και στις απώλειες αίματος της μήτρας, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης γιατί αποτελεί έκφραση μη φυσιολογική, κατάστασης του βλενογόνου της μήτρας. Επίσης η συχνότητα διαμαρτιών που συναντιούνται σε διδύμους, θα μπορούσε να είναι συνέπεια μηχανικών φαινομένων συμπύκνωσης που δρουν στα έμβρυα υπό ανάπτυξη. Ακόμα ελαττώματα στην ανάπτυξη, από μηχανική συμπύκνωση, σημειώθηκαν αν και σπάνια σε έμβρυα εμφωλευμένα σε μήτρες με διάφορες διαμαρτίες, ενώ μια σπουδαιότητα δόθηκε και στις ανιωμαλικές ανωμαλίες (σχηματισμός συγκολλησεως), που δημιουργούν ένα μηχανικό εμπόδιο διαμέσου συμπύκνωσης ή παρεμβολής.

### ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι μολυσματικές ασθένειες, και ειδικά οι μικροβιακές, έγιναν αντικείμενο ειδικής προσοχής σαν πιθανοί υπεύθυνοι εμβρυϊκών διαμαρτιών. Όταν η ιλαρά προσβάλλει την μητέρα στους πρώτους μήνες κύησης, μπορεί να δημιουργηθούν σοβαρότατες επιπτώσεις για το παιδί: εμφανίζονται διαμαρτίες στην όραση, με δίπλευρο καταρράκτη ή τον αμφιβληστροειδή. Βλάβες στο ακουστικό σύστημα (κωφασαλία), διαμαρτίες της καρδιάς και οδοντικές ανωμαλίες, είναι μεταξύ των ανεπανδρωτων διαταραχών που εμφανίζονται περισσότερο στην εμβρυϊκή ανάπτυξη.

Επίσης και με μικρότερη συχνότητα, παρατηρήθηκαν η διακοπή της διανοητι-

της ανάπτυξης και παθήσεις του νευρικού συστήματος, όπως η επιληψία, που χαρακτηρίζεται από μια ξαφνική εμφάνιση γενικών σπασμών κατά την διάρκεια της οποίας το παιδί παρουσιάζει πλήρη απώλεια των αισθήσεων. Και άλλες βλάβες μπορεί να εντοπισθούν στις φάσεις της μόλυνσης.

Η λοιμώδης ηπατίτιδα έχει κάποια σπουδαιότητα στον καθορισμό διαμερτιών σε βάρος του νεογνού, ειδικά εάν εμφανισθεί στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Αντίθετα, αν μια τέτοια μολυσματική ασθένεια πλήξει την έγκυο από τον τρίτο μήνα και μετά, ο κίνδυνος αφορά περισσότερο την υγεία της μητέρας απ' ό,τι εκείνη του εμβρύου.

Ειδική αναφορά πρέπει να γίνει για τις μολυσματικές ασθένειες όπως η σύφιλη και η τοξοπλάσμωση. Η ωχρά σπειροχάλτη ή τρεπόννημα, δηλαδή ο οργανισμός που μεταδίδει την συφιλιδική μόλυνση, δεν κατορθώνει να διαπεράσει τον πλακούντα, παρά μόνο μετά τον δεύτερο μήνα της εγκυμοσύνης, γιατί μέχρι τότε τα αγγεία του πλακούντα είναι πολύ μικρής διαμέτρου, και υπάρχουν για την διαφύλαξη της υγείας του εμβρύου, ορισμένα κύτταρα που φαγοκυτταρώνουν και χωνεύουν το τρεπόννημα. Εάν μια μητέρα που πάσχει από συφιλιδική μόλυνση φέρει μέχρι πέρας την εγκυμοσύνη, το προϊόν της σύλληψης θα πάσχει από δευτερογενή σύφιλη, με χαρακτηριστικά εξανθήματα στις κορυφές των άκρων, ψευδοπαράλυση του PARROT, που αφορά τα άνω άκρα, και "προστές" σκιερότητας του κεραποειδή.

Επίσης σε περίπτωση εγκύων που επλήγησαν από την μολυσματική ασθένεια του HEINE-MEDIN (πολιομυελίτιδα), όπου η παραλυτική φάση εμφανίζεται με κόνους και μυϊκούς σπασμούς των άκρων και αναπνευστικών μυών. Η έγκυος που πάσχει από αυτή την ασθένεια κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποβάλλει, ή πρέπει να κάνει άμβλωση, ή θα έχει πρόωρο τοκετό με δύσμορφο έμβρυο. Και σε αυτήν την περίπτωση, υπάρχουν εγκεφαλικές βλάβες σε βάρος του εμβρύου.

### ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι πιο πρόσφατες στατιστικές επιβεβαίωσαν ότι η διαβητική γυναίκα πρέπει να παρακολουθείται σταθερά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί μεταδίδει στο έμβρυο συγγενείς διαμαρτίες. Έρευνες που έγιναν γι' αυτόν τον σκοπό απέδειξαν ότι, σε εκατοντάδες τοκετούς που έγιναν από διαβητικές, γυναίκες, υπάρχει μια σύμπτωση διαμαρτιών σε βάρος των άκρων και των οστών όπως και μια ογκώδης σωματική ανάπτυξη. Τα νεογνά μπορεί να έχουν οιδήματα στο επιθηλιακό επίπεδο, αιματικές αλλοιώσεις, καρδιακές διαμαρτίες και κρίσεις αναπνευστικών αναστολών. Η αιτία αυτών των διαμαρτιών πρέπει να αναζητηθεί και σε μειωμένη μεταφορά οξυγόνου στο έμβρυο.

Το μητρικό αίμα προμηθεύει στο έμβρυο και στο περιβάλλον του και ορμόνες έτσι φαίνεται καθαρά ότι μια υποθυρεοειδική γυναίκα, μπορεί να γεννήσει ένα παιδί που πάσχει από διανοητική ανικανότητα, μη όντας επαρκής η παραγόμενη ποσότητα από το νεαρό σχηματιζόμενο οργανισμό, η ελλιπής θυρεοειδής ορμόνη εμποδίζει την φυσιολογική ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος.

### ΙΟΝΤΙΣΜΕΝΕΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι συγγενείς διαμαρτίες μπορεί να προκληθούν από ακτίνες α, β, γ, νετρόνια και πρωτόνια που ακτινοβολούνται από ραδιοϊσότοπα.

Οποιαδήποτε ακτινοβολία υψηλής ενέργειας προκαλεί στα γεννητικά κύτταρα των εγκύων, χρωματοσωμικές ή γενετικές αλλοιώσεις που στην συνέχεια μεταδίδονται, σύμφωνα με τον νόμο της κληρονομικότητας, στο έμβρυο και δημιουργούν έναν κίνδυνο νεοπλασματος και μια γέννηση ατυπικών κυττάρων.

Από πειράματα σε θηλαστικά αποδείχθηκε ότι η παροχή ακτινοβολίας σε κυοφορούσα μήτρα, έχει σχεδόν πάντα σαν συνέπεια την διακοπή της εγκυμοσύνης. Οι ιοντισμένες ακτινοβολίες βλάπτουν κυρίως τα κύτταρα, και επομέ-

ως του ιστού, που πολλαπλασιάζονται με μεγάλη ταχύτητα.

Επομένως οι πιο σοβαρές αλλοιώσεις θα υπάρξουν όταν μια μεγάλη δόση ακτινοβολίας πλήξει ένα ασχημάτιστο έμβρυο παρά ένα ήδη σχηματισμένο, γιατί στην τελευταία περίπτωση η οργανογένεση έχει τελειώσει και δεν υπάρχουν νεοπλασματικά "προτσές" ανάπτυξης. Το φράγμα αντίστασης του εμβρυϊκού νευρικού ιστού σπάνια διαπερνάται, όπως δείχνει ο μεγάλος αριθμός υγιών παιδιών, γεννημένων από γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εξωγεννητική ακτινοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή σε μακροχρονες εξετάσεις με ακτίνες Ραίντ κεν (X). Ο κίνδυνος θα είναι τόσο μικρότερος όσο λιγότερο υψηλή είναι η δόση ακτινοβολίας και όσο πιο μακρινή από την μήτρα είναι η ζώνη στην οποία πέφτει.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ

Είναι ωφέλιμο να αναφερθεί, ότι εκτός από την προφύλαξη που επιβάλλεται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, είναι εξαιρετικής σημασίας και τα μέτρα προφύλαξης από τις αλλοιώσεις, επειδή στην ανθρώπινη ιστορία η κληρονομική περιουσία δεν απειλήθηκε ποτέ τόσο σοβαρά όσο σήμερα.

Στην σημερινή εποχή, διαπιστώθηκε ότι δύο κύριοι παράγοντες συντρέχουν στο να αυξηθούν στο ανθρώπινο γένος τον αριθμό των βλαμμένων γονάδων: από την μία μεριά η αύξηση των αλλοιώσεων, σαν συνέπεια της αυξημένης ραδιενέργειας και από την άλλη η χαλάρωση της φυσικής διαλογής, που οφείλεται στην πρόοδο της ιατρικής και που καθιστά ακόμη πιο σοβαρό το πρόβλημα της ακτινοβολίας. Άλλες έρευνες πάνω σ' αυτό το θέμα έγιναν σε σαράντα ευρωπαϊκές κλινικές και απέδειξαν ότι η συχνότητα των διαμαρτιών αυξάνει προοδευτικά από τον Νότο στον Βορρά.

Αυτή η αύξηση θα πρέπει να αποδοθεί στο περιεχόμενο σε ήλιο των διαφόρων γεωγραφικών πλατών, στην ένταση των ηλιακών ακτινοβολιών στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και κυρίως, στην επέμβαση μεταλλακτών που προέ-



χονται από την φύση. Αυτό αποδεικνύει τους σοβαρούς κινδύνους που απειλούν τις επόμενες γενεές λόγω μιας απεριόριστης και ανεξέλεγκτης ακτινοβολίας. Επομένως καλό είναι να μειωθούν στο απόλυτα αναγκαίο οι ακτινολογικές εξετάσεις όχι μόνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και έξω απ' αυτήν ειώνοντας όσο είναι δυνατό την απορροφούμενη δόση με την εφαρμογή των πιο ασφαλών ακτινολογικών τεχνικών: δυνατές ακτινοβολίες με ισχυρά φίλτρα ώστε να μειωθεί όσο είναι δυνατόν "η μέγιστη δόση". Αυτό που κυρίως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, δεν είναι μόνο η δυνατότητα πρόκλησης διαμαρτιών στο έμβryo κατευθείαν με την ακτινοβολία στην πρώτη φάση ανάπτυξής του, όσο η πιθανότητα του καθορισμού, με την ακτινοβολία των γονάδων μιας κληρονομικής γενετικής επιρροής από αυτές.

Στόχος μιας σωστής προφύλαξης από τις εμβρυϊκές διαμαρτίες, θα πρέπει να είναι, η εξαάλειψη όλων των προ της σύλληψης κληρονομικών ή επίκτητων παραγόντων, που θα γίνει με προσπάθεια να ελεγχθούν σωστά, διαμέσω των προ-αμνιαίων και μαιευτικών συμβουλών.

" Είδη Γενετικών Νόσων "

Εκτός από το γενετικό καθορισμό ο οργανισμός που διαπλάσσεται, δέχεται την επίδραση και εξωγενών παραγόντων, που δρούν τροποποιητικά στο σχηματισμό του οργανισμού κατά την ενδομήτρια ή εξωμήτρια ζωή και επομένως γενετικοί και εξωγενείς παράγοντες μόνοι ή σε συνδυασμό μεταξύ τους συμβάλλουν στη διάπλαση του ατόμου και καθορίζουν το σύνολο των μορφολογικών και λειτουργικών του χαρακτήρων.

Είναι δυνατό μια διαταραχή των παραγόντων αυτών χωριστά ή μαζί να προκαλέσει παθολογικές καταστάσεις στον άνθρωπο, οι οποίες αιτιολογικά μπορούν να διαιρεθούν: 1) σε γενετικές, όπου υπάρχει αλλοίωση του γενετικού υλικού, των γονιδίων ή των χρωμοσωμάτων, που μεταβιβάζεται κληρονομικά από προηγούμενη γενεά ή εμφανίζεται αιφνίδια στο ίδιο άτομο, 2) σε περιβαλλοντικές, οι οποίες οφείλονται καθαρά σε εξωγενείς παράγοντες χωρίς να έχουν σχέση με τη γενετική δομή του ατόμου, και 3) σε καταστάσεις που οφείλονται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Ειδικότερα, τα γενετικά νοσήματα είναι δυνατό να διαιρεθούν αιτιολογικά σε α) Γονιδιακά, όταν υπάρχει αλλοίωση ενός συγκεκριμένου γονιδίου, που μεταβιβάζεται κατά διάφορους τρόπους κληρονομικότητας, β) Πολυγονιδιακά ή πολυπαραγοντικά, που οφείλονται σε αλληλεπίδραση περισσότερων από ένα γονιδίων με παράγοντες του περιβάλλοντος, γ) Χρωμοσωματικά, όταν υπάρχει αλλοίωση της δομής ή του αριθμού των χρωμοσωμάτων.

"Τρόποι κληρονομικής μεταβιβάσεως των γονιδίων"

Εάν ένα αλληλόμορφο γονίδιο εκδηλώνεται στο φαινότυπο αβγέτης αν βρίσκεται σε ομόζυγη ή σε ετερόζυγη κατάσταση, τότε το γονίδιο ονομάζεται επικρατές. Εάν εκδηλώνεται μόνο όταν βρίσκεται σε ομόζυγη κατάσταση, τότε ονομάζεται υπολειπόμενο. Τα γονίδια που εδράζονται στα φυλετικά χρωμοσώματα ονομάζονται φυλοσύνδετα και μπορεί να είναι επικρατή ή υπολειπόμενα.

" Ανωμαλίες των χρωμοσωμάτων του φύλου "

Ο καθορισμός του φύλου στον άνθρωπο είναι όπως είναι γνωστό, χρωμοσωματικός. Δύο Χ χρωμοσώματα καθορίζουν το θηλυκό και ένα Χ και ένα Υ καθορίζουν το αρσενικό. Υποτίθεται επομένως ότι ορισμένα από τα γονίδια που εδράζονται στα χρωμοσώματα αυτά, τα οποία καλούνται φυλετικά, είναι υπεύθυνα για τον καθορισμό του φύλου από την εμβρυϊκή ακόμα ζωή του ατόμου.

Από το 1921 ήταν γνωστό, χωρίς όμως αυτό να έχει αποδειχτεί, ότι τα αρσενικά άτομα διαφέρουν από τα θηλυκά ως προς τη χρωμοσωμοτική σύσταση των φυλετικών χρωμοσωμάτων τους. Η πρώτη ανακάλυψη έγινε από τον BARR το 1949 όταν διαπίστωσε ότι μια μάζα από χρωματίνη που βρισκόταν στον πυρήνα νευρικών κυττάρων, ήταν πολύ συχνή στις γυναίκες, όχι όμως και στους άνδρες.

Το σωματίο BARR είναι δυνατό να βρεθεί σε πολλούς τύπους κυττάρων αλλά ο ιστός που χρησιμοποιείται σήμερα συχνότερα για την ανεύρεση σωματίου BARR για διαγνωστικούς σκοπούς, είναι ο στοματικός βλεννογόνος. Ένα άτομο είναι BARR θετικό, εάν ανευρίσκονται στα κύτταρα του σώματι BARR ή BARR αρνητικό στην αντίθετη περίπτωση. Το ποσοστό των BARR θετικών κυττάρων κυμαίνεται από 17-30% σε φυσιολογικά θηλυκά άτομα.

Η παρουσία του σωματίου BARR απαιτεί την παρουσία δύο τουλάχιστον φυλετικών χρωμοσωμάτων Χ. Ο αριθμός των σωματίων BARR που ανευρίσκονται είναι όσα τα χρωμοσώματα Χ-Υ.

Το σωματίο Ba55 είναι σήμερα γνωστό, ότι αντιπροσωπεύει το ένα από τα δύο χρωμοσώματα Χ, το αδρανοποιημένο ή ανενεργό. Επί πολλά χρόνια οι γενετιστές δεν μπορούσαν να εξηγήσουν τη δράση των φυλοσύνδετων γονιδίων. Πως δηλαδή είναι δυνατό το προϊόν που σχημάτιζε τα γονίδια αυτά να μην ήταν σε διπλάσια δόση στις γυναίκες, οι οποίες έχουν 2Χ, από τους άνδρες που έχουν μόνο ένα Χ.

Την απάντηση στο ερώτημα αυτό έδωσε η MARY LYON το 1961.

Η θεωρία της LYON έδωσε τις ακόλουθες εξηγήσεις:

- 1) Στα σωματικά κύτταρα των θηλυκών ατόμων μόνο ένα χρωμόσωμα X είναι ενεργό. Το δεύτερο χρωμόσωμα X είναι ανενεργό και παρουσιάζεται στα κύτταρα που βρίσκονται σε μεσόφαση ως σωματίο BARR.
- 2) Η αδρανοποίηση του X γίνεται από την εμβρυϊκή ζωή.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Ένατον 9<sup>ο</sup>

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

Το φύλο ενός ατόμου καθορίζεται από ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία σε ένα φυσιολογικό άτομο είναι όλα αρσενικού ή θηλυκού τύπου. Εάν ένα άτομο παρουσιάζει χαρακτηριστικά αρσενικού και θηλυκού τύπου, τότε η κατάσταση αυτή ονομάζεται ερμαφροδιτιτισμός.

Τα χαρακτηριστικά του φύλου είναι 7 από τα οποία 5 είναι οργανικά και 2 ψυχολογικά. Στα οργανικά ανήκουν το είδος των χρωμοσωμάτων του φύλου, η ιστολογία των γονάδων, η μορφολογία των έξω γεννητικών οργάνων, η μορφολογία των έσω γεννητικών οργάνων και η ορμονική κατάσταση, ενώ στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ανήκουν το φύλο της ανατροφής, και ο ρόλος του ατόμου στην οικογένεια.

"Φυσιολογική διαφοροποίηση του φύλου"

Είναι γνωστό ότι η διαφοροποίηση των αρχέγονων εμβρυϊκών γονάδων και η εξέλιξή τους σε όρχεις ή ωοθήκες καθορίζεται από το χρωμοσωματικό φύλο. Σε περίπτωση δηλαδή που υπάρχει το χρωμόσωμα Y, τότε οι αδιαφοροποίητες γονάδες εξελίσσονται σε όρχεις, ενώ εάν απουσιάζει εξελίσσονται σε ωοθήκες.

Για τη διαμόρφωση της αδιαφοροποίητης εμβρυϊκής γονάδας συμμετέχουν τα αρχέγονα γεννητικά κύτταρα που μεταναστεύουν από το τοίχωμα του λεκιθικού ασκού, προς το τέλος της 5ης εμβρυϊκής εβδομάδας. Με κριτήριο την εντόπιση των αρχέγονων γεννητικών κυττάρων στη φλοιώδη ή στη μυελώδη μοίρα της αρχέγονης γεννητικής ταινίας αναγνωρίζεται η μελλοντική εξέλιξη της εμβρυϊκής γονάδας. Έτσι η εντόπιση των αρχέγονων γεννητικών κυττάρων στη φλοιώδη μοίρα υποδηλώνει εξέλιξη προς ωοθήκη, ενώ η εντόπισή τους στη μυελώδη μοίρα υποδηλώνει εξέλιξη προς όρχεις.

Εφόσον οι αδιαφοροποίητες εμβρυϊκές γονάδες εξελιχθούν σε όρχεις, με την τεστοστερόνη που παράγουν αρχίζει η διαφοροποίηση των πόρων του WOLFF, από τους οποίους διαμορφώνονται τελικά την 4η-12η εβδομάδα τα αν-

δρική έσω γεννητικά όργανα. Τα έξω γεννητικά όργανα προέρχονται από την ουρογεννητική σχισμή, από το γεννητικό φύμα και από τα δύο πλάγια χειλο-χειικά ογκώματα. Η διαφοροποίησή τους αρχίζει μετά την 8η εμβρυϊκή εβδομάδα από την επίδραση της 5α-διυδροτεστοστερόνης, που είναι ενδοκυτταρικό μεολικό παράγωγο της τεστοστερόνης, αποκλειστικά δραστικό για ορισμένους τουλάχιστον ιστούς, μεταξύ των οποίων και τα έξω γεννητικά όργανα. Η διαμόρφωση των έσω και έξω γεννητικών οργάνων και η πλήρης εξελίξη ενός ατόμου σε άνδρα προϋποθέτει τη φυσιολογική σύνθεση ανδρογόνων από τη μεί και την ευαισθησία των οργάνων στόχων στη δράση τους από την άλλη από τα πρώτα στάδια της εμβρυϊκής ζωής.

Εάν υπάρχει όρχις που παράγει ανδρογόνα αλλά δεν απαντούν τα τελικά όργανα ή εάν υπάρχει αγενεσία των γονάδων ή τέλος εάν υπάρχουν ωσθήκες, τότε αναπτύσσονται γυναικεία έσω γεννητικά όργανα από τους πόρους του MULLER, ενώ οι πόροι του WOLF υποστρέφονται τη 12η εβδομάδα.

Υπάρχουν αρκετά σχήματα κατατάξεως των διαταραχών της διαφοροποίησης του φύλου. Η κατάταξη διαχωρίζει τις διαταραχές αυτές σε δύο μεγάλες κατηγορίες με βάση την αιτιολογία τους:

1) Διαταραχές στην ανάπτυξη των γονάδων, στις οποίες η βασική βλάβη αφορά συνήθως τα χρωμοσώματα.

2) Διαταραχές της ενδοκρινολογίας του εμβρύου, όπου τα άτομα έχουν φυσιολογικά χρωμοσώματα που αντιστοιχούν στο γοναδικό τους φύλο, αλλά παρουσιάζουν συνήθως κάποια γεννητική βλάβη, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι κληρονομική.

"Διαταραχή στην ανάπτυξη των γονάδων"

"Γοναδική δυσγενεσία"

Η γοναδική δυσγενεσία αποτελεί κατάσταση, κατά την οποία παρατηρείται εκφύλιση των γεννητικών κυττάρων αμέσως μετά τη μετάνάστευσή τους στην αδιαφοροποίητη γονάδα κατά την εμβρυϊκή ζωή. Έτσι, οι γονάδες δεν αναπτύσσονται και στη θέση τους υπάρχουν ταινιοειδείς γονάδες από ινώδη συνδετικό ιστό, οι οποίες δεν παράγουν ορμόνες.

Στο σύνδρομο αυτό παρατηρείται ένα ευρύ φάσμα καρυοτύπων με συχνότερο τον καρυότυπο 45X. Η κλινική αυτή οντότητα έχει περιγραφεί ως σύνδρομο TURNER, το οποίο παρατηρείται σε συχνότητα 1 στα 2.500 ή κατά άλλους 1 στα 7.000 ζωντανά θήλεα νεογνά. Το σύνδρομο TURNER χαρακτηρίζεται και από άλλες σωματικές ανωμαλίες από τις οποίες συχνότερες είναι βραχυσωμία, τα αυχενικά πτερύγια, το λεμφόδημα των άνω και κάτω άκρων και οι συγγενείς διαμαρτίες στο κυκλοφορικό.

Λόγω των ανωμαλιών αυτών η διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται πολύ νωρίς, παρ'όλο που τα έσω και έξω γεννητικά όργανα είναι φυσιολογικά. Κατά την ήβη δεν αναπτύσσονται οι μαστοί και οι δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου, ούτε εμφανίζεται έμμηνος ρύση, επειδή δεν παρατηρείται έκκριση οιστρογόνων.

Σε μια δεύτερη ομάδα της γοναδικής δυσγενεσίας, τα άτομα παρουσιάζουν μωσαϊκό, δηλαδή υπάρχουν κύτταρα με ένα είδος καρυότυπου και κύτταρα με άλλο είδος, ή κάποια δομηκή ανωμαλία στο δεύτερο X χρωμόσωμα. Ασθενείς με τέτοιους καρυότυπους μπορεί να είναι φυσιολογικού ύψους και να μην εμφανίζουν τα όλα σωματικά στίγματα του συνδρόμου TURNER. Είναι επίσης δυνατόν οι ασθενείς αυτές να εμφανίσουν μικρή ανάπτυξη των μαστών και μερικούς γεννητικούς κύκλους με έμμηνο ρύση, επειδή παρέμειναν μερικά ωοθυλάκια στις ωοθήκες τους.



Σ'όλες τις περιπτώσεις, χορηγούνται οιστρογόνα και προγεστερόνη, τα οποία προκαλούν πλήρη ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου. Η στειρότητα όμως αυτών των ατόμων, όπως και στο σύνδρομο KLINEFELTER δεν θεραπεύεται.

### "Αληθής ή γνήσιος ερμαφροδιτισμός"

Αληθής η γνήσιος ερμαφροδιτισμός ονομάζεται κατά την οποία στο ίδιο άτομο συνυπάρχουν διαφοροποιημένη ωθήκη και όρχις. Είναι δυνατό από τη μια πλευρά να υπάρχει διαφοροποιημένη ωθήκη και από την άλλη διαφοροποιημένες όρχις. Είναι επίσης δυνατόν στην ίδια πλευρά να υπάρχει και ωθήκη και όρχις. Η ανάπτυξη των έξω γεννητικών οργάνων εξαρτάται από τη φύση της γονάδας που υπάρχει σε κάθε πλευρά.

Έτσι στην πλευρά της ωθήκης αναπτύσσεται μήτρα και σάλπιγγα, ενώ στην πλευρά του όρχεος σπερματικός πόρος και επιδιδυμίδα. Τα έξω γεννητικά όργανα είναι διφυλόμορφα, δηλαδή παρουσιάζουν χαρακτηριστικά στοιχεία αρσενικού και θηλυκού τύπου. Εξάλλου, το φύλο με το οποίο ανατρέφονται τα άτομα αυτά εξαρτάται κυρίως από το σχήμα και το μέγεθος του πέους.

Ο καρυότυπος των ατόμων με αληθή ερμαφροδιτισμό είναι συνήθως θηλυκού τύπου (XX). Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να βρεθούν μωσαϊκά τύπου XY/XX ή καρυότυπος αρσενικού τύπου (XY).

Η διάγνωση του συνδρόμου, που γίνεται νωρίς λόγω της διφυλομορφίας των έξω γεννητικών οργάνων, καθιερώνεται με την ιστολογική εξέταση των γονάδων. Κατά τη θεραπεία πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη το ψυχολογικό φύλο και η μελλοντική λειτουργική ικανότητα των έξω γεννητικών οργάνων. Αλλαγή του φύλου που δόθηκε κατά τη γέννηση δεν πρέπει να γίνεται μετά το 20 έτος της ηλικίας, παρά μόνο όταν υπάρχει σοβαρός ανατομικός λόγος και αφού προηγηθεί ψυχολογική προπαρασκευή του ατόμου.

"Ανδρικός ψευδερμαφροδιτισμός"

Στην ομάδα αυτή του ανδρικού ψευδερμαφροδιτισμού υπάγονται δύο νοσολογικές οντότητες, δηλαδή η πρωτοπαθής γοναδική βλάβη και η βλάβη στο χρωμόσωμα Y.

Οι ασθενείς με πρωτοπαθή γοναδική βλάβη έχουν φυσιολογικό ανδρικό καρυότυπο (46,XY), δεν έχουν όμως γονάδες, γι' αυτό και η διαταραχή αυτή ονομάστηκε γοναδική αγενεσία. Τα έσω γεννητικά όργανα είναι διφυλόμορφα και παρατηρείται κόλπος, ενώ δεν υπάρχουν ενδείξεις γυναικείων γεννητικών οργάνων.

Ο πιο κοινός τύπος ανδρικού ψευδερμαφροδιτισμού με βλάβη στο χρωμόσωμα Y είναι το σύνδρομο της ασύμμετρης γοναδικής διαφοροποίησης ή μηκτικής γοναδικής δυσγενεσίας. Οι ασθενείς αυτοί έχουν όρχι στη μια πλευρά και ταλιοειδή γονάδα στην άλλη. Η συχνότητα ανάπτυξεως κακοήθους εξαλλαγής στις γονάδες αυτές είναι πολύ υψηλή.

Τα έσω γεννητικά όργανα είναι συνήθως γυναικεία. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αυτών ( 50%) τα έσω γεννητικά όργανα είναι διφυλόμορφα με μορφολογία που ποικίλλει από σχεδόν ανδρική μέχρι σχεδόν γυναικεία. Ο συχνότερος καρυότυπος που παρατηρείται είναι το μωσαϊκό του τύπου X/KY.

"Διαταραχές της ενδοκρινολογίας του εμβρύου"

α) "Γυναικείος ψευδερμαφροδιτισμός με μερική αρρενοποίηση"  
Ο ψευδερμαφροδιτισμός ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία ο καρυότυπος, οι γονάδες και τα έσω γεννητικά όργανα είναι του ενός φύλου, ενώ τα έξω γεννητικά όργανα είναι μικτά (διφυλόμορφα).

Έτσι στο γυναικείο ψευδερμαφροδιτισμό ο καρυότυπος οι γονάδες και τα έσω γεννητικά όργανα είναι γυναικεία, ενώ τα έξω γεννητικά όργανα είναι διφυλόμορφα.

Ο γυναικελός ψευδεργαφροδιτιτισμός οφείλεται στην επίδραση ανδρογόνων από τα πρώτα στάδια της εμβρυϊκής ζωής. Τα ανδρογόνα αυτά προέρχονται είτε από τα επινεφρίδια, είτε από εξωεπινεφριδικές πηγές.

Η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων είναι υπεύθυνη για το 50% των κοριτσιών που παρουσιάζουν διφυλόμορφα έξω γεννητικά όργανα. Στην κατάσταση αυτή παρατηρείται μεγάλου ή μικρού βαθμού ενζυμική ανεπάρκεια στη σύνθεση της κορτιζόλης με αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγής ACTH. Τα αυξημένα επίπεδα ACTH διεγείρουν περισσότερο τα επινεφρίδια, τα οποία επειδή δεν μπορούν να παράγουν με ευκολία γλυκοκορτικοειδή (λόγω ενζυμικής ανεπάρκειας) παράγουν ανδρογόνα και κυρίως ανδροστενεδιόνη και δεϋδροεπεανδροστερόνη. Μόνο τα έξω γεννητικά όργανα επηρεάζονται, γιατί ο φλοιός των επινεφριδίων αρχίζει να λειτουργεί τη 12η εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής, δηλαδή κατά την οποία διαμορφώνονται τα έξω γεννητικά όργανα, ενώ τα έσω γεννητικά όργανα έχουν ήδη διαπλασθεί.

Έχουν περιγραφεί τρεις ενζυμικές ανεπάρκειες των επινεφριδίων στις οποίες παρατηρείται υπερπαραγωγή ανδρογόνων. Αυτές είναι: η ανεπάρκεια 3β-υδροξυστεροειδικής δεϋδρογενάσης της 21-υδροξυλάσης και της 11-υδροξυλάσης. Συχνότερη από αυτές είναι η ανεπάρκεια της 21-υδροξυλάσης.

Ανάλογα με την πρωιμότητα, το είδος και το βαθμό της ενζυμικής βλάβης η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων στα κορίτσια εκδηλώνεται κλινικά κατά τη γένεση ως ψευδεργαφροδιτιτισμός, κατά την παιδική ηλικία ως ετεροφυλική πρώιμη ήβη και κατά την ήβη ως υπερτρέχωση με αναστολή της σωματικής ανάπτυξης, έλλειψη ανάπτυξης των μαστών και πρωτοπαθή αμηνόρροια.

Οι σοβαρές εκδηλώσεις του συνδρόμου μπορούν να προληφθούν αν γίνει έγκαιρη διάγνωση και εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με έλεγχο της ορμονικής εκκρίσεως. Η θεραπεία είναι απλή και συνιστάται στη χορήγηση κορτιζόνης σε δόση

ποκαταστάσεως (20-30MG την ημέρα) για όλη τη ζωή.

Γυναικελός ψευδερχμαφροδιτιςμός μπορεί να προκληθεί επίσης όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα ανδρογόνων στην κυκλοφορία της μητέρας. Τα υψηλά επίπεδα ανδρογόνων στη μητρική κυκλοφορία προέρχονται είτε από αρρενοποιητικό όγκο είτε όταν η μητέρα παίρνει εξωγενή ανδρογόνα.

β) "Ανδρικός ψευδερχμαφροδιτιςμός με μερική ανεπάρκεια αρρενοποιήσεως".  
Ανδρικός ψευδερχμαφροδιτιςμός είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει φυσιολογικό ανδρικό καρυότυπο (46,XY) όρχεις και ανδρικά έξω γεννητικά όργανα, ενώ τα έξω γεννητικά όργανα είναι διφυλόμορφα. Ανδρικός ψευδερχμαφροδιτιςμός με μερική ανεπάρκεια αρρενοποιήσεως προκαλούν δύο καταστάσεις, που εμφανίζονται από τα πρώτα στάδια της εμβρυϊκής ζωής:

- 1) Ανεπάρκεια στη σύνθεση των ανδρογόνων και
- 2) Έλλειψη ευαισθησίας των οργάνων στόχων στα ανδρογόνα.

Η αδυναμία στη σύνθεση των ανδρογόνων οφείλεται σε ανεπάρκεια των ενζύμων που παρεμβάλλονται στα διάφορα στάδια για την παραγωγή των ανδρογόνων, από τη χοληστερόλη μέχρι την τεστοστερόνη και την 5α-διϋδροτεστερόνη. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί εμζυμικές ανεπάρκειες της 20α-υδροξυλάσης της 17,20-δεσμολάσης, της 3β-υδροξυλάσης, της 17-κετοστεροειδικής αναγωγής και της 5α-αναγωγής.

Η έλλειψη ευαισθησίας στα ανδρογόνα είναι αποτέλεσμα αντιστάσεως των οργάνων-στόχων στις ορμόνες αυτές. Η αντίσταση των ιστών μπορεί να είναι μερική ή πλήρης. Πρόκειται δηλαδή στην περίπτωση αυτή για διαταραχή της δράσεως των ανδρογόνων στο κυτταρικό επίπεδο που μπορεί να οφείλεται:

- 1) σε ανεπάρκη σύνδεση των ανδρογόνων με τους κυτταροπλασματικούς υποδοχείς των κυττάρων στόχων.
- 2) σε διαταραχή της μεταφοράς του συμπλέγματος "ανδρογόνο-υποδοχέας"

τον πυρήνα και

3) στην αδυναμία συνδέσεως του συμπλέγματος με τη χρωματίνη του πυρήνα

Η διάγνωση αυτών γίνεται από την κλινική εικόνα, τον καρυότυπο, την ιστολογική εικόνα των γονάδων και τον ορμολογικό έλεγχο. Κατά τη θεραπεία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το ψυχολογικό φύλο και η μελλοντική λειτουργική ικανότητα των έξω γεννητικών οργάνων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Δέκατον ΙΟ<sup>ο</sup>

Ορισμός. Διαπλαστικές ανωμαλίες του νεογνού είναι οι μετανάστrophες εκείνες παθολογικές καταστάσεις, που υπάρχουν πριν από τον τοκετό και αφορούν την εκτροπή της φυσιολογικής διάπλασης των οργάνων του.

Αίτια. Γενικά τις διαπλαστικές ανωμαλίες προκαλούν:

α) Οι κληρονομικές γενετικές διαταραχές,

δηλαδή τα παθολογικά γονίδια, είτε είναι επικρατούντα, είτε υπολειπόμενα. Αν τα γονίδια είναι επικρατούντα, το νεογνό είναι δυνατό να εμφανίσει αχονδροπλαστία, υπολειπόμενη οστεογένεση, νευρωϊνωμάτωση, πολυποδίαση του εντέρου, πολυδαχτυλία, συνδαχτυλία, πολυποδίαση του εντέρου κ.λ.π.

Αν τα γονίδια είναι υπολειπόμενα, μπορεί να εμφανίσει το νεογνό προδευτική μυϊκή ατροφία, αιμοροφιλία, νόσο του CHRISTMAS και σύμφυτες διαταραχές του μεταβολισμού, αιμοσφαιρινοπάθεια κ.λ.π.

β) Οι χρωματοσωμικές παρεκκλίσεις,

προκαλούν διάφορα σύνδρομα, όπως του TURNER, KLINEFELTER, DOWN κ.λ.π.

γ) Οι τυχαίες επιδράσεις,

όπως η ακτινοβολία της πύελου, του περιβάλλοντος (βόμβα Χιροσίμας) η ενδομήτρια μόλυνση (τοξοπλασμίαση, ερυθρά), τα φάρμακα (θαλιδομίδη) προκαλούν εγκεφαλικές βλάβες, ανωμαλίες στα μάτια, στα αυτιά κ.λ.π.

Οι διαπλαστικές ανωμαλίες προκαλούν τον θάνατο του εμβρύου σε συχνότητα 18<sup>ο</sup>/ο. Πιο συχνές παρουσιάζονται στα έμβρυα των αυτόματων εκτρώσεων και στις γεννήσεις νεκρών εμβρύων.

Η ανάπτυξη διαπλαστικής ανωμαλίας εξαρτάται:

α) Από το στάδιο ανάπτυξης του εμβρύου, κατά το οποίο επέδρασε ο βλαπτικός παράγοντας.

β) Από την ευαισθησία του κυτταρικού μεταβολισμού.

γ) Από την γενετική προδιάθεση.

Μορφές. Από τις πολλές μορφές των διαπλαστικών ανωμαλιών που συμβαίνουν οι συχνότερες είναι οι εξής:

#### ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΚΡΩΝ

Οι περισσότερο συνηθισμένες είναι η ραιβοποδία και η πολυδαχτυλία. Στη

οιβοποδία, το παιδί βαδίζει με την ποδοκυήμεκή άρθρωση ή με τον αστρά-  
αλο. Η πάθηση διορθώνεται ορθοπαιδικά.

Στη πολυδαχτυλία, εμφανίζεται τις περισσότερες φορές, ανάπτυξη δέρματος  
και χόνδρου προσκολλημένου με μίσχο στην βάση του τέταρτου δαχτύλου του  
επιπέδου ή του ποδιού. Αν ο μίσχος είναι μικρός γίνεται απολίνωση, αν είναι  
πλατύς, τότε γίνεται ακρωτηριασμοί του δαχτύλου.

#### ΑΝΕΓΚΕΦΑΛΙΑ

Αυτή χαρακτηρίζεται από έλλειψη του θόλου του κρανίου, παρουσία μόνο  
της βάσης του κρανίου και του προσώπου, στοιχειώδη ανάπτυξη των ημισφαι-  
ριών του εγκεφάλου και υποπλασία της υπόφυσης, που αποτελεί αιτία υποπλα-  
σίας και των επινεφριδίων.

Τα μάτια του νεογνού εξέχουν από τις κόγχες και η γλώσσα του κρέμε-  
ται έξω από το στόμα. Σε συχνότητα 70% τα νεογνά αυτά είναι θηλυκά.

Η διαπλαστική αυτή ανωμαλία προκαλείται από γεννητικούς παράγοντες,  
και παράγοντες του περιβάλλοντος και είναι δυνατό να εμφανισθεί και σε  
επόμενη εγκυμοσύνη. Τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από ισχιακή ή προ-  
σωπική προβολή και από πολυάμνιο, που οφείλεται σε αδυναμία κατάποσης του  
αμνιακού υγρού, σε έλλειψη αντιδιουρητικής ορμόνης και σε έκκριση του χο-  
λοειδούς πλέγματος των μηνίγγων που είναι ακάλυπτες. Όταν δεν υπάρχει  
πολύάμνιο, η εγκυμοσύνη είναι δυνατόν να παρατηθεί μέχρι ένα χρόνο από, α-  
ιευκρίνιστα αίτια.

Η διάγνωση της ανεγκεφαλίας θα γίνει με τους χειρισμούς του LEOPOLD,  
αλλά είναι δύσκολη γιατί υπάρχει πολυάμνιο, κυρίως με την υπερηχογραφία  
και σε έλλειψη αυτής με την ακτινογραφία.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται έλλειψη οιστριόλης στα ού-  
ρα της εγκύου, γιατί υπάρχει υποπλασία των επινεφριδίων και την ύπαρξη  
υψηλής α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης στο αμνιακό υγρό.

Για την αντιμετώπισή της, προκαλείται τοκετός μετά την 34η εβδομάδα,  
σε τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων με χορήγηση ωδινοποικτικού ορού.

#### ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN (Τρισωμία 21 ή μογγολοειδής ιδιοτυπία)

Το σύνδρομο αυτό οφείλεται σε τρισωμία του χρωματοσώματος 21, δηλαδή



τάρχουν 47 χρωματοσώματα, που δεν είναι απαραίτητο να επαναληφθεί σε μελλοντική εγκυμοσύνη ή σε μετατόπιση του χρωματοσώματος 21, δηλαδή 46 χρωματοσώματα, που είναι δυνατόν να επαναληφθεί σε μελλοντική εγκυμοσύνη.

Η τρισωμία 21 εμφανίζεται σε συχνότητα 1:600 γεννήσεις και εξαρτάται από την ηλικία της εγκύου. Ο κίνδυνος εμφάνισης παιδιού με σύνδρομο DOWN μειώνεται, όταν η ηλικία της εγκύου είναι μικρή. Τα νεογνά που εμφανίζουν τρισωμία 21, πάσχουν 10-20 φορές συχνότερα από λευχαιμία.

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου είναι οι διαπλαστικές ανωμαλίες του σκελετού των νεογνών, η πνευματική καθυστέρηση, η μικροκεφαλία, οι λοξές προς τα πάνω σχισμές και ο επίκανθος, τα μικρά αυτιά, τα παχιά άγουλα, τα κοντά άκρα, ο κοντός λαιμός, η κοιλιά που προβάλλει κ.λ.π.

Το σύνδρομο σπάνια προκαλεί τον θάνατο, αλλά δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στους γονείς.

#### ΣΥΝΔΡΟΜΟ KLINEFELTER

Στο σύνδρομο αυτό υπάρχει ένα παραπάνω χρωματοσώμα X (XXY). Απαντάναι σε αρσενικά νεογνά και σε συχνότητα 1:500 γεννήσεις και χαρακτηρίζεται από ελκωσπερμία, γυναικομαστία και πνευματική καθυστέρηση και εκδηλώνεται στην εφηβική ηλικία.

Η διάγνωσή του επιβεβαιώνεται με την ανέρευση θετικής χρωματίνης φύλου, δηλαδή με το σωματίο του BARR.

#### ΣΥΝΔΡΟΜΟ TURNER (Γοναδικής δυσγευσίας)

Στο σύνδρομο αυτό υπάρχουν 45 χρωματοσώματα φύλου (XO) απαντάται σε θηλυκά νεογνά σε συχνότητα 1:2.000 γεννήσεις και χαρακτηρίζεται από λεμφικό οίδημα των άκρων των χεριών και των ποδιών, που εξαφανίζεται με την πρόοδο της ηλικίας, από χαλαρές πτυχές του δέρματος στις αλγίες επιφάνειες του αυχένα που καταλήγουν σε πτερύγια, από μικροσωμιακές διαπλαστικές ανωμαλίες της καρδιάς και των νεφρών, από έλλειψη των δευτερευόντων χαρακτήρων του φύλου, από υποπλασία της μήτρας και του κόλπου κ.λ.π.

#### ΣΥΝΘΥΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

Αυτές προέρχονται από έλλειψη ενζύμων, με αποτέλεσμα τον ατελή μετα-

ολισμό των πρωτεϊνών, των λευκωμάτων και των λιπών, που είναι δυνατόν να προκαλέσουν διαπλαστικές ανωμαλίες και πνευματική καθυστέρηση.

Ανάμεσα στις παθήσεις που προκαλούν σύμφυτες διατάραχές του μεταβολισμού, είναι η φαινυλκετονουρία, δηλαδή η ανικανότητα να μετατραπεί η αινυλανίνη σε τυροσίνη. Στην χώρα μας η συχνότητα της φαινυλκετουουρίας θάνει το 1:10.000 γεννήσεις.

Επειδή προκαλεί πνευματική καθυστέρηση και διορθώνεται διαιτητικά, η διάγνωσή της πρέπει να γίνεται έγκαιρα. Έτσι, συνιστάται ο έλεγχός της σ' όλα τα νεογνά, ανάμεσα στην 6η-14η ημέρα.

Για την πρόληψή της ελέγχεται η φαινυλκετουουρία στην γυναίκα, πριν συλλάβει. Αν ο έλεγχός της αποβεί θετικός, τότε συνιστάται δίαιτα φτωχή σε αινυλαλανίνη, χωρίς όμως να είμαστε βέβαιοι για το αποτέλεσμα.

#### ΑΤΡΗΣΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Σ' αυτή υπάρχει τυφλή κατάληξη του οισοφάγου στο ύψος του τόξου της α-υγής φλέβας. Τις περισσότερες φορές συνυπάρχει με πολυάμνιο. Εμποδίζει την σίτιση του νεογνού και η διάγνωσή της γίνεται ύστερα από άκαρπη προσπάθεια εισαγωγής καθετήρα στο στομάχι του νεογνού. Αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

#### ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ

Η ομφαλοκήλη του νεογνού, εμφανίζεται με την μορφή σάκκου, από περιτοναίο σιεπασμένο με άμνιο και περιέχει έντερο.

Η ρήξη του σάκκου, η εκσπλάχνωση και η Περιτονίτιδα αποτελούν σοβαρές επιπλοκές της.

Στον ορό της μητέρας και στο αμνιακό υγρό σε περίπτωση ομφαλοκήλης υπάρχει αυξημένη η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη.-

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Ενδέκατο II<sup>ο</sup>

"Προβλήματα του εμβρύου κατά τον τοκετό"

Πρόωρο νεογνό

ορισμός. Πρόωρο ή ανώριμο λέγεται το νεογνό, που γεννιέται πριν από την 7η εβδομάδα της εγκυμοσύνης με βάρος, που αντιστοιχεί στην ηλικία της εγκυμοσύνης. Μόνο σε περίπτωση διαβήτη είναι δυνατό το βάρος του νεογνού να είναι δυνατό να είναι μεγαλύτερο, από αυτό της αντίστοιχης ηλικίας της εγκυμοσύνης.

αίτια. Τα αίτια δεν είναι απόλυτα γνωστά.

Ποιούνται σε πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, σε διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας, σε καταχρηστικές ουσίες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης από την μητέρα, σε κακή διατροφή, σε κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, στο νεαρό της ηλικίας της εγκύου, σε λοιμώξεις κ.λ.π.

διάγνωση. Το πρόωρο νεογνό αναγνωρίζεται από την μεγαλύτερη σε σχέση με το κορμί του: κεφαλή, το κόκκινο δέρμα, το λιγότερο υποδόριο λίπος, τις αθηνικές αναπνευστικές κινήσεις, το όχι τέλεια ανεπτυγμένο χόνδρινο πτεύγιο των αυτιών. Επίσης έχουν ανώριμο το θερμορυθμιστικό τους κέντρο, το κεντρικό τους σύστημα, ανωριμότητα των μηχανισμών ανοσίας και λειτουργίας των ενδοκρινών αδένων.

αντιμετώπιση. Αμέσως μετά την γέννησή του το πρόωρο νεογνό πρέπει να μεταφερθεί στο τμήμα εντατικής παρακολούθησης νεογνών με φορητή θερμοκοιτίδα. Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος του, πρέπει να είναι  $32^{\circ}\text{C}$  και η διατήρησή του, από το ορθό, στους  $35,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$ .

Επίσης λαμβάνονται φροντίδες για την διατροφή και προφύλαξη από τις λοιμώξεις.

επιπλοκές. Οι σπουδαιότερες επιπλοκές αφορούν το αναπνευστικό σύστημα, το κυκλοφορικό (υπόταση; υπογλαιμία), το αίμα (αναιμία), το πεπτικό (εντεροκοιλίτιδα νεκρωτική) τους νεφρούς (ηλεκτρολυτικές διαταραχές) το ανοσοποιητικό σύστημα (ευπάθεια στις λοιμώξεις).

Η θνησιμότητά τους, είναι τρεις φορές μεγαλύτερη από εκείνη των τελειοποιημένων και στα πρόωρα νεογνά εμφανίζονται συχνότερα διαπλαστικές ανωμαλίες.

ΜΙΚΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟ (Λιποβαρές)

Ορισμός. Είναι αυτό που έχει βάρος μικρότερο απ' αυτό που αντιστοιχεί στην ηλικία της εγκυμοσύνης. Διαφέρει από το πρόωρο, γιατί το βάρος και το ήκος σ' αυτό, αντιστοιχούν στην ηλικία της εγκυμοσύνης.

έγεται και δυσώριμο ή λιποβαρές νεογνό.

Αίτια. α) Ανεπάρκεια του πλακούντα.

αυτή αποτελεί την σπουδαιότερη αιτία γέννησης μικρού νεογνού. Η υπερτασική νόσος και το νεφροσικό σύνδρομο ευθύνονται για το 15<sup>ο</sup>/ο των περιπτώσεων. Στην ανεπάρκεια του πλακούντα το ύψος του εμβρύου επηρεάζεται λιγότερο από το βάρος του και η ανάπτυξη του εγκεφάλου λίγο ή καθόλου.

Αυτό που διαπιστώθηκε σε πλακούντες λιποβαρών νεογνών είναι η προχωρημένη ωριμότητά τους, τα πολλαπλά εφράγματα τους και οι πολυάριθμες, χωρίς αγγεία λάχνες.

β) Διαπλαστικές ανωμαλίες.

Έρχονται σε δεύτερη μοίρα συχνότητας αιτίας γέννησης μικρότερου νεογνού. Στις περιπτώσεις αυτές ελαττώνεται το ύψος και το βάρος του σώματος και το βάρος του εγκεφάλου του νεογνού. Διαπλαστικές ανωμαλίες προκαλούν ή την απόκτηση βάρους κατά την εγκυμοσύνη ή η απώλειά του σ' αυτή, η αναιμία, το κάπνισμα, ο αλκοολισμός, η κακή διατροφή, τα ναρκωτικά, η έκθεση σε ακτινοβολία κ.λ.π.

Διάγνωση. Πριν από τον τοκετό, η καθυστερημένη ανάπτυξη του βρέφους διαπιστώνεται μετά τον 5ο μήνα, από το μέγεθος της μήτρας που δεν αντιστοιχεί στην ηλικία της εγκυμοσύνης και επιβεβαιώνεται η διάγνωση με την υπερηχογράφηση.

Μετά τον τοκετό το λιποβαρές βρέφος είναι αδύνατο, έχει στεγνό και ρυτιδωμένο δέρμα, ελαττωμένο υποδόριο λίπος και σκαφοειδή κοιλιά. Τα λιποβαρή νεογνά συχνά παθαίνουν υπογλυκαιμία. Διαφέρει από το πρόωρο, γιατί ρυθμίζει καλύτερα την θερμοκρασία του, εμφανίζει σε μικρότερη συχνότητα αναπνευστική δυσχέρεια και τα αντανακλαστικά του είναι φυσιολογικά.

Αντιμετώπιση. Για την αποφυγή γέννησης λιποβαρών νεογνών, προφυλακτικά συμβουλεύουμε να τρέφεται ποιοτικά καλά, να αποφεύγει το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, να αναπαύεται και να θεραπεύει έγκαιρα παθή-

εις, που εκδηλώνονται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τα λιποβαρή νεογνά έχουν καλύτερη πρόγνωση από τα πρόωρα. Αν αντιμετωπισθούν κατάλληλα, επιζούν σε μεγαλύτερη συχνότητα.

### ΔΥΣΤΟΚΙΑ ΑΠΟ ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΙΑ

Ορισμός. Είναι αυτή που προκαλείται, όταν δεν υπάρχει η φυσιολογική αναλογία ανάμεσα στις διαμέτρους του εμβρύου και στις οστέϊνης πυέλου, με αποτέλεσμα η διάθεσις του εμβρύου μέσα στον πυελογεννητικό σωλήνα να είναι δύσκολη ή ανέφικτη.

Διακρίνεται σε σχετική και σε απόλυτη.

Αίτια. α) από την πυέλο.

Η στενή πυέλος που έχει μικρότερες από τις φυσιολογικές διαστάσεις ή η πυέλος που παρουσιάζει παραμόρφωση από αίτια που επέδρασαν σ' αυτήν και από όγκους που εντοπίζονται στο κατώτερο μέρος της.

β) από το έμβρυο.

Η δυσαναλογία που προέρχεται από το έμβρυο, είναι η συχνότερη και οφείλεται σε μεγάλο έμβρυο, είτε σε διαπλαστικές ανωμαλίες, είτε σε ανάμαλα σχήματα (εγκάρσιο) είτε σε ανώμαλες προβολές (οπίσθια προσωπική).

Διάγνωση. Διακρίνεται σε κλινική και εργαστηριακή.

Η κλινική διάγνωση στηρίζεται στην επισκόπηση του πυέλου, στην πυελομέτρηση, στον τρίτο χειρισμό του LEOPOLD και στον χειρισμό του PETER MULLER που διαπιστώνει, πως η κεφαλή είναι ανεμπέδωτη, και στην κοιλική ή από τον ορθό εξέταση, που διαπιστώνει το ύψος της μούρας του εμβρύου που προβάλλει, τις διαστάσεις της πυέλου, και το είδος του σχήματος και προβολής του εμβρύου.

Αλλά και όταν ο τοκετός βρίσκεται σε εξέλιξη η ύπαρξη ισχυρών ωδινών, διαστολής του τραχήλου και ρήξης των εμβρυϊκών υμένων, που δεν συνοδεύονται από πρόοδο καθόδου της μούρας του εμβρύου, που προβάλλει, φθάνει για να διαγνωσθεί η δυσαναλογία.

Η εργαστηριακή διάγνωση συνίσταται στην υπερηχογράφηση και στον ακτινολογικό έλεγχο της πυέλου-ακτινολογική πυελομέτρηση.

Αντιμετώπιση. Σε απόλυτη δυσαναλογία, που πρέπει να διαγνωσθεί έγκαιρα, επιβάλλεται η έγκαιρη εισαγωγή της εγκύου σε κλινική, γιατί η απώλεια

ρόνου, μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη της μήτρας, που απειλεί την ζωή της.

Αμέσως μετά την εισαγωγή της, θα εκτελεσθεί καισαρική τομή, ακόμη και αν το έμβρυο είναι νεκρό, για να αποφευχθούν επικίνδυνες κακώσεις του πλακενταριού σωλήνα.

Σε σχετική δυσαναλογία, εκτελείται εμβρουλικία, όταν η κεφαλή βρίσκεται σε στενότητα ή στην έξοδο της πυέλου. Όταν βρίσκεται στην είσοδο, γίνεται καισαρική τομή.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ



## ΥΛΙΚΟ - ΑΝΑΛΥΣΗ - ΔΟΜΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το Ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι ανώνυμο κλειστού τύπου και περιλαμβάνει 35 ερωτήσεις.

Αποτελείται από πολλών ειδών ερωτήσεις (σύντομες απαντήσεις, διαβαθμιστικής επιλογής κ.ά.). Η δομή που δόθηκε σ' αυτό προήλθε μετά από μελέτη άλλων ερωτηματολογίων και παλαιότερων ερευνών.

Η επιλογή της μεθόδου των ερωτήσεων κλειστού τύπου έγινε, για να μας διευκολύνει κατά κωδικοποίηση των απαντήσεων κατά την διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης. Η ανωνυμία του Ερωτηματολογίου πιστεύουμε ότι βοήθησε στο να είναι οι απαντήσεις όσο το δυνατόν πιο ειλικρινείς και αυθόρμητες.

Η σειρά των ερωτήσεων είναι τέτοια ώστε η συμπλήρωσή τους, από την μία ερώτηση στην άλλη, να γίνεται με τρόπο λογικό, φυσικό, όπως μέσα σε μια συζήτηση.

Έτσι, στο πρώτο μέρος του Ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις είναι απλές ώστε να προκαλούν ενδιαφέρον και να προτρέπουν τον εξεταζόμενο να το συμπληρώσει. Κατόπιν τοποθετούνται οι δύσκολες ερωτήσεις, ενώ στο τελευταίο μέρος του Ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις που είναι δύσκολο να απαντηθούν (με ένα ναι ή ένα όχι), ώστε να παρακινήσουμε τον εξεταζόμενο να συμπληρώσει όλο το Ερωτηματολόγιο.

### Αναλυτικότερα :

Οι ερωτήσεις 1-7 σκοπό έχουν την συγκέντρωση ατομικών και οικογενειακών στοιχείων του εξεταζόμενου.

Οι ερωτήσεις 8-14 αναφέρονται στον βαθμό ενημέρωσης και εφαρμογής της σωστής διατροφής της εγκύου, τονίζοντας ιδιαίτερα ορισμένα απαραίτητα συστατικά πρόσληψης της εγκύου.

Οι ερωτήσεις 15-18 αναφέρονται στον κίνδυνο της παχυσαρκίας και γενικά σε προβλήματα που πιθανόν παρουσιάζει η εγκυμονούσα γυναίκα.

Οι ερωτήσεις 19-26 αναφέρονται στις συνέπειες του καπνίσματος, του αλκοόλ και της λήψης φαρμάκων, ελέγχοντας τον βαθμό κατανάλωσης και πληροφόρησης των μητέρων γύρω από τις καταχωρήσεις αυτές.

Με τις ερωτήσεις 27-30 διερευνείται κατά πόσο η γυναίκα εργάζονταν κατά την εγκυμοσύνη της και αν εργάζονταν πότε έπαυε να εργάζεται. Επίσης τονίζεται η σημασία της ήρεμης ψυχολογίας της εγκύου και κατά πόσο αυτό ίσχυε στην δική της περίοδο εγκυμοσύνης.

Οι ερωτήσεις 31-35 σκοπό έχουν το έλεγχο του βαθμού διαφώτισης και ενημέρωσης των μητέρων, αν υπάρχει, από πού προήλθε και γενικά την επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού την ψυχική της διάθεση.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη διεξήχθη από τον Μάρτιο μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1993.

Ο συνολικός αριθμός των μητέρων που μοιράσθηκαν το Ερωτηματολόγιο είναι 400. Απευθύνθηκε σε συγκεκριμένη κατηγορία φύλου ατόμων (μητέρες). Από αυτές :

\_\_\_\_\_ 200 μητέρες στο Νομό Αχαΐας,

\_\_\_\_\_ 100 στο Νομό Καβάλας και

\_\_\_\_\_ 100 μητέρες στο Νομό Τρικάλων.

Από τον συνολικό αριθμό διαπιστώθηκε ότι ερωτήθηκαν κυρίως μητέρες 25 ετών ( 84 ) και λιγότερο μητέρες ηλικίας 56 - 60 ετών (28).

Επίσης προέκυψε ότι, οι έγγαμες μητέρες ήταν μεγαλύτερες στον αριθμό (324) ενώ οι άγαμες ήταν (24) και οι διαζευγμένες (32).

Επιλέξαμε σαν κύρια μέθοδο της έρευνάς μας το *Ερωτηματολόγιο*, έναντι της συνέντευξης και της παρατήρησης διότι ο χρόνος δεν ήταν ανεξάντλητος.

Επίσης πιστεύουμε ότι η συνέντευξη κρύβει υποκειμενικά στοιχεία, ώστε να μειώνεται η αξιοπιστία των συγκεντρωθέντων πληροφοριών.

Κυρίως προσπαθήσαμε να εξετάσουμε τον τρόπο ζωής των μητέρων κατά πόσο ακολουθούσαν τον σωστό τρόπο ζωής και διατροφής καθώς και τον βαθμό ενημέρωσής τους γύρω από τα θέματα αυτά.

Για την στατιστική ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ιδιωτικός υπολογιστής τύπου SANYO CFK 90H.

Για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας, χρησιμοποιήθηκε *ανώνυμο Ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου ερωτήσεων*. Ο αριθμός αυτών ήταν 35.

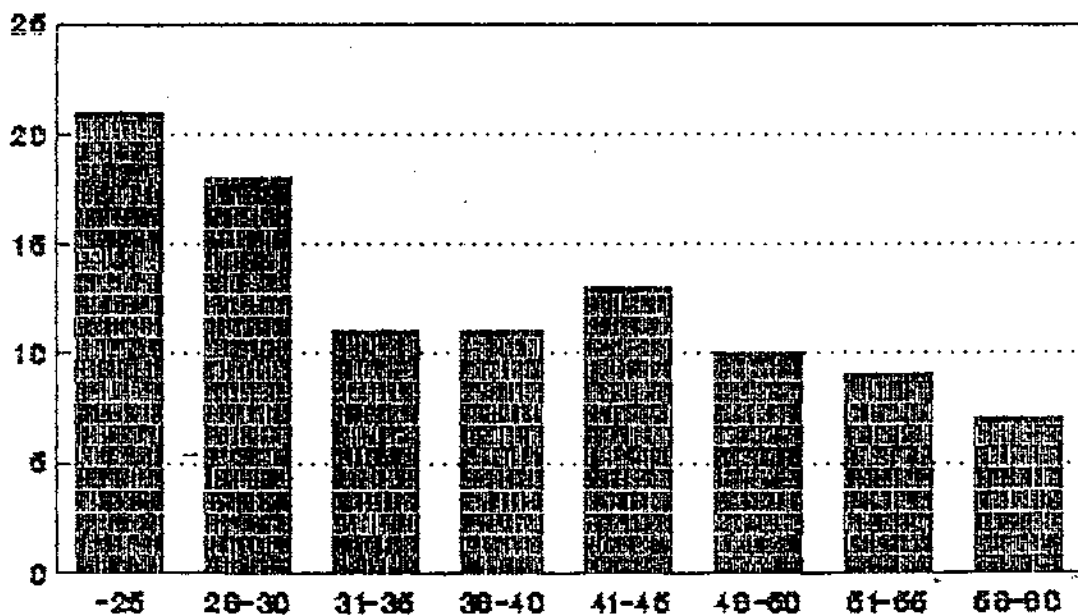
П А Р А П Т Н М А

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΗΛΙΚΙΕΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	ΣΥΝΟ- ΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	84	72	44	44	52	40	36	28	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	21%	18%	11%	11%	13%	10%	9%	7%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Η μεγαλύτερη κατατομή Ερωτηματολογίων έγινε σε μητέρες ηλικίας 25 ετών.

Σχήμα 1.

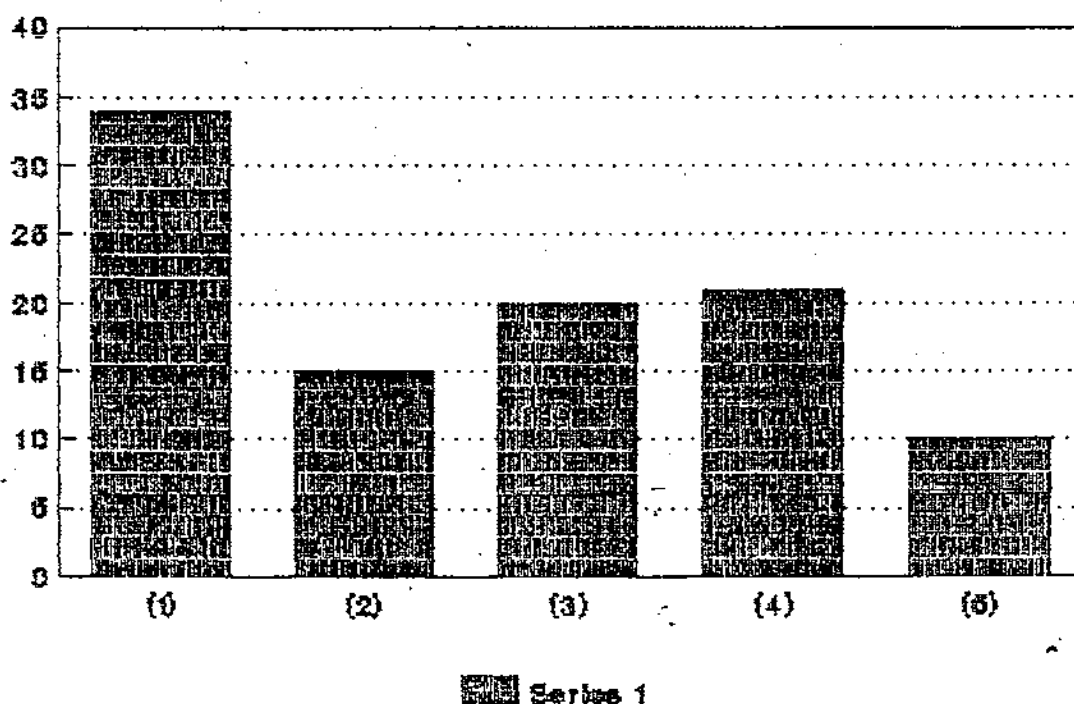


ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	Τ.Ε.Ι.	Α.Ε.Ι.	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	136	60	80	84	40	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	34%	15%	20%	21%	10%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Από δείγμα το 400 μητέρων που ερωτήθηκαν σχετικά με τις γραμματικές τους γνώσεις, οι περισσότερες ήταν απόφοιτες Δημοτικού σχολείου.

Σχήμα 2.

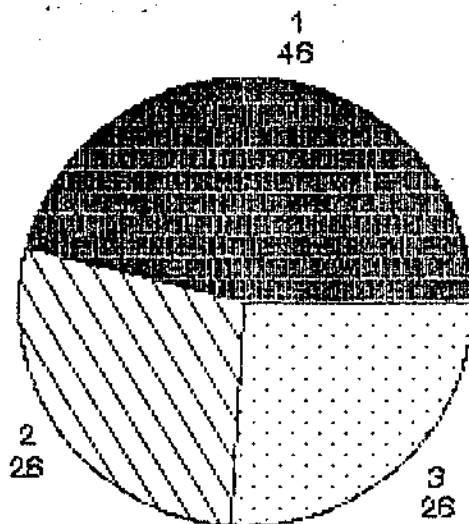


ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΗΤΕΡΩΝ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	184	104	112	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	46%	26%	28%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες ήταν εργαζόμενες και απασχολούνταν στο Ιδιωτικό και Δημόσιο Τομέα.

Σχήμα 3.

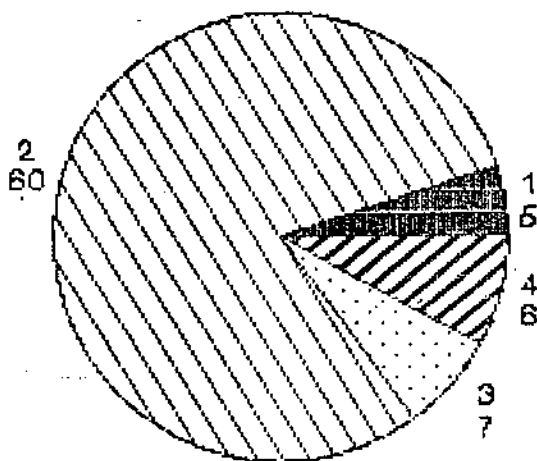


ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΓΑΜΗ	ΕΓΓΑΜΗ	ΧΗΡΑ	ΔΙΑΖΕΥΓ-ΜΕΝΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	24	324	28	32	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	5%	80%	7%	8%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες ήταν έγγαμες.

Σχήμα 4.



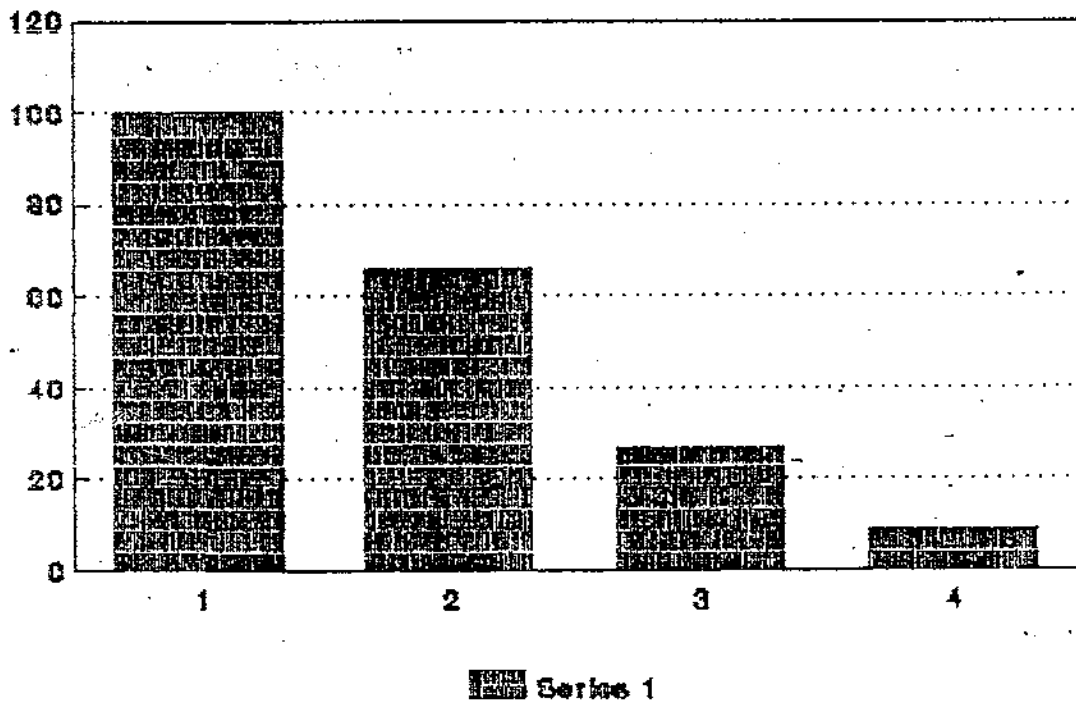


ΠΙΝΑΚΑΣ 5.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	2 ΠΑΙΔΙΑ	3 ΠΑΙΔΙΑ	4 ΠΑΙΔΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	264	108	36	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	66%	27%	9%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Μόνο το 9% των μητέρων ανέφεραν ότι είχαν πάνω από 4 παιδιά, ένδειξη υπογεννητικότητας στην Ελλάδα.

Σχήμα 5.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6.

Β Α Ρ Ο Σ 1ου ΠΑΙΔΙΟΥ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΛΙΠΟΒΑΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΣΟΣΤΟ %	97%	1%	2%	100%

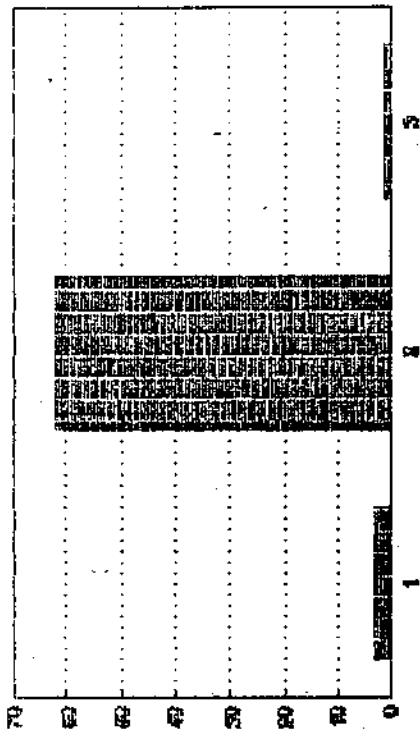
Β Α Ρ Ο Σ 2ου ΠΑΙΔΙΟΥ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΛΙΠΟΒΑΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΣΟΣΤΟ %	62%	3%	1%	66%

Β Α Ρ Ο Σ 3ου ΠΑΙΔΙΟΥ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΛΙΠΟΒΑΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΣΟΣΤΟ %	25%	1%	1%	27%

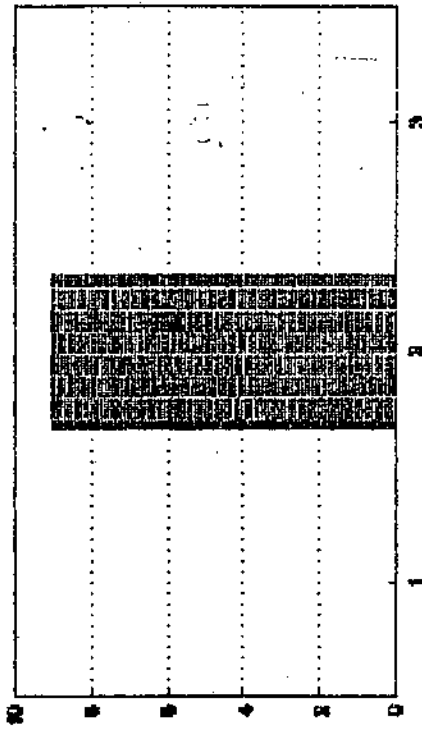
Β Α Ρ Ο Σ 4ου ΠΑΙΔΙΟΥ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΛΙΠΟΒΑΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΣΟΣΤΟ %	9%	0%	0%	9%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το πρώτο παιδί είχε το μεγαλύτερο ποσοστό φυσιολογικού βάρους.

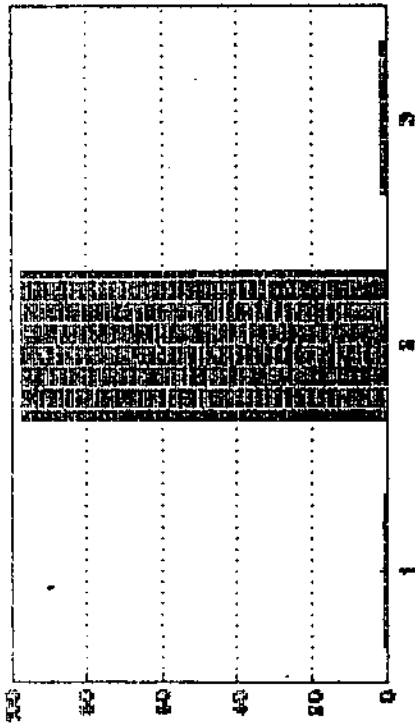
Σχήμα 6.



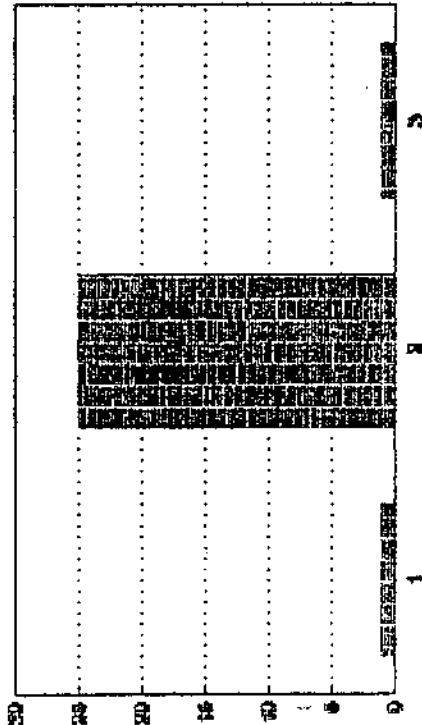
Σχήμα 1



Σχήμα 1



Σχήμα 1



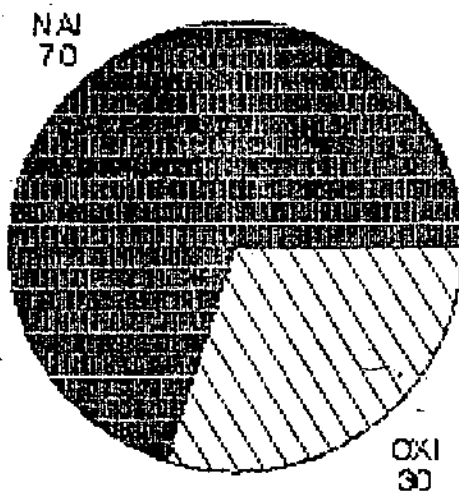
Σχήμα 1

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	280	120	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	70%	30%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες γνώριζαν τους παράγοντες που καθιστούν επικίνδυνη την ανάπτυξη του εμβρύου.

Σχήμα 7.

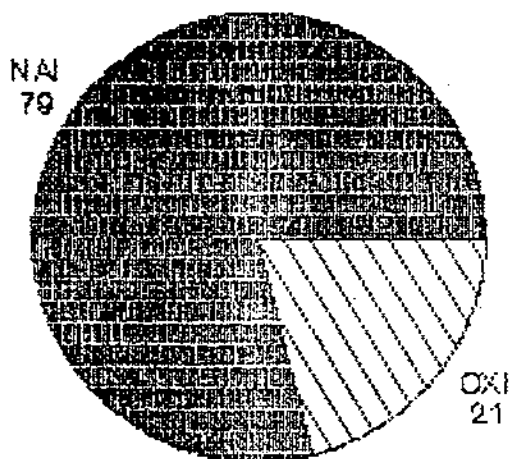


ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	316	84	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	79%	21%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες προσέχουν την διατροφή τους κατά την εγκυμοσύνη.

Σχήμα 8.

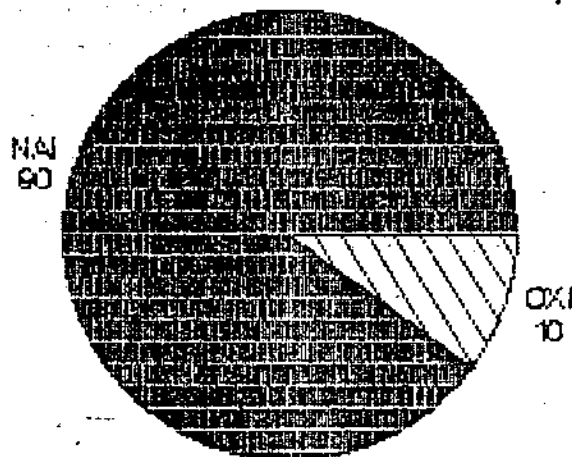


ΠΙΝΑΚΑΣ 9.

ΓΝΩΣΗ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	Σ Υ Ν Ο Λ Ο
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	360	40	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	90%	10%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες γνώριζαν τον σημαντικό ρόλο της διατροφής τους κατά την εγκυμοσύνη.

Σχήμα 9.

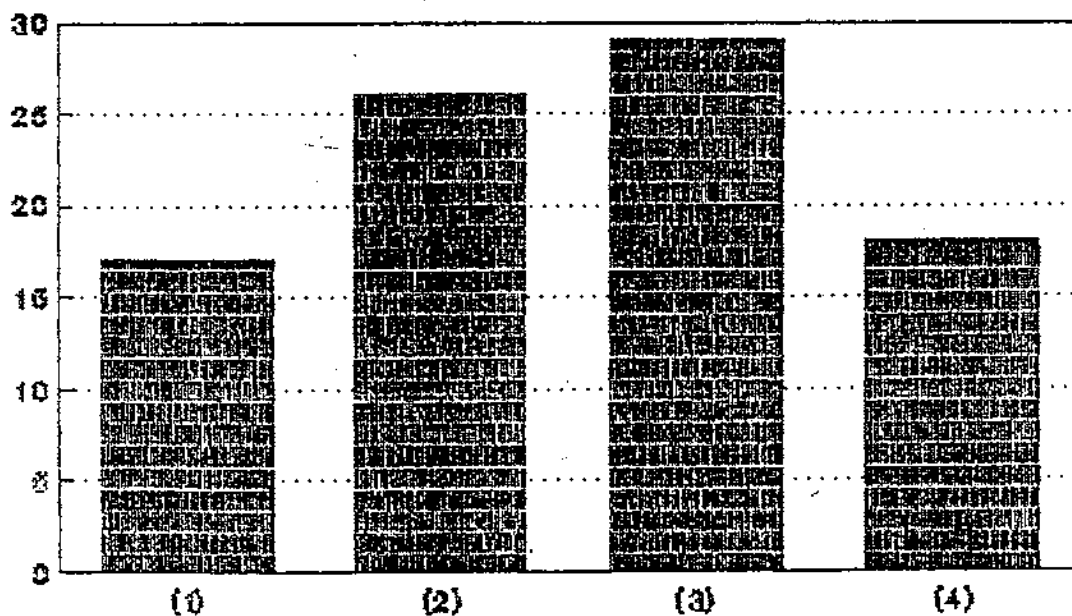


ΠΙΝΑΚΑΣ 10.

ΤΡΟΦΕΣ ΠΡΟΣ Α Π Ο Φ Υ Γ Η	ΤΗΓΑ- ΝΙΤΑ	ΛΙΠΗ	ΚΑΤΕ - ΨΥΓΜΕΝΑ	ΓΛΥΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	68	104	116	72	<b>360</b>
ΠΟΣΟΣΤΟ %	17%	26%	29%	18%	90%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες απέφευγαν τις κατεψυγμένες τροφές.

Σχήμα 10.



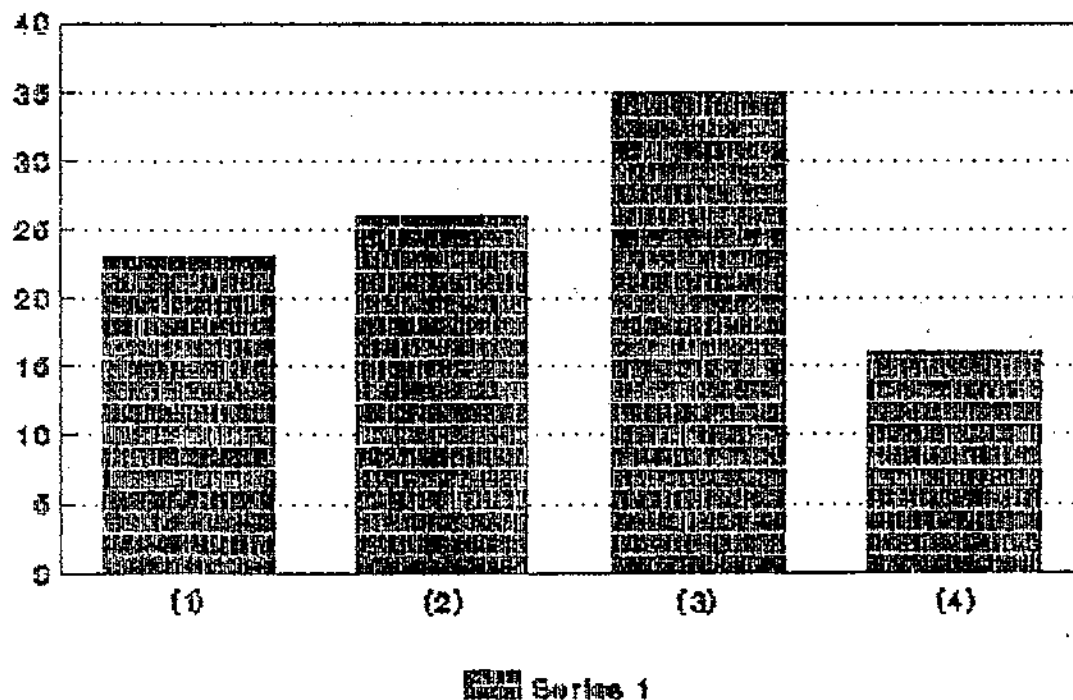
Series 1

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΔΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	ΒΙΤΑ - ΜΙΝΕΣ	CA	FE	ΠΡΩΤΕ- ΙΝΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	92	104	140	64	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	23%	26%	35%	16%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι, ο σίδηρος ήταν περισσότερο κατά την κρίση των ερωτηθέντων μητέρων το σημαντικότερο συστατικό.

Σχήμα 11.

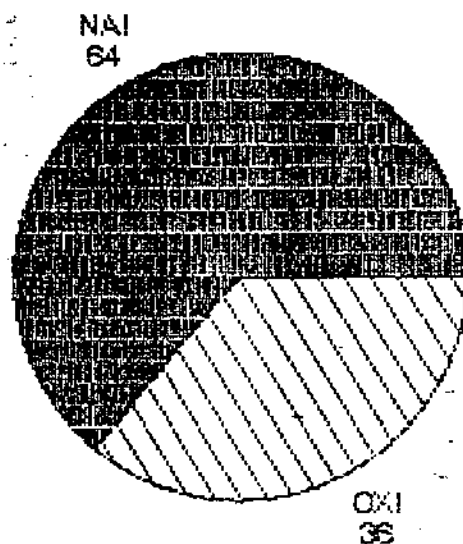




ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

ΛΗΨΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ (ΣΙΔΗΡΟΣ)	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	256	144	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	64%	36%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Προκύπτει ότι η συμπληρωματική λήψη σκευασμάτων, χρειάσθηκε το 36% των μητέρων.

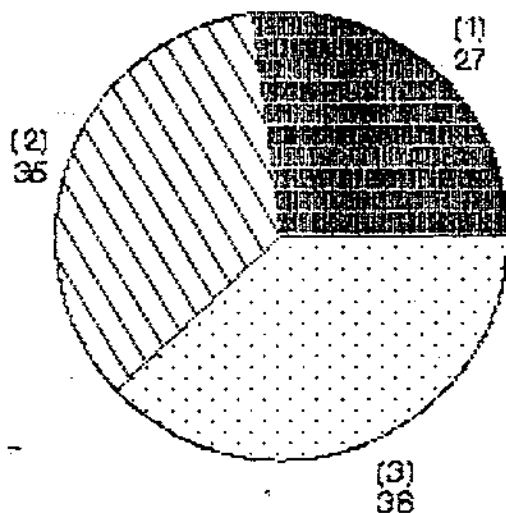


ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ	ΑΛΑΤΙ	ΜΠΑΧΑΡΙΚΑ	ΣΥΝΘΕΤΙΚΕΣ ΤΡΟΦΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	108	140	152	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	27%	35%	38%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι τροφές που κυρίως αποφεύγονταν ήταν οι  
συνθετικές.

Σχήμα 13.

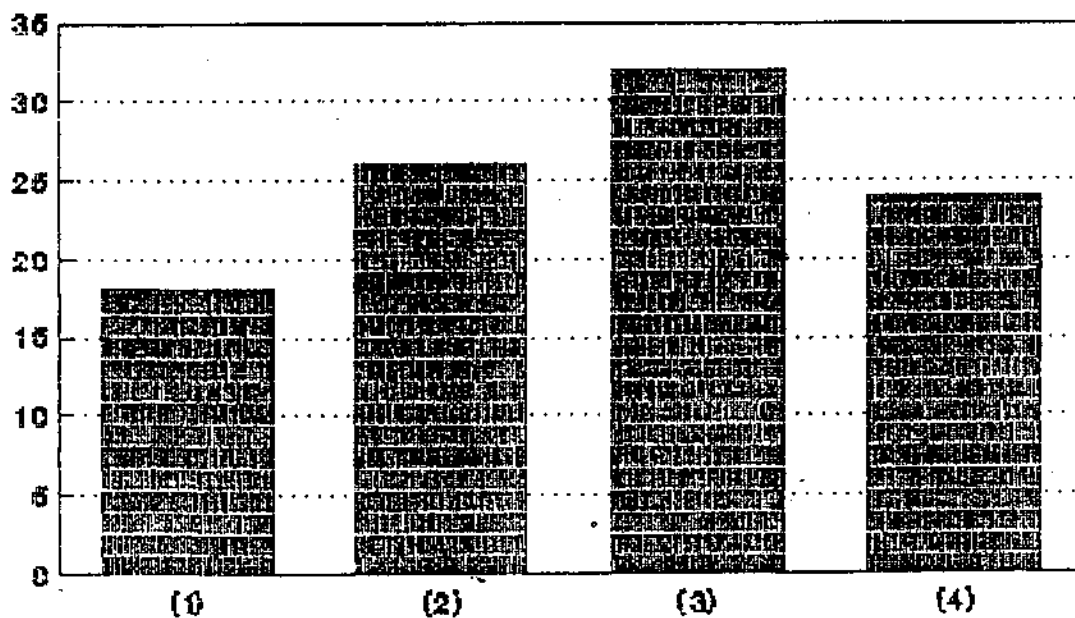


ΠΙΝΑΚΑΣ 14.

ΚΥΝΔΥΝΟΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	ΕΞΟΔΟΣ ΕΜΒΡΥΟΥ	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣ	ΡΑΓΑΔΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	72	104	128	96	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	18%	26%	32%	24%	100%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** : Όλες οι μητέρες γνώριζαν τους κινδύνους της Παχυσαρκίας. Κυρίως αναφέρθηκαν στην δυσκολία μετακίνησής τους.

Σχήμα 14.



ΠΙΝΑΚΑΣ 15.(1)

ΓΝΩΣΗ ΟΡΙΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	276	124	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	69%	31%	100%

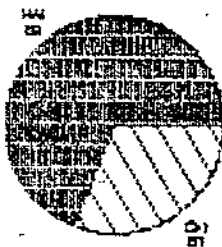
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το μεγαλύτερο ποσοστό μητέρων γνώριζε το όριο βάρους κατά την εγκυμοσύνη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.(2)

ΒΑΡΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΝΜΟΣΥΝΗ	ΦΥΣΙΟΛΟ- ΓΙΚΟ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΕΛΛΙΠΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	188	140	72	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	47%	35%	18%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες είχαν φυσιολογικό βάρος, αλλά αρκετές ήταν και αυτές που το υπερέβαιναν.

Σχήμα 1



Σχήμα 2

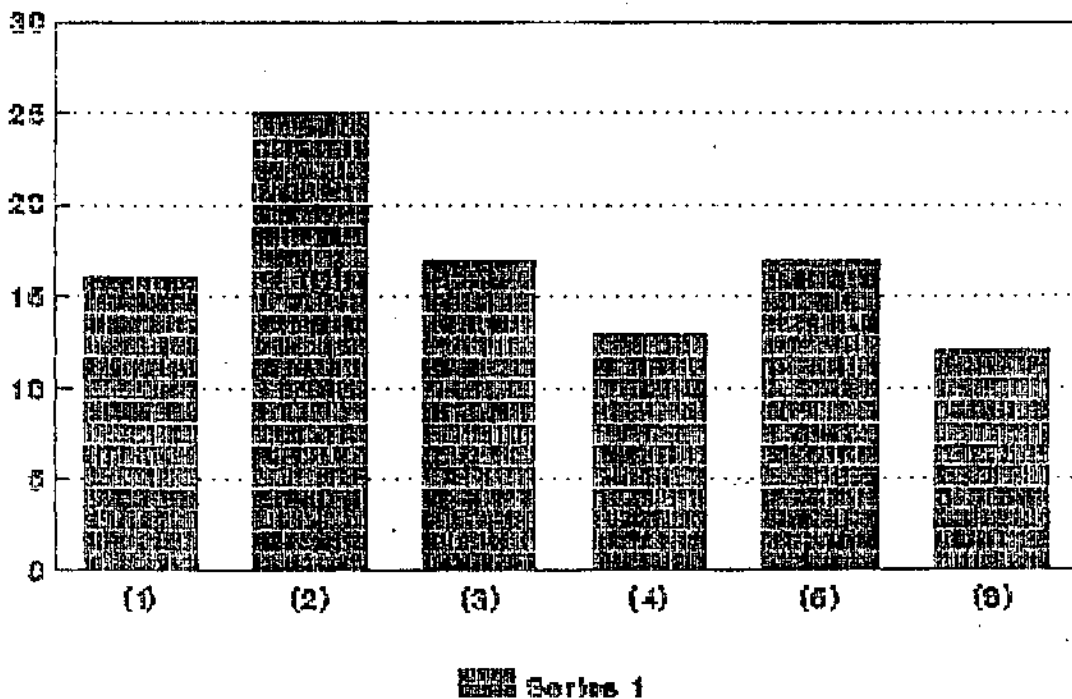


ΠΙΝΑΚΑΣ 16.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	ΕΜΕΤΟΙ	ΖΑΛΗ	↓Ht	ΔΥΣΚΙ- ΛΙΟΤΗ- ΤΑ	↑Α.Π	ΑΥΠΝΙΕ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	100	68	68	64	52	48	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	25%	17%	17%	16%	13%	12%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Όλα αυτά τα συμπτώματα υπήρχαν στον μεγαλύτερο αριθμό μητέρων αλλά υπερέιχαν οι εμετοί και η ζάλη.

Σχήμα 16.

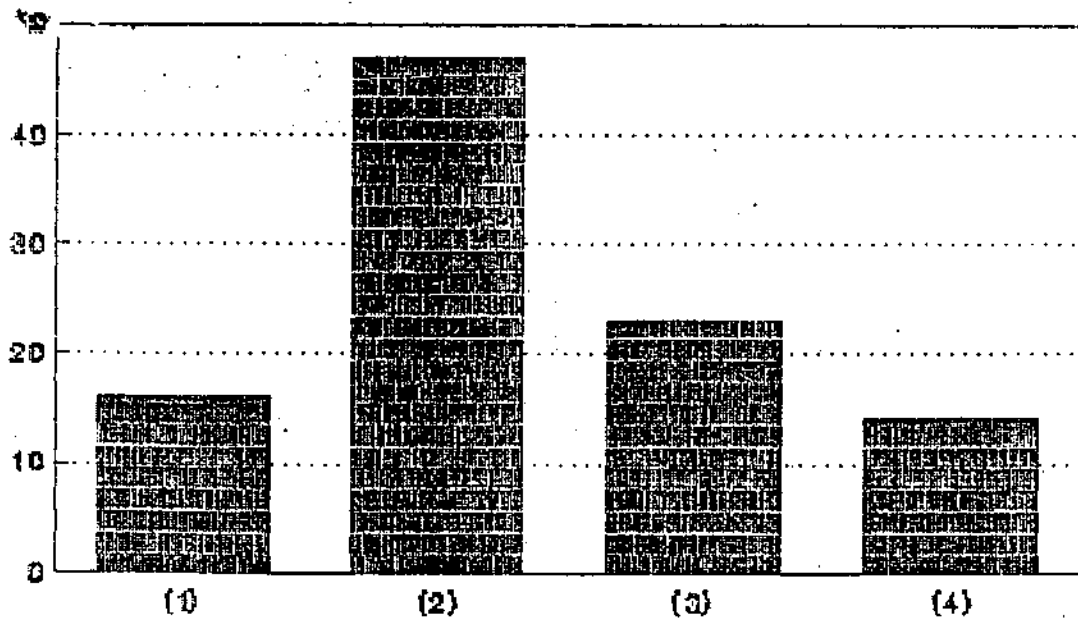


ΠΙΝΑΚΑΣ 17.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	ΥΠΕΡΗ- ΦΑΝΕΙΑ	ΣΥΓΚΙ - ΝΗΣΗ	ΑΠΟΓΟΗ- ΤΕΥΣΗ	ΑΔΙΑΦΟ- ΡΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	188	92	64	56	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	47%	23%	16%	14%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Η Υπερηφάνεια υπερέχει της αδιαφορίας.

Σχήμα 17.

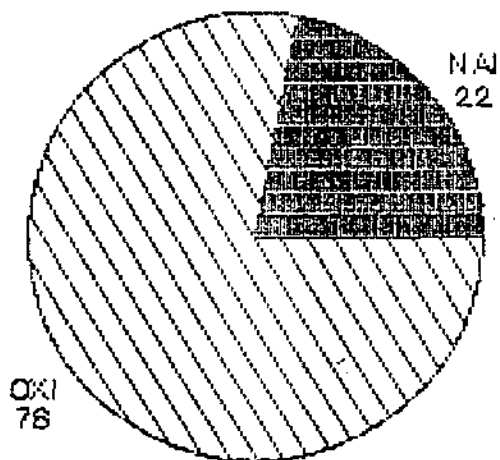


ΠΙΝΑΚΑΣ 18.

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	88	312	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	22%	78%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το ποσοστό μητέρων που κάπνιζε στην εγκυμοσύνη ήταν πολύ μικρότερο, συγκριτικά με των μη κάπνιζόντων μητέρων

Σχήμα 18.

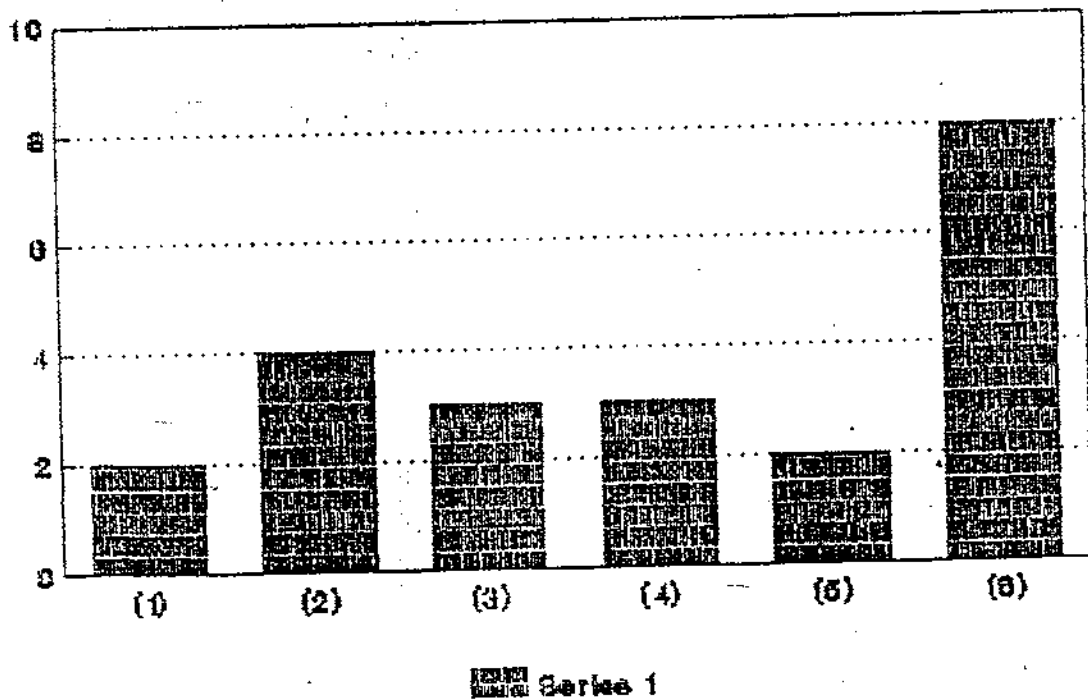


ΠΙΝΑΚΑΣ 19.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	1	2	3	4	5	↑ 6	Σ Υ Ν Ο Λ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	8	16	12	12	8	32	88
ΠΟΣΟΣΤΟ %	2%	4%	3%	3%	2%	8%	22%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Από το ποσοστό των 22% μητέρων που κάπνιζαν, προέκυψε ότι το 8% των μητέρων κάπνιζαν πάνω από 6 τσιγάρα ημερησίως και μόνο το 2% κάπνιζε 1 τσιγάρο.

Σχήμα 19.



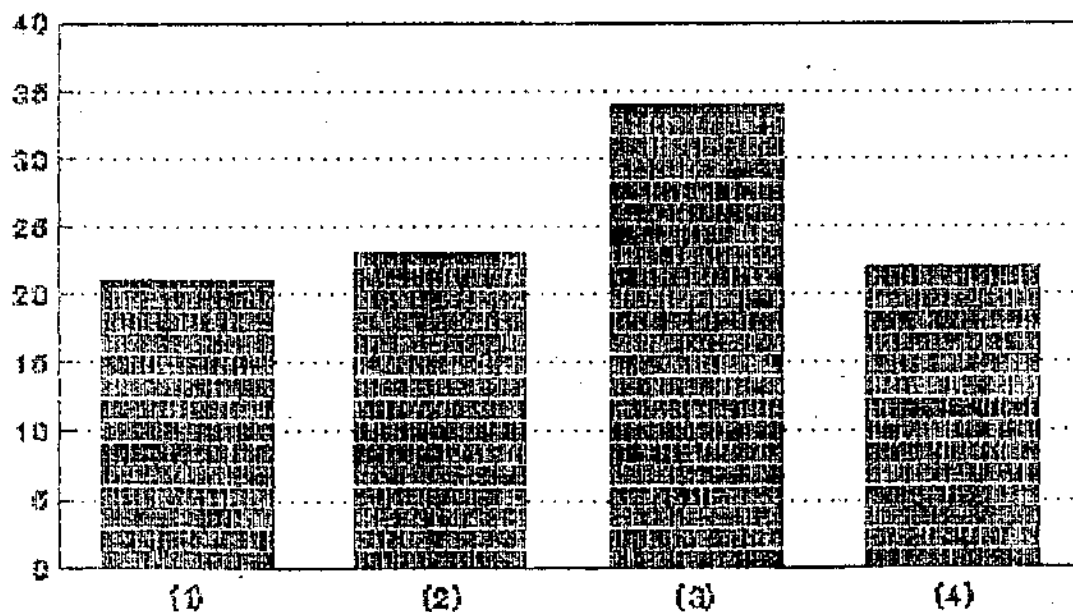


ΠΙΝΑΚΑΣ 20.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΠΡΩΡΑ	ΔΙΑΝΟΗ- ΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕ- ΡΙΣΗ	ΚΑΡΔΙΟ- ΠΑΘΕΙΕΣ	ΑΝΑΠΝΕΥΣ- ΤΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΙΑ	Σ Υ Ν Ο Λ Ο
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	136	92	88	84	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	34%	23%	22%	21%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Η προωρότητα ήταν η κυριότερη συνέπεια καπνίσματος που προέκυψε.

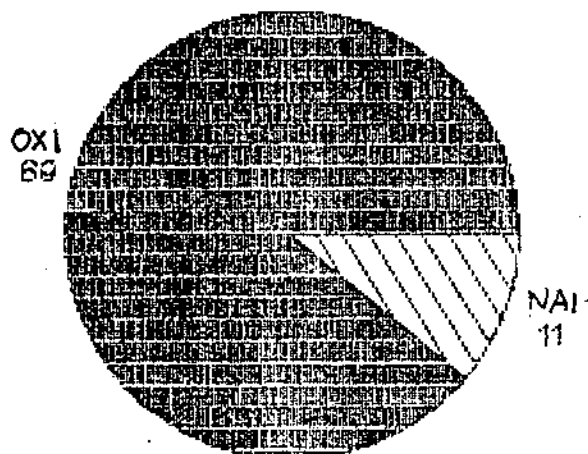
Σχήμα 20.



ΠΙΝΑΚΑΣ 21.

Λ Η Ψ Η ΑΛΚΟΟΛ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	44	356	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	11%	89%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το 89% των μητέρων απάντησε ΟΧΙ στη λ ή ψ η αλκοόλ και μόνο το 11% απάντησε θετικά.



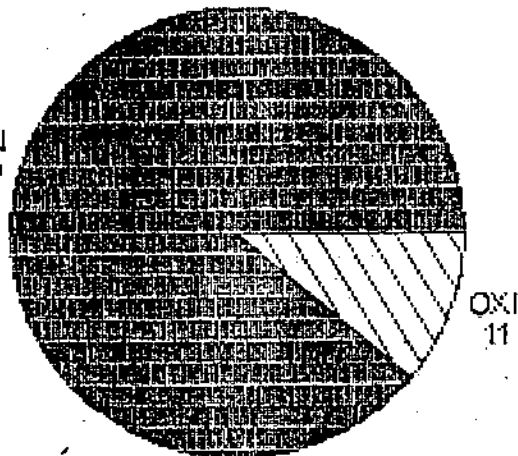
Σχήμα 21.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΛΚΟΟΛ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	356	44	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	89%	11%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Σχετικά με τους κινδύνους με τη λήψη του Αλκοόλ,  
οι περισσότερες μητέρες ήταν ενημερωμένες.

Σχήμα 22. ΝΑΙ  
69

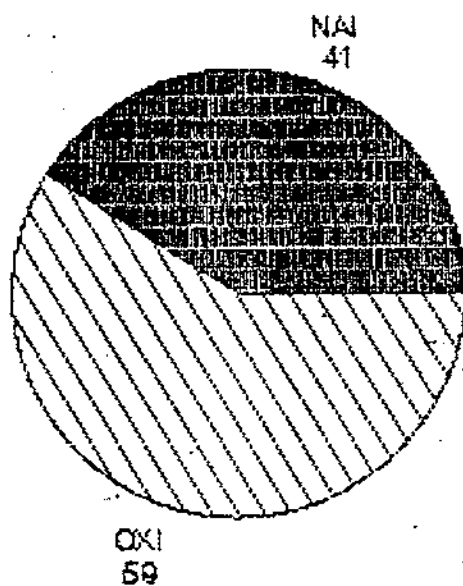


ΠΙΝΑΚΑΣ 23.

Λ Η Ψ Η ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	164	236	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	41%	59%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Στην λ ή ψ η φαρμάκων το μεγαλύτερο ποσοστό μητέρων κατά την εγκυμοσύνη ήταν αρνητικό.

Σχήμα 23.

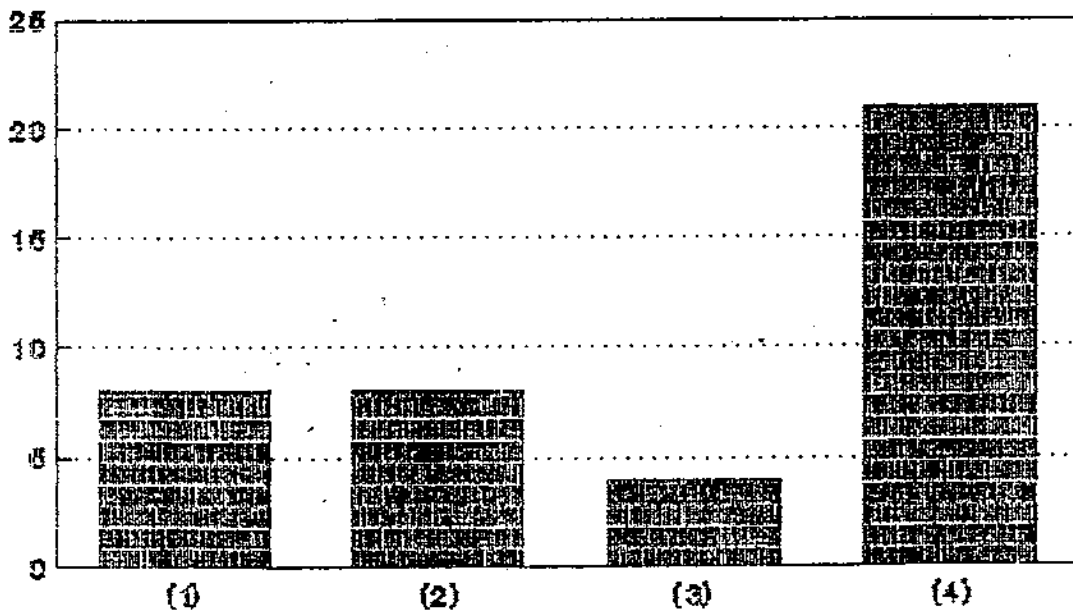


ΠΙΝΑΚΑΣ 24.

ΕΙΔΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΔΙΑΦΟΡΑ	ΟΡΜΟΝΟ - ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ	ΗΡΕΜΙΣ- ΤΙΚΑ	ΙΝΣΟΥ- ΛΙΝΗ	ΣΥ- ΝΟ- Λ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	84	32	32	16	164
ΠΟΣΟΣΤΟ %	21%	8%	8%	4%	41%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το μεγαλύτερο ποσοστό μητέρων ανέφερε " διάφορα φάρμακα " χωρίς να διεκρινίζει συγκεκριμένη κατηγορία.

Σχήμα 24.

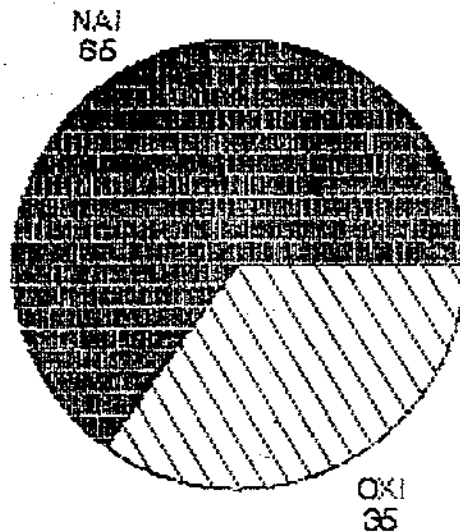


ΠΙΝΑΚΑΣ 25.

ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	260	140	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	65%	35%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Κατά την εγκυμοσύνη ο μεγαλύτερος αριθμός των μητέρων εργαζόνταν.

Σχήμα 25.

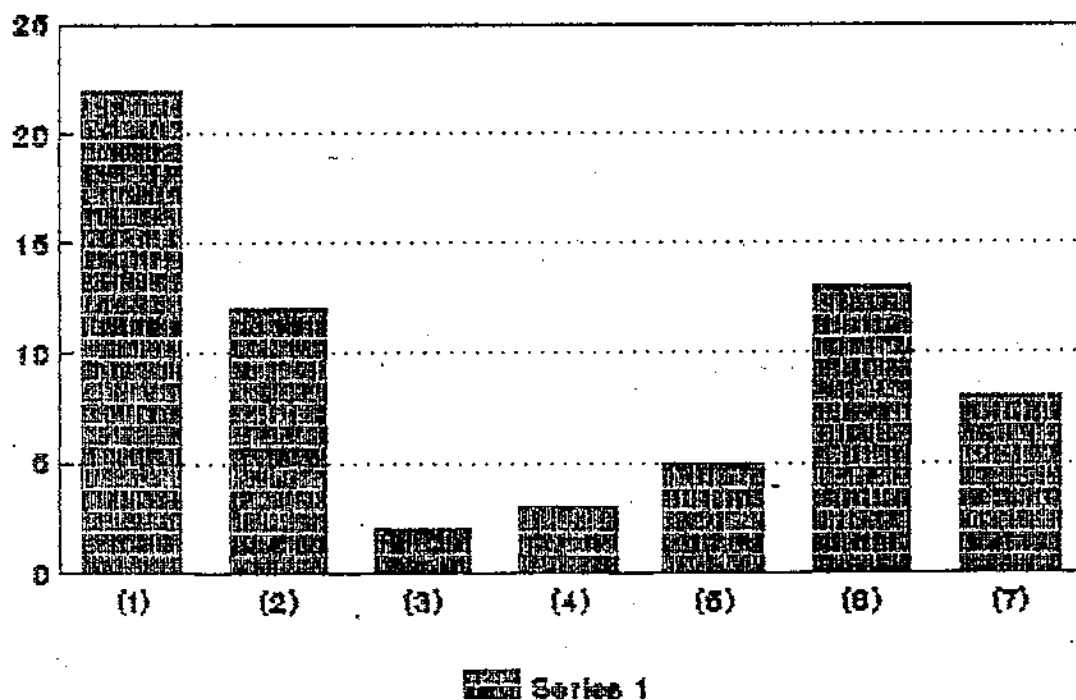


ΠΙΝΑΚΑΣ 26.

ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΕΝ ΔΙΑΚΟΠΗΚΕ	3ος ΜΗΝΑΣ	4ος ΜΗΝΑΣ	5ος ΜΗΝΑΣ	6ος ΜΗΝΑΣ	7ος ΜΗΝΑΣ	8ος ΜΗΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	88	48	8	12	20	52	32	260
ΠΟΣΟΣΤΟ %	22%	12%	2%	3%	5%	13%	8%	65%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το 22% των μητέρων δεν διέκοψε καθόλου την εργασία, ενώ μόνο το 2% την διέκοψε από το 4ο μήνα.

Σχήμα 26.

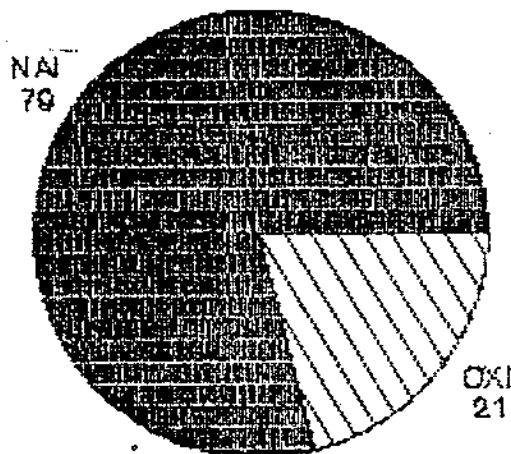


ΠΙΝΑΚΑΣ 27.

ΘΕΤΙΚΟ ΟΙΚ/ΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	316	84	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	79%	21%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι μητέρες είχαν υποστήριξη από το Οικογενειακό χώρο τους.

Σχήμα 27.



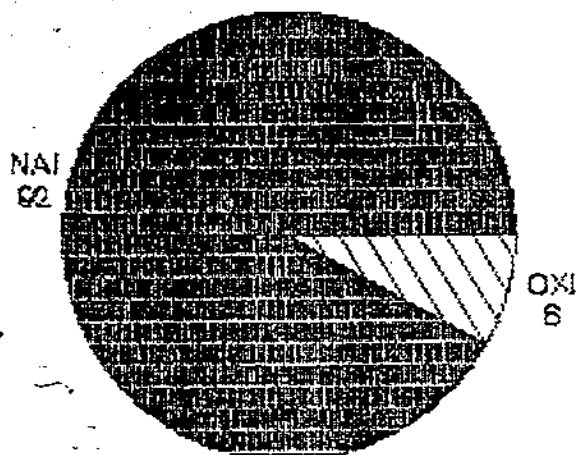


ΠΙΝΑΚΑΣ 28.

ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΓΑΛΗΝΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	368	32	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	92%	8%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Θετική ήταν η απάντηση των μητέρων για τον ρόλο της ψυχικής γαλήνης της εγκύου και τις συνέπειες της σ' αυτήν.

Σχήμα 28.

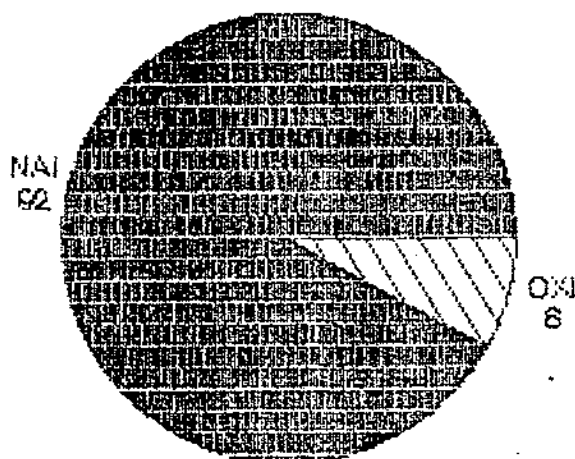


ΠΙΝΑΚΑΣ 29.

ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥΣ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	Σ Υ Ν Ο Λ Ο
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	368	32	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	92%	8%	100%

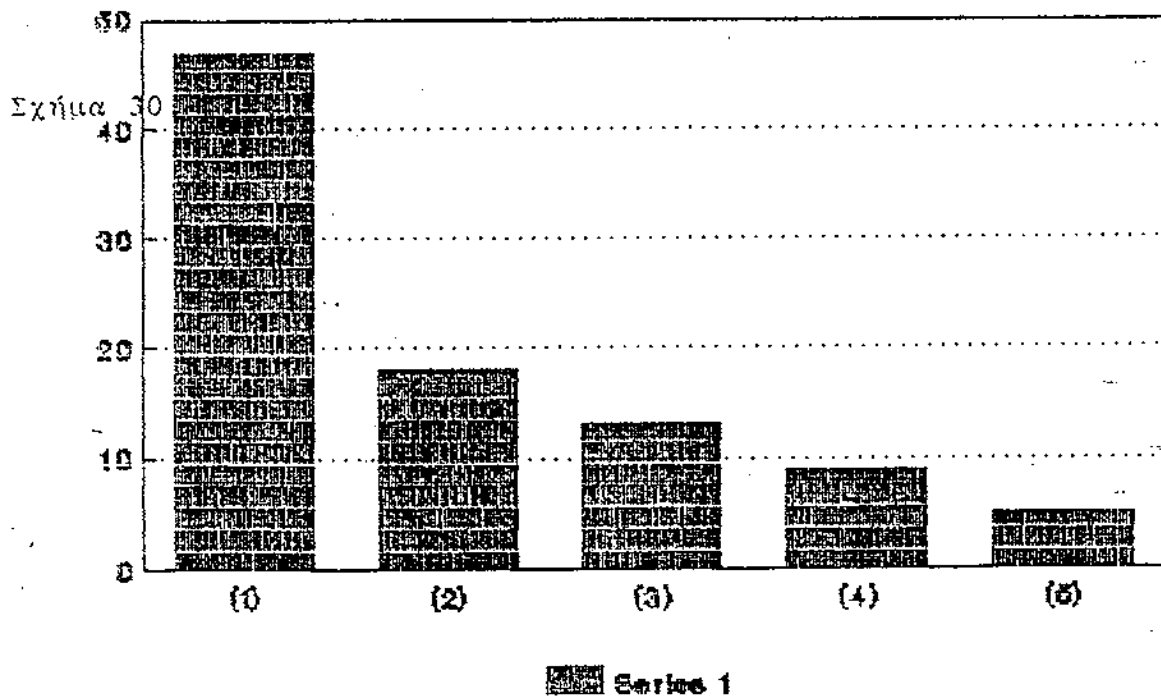
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Η ενημέρωση για την διατροφή της εγκύου ήταν θετική  
και επαρκής για τον μεγαλύτερο αριθμό μητέρων.

Σχήμα 29.



ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΙΑΤΡΟΙ	ΝΟΣΙ- ΛΕΥΤΕΣ	ΣΥΓΓΕ- ΝΕΙΣ	ΤΥΠΟΣ	ΑΛΛΑ ΜΕΣΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	88	72	52	36	20	368
ΠΟΣΟΣΤΟ %	47%	18%	13%	9%	5%	92%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Η ενημέρωση των μητέρων προήλθε κυρίως από τον Ιατρικό και Νοσηλευτικό χώρο.

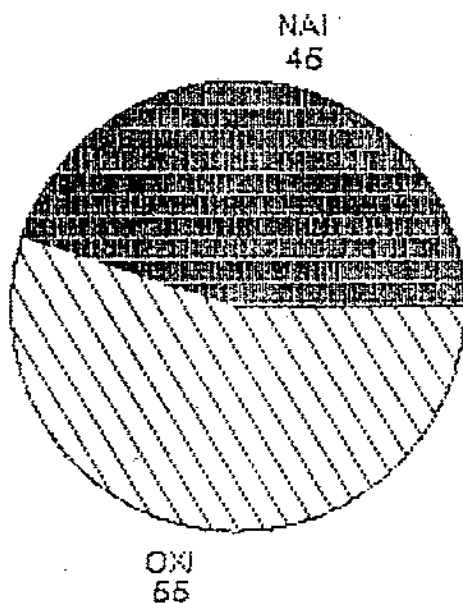


ΠΙΝΑΚΑΣ 31.

ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΤΟΚΕΤΟΥ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ,	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	180	220	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	45%	55%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Αρνητική ήταν η απάντηση των μητέρων σχετικά για την ενημέρωσή τους, για τις ειδικές ασκήσεις τοκετού.

Σχήμα 31.

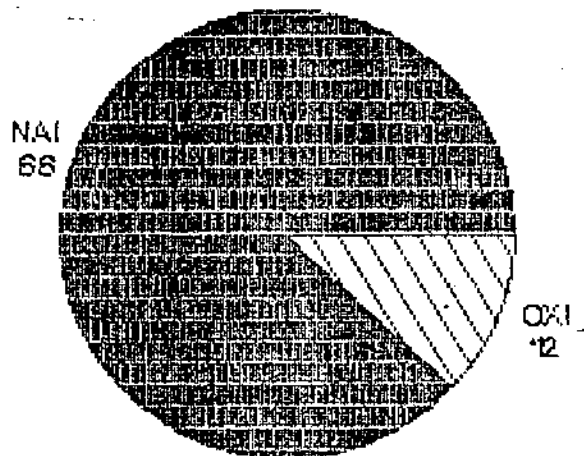


ΠΙΝΑΚΑΣ 32.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΝΟΣ/ΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	Σ Υ Ν Ο Λ Ο
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	352	48	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	88%	12%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Θετική ήταν η επίδραση του Νοσηλευτικού Προσωπικού στις εγκυμονούσες γυναίκες.

Σχήμα 32.

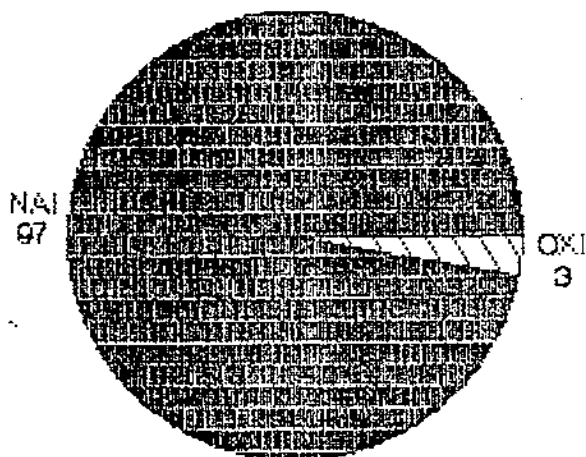


ΠΙΝΑΚΑΣ 33.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	338	12	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	97%	3%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Θετικός ήταν ο διαφωτιστικός ρόλος της διατροφής και του τρόπου ζωής για τις εγκυμονούσες γυναίκες.

Σχήμα 33



ΠΙΝΑΚΑΣ 1'

ΒΑΡΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΣΜΟΣΥΝΗ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΕΛΙΠΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	188	140	72	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	47%	35%	18%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Οι περισσότερες μητέρες είχαν βάρος φυσιολογικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2'

ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΜΗΤΕΡΩΝ	ΧΩΡΙΟ	ΚΩΜΟΠΟΛΗ	ΠΟΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΕΡΩΝ	76	44	280	400
ΠΟΣΟΣΤΟ %	19%	11%	70%	100%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Ο Αστικός πληθυσμός είναι περισσότερο ενημερωμένος σε θέματα διατροφής και υγιεινής της εγκύου, συγκριτικά με τον Αγροτικό πληθυσμό.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της έρευνας μέσα από ένα δείγμα 400 ερωματολογίων που διανεμήθηκαν σε 400 μητέρες, διαπιστώσαμε ότι απάντησαν 4 γυναίκες, ηλικίας 25 ετών ποσοστό 21<sup>ο</sup>/ο, 72 γυναίκες ηλικίας 26-30 ετών, ποσοστό 18<sup>ο</sup>/ο, 44 γυναίκες ηλικίας 31-35 ετών, ποσοστό 11<sup>ο</sup>/ο, 44 γυναίκες, ηλικίας 36-40 ετών, ποσοστό 11<sup>ο</sup>/ο, 52 γυναίκες, ηλικίας 41-45 ετών, ποσοστό 13<sup>ο</sup>/ο, 40 γυναίκες, ηλικίας 46-50 ετών, ποσοστό 10<sup>ο</sup>/ο, 36 γυναίκες ηλικίας 51-55, ποσοστό 9<sup>ο</sup>/ο, 28 γυναίκες, ηλικίας 56-60 ετών, ποσοστό 7<sup>ο</sup>/ο.

Από τα παραπάνω συνπαιρένουμε ότι οι γυναίκες ηλικίας 25 ετών ήταν περισσότερο ενημερωμένες γύρω από το θέμα της διατροφής της εγκύου και του τρόπου ζωής της, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικίες και κυρίως για την ηλικία των 56-60 ετών. Αυτό ίσως οφείλεται σε χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης που διέθεταν οι μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας με αποτέλεσμα πολλές απ' αυτές να αδυνατούν να δώσουν σαφείς απαντήσεις. Επίσης ένας άλλος λόγος ιδιαίτερα σοβαρός και καθοριστικός είναι η ελλιπής υγειονομική διαφώτιση και ενημέρωση που υπήρχε τα παλαιότερα έτη, συγκριτικά με τα σημερινά δεδομένα στους σύγχρονους πληθυσμούς και μητέρες.

Από τις απαντήσεις της έρευνας διαπιστώθηκε ότι 76 μητέρες γεννήθηκαν σε χωριό, ποσοστό 19<sup>ο</sup>/ο, 44 μητέρες γεννήθηκαν σε κωμόπολη, ποσοστό 11<sup>ο</sup>/ο και 280 μητέρες γεννήθηκαν σε πόλη, ποσοστό 70<sup>ο</sup>/ο.

Φαίνεται λοιπόν ότι ο αστικός πληθυσμός ήταν περισσότερο ενημερωμένος σε θέματα υγιεινής και διατροφής της εγκύου, σε σχέση με τον αγροτικό πληθυσμό. Με την άποψη αυτή συμφωνούν και ανάλογες έρευνες που έγιναν στην Αγγλία.

Η μόρφωση των μητέρων αυτών ήταν η εξής: 136 μητέρες είχαν τελειώσει κάποιες τάξεις του Δημοτικού (α, β, γ, δ) ποσοστό 34<sup>ο</sup>/ο, 60 μητέρες ήταν απόφοιτες Γυμνασίου, με ποσοστό 15<sup>ο</sup>/ο, 80 μητέρες ήταν απόφοιτες Λυκείου, ποσοστό 20<sup>ο</sup>/ο, 84 μητέρες απόφοιτες ανώτερης σχολής, με ποσοστό 21<sup>ο</sup>/ο, 40 μητέρες ήταν απόφοιτες ανώτατης σχολής, με ποσοστό 10<sup>ο</sup>/ο.

Από την έρευνα προκύπτει ότι ο αριθμός μητέρων που ήταν απόφοιτες Δημοτικού ήταν μεγαλύτερος σε σχέση με μητέρες που το μορφωτικό τους επίπεδο ήταν ανώτερο. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί εάν σκεφθούμε ότι ο



σμός της μητρότητας και η σχετική ενημέρωση της μέλλουσας μητέρας γυ-  
ναικός από το θέμα αυτό, είναι κάτι που απασχολεί κάθε γυναίκα σε κάποια πε-  
ρίοδο της ζωής της.

Οπότε συμπερασματικά καταλήγουμε, ότι ανεξάρτητα από το επίπεδο μό-  
ρφωσης η γενική ενημέρωση-ίσως όχι τόσο η λεπτομερέστερη-είναι κοινή  
σε όλες τις μητέρες κάθε ηλικίας και μορφωτικής βαθμίδας.

Όσο αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση 184 μητέρες ασχολούνταν  
με τα οικιακά, ποσοστό 46<sup>ο</sup>/ο, 104 μητέρες εργαζόνταν στον Δημόσιο τομέα,  
ποσοστό 26<sup>ο</sup>/ο, 112 μητέρες εργαζόνταν στον Ιδιωτικό τομέα, ποσοστό 28<sup>ο</sup>/ο.

Αναλυτικότερα μπορούμε να πούμε γύρω από το θέμα εργασίας των μητέ-  
ρων ότι από τις 400 μητέρες που ερωτήθηκαν οι 260 εργάζονταν, σε ποσο-  
στό 65<sup>ο</sup>/ο ενώ 140 μητέρες δεν εργαζόνταν σε ποσοστό 35<sup>ο</sup>/ο.

Από τις 260 μητέρες που εργαζόνταν κατά την εγκυμοσύνη της οι 88 μη-  
τέρες σε ποσοστό 22<sup>ο</sup>/ο δεν διέκοψαν καθόλου την εργασία τους, οι 48 μη-  
τέρες σε ποσοστό 12<sup>ο</sup>/ο, διέκοψαν την εργασία τους από τον 3ο μήνα, οι 8  
μητέρες σε ποσοστό 2<sup>ο</sup>/ο, διέκοψαν την εργασία τους τον 4ο μήνα, οι 12 μη-  
τέρες σε ποσοστό 3<sup>ο</sup>/ο, τον 5ο μήνα, οι 20 μητέρες σε ποσοστό 5<sup>ο</sup>/ο, τον 6ο  
μήνα, οι 52 μητέρες σε ποσοστό 13<sup>ο</sup>/ο, τον 7ο μήνα, οι 32 μητέρες σε ποσο-  
στό 8<sup>ο</sup>/ο τον 8ο μήνα.

Από όλα αυτά προκύπτει το συμπέρασμα ότι η σύγχρονη μητέρα, έχει μπει  
στον σύγχρονο ρυθμό ζωής, είναι εργαζόμενη γυναίκα και παράλληλα βρίσκε-  
ται σε ετοιμότητα να φέρει στον κόσμο μια καινούργια ζωή. Αναλαμβάνει  
τις ευθύνες της, είναι σίγουρη και υπεύθυνη, η οποία υπευθυνότητα πηγάζει  
από τις γνώσεις και την ενημέρωση που έχει γύρω από τον τρόπο ζωής  
της εγκύου.

Γι' αυτό και συνεχίζει την εργασία της, πράγμα που φαίνεται έκδηλα α-  
πό το ποσοστό των 22<sup>ο</sup>/ο μητέρων που ανέφεραν ότι δεν διέκοψαν καθόλου  
την εργασία τους, και μόνο το 2<sup>ο</sup>/ο των μητέρων την διέκοψε από τον 4ο  
μήνα.

Η οικογενειακή τους κατάσταση ήταν η εξής: 24 μητέρες σε ποσοστό 6<sup>ο</sup>/ο  
ήταν άγαμες, 324 μητέρες σε ποσοστό 81<sup>ο</sup>/ο ήταν έγγαμες, 28 μητέρες σε πο-  
σοστό 7<sup>ο</sup>/ο ήταν χήρες και 32 μητέρες σε ποσοστό 8<sup>ο</sup>/ο ήταν διαζευγμένες.

264 μητέρες σε ποσοστό 66% ανέφεραν ότι είχαν δύο παιδιά, 108 μητέρες σε ποσοστό 27% είχαν 3 παιδιά και μόνο 36 μητέρες σε ποσοστό 10% είχαν 4 παιδιά και πάνω. Από τα αποτελέσματα αυτά γίνεται εμφανές και το πρόβλημα της υπογεννητικότητας που υπάρχει στην Ελλάδα όπου μόνο το 9% των μητέρων ανέφεραν ότι έχουν πάνω από τέσσερα παιδιά.

Όσο αφορά το βάρος των παιδιών που γεννήθηκαν, όλα τα παιδιά είχαν φυσιολογικό βάρος με ελάχιστες αποκλίσεις από το φυσιολογικό. Συγκεκριμένα τα πρωτότοκα παιδιά στο σύνολό τους βρέθηκαν φυσιολογικά στο 97% ενώ τα υπέρβαρα ήταν μόνο 1% και τα λιποβαρή 2%.

Όλα αυτά δείχνουν ότι οι μητέρες πιθανόν να ακολούθησαν τον σωστό τρόπο διατροφής και ζωής που είναι συνέπεια της σωστής ενημέρωσής τους.

Επίσης 280 μητέρες σε ποσοστό 70% απάντησε ότι γνώριζε τους παράγοντες που καθιστούν επικίνδυνη την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου ενώ αυτές που απάντησαν αρνητικά ήταν 120 μητέρες σε ποσοστό 30%.

Γι' αυτό και 316 μητέρες σε ποσοστό 79% απάντησαν ότι προσέχουν την διατροφή τους και μόνο 84 μητέρες σε ποσοστό 21% ήταν αρνητικές. Αυτό ήταν συνέπεια της γνώσης του ρόλου της διατροφής που είχαν 360 μητέρες σε ποσοστό 90% και μόνο 40 μητέρες σε ποσοστό 10% ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν τον σημαντικό ρόλο της.

Ως προς την διατροφή οι τροφές που οι μητέρες κυρίως απέφευγαν ήταν τηγανιτά 68 μητέρες σε ποσοστό 17%, λίπη 104 μητέρες σε ποσοστό 26% και καταψυγμένες τροφές 116 μητέρες σε ποσοστό 29% και γλυκά 72 μητέρες σε ποσοστό 18%.

Τα απαραίτητα συστατικά που πρέπει να λαμβάνονται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης σύμφωνα με τις απαντήσεις 400 μητέρων και με σειρά προτεραιότητας είναι: ο σίδηρος για 140 γυναίκες σε ποσοστό 35%, το ασβέστιο για 104 γυναίκες σε ποσοστό 26%, οι βιταμίνες για 92 μητέρες σε ποσοστό 23% και πρωτεΐνες για 64 μητέρες, σε ποσοστό 16%.

Από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι όλες οι εγκυμοσύνες γυναίκες πρόσεχαν την διατροφή τους και απέφευγαν βλαβερές τροφές κυρίως όμως τα καταψυγμένα τα οποία κρύβουν κινδύνους αλλοιώσεως και καταστροφής των θρεπτικών συστατικών που είναι απαραίτητα τόσο για την έγκυο όσο και

ια το έμβρυο. Τα σημαντικότερα θρεπτικά συστατικά προέκυψε ότι είναι ό-  
α κυρίως όμως ο σίδηρος, σύμφωνα με την άποψη των μητέρων που ρωτήθηκαν.  
πίσης συμπληρωματική λήψη σκευασμάτων (π.χ. σίδηρος) χρειάστηκε το  
6°/ο των μητέρων ενώ για το 64°/ο δεν κρίθηκε απαραίτητα η λήψη σκευα-  
μάτων συμπληρωματικών με εντολή γιατρού.

Οι τροφές που κυρίως απέφευγαν οι μητέρες ήταν οι συνθετικές τροφές  
σε σύνολο 152 μητέρων και ποσοστό 38°/ο, το αλάτι οι 108 μητέρες, σε πο-  
σοστό 27°/ο και τέλος τα μπαχαρικά-καρικεύματα οι 140 μητέρες, σε ποσο-  
στό 35°/ο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό μητέρων ανέφερε ως κυριότερη συνέπεια της πρό-  
ληψης παχυσαρκίας την δυσκολία μετακίνησης της εγκύου, δηλαδή 128 μητέ-  
ρες, σε ποσοστό 32°/ο, 104 μητέρες σε ποσοστό 26°/ο ανέφεραν την δημιου-  
ργία καισαρικής τομής, 96 μητέρες σε ποσοστό 24°/ο την δημιουργία ραγά-  
ων και 72 μητέρες, σε ποσοστό 18°/ο, κινδύνους για το έμβρυο κατά την ε-  
ξοδό του.

Ακόμη όπως προέκυψε από την έρευνα οι περισσότερες μητέρες γνώριζαν  
το όριο βάρους που πρέπει να έχουν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης  
ους και συγκεκριμένα: θετικά απάντησαν 276 μητέρες, σε ποσοστό 69°/ο και  
ρηνητικά απάντησαν 124 μητέρες, σε ποσοστό 31°/ο. Αποτέλεσμα της γνώσης  
υτής που είχαν οι μητέρες ήταν: 188 μητέρες, σε ποσοστό 47°/ο να έχουν  
υσιολογικό βάρος (9-13 KGR), 140 μητέρες, σε ποσοστό 35°/ο, ήταν υπερβα-  
ρες, 72 μητέρες σε ποσοστό 18°/ο είχαν ελλιπές βάρος.

Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν κυρίως από τις μητέρες και κατά σειρά  
ροτεραιότητας ήταν τα εξής:

00 μητέρες, σε ποσοστό 25°/ο, ανέφεραν εμέτους, 68 μητέρες, σε ποσοστό  
7°/ο, ανέφεραν ζάλη, 68 μητέρες, σε ποσοστό 17°/ο, ανέφεραν χαμηλό αιματο-  
ρίτη, 64 μητέρες, σε ποσοστό 16°/ο, ανέφεραν δυσκιλιότητα, 52 μητέρες, σε  
ποσοστό 13°/ο, ανέφεραν πτώση της αρτηριακής πίεσης, και 48 μητέρες, σε πο-  
σοστό 12°/ο, ανέφεραν αϋπνίες.

Όλα αυτά τα συμπτώματα υπήρχαν στον μεγαλύτερο αριθμό των μητέρων,  
λλά εκείνα που κυρίως ήταν συχνότερα και μπορούμε να πούμε ήταν συνέ-  
πειες των υπόλοιπων ήταν οι έμετοι, η ζάλη και η δυσκιλιότητα.

Σχετικά με την επίδραση της αλλαγής του σώματος των μητέρων στην φυσιολογία τους τα συμπεράσματα που προέκυψαν ήταν τα εξής: 188 μητέρες, σε ποσοστό 47<sup>ο</sup>/ο, ένωσαν υπερήφανες, 92 μητέρες, σε ποσοστό 23<sup>ο</sup>/ο, ένωσαν συγκίνηση, 64 μητέρες, σε ποσοστό 16<sup>ο</sup>/ο, ένωσαν απογοήτευση, 56 μητέρες, σε ποσοστό 14<sup>ο</sup>/ο, ήταν αδιάφορες.

Η DR MIRRIAN STOPPARED σε σχετική έρευνά της βρήκε ότι οι μητέρες ήταν πολύ ευχαριστημένες στην θέα της αλλαγής του σώματός τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και ένωσαν υπερήφανες που θα έφερναν στον κόσμο μια καινούργια ζωή. Γι' αυτό και τα αποτελέσματα της έρευνας μας αποδεικνύουν την υπεροχή των γυναικών που ήταν υπερήφανες για τον εαυτό τους και ήταν συγκινημένες, σε σχέση με αυτές τις ελάχιστες που ήταν αδιάφορες.

Διαπιστώθηκε επίσης ότι από τις 400 μητέρες καπνίζουν οι 88 ποσοστό 22<sup>ο</sup>/ο, ενώ οι υπόλοιπες 312 μητέρες δεν καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη τους ποσοστό 78<sup>ο</sup>/ο.

Από τις μητέρες που καπνίζουν (ποσοστό 22<sup>ο</sup>/ο), βρέθηκε ότι 8 μητέρες καπνίζουν ένα τσιγάρο, 16 μητέρες κάπνιζαν δύο τσιγάρα την ημέρα, 12 μητέρες τρία τσιγάρα και 32 μητέρες πάνω από έξι τσιγάρα.

Τις επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στο έμβρυο που αναπτύσσεται ανέφεραν με σειρά προτεραιότητας οι μητέρες ως εξής:

136 μητέρες, σε ποσοστό 34<sup>ο</sup>/ο, την προωρότητα.

92 μητέρες, σε ποσοστό 23<sup>ο</sup>/ο, διανοητική καθυστέρηση.

88 μητέρες, σε ποσοστό 22<sup>ο</sup>/ο, τις καρδιοπάθειες.

84 μητέρες, σε ποσοστό 21<sup>ο</sup>/ο, αναπνευστική δυσχέρεια.

Οι περισσότερες απ' αυτές γνώριζαν ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά και την δική τους υγεία αλλά και του εμβρύου και ανέφεραν ως κύριο πρόβλημα την πρόκληση προωρότητας του εμβρύου, ενώ οι υπόλοιπες συνέπειες του καπνίσματος αναφέρθηκαν με ελάχιστη διαφορά μεταξύ τους και κυβάνθηκαν περίπου στα ίδια επίπεδα τιμών. Οι σοβαρές επιπτώσεις του καπνίσματος έλλωστε φαίνονται και από γεγονός ότι το 78<sup>ο</sup>/ο από τις μητέρες ανέφεραν ότι δεν κάπνιζαν και μόνο το 22<sup>ο</sup>/ο των μητέρων κάπνιζαν.

Σχετικά με τη λήψη οινοπνευματώδων ποτών τα αποτελέσματα της έρευνας

ταν τα εξής: 44 μητέρες σε ποσοστό 11% απάντησαν ότι λάμβαναν αλκοο-  
ούχα ποτά, ενώ 356 μητέρες, σε ποσοστό 89%, απάντησαν αρνητικά. Το ότι  
μητέρες γνώριζαν τον κίνδυνο που προέρχεται από την λήψη ποτών, φαί-  
νεται και από την θετική απάντηση που έδωσαν σ' αυτήν την ερώτηση δηλα-  
δή 356 μητέρες, σε ποσοστό 89%, απάντησαν ναι ενώ 44, σε ποσοστό 11%,  
απάντησαν αρνητικά.

Όταν οι 400 μητέρες ρωτήθηκαν για το αν λάμβαναν κατά την διάρκεια  
της εγκυμοσύνης τους φάρμακα, οι 164 μητέρες, ποσοστό 41%, απάντησαν θε-  
τικά, ενώ 236, ποσοστό 59%, απάντησαν αρνητικά.

Από τις μητέρες που απάντησαν θετικά, στην λήψη φαρμάκων οι 84 μητέ-  
ρες, ποσοστό 21%, δεν ανέφερε συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων (Διάφρα-  
γμα), 32, σε ποσοστό 8%, λάμβαναν ηρεμιστικά-υπνωτικά, 32 γυναίκες, σε πο-  
σοστό 8%, έπαιρναν ορμονορυθμιστικά, 16 γυναίκες, σε ποσοστό 4%, έκα-  
ναν ινσουλίνη.

Από τα παραπάνω συμπαίρνούμε ότι ήταν μεγαλύτερος ο αριθμός των γυ-  
ναικών που δεν έπαιρναν φάρμακα, αλλά δυστυχώς η διαφορά με τις γυναίκες  
που ελάμβαναν φάρμακα ήταν μικρή. Ίσως αυτό οφείλεται στην ελλιπή ενη-  
μέρωση του πληθυσμού.

Σχετικά με την υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος που προσφέ-  
θηκε στις μητέρες θετική ήταν η απάντηση 316 γυναικών, σε ποσοστό 79%  
ώ αρνητική ήταν η απάντηση μόνο 84 γυναικών σε ποσοστό 21%. Όσο α-  
ρά την γνώση της αλληλεξάρτησης της ήρεμης ψυχολογικής κατάστασης της  
τέρας σε σχέση με το έμβρυο θετικά απάντησαν 368 γυναίκες, σε ποσοστό  
92%, ενώ αρνητικά μόνο 32 γυναίκες, σε ποσοστό 8%.

Ο αριθμός των μητέρων που δεν είχαν ήρεμη ψυχολογία προέκυψε ότι εί-  
ναι πολύ μικρός. Αυτό μπορούμε να πούμε ότι ίσως οφείλεται στο άγχος της  
γχορνης ρουτίνας και στο ψυχολογικό STRESS και αγωνία της εγκύου.

Ως προς τον βαθμό ενημέρωσης των μητέρων για την διατροφή τους, θετι-  
κή ήταν η απάντηση από 368 μητέρες, σε ποσοστό 92% και αρνητική 32 σε  
ποσοστό 8%.

Οι πηγές ενημέρωσης των μητέρων ήταν οι εξής:

Όσο το ιατρικό προσωπικό είχαν ενημερωθεί 88 μητέρες, σε ποσοστό 47%,

2 μητέρες από το νοσηλευτικό προσωπικό, σε ποσοστό 18<sup>ο</sup>/ο, 52 μητέρες από συγγενικά πρόσωπα, σε ποσοστό 13<sup>ο</sup>/ο, 36 μητέρες από τον τύπο, σε ποσοστό 9<sup>ο</sup>/ο, και 20 μητέρες, σε ποσοστό 5<sup>ο</sup>/ο από άλλα μέσα.

Όσο αφορά την ενημέρωση των γυναικών για τις ειδικές ασκήσεις που ευκολύνουν τον τοκετό θετικά απάντησαν 180 γυναίκες, σε ποσοστό 45<sup>ο</sup>/ο, και αρνητικά 220 γυναίκες, σε ποσοστό 55<sup>ο</sup>/ο.

Από τα παρακάτω προκύπτει ότι οι περισσότερες μητέρες είχαν ενημερωθεί κυρίως από το ιατρικό προσωπικό και λιγότερο από το νοσηλευτικό προσωπικό και ακόμη λιγότερο από γνωστούς και τον τύπο. Επίσης, για τις ειδικές ασκήσεις τοκετού, η ενημέρωση των μητέρων ήταν μικρή. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και ανάλογες μελέτες που έγιναν στο εξωτερικό.

Από τις 400 μητέρες που ρωτήθηκαν οι 352 απάντησαν ότι η επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού της κλινικής που γέννησαν ήταν θετική, ποσοστό 88<sup>ο</sup>/ο, ενώ 48 απάντησαν ότι ήταν αρνητική ποσοστό 12<sup>ο</sup>/ο.

Τέλος η έρευνα έδειξε ότι ο ρόλος του Νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα ενημέρωσης για τον τρόπο ζωής και διατροφής της εγκύου δεν είναι αρκετά ικανοποιητικός, σύμφωνα με τις ανάγκες των μητέρων για περισσότερη ενημέρωση πάνω στο θέμα.

Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται, από το ότι σχεδόν όλες οι μητέρες (και οι 400), συμφώνησαν πως η διαφώτιση βοηθά στην προαγωγή της σωστής διαίτης της εγκυμονούσας γυναίκας.

Σαν τελικό συμπέρασμα των παραπάνω, μπορούμε να πούμε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αναλάβει τις ευθύνες του, μπροστά σ' αυτό το πράγματι δικαιολογημένο αίτημα των μητέρων και να ξεκινήσει μια σωστή ενημέρωση για το θέμα του τρόπου ζωής και διατροφής της μητέρας καθώς και για άλλα θέματα που ανήκουν στην αρμοδιότητά του. -

"Η σημασία της διατροφής και ο τρόπος ζωής της μητέρας για το έμβρυο".

Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: Οι παρακάτω ερωτήσεις θα πρέπει να απαντηθούν γράφοντας ένα X στο σωστό κουτάκι, κατά τη γνώμη σας.

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. - Ηλικία....

2. - Τόπος γέννησης

χωριό

κωμόπολη

πόλη

3. - Τόπος διαμονής

χωριό

κωμόπολη

πόλη

4. - Γραμματικές γνώσεις

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Απόφοιτος ανώτερης σχολής

Απόφοιτος ανώτατης σχολής

5. - Εργάζεστε;

Οικιακά

Ιδιωτικός τομέας

Δημόσιος τομέας

Τί ακριβώς

6. - Ποιά η οικογενειακή σας κατάσταση;

Αγαμη

Εγγαμη

Χήρα

Διαζευγμένη

7. - Πόσα παιδιά έχετε και ποιά το βάρος τους κατά τη γέννησή τους; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. - Γνωρίζετε τους παράγοντες που καθιστούν επικίνδυνη την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

9. - Προσέχετε τη διατροφή σας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

10. - Γνωρίζετε το σημαντικό ρόλο της διατροφής για τη διατήρηση της υγείας της μητέρας και του εμβρύου κατά την εγκυμοσύνη;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

11. - Αν ναι, αποφεύγατε ορισμένα φαγητά, όπως:

α) τηγανιτά

β) τροφές πλούσιες σε λίπη

γ) τυποποιημένες-κατεψυγμένες

δ) μεγάλη ποσότητα γλυκών

12. - Γνωρίζατε ποιά ήταν τα απαραίτητα συστατικά που έπρεπε να λαμβάνονται μέσω της διατροφής, όπως:

α) βιταμίνες

β) ασβέστιο

γ) σίδηρος

δ) πρωτεΐνες

13. - Αν ναι, λαμβάνονταν σε επαρκή ποσότητα ή χρειαζόταν συμπληρωματική λήψη συσκευασμάτων με εντολή ιατρού;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

14. - Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη διατροφή σας, αποφεύγατε την υπερβολική λήψη συστατικών των τροφών; Όπως:



- α) αλάτι
- β) καρυκεύματα (μπαχαρικά)
- γ) συνθετικές τροφές (γαριδάκια, πατατάκια κλπ.)

15. - Η υπερβολική λήψη τροφής οδηγεί στην παχυσαρκία. Ποιούς από τους παρακάτω κινδύνους γνωρίζετε;

- α) κινδύνους για το έμβρυο κατά την έξοδό του
- β) προβλήματα της μητέρας κατά τον τοκετό (καισαρική τομή)
- γ) δυσκολία στη μετακίνησή της κατά την εγκυμοσύνη
- ε) δημιουργία ραγάδων

16. - Γνωρίζετε το ανώτατο όριο βάρους που θα μπορούσατε να πάρετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

17. - Πόσα ήταν τα επιπλέον κιλά που εσείς πήρατε;

-----

18. - Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας είχατε προβλήματα; Όπως:

- α) Δυσκοιλιότητα
- β) έμετοι-αναγούλες
- γ) ζάλη-κακοδιαθεσία
- δ) πτώση της αρτηριακής πίεσης
- ε) χαμηλό αιματοκρίτη-λεύκωμα
- στ) αϋπνίες-υπνηλία

19. - Ποιά η ψυχολογική σας κατάσταση από την αλλαγή του σώματός σας κατά την εγκυμοσύνη;

- α) νιώσατε απαγοήτευση
- β) ήσασταν περήφανη για τον εαυτό σας

γ) νιώθατε συγκίνηση

δ) δεν σας ενδιέφερε

20. - Καπνίζατε κατά την εγκυμοσύνη; ΝΑΙ  ΟΧΙ

21. - Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα; \_ \_ \_ \_ \_

22. - Γνωρίζατε τις επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα της μητέρας για το έμβryo; Όπως:

α) δυσκολία στην αναπνοή

β) διανοητική καθυστέρηση

γ) ελιποβαρές βρέφος (πρόωρο παιδί)

δ) συγγενείς καρδιοπάθειες

23. - Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πίνατε οινοπνευματώδη ποτά;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

24. - Γνωρίζατε τον κίνδυνο που επέρχεται με τη λήψη αυτών;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

25. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παίρνατε φάρμακα;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

26. - Αν ναι, ποιά από τα παρακάτω λαμβάνατε:

α) ηρεμιστικά-υπνωτικά

β) ορμονορυθμιστικά (π.χ. σε υπερθυρεοειδισμό)

γ) ινσουλίνη (σακχαρώδη διαβήτη)

δ) κάποια άλλα

27. - Εργαζόσασταν κατά την εγκυμοσύνη σας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

28. - Πότε διακόψατε την εργασία σας εξαιτίας της εγκυμοσύνης;

- α) μετά τον 3ο μήνα  
β) από την αρχή  
γ) δεν την διέκοψα καθόλου  
δ) αναφέρετε πότε

29. - Το οικογενειακό σας περιβάλλον σας πρόσφερε την κατάλληλη υποστήριξη, ώστε η διαβίωση σε αυτό να είναι ήρεμη;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

30. - Γνωρίζατε την αλληλεξάρτηση της ήρεμης ψυχολογικής σας κατάστασης σε σχέση με το έμβρυο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

31. - Είχατε ενημερωθεί σχετικά με τη διατροφή σας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

32. Αν ναι, από ποιόν;

- α) ιατρικό προσωπικό  
β) νοσηλευτικό  
γ) γνωστοί  
δ) Τύπος  
ε) άλλο

33. - Είχατε ενημερωθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ειδικές ασκήσεις που διευκολύνουν τον τοκετό;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

34. - Πώς σας επηρέασε το νοσηλευτικό - μαιευτικό προσωπικό της κλινικής που γεννήσατε;

ΘΕΤΙΚΑ  ΑΡΝΗΤΙΚΑ

35. - Πιστεύετε ότι η διαφώτιση βοηθά στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Πιστεύουμε ότι μέσα από τις σελίδες αυτής της εργασίας περιγράφηκε με άθε λεπτομέρεια ο σωστός τρόπος ανάπτυξης του εμβρύου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μιας μέλλουσας μητέρας αναφερόμενα τόσο στην σημασία διατροφής της μητέρας που έχει άμεση σχέση με την σωστή ανάπτυξη του παιδιού και επισημαίνοντας από την άλλη μεριά και τις συνέπειες ενός ελλειπούς και αιτιολογίου που πιθανόν ακολουθήσει η εγκυμονούσα γυναίκα.

Επίσης, με κατανοητό και περιεκτικό τρόπο αναφέρονται οι συνέπειες στην μαλή ανάπτυξη του εμβρύου περιβαλλοντικών και εξωγενών παραγόντων, οι οποίους εξαρτιώνται από την αμφίδρομη σχέση που υπάρχει μεταξύ του αλληλοπυρεασμού μητέρας-εμβρύου και αντίστροφα.

Έτσι έγινε αναφορά στην καταστροφική επίδραση των ναρκωτικών από την μητέρα που έχει άμεση συνέπεια στο έμβρυο, στο αλκοόλ, στην επικίνδυνη λήψη φαρμάκων και επίσης στις συνέπειες, μεγάλων δόσεων ακτινοβολιών που δεσεται το έμβρυο κυρίως κατά την περίοδο της "οργανογένεσης".

Πιστεύουμε ότι οι γνώσεις και οι πληροφορίες που μπορούν να αποκομθούν μέσα, από την εργασία είναι ωφέλιμες και ενδιαφέρουσες, όχι μόνο για την μέλλουσα μητέρα, αλλά ενδιαφέρουν, οποιαδήποτε γυναίκα σε κάθε ηλικία.

Το θέμα το οποίο επεξεργαστήκαμε είναι πολύ ωφέλιμο και ουσιαστικό και ομίζουμε ότι είναι χρέος και απαραίτητη ανάγκη και υποχρέωση κάθε σύγχρονης γυναίκας να γνωρίζει όλα όσα διαπραγματεύεται και ρωτά στα οποία αναέρεται. Γι' αυτό και από το ξεκίνημά της, αυτή η εργασία, έγινε με ιδιαίτερο ήλο και ενδιαφέρον από εμάς τις σπουδάστριες, βρίσκοντας ολοένα και περισσότερο υλικό μελέτης και καταγραφής.

Επλίζουμε το αποτέλεσμα να είναι ικανοποιητικό και να αξιολογηθεί ανάογα.

Επίσης θέλουμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνο καθηγήτρια, η οποία μας βοήθησε πολύ από την πρώτη στιγμή έναρξης της προσπάθειάς μας, για την ανάπτυξη του θέματος της εργασίας αυτής.

Γενικά την ευχαριστούμε για την πολύτιμη προσφορά και βοήθεια που μας πρόσφερε, αλλά δεν θα μπορούσαμε να μην την ευχαριστήσουμε για την αμέριστη προσφορά της ως καθηγήτριά μας κατά την διάρκεια φοίτησής μας στην Νοσηλευτική σχολή των Πατρών όλα αυτά τα χρόνια.-

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αραβαντινός Δ.Ι. " Φυσιολογία γυναίκας "
- Εκδόσεις:Γρηγ.Κ.Παρισσιανού,Αθήνα 1982
- Άρθρο : " Διατροφή της εγκύου " σελ. 10-12
- Μηνιαίο περιοδικό: "Υγείας και σωστής διατροφής "
- Βιο-θεραπεία,τόμος Α', τεύχη 1-8,εκδόσεις:
- "Διδόπτρα" Αθήνα 1989
- GUYTON A. M.D. " Φυσιολογία του ανθρώπου " τρίτη έκδοση
- Εκδόσεις:Αίτσας,Αθήνα 1984,Μετάφραση:Ευαγγέλου
- Επιμέλεια:Κούβελας
- Δραγώνα Θάλεια " Η γυναίκα μπροστά σε μία καινούργια,ζωή "
- Εκδόσεις:Δωδώνη,Αθήνα 1987
- Εγκυκλοπαίδεια: " Υδρία ",τόμος 9<sup>ος</sup>
- Εκδόσεις:Υδρία,Αθήνα 1988
- Εγκυκλοπαίδεια: " Υγεία " τόμος 8<sup>ος</sup>
- Εκδόσεις: " Υγεία ",Αθήνα 1989
- Εγκυκλοπαίδεια: " Μεγάλη σοβιετική εγκυκλοπαίδεια "
- Τόμος 20<sup>ος</sup>,εκδόσεις:Σουλιώτης,Αθήνα 1982
- Ιωαννίδη Π. " Το κάπνισμα ",εκδόσεις:Κάκτος,Αθήνα 1989
- Κρίστοφερ Μέϊσου-Φράνκ Φώνκερ " Εγκυμοσύνη και γέννηση,
- Εκδόσεις:Ψυχογιός,Αθήνα 1980,Μετάφραση:Ανδρέου
- KEITH MOORE " Βασική Εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες,,
- Εκδόσεις:Αίτσας,Αθήνα 1983,Μετάφραση:Κουτόπουλος-Καραβίτη
- Μαρασλή Αλέκου: " Υγιεινή της εγκύου "
- Εκδόσεις Ι.Καγιάφα,Αθήνα:1985

Παδιατέλη Κων/νου " Για τη μητέρα "

Εκδόσεις: Ι.Χιωτέλη, Αθήνα 1981

Παπανικολάου Νίκου: " Βασική Μαιευτική "

Εκδόσεις: Φυτράκης, Αθήνα 1985

Παπαδόπουλος Ηλίας: " Ψυχολογία του αναπτυσσόμενου ανθρώπου, ενδομήτρια ζωή "

Εκδόσεις: Κάκτος, Αθήνα 1988

Παπαδόνηκας Αριστοφάνης: " Εγχειρίδιο γυναικολογίας και μαιευτικής "

Εκδόσεις: Λίτσας Θεσσαλονίκη 1985

Πάπυρος, Λαρούς, Μπριτάνικα, τόμος 6<sup>ος</sup>

Εκδόσεις: Πάπυρος, Αθήνα 1983

RICHARD S. SKELL M.D.: " Κλινική ανατομική "

Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, Μετάφραση: Βαράκης

Σάββας: " Επιτομή, ανατομική του ανθρώπου " τόμος Α'

Εκδόσεις: Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985

STOPPARD MIRIAN " Εσείς και η εγκυμοσύνη "

Εκδόσεις: Ακμή, Αθήνα 1988, Μετάφραση Αυγερόπουλος

Συνάκη-Δούκα Αλέκα: " Οτοκετός είναι αγάπη, 3<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1989

Τζάφρη Τ.-Αήτερσον Ρ.-Χούτσου Ρ.: " Ναρκωτικά-τσιγάρα-αλκοόλ " (προβλήματα και απαντήσεις).

Εκδόσεις: Ψυχογιός, Αθήνα 1988, Μετάφραση: Μαράτου

Χρυσοχοΐδου Ε. " Στοιχεία ιστολογίας και εμβρυολογίας "

Εκδόσεις: Παριστανού, Αθήνα 1987

HENRY-CUY ROBERT: " 101 συμβουλές για την εγκυμοσύνη "

Εκδόσεις: Φυτράκης, Αθήνα 1985, Μετάφραση: Κάρολ Ρήντ.

