

Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας.
Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το Σύνδρομο της Εκλαμψίας – Προεκλαμψίας



Καθηγητής:
Dr. Hasman



Σπουδάστρια:
Νικολίτσα Αλτούνη

Πάτρα Μάιος 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

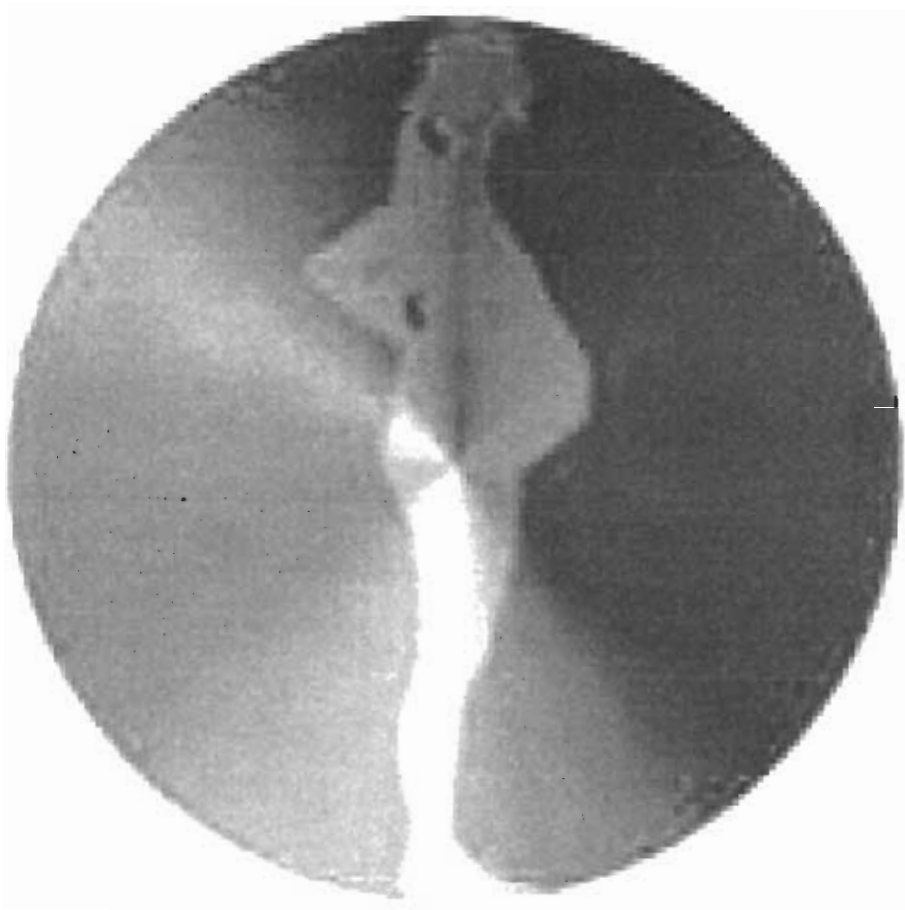
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1.1	Ιστορική αναδρομή	Σελ. 1
1.2	Καθορισμός όρου Εκλαμψίας	3
	Ταξινόμηση Προεκλαμψίας	5
1.3	Συχνότητα Επιδημιολογία	10
1.4	Προδιαθεσικοί Παράγοντες	12
1.5	Αιτιολογία	13
1.6	Κλινική Εικόνα	18
	Εκτίμηση Παροξυσμών	19
	Διαταραχές Συστηματικών Οργάνων	30
	Παθολογοανατομικά – Εργαστηριακά Ευρήματα	36
	Προσδιορισμός Ουρικού Οξέως	37
	Προσδιορισμός Πρωτεϊνών	38
	Προσδιορισμός Κρεατινίνης	39
	Άλλοι Προσδιορισμοί	39
	Υπερηχογραφήμα – Καρδιοτοκογράφημα	39
	Ιστοληψία Νεφρών	40
1.7	Διαφορική Διάγνωση	43

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1	Εισαγωγή στην Πρόληψη	46
2.2	Θεραπεία	60
	Φαρμακευτική Αντιμετώπιση	69
	Πρόκληση Τοκετού	78
	Επισκληρίδια Αναισθησία	81
	Καισαρική Τομή	82
2.3	Εξοπλισμός Δωματίου	84
2.4	Πρόγνωση Συνδρόμου	85
2.5	Ρόλος Νοσηλεύτριας	86
	Διατροφικές Συνήθειες	88
	Παράρτημα	89
	Περιστατικό πρώτο	90
	Περιστατικό δεύτερο	93
	Περιστατικό τρίτο	95
	Magnesium Sulfate	96
	Βιβλιογραφία	97

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ



1.1 Ιστορική αναδρομή



Το σύνδρομο της προεκλαμψίας και εκλαμψίας αποτελεί και σήμερα σοβαρή επιπλοκή της κύησης που παρά τις επίμονες προσπάθειες για τη μείωση των βλαβερών επιδράσεων από τη νόσο ή την πρόοδο στην αντιμετώπισή της, παραμένει παγκόσμια ως σοβαρή αιτία περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Το πρόβλημα του συνδρόμου της προεκλαμψίας – εκλαμψίας ή της τοξιναιμίας της κύησης όπως ονομαζόταν ή ονομάζεται ακόμη και σήμερα από πολλούς, είναι πολύ παλιό. Ο Ιπποκράτης στο κεφάλαιο V, περί «των αφορισμών», αναφέρει πως «είναι επικίνδυνο μια γυναίκα στην κύηση να καταληφθεί από οξεία αρρώστια» εννοώντας την επιληψία, την αποπληξία και τον τέτανο. Μέχρι δε τον 16^ο αιώνα δεν γινόταν διαχωρισμός μεταξύ των εκλαμπτικών και των επιληπτικών κρίσεων.

Από τις αρχές του 18^{ου} αιώνα πολλοί έγραψαν για την τοξιναιμία της εγκυμοσύνης, δηλαδή την προεκλαμψία και την εκλαμψία. Όλοι σχεδόν ήταν σύμφωνοι στο ότι την παθολογική αυτή κατάσταση δημιουργεί «δηλητηρίαση του οργανισμού από τοξίνες» που κυκλοφορούν και δεν αποβάλλονται λόγω νεφρικής ανεπάρκειας, που και αυτή αποδόθηκε σε σπασμό των αγγείων των νεφρών. Βέβαια η υπέρταση και η λευκοματουρία ήταν συμπτώματα που πάντα έκαναν δύσκολο το διαχωρισμό της προεκλαμψίας και της εκλαμψίας από τις νεφρικές παθήσεις. Δεν ήταν λίγοι επίσης οι συγγραφείς που υποστήριξαν ότι το σύνολο των συμπτωμάτων της τοξιναιμίας οφειλόταν στην είσοδο στη γενική κυκλοφορία προϊόντων διάσπασης στοιχείων του φθαρτού και του πλακούντα¹.

Στην αρχή του αιώνα ο Velt (1902) και ο Weichart (1903), υποστήριξαν την ανοσολογική αιτιολογία της εκλαμψίας. Πιο πρόσφατα οι Penrose (1946), Platt και συνεργάτες και άλλοι ερευνητές προσπάθησαν να αποδείξουν ότι στην αιτιολογία του συνδρόμου μπορεί να εμπλέκονται και γενετικοί παράγοντες. Έγιναν παρατηρήσεις για πιθανή συσχέτιση ανάπτυξης προεκλαμψίας και γενετικής ανομοιοότητας των ιστών μητέρας και πατέρα, και ακόμη πιο πρόσφατα υποστηρίχθηκε ότι το σύνδρομο προκαλείται λόγω βιολογικής δυσανεξίας του μητρικού οργανισμού απέναντι στο έμβryo². Με τη βοήθεια της ανοσοβιολογίας γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί και πειραματικά πως στην ασθενή με προεκλαμψία – εκλαμψία δεν υπάρχει ολοκληρωμένη ανοσοπροστασία της μητέρας προς το ξένο εμβρυϊκό λεύκωμα. Όλα όμως αυτά χρειάζονται ακόμη αρκετές αποδείξεις για να πείσουν για το ρόλο της ιστοσυμβατότητας στην αιτιολογία και εξέλιξη της προεκλαμψίας – εκλαμψίας³.

Είναι σίγουρο πως τα τελευταία χρόνια η στενή και σωστή παρακολούθηση της εγκύου και η πρόοδος που έγινε στον τρόπο της έγκαιρης διάγνωσης, έχουν βοηθήσει πολύ στη μείωση του αριθμού των εγκύων γυναικών που εμφανίζουν το σύνδρομο.

1.2 Καθορισμός Όρου Εκλαμψίας :

Εκλαμψία.

Ετυμολογία: Προέρχεται από τα Νέα Λατινικά, όπου η λέξη έκλαμψη, σημαίνει λάμψη. Ο όρος αυτός κάνει την εμφάνισή του το 1860 εκλαμψία σημαίνει μια επίθεση σπασμών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή τοκετού.



Ως προεκλαμψία με τον ACOG

(American College of Obstetrics and Gynaecology) ορίζεται η μετά την 20 εβδομάδα της κύησης αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε συνδυασμός με πρωτεϊνουρία ή οίδημα ή και τα δύο.

Οι παραπάνω καταστάσεις ορίζονται ως:

▶ Αύξηση της ΑΠ άνω του 140/90mmHg σε τυχαίες μετρήσεις που διαφέρουν μεταξύ τους 6 ώρες όταν η προηγούμενη αρτηριακή πίεση δεν είναι γνωστή.

▶ Αύξηση της προηγούμενης τιμής της ΑΠ όταν αυτή είναι γνωστή κατά 30mmHg για την συστολική και 25mmHg για τη διαστολική σε δύο τυχαίες μετρήσεις.

▶ Αύξηση της ΜΑΠ (Μέση Αρτηριακή Πίεση) κατά 20mmHg εάν η προηγούμενη είναι γνωστή και άνω των 105mmHg εάν είναι άγνωστη.^{1,4}

Η εκτίμηση της πίεσης είναι ο προσδιορισμός της μέσης Αρτηριακής Πίεσης, που είναι το

άθροισμα του 1/3 του εύρους της πίεσης και της διαστολικής πίεσης. Έτσι αν η Αρτηριακή Πίεση είναι 140/80mmHg, η μέση Αρτηριακή πίεση είναι:

$$(140-80)/3 + 80 = 60/3 + 80 = 100$$

Όταν η μέση αρτηριακή πίεση είναι πάνω από 105, η έγκυος χαρακτηρίζεται ως υπερτασική.

Πρωτεϊνουρία είναι η παρουσία λευκόματος στα ούρα:

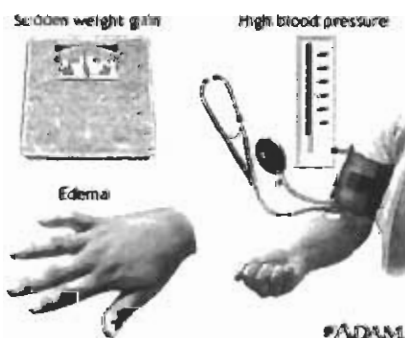
- άνω των 100mg/dl σε τυχαίο δείγμα
- ή άνω των 2 + σε stick ούρων σε τυχαίο δείγμα (+ = 30mg/dl ++ = 100mg/dl)
- ή άνω των 0.3g σε λεύκωμα ούρων 24ώρου



Οίδημα είναι η αύξηση του βάρους άνω των 2,5kg.^{4,5}



Οίδημα προσώπου



Ταξινόμηση Προεκλαμψίας – Εκλαμψίας

Η προεκλαμψία – εκλαμψία είναι το αποτέλεσμα μιας κακής προσαρμογής του μητρικού οργανισμού στην κύηση και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση υπέρτασης με λευκωματουρία ή οιδήματα ή και τα δύο. Ανάλογα με τη βαρύτητα που παρουσιάζονται τα κλινικά και διαγνωστικά σημεία της προεκλαμψίας, γίνεται ο διαχωρισμός της σε ήπια και βαριά.

Ήπια εκλαμψία

- ▶ ΑΠ 140 – 160mmHg / 90 – 110mmHg
- ▶ Πρωτεϊνουρία 0.3 – 5gr / 24hr
- ▶ Ούρα > 500ml /24hr

Βαριά προεκλαμψία

- ΑΠ 160 / 110mmHg
- Πρωτεϊνουρία > 5gr / 24hr ή +++ / ++++ σε stick ούρων σε τυχαίο δείγμα.
- Ολιγουρία (<400ml /24hr)
- Εγκεφαλικές ή οπτικές διαταραχές.
- Πνευμονικό οίδημα ή κύνωση.
- Διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας.
- Θρομβοπενία (PLT < 150.000)

Μορφή σοβαρής Προεκλαμψίας και Εκλαμψίας αποτελεί το σύνδρομο **Hellp** (Haemolysis – H - Elevated Liver Enzymes –EL-Low Platelet Count –LP = Hellp).

Παρουσιάζεται από αιμόλυση, αύξηση ηπατικών ενζύμων και ελάττωση αιμοπεταλίων. Εμφανίζεται σε συχνότητα 5 – 10% σε υπερτασική νόσο. Τις περισσότερες φορές, συμβαίνει στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και σπάνια μέσα σε 48 ώρες από τον τοκετό.

Το σύνδρομο Hellp εμφανίζεται στο 4% των γυναικών που έχουν προεκλαμψία, και είναι μια από τις βαρύτερες μορφές Προεκλαμψίας.

Το σύνδρομο Hellp, έχει συχνότερα επιπτώσεις στο συκώτι και προκαλεί πόνο. Γίνεται πιο επικίνδυνο όταν εμφανιστεί πριν τα κλασσικά συμπτώματα της Προεκλαμψίας.

Η συχνότητα του συνδρόμου είναι μεγαλύτερη σε λευκές πολύτοκες άνω των 25 ετών ενώ τα πρόδρομα σημεία είναι:

- ◆ Επιγαστραλγία ή άλγος στο δεξιό υποχόνδριο (90%)
- ◆ Ναυτία και εμετός (50%)
- ◆ Μη ειδικά συμπτώματα ιογενούς λοίμωξης
- ◆ Αίσθημα κακουχίας (90%)
- ◆ Αιματουρία
- ◆ Αιμορραγία από το Γ.Ε.Σ⁶

Ενώ η φυσική εξέταση θα δείξει:

- ◆ Ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο (80%)
- ◆ Σημαντική αύξηση του βάρους και οίδημα (60%)
- ◆ Υπέρταση (Απούσα = 20%, Μέτρια = 30%, Σοβαρή = 50%) ⁶

Το σύνδρομο στο 69% των περιπτώσεων εμφανίζεται πριν τον τοκετό από το οποίο το:

- ◆ 46% μεταξύ 17 – 20 εβδομάδες
- ◆ 23% μεταξύ 21 – 26 εβδομάδες
- ◆ 31% μετά τον τοκετό εντός των πρώτων 6 ημερών με μεγαλύτερη συχνότητα το πρώτο 48ώρο. ⁶

Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι 7.7 – 60% ενώ η μητρική 0 – 24%.

Οι ασθενείς έχουν συνήθως ανάγκη από μετάγγιση αίματος / προϊόντων του ενώ είναι αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης ΟΝΛ (Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια), πνευμονικού οιδήματος, ασκίτη, πλευριτικού υγρού και ρήξη ήπατος.

Η φιλοσοφία αντιμετώπισης του συνδρόμου είναι καταρχήν η αντιμετώπιση των διαταραχών πηκτικότητας και στην συνέχεια η εκτίμηση του εμβρύου και του βιοφυσικού του προφίλ.

Εάν :

- ◆ κύηση >34 εβδομάδες, οδηγούμαστε σε τοκετό σε ώριμο τράχηλο με οξυτοκίνη και διακολπικώς ενώ σε ανώριμο τράχηλο με καισαρική τομή
- ◆ κύηση < 34 εβδομάδες διερεύνηση με αμνιοπαρακέντηση για την ωριμότητα των πνευμόνων οπότε σε απουσία της χορηγούνται κορτικοστεροειδή για 24 ώρες και ακολουθεί τοκετός ενώ σε παρουσία ωριμότητας άμεση επιλογή είναι ο τοκετός.⁶

Χαρακτηριστικά της βαριάς προεκλαμψίας.

1. Συστολική αρτηριακή πίεση ≥ 160 mm Hg ή διαστολική ≥ 110 mm. Hg.
2. ≥ 5 γρμ. Λευκωματουρίας σε ούρα 24ώρου ή 3 ως 4 με ταινίες ελέγχου της λευκωματουρίας (Labstix κ.λπ.).
3. ≥ 400 κ. εκ. ούρων το 24ωρο.
4. Οπτικές διαταραχές ή διαταραχές από το Κ.Ν.Σ.
5. Πνευμονικό οίδημα ή κυάνωση.⁶



1.3 Συχνότητα – Επιδημιολογία

Η συχνότητα του συνδρόμου παραμένει και σήμερα αρκετά υψηλή. Στις Η.Π.Α, κυμαίνεται μεταξύ 5-7% αλλά από την υπάρχουσα βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει μείωση στις περιπτώσεις της εκλαμψίας τα τελευταία 15-20 χρόνια. Αυτό αποδίδεται στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και τη σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση των περιπτώσεων σοβαρής προεκλαμψίας. Η συχνότητα της εκλαμψίας, σε μια στατιστική των ετών 1968 –1977, βρισκόταν στο 0.74 σε 1000 γεννήσεις και αφορούσε κυρίως πρωτοτόκες (75%). Και στις δύο όμως καταστάσεις (προεκλαμψία – εκλαμψία) είναι πολύ ηυξημένο το ποσοστό των πρόωγων νεογνών, η βραδύτητα ανάπτυξης του εμβρύου, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και η νεογνική ασφυξία. Ειδικά για την εκλαμψία βρέθηκε ότι η προωρότητα φθάνει το 56%, οι επιλοκές από την πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα το 22,5% και η βραδύτητα ανάπτυξης του εμβρύου το 30%.

Για την εκλαμψία υποστηρίζεται ότι στα 2/4 των περιπτώσεων εκδηλώνεται πριν τον τοκετό, στο 1/4 στη διάρκεια και στο 1/4 μετά τον τοκετό, στη λοχεία. Αυτή μάλιστα η μετά τον τοκετό περίοδος για την εμφάνιση της εκλαμψίας, μπορεί να φθάσει και μέχρι την 23^η ημέρα της λοχείας.¹

Μερικές στατιστικές έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχει μικρή αύξηση των περιπτώσεων εκλαμψίας μετά τον τοκετό και τις προσδιορίζουν στο 1/3 όλων των περιπτώσεων. Σε πολλές από τις ασθενείς αυτές δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα προεκλαμψίας ή άλλα πρόδρομα συμπτώματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης που να προαναγγέλλουν την εμφάνιση του εκλαμπτικού παροξυσμού.¹

Πολλοί Μαιευτήρες, ακόμη και σήμερα, δυσκολεύονται να πιστέψουν στην εμφάνιση κρίσεων εκλαμψίας 48 ώρες μετά τον τοκετό, γιατί μένουν πιστοί στην παλιά δοξασία ότι η μόνη φροντίδα στην προεκλαμψία – εκλαμψία, είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης. Η ξαφνική αυτή εκδήλωση της εκλαμψίας μετά τον τοκετό είναι δύσκολη στη διάγνωση και επικίνδυνη για την άρρωστη, γιατί βρίσκει απροετοίμαστο το γιατρό στην αντιμετώπιση τέτοιας βαριάς κατάστασης. Υποστηρίχθηκε ότι στις άρρωστες αυτές δε διαγνώστηκε η προεκλαμψία στην εγκυμοσύνη και δεν έτυχε σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης ή άρρωστη.

Σήμερα έχει σημειωθεί αρκετή πρόοδος στον τομέα της διάγνωσης και της πρόγνωσης του συνδρόμου της προεκλαμψίας – εκλαμψίας, αλλά δεν μπορεί να υποστηριχθεί το ίδιο και για τον τομέα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Εκεί η πρόοδος προχωρεί πολύ αργά. Ευτυχώς που εδώ προστέθηκε η βελτίωση στη θεραπεία και παρακολούθηση των συνήθως προώρων ή βεβαρυμένων νεογνών που γεννιούνται από τις μητέρες με το σύνδρομο της προεκλαμψίας – εκλαμψίας.

Η περιγεννητική θνησιμότητα για τις προεκλαμπτικές κυήσεις υπολογίζεται σε 5.7% ενώ για τις εκλαμπτικές κυήσεις σε 17.7%. Η υψηλή αυτή περιγεννητική θνησιμότητα αποδίδεται από μια μεριά στην άμεση επίδραση της προεκλαμψίας – εκλαμψίας και από την άλλη, στην προωρότητα.^{1,8}

1.4 Προδιαθεσικοί παράγοντες

- ▶ Πρώτη κύηση
- ▶ Πολύδημη κύηση / πολλαπλασία Κύηση
- ▶ Πολυάμνιο
- ▶ Παχυσαρκία. Γυναίκες με Μαζικό δείκτη μεγαλύτερο από 30%.
- ▶ Προηγούμενη κύηση στην ίδια την μητέρα (αδελφή). Οικογενειακή ιστορία προεκλαμψίας. (μητέρα, αδερφή, γιαγιά)
- ▶ Σακχαρώδη Διαβήτη
- ▶ Υδατιδώδη μύλη
- ▶ Αγγειακές διαταραχές
- ▶ Υποθρεψία
- ▶ Πάνω από 40 ή κάτω από 18 ετών
- ▶ Αυτό-άνοσες διαταραχές όπως Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.⁹

1.5 Αιτιολογία

Τα πιθανά αίτια:

- Ανώμαλη τροφοβλαστική διείσδυση
- Διαταραχές πήκτικότητας
- Αγγειακές ενδοθηλιακές βλάβες
- Κακή προσαρμογή του καρδιαγγειακού
- Ανοσολογικά αίτια
- Γενετική προδιάθεση
- Διαιτητικές ανεπάρκειες ή καταχρήσεις¹⁰

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της προεκλαμψίας και εκλαμψίας είναι κοινή και για τις δύο και σε πολλά σημεία παραμένει άγνωστη.

Αυτό γίνεται φανερό από την εμπειρική θεραπευτική αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής της κύησης και την πληθώρα των θεωριών που προσπαθούν να την εξηγήσουν.



Έτσι λοιπόν, ενοχοποιήθηκαν διάφοροι περιβαλλοντολογικοί και φυλετικοί παράγοντες, οι διαιτητικές συνήθειες και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, που όμως με τη στατιστική ανάλυση δεν φαίνεται να ικανοποιούν. Κατά καιρούς υποστηρίχθηκαν οι απόψεις, ότι οφείλεται σε ανοσολογική αντίδραση του μητρικού οργανισμού απέναντι στο εμβρυϊκό μόσχευμα, σε διαταραχές του συστήματος ρενίνης – αγγιοτενσίνης και αλδοστερόνης και στην απελευθέρωση θρομβοπλαστίνης από τον πλακούντα η οποία προκαλεί ενδαγγειακή πήξη, που την ακολουθεί η εναπόθεση προϊόντων αποικοδόμησης του ινωδογόνου (F.D.P.) σε διάφορα όργανα και ιδιαίτερα στα νεφρά.^{2,3}

Τελευταία η πιο προσφιλή θεωρία είναι εκείνη της ισχαιμίας της μήτρας, που προκύπτει από την υπερδιαταση της (πολύδυμη κύηση, μύλη κύηση, υδράμνιο κ.ά.) ή την ανεπαρκή αιμάτωσή της. Η θεωρία αυτή υποστηρίζεται από τις κλινικές παρατηρήσεις, που αναφέρθηκαν προηγούμενα και την πειραματική πρόκληση προεκλαμψίας – εκλαμψίας σε

πειραματόζωα, μετά από πρόκληση στένωσης των μητριαίων αγγείων ή της αορτής. Εν τούτοις καμιά από τις θεωρίες που αναφέρθηκαν δεν φαίνεται να δίνει οριστική απάντηση στην αιτιολογία της προεκλαμψίας και εκλαμψίας.¹

Αντίθετα, από ότι συμβαίνει για την αιτιολογία, η γνώση μας για τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της δράσης των ή του αιτιολογικού παράγοντα είναι πολύ προχωρημένες. Έτσι λοιπόν γνωρίζουμε σήμερα, ότι η πρωταρχική εκδήλωση της προεκλαμψίας – εκλαμψίας είναι ο αγγειοσπασμός των αρτηριδίων, όπως διαπιστώνεται:

A) από την υπερευαισθησία των αγγείων σε μικρές δόσεις αγγειοστενίνης, νορεπινεφρίνης ή αγγειοτενσίνης και

B) τον αγγειόσπασμο του αμφιβληστροειδούς.

Ο αγγειοσπασμός αυτός αφορά και τα τροφικά τριχοειδή των αγγειακών τοιχωμάτων, που προκαλεί υποξία και νεκρωτικές αλλοιώσεις σε αυτά, με αποτέλεσμα την πρόκληση μικροαιμορραγικών εστιών σε διάφορα όργανα και ιδιαίτερα στα νεφρά, ήπαρ και εγκέφαλο. Η ελάττωση της νεφρικής πειραματικής διήθησης και της επαναρρόφησης ύδατος και νατρίου, πιθανότατα οδηγεί σε μεγάλη κατακράτησή τους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του οιδήματος, που συνοδεύει την παθολογική αυτή κατάσταση της κύησης. Αποτέλεσμα της αύξησης αυτής του εξωκυτταρικού υγρού, είναι η αντίστοιχη αιμοσυμπύκνωση, λόγω ελάττωσης του όγκου του πλάσματος.⁷

Οι γνώσεις μας για το παθολογανατομικό υπόστρωμα της προεκλαμψίας - εκλαμψίας βασίζονται, κατά κύριο λόγο, σε νεκροτομικές παρατηρήσεις και σε περιορισμένο μόνο βαθμό στη βιοψία των νεφρών, κατά την κύηση.

Πιστεύεται, ότι οι βλάβες είναι της ίδιας φύσης και στις δύο καταστάσεις και διαφέρουν μόνο ως προς τη βαρύτητά τους, που είναι παράλληλη με τη σοβαρότητα της κλινικής εκδήλωσής τους. Τα νεφρά αποτελούν το πιο χαρακτηριστικό όργανο για τη μελέτη των προεκλαμπτικών αλλοιώσεων και από παθολογανατομικές μελέτες, που έγιναν σε υλικό που πάρθηκε με παρακέντηση, αποδεικνύεται ότι οι πρωταρχικές αλλοιώσεις της προεκλαμψίας αφορούν τα τριχοειδή των νεφρικών σωματίων.

Οι βλάβες αυτές συνίστανται σε πάχυνση της βασικής μεμβράνης των τριχοειδών και ιδιαίτερα των ενδοθηλιακών κυττάρων, που προκαλούν πιθανότατα απόφραξη του αυλού τους. Παράλληλα διαπιστώθηκε η εναπόθεση προϊόντων αποδόμησης του ινωδογόνου. Οι βλάβες αυτές, όπως αποδείχτηκε, είναι αναστρέψιμες. Ανάλογες αλλοιώσεις παρατηρούνται και στα άλλα παρεγχυματώδη όργανα, όπως στο ήπαρ, εγκέφαλο, πνεύμονες, αμφιβληστροειδή κ.λπ.

Σε νεκροτομικό υλικό εκλαμπτικών γυναικών διαπιστώθηκε η ύπαρξη εκσεσημασμένου οιδήματος και μικρών αιμορραγικών εστιών στα νεφρά, ήπαρ, εγκέφαλο, πνεύμονες, αμφιβληστροειδή, επινεφρίδια, μήτρα και πλακούντα. Οι παθολογανατομικές αλλοιώσεις του πλακούντα δεν είναι ειδικές για την προεκλαμψία – εκλαμψία, αν και περιλαμβάνουν οίδηματική εκφύλιση των λαγνών και εκφύλιση του συγκυτίου.

Μια πιο πρόσφατη θεωρία Παθογένεσης αναγνωρίζει το σημαντικό ρόλο στην βλάβη του ενδοθηλίου που προκαλεί αυξημένο τόνο στα αγγεία από τη μια και διαφυγή από τα τριχοειδή από την άλλη.

Επιπλέον συνυπάρχει αύξηση των Προσταγλανδινών που προκαλεί αγγειοσπασμό και ενεργοποίηση του μηχανισμού πήξης που προκαλεί Θρομβοπενία και Αιμόλυση.¹¹

1.6 Κλινική Εικόνα

Η κλινική εκδήλωση της προεκλαμψίας, χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση των παρακάτω συμπτωμάτων, σημείων και εργαστηριακών ευρημάτων:

A) Συμπτώματα:

► Στις περιπτώσεις ελαφριάς προεκλαμψίας η συμπτωματολογία είναι πολύ αβληχρή και περιορίζεται μόνο στην ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας της εγκύου και στην εμφάνιση αισθήματος εύκολης κόπωσης, που οφείλεται στην αύξηση του σωματικού της βάρους. Όταν η προεκλαμψία επιβαρυνθεί και μεταπέσει στη βαριά της μορφή, παρουσιάζονται διαταραχές από την όραση -διπλωπία κεφαλαλγίες λόγω οιδήματος του εγκεφάλου, επιγαστραλγία και τάση για έμετο λόγω διάτασης της ηπατικής κάψας από το οίδημα, ενώ σε σπανιότερες περιπτώσεις παρατηρείται αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα και τους βλεννογόνους, λόγω κατανάλωσης του ινωδογόνου του αίματος (υπινωδογοναιμία).^{5,7}

► Εφ' όσον η προεκλαμψία δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, λόγω κακής ιατρικής παρακολούθησης ή αποτυχίας της θεραπείας ή μη προσέλευσης της εγκύου στον ιατρό, εγκαθίσταται πλέον η συμπτωματολογία της εκλαμψίας, που χαρακτηρίζεται από απότομη επιβάρυνση της γενικής κατάστασης της άρρωστης. Κύρια κλινική εκδήλωση της εκλαμψίας είναι ο εκλαμπτικός παροξυσμός, που κατά κανόνα ακολουθεί την παρακάτω εξέλιξη των γεγονότων:^{5,7}



Εκτίμηση των παροξυσμών:

Οι παροξυσμοί της εκλαμψίας εμφανίζονται ξαφνικά, όπως ή λάμψη (γι' αυτό και η πάθηση λέγεται εκλαμψία), και συνοδεύονται από απώλεια της συνείδησης. Οι εκλαμπτικοί παροξυσμοί οφείλονται στην αυξημένη ενδοεγκεφαλική πίεση και στην εγκεφαλική ισχαιμία, που προκύπτει από αυτή. Αποτέλεσμα της ισχαιμίας είναι ηλεκτρολυτικές διαταραχές από το ένα και από το άλλο μέρος της κυτταρικής μεμβράνης των εγκεφαλικών κυττάρων. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όταν ξεπεράσουν ένα ορισμένο όριο, προκαλούν ηλεκτρική κένωση σε διάφορα σημεία του εγκεφαλικού φλοιού, με συνέπεια την εκδήλωση των σπασμών. Γι' αυτό οι νευροφυσιολόγοι κατατάσσουν την εκλαμψία στην κατηγορία των μεταβολικών εγκεφαλοπαθειών. Πιστεύεται, ακόμα, πως ίσως οφείλονται σε μικροεμβολές ή θρομβώσεις από αιμοπετάλια και ινώδες, που προκαλούν διαταραχή της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο. Τις αλλοιώσεις αυτές προκαλούν οι διαταραχές των παραγόντων της πήξης του αίματος.⁷

Πριν από την έκλυση του παροξυσμού εμφανίζεται, στις περισσότερες περιπτώσεις, απότομη αύξηση της πίεσης του αίματος, λευκοματουρία και γρήγορη εξάπλωση των οιδημάτων. Επίσης, υπάρχει υπερευαισθησία της πάσχουσας σε κάθε είδους ερεθισμό και αύξηση των αντανακλαστικών της.

Ο παροξυσμός της εκλαμψίας περνάει από τρεις φάσεις:

■ Α) προδρομική φάση ή της εισβολής. Αυτή διαρκεί 20'' και χαρακτηρίζεται από ακινησία, ωχρότητα, σύσπαση του στερνοκλειδομαστοειδή μυ και των μυών του προσώπου, τρόμο των μασητήρων μυών και των μυών των βλεφάρων, μυδρίαση και έξοδο της γλώσσας, που γρήγορα επαναφέρεται στη στοματική κοιλότητα. Στο τέλος αυτής της φάσης εμφανίζεται τρόμος στους μυς του κορμού και των άκρων.

■ Β) φάση των τονικών σπασμών. Αυτή διαρκεί 30'' και χαρακτηρίζεται από οπισθότονο, από χέρια σε έκταση, με σφιχτά και σε κάμψη δάχτυλα, από κλίση της κεφαλής προς τον ώμο, από κνάνωση του προσώπου, από παρατεινόμενη άπνοια λόγω σπασμών των αναπνευστικών μυών και του διαφράγματος, από γενική σύσπαση των μυών του προσώπου, από σφιχτά κλειστό στόμα και από καθλωμένα μάτια.

■ Γ) φάση των κλονικών σπασμών. Αυτή διαρκεί 45'' ως 1' και χαρακτηρίζεται από παρατεινόμενη εισπνοή και ελαφρά εκπνοή, που συνοδεύεται με έξοδο αιμορραγικού αφρώδους υγρού. Η κεφαλή κινείται συνέχεια, πότε αριστερά και πότε δεξιά, οι βολβοί των ματιών εμφανίζουν έντονη τρομάδη κίνηση, τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν και η γλώσσα βγαίνει προς τα έξω, με κίνδυνο να τραυματισθεί ανάμεσα στα δόντια. Εμφανίζονται επίσης, μικροαιμορραγίες στους βλεννογόνους και στο δέρμα.

Ύστερα από τις τρεις αυτές φάσεις, που περνάει ο εκλαμπτικός παροξυσμός, ακολουθεί η λύση του, με αργή επαναφορά της συνείδησης ή με κόμα και αναπνοή τύπου Cheyne –

Stokes. Το πρόσωπο είναι οίδηματικό, υπάρχει πτώση της πίεσης και αύξηση της θερμοκρασίας, που φτάνει ως του 40 - 41 βαθμούς Κελσίου. Αυτή οφείλεται σε διαταραχή του θερμορυθμιστικού κέντρου, αποτέλεσμα του εγκεφαλικού οιδήματος, που υπάρχει στις περιπτώσεις αυτές, και αποτελεί σημάδι σοβαρής κατάστασης.

Όταν εμφανισθεί κώμα μετά τον εκλαμπτικό παροξυσμό, πρέπει να γίνει νευρολογική εκτίμηση και ίσως, αξονική τομογραφία για τη διάγνωση εγκεφαλικού οιδήματος.

Όταν ο παροξυσμός της εκλαμπίας είναι ασθενής, τότε η άρρωστη συνέρχεται γρήγορα από το κώμα και τίποτα δεν θυμάται. Όταν βρίσκεται σε κώμα και επαναλαμβάνεται νέος παροξυσμός, τότε έχει ως αποτέλεσμα την οξεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια, που αν δεν αντιμετωπισθεί, καταλήγει στο θάνατο.

Ο αριθμός των παροξυσμών, σε ελαφρές περιπτώσεις, είναι 1 ως 2 και σε βαρύτερες από 20 ως 100. σε σπάνιες περιπτώσεις, ο ένας ακολουθεί τον άλλο, ώστε η άρρωστη να μοιάζει πως βρίσκεται σ' ένα συνεχιζόμενο παροξυσμό.

Μετά τη λύση εκλαμπτικού παροξυσμού δυνατό να συμβεί τοκετός και οι παροξυσμοί να σταματήσουν. Είναι, όμως, δυνατό και μετά τον τοκετό, οι παροξυσμοί συνεχισθούν. Τότε, η κατάσταση της λεχνοίτας έχει επιβαρυνθεί και, αν η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν αποδώσει, επέρχεται ο θάνατός της. Μερικές φορές, οι παροξυσμοί σταματάνε, ο τοκετός δεν εκλύεται και η άρρωστη συνέρχεται τόσο, ώστε αφήνουμε να προχωρήσει η εγκυμοσύνη της. Σπάνια υποχωρεί η υπέρταση και η λευκωματουρία. Ύστερα, όμως, από μερικές ημέρες, η προεκλαμπτική κατάσταση στην οποία βρέθηκε, εξελίσσεται ξανά σε εκλαμπτική και

αρχίζουν οι παροξυσμοί, με βαρύτερη από την πρώτη φορά πρόγνωση.⁶

Είναι γνωστό, πως στις υπερτασικές έγκυες και ιδιαίτερα σ' όσες εμφανίζουν βαριές υπερτασικές κρίσεις και σ' εκείνες, που πάσχουν από βαριά προεκλαμψία και εκλαμψία, είναι συχνότερη η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Στην περίπτωση αυτή, αν εκτελέσουμε καισαρική τομή, για να σώσουμε την άρρωστη, είναι δυνατό να διαπιστώσουμε, πως τα τοιχώματα της μήτρας είναι αιμορραγικά και εύθρυπτα. Γι' αυτό καταλήγουμε σε ολική υστερεκτομία. Η μήτρα, στην περίπτωση αυτή έχει το χρώμα της μελιτζάνας από αγγειοδιαστολή, υπεραιμία, ρήξη των τριχοειδών αγγείων και συγκέντρωση αίματος ανάμεσα από τις μυϊκές ίνες (μήτρα Couvelaire). Σε τέτοιες βαριές καταστάσεις της εκλαμψίας η άρρωστη δυνατό να καταλήξει σε θάνατο από ινωδογονεπενία, κατάργηση της λειτουργίας βασικών οργάνων και οξεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια.^{6,12}

B) Σημεία



Η υπέρταση, όπως περιγράφηκε στην αρχή αυτού του κεφαλαίου, αποτελεί το πρωταρχικό σημείο της προεκλαμψίας. Ο βαθμός της αύξησης της συστολικής και ιδιαίτερα της διαστολικής πίεσης, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη βαρύτητα της πάθησης.

Προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης του αίματος. Είναι απαραίτητο ο μαιευτήρας να γνωρίζει τις μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, στη φυσιολογική εγκυμοσύνη, γιατί είναι δυνατό να οδηγηθεί σε λαθεμένα συμπεράσματα. Π.χ. ορισμένες έγκυες, με μικρή υπέρταση, δεν εμφανίζουν, όπως έπρεπε, πτώση της πίεσης στην αρχή της εγκυμοσύνης, αλλά διατηρούν τα επίπεδά της σε φυσιολογικά όρια. Αν η πίεση σ' αυτές αυξηθεί στους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, όμως πρέπει, αυτές χαρακτηρίζονται ως προεκλαμπτικές, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι.

Υπερτασική θα χαρακτηρίσουμε, όμως αναφέραμε, την έγκυο, που έχει διαστολική πίεση τουλάχιστο 90 και συστολική τουλάχιστο 140mm. Hg ή αν αυξάνεται η πρώτη τουλάχιστον κατά 15mm Hg. και η δεύτερη κατά 30 mm. Hg. Οι πιέσεις αυτές θα πρέπει να βρεθούν, όμως επίσης αναφέραμε, σε δύο τουλάχιστο διαδοχικές μετρήσεις με μεσοδιάστημα 6 ή περισσότερων ωρών.

Είναι προτιμότερο η εκτίμηση της κατάστασης να γίνεται με τον προσδιορισμό του ύψους της διαστολικής πίεσης, που πρέπει φυσιολογικά να είναι 75 στο δεύτερο τρίμηνο και 85mm. Hg. στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Σε μερικές έγκυες, κυρίως στις περισσότερες από τις άτοκες, είναι δυνατό να συμβεί αύξηση της διαστολικής πίεσης κατά 20 mm.Hg ή και παραπάνω, όταν αυτές από την πλάγια θέση τις γυρίσουμε στην ύπτια. Αυτό συμβαίνει συχνότερα ανάμεσα στην 28^η ως την 32^η εβδομάδες πριν, πως η έγκυος θα εκδηλώσει προεκλαμψία. Ο τρόπος αυτός ελέγχου της αρτηριακής πίεσης λέγεται δοκιμασία γυρίσματος.

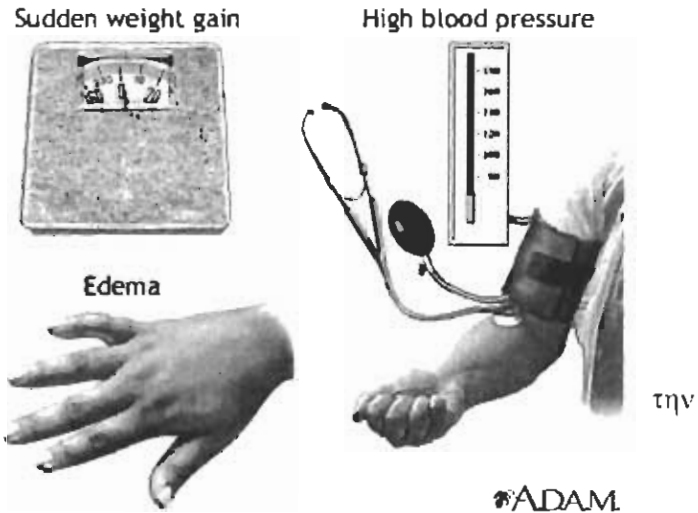
Σε περίπτωση επικείμενου εκλαμπτικού παροξυσμού η αρτηριακή πίεση ανεβαίνει απότομα σε ψηλά επίπεδα και σε σοβαρές περιπτώσεις εκλαμψίας πέφτει χαμηλά, γεγονός που δείχνει επιδείνωση της κατάστασης. Υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης εκλαμπτικού παροξυσμού και η αρτηριακή πίεση να είναι φυσιολογική. ⁶

Η υπέρταση αποτελεί το σπουδαιότερο εύρημα από την τριάδα, που χαρακτηρίζει την προεκλαμψία (υπέρταση – λευκωματουρία – οίδημα), γιατί έχει μεγάλη προγνωστική αξία. Γι' αυτό ο προσδιορισμός της, σε κάθε επίσκεψη της εγκύου, κρίνεται απαραίτητος.

Το οίδημα στο πρόσωπο, στα άνω άκρα κατά κύριο λόγο και λιγότερο στα κάτω άκρα, είναι συχνό σημείο της κλινικής εκδήλωσης της προεκλαμψίας, αν και δεν αποκλείεται να λείπει σε πολλές περιπτώσεις. Σε έγκυες που περνούν ένα μεγάλο μέρος της εγκυμοσύνης τους ξαπλωμένες, το οίδημα είναι δυνατό να εντοπίζεται στην περιοχή του κόκκυγα.⁵

Εκτίμηση των οιδημάτων:

Ως οίδημα της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζουμε τη γενικευμένη συγκέντρωση υγρού σε βαθμό που να σχηματίζει εντόπωμα, όταν με το δάχτυλο μας πιέσουμε έγκυο, ύστερα από 12ωρη



κλινήρη ανάπαυση ή όταν αυξάνεται το βάρος της κατά 2 κιλά ή περισσότερο την εβδομάδα. Τα οιδήματα εμφανίζονται στο 40% όλων των εγκύων. Μόνο όμως 8% από αυτές θ' αναπτύξουν προεκλαμψία. Μπορεί να είναι γενικευμένα και να διαγνωσθούν από την απότομη αύξηση του βάρους, όταν αυτή δεν οφείλεται στη διατροφή της εγκύου. Άλλες φορές, τα οιδήματα είναι φανερά και εντοπίζονται στην περιοχή του προσώπου στα χέρια, στα σφυρά, στην κοιλιά, και περισσότερο στην περιοχή, που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση. Στις περιπτώσεις αυτές, εύκολα μπορούμε να διακρίνουμε τα οιδήματα από το εντόπωμα, που αφήνει το δάχτυλό μας, όταν πιέσουμε την εξωτερική της κνήμης ή όταν πιέσουμε το κοιλιοσκόπιο, στην ακρόαση παλμών του εμβρύου, πάνω στην κοιλιά της εγκύου.

Το οίδημα μόνο του δεν σημαίνει κακή πρόγνωση. Ούτε η έλλειψη οιδήματος εγγυάται την ευνοϊκή έκβαση της προεκλαμψίας και εκλαμψίας. Βάρος που ξεπερνάει το 0,5 – 1 κιλό την εβδομάδα στο τελευταίο τρίμηνο, αποτελεί σημείο ανάπτυξης οιδημάτων και δείχνει ευαισθησία της εγκύου στην εκδήλωση προεκλαμψίας. Απότομη γενίκευση των οιδημάτων αποτελεί προάγγελο έκλυσης εκλαμπτικών παροξυσμών.

Η αύξηση των τενοντίων αντανακλαστικών αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα στην προεκλαμψία, ενώ ο κλώνος του αγκώνα παρατηρείται σπανιότερα.

Η ολιγουρία (<400 κ.εκ / 24ωρο), αποτελεί σοβαρό προγνωστικό σημείο της προεκλαμψίας και είναι απαραίτητο να διαφοροδιαγιγνώσκεται έγκαιρα από άλλες αιτίες που την προκαλούν, όπως είναι η αφυδάτωση, οι νεφρικές παθήσεις κ.ά.^{5,7}

Προσδιορισμός των αποβαλλόμενων ούρων:

Η ελαττωμένη διήθηση στο αγγειώδες σπείραμα, που παρατηρείται στην προεκλαμψία, προκαλεί κατακράτηση ύδατος, με αποτέλεσμα την ελάττωση της ποσότητας των ούρων, που αποβάλλονται στο 24ωρο. Αυτή η ολιγουρία δυνατό να φτάσει τα 400κ.εκ/ 24ωρο. Την ελάττωση της σπειραματικής διήθησης ενισχύει και η δράση της αντιδιουρητικής



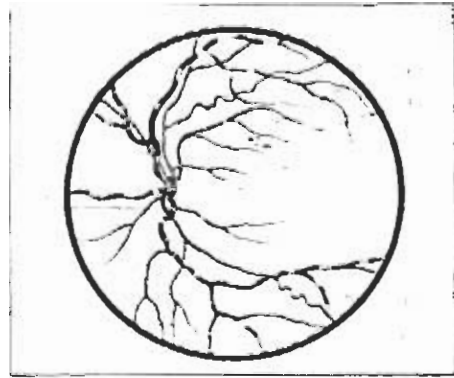
ορμόνης του οπίσθιου λοβού της υπόφυσης, που κάνει την ολιγουρία μεγαλύτερη σε περιπτώσεις εκλαμψίας. Κάποτε φτάνει μέχρι ανουρίας, που δείχνει σοβαρή επιδείνωση της κατάστασης.

Η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους της εγκύου, που δεν πρέπει να ξεπερνά τα 13 χιλ. γρμ., σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι ένα από τα πιο σταθερά σημεία της προεκλαμψίας. Η απότομη αύξηση του σωματικού βάρους έχει ιδιαίτερη επιβαρυντική σημασία για την πρόγνωση της προεκλαμψίας. Γενικά μια αύξηση του σωματικού βάρους της τάξης του 1.3 χιλγρ. την εβδομάδα, επιβάλλει στον ιατρό την υποψία ύπαρξης προεκλαμψίας.

Στη βυθοσκόπηση διαπιστώνεται η ύπαρξη ποικίλου βαθμού σπασμού των αρτηριδίων του αμφιβληστροειδούς. Σπανιότερα είναι δυνατό να διαπιστωθεί αποκόλληση του

αμφιβληστροειδούς. Τα σημεία του περιγράφηκαν για την προεκλαμψία παρατηρούνται και στην εκλαμψία, με τη διαφορά ότι είναι δυνατό να εκδηλωθούν με μεγαλύτερη ένταση.

Οφθαλμολογικός έλεγχος. Αυτός θα μας δείξει οίδημα, σπασμό, αιμορραγία ή αποκόλληση του αμφιβληστροειδή χιτώνα, που παρατηρούνται σε σοβαρές περιπτώσεις προεκλαμψίας και εκλαμψίας.



Αλλοιώσεις βυθού
1 Οίδημα, 2 Εξιδρώση, 3 Αιμορραγία, 4 Σπυκίο
χιτώνα, 5 Αγγειοσύσπαση.

B7) Λήψη της θερμοκρασίας του σώματος.

Η θερμοκρασία της εγκύου δεν παρουσιάζει διαταραχές στην προεκλαμψία, αν αυτή δεν επιπλακεί με άλλες εμπύρετες παθήσεις. Αυξημένη όμως θερμοκρασία, μετά τη λύση εκλαμπτικού παροξυσμού, αποτελεί σοβαρό προγνωστικό σημάδι.

B8) Νευρολογικός έλεγχος.

Αυτός είναι δυνατό να αποδείξει την ύπαρξη αυξημένων αντανακλαστικών και αύξηση του μυϊκού κλώνου, που υποδηλώνουν τον κίνδυνο επερχόμενης εκλαμψίας⁶.

B 9) Καρδιολογικός Έλεγχος

Αυτός κρίνεται απαραίτητος σε περιπτώσεις προεκλαμψίας και εκλαμψίας, για να εκτιμηθεί ο βαθμός της καρδιακής ανεπάρκειας, που θα μας βοηθήσει στη θεραπευτική μας αντιμετώπιση. Απαραίτητος, επίσης είναι ο ΗΚΓ/φικός έλεγχος της εγκύου, προτού αποφασισθεί η χορήγηση β-αναστολέων, για την αντιμετώπιση της υπέρτασης.

B 10) Προσδιορισμός μεγέθους μήτρας.

Σε περιπτώσεις χρόνιας υπέρτασης, προεκλαμψίας και εκλαμψίας, είναι δυνατό το μέγεθος της μήτρας να εμφανίζεται μικρότερο από την ηλικία της εγκυμοσύνης, γιατί το έμβρυο δεν αναπτύχθηκε φυσιολογικά, από βλάβες της μητροπλακουντικής κυκλοφορίας. Στις περιπτώσεις αυτές εκτιμάται η ωριμότητά του και η αντοχή του τοκετού στη δοκιμασία. Ιδιαίτερα πολύτιμες είναι οι πληροφορίες που θα πάρουμε από το υπερηχογράφημα, για να βρούμε και τον τρόπο να το βγάλουμε με τη μικρότερη το δυνατό δοκιμασία. Το υπερηχογράφημα θα μας δείξει το πιθανό φάρος του εμβρύου, τις διαστάσεις κεφαλής – θώρακα, την ποσότητα αμνιακού υγρού, τη θέση και το μέγεθος του πλακούντα ^{7,3,5}

Διαταραχές Συστηματικών οργάνων.

Νεφροί:

Όπως είναι γνωστό κατά την κύηση αυξάνεται η νεφρική διήθηση κατά 25 – 50%, με αποτέλεσμα την ελάττωση της κρεατινίνης, της ουρίας και του ουρικού οξέος. Στην προεκλαμψία ο αγγειόσπασμος και η διόγκωση του ενδοθηλίου ελαττώνει την νεφρική διήθηση κατά 50% με αποτέλεσμα να αυξάνεται καταρχήν το ουρικό οξύ και σπανιότερα η κρεατινίνη. Η αύξηση του ουρικού οξέος άνω των 5 ή 5.5mg / dl αποτελεί προγνωστικό δείκτη για την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Ωστόσο σύμφωνα με άλλους ερευνητές η αύξηση αυτή είναι παθολογική όταν είναι άνω των 2SD ανάλογα με την ηλικία κύησης.^{6,13}



Έτσι είναι:

- ◆ 24 – 28 εβδ 3.02 +/- 40%
- ◆ 28 – 32 εβδ 3.02 +/- 70%
- ◆ 33 - 36 εβδ 3.36 +/- 46%
- ◆ 37 – 40 εβδ 4.4 +/- 40%
- ◆ 41 – 42 εβδ 4,2 +/- 48%

Ήπαρ:

Αρχικά το ήπαρ δεν προσβάλλεται ωστόσο αργότερα και το 10% των περιπτώσεων σε σοβαρή προεκλαμψία έχουν βρεθεί στα τοιχώματα των ηπατικών αγγείων εναποθέσεις ινωδογόνου χωρίς να είναι απαραίτητη η εργαστηριακή ή ιστολογική εμπλοκή του ήπατος. Ωστόσο όμως σε περίπτωση που αυξηθεί η SGOT τότε η αύξηση αυτή έχει πολύ καλή συσχέτιση με τον κοιλιακό πόνο. Η χολερυθρίνη όταν αυξάνεται αφορά την έμμεση. Η ρήξη του ήπατος είναι σοβαρή επιπλοκή με 70% μητρική θνησιμότητα και απαιτεί χειρουργική επέμβαση. Η πορεία της ρήξης είναι διφασική όπου σε πρώτη φάση συμβαίνει νέκρωση ενδοηπατική αιμορραγία αλλά και υποκάψια αιμορραγία ενώ στην δεύτερη ρήγνυται η κάψα.^{6,7,8,14}

Εργαστηριακά ευρήματα:



Στην προεκλαμψία η αξιολόγηση

της εργαστηριακής διερεύνησης επιβάλλεται να γίνεται με προσοχή και να βασίζεται στη γνώση της παθοφυσιολογίας της πάθησης. Έτσι λοιπόν είναι δυνατό να παρατηρηθεί μια φαινομενική αύξηση του αιματοκρίτη, λόγω της υπάρχουσας αιμοσυμπύκνωσης και γι' αυτό οποιαδήποτε τιμή του αιματοκρίτη θα πρέπει να εκτιμάται ανάλογα με τη βαρύτητα της προεκλαμψίας. Το ίδιο ισχύει και για τα λευκώματα του πλάσματος. Άλλα στοιχεία του αίματος δεν φαίνεται να επηρεάζονται αξιολογικά από την προεκλαμψία, εκτός από το ουρικό οξύ και την οξαλοξική τρανσαμινάση, που αυξάνονται πάνω από τα 6.5 χιλστργμ. και τις 200 μονάδες αντίστοιχα. Η υπινωδογοναιμία και η ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων είναι δυνατό να παρατηρηθούν σε βαριές μορφές προεκλαμψίας και οφείλονται στην ανάπτυξη του μηχανισμού της διάσπαρτης ενδαγγειακής πήξης (Disseminated Intravascular Coagulation – D.I.C). η λευκωματουρία αποτελεί μαζί με την υπέρταση και τα οιδήματα την κλασική τριάδα της προεκλαμψίας. Για τη διαπίστωση της λευκωματουρίας είναι καλύτερα να μετράται το λεύκωμα σε 24ωρο δείγμα ούρων. Τιμές >500 χιλστργμ./24ωρι χαρακτηρίζονται ως λευκωματουρία. Αν ο έλεγχος βασίζεται στον προσδιορισμό του λευκώματος με τις ειδικές ταινίες (Lastix Diostick testing), ως λευκωματουρία χαρακτηρίζεται η ύπαρξη 3 ως 4+, σε δύο ή περισσότερες μετρήσεις με μεσοδιάστημα 6 ωρών. Παράλληλα με τη λευκωματουρία είναι δυνατό να διαπιστωθεί ύπαρξη

κυλινδρουρίας, που είναι σοβαρό προγνωστικό σημείο. Το είδος των κυλίνδρων κατά σειρά βαρύτητας της προεκλαμψίας είναι υελώδεις, κοκκώδεις και κηρώδεις.

Στην εκλαμψία παρουσιάζονται τα ίδια εργαστηριακά ευρήματα, που διαφέρουν όμως κατά το ότι είναι πιο έκδηλα, αφού πρόκειται για ακραία εκδήλωση της πάθησης.

Τόσο για την επιβεβαίωση της κλινικής μας διάγνωσης, όσο και για την εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης της προ- και εκλαμπτικής πάσχουσας και τον τρόπο αντιμετώπισης για τη σωτηρία αυτής και του εμβρύου, καταφεύγουμε στις παρακάτω εργαστηριακές εξετάσεις. Ποιες απ' όλες θα διαλέξουμε, αφήνεται στην κρίση του μαιευτήρα, ανάλογα με την περίπτωση.^{6,8}

Γενική εξέταση ούρων. Σ' αυτή περισσότερο μας ενδιαφέρει η ύπαρξη λευκώματος, που είναι δυνατό να φτάσει τα 10-20 γρ. στο λίτρο 24ωρου από βλάβη του νεφρικού σπειράματος. Επίσης, αναζητάμε την ύπαρξη κυλίνδρων και ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Λευκωματουρία θα χαρακτηρίσουμε την εμφάνιση λευκώματος στα ούρα σε ποσότητα μεγαλύτερη από 0,3γρ στο λίτρο, στα ούρα 24ώρου, ή μεγαλύτερη από 1γρ. στο λίτρο σε δύο, τουλάχιστο δείγματα ούρων, που συγκεντρώθηκαν με μεσοδιάστημα 6 τουλάχιστον ωρών.

Η λευκωματουρία σχεδόν πάντοτε αναπτύσσεται μετά την εμφάνιση της υπέρτασης και τις περισσότερες φορές αργότερα από τότε που θ' αυξηθεί το βάρος της εγκύου.

Σε συνύπαρξη πυελονεφρίτιδας πρέπει να θυμόμαστε, πως η ύπαρξη πύου στα ούρα δυνατό ν' ανεβάσει τις τιμές του λευκώματος.

Γενική εξέταση αίματος:

Σ' αυτή μας ενδιαφέρουν περισσότερο ο αριθμός των ερυθρών



αιμοσφαιρίων και η τιμή της αιμοσφαιρίνης. Στις βαριές μορφές προεκλαμψίας και στην εκλαμψία, τα ερυθρά εμφανίζονται αυξημένα και η αιμοσφαιρίνη περισσότερη, από αιματοσυμπύκνωση.

Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών:

Ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών, και μάλιστα του Na και του K κρίνεται απαραίτητος, για να μπορέσουμε να ρυθμίσουμε τις διαταραχές τους, αν και αυτές, πολλές φορές, απουσιάζουν. Σε μεγάλη συχνότητα ηλεκτρολυτικές διαταραχές εμφανίζονται, όταν χορηγήσουμε διουρητικά ή περιορίσουμε τη χορήγηση αλατιού ή χορηγήσουμε μεγάλα ποσά ωκυτοκίνης, που θα προκαλέσουν αντιδιούρηση.

Ορμονικοί προσδιορισμοί:

Από αυτούς, περισσότερο μας ενδιαφέρουν οι τιμές της οιστριόλης, που ελαττώνονται προοδευτικά, από ανεπάρκεια του πλακούντα, και οι τιμές της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, που εμφανίζονται ελαττωμένες, από βλάβες της πλακουντικής λειτουργίας.¹⁵

**Το ινωδογόνο του πλάσματος στη φυσιολογική εγκυμοσύνη και την προεκλαμψία
(mg/100ml)**

	Εβδομάδες της εγκυμοσύνης			
	12	20	30	38
Φυσιολογική εγκυμ.	338 ± 71	341 ± 59	424 ± 73	463 ± 86
Προεκλαμψία	371 ± 43	365 ± 101	467 ± 97	506 ± 80

Παθολογανατομικά – Εργαστηριακά

ευρήματα:

Στη σοβαρή προεκλαμψία ένα χαρακτηριστικό εύρημα είναι η ενδοαγγειακή πήξη και η εναπόθεση ινικής στους ιστούς. Επίσης παρατηρείται αυξημένη συγκέντρωση ινοδωγόνου, προϊόντων διάσπασης της ινικής μαζί με θρουμβοατοπενία. Υποστηρίχθηκε ότι η ελάττωση των αιμοπεταλίων από την γενική κυκλοφορία οφείλεται στην συγκέντρωση αυτών στην μικροκυκλοφορία μερικών οργάνων, όπως του πλακούντα, των νεφρών και του ήπατος.¹⁴



Όταν τα αιμοπετάλια συγκεντρωθούν στα όργανα αυτά απελευθερώνουν ουσίες, όπως διφοσφορική αδενοσίνη και 5-υδροξύτρυπταμίνη ενώ συγχρόνως γίνονται λιγότερο ευαίσθητα στην ανταπόκριση σε ερεθίσματα για επιπλέον συγκεντρώσεις. Ο αρχικός ερεθισμός στην ενδοαγγειακή συσσώρευση των αιμοπεταλίων είναι άγνωστος, αν και ανοσοσυμπλέγματα ενδοθηλιακές βλάβες ή τροφοβαλστικά κύτταρα που υπάρχουν στην κυκλοφορία, θα μπορούσαν να ενοχοποιηθούν για την έναρξη της διαδικασίας της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων. Μελέτη που έγινε επάνω στην υπόθεση αυτή, και επιβεβαιώθηκε με σχετικά πειράματα σε έγκυα πειραματόζωα, υποστηρίζει ότι τα αιμοπετάλια στην προεκλαμψία, δεν είναι μόνο παγιδευμένα παθητικά, αλλά ότι η συσσώρευση και η απελευθέρωση των ενεργών συστατικών τους, μπορούν να συμβάλλουν στην επιδείνωση του συνδρόμου.¹⁵

Προσδιορισμός ουρικού οξύ:

Σήμερα, θεωρείται βέβαιο, πως στην αρχόμενη φυσιολογική εγκυμοσύνη οι τιμές του ουρικού οξύ του ορού πέφτουν περίπου κατά 28%. Η ελάττωσή του αυτή, κατά ένα μέρος, οφείλεται σε αύξηση της νεφρικής κάθαρσης του ουρικού οξύ, που προέρχεται από την αυξημένη σπειραματική διήθηση. Στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης οι τιμές του ουρικού οξύ αυξάνονται βαθμιαία, φτάνοντας κάποτε τις πριν από την εγκυμοσύνη τιμές.

Η κλινική σημασία του ουρικού οξέως στην εγκυμοσύνη έγκειται στη σχέση, που υπάρχει ανάμεσα στην υπερουριχαιμία και την προεκλαμψία. Έχει επιβεβαιωθεί, όχι πάντοτε, η συσχέτιση του βαθμού της υπερουριχαιμίας και της βαρύτητας της κατάστασης της εγκύου, της ιστολογικής εικόνας στον νεφρικών βλαβών και της εμβρυϊκής πρόγνωσης.

Τυχαίες μετρήσεις του ουρικού οξέως ή της κάθαρσης του έχουν περιορισμένη αξία στη διαφορική διάγνωση μεταξύ προεκλαμψίας και άλλων υπερτασικών καταστάσεων στην εγκυμοσύνη.

Αντίθετα, διαδοχικές μετρήσεις του, οπωσδήποτε έχουν αξία, διαφοροδογνωστική και προγνωστική, και βοηθάνε στην παρακολούθηση της εξέλιξης της πάθησης.

Τέλος, οι διαδοχικοί προσδιορισμοί των τιμών του ουρικού οξέως, στο ίδιο άτομο, την ίδια μέρα, είναι δυνατό να δείξουν διακυμάνσεις μέχρι 30%. Η χορήγηση διουρητικών αυξάνει τις τιμές του ουρικού οξέως, που είναι δυνατό να βρεθούν πάνω από 6.5mg/ 100κ.εκ.⁷

Προσδιορισμός πρωτεϊνών:

Οι πρωτεΐνες του πλάσματος του αίματος εμφανίζουν προοδευτική πτώση, ιδιαίτερα η λευκωματίνη, η γ-σφαιρίνη και η τρανσφερίνη, ενώ οι α₂ και β-σφαιρίνες, η α₁ – γλυκοπρωτεΐνη αυξάνονται. Ειδικότερα, η ελάττωση των τιμών της γ-σφαιρίνης δεν είναι δυνατό ν' αξιολογηθεί, γιατί στο τρίτο τρίμηνο, που σχεδόν κατά κανόνα εκδηλώνεται η πάθηση, η γ-σφαιρίνη έτσι κι αλλιώς ελαττώνεται και περνάει στο έμβρυο, λόγω της ελάττωσης του βαθμού του μητροπλακουντικού φραγμού.⁷



Προσδιορισμός ουρίας του αίματος:

Η ουρία, σε περιπτώσεις σοβαρής εξέλιξης της πάθησης αυξάνεται.^{7,13}

Προσδιορισμός κρεατινίνης:

Η κρεατινίνη στη διάρκεια του 24ώρου εμφανίζει διακυμάνσεις. Αυξάνεται σημαντικά ύστερα από χορήγηση διουρητικών, όταν συνυπάρχει νεφροπάθεια και όταν η κατάσταση της άρρωστης είναι σοβαρή.^{7,13}

Άλλοι προσδιορισμοί:

Στην προεκλαμψία οι τιμές των τρανσαμινασών, της γαλακτικής δυϋδρογονάσης και της αλκαλικής φωσφατάσης αυξάνονται, ενώ η απέκκριση της βρωμοσουλφονοφθαλείνης ελαττώνεται. Ο προσδιορισμός των κατεχολαμινών στα ούρα θα αποκλείσει το φαιοχρωμοκύττωμα και ο προσδιορισμός της σχέσης λεκιθίνης – σφιγγομυελίνης δυνατό να βοηθήσει την απόφαση για πρόκληση του τοκετού.¹⁶

Υπερηχογράφημα –

καρδιοτοκογράφημα:

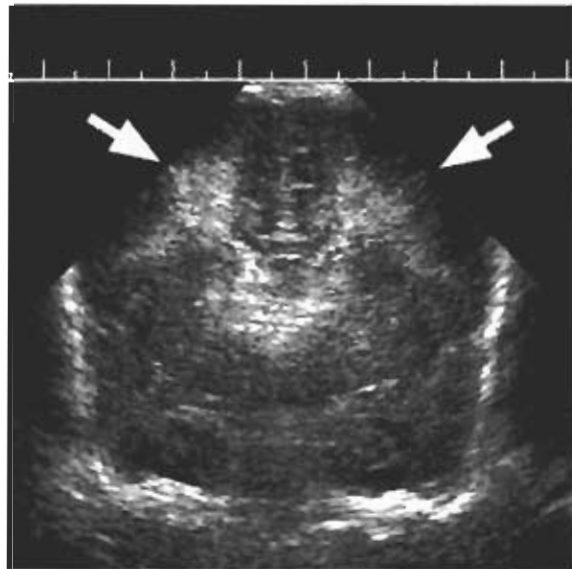
Ο υπερηχογραφικός έλεγχος θα μας βοηθήσει στην



εκτίμηση της αμφιβρεγματικής διαμέτρου του εμβρύου και της περιμέτρου της κοιλιάς του.

Με τη μέθοδο Doppler θα εκτιμήσουμε την αιμάτωση του πλακούντα. Η εκτίμηση της υγείας του εμβρύου γίνεται κυρίως καρδιοτοκογραφικά με τη δοκιμασία ηρεμίας, που πρέπει να εκτελείται δύο φορές την ημέρα και υπερηχογραφικά, με την εκτίμηση του όγκου του

αμνιακού υγρού, της βιοφυσικής εικόνας του εμβρύου, των αναπνευστικών του κινήσεων, της κινητικότητας του και του μυϊκού του τόνου.



Σημεία εμβρυϊκής δυσφορίας, που αποτελούν ένδειξη πρόκλησης τοκετού, είναι η σοβαρή καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, οι επιβραδύνσεις στη δοκιμασία ηρεμίας και η βιοφυσική εικόνα βαθμολογημένη κάτω από 4, αμφίβολα ευρήματα στη δοκιμασία

ηρεμίας πρέπει να επιβεβαιώνονται με παράταση του χρόνου της εξέτασης και με βιοφυσική εικόνα.^{5,16}

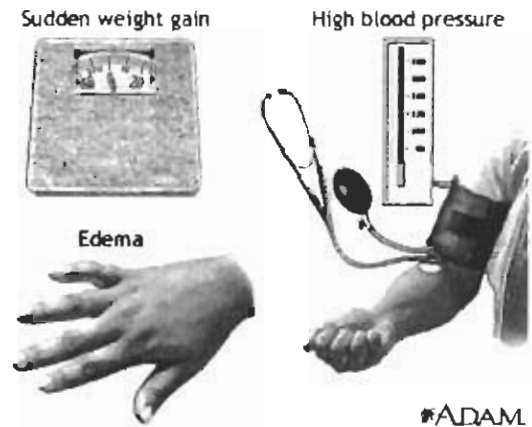
Ιστοληψία νεφρών:

Στην εποχή μας μπορεί να θεωρηθεί λαθεμένη η προσπάθεια να χαρακτηρίσουμε μόνο από τα κλινικά μας ευρήματα ως προεκλαμψία κάθε περίπτωση, που θα εκδηλωθεί με υπέρταση, οίδημα και λευκωματουρία.

Οίδημα και λευκωματουρία δυνατό να εμφανισθούν σε φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης ή σε άλλες παθήσεις της εγκυμοσύνης, που βρίσκονται σε εξέλιξη και δεν έχουν σχέση με την προεκλαμψία, ή να εμφανισθεί μόνη η υπέρταση ως κλινικό σύμπτωμα της προεκλαμψίας.

Ακόμη, η κλινική τριάδα:

- ♦ οίδημα
- ♦ λευκωματουρία
- ♦ υπέρταση



Είναι δυνατό να παρατηρηθούν και σε έγκυες που έπασχαν από αδιάγνωστες νεφρικές παθήσεις μέχρι την εγκομοσύνη.

Έτσι, την επιβεβαίωση της προεκλαμψίας και εκλαμψίας μόνο με τον ιστολογικό έλεγχο των νεφρών είναι δυνατό να την έχουμε γιατί μ' αυτόν θα διαπιστώσουμε τη χαρακτηριστική εικόνα της τριχοειδικής σπειραματικής ενδοθηλίουσης, που αναφέραμε. Πολλές φορές συμβαίνει, ενώ η κλινική εικόνα συνηγορεί για προεκλαμψία, η ιστοληψία να δείχνει άλλη νεφρική πάθηση ή, άλλοτε, ενώ υπάρχει μόνο υπέρταση χωρίς οιδήματα και λευκωματουρία, η ιστοληψία να δείχνει προεκλαμψία.

Η παραπάνω ιστολογική βλάβη είναι αναστρέψιμη και η επανόρθωσή της αρχίζει αμέσως μετά τον τοκετό.

Παρ' όλα αυτά, η ιστοληψία των νεφρών δεν έχει ένδειξη για τη διάγνωση της προεκλαμψίας, γιατί είναι δυνατόν να υπάρχει και όταν τα αποτελέσματά της αποδείξουν φυσιολογική τη λειτουργία των νεφρών.

Μόνη ένδειξη ιστοληψίας των νεφρών στην εγκυμοσύνη αποτελεί η εμφάνιση σοβαρής λευκωματουρίας στα πρώτα δύο τρίμηνα της εγκυμοσύνης. Η ιστοληψία των νεφρών εκτελείται με ειδική βελόνα (κλειστή διαδερμική ιστοληψία) ή στην καισαρική τομή (ανοιχτή χειρουργική ιστοληψία).¹³



1.7 Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της εκλαμψίας είναι απαραίτητο να γίνει από άλλες καταστάσεις που προκαλούν γενικευμένους σπασμούς των γραμμωτών μυών, όπως είναι οι διάφορες βλάβες του Κ.Ν.Σ. και η ιδιοπαθής επιληψία. Τα χαρακτηριστικά του εκλαμπτικού παροξυσμού, στα οποία θα βασιστεί η διαφορική διάγνωση, είναι η λευκωματουρία, η εμφάνισή του στις τελευταίες 16 εβδομάδες της κύησης και η υπέρταση, σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση πριν την εγκυμοσύνη.

Οι παρακάτω παθήσεις απαιτούν, τις περισσότερες φορές, διαφορική διάγνωση από την προεκλαμψία και εκλαμψία:



Προεκλαμψία

Από την προεκλαμψία πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν:

1. Η χρόνια νεφρίτιδα, από τους κυλίνδρους, την αιματουρία, την ουραιμία, την αμφιβληστροειδοπάθεια και την ιστολογική εικόνα της ιστοληψίας των νεφρών.
2. Η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, από την οξεία νεφρίτιδα, που υπάρχει στο ιστορικό της πάσχουσας, από την υπέρταση, την ουραιμία, τη λευκωματουρία, που εμφανίζονται πριν από την 24^η εβδομάδα, και την ιστολογική εικόνα της ιστοληψίας των νεφρών.
3. Η χρόνια πυελονεφρίτιδα, από τον πυρετό, τα πυοσφαίρια, τα ερυθρά αιμοσφαίρια και από τα ακτινολογικά ευρήματα της πυελογραφίας.
4. Η ιδιοπαθής υπέρταση, από την υπέρταση χωρίς λευκωματουρία. Αν η ιδιοπαθής υπέρταση συνοδεύεται με υπερτασική νόσο είναι δύσκολο να τη διακρίνουμε. Θα ερευνήσουμε το οικογενειακό αναμνηστικό και σχεδόν θ' αποκλείσουμε την ιδιοπαθή υπέρταση, όταν η γυναίκα δεν την εμφάνισε μέχρι τα 30 χρόνια της.
5. Η στένωση της αορτής, από την ψηλάφηση του καρωτιδικού σφυγμού.
6. Το φαιοχρωμοκύττωμα, από τους κεφαλόπονους και την αστάθεια της αρτηριακής πίεσης, κλπ.

Εκλαμψία

Από την εκλαμψία πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν:

1. Η επιληψία, από την απουσία υπέρτασης, κεφαλόπονου και αυξημένων αντανακλαστικών.
2. Η υστερία, από την απουσία υπέρτασης.
3. Η εγκεφαλική αιμορραγία, από την απουσία λευκωματουρίας.
4. Η ουραιμία από την αναζήτηση στο ιστορικό της πάσχουσας χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.
5. Το διαβητικό κώμα και το υπογλυκαιμικό κώμα, από τον προσδιορισμό του ζαχάρου του αίματος.
6. Η δηλητηρίαση με στρυχνίνη, από τον έλεγχο των φαρμάκων, που πήρε η έγκυος, και από την έλλειψη οιδημάτων, λευκωματουρίας, κλπ.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ



2.1 Εισαγωγή στη Πρόληψη

Η πρόληψη της προεκλαμψίας βασίζεται στην τακτική και σχολαστική παρακολούθηση της κύησης, αφού δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά σημεία που να προειδοποιούν την έγκυο για την

επικείμενη εγκατάστασή της. Πολλές φορές μια απότομη αύξησης του σωματικού βάρους της εγκύου, υποδηλώνει την πιθανή ανάπτυξη της προεκλαμψίας και επιβάλλεται τότε η εντατικότερη παρακολούθηση της κύησης.

Πολλοί ερευνητές στην προσπάθειά τους να ξεχωρίσουν τις περιπτώσεις εκείνες που έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν προεκλαμψία παρατήρησαν, ότι σε κυήσεις 28 ως 32 εβδομάδων η τυχόν αύξηση της διαστολικής πίεσης κατά 20mm. Hg στην ύπτια θέση, σε σχέση με την πλάγια, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο. Με αυτή τη δοκιμασία αναπτύχθηκε προεκλαμψία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό, για εκείνες με αρνητική δοκιμασία, ήταν 6%. Στις περιπτώσεις που υπάρχει ήδη εγκαταστημένη προεκλαμψία, κύριο μέλημα του ιατρού πρέπει να είναι η παρεμπόδιση της εγκατάστασης εκλαμψίας, με την εντατική παρακολούθηση και τη δραστική θεραπευτική αγωγή, ενώ παράλληλα είναι απαραίτητη η εντατική παρακολούθηση της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας.



Πρόληψη

Αναπτύσσοντας όλα τα προηγούμενα κεφάλαια της κύησης υψηλού κινδύνου μένει κανείς με την εντύπωση ότι φροντίδα της Περιγεννητικής είναι μόνο η διάγνωση και η θεραπεία των παθολογικών αυτών καταστάσεων της κύησης. Είναι όμως γνωστό ότι η Περιγεννητική έχει και μία ακόμη αποστολή που θεωρείται και η σπουδαιότερη, την πρόληψη που είναι απαραίτητη ώστε λιγότερες γυναίκες να φθάνουν σε παθολογικές καταστάσεις που περιλαμβάνονται στην κατηγορία της κύησης υψηλού κινδύνου.

Παρακολουθώντας τα προγράμματα των Τμημάτων Περιγεννητικής στις χώρες που αναπτύσσονται και χρηματοδοτούνται αυτά, και κυρίως στις Η.Π.Α. , φαίνεται καθαρά πως η μεγαλύτερη προσοχή δίδεται στην πρόληψη παρά στη θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση. Ειδικά εκπαιδευμένες αδελφές συζητούν και συμβουλεύουν τα ζευγάρια πριν την εγκυμοσύνη, ο δε προγεννητικός έλεγχος έχει γίνει εξέταση ρουτίνας και δεν έχει την ιδιαιτερότητα που του έχουμε δώσει εμείς στη χώρα μας.

Είναι βασικό να προληφθεί η κύηση υψηλού κινδύνου ώστε να μην γεννηθεί ένα πρόωρο ή χαμηλού βάρους παιδί που θα χρειαστεί την εντατική παρακολούθηση και θεραπεία, αλλά δεν θα πάψει να είναι ένα παιδί που ξεκινά όχι φυσιολογικά στη ζωή και υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτυχθεί σε άτομο που θα μειονεκτεί στην απόδοση και γενικά στην αντιμετώπιση της ζωής του.

Έχει βρεθεί ότι στις Η.Π.Α. π.χ η περιγεννητική θνησιμότητα θεωρείται υπεύθυνη για το

θάνατο 75.000 νεογέννητων κάθε χρόνο ή περίπου στο 2% των παιδιών όλων των εγκύων που έχουν περάσει την 20^η εβδομάδα της κύησης. Μια μελέτη που έγινε πάνω στον αριθμό αυτό έδειξε ότι το 1/3 των θανάτων αυτής της ηλικίας μπορούσαν να προληφθούν. Βρέθηκε επίσης ότι ο μητρικός παράγοντας ενοχοποιείται για το 30% των θανάτων, τα μαιευτικά προβλήματα για το 46%, ενώ οι παιδιατρικοί παράγοντες ευθύνονται για το υπόλοιπο 24%. Την παρατήρηση αυτή επιβεβαίωσε και η πρόσφατη εφαρμογή σωστών προγραμμάτων περιγεννητική φροντίδας, που σε ορισμένες χώρες απέδειξαν ότι τα 2/3 των νεογνικών θανάτων και το μισό περίπου των εμβρυϊκών, είναι δυνατό τώρα να προληφθούν.

Μεγάλη βαρύτητα δίδεται επίσης σήμερα στα σοβαρά προβλήματα που δημιουργεί η προωρότητα ή το μικρού βάρους νεογέννητο. Είναι γνωστό πλέον, όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο του πρόωρου τοκετού, ότι τα παιδιά αυτά συνδέονται με εγκεφαλικές παραλύσεις, διανοητικές καθυστερήσεις και προβλήματα από τα αισθητήρια όργανα, ώστε μεταβάλλουν ένα φυσιολογικά παιδί σε άτομο μειονεκτικό σε ότι αφορά τη φυσική και διανοητική του κατάσταση. Είναι προβλήματα πιεστικά που ζητούν επείγοντως λύση γιατί αντιμετωπίζονται πλέον σαν κοινωνικά και όχι ατομικά προβλήματα.

Τη δυνατότητα της επίλυσης αυτών των προβλημάτων έδειξαν τα αποτελέσματα της εφαρμογής προγραμμάτων περιγεννητικής φροντίδας στις Σκανδιναβικές χώρες, σε πληθυσμούς με μεγάλα κοινωνικά και μορφωτικά πλεονεκτήματα απέναντι σε άλλους πληθυσμούς. Ο αριθμός των πρόωρων ή μικρού βάρους παιδιών περιορίστηκε στο μισό αυτών που πέτυχαν άλλες χώρες.

Η δημιουργία και η υλική και ηθική ενίσχυση τέτοιων προγραμμάτων θα επιφέρει αντίστοιχα ελάττωση στα ποσά που ξοδεύονται σήμερα για τη συντήρηση των κέντρων διανοητικών καθυστερημένων ή συγγενώς αναπήρων παιδιών περιορίστηκε στο μισό αυτών που πέτυχαν άλλες χώρες.

Η δημιουργία και η υλική και ηθική ενίσχυση τέτοιων προγραμμάτων θα επιφέρει αντίστοιχα ελάττωση στα ποσά που ξοδεύονται σήμερα για τη συντήρηση των κέντρων διανοητικώς καθυστερημένων ή συγγενώς αναπήρων παιδιών μια και λιγότερα παιδιά θα γεννιούνται με τέτοιες βλάβες.



Οι σπουδαιότεροι τομείς στους οποίους πρέπει να στραφεί η προσοχή για την πρόληψη της κήσης υψηλού κινδύνου είναι:

1. **Το μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας.** Αυτό βρέθηκε ότι είναι στενά συνυφασμένο με τη ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία των παιδιών της. Πρόσφατες μελέτες που έγιναν σε αναπτυσσόμενες χώρες δείχνουν ότι, άσχετα με την εισοδηματική τάξη, η βρεφική θνησιμότητα και η γεννητικότητα πέφτουν αντίστοιχα εκεί όπου το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ανεβαίνει.

2. **Η διατροφή στη διάρκεια της κύησης.** Φαίνεται ότι είναι ένας από τους πιο ευαίσθητους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας του παιδιού. Βρέθηκε ότι 21 εκατομ. μικρού βάρους νεογέννητα γεννιούνται κάθε χρόνο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Κυριότερο αίτιο είναι η ανεπαρκής διατροφή της εγκύου με άμεση συνέπεια την πολύ υψηλή βρεφική θνησιμότητα. Έχει υπολογιστεί διεθνώς ότι το ποσοστό των μικρού βάρους βρεφών στους περιγεννητικούς θανάτους ανέρχεται στο 43 έως 47% και ακόμη ότι από τα μικρού βάρους παιδιά που επιζούν την πρώτη εβδομάδα οι πιθανότητες να πεθάνουν τον πρώτο χρόνο της ζωής τους είναι 20 φορές μεγαλύτερες σε σχέση με τα βρέφη κανονικού βάρους. Πολύ πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι η κατάσταση της μητέρας από την άποψη της διατροφής, πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επηρεάζει το βάρος γέννησης του εμβρύου και την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Υποσιτιζόμενες ή κακοσιτιζόμενες έγκυες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γεννήσουν παιδιά με χαμηλό βάρος που παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

3. **Η ηλικία της γυναίκας κατά την κύηση.** Θα πρέπει να ξεχωρίσουμε τις υποψήφιες μητέρες σε εκείνες κάτω από τα 18 χρόνια και τις μετά τα 35. Σήμερα είναι παραδεκτό ότι και οι δύο αυτές κατηγορίες γυναικών ανήκουν στην ομάδα της κύησης υψηλού κινδύνου. Η

εγκυμοσύνη στην εφηβεία. τα πολύ πρόσφατα χρόνια, αρχίζει να γίνεται ένα κοινωνικό πρόβλημα και στη χώρα μας. Στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο μια στις 10 έφηβες μένει έγκυος και το 60% από αυτές φθάνουν στον τοκετό. Στις εφήβους μητέρες οι υπερτασικές διαταραχές και η εκλαμψία είναι πιο συχνές σε σχέση με τις υπόλοιπες έγκυες, όπως μεγαλύτερη είναι η συχνότητα δυσχερειών στον τοκετό. Σε μια έρευνα που έγινε σε 1.257 εφήβους έγκυες της 1^{ης} Μαιευτική και Γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, βρέθηκαν 69 με προεκλαμψία (ποσοστό 5.5%) και 19 με εκλαμψία (ποσοστό 1,5%). Επίσης βρέθηκε πως όσο μικρότερη ηλικία είχε η μητέρα τόσο μεγαλύτερη ήταν η συχνότητα των επιπλοκών αυτών. Ακόμη η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα ήταν συχνή επιπλοκή και οι περιπτώσεις πρόωρων έφθασαν το 12.5%. Έρευνες στις χώρες της Λατινικής Αμερικής έδειξαν πως το ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας ήταν μεγαλύτερο στις νεώτερες γυναίκες και το μέσο βάρος γέννησης χαμηλότερο. Και θα πρέπει να τονιστεί ακόμη πως όταν πρόκειται για εξώγαμη κύηση, λόγω της δυσμενούς αντιμετώπισης τέτοιων καταστάσεων από το περιβάλλον, είναι πολύ χαμηλή όλη η περιγεννητική φροντίδα και προσοχή που χρειάζεται το νέο κορίτσι στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Γενικά οι έγκυες έφηβοι πρέπει να αποτελούν ξεχωριστή ομάδα με ιδιαίτερη φροντίδα από γιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς που θα μπορούν να τις προσεγγίσουν και να τις βοηθήσουν. Για τη δεύτερη ομάδα των γυναικών που είναι έγκυες σε ηλικία πάνω από τα 35 χρόνια, έχει

βρεθεί πως η πιθανότητα να γεννηθεί ένα παιδί με χρωματοσωματική ανωμαλία είναι πολύ μεγάλη φθάνοντας μέχρι 1/10 στην ηλικία των 45 χρόνων. Στις περιπτώσεις αυτές βασικό προγνωστικό ρόλο παίζει ο προγεννητικός έλεγχος με την αμνιοπαρακέντηση.

4. **Κάπνισμα και κύηση.** Σήμερα είναι γνωστό ότι οι έγκυες που καπνίζουν έχουν αυξημένο κίνδυνο για αυτόματες εκτρώσεις, γεννούν πιο συχνά πρόωρα ή μικρού βάρους παιδιά σε σχέση με τις μη καπνίστριες και ακόμη ότι μέχρι την ηλικία των 7 χρόνων περίπου τα παιδιά αυτά είναι μικρότερα και λεπτά και έχουν μειωμένη ικανότητα στην ανάγνωση στο σχολείο, σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας που οι μητέρες τους δεν κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη. Πολύ πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα της μητέρας στη διάρκεια της κύησης και τις συγγενείς ανωμαλίες των παιδιών που γεννιούνται. Βρέθηκε επίσης ότι οι καπνίστριες παρουσιάζουν λιγότερο συχνά προεκλαμψία από τις μη καπνίστριες, αλλά όσες παρουσιάσουν εκθέτουν 8 στις 10 φορές σε μεγαλύτερο κίνδυνο τα παιδιά τους. Πιθανόν το κάπνισμα να εμποδίζει, με κάποιο άγνωστο μέχρι στιγμής τρόπο, την κατακράτηση του ύδατος, προλαμβάνοντας την προεκλαμψία. Ο ακριβής μηχανισμός της επίδρασης της νικοτίνης στην ανάπτυξη του εμβρύου δεν έχει διευκρινιστεί εντελώς. Πειράματα που έγιναν σε πιθήκους, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Βοστώνης, έδειξαν ότι προκαλείται αγγειοσυστολή των αρτηριών της μήτρας και ελάττωση της αιμάτωσής της, που φθάνει το 38% της αρχικής τιμής ελέγχου.

5. **Οικογενειακός προγραμματισμός.** Η κύηση και ο τοκετός είναι δοκιμασίες για τον μητρικό οργανισμό που θα χρειασθεί χρόνος για την αποκατάσταση και την επάνοδο στην πριν την εγκυμοσύνη κατάσταση. Αν ο χρόνος που μεσολαβεί μέχρι την επόμενη κύηση είναι πολύ μικρός, τότε το τίμημα μπορεί να είναι βαρύ τόσο για τη μητέρα, όσο και το παιδί. Όταν το χρονικό διάστημα είναι μικρότερο από 4 μήνες η κύηση χαρακτηρίζεται σαν υψηλού κινδύνου και η πιθανότητα γέννησης παιδιού με βραδύτητα στην ανάπτυξη και το βάρος είναι πολύ μεγάλη. Έρευνα που έγινε στην Ινδία έδειξε πως όταν ένα παιδί γεννιέται σε διάστημα λιγότερο από ένα χρόνο μετά τη γέννηση του αδελφού του, έχει 2.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνει στη βρεφική ηλικία από ένα παιδί που γεννιέται μετά 3 ως 4 χρόνια. Για τη μητέρα οι πιθανότητες επιπλοκών στη διάρκεια της κύηση όπως π.χ. τα ανώμαλα σχήματα, ή στην διάρκεια του τοκετού, όπως αιμορραγίες από ρήξη ή αδράνεια της μητέρας είναι επίσης πολύ συχνές επιπλοκές. Ο αγώνας για την πρόληψη της κύησης υψηλού κινδύνου και τη γέννηση πρόωρων εμβρύων θα πρέπει να εντοπισθεί στην προσπάθεια για:

- ◆ Κοινωνικό – οικονομική βελτίωση: Στον τομέα αυτό περιλαμβάνονται ευρέα προγράμματα της Πολιτείας που σκοπό έχουν την βελτίωση της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης των οικονομικά ασθενέστερων τάξεων.

- ◆ Κοινωνικό – Ιατρικά μέτρα: Η ανάπτυξη του κλάδου της Ιατρικής των εφήβων, μια σπουδαία καινούργια υποειδικότητα, κρίνεται σαν βασικός παράγοντας πρόληψης και θεραπείας προβλημάτων που έχουν σχέση με την εφηβική ηλικία. Οι οδηγίες για συναισθηματική ισορροπία και ψυχική υγεία των εφήβων, η βελτίωση της υγείας των νέων και η αποχή από το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, καθώς και η προετοιμασία για το γάμο και την οικογενειακή ζωή, είναι από τις χαρακτηριστικές επιδιώξεις της καινούργιας ιατρικής ειδικότητας.

Τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού δεν θα πρέπει να περιορίζουν τη δραστηριότητά τους μόνο στον έλεγχο των γεννήσεων, αλλά να βοηθούν στην κατανόηση της αναπαραγωγικής ψυχολογίας και παθολογίας, τη στειρώση, τη γενετική, τις κοινωνικές θέσεις στο σέξ και τις πρωτογαμιαίες σχέσεις. Στον τομέα αυτό θα πρέπει να περιληφθούν προγράμματα ανοσοποίησης των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας. Θα πρέπει η ερυθρά να πάψει να αποτελεί εφιάλτη για τερατογένεση στους πρώτους μήνες της κύησης. Η ανοσοποίηση για την ερυθρά πρέπει να γίνεται στα κορίτσια στις σχολικής ηλικίας, όπως γίνεται για την πολιομυελίτιδα και την ιλαρά.

Τέλος, με διαλέξεις και ειδικές εκπομπές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης πρέπει να τονιστούν στο ευρύ κοινό τα αποτελέσματα της επίδρασης του αλκοόλ, της νικοτίνης και των ναρκωτικών επάνω στην ανάπτυξη των εμβρύων.

- ◆ Μαιευτικά μέτρα: η αντιμετώπιση της εγκύου υψηλού κινδύνου απαιτεί την ειδική γνώση του προβλήματος από τον γιατρό, την εργαστηριακή βοήθεια και τη στενή συνεργασία τόσο του ειδικά εκπαιδευμένου βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού, όσο

και της ίδιας της εγκύου. Ορισμένα όμως μέτρα που θα ληφθούν από τον Μαιευτήρα, είναι δυνατόν να βοηθήσουν στην πρόληψη της κύησης υψηλού κινδύνου και στη γέννηση πρόωρων ή μικρού βάρους παιδιών.¹⁹

Τέτοια μέτρα είναι:

■ 1) Η φροντίδα πριν την σύλληψη: Στην προληπτική αυτή φροντίδα περιλαμβάνεται η προσπάθεια ώστε οι σύζυγοι να βρίσκονται στην καλύτερη δυνατή υγεία πριν προχωρήσουν στη δημιουργία οικογένειας. Τα προβλήματα που πρέπει να ελεγχθούν ή να θεραπευτούν εκτείνονται από τον σακχαρώδη διαβήτη έως τις ανωμαλίες και τις φλεγμονές του γεννητικού συστήματος. Επίσης ανωμαλίες θρέψης, όπως παχυσαρκία και ακόμη τις τόσο συχνές αναιμίες. Η καμπύλη ανοχής της γλυκόζης πρέπει να γίνεται συχνότερα στις υποψήφιες μητέρες με οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη. Έτσι με την έναρξη της εγκυμοσύνης η γυναίκα θα βρίσκεται με σωστή διαίτα και θεραπεία για το διαβήτη και τις συχνές επιπλοκές του.

Η ανεύρεση ομόζυγων αιμοσφαιρινοπαθειών αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περιοχή της Βορείου Ελλάδος λόγω του υψηλού ποσοστού φορέων του στίγματος.

Η υπέρταση τόσο πριν, όσο και με την έναρξη της κύησης πρέπει να ερευνάται συστηματικά για να βρεθεί το αίτιο που την προκάλεσε μια και συχνά νεφροπάθειες που παραμένουν ασυμπτωματικές μέχρι την εγκυμοσύνη, υπάρχει πιθανότητα να εκδηλωθούν στη διάρκεια της.^{7,19}

■ 2) Να προσδιοριστούν από νωρίς οι γυναίκες που σε νέα εγκυμοσύνη θα ενταχθούν στην κατηγορία της κύησης υψηλού κινδύνου. Τέτοιες είναι γυναίκες με προχωρημένη ηλικία στην κύηση, γυναίκες που συλλαμβάνουν μετά από θεραπεία στειρώσεως, γυναίκες με ενδοκρινοπάθειες ή αυτές που βρίσκονται υπό την επήρεια συνεχούς stress ή είναι πολύ αγχώδεις.^{7,19}

■ 3) Να συμβουλευθεί η διακοπή της εγκυμοσύνης εκεί που σοβαρά προβλήματα υγείας της μητέρας θα επιδεινωθούν με την νέα κύηση ή όπου υπάρχουν στην οικογένεια ψυχικές ή μεταβολικές ασθένειες που δυνατό να μεταβιβαστούν στο έμβρυο. Τη διακοπή θα συστήσουμε εκεί που η καλλιέργεια των κυττάρων του αμνιακού υγρού θα δείξει χρωματοσωματικές ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Down.^{7,19}

Τέλος η διακοπή της κύησης θα συστηθεί όταν η εξέταση του αίματος του εμβρύου, που πάρθηκε με την εμβρυοσκόπηση, δείξει την ύπαρξη μεσογειακής αναιμίας στο έμβρυο.

■ 4) Να περιοριστεί αυστηρά το κάπνισμα στις έγκυες και ειδικά στις ασθενείς υψηλού κινδύνου. Όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα το κάπνισμα πρέπει να θεωρηθεί σαν ένας παράγοντας που μόνος ή ίσως με τη συνεργασία και κάποιου άλλου παράγοντα αυξάνει τον κίνδυνο του εμβρύου και καταλήγει στον πρόωρο τοκετό ή στη γέννηση μικρού βάρους νεογνών.^{7,19}

■ 5) Καλύτερη περιγεννητική φροντίδα θα πρέπει να δίδεται από ειδικά εκπαιδευμένους γιατρούς και αδελφές που θα υπηρετούν τόσο στα Τμήματα Περιγεννητικής των μεγάλων Νοσοκομειακών Κέντρων, όσο και σε τοπικά επαρχιακά Κέντρα, τα οποία θα συνεργάζονται μεταξύ τους για την έγκαιρη μεταφορά τόσο των εγκύων γυναικών υψηλού κινδύνου όσο και των προβληματικών νεογέννητων για ακόμη πληρέστερη αντιμετώπιση.^{7,19}

■ 6) Ανεπάρκεια του τραχήλου ή ενδομητριάκες συμφύσεις, που είναι συχνές επιπλοκές μετά από τεχνικές εκτρώσεις, θα πρέπει να ανευρίσκονται έγκαιρα και να θεραπεύονται μια και δημιουργούν προβλήματα στην εγκυμοσύνη με αιμορραγίες ή εκβολές του πρώτου τριμήνου ή ακόμη πρόωρους τοκετούς μετά από ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.⁶

■ 7) Σε γυναίκες με ιστορικό προεκλαμψίας ή και όταν η διάγνωση της προεκλαμψίας μπαίνει για πρώτη φορά, η παρακολούθηση πρέπει να είναι στενή, αυστηρή και σε χρονικά διαστήματα από 7 έως 10 ημέρες. Οι γυναίκες αυτές θα πρέπει να στέλνονται για σωστότερη έρευνα, παρακολούθηση ή θεραπεία στα Τμήματα Εντατικής Παρακολούθησης είναι δυνατός ο προσδιορισμός τόσο της ανάπτυξης του εμβρύου με τη βοήθεια των υπερήχων, όσο και της λειτουργικής ικανότητας του πλακούντα με τον έλεγχο, κάθε δύο ημέρες, της οιστριόλης και του πλακουντιακού γαλακτογόνου, όσο και της δυνατότητας παράτασης της κύησης με τη βοήθεια της δοκιμασίας σε ηρεμία του εμβρύου (Non stress test) ή της δοκιμασίας με οξυτοκίνη (Stress test).¹⁹

■ 8) Σε όλες τις Rh αρνητικές μητέρες η χορήγηση της αντι D σφαιρίνης πρέπει να γίνεται συστηματικά μετά κάθε απόξεση που γίνεται σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη της 9^{ης} ή 10^{ης} εβδομάδας ή μετά από τοκετό Rh θετικά παιδιά, μετά την 28^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Τέλος πρέπει να τονιστεί και ένας ακόμη παράγοντας που βοηθά στην αύξηση των περιπτώσεων κύησης υψηλού κινδύνου καθώς και την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, είναι το ανεπιθύμητο παιδί.¹⁹

Μεγάλη έρευνα για τη στειρώση που έγινε στις Η.Π.Α. πρόσφατα έδειξε ότι το 17% των παιδιών μεταξύ των ευπόρων και το 42% μεταξύ των πτωχών ήταν ανεπιθύμητα. Επίσης βρέθηκε ότι το 90% των κύσεων στη νεαρή ηλικία ήταν αποτέλεσμα ενός παραδεκτού λάθους. Σήμερα δεν είναι γνωστό πως σε ανεπιθύμητη κύηση παρατηρούνται πιο συχνά συγγενείς ανωμαλίες, ή γεννιούνται πρόωρα ή μικρού βάρους παιδιά, η δε περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τα επιθυμητά.

Το Κέντρο εντατικής περιγεννητικής φροντίδας του Oregon των Η.Π.Α. ανέφερε πως το 85% των παιδιών που νοσήλευσε ήταν απρογραμματίστου ή ανεπιθύμητα παιδιά. Στη γέννηση του απρογραμματίστου ή ανεπιθύμητου παιδιού θα οδηγήσει ή έλλειψη γνώσης μέσου προφύλαξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, θρησκευτικές πεποιθήσεις, συναισθηματική ανωριμότητα, κακή σχέση με τους γονείς, κακή πληροφόρηση για το αντισυλληπτικά μέσα, κατάχρηση αλκοόλ ή φαρμάκων και τέλος η προσπάθεια για συγκράτηση της ανδρικής στοργής.¹⁹

Γι' αυτό και στην πρόληψη της κήσης υψηλού κινδύνου θα πρέπει να περιλαμβάνεται και η πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή παιδιού. Σ' αυτό θα βοηθήσει η σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών και των νέων από ειδικευμένους δασκάλους ή γονείς πάνω στην οικογενειακή ζωή, τη σεξουαλική συμπεριφορά, την κατάχρηση φαρμάκων και τα αφροδίσια νοσήματα. Στους μεγάλους θα πρέπει να τονιστούν τα πλεονεκτήματα του οικογενειακού προγραμματισμού και της σωστής χρήσης των αντισυλληπτικών μέσων. Τέλος θα πρέπει να αυξηθεί το κατάλληλα ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που θα αναλάβει την υπεύθυνη, σωστή συμβουλή και περιγεννητική φροντίδα και καθοδήγηση των υποψήφιων γονέων.¹⁸

Στον αιώνα μας η πρόοδος της Ιατρικής Επιστήμης υπήρξε ο μεγαλύτερος παράγοντας στον έλεγχο της ασθένειας και του λοιμού που συνέβαλαν παλιά στην ισορροπία της φύσης και τον έλεγχο του ανθρώπινου πληθυσμού. Είναι ίσως η πρώτη φορά στην ανθρώπινη ιστορία που εξαρτόμαστε τόσο πολύ από την ποιότητα της φροντίδας, της διατροφής και της διαπαιδαγώγησης παρά από την ποσότητα.

2.2 Θεραπεία

Εισαγωγή στην κλινική

Σε περίπτωση εκδήλωσης συμπτωμάτων προεκλαμψίας ή εκλαμψίας, η είσοδος της σ' αυτή είναι απαραίτητη. Εκεί μονάχα εξασφαλίζεται η καλή παρακολούθησή της και η εργαστηριακή διερεύνησή της. Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος, γιατί τα συμπτώματα εκδηλώνονται όψιμα στην πορεία της πάθησης.²⁰



Ήπια Προεκλαμψία

A) η θεραπεία της ελαφράς προεκλαμψίας περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο τον περιορισμό της δραστηριότητας της εγκύου και τον κλινοστατισμό.

- Είναι απαραίτητη η εισαγωγή της στην κλινική γιατί η ανάπαυσή και μόνο θα τη βοηθήσει στην κατάστασή της. Ανάπαυση σημαίνει ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας της προεκλαμπτικής εγκύου, ώστε ν' ανακουφισθεί η επιβαρημένη καρδιαγγειακή λειτουργία της. Έτσι, βελτιώνεται η αιμάτωση των νεφρών αυξάνεται η νεφρική διήθηση και αναστέλλεται ή ελαττώνεται η υπερέκκριση της ρεννίνης και αγγειοτενσίνης. Με την κατάκλιση βελτιώνεται και η κυκλοφορία του πλακούντα. Επίσης, η φλεβική επάνοδος από τα κάτω άκρα γίνεται ευκολότερη, με αποτέλεσμα να επαναρροφηθούν μεγάλα ποσά υγρών, που βρίσκονται σ' αυτά με τη μορφή οιδημάτων.¹⁹

Έχει αποδειχθεί, πως οι προεκλαμπτικές έγκυες, όταν αναπαύονται σε πλάγια αριστερή θέση, είναι δυνατό ν' απεκκρίνουν μεγάλα ποσά νατρίου και ν' ανέχονται πολύ καλά δίαιτα, που περιέχει νάτριο μέχρι 100mEq/ 24ωρο.

Μετά την εισαγωγή της προεκλαμπτικής άρρωστης στην κλινική τη συμβουλεύουμε να προτιμάει, όπως αναφέραμε, να βρίσκεται ξαπλωμένη, τότε στο ένα πλευρό, τότε στο άλλο, αποφεύγοντας την ύπτια θέση για την καλύτερη λειτουργία του πλακούντα, που γίνεται ευαίσθητη στην κατάστησή της.

■ Περιορισμός στη χρήση αλατιού.

■ Στις περιπτώσεις που συνυπάρχει αξιόλογη παθολογική αύξηση του σωματικού βάρους, επιβάλλεται η περικοπή των γευμάτων της άρρωστη. Κατά την παραμονή της στην κλινική θα ελέγχεται το βάρος της κάθε δύο ημέρες γιατί γρήγορη αύξησή του σημαίνει επιδείνωση της κατάστασης της. Επίσης, θα ελέγχεται η ύπαρξη κεφαλαλγίας, οπτικών διαταραχών και επιγαστρικού άλγους. Ο προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης πρέπει να εκτελείται κάθε 4 ώρες, σ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Τη νύχτα θα προσδιορίζεται μόνο όταν η πίεση τα μεσάνυχτα είναι αυξημένη. Συχνά θα γίνονται εξετάσεις ούρων για τον προσδιορισμό λευκώματος, έλεγχος παρουσίας Ηβ, κυλίνδρων, πυσσφαιρίων, και σε μερικές περιπτώσεις, της ουρίας και της κρεατινίνης σ' αυτά.²⁰

Συχνή θα είναι και η εκτίμηση του μεγέθους του εμβρύου από τον ίδιο πάντα γιατρό. Αν υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με την ηλικία του εμβρύου, θα εκτελέσουμε υπερηχογράφημα, για να την προσδιορίσουμε, και μ' αυτό θα παρακολουθήσουμε την ανάπτυξή του. Η συνέχιση της νοσηλείας στην κλινική θα εξαρτηθεί από τη βαρύτητα της πάθησης και την πορεία της και από την ηλικία της εγκυμοσύνης, γιατί, αν η άρρωστη βρίσκεται κοντά στο τέρμα της εγκυμοσύνης και ο τράχηλος είναι ώριμος, μπορούμε να σκεφθούμε την πρόκληση τοκετού.

Αν ύστερα από σύντομη παρακολούθηση της προεκλαμπτικής εγκύου, βιασθούμε να συμβουλέψουμε την έξοδό της, γιατί κατάστασή της εμφανίζεται βελτιωμένη, υπάρχει φόβος, πολύ σύντομα, να επανεισαχθεί στην κλινική από χειροτέρευσή της, που εκθέτει σε κίνδυνο αυτή και το έμβρυο.

Αν, όμως, η κατάστασή της μετά την έξοδο εμφανίζεται ικανοποιητική, τότε επιβάλλεται να παρακολουθείται στο ιατρείο δύο φορές την εβδομάδα.²⁰

Βαριά Προεκλαμψία Εκλαμψία

Σ' όλες τις περιπτώσεις βαριάς προεκλαμψίας η έγκυος είναι απαραίτητο να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

Στην κλινική επιβάλλεται η απομόνωση της άρρωστης μακριά από κάθε ερέθισμα οπτικό ή ακουστικό. Όχι, όμως και σε σκοτεινό δωμάτιο, που να φωτίζεται με μικρό ηλεκτρικό λαμπτήρα, γιατί δεν γίνεται σωστός έλεγχος βαθμού κύνωσης, που μπορεί να εμφανισθεί. Η παρουσία έμπειρου προσωπικού, για όλο το 24ωρο, είναι απαραίτητη.

Αμέσως μετά την εισαγωγή της εκλαμπτικής άρρωστης στην κλινική και την τοποθέτησή της σε πλάγια θέση στο κρεβάτι, για την καλύτερη κυκλοφορία του πλακούντα και για την αποφυγή συγκέντρωσης οίδηματικού υγρού στους πνεύμονες.

Τα κύρια θεραπευτικά μέτρα αποβλέπουν στον κλινοστατισμό της άρρωστης, στον περιορισμό του προσλαμβανόμενου νατρίου και αν υπάρχει πρόβλημα ολιγουρίας – στον περιορισμό των προσλαμβανομένων υγρών.¹⁹

Οι παράμετροι εντατικής παρακολούθησης των προεκλαμπτικών εγκύων.

1. λεπτομερειακή καταγραφή των συμπτωμάτων (πονοκέφαλος, διαταραχή της όρασης, επιγαστραλγία κ.α.)
2. καταγραφή των ευρημάτων από την κλινική εξέταση (Α.Π., οιδήματα, τενόντια αντανακλαστικά, βυθοσκόπηση, μέγεθος εμβρύου).
3. προσδιορισμός του βαθμού λευκωματουρίας.
4. έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας (κρεατίνη ορού, κάθαρση κρεατινίνης, ουρία αίματος, ουρικό οξύ).
5. καταγραφή προσλαμβανομένων – αποβαλλόμενων υγρών.
6. καταγραφή των διακυμάνσεων του σωματικού βάρους.
7. καταγραφή των ευρημάτων των ελέγχων της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας (οιστριόλη ορού ή ούρων, πλακουντιακό γαλακτογόνο, υπερηχογράφημα, τοκογραφική δοκιμασία οξυτοκίνης και δοκιμασία οξυτοκίνης και δοκιμασία ηρεμίας).

Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Από την στιγμή που θα εκδηλωθεί πλήρως το σύνδρομο της προεκλαμψίας – εκλαμψίας τίθεται το ερώτημα εάν το έμβρυο είναι ώριμο για να ακολουθήσει ο τοκετός. Η αμνιοπαρακέντηση για την ανεύρεση της σχέσης L/S αποτελεί την πιο σωστή προσέγγιση. Εάν το έμβρυο δεν είναι ώριμο η εισαγωγή της εγκύου στην ειδική μονάδα εντατικής παρακολούθησης του Νοσοκομείου είναι η σωστή αντιμετώπιση.

Η κατάκλιση της μητέρας σε πλάγια θέση πιστεύεται ότι αυξάνει τη ροή του αίματος στους νεφρούς, τη μήτρα και τον πλακούντα ενώ μειώνει τον σπασμό των αγγείων.

Η παρακολούθηση του εμβρύου περιλαμβάνει τις τακτικές μετρήσεις της οιστριόλης και του πλακουντιακού γαλακτογόνου, όπως και την ανά πενθήμερο διενέργεια δοκιμασίας σε ηρεμία του εμβρύου (N.S.T.). Η βελτίωση στην κατάσταση της μητέρας εκδηλώνεται με αύξηση της διούρησης, απώλεια βάρους, ελάττωση των οιδημάτων και της αρτηριακής πίεσης. Η χορήγηση διουρητικών πρέπει να αποφεύγεται γιατί είναι δυνατό να προκαλέσουν περισσότερο έντονη διούρηση από την απαιτούμενη και να θέσουν σε κίνδυνο τη λειτουργικότητα του πλακούντα. Ακόμη σε αριθμό εργασιών τονίζεται η ύπαρξη κινδύνου στο έμβρυο, όπως θρομβοκυτοπενία που προκλήθηκε μετά την χορήγηση διουρητικών που περιείχαν θειαζίδη. Η αποφυγή των διουρητικών θα γίνει και ένα ακόμη λόγο. Πιστεύεται, και έχει αποδειχθεί πειραματικά, ότι ο όγκος του αίματος στη έγκυο με εκλαμψία είναι αισθητά περιορισμένος όταν συγκριθεί με εκείνον σε γυναίκες με φυσιολογική εγκυμοσύνη.

Ο όγκος του αίματος και ο αιματοκρίτης σε εκλαμπτικές, φυσιολογικές έγκυες και μη έγκυες γυναίκες.¹

	Εκλαμψία	Φυσιολογική εγκυμοσύνη	Μη έγκυες
Όγκος αίματος (gr)	3530	4425	3035
Μεταβολές (%)	+16	+47	
Αιματοκρίτης	40,5	34,7	38,5

Οι ίδιοι περιορισμοί ισχύουν και για τους υπερωσμωτικούς παράγοντες (Furosemide) που θα δοθούν μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις που θα διαγνωσθεί πνευμονικό οίδημα. Προσοχή χρειάζεται και κατά την ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών, γιατί είναι δυνατόν να ενταθεί η κακή κατανομή του εξωκυτταρικού υγρού ώστε να αυξάνεται αρκετά ο κίνδυνος πνευμονικού και εγκεφαλικού οιδήματος.

Η βελτίωση της κατάστασης της εγκύου επιτρέπει τη συνέχιση της εγκυμοσύνης αλλά δεν θα πρέπει να επιφέρει χαλάρωση της παρακολούθησής της και την πρόωρη έξοδο από το Νοσοκομείο, γιατί οι περισσότερες επιστρέφουν σύντομα με επιδείνωση της κατάστασής τους. Γενικά η θεραπεία στο νοσοκομείο δεν αποδεικνύεται μόνο κλινικά αποτελεσματική αλλά και μικρότερη στο κόστος νοσηλείας, όταν συγκριθεί με ο κόστος νοσηλείας του

πρόωρου νεογέννητου στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης.⁸



Η διάγνωση της σοβαρής προεκλαμψίας θα απαιτήσει πιο εντατική παρακολούθηση πριν αποφασισθεί η επέμβαση για περάτωση της

εγκυμοσύνης. Εκτός από την υψηλή αρτηριακή πίεση (>160/110mm/Hg) που μερικές φορές δύσκολα θα επηρεασθεί από την αντιυπερτασική αγωγή, σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση και το χρόνο του τοκετού θα παίζουν συμπτώματα που φανερώνουν ελάττωση της νεφρικής ή καρδιακής λειτουργίας ή διέγερση του Κ.Ν.Σ. Έτσι η μείωση της clearance της κρεατινίνης, η αύξηση της λευκωματουρίας, η αύξηση της ουρίας και των εξετάσεων που δείχνουν την ηπατική λειτουργία, καθώς και κρίσεις αιμολυτικής αναιμίας με ελάττωση των αιμοπεταλίων, είναι συμπτώματα που συνδέονται με επιδείνωση της κατάστασης της μητέρας.⁶

Ο εμβρυϊκός κίνδυνος επιβεβαιώνεται από την πτώση των τιμών της οιστριόλης και του πλακουντιακού γαλακτογόνου, τις ανωμαλίες στο καρδιοτοκογράφημα και την εικόνα του πλακούντα στο υπερηχογράφημα. Το χρόνο και τον τρόπο του τοκετού θα επηρεάσουν η καλή ή όχι κατάσταση του εμβρύου και η ωριμότητά του. Η παραμονή της ίδιας σοβαρής κατάσταση ή η επιδείνωσή της, θα απαιτήσουν προσεκτική εκτίμηση του κέρδους ή του

κινδύνου για τη μητέρα και το έμβρυο, λαμβάνοντας υπόψιν ότι η παράταση της εγκυμοσύνης για λίγες ημέρες δεν προσφέρει μεγάλο κέρδος στο έμβρυο και ακόμη ότι το παιδί αυτό θα έχει καλύτερη τύχη στα χέρια του έμπειρου νεογνολόγου παρά στο αφιλόξενο περιβάλλον της μητέρας.¹⁹

Η επιλογή του τρόπου τοκετού θα γίνει μόνο με καθαρά μαιευτικά κριτήρια. Θα αποφευχθεί η παρατεταμένη πρόκληση σε ανώριμο τράχηλο ή σε έμβρυο που ζυγίζει λιγότερο από 1300 γραμμάρια και η τοπική αναισθησία για το φόβο αντανακλαστική υπόταση. Η χρήση των κορτικοστεροειδών δεν αποτελεί αντένδειξη εφόσον το κλάσμα της σχέσης L/S δεν φανερώνει σίγουρη πνευμονική ωριμότητα. Θα πρέπει όμως να υπολογισθεί ο κίνδυνος από την επιπλέον παράταση της εγκυμοσύνης για δύο ή τρία εικοσιτετράωρα που απαιτούνται για τη δράση των γλυκοκορτικοστεροειδών.¹⁹

Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

Σε περιπτώσεις σοβαρής προεκλαμψίας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης εκλαμπτικών κρίσεων, γι' αυτό πολλοί πιστεύουν, πως απαιτείται προληπτική χορήγηση φαρμάκων, που δρουν στο ΚΝΣ. Η εντόπιση αυτών των περιπτώσεων είναι δύσκολη και εμφανίζονται σπάνια (0,1 – 1%). Σε μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζονται όταν υπάρχει λευκωματουρία (5%). Ύποπτα συμπτώματα έκλυσης κρίσης αποτελούν ο επίμονος κεφαλόπονος, ο επιγαστρικός πόνος και οι εμετοί. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνονται αύξηση των τενόντιων αντανεκλαστικών, που δεν αποτελεί πάντα αξιόπιστο σημείο, και κλώνος, ο οποίος, αν είναι περισσότερο από τρεις φορές ή συνεχιζόμενος, αποτελεί ύποπτο σημείο. Δυστυχώς τα συμπτώματα, που προηγούνται του εκλαμπτικού παροξυσμού, δεν είναι ειδικά και δυνατό να περάσουν απαρατήρητα, όταν η ασθενής εξετάζεται για πρώτη φορά. Σε συχνότητα, που φτάνει το 20% η εκλαμψία εμφανίζεται με μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης και χωρίς λευκωματουρία.¹⁶

Η ελάττωση της αρτηριακής πίεσης θα επιδιώξουμε να κυμαίνεται στα 90 – 100 mm Hg προκειμένου για τη διαστολική.

Ένα απλό θεραπευτικό σχήμα μπορεί να χαρακτηριστεί το παρακάτω, που περιλαμβάνει τη χορήγηση:

A) Υδραλαζίνης ή νιφεδιπίνης, για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.

B) Θεικού μαγνησίου ή χλωρομεθειζόλης ή φαινοτοΐνης, για την πρόληψη παροξυσμών. Σε εκλαμπτικούς παροξυσμούς, που επιμένουν, παρά τη φαρμακευτική αγωγή, είναι δυνατόν να χορηγηθούν 250mg πεντοθάλης, εφόσον υπάρχει δυνατότητα άμεσης διασωλήνωσης.¹⁹

Για την πρόληψη και την καταστολή των κρίσεων χορηγούμε τα παρακάτω φάρμακα,

μέχρι και 24 ώρες μετά τον τοκετό:



1 ► Υδραλαζίνη = (Apresoline, Neprosol). Αποτελεί το φάρμακο εκλογής όταν μετά τη χορήγηση άλλων φαρμάκων (π.χ. θειικό μαγνήσιο), η διαστολική πίεση παραμένει σε επίπεδα υψηλότερα του 100 – 110 mm Hg. οπότε ο φόβος της ρήξης εγκεφαλικών αγγείων είναι μεγάλος. Ο κατά λεπτό όγκος αίματος αυξάνεται στην καρδιά και τους νεφρούς και η δόση που απαιτείται σε τέτοιες καταστάσεις είναι 5mg ενδοφλεβίως κάθε 20 – 30 λεπτά. Μετά την πτώση της πίεσης ακολουθεί η χορήγηση σε συνεχή ενδοφλέβια έγχυση. Συνήθως 5 – 10mg κάθε 4 – 6 ώρες είναι αρκετά. Η υδραλαζίνη έχει ειδική επίδραση στα αγγεία που παρουσιάζουν σπασμό και με την αντανακλαστική ταχυκαρδία που προκαλεί βοηθά τη ροή αίματος στη μητροπλακουντιακή κυκλοφορία, αποτέλεσμα πολύ χρήσιμο για την υπερτασική έγκυο.¹

2 ► Η προπανολόλη (Inderal). Έχει το πλεονέκτημα ότι αυξάνει πιο ήπια τον κατά λεπτό όγκο του αίματος στην καρδιά ενώ ελαττώνει την αρτηριακή πίεση. Στην κατηγορία των αποκλειστών με αμιγή δράση στους Β1 εκτός από την προπανολόλη, συμπεριλαμβάνεται η ατενολόλη, βηταξολόλη, μετοπρολόλη. Η ατενολόλη και η προπανολόλη δεν έχουν ενδογενή συμπαθητικό-μιμητική δράση που ελαττώνει την μέση αρτηριακή πίεση δρώντας μόνο στον καρδιακό ρυθμό.

3 ► Η διαζοξίδη (Diazoxide, Hyperstat). Χρησιμοποιήθηκε γιατί αποτελεί ισχυρό διαστολικό παράγοντα αλλά αυξάνει την κατακράτηση του νατρίου και του ύδατος και εμποδίζει την απελευθέρωση της ινσουλίνης.¹¹

Γενικός κανόνας κατά την χορήγηση των αντιυπερτασικών φαρμάκων στο σύνδρομο της προεκλαμψίας – εκλαμψίας παραμένει η αποφυγή της γρήγορης πτώσης της αρτηριακής πίεσης, γιατί ενώ η νεφρική και εγκεφαλική κυκλοφορία είναι δυνατό να αντεπεξέλθουν σε τέτοιες απότομες μεταβολές της πίεσης, αντίθετα η μητροπλακουντιακή κυκλοφορία δεν μπορεί. Έχουν δε παρατηρηθεί επιβραδύνσεις του ρυθμού της καρδιάς του εμβρύου στο καρδιοτοκογράφημα, όταν η διαστολική πίεση του αίματος στη μητέρα έπεσε πολύ κάτω από 90mmHg. Οι επιβραδύνσεις αυτές ήταν πιο έντονες σε έμβρυα με ενδομήτρια βραδύτητα ανάπτυξης. Είναι δε γενικά παραδεκτό ότι η μητροπλακουντιακή κυκλοφορία δεν αποτελεί απλώς ένα αγγειακό πλέγμα, αλλά τη γραμμή της ζωής του εμβρύου.^{1,19}

Μερικοί συγγραφείς, επειδή παρομοίασαν την ισχαιμία στη μητροπλακουντιακή κυκλοφορία σαν κατάσταση που μοιάζει με το ολιγαμικό σοκ, πρότειναν τη χορήγηση ειδικών διαλυμάτων όπως αλμπουμίνης ή δεχτράνης, για να αυξηθεί ο όγκος του πλάσματος και να βελτιωθεί η κυκλοφορία του πλακούντα. Αυτό όμως επιφέρει υπερφόρτωση στο έργο της αριστερής κοιλίας της καρδιάς και αυξάνει το φόβο συμφορητικής κάμψης της καρδιάς.

4 ► Θειϊκό Μαγνήσιο (Mg_2SO_4). Η χρήση του φαρμάκου αυτού στη θεραπεία του συνδρόμου άρχισε εδώ και 60 περίπου χρόνια. Πρώτοι το χρησιμοποίησαν οι Dorset, Lazard και οι συνεργάτες τους το 1920 και ανέφεραν τις παρατηρήσεις τους πάνω στη βελτίωση της επιβίωσης της μητέρας και του παιδιού, αν και η δόση που χορήγησαν είναι μικρή για τα

σημερινά θεραπευτικά σχήματα. Παρόλη τη μακροχρόνια πείρα που αποκτήθηκε από τη χρήση του φαρμάκου, υπήρχαν και υπάρχουν και σήμερα Μαιευτήρες που διαφωνούν για το αποτέλεσμά του, γιατί πολλές από τις θεραπευτικές επιδράσεις του φαρμάκου στην προεκλαμψία και εκλαμψία καλύπτονται ακόμη στην πράξη από άγνωστους μηχανισμούς. Υποστηρίζεται ότι επενεργεί σαν παράγοντας αποκλεισμού επάνω στις περιφερικές νευρομυϊκές συνάψεις χωρίς να εμπλέκει τον εγκέφαλο. Η τοξική επίδραση του φαρμάκου στη μητέρα έχει σχέση με τα επίπεδα του θεικού μαγνησίου στον ορό του αίματος. Η σπουδαιότερη τοξική βλάβη αφορά το αναπνευστικό σύστημα, αλλά συμβαίνει εφόσον τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα βρίσκονται πάνω από 12mg/dl. Όταν τα επίπεδα ανέλθουν πάνω από 15mg/dl παρατηρείται βλάβη στην αγωγιμότητα του καρδιακού μυός και στη συνέχεια επέρχεται παύση της καρδιακής λειτουργίας. Το αντανακλαστικό της επιγωνατίδας συνήθως εξαφανίζεται όταν τα επίπεδα του φαρμάκου βρίσκονται γύρω στα 10mg/dl και είναι χρήσιμος δείκτης. Στην παρακολούθηση βοηθά επίσης και ο αριθμός των αναπνοών που φανερώνει την επικείμενη τοξική επίδραση του φαρμάκου όταν ο αριθμός είναι περίπου 18 ανά λεπτό.^{1,3}

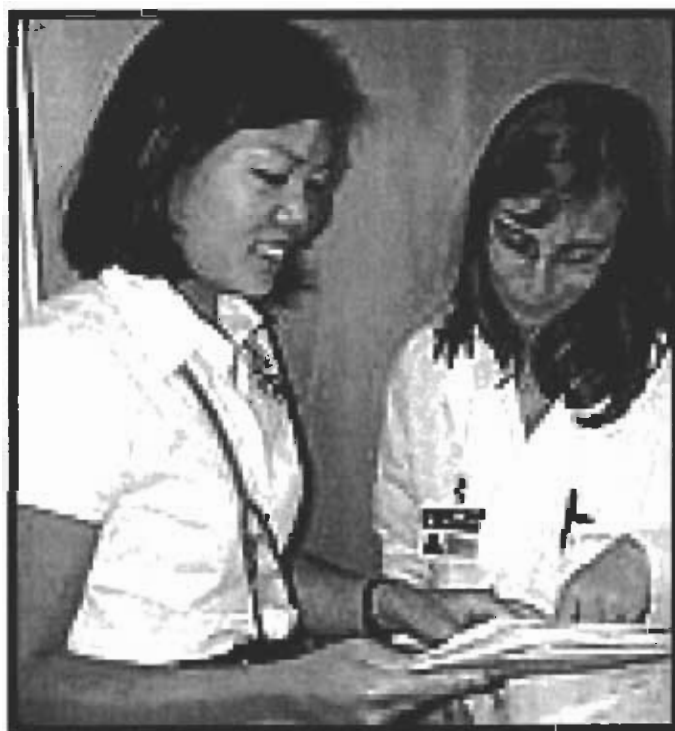
Οι παρενέργειες αυτές του φαρμάκου μπορούν να εμφανισθούν και με μικρότερες δόσεις εφόσον υπάρχει βλάβη στη νεφρική λειτουργία, οπότε επέρχεται συσσώρευση μια και το θεικό μαγνήσιο, ως γνωστό, απεκκρίνεται σχεδόν εξολοκλήρου από τους νεφρούς. Εφόσον εμφανισθούν σημεία τοξικής επίδρασης του φαρμάκου, απαιτείται η άμεση ενδοφλέβια χορήγηση 10ml διαλύματος 10% γλυκονικού ασβεστίου εντός 3 –5 λεπτών. Εν είναι ακόμη γνωστός ο τρόπος που ανταγωνίζεται το ασβέστιο τις επιδράσεις του μαγνησίου. Σε περίπτωση γενικής αναισθησίας είναι απαραίτητη η ενημέρωση του αναισθησιολόγου.¹⁷

Η δοσολογία και τρόπος χορήγησης του φαρμάκου ποικίλλει στους διάφορους συγγραφείς. Συχνότερα δίδονται ενδοφλέβια, σαν δόση εφόδου, 4gr MgSO₄ σε διάστημα 20 λεπτών και συγχρόνως ενδομυϊκά 10gr. (5gr σε κάθε γλουτό) Στη συνέχεια 1- 2gr κάθε ώρα μέχρι να ρυθμιστεί η κατάσταση της εκλαμπτικής ή της σοβαρά προεκλαμπτικές εγκύου, ή να φανούν σημεία τοξικότητας του φαρμάκου. Θεωρείται απολύτως απαραίτητη η στενή παρακολούθηση της ασθενούς, στη διάρκεια της θεραπείας, και περιλαμβάνει την συχνή καταγραφή των αναπνοών, του αντανακλαστικού της επιγονατίδας και τη διούρηση. Χρήσιμοι είναι επίσης οι συχνοί προσδιορισμοί των επιπέδων του μαγνησίου στον ορό του αίματος της μητέρας. Συνήθως επίπεδα 6 – 8mEq/λίτρο, είναι ιδανικά και επιφέρουν καλό αποτέλεσμα.

Σήμερα πιστεύεται από τους περισσότερους ότι η ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση του φαρμάκου αυτού αποτελεί την πρωταρχική θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου της προεκλαμψίας – εκλαμψίας. Αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι η βλαπτική επίδραση του συνδρόμου επάνω στο Κ.Ν.Σ. είναι πολύ πιο μεγάλη από τις παρενέργειες του φαρμάκου.

Όσον αφορά την επίδραση του φαρμάκου στο έμβryo, αναφέρεται απώλεια της διαφοροποίησης του καρδιακού ρυθμού (Beat to beat variability). Αυτό παρατηρείται λίγη ώρα μετά την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου. Τα επίπεδα του μαγνησίου στο αίμα του νεογέννητου, μετά την ενδοφλέβια χορήγηση στη μητέρα, πλησιάζουν τα επίπεδα της μητέρας. Τοξικά αποτελέσματα ή άλλες δυσμενείς επιδράσεις δεν παρατηρήθηκαν γιατί είναι δύσκολο να προσδιορισθούν ακριβώς λόγω της βαρύτητας της κατάστασης που κάνει δύσκολο το διαχωρισμό των επιδράσεων στο νεογνό του θεικού μαγνησίου από εκείνες που προκαλεί η ίδια η νόσος.¹

Γενικά η χορήγηση του φαρμάκου θεωρείται από πολλά Μαιευτικά Κέντρα της Ευρώπης και ιδιαίτερα της Αμερικής, σαν ενδεδειγμένη και αποτελεσματική θεραπεία για το σύνδρομο της προεκλαμψίας – εκλαμψίας και υποστηρίζεται και σήμερα ότι είναι ένα από τα πιο πολύτιμα και κατάλληλα για το σκοπό αυτό φάρμακα.



5 ► Αναστολείς των διαύλων ασβεστίου:

- ◆ Αμλοδιπίνη
- ◆ Διλπαζεμη
- ◆ Φελοδιπίνη
- ◆ Ισραδιπίνη
- ◆ Νιμαρδιπίνη⁶

Ο κυριότερος εκπρόσωπος είναι η Νιφεδιπίνη με κυριότερη ανεπιθύμητη ενέργεια τον πονοκέφαλο. Η δοσολογία είναι 10mg αρχικά και στη συνέχεια 10mg κάθε 4 – 8 ώρες με μέγιστη ημερήσια δόση τα 90mg. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση υψηλής πίεσης του αίματος.

6 ► Αναστολείς του Μετατρεπτικού Ενζύμου:

Προκαλούν:

- ◆ Νεογνική υπόταση
- ◆ Νεογνική ανουρία
- ◆ Νεφρική ανεπάρκεια
- ◆ Νεογνικό θάνατο (για τον λόγο αυτό καλό είναι να αποφεύγονται).

7 ► Θειαζικά Διουρητικά:

- ◆ Βενδοφλουμεθαζίδη
- ◆ Χλωροθεαζίδη
- ◆ Χλωροθαλισονη
- ◆ Υδροχλωροθειαζίδη
- ◆ Ινδαπαμίδη
- ◆ Μετολαζονη

Προκαλούν ελάττωση τόσο του πλάσματος όσο και του εξωκυτταρικού υγρού, ελαττώνοντας τη μητροπλακουντιακή ροή, οδηγώντας σε κακή έκβαση και γι' αυτό το λόγο δεν συστήνονται.^{6,19}



Υγρά

Θα πρέπει να δίνεται προσοχή στην χορήγηση αλλά και στην απέκκριση υγρών και για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ωριαία εκτίμηση. Προτείνεται χορήγηση D/W 5% Lactated Ringers σε δόση 50 – 125 ml/hr, που σημαίνει συνολικά 1,5 – 3l υγρών ημερησίως. Απαραίτητη είναι η τοποθέτηση καθετήρα όπου η ωριαία διούρηση δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 30ml/hr. Ωστόσο κατά την ενεργή φάση του τοκετού, είναι πιθανό να ελαττωθεί η διούρηση λόγω της χορήγησης Υδραλαζίνης ή και του Μαγνησίου. Για το λόγο αυτό ενδεικτικό όριο είναι τα 100ml/4hr όπου όταν η διούρηση ελαττωθεί κάτω από τη τιμή που πρέπει, θα πρέπει να ελαττωθεί και η χορήγηση μαγνησίου όπως και τον χορηγουμένων υγρών. Να σημειωθεί ότι η ελάττωση της διούρησης από την υδραλαζίνη συμβαίνει 2-3 ώρες μετά την ένεση της.

Πρόκληση τοκετού

Αν η κατάσταση της εγκύου ελέγχεται μέχρι την 30ή εβδομάδα, τότε αξίζει να προσπαθήσουμε να την κρατήσουμε ως την 34^η, παρακολουθώντας δραστηριότητα της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας.²⁰

Τοκετό θα προκαλέσουμε :

► Όταν, αν και η κύηση βρίσκεται πριν από την 34^η εβδομάδα, η κατάσταση της εγκύου επιβαρύνεται, με ελάχιστες ελπίδες επιβίωσης του νεογνού. Επιβαρυνόμενη θα θεωρήσουμε την κατάστασή της όταν η πίεση ανέβει σε ψηλά επίπεδα, η λευκωματουρία είναι μεγάλη και συνυπάρχει ολιγουρία. Τα συμπτώματα αυτά δείχνουν επικείμενη νεφρική ανεπάρκεια. Επίσης όταν η πίεση δεν ελέγχεται με μεγάλες δόσεις αντι-υπερτασικών, όταν υπάρχουν σοβαρά συμπτώματα που προμηνύουν εκλαμψία, όταν υπάρχει επίμονη Θρομβοπενία (κάτω από 100.000), όταν υπάρχει ολιγουρία και όταν υπάρχει σύνδρομο Hellp.

Αν δεν διακόψουμε την εγκυμοσύνη με πρόκληση τοκετού, εκτός από την επιβάρυνση της εγκύου, θα συμβεί και ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου, που θα τον ακολουθήσουν η βαθμιαία πτώση της πίεσης, η εξαφάνιση των οιδημάτων και υποχώρηση της λευκωματουρίας. Έτσι, η αναμονή σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι επικίνδυνη για το έμβρυο. Και τα με μικρό βάρος νεογνά έχουν μεγάλες πιθανότητες να επιζήσουν, αν ο τοκετός λάβει χώρα σε καλά οργανωμένη κλινική.



τη

► Όταν, ενώ η κατάσταση της εγκύου ελέγχεται, η κατάσταση του εμβρύου επιβαρύνεται. Αυτή θα εκτιμηθεί με τις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, δηλαδή καρδιοκογραφία, βιοφυσική εικόνα, αμνιοπαρακέντηση, προσδιορισμό της οιστριόλης και της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης.

Πρόσφατες παρατηρήσεις έδειξαν, πως τα έμβρυα των υπερτασικών δεν εμφανίζουν πρόωρη ωρίμαση των πνευμόνων, όπως παλιότερα πιστεύαμε. Πολλοί συστήνουν τη χορήγηση βηταμεθαζόνης (Celestone Chronodose) και την πρόκληση τοκετού μετά 48 ώρες ή αμνιοπαρακέντηση για την εκτίμηση της πνευμονικής ωριμότητας.

Στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, και όταν αυτή είναι κάτω από 23-26 εβδομάδες, η πρόγνωση για το έμβρυο είναι κακή και η εγκυμοσύνη πρέπει να διακοπεί πρόωρα.

Σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 24 εβδομάδες, δυνατό να επιλέξουμε την παρακολούθηση της πορείας της με πολλές επιφυλάξεις.²⁰

Εκλογή φαρμακευτικής αγωγής.

Ύστερα από την απαρίθμηση των φαρμάκων, που αναφέραμε, καλούμαστε να διαλέξουμε ποια απ' όλα θα χρησιμοποιήσουμε, προκειμένου ν' αντιμετωπίσουμε την πάθηση.

Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση θα καταφύγουμε μόνο όταν η διαστολική πίεση της χρόνιας υπερτασικής εγκύου ή της προεκλαμπτικής περάσει τα 100χιλ Hg στο δεύτερο τρίμηνο της

εγκυμοσύνης και συνοδεύεται από καρδιονεφρικά συμπτώματα, για ν' αποφύγουμε έκλυση εκλαμπτικών παροξυσμών ή να κρατήσουμε την έγκυο σε τέτοια κατάσταση, ώστε να προλάβουμε τη γέννηση γερού νεογνού.²⁰



Επισκληρίδια αναισθησία.

Αυτή ελαττώνει την αρτηριακή πίεση στη διάρκεια του τοκετού και αποτρέπει την αύξηση της στην καισαρική τομή κατά τη διάρκεια της διασωλήνωσης και αποσωλήνωσης. Η εφαρμογή της σε περιπτώσεις προεκλαμψίας απαιτεί εμπειρία στη χορήγηση του ορθού όγκου υγρών, ώστε να διατηρηθεί η αιμάτωση του πλακούντα, αλλά και να αποφευχθεί το πνευμονικό οίδημα από υπερφόρτωση. Προϋπόθεση εφαρμογής επισκληρίδιας αναισθησίας αποτελεί ο φυσιολογικός πηκτικός μηχανισμός και να μην υπάρχει εμβρυϊκή δυσφορία.²⁰



Καισαρική τομή:

Θα προτιμήσουμε την εκτέλεση καισαρικής τομής:

1. Όταν ο τοκετός, που ξεκίνησε μόνος του, ή που εμείς προκαλέσαμε, καθυστερεί και το έμβρυο δυσφορεί.
2. Όταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διαπιστωθεί εμβρυϊκή δυσφορία και το έμβρυο είναι βιώσιμο.
3. Μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης από τους εκλαμπτικούς παροξυσμούς, για ν' απαλλάξουμε την έγκυο από το κύημα, που θεωρείται υπεύθυνο για την κατάσταση της. Υποστηρίχθηκε, πως σε τέτοιες περιπτώσεις, δεν πρέπει να είμαστε βιαστικοί στην εκτέλεση της επέμβασης, αλλά να περιμένουμε να βελτιωθεί η υποξυγονομαία και η οξέωση και να υποχωρήσουν οι παροξυσμοί.
4. Όταν, φυσικά, υπάρχει και άλλη ένδειξη εκτέλεσης καισαρικής τομής (δυσαναλογία, καισαρική που προηγήθηκε κλπ.). Τόσο ύστερα από καισαρική τομή, όσο και ύστερα από φυσιολογικό τοκετό, δεν θα πρέπει να χορηγείται εργομητρίνη για τη σύσπαση της μήτρας, γιατί επιβαρύνει την κατάσταση της λεχωίδας. Η χορήγηση ωκυτοκίνης δεν προκαλεί αύξηση της πίεσης. Η απώλεια αίματος ύστερα από τοκετό ή καισαρική τομή στην προεκλαμψία επηρεάζει περισσότερο την άρρωστη, γιατί ο όγκος του σ' αυτή είναι μικρότερος. Απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης μετά τον τοκετό ή την

καισαρική τομή δείχνει, τις περισσότερες φορές, υπογκαιμία και όχι υποχώρηση της υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης. Η ολιγουρία, που θα προέλθει από την υπογκαιμία, αντιμετωπίζεται με χορήγηση αίματος και με διάλυμα Ringer Lactated και όχι με διουρητικά ή υπερωσμωτικά ^{1,20}



2.3 Εξοπλισμός Δωματίου

Σε κάθε άλλη περίπτωση εκτός από την υγεινοδιαιτητική αγωγή που αναφέρθηκε προηγουμένα είναι απαραίτητη η απομόνωση της άρρωστης σε σκοτεινό θάλαμο νοσηλείας και ο περιορισμός των επισκέψεων διαφόρων προσώπων. Στο δωμάτιο αυτό πρέπει να υπάρχει ο κατάλληλος νοσηλευτικός και φαρμακευτικός εξοπλισμός, για την αντιμετώπιση τυχόν εκλαμπτικού παροξυσμού. Αναλυτικά ο εξοπλισμός αυτός είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει τα παρακάτω :

1. Μόνιμη παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού.
2. Παροχή O₂
3. Μηχάνημα και καθετήρας αναρρόφησης βλεννών από τις ανώτερες αεροφόρους οδούς
4. Ελαστικός αεραγωγός
5. Φύσιγγες θειικού μαγνησίου
6. Φύσιγγες apresolin
7. Φύσιγγες μορφίνης ή πεθιδίνης
8. Διάφορα αντί-υπερτασικά φάρμακα
9. Διάφορα κατασταλτικά φάρμακα του Κ.Ν.Σ.
10. Ο συνήθης συμβατικός εξοπλισμός για εντατική παρακολούθηση της άρρωστης (πιεσόμετρο κ.λ.π.).³

Η εντατική παρακολούθηση της μητέρας για της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας επιβάλλει το σχολαστικό έλεγχο των παραμέτρων.

2.4 Πρόγνωση Συνδρόμου

Εάν η Προεκλαμψία αντιμετωπισθεί πριν εξελιχθεί σε οξεία, η πρόγνωση είναι συνήθως καλή. Εάν εμφανιστεί εκλαμψία τόσο η ζωή της μητέρας όσο και του εμβρύου αντιμετωπίζουν κίνδυνο.

Η πρόγνωση για την προεκλαμπτική μητέρα, εφ' όσον εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, είναι καλή. Η μητρική θνησιμότητα από την εκλαμψία κυμαίνεται από 1.6 ως 5 %, ανάλογα με το αν εφαρμόστηκε άμεσα η θεραπευτική αγωγή και αν η άρρωστη είχε ένα ή περισσότερους εκλαμπτικούς παροξυσμούς.

Η επανεμφάνιση προεκλαμψίας – εκλαμψίας σε επόμενη είναι πολύ σπάνια σε γυναίκες με φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Όσον αφορά την επίπτωση της προεκλαμψίας – εκλαμψίας στην τυχόν εγκατάσταση υπέρτασης μετά την κύηση, τα δεδομένα από τη μακροχρόνια παρακολούθηση των γυναικών αυτών, δεν φαίνεται να εισηγούνται κάτι τέτοιο. Σε άτομα όμως με προϋπάρχουσα χρόνια υπέρταση, έχει διαπιστωθεί μια αξιόλογη επιβάρυνση.

Η περιγεννητική θνησιμότητα για τις προεκλαμπτικές κύσεις υπολογίζεται σε 5,7%, ενώ για τις εκλαμπτικές σε 17,7%. Η υψηλή αυτή περιγεννητική θνησιμότητα αποδίδεται από τη μια μεριά στην άμεση επίδραση της προεκλαμψίας – εκλαμψίας και από την άλλη στην προωρότητα.¹⁰

2.5 Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας

Η αντιμετώπιση της εγκύου με προεκλαμψία – εκλαμψία απαιτεί την ειδική γνώση του προβλήματος από το γιατρό, την εργαστηριακή βοήθεια και τη στενή συνεργασία τόσο του ειδικά εκπαιδευμένου βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και τη ίδιας της εγκύου.



Ως νοσηλευτές λαμβάνουμε τα παρακάτω μέτρα:

1. θερμομετρούμε την άρρωστη
2. τοποθετούμε μόνιμα πιεσόμετρο στο χέρι της για τον προσδιορισμό της αρτηριακής πίεσης.
3. τοποθετούμε μόνιμα συσκευή για τον προσδιορισμό της φλεβικής πίεσης και την εκτίμηση της βαρύτητας της υπογκαιμίας.
4. παρακεντούμε φλέβα και εφαρμόζουμε ζαχαρούχο ορό για τη χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών, φαρμάκων ή αίματος.
5. τοποθετούμε μόνιμο καθετήρα στην ουροδόχο κύστη, για το συνεχή προσδιορισμό της ποσότητας των ούρων, που αποβάλλονται.
6. συνδέουμε την άρρωστη με συσκευή συνεχιζόμενης παρακολούθησης σφίξεων και αναπνοών (monitor), εφόσον κριθεί απαραίτητο.

7. φροντίζουμε να βρίσκονται σε «απόσταση χεριού» συσκευή αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων, ένας στοματοδιαστολέας, που θα τον χρησιμοποιήσουμε σε περίπτωση σπασμών, για την αποφυγή κάκωσης της γλώσσας, ένας δίσκος εργαλείων απαραίτητων για τραχειοστομία και ποσότητα αίματος για μετάγγιση, σε περίπτωση πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα ή εκτέλεσης καισαρικής τομής.
8. ειδοποιούμε τον καρδιολόγο, για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας και την αποκατάσταση της καρδιακής ανεπάρκειας, που μπορεί να υπάρχει, και τον οφθαλμίατρο για την εκτέλεση βυθοσκόπησης.
9. στέλνουμε στο εργαστήριο ούρα και αίμα της άρρωστης, για τον προσδιορισμό της ομάδας και του παράγοντα Rhesus, του λευκόματος των ούρων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και της αιμοσφαιρίνης, της ουρίας, της κρεατινίνης και του ινωδογόνου, του ουρικού οξέος και των ηλεκτρολυτών και άλλων παραγόντων, ανάλογα με την κρίση μας, που θα μας βοηθήσουν στην εκτίμηση της σοβαρότητας της πάθησης.¹³

Όσον αφορά τις διατροφικές τις συνήθειες:

Δίαιτα:

Κανένας παράγοντας δεν μας επιβάλλει ν' αλλάξουμε τη διατροφή της χρόνιας υπερτασικής και της προεκλαμπτικής εγκύου. Μπορεί να τρώει, ό,τι και πριν από την εγκυμοσύνη. Η εξασφάλιση ικανοποιητικού αριθμού θερμίδων και ψηλής ποιότητας λευκωμάτων είναι απαραίτητη στην κατάσταση της εγκύου. Μόνο όταν η προεκλαμψία συνοδεύεται από καρδιακή ανεπάρκεια, θα συστήσουμε ανάλατη δίαιτα ή όταν αφορά σε άρρωστες με γνωστή νεφρική πάθηση.

Σε περίπτωση εκλαμπτικού παροξυσμού η διατροφή της άρρωστης γίνεται παρεντερικά.^{22,23}



Παράρτημα



Περιστατικά 1^ο

Cindy Hass

Η ιστορία μου μπορεί να χωρισθεί σε πολλές κατηγορίες, αγάπη, προσωπική αλλαγή και πίστη. Καθώς η αγάπη μας προχωρούσε, μάθαινα συνεχώς τον άνδρα μου, την οικογένεια και φίλους που μας αγαπούσαν και έδειχναν ότι ήθελαν να μας βοηθήσουν για να περάσουμε μαζί την αρρώστια μου.

Μετά απ' αυτό που μου συνέβη, κατάλαβα ότι η ζωή είναι πολύ μικρή για να αφήσω μερικά ασήμαντα πράγματα να με στεναχωρούν. Δεν νιώθω θυμό και αναστάτωση όπως συνήθιζα να κάνω και προσπαθώ (αν και ακόμη παλεύω γι' αυτό), να είμαι ήρεμη και περισσότερο χαλαρή για κάποια πράγματα.

Όσο αφορά την πίστη, γινόταν μέρα με τη μέρα πιο δυνατή με τη βοήθεια του θεού (αφού μετά το θάνατο της γιαγιά μου είχα να κάνω συνέχεια με το Θεό. Έμαθα ότι υπάρχει κάτι παραπάνω από την πίστη μου στο Θεό. Πίστευα ότι υπάρχει Θεός – ότι και να συνέβη στην οικογένειά μου, έχει επηρεάσει τη σχέση που έχω με το Θεό και πάντα πίστευα ότι ο Θεός ήταν κοντά μου, ότι κι' αν είχε συμβεί.

Ήμουν έγκυος, 27 εβδομάδων και άρχισα να έχω πόνους και έγιναν πιο έντονοι το βράδυ της 31 Ιανουαρίου. Ένας πόνος στην κοιλιά ήταν τόσο δυνατός που είναι δύσκολο να τον περιγράψω. Ένοιωθα ένα φούσκωμα. Ήταν αδύνατο να επικοινωνήσω με το γιατρό μου. Ο σύζυγος μου, Ράντι, με άρπαξε και με πήγε στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Όταν έφτασα στο

νοσοκομείο, η αρτηριακή πίεση μου ήταν 230 / 180mmHg και δεν μπορούσα να σταματήσω να κάνω εμετό. Μου έκαναν πολλές εξετάσεις και δεν μπορούσα να καταλάβω τι μου είχε συμβεί. Μετά από σύσκεψη των γιατρών με άλλους γιατρούς, κατέλειψαν στο συμπέρασμα ότι δεν μπορούσαν αυτοί οι γιατροί να ελέγξουν την κατάστασή μου και ότι θα έπρεπε να με μεταφέρουν σε άλλο Νοσοκομείο, στο οποίο ειδικεύονται γιατροί σε εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου. (Presbuterian / St Luare's Hospital).

Μετά από λίγα λεπτά έφτασα στο νοσοκομείο και μια ομάδα από γιατρούς και νοσηλεύτριες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είχα Hellp Σύνδρομο και έκριναν ότι έπρεπε να μου κάνουν επείγοντως Καισαρική τομή για να με σώσουν. Το σύνδρομο Hellp, εμφανίζεται σπάνια και ακολουθεί την Προεκλαμψία, με τελικό στόχο το θάνατο της μητέρας.

Η κατάσταση μου χειροτέρευε από λεπτό σε λεπτό. Κατά τη διάρκεια της υψηλής Α.Π, το σώμα μου μέχρι το ήπαρ, το ένιωθα κατεστραμμένο. Από εκείνο το σημείο, το συκώτι γέμισε και προκάλεσε σοβαρό πρήξιμο, και αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Η επείγουσα Καισαρική τομή ήταν ριψοκίνδυνη, διότι είχα πολύ λίγα αιμοπετάλια, για να σταματήσω την αιμορραγία.

Η κόρη μου, Catlin Nicole, γεννήθηκε 1^η Φεβρουαρίου του 2000, στις 4:31π.μ. έκανα νόημα στον άνδρα μου ότι το παιδί είναι καλά και την πήραν για να την βάλουν στην Μονάδα Εντατικής Φροντίδα Νεογνών.

Στη συνέχεια ένιωθα πολύ πρησμένη και δεν μπορούσα να ανασάνω. Οι γιατροί μου έκαναν επείγουσα τραχειοστομία και με μετέφεραν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ένοιωθα

τόσο αδύναμη και άρρωστη και νόμιζα ότι ο οργανισμός μου εξασθενούσε, το ίδιο και το συκώτι, νεφρά και οι πνεύμονες.

Για τις επόμενες ώρες, ήμουν στο παρά τρίχα να πεθάνω. Μίλησαν οι γιατροί στο σύζυγό μου και του είπαν ότι μπορεί να μην τα κατάφερα. Με ρώτησαν εάν ήθελα να δω κάποιον Ιερέα. Όταν ήρθε, προσπάθησε να με ενθαρρύνει. Με ρώτησε αν είχα δει το παιδί μου και του απάντησα πως δεν το είχα δει. Τότε οι Ιερέας σκέφτηκε να τον βγάλει φωτογραφία και να μου των δείξει. Όταν είδα το μωρό μου στην φωτογραφία, ήταν σαν να ξαναγεννήθηκα. Ήταν κοριτσάκι. Τότε η κατάστασή μου άρχισε να καλυτερεύει και στην συνέχεια να σταθεροποιείται.

Οι γονείς μου ευχαριστούσαν τους γιατρούς που κατάφεραν μα με σώσουν, αλλά αυτοί είπαν ότι έκαναν ότι ήταν δυνατό και ότι δεν ήμουνα στα χέρια τους, αλλά στα χέρια του Θεού.²⁵

Περιστατικό 2^ο

Suzanne Oberg

Mableton, Georgia

Ήταν 31 Μαρτίου 2003. ένα θαύμα έγινε αν μπορούσα μ' αυτή τη λέξη να το περιγράψω. Η εγκυμοσύνη μου κυλούσε φυσιολογικά. Δεν είχα πρωινούς πόνους και στις 28 εβδομάδες που ήμουν, είχα πάρει 20 κιλά. Ένοιωθα υπέροχα και λάτρευα κάθε λεπτό που περνούσε. Πολλοί φίλοι μου δυσανασχετούσαν με την αύξηση του βάρους μου και πόσο άσχημα θα ένοιωθαν αν είχαν πάρει αυτά τα κιλά που είχα πάρει.

Παρόλα αυτά, εγώ ένοιωθα την κοιλιά μου μα μεγαλώνει και το μωρό να κλωτσάει και το λάτρευα. Την 28^η εβδομάδα πήγα στο γιατρό μου για να κάνω μια εξέταση για τον διαβήτη. Τρεις μέρες αργότερα, δέχτηκα ένα τηλεφώνημα από το γιατρό μου, που έλεγε ότι δεν είχα διαβήτη κατά την κύηση μου, ότι ήταν αρνητικό (-) το τεστ, αλλά θα έπρεπε να ξαναπάω για να κάνω μια ένεση.

Έτσι λοιπόν στις 28 Μαρτίου 2002, πήγα πίσω στο γραφείο και έδωσα στην Νοσηλεύτρια να καταλάβει, ότι το καλάμι στο πόδι μου με πονούσε και έμοιαζε πρησμένο. Το έλεγξε η Νοσ/τρια με το γιατρό και μου πρότειναν να ξεκουράζομαι.

Το επόμενο βράδυ, κατά τη διάρκεια ενός δείπνου με τον άνδρα μου, ένοιωσα τα πόδια μου πολύ πρησμένα. Πήγαμε σπίτι και ξάπλωσα στο κρεβάτι με το πόδια να είναι σε ψηλότερο

σημείο. Την επόμενη μέρα, 30 Μαρτίου, 2002, ένιωθα μια καούρα. Μετά από μια ώρα, σήκωσα τον άνδρα μου και του είπα να τηλεφωνήσει στο γιατρό. Σ' όλη αυτή τη διάρκεια πονούσα φοβερά. Ο γιατρός πρότεινε να βρούμε κάποιο φαρμακείο για να αγοράσουμε φάρμακα για την καούρα. Αφού πήρα μερικά και είδα ότι δεν γινόταν τίποτα, αποφασίσαμε να πάμε στο νοσοκομείο. Στις 4 το πρωί, βρισκόμασταν μέσα στο Νοσοκομείο στην μονάδα επειγόντων περιστατικών, για 4 ώρες. Μου έκαναν εξετάσεις οι οποίες δεν έδειχνα τι ακριβές είχε συμβεί. Αργότερα οι γιατροί κατέληξαν στην Προεκλαμψία και ότι τα συμπτώματα που είχα, έμοιαζαν μ' αυτά της προεκλαμψίας. Οι γιατροί έδωσαν οδηγίες για επείγουσα Καισαρική Τομή. Εγώ φώναζα ότι ήμουν μόνο 29 εβδομάδων, και δεν ήθελα να μου πάρουν το μωρό.

Έτσι λοιπόν, στις 31 Μαρτίου, 2002, ήρθε στον κόσμο η κόρη μου Emily Haydey, βάρους 2 κιλών και 1 γραμμαρίου. Αλλά αυτό ήταν μόνο η αρχή. Είχα προσβληθεί από το Σύνδρομο Hellp. Και οι δύο έπρεπε να πολεμήσουμε για να κρατηθούμε ζωντανές. Ανάρρωσα και άρχισα να καταλαβαίνω μετά από 4 μέρες τι είχε πραγματικά συμβεί. Η Emily, έφυγε από το νοσοκομείο, με βάρος 4 κιλά και 15 γραμμάρια. Θα ήθελα να αποκτήσω και ένα αγόρι, όταν όμως κοιτάζω την Emily, θυμάμαι τι πέρασα και σκέφτομαι αν θα ξαναπεράσω τα ίδια και σε μία άλλη εγκυμοσύνη...²⁵

Περιστατικό 3^ο

Η ιστορία μας.

Στις 21 Ιουνίου, του 1995, η γυναίκα μου Τζένιφερ, μπήκε στο νοσοκομείο με πόνους. Η γυναίκα μου εμφάνισε σύνδρομο Hellp, και στις 22 Ιουνίου, γέννησε την κόρη μας 3 μήνες νωρίτερα με Καισαρική τομή. Ευτυχώς παρ' ότι η διαδικασία ήταν πολύ επώδυνη, η κατάσταση της γυναίκας μου καλυτέρευσε πολύ νωρίς.

Ονομάσαμε την κόρη μας Tailor Hope.Hope, σημαίνει ελπίδα. Ήταν η ελπίδα μας, διότι ζύγιζε 1 κιλό και 14 γραμμάρια και δεν ήταν βιώσιμο. Η σύζυγός μου εμφάνισε σύνδρομο Hellp, με οίδημα, πρήξιμο, αύξηση ηπατικών ενζύμων. Παραμένει μυστήριο για το τι πραγματικά προκάλεσε αυτά τα συμπτώματα. Οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες προσπαθούσαν απεγνωσμένα να την σώσουν. Επικοινωνήσαν με άλλους γιατρούς απ' όλη τη χώρα. Κανένας δεν είχε απάντηση για να δώσει. Αφού η κατάστασή της χειροτέρευε, έκρινε ότι ήταν ή πρώτη φορά που ήθελε να πει αντίο.

Οι ελπίδες μας απ' δω και πέρα είναι κάποια μέρα να μάθουμε τι προκάλεσε το Σύνδρομο Hellp, και να μάθουμε περισσότερα για τις γυναίκες μητέρες, κόρες, αδερφές και μωρά.²⁵

Stephen Bohad

MAGNESIUM SULFATE

25%

ΣΥΝΘΕΣΗ: Κάθε 10ml amp περιέχει 247mg Mg που αντιστοιχεί σε 10,2mmol (20,4 mEq).

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Ένδεια του οργανισμού σε μαγνήσιο από εντερική δυσαπορρόφηση, παρατεταμένη διάρροια, μακρόχρονη ολική παρεντερική διατροφή με σκευάσματα που δεν περιέχουν μαγνήσιο, χρόνιο αλκοολισμό, κλπ. Προεκλαμψία-εκλαμψία (καταστολή των εκδηλώσεων από το ΚΝΣ).

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Σε ασθενείς με καρδιακό αποκλεισμό ή βλάβη του μυοκαρδίου.

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ: Σε νεφρική ανεπάρκεια.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: Υπερμαγνησαιμία από υπέρμετρη χορήγηση μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική μυϊκή παράλυση, διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, κολποκοιλιακό αποκλεισμό, καρδιακή ανακοπή. Η τοξική δράση του στην καρδιά είναι συχνότερη σε ταυτόχρονη χορήγηση δακτυλίτιδας. Σύγχρονη χορήγηση με σουκινυλοχολίνη και παρατείνει τον νευρομυϊκό αποκλεισμό.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ:

Σε πλήρη παρεντερική διατροφή συνιστάται η χορήγηση 8-24 mEq/l/24h για κάλυψη ημερήσιων αναγκών σε ασθενείς με καλή νεφρική λειτουργία. Ενδοφλέβια έγχυση: χορηγείται συνήθως σε μίγμα 10ml διαλύματος και 250ml ισοτόνου σακχαρούχου ή γλωριονατριούχου διαλύματος ή άλλου διαλύματος εφόσον δεν περιέχει διττανθρακικά (κατακρήμνιση του σχηματιζόμενου αδιάλυτου ανθρακικού μαγνησίου). Η χορήγηση γίνεται σε βραδύ ρυθμό (εντός 2-3 ωρών). Στην εκλαμψία το μίγμα χορηγείται με πολύ ταχύτερο ρυθμό (1/2-1 ώρα) αρχικά και η παρατέρα τακτική ελέγχεται από την κλινική κατάσταση και μέτρηση του μαγνησίου του ορού. Το ανωτέρω διάλυμα μαγνησίου μπορεί να χορηγηθεί αραιωμένο (1 μέρος διαλύματος + 2 μέρη ενέσιμου ύδατος) ενδομυϊκώς σε όγκο 5 ml κάθε 5-6 ώρες.

ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ:

Συμπτώματα: Έντονη πτώση στην πίεση του αίματος και αναπνευστική παραλυσία. Καρδιακός αποκλεισμός

Θεραπεία: Χορήγηση τεχνητού εξαερισμού μέχρις ότου καταστεί δυνατή η έγχυση ασβέστιου ενδοφλεβίως για να ανταγωνιστεί τις επιδράσεις του μαγνησίου. Δόση των 5 μέχρι 10 mEq ασβεστίου συνήθως ανατρέπει την αναπνευστική μείωση και τον καρδιακό αποκλεισμό. Η περιτοναϊκή διάλυση και αιμοδιάλυση είναι επίσης αποτελεσματικές.

ΦΥΛΑΞΗ: Το προϊόν πρέπει να προφυλάσσεται από τη ζέση και το φως.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ: Bt x 50 amps

Αριθμ. ΕΟΦ: 27799/97/98

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ

DEMO ABEE Βιομηχανία Φαρμάκων

Εργοστάσιο: 21ον χλμ Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας

Τηλ: 8161802 - 8161824



Βιβλιογραφία

1. Μαμοπούλου Μ.Α «Κύηση Υψηλού Κινδύνου», Ιατρικές Εκδόσεις Λ. Σιώκη σελ 324-326
2. Μανταλενάκης Σ. (1985): Υπερτασική νόσος κατά την κύηση. Σύνοψη Μαιευτικής Γυναικολογίας σελ 226, Παρισιάνος, Αθήνα.
3. Μαμόπουλος Μ., Κελλιμιλίδης Κ., Σιδηρόπουλος Ε, Μανταλενάκης Σ. (1983): Η παρακολούθηση και αντιμετώπιση περιπτώσεων Εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου. Μαιευτική – Γυναικολογία. Εταιρεία Θεσσαλονίκης 11,18.
4. Abbott J: Complications related to Pregnancy. In: Emergency Medicine Concepts and Clinical Practise. 3rd ed. 1992, 1984-7 (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος) ■Brady WJ, De Behnke DJ, Cartes CT: Post partum toxemia: Hypertension, Edema, Proteinuria and Unresponsiveness in an unknown female. J Emerg Med 1995 Sept – Oct 13 (5): 643-8 (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
■ Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.familydocor.org (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
5. Παπανικολάου Ν, Παπανικολάου Α: Μαιευτική, 3^η Έκδοση Επιστημονικές Εκδόσεις 'Γρ. Παρισιανός' Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Ναυαρίνου 20 – Αθήνα σελ 284 – 286
6. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.medline.org (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
7. Παπανικολάου Ν, Παπανικολάου Α: Μαιευτική, 3^η Έκδοση Επιστημονικές Εκδόσεις 'Γρ. Παρισιανός' Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Ναυαρίνου 20 – Αθήνα σελ 289-292
8. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.griefnet.org (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
9. Garlson J, Karen M.D, Eisenstat M.D, Ziporyn Terra Ph D, Τίτλος Πρωτότυπου:

- «The Harvard's Guide to Women's Health» «Η Βιβλιοθήκη της Οικογένειας, Οδηγός Υγείας για τη Γυναίκα» Copyright 2000 για την Ελληνική γλώσσα. Μετάφραση Μαριλένα Τζοβάνη. Εκδόσεις Φυτράκη σελ 665-667.
10. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.ashastd.org (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
11. Mac Gillivray (1983) Pre – eclampsia: The hypertensive Disease of Pregnancy, pg 178 London: WB Saunders (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
12. Grudzin Skas IG T Beddham: «Στη Μαιευτική Γυναικολογία» εκδότης Γιαννακόπουλος Δ Αθήνα 1994 σελ 294-298.
- ◆ Benjamin F and Graig C: 'Uterinedistension and Pre-eclamptic toxemia. J. Obst, Gyn. Brit. Comth 68 : 827, (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
 - ◆ Pritchard IA etal (1985). William's obstetrics, 17th edt. Pg 436 GuildfordQ Butterworths (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
13. Δημητριάδης Α, Γαβριηλίδης Κλ, Γεωργαδάκης Γ, Κελλαρίζης Δ, Μαμόπουλος Μ, και Μανταλενάκης Σ. (1982): Η νεφρική Βιοψία στη μελέτη το συνδρόμου της Προεκλαμψίας. 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής – Γυναικολογίας. Πρακτικά Συνεδρίου. Αθήνα.
14. Δημητριάδης Α, Γαβριηλίδης Κλ, Γεωργαδάκης Γ, Κελλαρίζης Δ, Μαμόπουλος Μ, και Μανταλενάκης Σ. (1982): « Η προγνωστική σημασία της λευκωματουρίας στο σύνδρομο της Προεκλαμψίας. 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής – Γυναικολογίας. Πρακτικά Συνεδρίου. Αθήνα.
- Φωτίου Σ, Κωσταντινίδη Ν, Πανταρούση Ο, και Αραβουτινους (1975): Η πλακουντιακή γαλακτογόνος Ορμόνη επι προεκλαμψίας. Minerva Med Greca 5, 574.
15. Siboy B.M Anderson G.D Mc Cubbm. J.H. (1982) Eclampsia 2. clinical

- Significance of laboratory findings. Obst. Gynecology 59, 153 (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος).
16. American College of Physicians: Ιατρική στον 21^ο Αιώνα. Εκδόσεις Δομική (1999) σελ 793 – 795.
17. Κρεατσάς Γ. Νεογνική – Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία (1982) σελ 232
18. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.necdgsyou.org/comp.htm (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος).
19. Καρπάθιος Σ.Ε: « Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία» μέρος 1^ο , Ιατρικές Εκδόσεις Γιαννακόπουλος Δ. σελ 269-273 Αθήνα 1988
20. Παπανικολάου Ν. Παπανικολάου Α: Μαιευτική, 3^η Έκδοση Επιστημονικές Εκδόσεις 'Γρ. Παρισιανός' Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Ναυαρίνου 20 – Αθήνα.
21. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.thehelpline.org (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
22. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.healthywomen.org (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
23. Πλέσσα Τ. Σταύρου: « Διαιτητική του Ανθρώπου» Εκδόσεις Φαρμάκων – Τύπος σελ 128 – 129 Εκδόσεις 3^η Βελτιωμένη και Επηυξημένη, Αθήνα (1998)
24. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.preeclampsia.org/statistics.aps (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
25. Διεύθυνση ιστοσελίδας: <http://nhlbisupport.Com/bmi/bmicalc.htm> (μετάφραση, Αλέξανδρος Ξένος)
26. Εθνικό Συνταγολόγιο 2000, Εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα 2000, σελ 147-148

