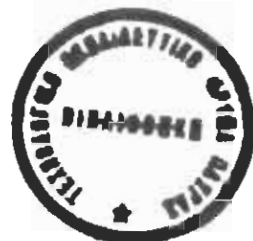


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ ΚΑΤΑ
ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστριάς: ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΛΜΑΛΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

κ.ΚΑΡΝΑΡΗΣ Α.

1)

2)

3)

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	11598
----------------------	-------

ζάρια έτοιμο για γονιμοποίηση!

Αρθροα σπερματοζάρια προσπαθούν γά το εκπορθησούν! Σημειώστε την διαφορά στο είδος μεταξύ ζαρίου και σπερματοζαρίου.

Η μητρότητα είναι μια εμπειρία ανεπανάληπτη στη ζωή της γυναίκας. Σημαδεύει όλη την πορεία της θα λέγαμε, αφού αυτή είναι υπεύθυνη κατά κύριο λόγο να φέρει μια νέα ζωή στον κόσμο.

Αν θέλαμε να δώσουμε συνοπτικά τον ορισμό της εγκυμοσύνης θα λέγαμε ότι είναι το χρονικό διάστημα της γενετησιακής εποχής της γυναίκας, που αρχίζει με τη γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Η γονιμοποίηση επιτελείται κατά τον εξής θαυμαστό τρόπο: Τη στιγμή της ωορρηξίας (δεκατέσσερες μέρες συνήθως πριν τα έμμηνα, το ωάριο εγκαταλείπει την ωοθήκη και πηγαίνει μέσα στην σάλπιγγα της μήτρας. Τον ίδιο χρόνο, οι εκκρίσεις του τραχήλου της μήτρας (τραχηλική βλέννα) είναι άφθονες και ευνοϊκές για την άνοδο των σπερματοζωαρίων. Τα πάντα είναι έτοιμα για να γίνει η γονιμοποίηση εάν υπάρξει μια ερωτική επαφή με έκχυση του σπέρματος μέσα στον κόλπο. Το ωάριο παραμένει στην άκρη της σάλπιγγας κοντά στην ωοθήκη. Τα σπερματοζωάρια περνάνε από τον κόλπο στη μήτρα, μετά μέσα στη σάλπιγγα. Η γονιμοποίηση <<βάζει στο παιχνίδι>> ένα ωάριο και εκατομμύρια σπερματοζωάρια, αλλά μοναχά ένα σπερματοζωάριο συναντά το ωάριο. Αυτή η συνάντηση θέτει σε κίνηση την ωρίμανση του ωαρίου, που μετασχηματίζεται σε έμβρυο. Σε έξη μέρες περίπου, αυτό το έμβρυο έρχεται να φωλιάσει μέσα στη μήτρα. Στις πιο ευνοϊκές συνθήκες, υπάρχει μια πιθανότητα στις τρεις για να συντελεστεί μια γονιμοποίηση, πράγμα που εξηγεί γιατί χρειάζονται κατά μέσο όρο από έξη μέχρι δώδεκα μήνες για μια εγκυμοσύνη.

Δεν υπάρχει γυναίκα που να μην έχει αναρωτηθεί αν είναι έγκυος ή όχι και να μην έχει προβληματιστεί γύρω από τη θετική ή αρνητική του απάντηση, του ερωτήματος αυτού. Η διάγνωση της εγκυμοσύνης διακρίνεται σε κλινική και εργαστηριακή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ. Η κλινική διάγνωση είναι δυνατό να γίνει από το ιστορικό, την επισκόπηση, την ψηλάφηση και την ακρόαση.

1) Ιστορικό. Ανάλογα με τη συγκρότησή του, τη σχολαστικότητα του και τη μελλοντική αξιοποίηση του υλικού του, που αφορά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης του τοκετού και της λοχείας της πελάτισσάς του, ο μαιευτήρας συμπληρώνει ειδική καρτέλα. Η συστηματική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, που ξεκινάει από την πρώτη επίσκεψη, επιβάλλεται, γιατί μ' αυτή εξασφαλίζεται η ομαλή πορεία της, προλαμβάνονται επικίνδυνες για τη μητέρα ή το κύημα επιπλοκές της και δημιουργούνται καλύτερες συνθήκες τοκετού. Η αξία της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης διαπιστώνεται από τις παθολογικές εκτροπές της και τις επιπλοκές του τοκετού, που εμφανίζονται συχνότερα σε πληθυσμό, που δεν έχει τη δυνατότητα ή δεν θέλει να παρακολουθείται. Ύστερα από τη συγκέντρωση στοιχείων σχετικών με το ονοματεπώνυμο της εγκύου, το όνομα του συζύγου, την ηλικία της, την καραγωγή της και τη διεύθυνση, το επάγγελμα του συζύγου, τη μόρφωση της και τις κοινωνικο-οικονομικές της συνθήκες, αναζητούνται τα παρακάτω στοιχεία:

Ατομικό αναμνηστικό. Από αυτό μας ενδιαφέρουν παθήσεις του αναπνευστικού, του κυκλοφοριακού και του ουροποιητικού συστήματος, λογείς λοιμώξεις, διαβήτη, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, ιδιαίτερα στην περιοχή της κοιλιάς και του γεννητικού συστήματος, προηγηθείσες μεταγγίσεις αίματος, η κατάσταση των δοντιών της κ.λ.π. Πρέπει ακόμα να πληροφορηθεί ο γιατρός τα όσα έχουν σχέση με τη διαβίωσή της, τις δυνατότητες εξασφάλισης υγιεινής διατροφής, τις συνθήκες και το χώρο εργασίας κ.λ.π. Ακόμα από το οικογενειακό της αναμνηστικό μας ενδιαφέρουν η γέννηση διδύμων, η ύπαρξη διαβήτη στους γονείς της ή η γέννηση παιδιών με διαπλαστικές ανωμαλίες κ.λ.π. Τέλος απαραίτητη είναι η γνώση των φαρμάκων που πήρε ως την επίσκεψή της, για να εκτιμηθούν οι πιθανές βλαπτικές επιδράσεις τους, αν κάνει υπερβολική χρήση οινοπνεύματος και καπνού και αν

χρησιμοποίησε ενδομήτριες συσκευές για αντισυλληπτικούς λόγους.

Εμμηνορροσία. Από αυτή μας ενδιαφέρει η συχνότητά της και η τελευταία εμμηνορροσία για να προσδιορίσουμε την πιθανή ημερομηνία του τοκετού.

Μαιευτικό αναμνηστικό. Από αυτό μας ενδιαφέρουν: η διάρκεια του έγγαμου βίου της, γιατί από αυτή θα πληροφορηθούμε για την γονιμότητά της και για την ευκολία ή όχι σύλληψης, ο αριθμός και το είδος προηγούμενων τοκετών και οι πιθανές επιπλοκές που ακολούθησαν επεμβάσεις.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ. Ύστερα από τη λήψη των παραπάνω στοιχείων θα συγκεντρωθούν άλλα, που θα βοηθήσουν στη διάγνωση της εγκυμοσύνης από το ιστορικό. Τέτοια είναι:

Δευτεροπαθής αμηνόρροια. Μετά την εμφύτευση της βλαστοκύστης εγκαθίσταται δευτεροπαθής αμηνόρροια. Κάποτε, όμως, ενώ υπάρχει κύηση, εμφανίζεται ρυθμική εμμηνορροσία. Επίσης, είναι δυνατό η βλαστοκύστη να μην επικαλυφθεί από το ενδομήτριο επιθήλιο, όπως συμβαίνει στις φυσιολογικές περιπτώσεις στο τέλος της δεύτερης εβδομάδας. Τότε γύρω στην 28η ημέρα του ενδομήτριου κύκλου ή λίγο αργότερα, παρατηρείται μικρή αιμορραγία. Η αιμορραγία αυτή μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, όσον αφορά στην τελευταία εμμηνορροσία. Τότε δεν είναι εύκολος ο προσδιορισμός της πιθανής ημερομηνίας του τοκετού. Εκτός από αυτό μπορεί να εκληφθεί σαν απειλούμενη έκτρωση.

Ναυτία, έμετοι, διαστροφή της όρεξης. Υπεύθυνη για την πρόκληση ναυτίας και εμέτων θεωρείται και η χοριακή γοναδοτρόπος ορμόνη. Η διαστροφή της όρεξης, δηλ. η αποστροφή της εγκύου προς ορισμένα φαγητά ή αντίθετα η υπέρμετρη επιθυμία της για άλλα, είναι δυνατόν ν' αποτελεί ένα από τα πρώτα συμπτώματα της εγκυμοσύνης. Τα συμπτώματα αυτά αρχίζουν αμέσως μετά το τέλος του πρώτου μήνα και

τις περισσότερες φορές εξαφανίζονται αυτόματα μετά από 6-12 εβδομάδες.

Σιελόρροια Πολλές φορές η έγκυος εμφανίζει υπερβολική ποσότητα σάλιου, που συνοδεύεται από ενοχλητική μεταλλική γεύση. Στην πραγματικότητα μάλλον δεν συμβαίνει υπερέκκριση, αλλά αδυναμία κατάπωσης του σάλιου. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σιελόρροια υποχωρεί.

Συχνουρία. Αυτή προέρχεται από την αυξημένη αγγείωση της ουροδόχου κύστης και από την πίεση, που ασκεί η μήτρα πάνω της.

Διόγκωση των μαστών. Η έγκυος αναφέρει βάρος στους μαστούς, ιδίως ύστερα από την 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, που οφείλεται σε αυξημένη αγγείωσή τους και σε μεταβολές που συμβαίνουν στο μαστικό αδένιο.

Μαστική έκκριση. Από την 16η εβδομάδα εμφανίζεται διαυγής έκκριση από τις θηλές των μαστών, που βγαίνει αυτόματα ή με έκθλιψη. Ανάλογες εκκρίσεις μπορούν να εμφανιστούν σε περίπτωση όγκων της υπόφυσης ή ύστερα από λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων.

Σκιρτήματα. Αν η έγκυος έχει περάσει τη 16η-18η εβδομάδα της εγκυμοσύνης θα αναφέρει πως αισθάνεται τις κινήσεις του εμβρύου. Τα σκιρτήματα, που αναφέρονται από την έγκυο, δεν πρέπει να θεωρηθούν αξιόπιστο διαγνωστικό σημείο της εγκυμοσύνης, γιατί είναι δυνατό να τα αναφέρει και όταν δεν υπάρχουν, σε περίπτωση μεγάλης επιθυμίας της για απόκτηση παιδιού ή σε περίπτωση ψευδοκύησης.

Αίσθημα τάσης. Πριν ακόμη διαπιστωθεί η αύξηση του μεγέθους της μήτρας με την ψηλάφηση, η έγκυος αναφέρει αίσθημα τάσης και βάρους στο υπογάστριο. Το αίσθημα του βάρους γίνεται περισσότερο αισθητό, όταν βρίσκεται στο τέλος της εγκυμοσύνης, γιατί εμποδώνεται το έμβρυο.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ. Με την επισκόπηση της εγκύου τα παρακάτω σημεία θα βοηθήσουν τον γιατρό στην κλινική διάγνωση:

Μελάχρωση: Στην εγκυμοσύνη οι μελαχρινές περιοχές του δέρματος, όπως είναι οι θηλές των μαστών, τα έξω γεννητικά όργανα και η περιοχή του πρωκτού, γίνονται περισσότερο μελαχρινές. Επίσης, εμφανίζονται νέες εστίες μελάχρωσης όπως στο πρόσωπο, που λέγεται μητρικό χλόασμα ή στην κοιλιά, και ιδίως στη λευκή γραμμή. Η μελάχρωση αυτή, πιθανότατα να οφείλεται στην παρουσία μεγάλων ποσοτήτων πρόδρομων ουσιών των ορμονών των επινεφριδίων, όπως συμβαίνει στη νόσο του ADDISON. Οι θηλές των μαστών και η θηλαία άλω γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8η εβδομάδα. Επίσης, διαπιστώνεται περιφερειακή έκταση της θηλαίας άλω, ώστε αυτή να μεγαλώνει περισσότερο, και υπερτροφία των φυματίων του MONTGOMERY.

Ομφαλός: Ο ομφαλός στην αρχή είναι κοίλος, ύστερα γίνεται επίπεδος και αργότερα προβάλλει προς τα έξω.

Ραβδώσεις: Στην περιοχή της κοιλιάς, των μαστών και των μηρών, σε πολλές εγκύους διαπιστώνεται η ύπαρξη μελανών γραμμών που λέγονται ραβδώσεις. Αυτές οφείλονται σε ρήξεις των ελαστικών ινών του δέρματος και έχουν σχέση με την αυξημένη έκκριση της ACTH.

Κάτω άκρα: Σ' αυτά διαπιστώνεται πολλές φορές η ύπαρξη κορμών ή οιδημάτων.

Γεννητικό σύστημα: Στις πρωτότοκες ο κόλπος είναι στενός, ενώ στις πολύτοκες το άνοιγμά του χάνει. Επίσης, αν η εγκύος βρίσκεται μετά τη 10η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, είναι δυνατό να παρατηρήσουμε την ύπαρξη κισρών του αιδοίου. Από την 8η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, το τοίχωμα του κόλπου εμφανίζεται κυανέρυθρο. Η υπεραιμία στην περιοχή του αιδοίου, του κόλπου -ιδίως του πρόσθιου τοιχώματός του- και του τραχήλου, εμφανίζεται μετά την 8η εβδομάδα.

ΨΗΛΑΦΙΣΗ. Η ψηλάφιση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αφορά ιδίαιτερα στο γεννητικό σύστημα και την κοιλιά.

ΑΚΡΟΑΣΗ. Οι καρδιακοί παλμοί είναι εύκολο ν' ακουστούν πάνω α-

πό τα κοιλιακά τοιχώματα. Κάποτε, όταν υπάρχει πολυάμνιο, παχυσαρκία, αλλαγές στη θέση του εμβρύου ή εξωγενής θόρυβος, είναι δυνατόν ν' ακουστούν με δυσκολία. Με την ακρόαση των καρδιακών παλμών διαπιστώνεται η ύπαρξη ζωντανού ή νεκρού εμβρύου και εκτιμάται η ποιότητά τους. Οι καρδιακοί παλμοί γίνονται ακουστοί με το κοιλιοσκόπιο (μετά τον 5ο μήνα της εγκυμοσύνης) και με υπερήχους (από την 5η-9η εβδομάδα).

ΠΙΘΑΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Ονομάζονται πιθανά γιατί είναι δυνατό να υπάρχουν και όταν δεν υπάρχει εγκυμοσύνη, ή να υπάρχει εγκυμοσύνη και αυτά να λείπουν. Αυτά είναι τα εξής:

α) Η παύση της εμμηνορρυσίας που μπορεί να οφείλεται και σε πολλές άλλες λειτουργικές διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου

β) Η μεταβολή στο μέγεθος, στο σχήμα και στη σύσταση της μήτρας, που μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων

γ) Η ναυτία και ο εμετός, που μπορούν να οφείλονται και σε κάθε διαταρχή της εμμηνορρυσίας, σε ψυχογενή ή άλλα αίτια

δ) Το μητρικό χλόασμα, που μπορεί να οφείλεται και σε λειτουργικές διαταραχές των επινεφριδίων και του συκωτιού

ε) Οι σφιχτότεροι και ευαίσθητοι μαστοί, που μπορούν να οφείλονται και σε ενδοκρινικές διαταραχές.

στ) Οι ραβδώσεις της κοιλιάς και ο χρωματισμός της λευκής γραμμής που μπορεί να οφείλονται σε απότομο αδυνάτισμα και σε ενδοκρινικές διαταραχές

ζ) Η διόγκωση του υπογαστρίου, που μπορεί να οφείλεται και σε ύπαρξη ενδοκοιλιακών όγκων.

ΒΕΒΑΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Αυτά τα σημεία που εμφανίζονται μόνο στην εγκυμοσύνη, είναι:

α) Οι ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου, που εκδηλώνονται με σκιρτή-

- ματα, αισθητά στον εξεταστή
- β) Η εσωτερική και η εξωτερική αντιτυπία
 - γ) Οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου
 - δ) Το μητρικό φύσημα και το φύσημα της ομφαλίδας
 - ε) Η ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου
 - στ) Η ψηλάφηση των μελών του
 - ζ) Η υπερηχογράφησή του.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με τις εργαστηριακές μεθόδους μπορούμε να διαγνώσουμε τόσο την εγκυμοσύνη στην αρχή της, όσο και την κατάσταση του κυήματος.

Σ' αυτές ανήκουν: Οι βιολογικές μέθοδοι (Στηρίζονται στην ανίχνευση της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης και απαιτούν πρωινά ούρα της εγκύου).

Οι Ανοσοδοκιμασίες. (Αυτές αποβλέπουν στην ανίχνευση της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης 8 ημέρες μετά την ωοθυλακιορρηξία και μια μόνο ημέρα μετά την εμφύτευση. Οι Ραδιοανοσοδοκιμασίες, δεν χρησιμοποιούνται τόσο στη διάγνωση, όσο σε παθολογικές καταστάσεις της εγκυμοσύνης.

Το Υπερηχογράφημα δεν μας βοηθάει μόνο στη διάγνωση της εγκυμοσύνης, αλλά και στον προσδιορισμό της θέσης του πλακούντα, της θέσης και του σχήματος του εμβρύου, της ύπαρξης πολύδυμης κύησης, της ωριμότητας του εμβρύου κλπ.

Ο Ακτινολογικός έλεγχος μετά την 16η εβδομάδα διαγράφει το σκελετό του εμβρύου. Η εκτέλεσή του, όμως πρέπει ν' αποφεύγεται να εκτελείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις διότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης λευχαιμίας στην παιδική ηλικία.

Ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η λήψη εμβρυικών ηλεκτροκαρδιογραφημάτων, μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων, από τη 18η ή 20η εβδομάδα και μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, είναι δυνατή όταν οι περιστάσεις το α-

παιτήσουν.

Κυτταρολογικός έλεγχος. Δεν είναι δυνατή πάντα η διάγνωση της εγκυμοσύνης, ύστερα από τη λήψη κολπικών επιχρισμάτων.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αν και οι χαρακτηριστικές αλλαγές, που συμβαίνουν στη γυναίκα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ο εργαστηριακός έλεγχος μας βοηθάνε στη διάγνωση της εγκυμοσύνης, σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατό να δυσκολευτεί ο μαιευτήρας σ' αυτή. Αυτό συμβαίνει από την ομοιότητα των συμπτωμάτων και των ευρημάτων της εγκυμοσύνης με τα συμπτώματα και ευρήματα ορισμένων παθήσεων.

1. Συμπτώματα που μπορούν να προκαλέσουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα στην εγκυμοσύνη, αλλά που δεν συνδέονται από ψηλαφητή διάγνωση στην περιοχή του υπογαστρίου είναι:

Δευτεροπαθής αμηνόρροια που μπορεί να οφείλεται και σε διαταραχές του άξονα: φλοιός, υποθάλαμος, υπόφυση, ωθήκη ή σε διαταραχές της λειτουργίας άλλων ενδοκρινών αδένων. Επίσης μπορεί να οφείλεται και σε άλλα αίτια όπως αλλαγή κλίματος, σε αναιμία, σε φυματίωση, σε διαβήτη, σε υποσιτισμό κ.λ.π.

Εμετοί που μπορούν να οφείλονται και σε παθήσεις του πεπτικού συστήματος.

Διόγκωση των μαστών που μπορεί να οφείλεται και σε μαστοπάθειες, προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, ορμονοθεραπεία κ.λ.π.

Μαστική έκκριση που μπορεί να οφείλεται και σε αδενώματα της υπόφυσης ή σε ενδοκρινικά σύνδρομα, σε λήψη φαρμάκων κλπ.

2. Οι πιο συνηθισμένες παθήσεις, που είναι δυνατό να προκαλέσουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα στην εγκυμοσύνη και ειδηλώνονται με την ψηλάφιση διόγκωσης στο υπογάστριο είναι: Ινομύωμα. Η αύξηση του μεγέθους της μήτρας από την ύπαρξη ινομύωματος μοιάζει κάποτε με την εγκυμοσύνη, όταν μάλιστα αναφερθεί συμπτωματο-

ιά και αμηνόρροια. Κύστη ωοθήκης. Η ανάπτυξη κύστης στις ωοθήκες είναι δυνατό, είτε να εμποδίσει την ψηλάφηση της μήτρας στην αρχή της εγκυμοσύνης, είτε, επειδή εμφανίζεται μαλακή, ν' αποτελέσει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με την εγκυμοσύνη,

Ασκίτης. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να δημιουργήσει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα

Αιματομήτρα. Ο εργαστηριακός έλεγχος, τα σημεία της εγκυμοσύνης το υπερηχογράφημα, θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση.

Ψευδοκύηση. Παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες που επιθυμούν την απόκτηση παιδιού και προπαντός σ' αυτές, που βρίσκονται κοντά στην εμμηνόπαυση. Η ψευδοκύηση συνοδεύεται από όλα τα υποκειμεναικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης,

Έκτοπη εγκυμοσύνη. Εδώ το διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα μεταξύ έκτοπης και ενδομήτριας εγκυμοσύνης γίνεται μεγαλύτερο, γιατί υπάρχουν όλα τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης και οι διαγνωστικές δοκιμασίες είναι θετικές.

Επίσχεση ούρων. Ηδιογκωμένη με ούρα ουροδόχος κύστη είναι δυνατό να μας παραπλανήσει στη διάγνωση. Η ούρηση πριν από την εξέταση, ο καθητηριασμός της ουροδόχου κύστης, σε περίπτωση υποψίας κατακράτησης ούρων, βοηθούν στη διάγνωση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

Γίνεται με κλινική εξέταση, πυελομέτρηση και με ακτινολογικό έλεγχο. Εκτροπές της πυέλου από το φυσιολογικό πρέπει να είναι σε γνώση του μαιευτήρα από την εποχή της εγκυμοσύνης και μάλιστα από την πρώτη επίσκεψη. Η διάγνωση του τύπου της πυέλου γίνεται με κλινική εξέταση, με πυελομέτρηση και με ακτινολογικό έλεγχο.

ΠΙΘΑΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε 283 μέρες. Υπολογίζουμε δηλαδή την μέρα που θα πρέπει να έγινε η γονιμοποίηση και όχι την μέρα που το έμβρυο εγκαταστάθηκε μέσα στη μήτρα, μιας και η ημέρα αυτή δεν μπορεί να είναι γνωστή. Η γονιμοποίηση συνήθως γίνεται την 14η μέρα περίπου μετά την πρώτη μέρα της περιόδου.

Εάν ο κύκλος της περιόδου είναι μεγαλύτερος από 28 μέρες, τότε η γονιμοποίηση θα πρέπει να γίνει αργότερα.

Γυναίκες που έχουν μεγαλύτερο κύκλο από 28 μέρες, συχνά έχουν και μεγαλύτερη εγκυμοσύνη. Για να υπολογίσουμε την πιθανή ημερομηνία του τοκετού, προσθέτουμε 8 ημέρες στην πρώτη ημέρα της εμμηνορρυσίας και ένα έτος και αφαιρούμε τρεις μήνες.

Αν π.χ. η έγκυος αναφέρει σαν πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας την 4η Δεκεμβρίου, θα περιμένουμε τον τοκετό ως την 12η Σεπτεμβρίου της άλλης χρονιάς. Ο νόμος του NAGELE αποτελεί άλλο ένα τρόπο προσδιορισμού της διάρκειας της εγκυμοσύνης, κατά τον οποίο προσθέτουμε 7 ημέρες στην πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας.

Όταν η μέρα της τελευταίας περιόδου δεν είναι γνωστή, πάντα ο υπολογισμός ακόμη και με την μέθοδο των υπερήχων γίνεται κατά προσέγγιση. Μόνο μετά τον τοκετό από το βάρος, το μήκος και την σύσταση του πλακούντα προσδιορίζεται η διάρκεια της εγκυμοσύνης και διαπιστώνεται η παράταση της εγκυμοσύνης.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στον οργανισμό της μητέρας δημιουργούνται ανατομικές και βιολογικές αλλαγές, που έχουν επίπτωση στη λειτουργία όλων των συστημάτων του οργανισμού της εγ-

κύου γυναίκας.

Οι επιπτώσεις και λειτουργικές αλλαγές άλλοτε είναι μεγάλες και άλλοτε μικρές και ακόμη άλλοτε φαίνονται και άλλοτε όχι.

Κάθε γυναίκα θα πρέπει περίπου να τις γνωρίζει και να τις αξιολογεί, γιατί καθώς το έμβρυο μεγαλώνει και αναπτύσσεται μέσα στη μήτρα, το σώμα της εγκύου αλλάζει. Μερικές από αυτές τις αλλαγές δεν επηρεάζουν, δεν προβληματίζουν, άλλες όμως μπορεί να επηρεάσουν καθώς και να προβληματίσουν την έγκυο. Επίσης είναι πιθανό να δημιουργήσουν επιπλοκές στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το αιδοίο, στην διάρκεια της εγκυμοσύνης μαλακώνει. Λόγω της υπεραιμίας τα μικρά και τα μεγάλα χείλη μακραίνουν και παχαίνουν. Οι φλέβες φαίνονται να διαγράφονται και μερικές φορές φαίνονται σαν κίρσοι. Η είσοδος του κόλπου παίρνει χρώμα σκούρο κόκκινο, που γίνεται πιο έντονο γύρω από την είσοδο του κόλπου και την ουρήθρα.

Ο κόλπος: Επειδή ανεβαίνει η μήτρα προς τα πάνω γίνεται πιο μακρύτερος και ευκολοδιάστατος. Τα τοιχώματα του κόλπου γίνονται πιο μαλακά και το χρώμα τους πιο σκούρο-μελανό λόγω της μεγάλης διαστολής των αιμοφόρων αγγείων. Οι αδένες του κόλπου εκκρίνουν άφθονο γλυκογόνο το οποίο με ειδική χημική μετατροπή παράγει γαλακτικό οξύ, με την επίδραση του οποίου τα μικρόβια καταστρέφονται.

Η κολπική υπερέκκριση, που εμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συχνά προέρχεται από την αυξημένη αγγείωση και διείδρωση και, ενώ είναι φυσιολογική, είναι δυνατό να ευνοήσει την ανάπτυξη κολπίτιδων, που επιβάλλουν τη διάγνωσή τους, ώστε να αποκλειστεί η γονοκοκκική, γιατί αυτή στον τοκετό μπορεί να μολύνει το εξερχόμενο έμβρυο και να του προκαλέσει γονοκοκκική οφθαλμία. Το pH του κόλπου είναι όξινο από 3,5-6 και τον προστατεύει από μολύνσεις.

Τράχηλος. Ο τράχηλος υπεραιμεί, φαίνεται μελανέρυθρος, μαλακώνει και μετά τον τέταρτο μήνα ανεβαίνει προς την ηβική σύμφυση και γέρ-

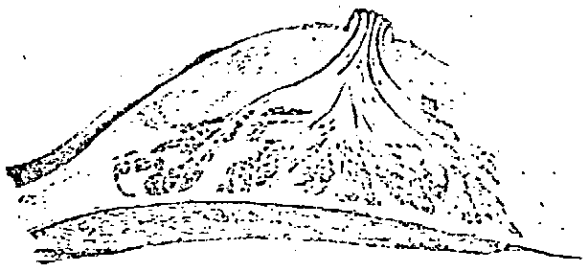
νει προς τα πίσω και αριστερά. Στις πολύτοιμες το σχήμα του τραχήλου μοιάζει με χωνό, που έχει την κορυφή του προς τα πάνω. Στο τέλος της εγκυμοσύνης το εξωτερικό του στόμιο είναι ανοιχτό, και το εσωτερικό κλειστό, μέχρι να αρχίσει ο τοκετός.

Σώμα μήτρας. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης η θέση της μήτρας αλλάζει, δηλαδή βγαίνει απ'τη μικρή πύελο και ο πυθμένας της γέρνει προς τα εμπρός, και τις περισσότερες φορές λίγο προς τα δεξιά. Τα τοιχώματα της μήτρας γίνονται μαλακότερα και ελαστικότερα. Το βάρος της μήτρας από 60 περίπου γραμμάρια, που ήταν πριν από την εγκυμοσύνη, φθάνει στο τέλος της εγκυμοσύνης σε 1100 περίπου γραμ. και ο όγκος της γίνεται 500-100 φορές μεγαλύτερος. Το κάθε μυϊκό της κύτταρο δεκαπλασιάζεται σε μήκος. Η αγγείωση της μήτρας αυξάνεται και ιδιαίτερα κάτω από τη θέση του πλακούντα.

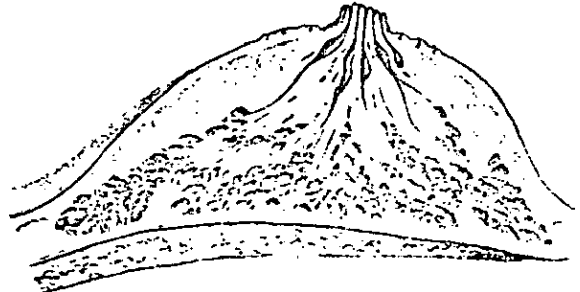
Σάλπιγγες. Οι σάλπιγγες με το μέγιστο της μήτρας πέφτουν προς τα κάτω, μακραίνουν και τα κύτταρα του βλεννογόνου τους παραμένουν, όπως ήταν στην εκκριτική φάση,

Ωοθήκες. Οι ωοθήκες με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης βγαίνουν από τον ωοθηκικό βόθρο και βρίσκονται ψηλότερα. Στη μια από αυτές διαπιστώνεται η ύπαρξη του ωχρού σωματίου της εγκυμοσύνης. Μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες και την προγεστερόνη, εκκρίνουν και την ρελαξίνη, ορμόνη που προκαλεί τη χαλάρωση των αρθρώσεων και των συνδέσμων της πύελου. Ωρίμανση νέων ωοθυλακίων δεν συμβαίνει ούτε ωοθυλακιορρηξία.

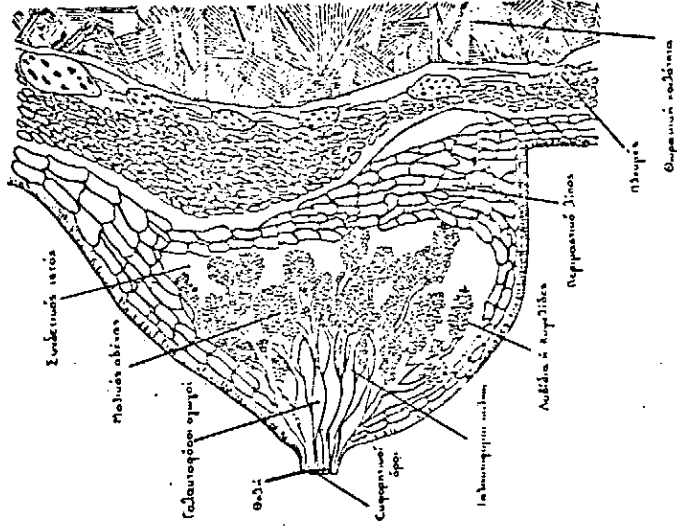
Στρογγυλοί σύνδεσμοι. Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι υπεραιμιών, παχαίνουν και βρίσκονται τεντωμένοι πάνω στο τοίχωμα της μήτρας. Ο αριστερός έρχεται προς το πρόσθιο τοίχωμα, γιατί η μήτρα στρίβει προς τα δεξιά. Έτσι, είναι εύκολο να ψηλαφηθεί από τα κοιλιακά τοιχώματα όταν αυτά είναι λεπτά.



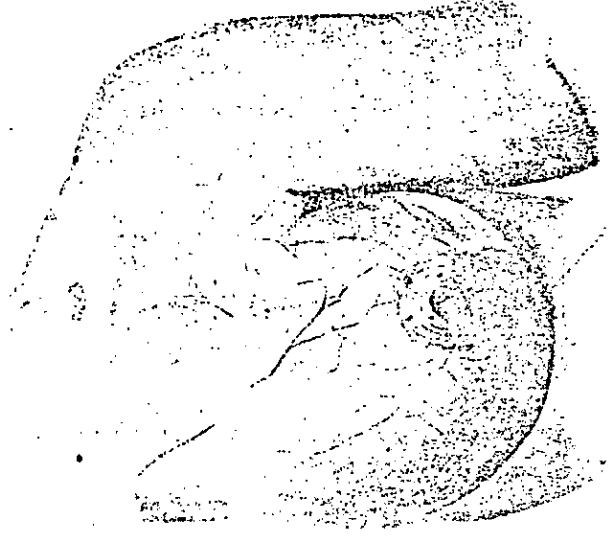
Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης



Στη διάρκεια του θηλασμού



Μετά τον θηλασμό



Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης



Στη διάρκεια του θηλασμού

Μαστοί. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης αυξάνει προοδευτικά και το μέγεθος του στήθους. Αρχίζει να σκληραίνει να γίνεται υπαιρεμικό και επώδυνο. Οι φλέβες και τα τροχοειδή διαγράφονται κάτω από το δέρμα, οι θηλές μακραίνουν και παχαίνουν. Το δέρμα γίνεται περισσότερο σκούρο και ανώμαλο μια και οι σμηγματογόνοι αδένες μεγαλώνουν (ψημάτια MONTGOMERY). Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αμέσως μετά τον τοκετό, από τις θηλές βγαίνουν σταγόνες κιτρινωπό υγρό που λέγεται πύαρ ή πρωτόγαλα.

ΕΡΕΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Από τις επιδράσεις της εγκυμοσύνης στο ερειστικό σύστημα περισσότερο ενδιαφέρον για τον μαιευτήρα έχουν όσες έχουν σχέση με την πύελο. Οι αρθρώσεις της πυέλου, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παθαίνουν μεταβολές, που έχουν σκοπό την ευκολότερη έξοδο του εμβρύου στον τοκετό. Έτσι, τα μαλακάμωρια των οστών και οι αρθρικοί χόνδροι, που καλύπτουν τις αρθρικές επιφάνειες, μαλακώνουν και λίγο απομακρύνονται ο ένας από τον άλλο. Οι αλλαγές αυτές κάνουν το βάδισμα της εγκύου να μην είναι τόσο σταθερό. Η σπονδυλική στήλη της εγκύου εμφανίζεται προοδευτική λόρδωση, χαρακτηριστική της εγκυμοσύνης. Ο παράγοντας που μεσολαβεί στις μεταβολές των αρθρώσεων της πυέλου, είναι η ορμόνη ρελαξίνη, που εκκρίνεται από τις ωοθήκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και, ίσως και από τον πλακούντα. Επίσης, και οι άλλες ορμόνες της ωοθήκης.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στην εγκυμοσύνη το αναπνευστικό σύστημα προσαρμόζεται, έτσι ώστε να μην ελαττωθεί ο ενδοθωρακικός χώρος, ούτε ο όγκος του αναπνευόμενου αέρα, από την ανύψωση του διαφράγματος, που πιέζεται από τον πυθμένα της μήτρας. Για να το πετύχει αυτό, αυξάνει την κινητικότητα του διαφράγματος και διευρύνει τα μεσοπλεύρια διαστήματα. Ο όγκος, τότε του αέρα κάθε εισπνοής αυξάνεται βαθμιαία,

και τόσο, ώστε στο τέρμα της εγκυμοσύνης να είναι 30-40% μεγαλύτερος από τον όγκο του αέρα, που περνούσε από τα πνευμόνια της εγκύου, πριν μείνει έγκυος. Η αύξηση του όγκου του εισπνεόμενου αέρα συγκεντρώνει περισσότερο οξυγόνο στους πνεύμονες. Έτσι, το αρτηριακό αίμα της μητέρας, που πηγαίνει, μέσω του πλακούντα στο έμβρυο, οξυγώνεται περισσότερο.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το κυκλοφοριακό σύστημα στην εγκυμοσύνη υπερλειτούργει σ' όλους τους τομείς του, γιατί θα περιγράψουμε τον καθένα χωριστά.

1) Καρδιά. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης η καρδιά υπερτροφεί λιγάκι. Η καρδιά χτυπά γρηγορότερα δηλαδή 82 φορές αντί 60-75 το λεπτό περίπου. Η καρδιά χορηγεί 4.150 γρ. αίμα το λεπτό. Στην εγκυμοσύνη 5.140 γρ. το λεπτό. Η ποσότητα του αίματος που κυκλοφορεί αυξάνεται κατά το 1/3 ίσως και περισσότερο. Οι χαλασμένες φλέβες σχηματίζουν κίρσους και αιμορροΐδες. Στο σχηματισμό τους συντελεί και η μηχανική πίεση που εξασκείται από το έμβρυο και τον όγκο της μήτρας. Η αρτηριακή πίεση του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν μεταβάλλεται αισθητά. Είναι δυνατό να συμβεί ελάττωση 2-3 χιλ. Hg στη συστολική και 5-10 χιλ. Hg στη διαστολική. Η αύξηση της αιμάτωσης στην εγκυμοσύνη γίνεται περισσότερο έκδηλη στα κάτω άκρα, επειδή τα πυελικά αγγεία πιέζονται από το βάρος της μήτρας, ιδιαίτερα όταν η έγκυος είναι όρθια.

2) Αίμα. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζεται αξιόλογες μεταβολές:

Όγκος. Στην εγκυμοσύνη παρατηρείται αύξηση του ολικού ποσού του ύδατος, το οποίο στη γυναίκα που δεν είναι έγκυος φθάνει το 70% του βάρους του σώματος της. Η αύξηση του ύδατος στο πλάσμα του αίματος αυξάνει τον όγκο του, που γύρω στη 32η εβδομάδα φθάνει στο μεγαλύτερο ύψος του. Κατόπιν παραμένει στα ίδια επίπεδα για

νασημειώσει μικρή πτώση στο τέλος της εγκυμοσύνης. Γενικά, ο όγκος του αυξάνεται κατά 40-50%.

Ερυθρά αιμοσφαίρια. Με την αύξηση του όγκου του πλάσματος, που συμβαίνει στην εγκυμοσύνη, τα ερυθρά αιμοσφαίρια από 4.500.000 φθάνουν τα 3.800.000 κ.κ.Χ για να εμφανίσουν μικρή αύξηση στο τέλος της εγκυμοσύνης, επειδή τότε παρατηρείται ελάττωση του όγκου του πλάσματος. Η αύξηση αυτή είναι απαραίτητη για να καλύψει τις ανάγκες μεταφοράς οξυγόνου και τις αυξημένες μεταβολικές ανάγκες της εγκύου

Λευκά αιμοσφαίρια. Παρατηρείται αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, που οφείλεται αποκλειστικά σχεδόν στην αύξηση των πολυμοσφοπύρηνων κυττάρων, ενώ τα λεμφοκύτταρα ελάχιστα αυξάνονται ή καθόλου. Κάποτε είναι δυνατό να φθάσουν στις 15.000 κ.κ.Χ και να προκαλέσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από συνύπαρξη φλεγμονής.

Αιμοπετάλια. Τα αιμοπετάλια αυξάνονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας με άγνωστο μηχανισμό, ίσως για να προλάβουν ενδεχόμενη αιμορραγία.

3) Πεπτικό σύστημα. Το πεπτικό σύστημα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδίως στο πρώτο τρίμηνο, επηρεάζεται σημαντικά από τη φυτικονευρική υπερδιέγερση. Γι' αυτό παρουσιάζονται αραιές λειτουργικές ανωμαλίες. Πολλές φορές δημιουργούνται συσπάσεις στο στομάχι που προκαλούν εμέτους, υπερχλωρυδρία, βάρος και ρεψίματα. Άλλες φορές παρουσιάζεται διαλόρροια και ακόμη ζάλη και έμμετος.

Όρεξη. Η όρεξη της εγκύου παρουσιάζει αυξομειώσεις, είτε από συναισθηματικά αίτια, είτε από διαταραχή του κέντρου της όρεξης. Επίσης αυξάνεται και η δίψα της εγκύου. Στην προχωρημένη εγκυμοσύνη, επειδή η μήτρα πιέχει το στομάχι, ελαττώνεται η ικανότητα για μεγάλα γεύματα και προτιμώνται συχνότερα και μικρότερα.

Δόντια. Η παλιά δοξασία <<κάθε παιδί και ένα δόντι>> δεν ισχύει

γιατί τα δόντια δεν παθαίνουν ουσιαστικές αλλαγές, όπως πιστεύεται. Τα ούλα της εγκύου όμως υπερτρέφονται, αιμορραγούν, ίσως από επίδραση ορμονικών αιτίων, και παθαίνουν συχνά ουλίτιδες μετά τον τρίτο μήνα.

Στομάχι. Το στομάχι της εγκύου, κάτω από την επίδραση των στεροειδών ορμονών, χάνει τον τόνο του, από χαλάρωση των λείων μυϊκών ινών. Η έκκριση γαστρικού υγρού και ενζύμων ελαττώνεται στην εγκυμοσύνη, γιατί και τα ενοχλήματα γαστρίτιδας ή έλκους που υπήρχαν πριν από την εγκυμοσύνη, υποχωρούν. Ο χρόνος πέψης των τροφών στο στομάχι της εγκύου και της επιτόκου είναι μεγαλύτερος. Αυτό πρέπει να το γνωρίζει ο αναισθησιολόγος, πριν χορηγήσει νάρκωση στην επίτοκο ή στην έγκυο, που έπαθε επιπλοκή και απαιτείται επέμβαση.

Έντερο. Η περιορισμένη κινητικότητα του εντέρου της εγκύου προκαλεί δυσκοιλιότητα. Το βραδύ πέρασμα των τροφών μέσα από το παχύ έντερο, επιτρέπει την κατακράτηση ύδατος από αυτές, με αποτέλεσμα κόπρανα να είναι στεγνά, σκληρά και δύσκολα ν'αποβάλλονται.

4)Κεντρικό νευρικό σύστημα. Η εγκυμοσύνη μπορεί να περάσει χωρίς την εμφάνιση καμιάς ουσιαστικής φυσιολογικής αλλαγής στο Κ.Ν.Σ. Ορισμένες αλλαγές που μπορεί να παρουσιαστούν έχουν συναισθηματικό μόνο χαρακτήρα. Οι πιο συνηθισμένες αλλαγές είναι οι εξής:

ΥΠΝΗΛΙΑ: Παρουσιάζεται στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Η αιτία της δεν είναι απόλυτα γνωστή. Η μεγαλύτερη ευθύνη αποδίδεται, ίσως, στα μεγάλα ποσά της προγεστερόνης, που κυκλοφορούν στο μητρικό οργανισμό.

ΨΥΧΡΟΤΗΤΑ: Μερικές φορές παρουσιάζεται έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας στην έγκυο, χωρίς ιδιαίτερη σημασία, γιατί αυτή επανέρχεται γρήγορα ή κρατάει σ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και αρ-

κετές εβδομάδες μετά τον τοκετό.

ΚΟΥΡΑΣΗ: Εμφανίζεται στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και προέρχεται από τη μεγάλη διάρκειά της και από το βάρος του εμβρύου.

ΚΡΑΜΠΕΣ: Είναι οι επώδυνες μυϊκές συσπάσεις των άκρων. Μαζί με την οσφυαλγία και την ισχιαλγία αποτελούν ενοχλήσεις, που έχουν σχέση με τη χαρακτηριστική στάση λόρδωσης του σώματος στην εγκυμοσύνη. Η λόρδωση προκαλείται από τις μεταβολές του κέντρου του σώματος στην εγκυμοσύνη. Η λόρδωση προκαλείται από τις μεταβολές του κέντρου του βάρους του σώματος της εγκύου και από τη χαλάρωση των συνδέσμων. Ειδικότερα, η ισχιαλγία προέρχεται από τη συμπίεση του ισχιακού νεύρου ανάμεσα στους O_5 και I_1 σπονδύλους.

5) Ουροποιητικό σύστημα. Παρατηρούνται οι εξής αλλαγές:

Ουροδόχος κύστη: Στην αρχή της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να υπάρξει συχνοουρία από πίεση της μήτρας πάνω στην ουροδόχο κύστη, όπως επίσης και στο τέλος της εγκυμοσύνης, από πίεση του κάτω πόλου του εμβρύου πάνω σ' αυτή.

Η ουροδόχος κύστη χάνει τον τόνο της στη διάρκεια της κύησης, δεν αδειάζει εντελώς και ευθύνεται για την ανάπτυξη ουρολοίμωξης.

Νεφροί: Την ευθύνη των αλλαγών στη νεφρική λειτουργία δεν την έχουν τόσο οι αιμοδυναμικές μεταβολές των νεφρών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο οι ορμονικές επιδράσεις (πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη, προγεστερόνη).

ΕΞΩΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Εκτός από τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει μια έγκυος σαν διαταραχές της οργανώσεως της εγκυμοσύνης, αφ' ενός, και

σαν ειδικές επιβαρύνσεις του οργανισμού της, αφ'ετέρου (οφειλούμενες δηλαδή αποκλειστικά και μόνο στον παθολογικό αντίκτυπο της εγκυμοσύνης πάνω στα διάφορα συστήματά της), είναι δυνατόν να παρουσιάσει και κοινές επιπλοκές, παθολογικές δηλαδή εκδηλώσεις από διάφορα συστήματα ή όργανα, τις οποίες ενδεχομένως θα παρουσίαζε και αν δεν μεσολαβούσε η εγκυμοσύνη, ή από τις οποίες ήταν επιβαρυνμένη πριν να μείνει έγκυος. Μερικές από αυτές είναι οι εξής: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ COOLEY. Είναι κληρονομική αρρώστεια που χαρακτηρίζεται από βαριά αναιμία. Οφείλεται στην ελάττωση της σύνθεσης της αιμοσφαιρίνης γιατί τα ερυθρά αιμοσφαίρια καταστρέφονται πιο γρήγορα απ'ότι τα φυσιολογικά και έτσι η διαβίβαση οξυγόνου είναι περιορισμένη. Οι άρρωστες από μεσογειακή αναιμία παρουσιάζουν παραμορφώσεις του σκελετού, καθυστέρηση στην ανάπτυξη και διόγκωση των σπλάχνων. Ακόμη η αρρώστεια στην εξέλιξη της παρουσιάζει σοβαρά παθολογικά προβλήματα από την καρδιά, τα νεφρά και άλλα όργανα. Οι ομοζυγωτικές από αυτές δεν επιζούν, οι ετεροζυγωτικές επιζούν και, αν μείνουν έγκυοι, επιβαρύνονται από την εγκυμοσύνη με οξείες αιμολυτικές κρίσεις που παρουσιάζονται κατά διαστήματα. Η μεσογειακή αναιμία δεν αντιδρά σε κανενός είδους θεραπεία, βοηθείται όμως πολύ από μεταγγίσεις. Οι πολλές μεταγγίσεις μπορεί να προκαλέσουν αιμοχρωμάτωση και επομένως επιφυλάσσονται μόνο για τις αιμολυτικές κρίσεις και για τις αιμορραγίες του τοκετού.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ. Καταστρέφει τα ωθηλάκια, οι ωθήκες ατροφούν και έτσι προκαλείται αμηνόρροια και στειρώση. Σε περίπτωση που μετά από θεραπευτική αγωγή με ινσουλίνη μείνει η γυναίκα έγκυος, χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες καθώς και στη λοχεία. Οι διαβητικές μητέρες συνήθως γεννούν νεογνά με βάρος 4 κιλά και πά-

νω, τα οποία όμως παρουσιάζουν μεγάλη θνησιμότητα τις πρώτες εβδομάδες. Στον τοκετό επίσης παρουσιάζεται κίνδυνος για αιμορραγία και μόλυνση. Οι διαβητικές έγκυες καλό είναι να γεννούν σε οργανωμένα μαιευτικά τμήματα. Η έγκυος σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό διαβητικού ατόμου μέσα στην οικογένειά της ή στην οικογένεια του συζύγου της. Θα πρέπει να το αναφέρει σ'όποιον την παρακολουθεί. Απαραίτητα θα πρέπει να γίνεται εξέταση ούρων για σάκχαρο, το λιγότερο μια φορά το μήνα.

Θεραπευτική αγωγή. Απαραίτητη είναι η συνεργασία με παθολόγο και ειδικό διαβητολόγο. Μετά τον 4ο μήνα, η πλειονότητα των αρρώστων εγκύων απαιτεί μεγαλύτερες δόσεις ινσουλίνης. Σκόπιμο είναι η διαβητική έγκυος να εισαχθεί στο νοσοκομείο μόλις συμπληρώσει τον 8ο μήνα, ώστε να ελέγχεται συστηματικά ο διαβήτης της και τυχόν αναφαινόμενη υπέρταση. Η δίαιτα της διαβητικής εγκύου θα περιλαμβάνει 30 θερμίδες κατά κιλό βάρους σώματος και η ημερήσια ποσότητα λευκώματος δεν θα πρέπει να είναι λιγώτερη από 2 γραμμάρια. Το συνολικό ημερήσιο ποσό υδατανθράκων δεν θα πρέπει να είναι λιγώτερο από 200 γραμμάρια. Το αλάτι της τροφής περιορίζεται. Για τα ούδημα, μη υδραργυρικά διουρητικά. Το ζήτημα της προκλήσεως πρόωρου τοκετού είναι ανοικτό και οι παράγοντες που θα οδηγήσουν το μαιευτήρα στην απόφαση αυτή είναι οι εξής: παρουσία τοξιναιμίας, πολυάμνιο, βαρύτητα του διαβήτου, ηλικία της επιτόκου κ.λ.π. Προσοχή στην περιοποίηση του νεογνού, που είναι οιδαλέο, ληθαργικό, επιρρεπές σε ανάπτυξη υαλοειδούς μεμβράνης, ατελεκτασία, κυανώσεις και αιφνίδιο θάνατο. Η θνησιμότητα του νεογνού των διαβητικών μητέρων είναι πολύ υψηλή τις πρώτες 48 ώρες απ'τον τοκετό και γίνεται ακόμη υψηλότερη όσο πιο πρόωρα είναι τα νεογνά. Αν το νεογνό επιζήσει πέρα από 48 ώρες, οι πιθανότητες παρατάσεως της ζωής του είναι μεγαλύτερες.

Η λοχεία απαιτεί ιδιαίτερη επίβλεψη. Υπογλυκαιμία αναπτύσσεται εύκολα μετά τον τοκετό, γεγονός που επιβάλλει αναπροσαρμογή των δόσεων της ινσουλίνης. Επίσης όμως εύκολα μπορεί να παρατηρηθεί κώμα διαβητικό που επιβάλλει άμεση χορήγηση μεγάλου ποσού ινσουλίνης με παράλληλη χορήγηση σταφυλοσακχάρου.

ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΑΡΡΩΣΤΕΙΕΣ (ΕΡΥΘΡΑ). Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η γυναίκα θα πρέπει να προσέχει ώστε να μην κολλήσει λοιμώδεις αρρώστιες που οφείλονται σε μικρόβια ή ιό. Δεν θα πρέπει να έρχεται σε επαφή με ανθρώπους που πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα, όπως η γρίπη, η ερυθρά, η οστρακιά, οι μαγουλάδες, η πνευμονία, ο τυφοειδής πυρετός, ο κοκίτης κ.ά..

Θα πρέπει να ξέρει κάθε έγκυος ότι όλες οι οξείες μολυσματικές αρρώστιες έχουν βλαβερή επίπτωση πάνω στην εγκυμοσύνη.

Όταν η ερυθρά προσβάλλει εγκύους στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, οι συγγενείς καρδιοπάθειες είναι 14 φορές συχνότερες, ο καταράκτης 78 φορές συχνότερος και η κώφωση 40 φορές συχνότερες από όσο στα παιδιά των απρόσβλητων εγκύων.

Εάν παρά τις προφυλάξεις η έγκυος έρθει σε επαφή με άτομο που πάσχει από ερυθρά και βρίσκεται στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να υποβληθεί σε ειδική θεραπεία (ένεση GAMAS-LOBULINE), για να αποφύγει τον κίνδυνο της μόλυνσης του εμβρύου.

ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ. Η εγκατάσταση εγκυμοσύνης σε μία καρδιοπαθή δημιουργεί πολλά προβλήματα τόσο για τον Μαιευτήρα, όσο και για τον Καρδιολόγο, οι οποίοι πρέπει να συνεργάζονται στενότερα σε τέτοια περίπτωση. Αν η πάθηση διαγνωσθεί το πρώτο τρίμηνο και η επίβλεψη της άρρωστης συνεχισθεί καθ'όλη την περίοδο πριν τον τοκετό, ο κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας κατά τον τοκετό ή τη λοχεία είναι μικρός και η μητρική θνησιμότητα χαμηλή. Αν η άρρωστη

εξετασθεί για πρώτη φορά αργά κατά την εγκυμοσύνη ή όταν η διάγνωση καθυστερήσει για κάποιο λόγο ή η παρακολούθηση της άρρωστης πριν τον τοκετό είναι πλημμελής, ο κίνδυνος από καρδιακή ανεπάρκεια κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό ή τη λοχεία είναι μεγάλος και η μητρική θνησιμότητα υψηλή. Οι πιο επίφοβες καρδιοπάθειες κατά την εγκυμοσύνη είναι πρώτα η στένωση μιτροειδούς και κατά δεύτερο λόγο η ανεπάρκεια της, οι μυιοκαρδίτιες, η ανεπάρκεια της αορτής και οι αρρυθμίες.

Βασικό γεγονός είναι η επιβάρυνση της κυκλοφορίας κατά την εγκυμοσύνη. Ο όγκος του κυκλοφορούντος αίματος αυξάνεται προοδευτικά από την αρχή της εξ' αιτίας της αγγειώσεως της μεγεθυόμενης μήτρας, της κατακρατήσεως νερού και της προσθήκης στο βάρος του σώματος της εγκύου και του βάρους του εμβρύου, του ενάμιου υγρού και των νεοπλασσόμενων ιστών της.

Ανάλογα με τα διάφορα ευρήματα κατατάσαμε σήμερα από άποψη προγνώσεως τις καρδιοπαθείς σε δύο κατηγορίες: ευμενούς και δυσμενούς προγνώσεως.

α) Στοιχεία ευμενούς προγνώσεως.

1) Νεαρή σχετικά ηλικία της καρδιοπαθούς εγκύου.

2) Παρουσία διαστολικού φουήματος χωρίς μεγέθυνση της καρδιάς.

3) Έλλειψη ιστορικού προηγούμενης καρδιακής ανεπάρκειας ή ρευματικού πυρετού στους έξι μήνες που προηγήθηκαν της εγκυμοσύνης.

4) Καμιά σημαντική διαταραχή του καρδιακού μηχανισμού αγωγής.

5) Απουσία παθήσεων από άλλα συστήματα ή όργανα.

β) Στοιχεία δυσμενούς προγνώσεως:

1) Προχωρημένη ηλικία της καρδιοπαθούς εγκύου

2) Παρουσία διαστολικού φυσημάτος ή καρδιακής μεγεθύνσεως που σημαίνει βλάβη μυοκαρδιακή επιπρόσθετη στη βαλβδική πάθηση.

3) Ιστορικό προηγούμενων κρίσεων καρδιακής ανεπάρκειας, άσχετων ή σχετικών προς εγκυμοσύνη, ή ρευματικού πυρετού τους προ της εγκυμοσύνης έξη μήνες.

4) Σοβαρές ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού.

5) Επιπλοκές από άλλα συστήματα ή όργανα, άσχετες προς την καρδιοπάθεια (π.χ. πνευμονία)

Μέτρα προλήψεως της καρδιακής ανεπάρκειας. Η καρδιακή έγκυος θα πρέπει να υποβάλλεται σε καρδιολογική εξέταση κάθε δέκα μέρες. Θα αποφεύγει την υπερβολική κόπωση (βάδισμα, ασκήσεις, οικιακές εργασίες) και θα έχει πρόσθετες ώρες ανάπαύσεως. Θα ελέγχοι τακτικά το βάρος του σώματός της, ώστε να μη παίρνει περισσότερο από 750 γραμμάρια έως ένα κιλό καινούριο βάρος του μήνα (300 GR την εβδομάδα). Σ' αυτό συντείνει πολύ ο περιορισμός του αλατιού της διαίτης σε 300-350 χιλιοστόγραμμα την ημέρα, και του προσλαμβανόμενου νερού. Η αρτηριακή πίεση, τα ούρα, οι πνεύμονες, το ήπαρ, η κατάσταση των δοντιών και η αιματολογική εικόνα της άρρωστης εγκύου θα ελέγχονται συχνά. Σε περιπτώσεις εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας, επιβάλλεται η άμεση εισαγωγή της άρρωστης εγκύου στο Νοσοκομείο και η παραμονή της σ' αυτό μέχρι του τοκετού. Η θεραπεία θα είναι βασικά παθολογική, ενώ οι μαιευτικές φροντίδες έρχονται σε δεύτερη μοίρα.

ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ. Η συχνότητα της είναι διπλάσια στους εγκύους από τις μη εγκύους, επειδή η στάση και η λοίμωξη στις ουρικές οδούς αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη λίθων κατά την εγκυμοσύνη. Η θεραπεία κατά τον νεφρικό κωλικό θα αποβλέψει

στον μετριάσμο του πόνου και της συσπάσεως των ουρητήρων. Χορηγούνται αναλγητικά και σπασμολυτικά.

ΕΡΠΗΣ. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να προκαλέσει αποβολή ή και πρόωρο τοκετό. Η ίωση μεταδίδεται στα γεννητικά όργανα κατά τη σεξουαλική επαφή. Προσβάλλει το νεογνό την ώρα του τοκετού, καθώς περνά από το μολυσμένο κόλπο. Το 50% από τα νεογνά που προσβάλλονται από τον έρπητα, επειδή αυτός εξελίσσεται σε ερπητική εγκεφαλίτιδα, πεθαίνουν. Το 25% παρουσιάζουν σοβαρές νευρολογικές βλάβες και ένα άλλο 25% των νεογνών εκτεταμένες δερματικές αλλοιώσεις.

ΣΥΦΙΛΗ. Είναι μεταδοτική αρρώστεια που προκαλείται από την ωχρά σπυροχαίτη. Το μικρόβιο μεταδίδεται με τη σεξουαλική ή με άμεση επαφή με άτομο που έχει ανοικτό συφιλιδικό έλκος. Αν μολυνθεί η έγκυος γυναίκα έως τον τέταρτο μήνα το μικρόβιο της σύφιλης διεισδύει στον πλακούντα και προσβάλλει το έμβρυο. Αν δεν διαγνωσθεί η σύφιλη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να καταλήξει σε αυτόματη αποβολή, στη γέννηση νεκρού εμβρύου ή ζωντανού με σύφιλη. Κάθε έγκυος γυναίκα υποχρεώνεται μέσα στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης να κάνει οροαντίδραση Βάσερμαν που επιτρέπει τη διάγνωση της σύφιλης.

ΒΛΕΝΟΡΡΟΙΑ. Είναι μια μεταδοτική αρρώστεια που μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Αν μιά έγκυος γυναίκα προσβληθεί από βλενόρροια, τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης μπορεί να αποβάλλεται αυτόματα ή η μόλυνση να επεκταθεί απ'ευθείας στις σάλπιγγες. Αν προσβληθεί μετά τον τρίτο μήνα της κύησης, το μικρόβιο περιορίζεται στο κατώτερο γεννητικό σύστημα. Αν η βλε-

νόρροια μένει αθεράπευτη, υπάρχει κίνδυνος να μολυνθεί το νεογνό την ώρα του τοκετού. Το νεογνό συνήθως μολύνεται στους οφθαλμούς που είναι ευαίσθητοι και αρκετά ευάλωτοι στο μικροβίο της βλενόρροιας. Επίσης είναι δυνατό το νεογνό να μολυνθεί αν τα νερά σπασούν πρόωρα. Η βλενόρροια ήταν πριν από χρόνια η πιο συχνή αιτία της τύφλωσης των νεογνών. Αμέσως μετά τον τοκετό επιβάλλεται η ενστάλαξη κολυρίου πενικιλίνης ή νιτρικού αργύρου 1% στα μάτια του νεογνού για προληπτικούς λόγους.

Αφού αναφερθήκαμε σε ορισμένες από εξωγεννητικές επιπλοκές που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα συνεχίσουμε παρακάτω με τις επιπλοκές της προχωρημένης εγκυμοσύνης. Η γνώση των επιπλοκών αυτών από την έγκυο συμβάλλει στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τους για τη διάσωση της ζωής της γυναίκας και του εμβρύου.

A. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

-Η αιμορραγία είναι μία από τις πιο σοβαρές επιπλοκές της προχωρημένης εγκυμοσύνης, ευθυνόμενη, ακόμη και σήμερα για σημαντικό ποσοστό θανάτων των εγκύων. Οι δύο κύριες αιτίες της αιμορραγίας της προχωρημένης εγκυμοσύνης είναι ο πρόδρομος πλακούς και η πρόωρη αποκόλληση του κανονικά προσφυόμενου πλακούντος. Τα αρχικά συμπτώματα των δύο αυτών καταστάσεων συχνά συγχέονται, πράγμα που μπορεί να έχει ως συνέπεια εσφαλμένη ειλογική τρόπου θεραπείας και άστοχη πρόγνωση.

1. ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΠΛΑΚΟΥΣ. Σε μερικές περιπτώσεις εγκυμοσύνης μικρής ηλικίας, το μοναδικό σύμπτωμα επαπειλούμενης ειτρώσεως, η αιμορραγία, μπορεί να σημαίνει όχι μόνο απλώς έναρξη αποκολλήσεως του πλακούντα, γενικά, αλλά και έναρξη αποκολλήσεως του χαμηλά

προσφύμενου πλακούντα, δηλαδή πρόδρομο πλακούντα. Η αιμορραγία τότε (αν δεν συντελεσθεί έκτρωση), είτε είναι μικρή και συνεχής, ως τη μέρα της προχωρημένης πια εγκυμοσύνης που θα γίνει εντονότερη και απειλητική, είτε είναι διαλείπουσα με λίγο ποσό αίματος στις αρχές και πολύ περισσότερο στα οψιμότερα στάδια της εγκυμοσύνης (από τον 6ο, κυρίως όμως από τον 7ο μήνα και πέρα). Το ενδεχόμενο, λοιπόν, πρόδρομου πλακούντος πρέπει να τον έχουμε σοβαρά υπ' όψιν μας σε κάθε εγκυμοσύνη που συνοδεύεται εξ αρχής από σχετικά μικρή, αλλά παρατεινόμενη αιμορραγία, και δεν διακόπτεται αλλά προχωρεί. Χαρακτηριστικό της αιμορραγίας από πρόδρομο πλακούντα είναι ότι δεν συνοδεύεται από πόνους, εκτός αν έχει αρχίσει ο τόνετός, οπότε υπάρχουν ωδίνες.

Μορφές του πρόδρομου πλακούντος, ανάλογα με την εντόπισή του, είναι:

- η επιχειλία (όταν το χείλος του πλακούντα, φτάνει τα όρια του τραχηλικού στομίου).
 - η μερική (όταν ο πλακούντας καλύπτει εν μέρει το ατελώς διεσταλμένο τραχηλικό στόμιο) και
 - η κεντρική ή επιπωματική (όταν ο πλακούντας καλύπτει εξ ολοκλήρου το τραχηλικό στόμιο, διεσταλμένο ή αδιάσταλτο).
 - Η πρόγνωση του πρόδρομου πλακούντα είναι σοβαρή τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Η μητρική θνησιμότητα φτάνει τα 3% ενώ η εμβρυϊκή τα 50% και περισσότερο.
 - Η θεραπεία του πρόδρομου πλακούντα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ο κυριότερος από τους οποίους είναι η συντομότερη μεταφορά της εγκύου σε οργανωμένη κλινική ή ειδικό νοσοκομείο.
- Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη, η έγκυος οδηγείται κατ'ευθείαν στο χειρουργείο ενώ παράλληλα και χωρίςχρονοτριβή γίνεται η

προετοιμασία τοκετού είτε από τον κόλπο, είτε με καισαρική τομή. Στο μεταξύ διενεργείται στην έγκυο μετάγγιση αίματος είτε πρόσφατα, είτε διατηρημένου της ίδιας ομάδας με το δικό της, στην ανάγκη όμως και τέταρτης ομάδος. Στην περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας από πρόδρομο πλακούντα για μεγαλύτερη εξασφάλιση της ζωής της μητέρας το είδος του τοκετού που προτιμάται είναι η καισαρική τομή. Ο τοκετός από τον κόλπο θ' απαιτήσει χρόνο και χειρισμούς που θα επιτείνουν την αιμορραγία εις βάρους και της μητέρας και του εμβρύου.

2. ΠΡΩΡΟΣ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΠΡΟΣΦΥΟΜΕΝΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ. Αποτελεί δεύτερη μεγάλη αφορμή αιμορραγίας κατά την προχωρημένη εγκυμοσύνη, με σοβαρότατες συνέπειες για τη μητέρα και το έμβρυο. Η επιπλοκή αυτή αιτιολογικά σχετίζεται συνήθως στενά με την τοξιναιμία της εγκυμοσύνης της. Παρουσιάζεται δηλαδή κυρίως σε εγκύους που έχουν ήδη φαινόμενα γενικής επιβαρύνσεως του οργανισμού τους, όπως είναι η λευκωματουρία, η ολιγουρία, η υπέρταση και τα οιδήματα.

Μπορεί όμως να παρουσιαστεί και κατόπιν κακώσεως της κοιλίας ή την ώρα του τοκετού από την έλξη που ασκεί στον πλακούντα κάθε ωδίνα μια κοντή ομφαλίσ. Αν η αποκόλληση του πλακούντα είναι περιφερική και περιωρισμένη η αιμορραγία είναι εξωτερική και σχετικά μικρή. Αν όμως η αποκόλληση είναι κεντρική, η αιμορραγία είναι κυριώτατα εσωτερική, μεταξύ του πλακούντα και των τοιχωμάτων της μήτρας.

Στην κεντρική αποκόλληση τα συμπτώματα είναι ξαφνικά και δραματικά: η έγκυος αισθάνεται απότομο πόνο στην κοιλιά, έχει τάση για λιποθυμία και παύει να αντιλαμβάνει τα σιρτήματα του εμβρύου. Τα αντικειμενικά ευρήματα: είναι ωχρο και ψυχρό πρόσωπο της εγκύου, ταχυσφυγμία και μικροσφυγμία, δυσχέρεια ή αδύ-

ναμία ψηλαφήσεως των μελών του εμβρύου και ακροάσεως των καρδιακών των παλμών. Ο κίνδυνος του εμβρύου είναι μεγάλος οφειλόμενος στην γρήγορα αναπτυσσόμενη πνευμονία από την αποκόλληση του πλακούντα και την αιμορραγία. Ο κίνδυνος της μητέρας είναι επίσης μεγάλος, και προέρχεται από τον συνδυασμό της απώλειας αίματος, της καταπληξίας και της τοξιναιμίας.

Η θεραπεία της πρόωρης αποκόλλησης του κανονικά προσφυόμενου πλακούντα εξαρτάται από τη μορφή που παρουσιάζει, τη σχέση της προς τον χρόνο της εγκυμοσύνης ή το στάδιο του τοκετού, και τα μέσα του διαθέτουμε. Στην ελαφρά μορφή της πρόωρης αποκόλλησης η αγωγή πρέπει να είναι συντηρητική. Επιβάλλουμε στην έγκυο απόλυτη ακινησία στο κρεβάτι και τις χορηγούμε καταπραϋντικά. Παράλληλα φροντίζουμε να εξασφαλίσουμε τη μεταφορά της εγκύου σε κατάλληλη κλινική ή νοσοκομείο, την οποία διενεργούμε λίγες μέρες μετά την παύση της αιμορραγίας και την διακοπή των συμπτωμάτων.

Η καισαρική τομή έχει ευρύτερη ένδειξη στην θεραπεία της πρόωρης αποκόλλησης του κανονικά προσφυόμενου πλακούντα επειδή μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να εκτιμηθεί η έκταση των ζημιών που έχει προκαλέσει η επιπλοκή αυτή από άποψη εξαγγειώσεως αίματος και καταστροφής της μήτρας.

B. ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΕΣ

Οι τοξιναιμίες αντιπροσωπεύουν σοβαρότατες επιπλοκές της εγκυμοσύνης, απ' τις οποίες μπορεί να διατρέξει τον μεγαλύτερο κίνδυνο η ζωή τόσο της μητέρας, όσο και του εμβρύου. Στις τοξιναιμίες της εγκυμοσύνης κατατάσσουμε σήμερα τις ακόλουθες παθολογικές καταστάσεις.

- τους ακατάσχετους ή κακοήθεις εμέτους.
- την πρόωρη αποκόλληση του κανονικά προσφυομένου πλακούντα, την μη οφειλόμενη σε μηχανικά αίτια.
- την προεκλαμψία και ευλαμψία
- τη νέφρωση ή νεφροπάθεια των εγκύων και
- την αμφοτερόπλευρη φλοιονεφρική νέκρωση.

1)ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ: Αντιπροσωπεύει σοβαρή μορφή τοξιναιμίας, με παθολογικά ευρήματα από πολλά οργανικά συστήματα. Αυτά είναι τα εξής: Αύξηση του βάρους της εγκύου, Ορατό οίδημα, Υπέρταση, Λευκωματουρία, Ολιγουρία, Αναιμία, Κεφαλαλγίες και γενική κακουχία.

Η πρόγνωση της προεκλαμψίας για τη μητέρα είναι σοβαρή, όχι όμως τόσο όσο της Εκλαμψίας. Για το έμβρυο είναι τόσο σοβαρότερη όσο εντονότερος είναι ο συνδυασμός υπερτάσεως και λευκωματουρίας και κυμαίνεται από 1-25%. Η θεραπεία της προεκλαμψίας θα απαιτήσει τα ακόλουθα μέτρα:

Κατάκλιση της εγκύου-Κανονισμό της δίαιτας (Απαγόρευση των λευκωματωδών και λιπαρών, και περιορισμό-όχι τέλει αποκλεισμό- του αλατιού και των ερεθιστικών-Τακτοποίηση της αιματολογικής εικόνας στην ανάγκη με μετάγγιση-παρακολούθηση της αρτηριακής πιέσεως καθημερινώς και στην περίπτωση σοβαρής υπερτάσεως, χορήγηση υποτασικών-Κατάμέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών-χορήγηση ενός μη υδραργυρικού διουρητικού για περιορισμένο διάστημα-χορήγηση καταπραϋντικών του νευρικού συστήματος, κυρίως βαρβιτουρικών.

2)ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ: Το όνομα <<Εκλαμψία>> φανερώνει ότι η σοβαρότατη αυτή μορφή της τοξιναιμίας της εγκυμοσύνης μπορεί να παρουσιαστεί ξαφνικά και απότομα σε μία έγκυο μάλιστα αν αυτή δεν έχει υποβληθεί προηγουμένως σε ιατρική εξέταση και παρακολούθηση.

Το πρώτο σημείο της επερχόμενης εκλαμπτικής προσβολής είναι η καθήλωση του βλέμματος της εγκύου. Οι βολβοί σε λίγο αρχίζουν να μετακινούνται προς τα δύο πλάγια, και η κόρη διευρύνεται. Ακολουθούν οι σπασμοί, που αρχίζουν απ' το στόμα και τις σιαγόνες και επεκτείνονται γρήγορα προς τα χέρια, τον κορμό και τα πόδια. Συνήθως αρχίζουν σαν τονικοί και μεταπίπτουν σε κλονικούς. Η έγκυος κατά τον παροξυσμό, δυσκολεύεται να αναπνεύσει, έχει πρόσωπο συμφορητικό, βγάζει αφρούς από το στόμα, και αν δεν προσεχθεί μπορεί να κόψει τη γλώσσα της με τα δόντια της. Οι σπασμοί συνήθως διαρκούν μερικά δευτερόλεπτα, κάποτε δε αν παρεμβάλλονται και διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα (θόρυβος, φως, εξετάσεις της εγκύου). Η έγκυος είναι αναίσθητη, και όταν οι σπασμοί σταματήσουν, πέφτει σε βαθύ κώμα απροσδιόριστης διάρκειας. Η θερμοκρασία της εγκύου διατηρείται φυσιολογική αν δεν υπάρχει μεγάλη αφυδάτωση. Η άνοδος της θερμοκρασίας είναι κατά προγνωστικό σημείο. Γενικά υπέρταση, λευκωματουρία-ολιγουρία, σπασμοί και κώμα είναι τα χαρακτηριστικά παθολογικά ευρήματα της εκλαμψίας.

Η πρόγνωση της εκλαμψίας είναι δυσμενής αν συνυπάρχουν τα ακόλουθα ευρήματα, ταχυσφυγμία, μεγάλη αρτηριακή πίεση, σημαντικό οίδημα, σημαντική λευκωματουρία, ολιγουρία ή ανουρία, διανοητικές και κινητικές διαταραχές, υπερθερμία, ίκτερος, διαρκές κώμα, οπτικές διαταραχές, σπασμοί περισσότεροι από 20.

Η θεραπεία της εκλαμψίας απαιτεί τα ακόλουθα μέτρα προ του τοκετού:

-Απομόνωση της εγκύου, απαγόρευση των επισκέψεων και αποφυγή των ιατρικών εξετάσεων.

-Σύντομη επίβλεψη της εγκύου για να προληφθούν πτώσεις της ή

καιώσεως, και τοποθέτηση ανάμεσα στα σαρόνια της ενός κομματιού λάστιχου για να προληφθεί δάγκωμα ή κόψιμο της γλώσσας της. Αφαιρούνται τυχόν υπάρχουσες ξένες οδοντοστοιχίες.

-Χρήση αναρροφητικού σωλήνα για την άμεση αναρρόφηση στομαχικών υγρών που κατά τον έμετο μπήκαν στην τραχεία και τους βρόγχους.

-Χορήγηση οξυγόνου κατά τους σπασμούς για την εξουδετέρωση του κινδύνου ασφυξίας της εγκύου και ανοξαιμίας του εμβρύου.

-Συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσεως.

-Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα στην κύστη για την παρακολούθηση του ποσού των αποβαλλόμενων ούρων.

-Προσδιορισμού της ομάδας αίματος της εγκύου, επειδή μπορεί να παρουσιασθεί ανάγκη μεταγγίσεως για την καταπολέμηση τυχόν υπάρχουσας αναιμίας ή καταπληξίας από αγγειακή σύμπτωση (COLLAP-SUS), ανουρία, αιμορραγία από πρόωρη αποκόλληση του κανονικά προσφυόμενου πλακούντα ή αιμορραγία κατά την τρίτη περίοδο του τοκετού.

-Υποδόρεια ένεση 2CC Μορφίνης με ταυτόχρονη χορήγηση φαινοβαρβιτάλης ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς. Την ένεση της μορφίνης μπορούμε να την επαναλάβουμε για δυο τρεις φορές το 24ωρο όπως επίσης και την ένεση της φαινοβαρβιτάλης. Θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα η χορήγηση ναρκωτικών γιατί η κατάχρησή τους μπορεί να προκαλέσει καταπληξία (από δηλητηρίαση των τριχοειδών).

Για την τόνωση της διουρήσεως χορηγούμε υπερτονικό σακχαρούχο ορόφ ενδοφλεβίως μαζί με αμινοφυλλίνη. Προσοχή στο ενδεχόμενο απότομης πτώσης της αρτηριακής πίεσεως που μπορεί να σημαίνει σοβαρή καταπληξία ή ακόμη εγκεφαλική αιμορραγία. Η υπερπυρεξία είναι επικίνδυνη και πρέπει να καταπολεμηθεί. Η τραχειοστομία μπορεί να γίνει απαραίτητη. Ο τοκετός κατά την

εκλαμψία γενικά επιταχύνεται. Αν υπάρχουν τεχνικές ευκολίες, συνιστάται η καισαρική τομή στην περίπτωση που η εκλαμψία παρουσιάσθηκε πριν τον τοκετό και έχει μάλλον σοβαρή μορφή. Κατά την καισαρική ή έπειτα από αυτή πιθανόν να χρειασθεί μετάγγιση αίματος, αν εκδηλωθεί αιμορραγία ή καταπληξία. Επίσης μπορεί να χρειασθεί χορήγηση οξυγόνου τόσο στην μητέρα όσο και στο νεογνό της που τις περισσότερες φορές γεννιέται ασφυκτικό. Μετά τον τοκετό, οι εκλαμπτικοί παροξυσμοί έρχονται αραιότερα και η κατάσταση γενικά της λεχωΐδας καλλιτερεύει. Ο τερματισμός του τοκετού δεν σημαίνει ότι πέρασε εντελώς ο κίνδυνος. Σπασμοί εκλαμπτικοί μπορεί να παρουσιασθούν και στη λοχεία. Η εκλαμπτική λεχωΐδα πρέπει να καθίσει στην κλινική τουλάχιστον δύο εβδομάδες κάτω από στενή παρακολούθηση αυστηρή δίαιτα και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

3) ΝΕΦΡΩΣΗ Ή ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ. Είναι μορφή τοξιναιμίας πρόδρομη, μπορούμε να πούμε της προεκλαμψίας. Τα χαρακτηριστικά της είναι, οιδήματα, λευκωματούρια και ολιγουρία. Η αρτηριακή πίεση και η ουρία του αίματος συνήθως είναι φυσιολογικές. Στις σοβαρές περιπτώσεις Νεφρώσεως μπορεί να παρατηρηθεί και αμφιβληστροειδίτιδα, όπως επίσης και πρόωρη αποκόλληση του κανονικά προσφυόμενου πλακούντα. Το έμβρυο, κατά τη Νέφρωση, μπορεί να υποκύψει από ανάπτυξη εμφράκτων στον πλακούντα, που μειώνουν τη λειτουργική του δραστηριότητα και τα οποία δημιουργούνται από πήξη του αίματος στα μεσολάχνια διαστήματα συνέπεια σπασμού των μητριάων αγγείων που τροφοδοτούν τα διαστήματα αυτά. Το ποσοστό των ενδομητρίων θανάτων των εμβρύων στις νεφρώσεις δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Η πρόγνωση της νεφρώσεως εξαρτάται από τη μορφή και την πορεία της. Η πορεία της εγκυμοσύνης είναι πολύ ευνοϊκότερη στη

νέφρωση παρά στη χρόνια νεφρίτιδα και ο τοκετός δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες επιπλοκές.

Η θεραπεία της Νεφρώσεως συνίσταται σε δίαιτα, φάρμακα και ορισμένα μέτρα που θα πρέπει να ακολουθήσει η έγκυος. Η άρρωστη πρέπει να παίρνει τροφή υψηλής περιεκτικότητας σε λευκώματα και χαμηλής σε αλάτι. Το ποσό του καλίου στον ορρόφ του αίματος πρέπει να προσδιορίζεται κάθε βδομάδα. Αν δεν αυξάνει η διούρηση, ούτε το βάρος της άρρωστης ελαττώνεται, μπορούμε να δώσουμε εσωτερικώς πρεδνιζολόνη, σε δόση 40GR, την ημέρα για τις τέσσερις πρώτες ημέρες και στη συνέχεια 10 MG την ημέρα κάθε τρίτη ημέρα. Επειδή οι οιδηματικοί ιστοί είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στη λοίμωξη, κατά τη διάρκεια του τοκετού και τις πρώτες ημέρες της λοχείας χορηγούμε στην γυναίκα πενικιλίνη ή άλλο αντιβιοτικό. Η άρρωστη θα πρέπει να αποφεύγει την κόπωση και να αναπαύεται όσο το δυνατό περισσότερο.

4) ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΦΛΟΙΟΝΕΦΡΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ. Αντιπροσωπεύει μία όχι πρωταρχική μορφή τοξιναιμίας της εγκυμοσύνης, αλλά επιπλοκή ορισμένων μορφών της, όπως είναι κυρίως η πρόωρη αποκόλληση του κανονικά προσφυομένου πλακούντα και η εκλαμψία. Παρατηρείται επίσης έπειτα από σηπτικές εκτρώσεις και τραυματικούς τοκετούς, σπάνια δε έπειτα από αιμορραγία μετά τον τοκετό. Το κύριο σύμπτωμά της είναι υπερβολική ελάττωση του ποσού των ούρων μέχρι τέλειαν ανουρίας πόνοι στον οσφύ, αύξηση του ποσού της ουρίας και του καλίου του αίματος, ενώ το ασβέστιο ελαττώνεται. Ακολουθούν έμμετοι, πυρεξία, αναιμία, διανοητική σύγχιση. Η πρόγνωση της παθήσεως είναι σοβαρή και τις περισσότερες φορές μοιραία. Η θεραπεία θα επιχειρηθεί:

α) Κατά το αρχικό στάδιο με καταπολέμηση του SHOCK για τη πρόληψη της παρατεταμένης πτώσεως της αρτηριακής πίεσεως. Θέρ-

μανση της άρρωστης, χορήγηση μορφίνης και μετάγγιση συμπιυνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αποτελούν μέτρα που ενδείκνυται γι' αυτή την περίπτωση. Υδροκορτιζόνη σε δόσεις 200MG κάθε 12 ώρες. Καταμέτρηση του ποσού των όρων.

β) Κατά το στάδιο της ολιγουρίας με περιορισμό της χορηγώσεως υγρών στην ασθενή σε 600 κ.ε. την ημέρα συν το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων το προηγούμενο 24ωρο. Από άποψη τροφής, 100 GR υδατάνθρακες την ημέρα υπό μορφή διαλύματος σακχαρούχου ή ενός σακχαρωμένου αφεψήματος. Χυμοί φρούτων αποφεύγονται, επειδή περιέχουν πολύ κάλιο. Βιταμίνες Β και C συνιστώνται. Το ποσό των ηλεκτρολυτών και της ουρίας του αίματος προσδιορίζεται καθημερινά.

γ) Κατά το στάδιο της διουρήσεως, με αύξηση του παρεχομένου νερού και, αν η ουρία του αίματος ελαττώνεται σημαντικά και σταθερά, με χορήγηση πρωτεϊνών. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι τέτληια αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας δεν επέρχεται σε ορισμένες άρρωστες, ενώ στις υπόλοιπες χρειάζεται 9-12 μήνες.

ΠΡΩΪΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΩΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Πρώϊμο τοκετό ονομάζουμε τον τοκετό που συμβαίνει μεταξύ του τέλους του 5ου και του τέλους του 7ου μήνα της εγκυμοσύνης και πρόωρο εκείνον που συμβαίνει μεταξύ των αρχών του 8ου μηνός και 15 ημερών πριν από το τέλος της εγκυμοσύνης. Ο μέσος όρος θνησιμότητας των πρώϊμων και πρόωρων νεογνών φτάνει τα 20%-25%. Αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν πρώϊμο ή πρόωρο τοκετό είναι πολλές, γενικές και τοπικές. Οι τοξιναιμίες της εγκυμοσύνης και η σύφιλη κατέχουν την πρώτη θέση. Ακολουθούν η χρόνια υπέρταση, ο πρόδρομος πλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση του

του κανονικά προσφυόμενου πλακούντα, το υδράμνιο, οι καρδιοπάθειες της εγκύου η ελονοσία, η αναιμία, η ασυμβατότητα των συζύγων προς τον παράγοντα RH, κούραση της εγκύου, τραυματισμοί της εγκύου κ.λ.π..

Μεγάλο ρόλο σχετικά με τους πρόωρους και πρόωρους τοκετούς παίζει η πρόληψή τους. Μεγάλη βοήθεια γι' αυτήν είναι η συχνή προ του τοκετού παρακολούθηση της εγκύου και η έγκαιρη αντιμετώπιση κάθε παθολογικής εκτροπής της οργανώσεως και διαδρομής της εγκυμοσύνης.

ΠΟΛΥΑΜΝΙΟ ΚΑΙ ΟΛΙΓΑΜΝΙΟ

Πολυάμνιο ή υδράμνιο ονομάζουμε την υπερβολική (πάνω από μισό έως ενάμισυ κιλό) αύξηση του ενάμνιου υγρού. Η αύξηση αυτή συμβαδίζει πολλές φορές με ανώμαλα σχήματα και προβολές του εμβρύου, καθώς επίσης και με διαμαρτυρίες της διαπλάσεώς του, όπως είναι η ανεγκεφαλία, υδροκεφαλία, μηνιγγοκήλη, ατρησία του οισοφάγου ή του δωδεκαδακτύλου, ανωμαλίες του κυκλοφορικού συστήματος, των νεφρών και του ήπατος.

Η θεραπεία του πολυάμνιου, εξαρτάται από τη μορφή του και την αιτιολογία του. Στην οξεία μορφή, στην οποία τα συμπτώματα επιβαρύνουν πολύ την έγκυο, όπως επίσης και μετά την ακτινογραφική διαπίστωση σοβαρών διαπλαστικών ανωμαλιών του εμβρύου, προβαίνουμε σε παρακέντηση του θυλαίου. Στη χρόνια μορφή, όπως επίσης και στην περίπτωση που οι ακτινογραφίες δεν δείχνουν σοβαρές διαπλαστικές ανωμαλίες του ή των εμβρύων, αναμονή μέχρι να παρουσιασθούν αυτόματα τα συμπτώματα του τοκετού.

-Ολιγοάμνιο ονομάζουμε την υπερβολική ελάτωση του ενάμνιου υγρού. Οι αιτίες της είναι άγνωστες, τα αποτελέσματά της

όμως καμιά φορά είναι δυσάρεστα για το έμβρυο. Από την άμεση πίεση των τοιχωμάτων της μήτρας στο σώμα του εμβρύου, προκαλούνται σ' αυτό δυσμορφίες, διαπλαστικές ανωμαλίες και ανώμαλα σχήματα. Ο τοκετός, τέλος, από την έλλειψη θυλακίου παρατείνεται και επιβαρύνεται με επεμβάσεις.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Η συχνότητά του ανέρχεται σε 1-2%. Μερικές από τις αιτίες είναι οι εξής: Ακτινοβολία πυέλου της εγκύου, Αναιμία, Ασυμβατότητα γονέων προς τον παράγοντα RH, δηλητηριάσεις οξείες, σακχαρώδης διαβήτης, οξείες λοιμώξεις, χρόνια νεφρίτης, ολιγάμνιο, Περιτυλίξεις ομφαλίδας, έμφρακτα πλακούντα, πρόδρομος πλακούντας, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, προεκλαμψία, εκλαμψία, σύφιλη, τοξιναιμίες της εγκυμοσύνης, τραυματισμοί της εγκύου, υδράμνιο, υπερωριμότητα του εμβρύου κ.λ.π.. Από τη στιγμή που το έμβρυο παύει να ζει, η έγκυος δεν αισθάνεται τα σκιρτήματα του, η κοιλιά της στο εξής δεν μεγαλώνει και μετατοπίζεται σαν ένας αδρανής όγκος προς το πλευρό της κατακλίσεώς της. Οι μαστοί <<πέφτουν>> και τα τυχόν γενικώτερα συμπτώματα εγκυμοσύνης σταματούν. Η έγκυος αισθάνεται γενική κακουχία, κακή γεύση, και παρουσιάζει σκοτεινόχρωμα υγρά από τον υγρό.

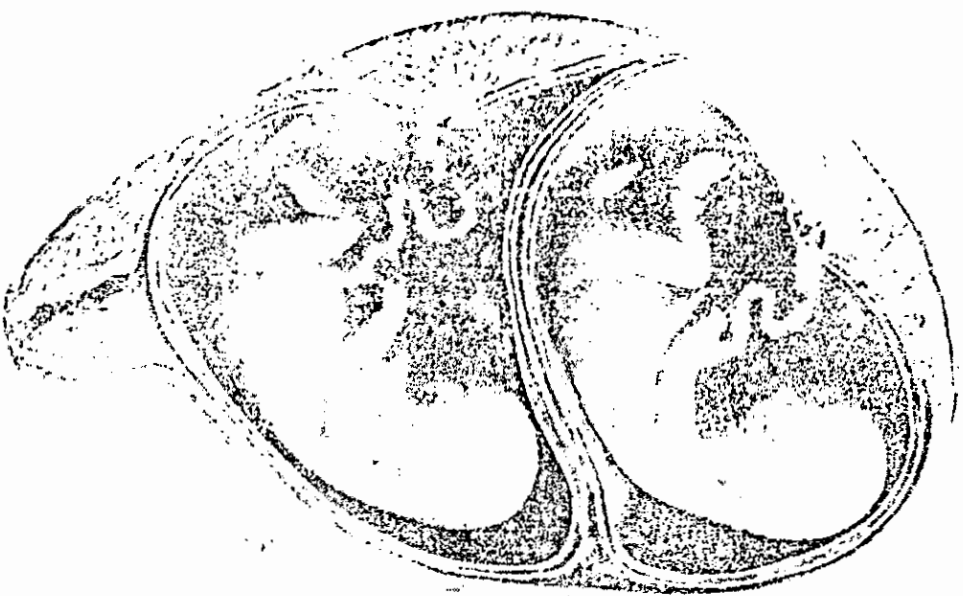
Η αγωγή που ακολουθεί ο γιατρός στον ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου αν το θυλάκιο είναι άρρηκτο, είναι συντηρητική. Συνήθως στην προσδιορισμένη ημερομηνία τοκετού, ή λίγο αργότερα, αρχίζει πόνος και το έμβρυο αποβάλλεται.

ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

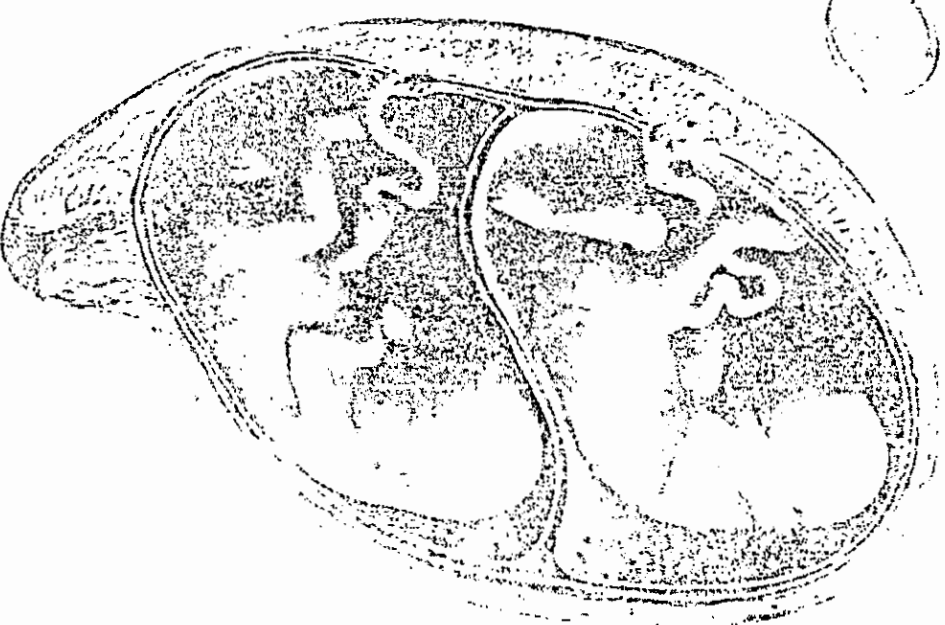
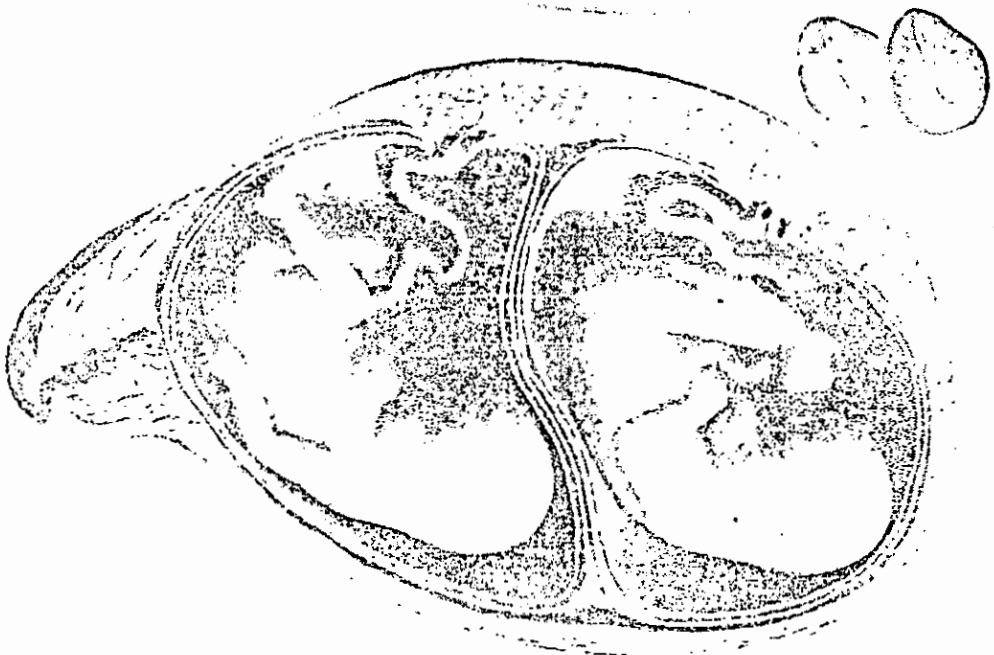
Είναι αναμφισβήτητο ότι η εγκυμοσύνη σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει κάπως περισσότερο από το κανονικό όριο των 280 ημερών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Δύο ώαρια



ένα ώαριο



πολυγενής εγκυμοσύνη

πολυγενής εγκυμοσύνη

μονογενής εγκυμοσύνη

Αν η παράταση φτάσει τις δύο εβδομάδες οι ανησυχίες μας πρέπει να ενταθούν, όταν μάλιστα το μέγεθος του εμβρύου φαίνεται μεγαλύτερο του κανονικού, αν η κοιλιά της επιτόκου <<έπεσε>> πολύ τις δύο αυτές τελευταίες εβδομάδες ή αν τρέχουν από τον κόλπο σε λίγη ποσότητα, αλλά συνεχώς κιτρινόχρωμα υγρά. Κατά τη μεγαλύτερη από δύο εβδομάδες παράταση της εγκυμοσύνης υπάρχει κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου του εμβρύου μέσα στη μήτρα πριν τον τοκετό, κατά ή μετά από αυτόν, λόγω εγκεφαλικής υποξαιμίας, αφ' ενός και δυσχερειών του τοκετού που προκαλεί το μεγαλωμένο ή λιγώτερο εύπλαστο κεφάλι του εμβρύου. Η αγωγή σε περίπτωση βεβαιωμένης παράτασης της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει την πρόκληση τοκετού με τα γνωστά συντηρητικά μέσα (κλύσμα, Σπαρτεΐνη, έγχυση οξυτοκίνης). Αν τα μέσα αυτά δεν προκαλέσουν πραγματικές ωδίνες τοκετού μέσα σε 6-12 ώρες εκτελείται καισαρική.

Οι επιπλοκές της προχωρημένης εγκυμοσύνης απειλούν τη ζωή της μητέρας και του εμβρύου. Η εμφάνιση συμπτωμάτων που τις προηγουμένως θα πρέπει να οδηγήσουν αμέσως την επίτοκο στο γιατρό.

ΠΟΛΥΔΥΜΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Πολύδυμη εγκυμοσύνη έχουμε όταν μέσα στην μήτρα αναπτύσσονται συγχρόνως δύο ή περισσότερα έμβρυα. Ανάλογα με τον αριθμό τους έχουμε, δίδυμα, τρίδυμα κ.λ.π.. Η συχνότητα της πολύδυμης εγκυμοσύνης είναι ανάλογη με την γονιμότητα της φυλής και κυρίως είναι κληρονομική. Παρατηρείται πιο συχνά στις πολύτοκες παρά στις πρωτότοκες.

Η διάγνωση της πολύδυμης κύησης είναι δύσκολο να γίνει στην αρχή της εγκυμοσύνης. Συνήθως, ο δυσανάλογος όγκος της

μήτρας δημιουργεί υποψία, που μπορεί όμως να οφείλεται και σε μεγαλόσωμο έμβρυο ή περισσότερο αμνιοτικό υγρό.

Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης, στην μαιευτική εξέταση, με την ψηλάφηση βρίσκονται περισσότερα άκρα, δύο κεφάλια, δύο ράχες, ακούγονται καθαρά δύο ξεχωριστές εστίες καρδιακών παλμών. Η διάγνωση μπορεί να γίνει από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης με την εφαρμογή της υπερηχογραφίας που μας επιτρέπει να ελεγχθεί ακόμη και η ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Στην πολύδυμη εγκυμοσύνη θα πρέπει η έγκυος να είναι περισσότερο προσεκτική, να εξετάζεται πιο συχνά, τουλάχιστον κάθε 20 μέρες και να γεννά σε οργανωμένο μαιευτήριο. Οι πολύδυμες εγκυμοσύνες συχνά καταλήγουν σε πρόωρο τοκετό, γιατί η μήτρα υπερτεντωμένη όπως είναι έχει μεγαλύτερη ευαισθησία.

Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Αναφερθήκαμε στις αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης. Σπουδαίες όμως εξελίξεις και μεταβολές παρατηρούνται μέσα στην μήτρα της γυναίκας και αφορούν το έμβρυο το οποίο φιλοξενείται εκεί και κάθε μήνα αλλάζει μορφή και αποκτά καινούρια στοιχεία. Θα προσπαθήσουμε να δώσουμε συνοπτικά τις αλλαγές αυτές που επιτελούνται κάθε μήνα.

ΠΡΩΤΟΣ ΜΗΝΑΣ (ένας άνθρωπος γεννιέται)

Περίπου την 21η μέρα της ζωής του το έμβρυο δεν ξεπερνά τα δύο χιλιοστά. Η καρδιά του εμβρύου αρχίζει να λειτουργεί την τέταρτη εβδομάδα. Η μορφή της είναι υποτυπώδης και δεν μοιάζει καθόλου με τη μορφή που θα έχει μερικούς μήνες αργότερα. Η συχνότητα των καρδιακών παλμών του εμβρύου είναι 130-150 το λεπτό. Τον πρώτο μήνα το έμβρυο έχει μήκος 5 χιλιοστόμετρα.

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΜΗΝΑΣ (Θεμέλιο για σωστή δομή και εξέλιξη)

Οι δύο πρώτοι μήνες είναι το θεμέλιο για τη σωστή δομή και την πιο πέρα εξέλιξη του εμβρύου. Τους υπόλοιπους επτά μήνες θα εξελιχθούν και θα τελειοποιηθούν τα διάφορα συστήματα.

Στην αρχή του δεύτερου μήνα το κεφάλι του εμβρύου αρχίζει μέρα με τη μέρα να ξεχωρίζει καθαρά από τη ράχη. Στο πρόσωπο διαγράφονται τα μάτια, το στόμα, τα χείλη, η μύτη, που μπορούν φανταστικά να υποτεθούν και που μέρα με τη μέρα παίρνουν μία πιο συγκεκριμένη ανθρώπινη μορφή.

Στο τέλος της έβδομης εβδομάδας αρχίζει η οστεοποίηση του σκελετού, που θα συνεχισθεί για πολλά χρόνια και θα τελειοποιηθεί με την ενηλικίωση του ανθρώπου.

Ύστερα από την περιγραφή των πρώτων μηνών της ζωής του εμβρύου, κάθε γυναίκα πρέπει να καταλάβει πόσο μεγάλη σημασία έχει η υγεία της, η διατροφή της και η συμπεριφορά της τους πρώτους καθοριστικούς μήνες της εγκυμοσύνης. Για να γίνει γερό το μελλοντικό της μωρό θα πρέπει να του δώσει τις απαραίτητες και εντελώς αναγκαίες ουσίες. Ακόμη θα προστατεύει το έμβρυο από τις μολύνσεις, τα μικρόβια, και τις δηλητηριώδεις ουσίες, που θα μπορούσαν να βλάψουν και να προβληματίσουν την παραπέρα εξέλιξή του.

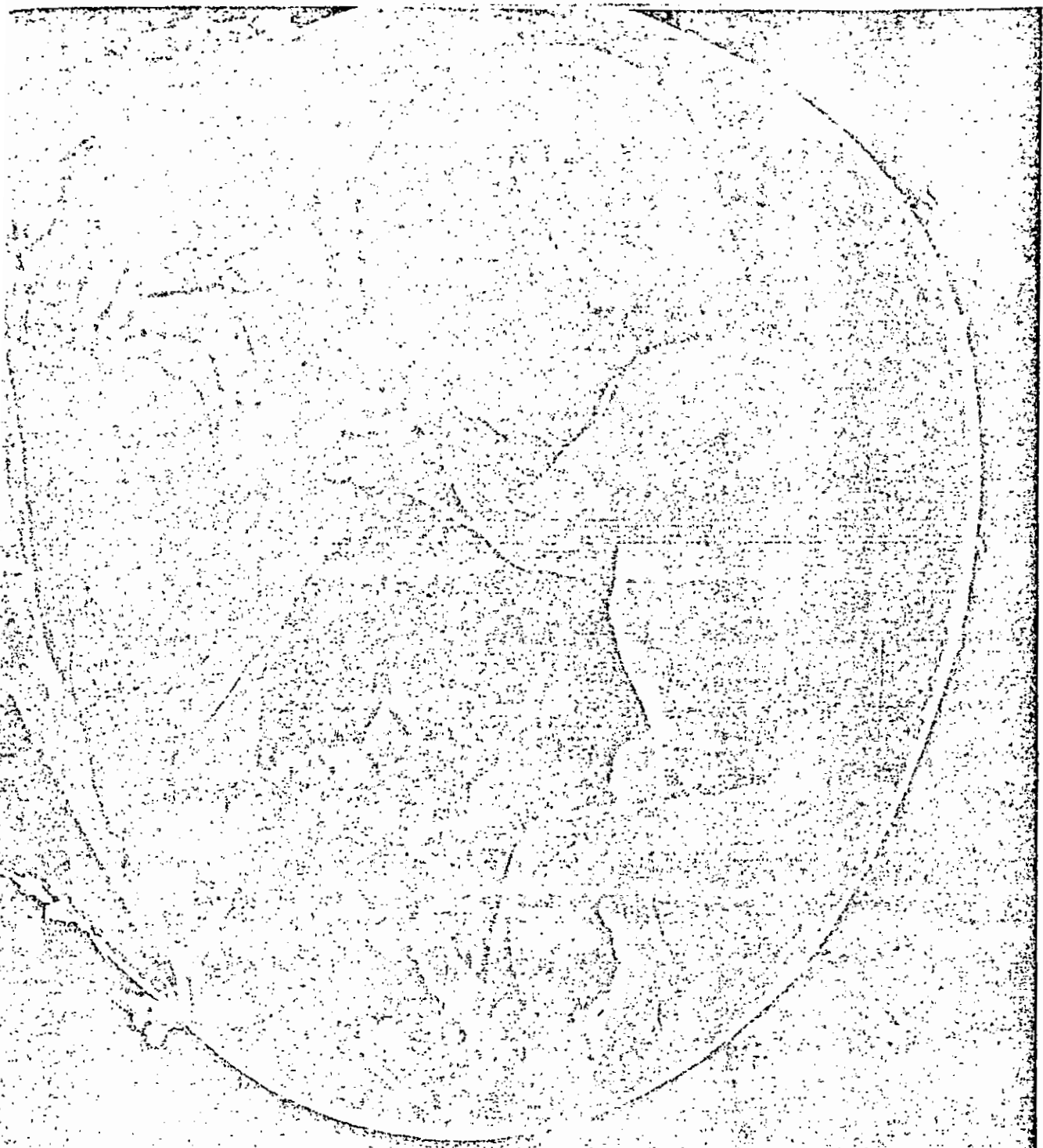
ΤΡΙΤΟΣ ΜΗΝΑΣ (Κορίτσι ή αγόρι)

Το πρόσωπο αρχίζει να παίρνει πιο ανθρώπινη μορφή. Τα μάτια συμπλησιάζουν μεταξύ τους, τα βλέφαρα αναπτύσσονται και καλύπτουν το μάτι, για να προστατεύουν το βολβό που διαπλάσσεται. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αρχίζουν να διαφοροποιούνται. Αν και το φύλο του εμβρύου είναι ήδη καθορισμένο από τη στιγμή της σύλληψης, έως τη στιγμή αυτή είχε ταυτόχρονα γυναικεία και ανδρικά γεννητικά όργανα. Το φύλλο του εμβρύου φαίνεται τώρα πιο καθαρά, εάν

Die ...

Die ...
zu ...
...
...
...





IN OMNIBUS ANIMIS ET IN OMNIBUS REBUS
QUI SUNT IN TERRA ET IN MARE
QUI SUNT IN AERE ET IN SUBTERRANEO
QUI SUNT IN Caelo ET IN TERRA
QUI SUNT IN AERE ET IN SUBTERRANEO
QUI SUNT IN Caelo ET IN TERRA

είναι αγόρι ή κορίτσι.

Το έμβρυο τώρα μπορεί να κινεί ελαφρά καιαδύναμα τα χέρια, τα πόδια, σφίγγει τις γροθιές του, κουνάει το κεφαλάκι και ακόμη ανοίγει το στόμα και καταπίνει.

ΤΕΤΑΡΤΟΣ ΜΗΝΑΣ (τα πρώτα σκιρτήματα)

Στο κεφάλι αρχίζουν να εμφανίζονται τα πρώτα μαλλιά. Οι αδένες αρχίζουν να λειτουργούν, όπως είναι οι σηγηματογόνοι, οι ιδρωτοποιοί και ακόμη οι αδένες του πεπτικού συστήματος, της χολής και του στομαχιού. Το έμβρυο τώρα αρχίζει να λικνίζεται μέσα στον αμνιακό σάκκο, που περιέχει υγρό. Αυτό το βοηθά να μην υπολογίζει τον νόμο της βαρύτητας και το προφυλάσσει από τα τραντάγματα που άθελα προκαλούν οι κινήσεις της μητέρας, μάλιστα, του προσφέρει τον πρώτο καιρό τροφή. Η έγκυος αισθάνεται τα σκιρτήματα του εμβρύου, τα οποία αποτελούν ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου.

ΠΕΜΠΤΟΣ ΜΗΝΑΣ (Ακρόαση των καρδιακών παλμών)

Είναι πια ένα τέλεια σχηματισμένο μωράκι. Αρχίζει τώρα πια να κινείται πιο ζωηρά μέσα στη μήτρα. Οι κινήσεις του, που όπως είπαμε, λέγονται σκιρτήματα, τώρα γίνονται πιο θαρρετές πιο ζωηρές και ακόμη πιο συχνές, όσο θα προχωρεί η εγκυμοσύνη και όσο αυτό θα μεγαλώνει. Θα λιγοστεύουν όταν πλησιάζει ο τοκετός. Τότε ο χώρος που έχει στη διάθεσή του μέρα με τη μέρα ελαττώνεται και δεν έχει ευχέρεια στις κινήσεις του. Περίπου αυτή την εποχή μερικές φορές και πολύ νωρίτερα, ακούγονται οι καρδιακοί παλμοί με τα στηθοσκοπία. Στην πατρίδα μας εδώ και χρόνια χρησιμοποιούμε για τον σκοπό αυτό τον παλμογράφο. Έχει αποδειχθεί ότι τον 5ο μήνα το έμβρυο έχει συναισθηματικές και ακουστικές αντιδράσεις, δηλαδή μπορεί να αντίληφθει ήχους του εξωτερικού περιβάλλοντος.

ΕΚΤΟΣ ΜΗΝΑΣ (το μωρό αντιδρά στους ήχους)

Είναι ο μήνας με τις εκπλήξεις. Έχει μήκος 35 εκατ. και βάρος 1.000 γραμμάρια. Ζυγίζει κιόλας ένα κιλό. Το σμήγμα καλύπτει όλο το σώμα του μέρα με τη μέρα. Τα βιολογικά συστήματα αναπτύσσονται, τέλειοποιούνται, είναι όμως τόσο ανώριμο ακόμη! Το έμβρυο αντιλαμβάνεται και αντιδρά στους ήχους του περιβάλλοντος.

Αν τύχει και γεννηθεί το έμβρυο αναπνέει, κινείται και μερικές φορές τα καταφέρνει να επιζήσει για καιρό. Σπάνια όμως καταφέρνει να επιβιώσει.

ΕΒΔΟΜΟΣ ΜΗΝΑΣ (τα εβδομηνίτικα)

Τον έβδομο μήνα το έμβρυο έχει μορφή γεροντική, το δέρμα του είναι ζαρωμένο και στεγνό χωρίς ίχνος λίπους να το στηρίζει. Τα νεύρα και οι μύες αρχίζουν να τελειοποιούνται, τα αισθητήρια όργανα αναπτύσσονται. Το σώμα του είναι αδύνατο και λεπτεπίλεπτο. Το εβδομηνίτικο έμβρυο μόλις γεννηθεί, αναπνέει, φωνάζει, κουνάει χέρια και πόδια προς κάθε σημείο και ανοίγει-κλείνει τα μάτια του.

ΟΓΔΟΣ ΜΗΝΑΣ

Τα διάφορα οργανικά συστήματα έχουν σχηματισθεί. Μερικά ήδη λειτουργούν και άλλα θα λειτουργήσουν αμέσως μετά τη γέννηση του εμβρύου, όπως το στομάχι, τα έντερα, τα νεφρά. Η καρδιά υπολειτουργεί, μιάς και όταν το έμβρυο γεννηθεί, αλλάζει ο τρόπος λειτουργίας της. Το δέρμα είναι τώρα λιγότερο κόκκινο, και πάει να γίνει τριανταφυλλί. Έχει περισσότερο λίπος και είναι λιγότερο ζαρωμένο. Έχει βάρος 2500 γρ. και μήκος 40 εκατ.

Οι εμβρυολογικές γνώσεις που ως τώρα περιγράφηκαν, προσφέρουν στην έγκυο τη χαρά και την ευχαρίστηση να μάθει, να δει και να ζήσει, έστω και με τη φαντασία της, τις διεργασίες που γί-

νονται μέσα στα σπλάχνα, μέσα στη μήτρα, μέσα στον οργανισμό της.

Γνωρίζοντας όλες αυτές τις εξελίξεις και περίπου τον τρόπο που λειτουργούν, η γυναίκα συμμετέχει ενεργητικά στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Θα πρέπει να είναι ενήμερη για το καθετί, θα πρέπει να καταλάβει καθετί που την αφορά με κάθε λεπτομέρεια, σωστά και καθαρά χωρίς ατακαλαβίστικες ορολογίες και κλισσαρισμένες απαντήσεις, που πιο πολύ μπερδεύουν και μυστικοποιούν την εγκυμοσύνη.

ΕΝΑΤΟΣ ΜΗΝΑΣ (Ο μήνας της αναμονής)

Τα χαρακτηριστικά του ώριμου πια εμβρύου είναι: το μήκος, το βάρος, οι περίμετροι και οι διάμετροι του κεφαλιού και του κορμιού του, οι αναλογίες των άκρων, ο τέλειος σχηματισμός των γεννητικών οργάνων, τα μαλλιά στο κεφάλι του. Στη μύτη και στα αυτιά το δέρμα γίνεται πιο σκληρό. Ο θύμος αδένας είναι πολύ μεγάλος, ο σπλήνας το ίδιο και το συκώτι του ακόμη μεγαλύτερο, ξεπερνά τις πλευρές και γεμίζει σχεδόν την κοιλιά του.

Η ενδομήτρια ζωή τελείωσε, ένα άλλο στάδιο ανάπτυξης θα αρχίσει. Μόνο μετά από μερικά χρόνια θα συμπληρωθεί η ανάπτυξή του, η άνθισή του, η αυτοτέλειά και η ολοκλήρωσή του.

ΠΩΣ ΤΡΕΦΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΕΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Στη συνέχεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης θ' αναφερθούμε στον τρόπο που το έμβρυο μέσα στη μήτρα τρέφεται και αναπνέει.

Το οξυγόνο και η τροφή είναι στοιχεία εντελώς απαραίτητα για την ανάπτυξή του. Στην εμβρυϊκή ζωή όμως το έμβρυο δεν χρησιμοποιεί το στόμα, ούτε και το πεπτικό σύστημα για να τραφεί. Επίσης δεν λειτουργούν οι πνεύμονες για να αναπνεύσει.

Τις δύο αυτές λειτουργίες στην εμβρυϊκή ζωή αναλαμβάνουν ο πλακούντας ή ύστερα και ο ομφάλιος λώρος. Τα όργανα αυτά εί-

ναι εξαρτώμενα το ένα από το άλλο. Το καθένα όμως έχει δική του καθορισμένη εργασία.

ΑΠΟΒΟΛΗ

Η εμπειρία μιάς αποβολής έχει πάντα ψυχολογικές επιπτώσεις, που δεν είναι άσχετες με τον μήνα της εγκυμοσύνης. Όσο πιο μεγάλη είναι η εγκυμοσύνη, και μάλιστα αν η γυναίκα αισθανθεί το έμβρυο να σκιρτά μέσα στα σπλάχνα της, τόσο περισσότερο επηρεάζεται. Δημιουργείται μέσα της φόβος, ανασφάλεια και μερικές φορές πανικός πως ποτέ πια δεν θα ξανααποκτήσει παιδί.

Σαν γενικές αιτίες αποβολής αναφέρονται οι εξής:

- 1) Βιολογικές λειτουργικές ανωμαλίες ως προς την παραγωγή ορμονών.
- 2) Ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας, λοιμώξεις, αρρώστιες (διαβήτης)
- 3) Ψυχολογικές αιτίες.
- 4) Βιολογικές ανωμαλίες ως προς το σπερματοζώαριο ή το ωάριο.

Στην αποβολή έχουμε τις εξής εξελίξεις:

Επαπειλούμενη αποβολή: Μερικές γυναίκες τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης έχουν μικροαιμορραγίες στον χρόνο που αντιστοιχεί στις μέρες τις περιόδου, αν δεν έχουν συλλάβει. Αν η αιμορραγία συνεχιστεί θα πρέπει να απευθυνθούν στο γιατρό. Τονίζετε στην γυναίκα ότι θα πρέπει να είναι προσεκτική, να ελατώσει τις κοινωνικές δραστηριότητές της όσο μπορεί να μην έχει ερωτικές σχέσεις, να μην κάνει κολπικές πλύσεις, να μην μένει στην μπανιέρα για πολλή ώρα και να μην σηκώνει βάρη.

Αναπόφευκτη αποβολή: Αν η έγκυος έχει κόκκινο αίμα, συστολές έντονες και διαρκείας χαμηλά στην κοιλιά θα πρέπει να πάει στο μαιευτήριο. Αν διαπιστωθεί με την κολπική εξέταση ότι το στόμιο της μήτρας έχει διασταλεί, ανοίξει, δεν υπάρχει τρόπος η εγκυμοσύνη να συνεχιστεί.

Ατελής αποβολή: Αν υπάρχουν θρόμβοι, πήγματα άφθονα, θα πρέπει η γυναίκα να τα δείξει στο γιατρό. Υπάρχει περίπτωση ένα μέρος του εμβρύου να έχει αποβληθεί μαζί με τα πήγματα. Η απόξεση είναι εντελώς απαραίτητη για να καθαριστεί η μήτρα από τα υπολείματα της εγκυμοσύνης και να μπορέσει να παλινδρομήσει, να μικρύνει στο αρχικό της μέγεθος. Στην αποβολή προηγούνται οσφυαλγία, συστολές, συσπάσεις χαμηλά στην κοιλιά, καθώς και αιμορραγία μεγάλη. Μερικές φορές αποβάλλεται το έμβρυο ολόκληρο μέσα στον αμνιακό σάκκο.

Ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου. Παλίνδρομη κύηση: Συμβαίνει το έμβρυο να πεθάνει, αλλά να παραμείνει στην μήτρα. Το μέγεθος της μήτρας δε μεγαλώνει, το στήθος μικραίνει, οι έμμετοι, ζαλάδες, σιαλόρροια σταματούν. Κάθε σύμπτωμα της εγκυμοσύνης εξαφανίζεται. Μερικές φορές εμφανίζονται καφετιές κηλίδες αίματος. Ένα τέστο εγκυμοσύνης διευκρινίζει την κατάσταση. Συνήθως ακολουθεί αποβολή.

Περίδεση τραχήλου: Όταν διαπιστώνεται ότι το στόμιο του τραχήλου είναι χαλαρό τότε με την πρόοδο της εγκυμοσύνης υπάρχει κίνδυνος να διασταλεί και να ακολουθήσει αποβολή. Το χαλαρό μητρικό στόμιο οφείλεται σε πολλαπλές εγκυμοσύνες, τραυματισμούς του τραχήλου σε εκτρώσεις που έχουν προηγηθεί. Σ' αυτή την περίπτωση στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης γίνεται μία απλή επέμβαση περίδεση του τραχήλου που βοηθά στο να μη διασταλλεί το μητρικό στόμιο και σχεδόν δεν υπάρχει κίνδυνος αποβολής.

Το ράμμα της περίδεσης άλλοτε αφαιρείται με την έναρξη του τοκετού και άλλοτε 15-20 ημέρες πριν από τον τοκετό.

Εξωμήτριος εγκυμοσύνη: Εξωμήτριος είναι η εγκυμοσύνη που ανα-

πτύσσεται έξω από τη μήτρα. Συνήθως το ωάριο εγκαθίσταται μετά την γονιμοποίηση, σε ένα σημείο κατά μήκος της σάλπιγγας. Αιτίες είναι: η δομή των σαλπίγγων (λεπτές, μακριές, κυματοειδείς, φλεγμονές, σαλπγγίτιδα). Το ωάριο αφού εγκατασταθεί μέσα στην σάλπιγγα, αρχίζει να εξελίσσεται ακριβώς όπως μέσα στην μήτρα. Η εγκυμοσύνη προχωρεί, το έμβρυο μεγαλώνει, η σάλπιγγα διαστέλλει το τοίχωμα της όσο μπορεί, είναι όμως στενή και λεπτή και δεν αντέχει και πολύ. Έτσι σπάει, ρήγνυται και έχουμε ρήξη της σάλπιγγας, που αιμορραγεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Συμπτώματα: δυνατός, διαξιφιστικός πόνος στην κοιλιά, ταχυσφυγμία, ζάλη, ωχρότητα, ναυτία, λιποθυμία.

Σε περίπτωση σαλπγγικής αποβολής τα συμπτώματα δεν είναι τόσο θορυβώδη. Μερικές φορές παρουσιάζεται αιμορραγία ελαφρά από τον κόλπο σαν να έχει η γυναίκα περίοδο και η κατάσταση μπερδεύεται με την αποβολή και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Μια προσεκτική γυναικολογική εξέταση σε συνδυασμό με εξέταση αίματος και παρακέντηση θα δώσουν την απάντηση. Μερικές φορές η διάγνωση είναι δύσκολη. Επιβάλλεται χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρη ή τμήμα της σάλπιγγας.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Χάρη στην προγεννητική διάγνωση μπορούμε να γνωρίζουμε αν το παιδί που θα γεννηθεί θα είναι εντελώς υγιές.

Προγεννητικός έλεγχθος πρέπει να ζητείται:

- 1) Όταν γεννιέται παιδί με ανωμαλίες στη διάπλασή του.
- 2) Όταν υπάρχει διανοητικά καθυστερημένο άτομο στην οικογένεια.
- 3) Όταν υπάρχει παιδί με ψυχοκινητική καθυστέρηση.
- 4) Όταν γεννιέται ένα παιδί με ανωμαλίες των έξω γεννητικών οργάνων.

5) Όταν έχουμε ιστορικό με αποβολή ή παλίνδρομη κύηση, κυρίως του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης.

6) Όταν τα ζευγάρια έχουν στενό βαθμό συγγενείας.

7) Όταν η έγκυος πέρασε λοίμωξη, και μάλιστα στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ή πήρε ακτινοβολία ή φάρμακα που μπορούν να βλάψουν το έμβρυο.

9) Ακόμη όταν η ηλικία της εγκύου είναι μεγαλύτερη από 38 ετών.

Ας έχουμε πάντα υπ' όψη ότι δεν είναι ντροπή να συζητάμε αυτού του είδους τα προβλήματα. Θα έλεγα μάλιστα ότι είναι ανάγκη να συζητούνται με πρόσωπα αρμόδια στα οποία θα απευθυνθεί ο ενδιαφερόμενος για επιστημονικό έλεγχο και υπεύθυνες συμβουλές.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Οι μέθοδοι αυτοί εφαρμόζονται από την 17η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και είναι:

1. Η αμνιοκέντηση: γίνεται για να διαγνωσθούν κυρίως χρωματοσωματικές ανωμαλίες ή μεταβολικές αρρώστειες. Κατά την αμνιοκέντηση παρακεντίζεται με βελόνα ο αμνιακός σάκος από το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα της εγκύου και παίρνουν αμνιακό υγρό, το οποίο εξετάζουν για προγεννητικό έλεγχο συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου.

2. Η πλακουντοκέντηση: γίνεται για να διαγνωσθούν κυρίως αιματολογικές αρρώστειες όπως η μεσογειακή αναιμία.

3. Η εμβρυοσκόπηση: δηλαδή η ενδομήτρια επισκόπηση του εμβρύου.

4. Η υπερηχογραφία: για να διαγνωσθούν ανωμαλίες που αφορούν τη διάπλαση του εμβρύου.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ RHESUS

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνεται μία σχετική ανταλλαγή αίματος ανάμεσα στην έγκυο και στο έμβρυο δια μέσου του πλα-

κούντα, αν και τα δύο κυκλοφοριακά συστήματα είναι μεταξύ τους διαχωρισμένα. Η ανταλλαγή αίματος γίνεται βασικά από τη μητέρα προς το έμβρυο. Στη διάρκεια του τοκετού, επειδή ο πλακούντας αποβάλλεται από τη μήτρα η μητέρα μπορεί να απορροφήσει μιά ποσότητα από το αίμα του παιδιού. Έτσι αν η γυναίκα είναι RH^- και έγκυος για πρώτη φορά και δεν της έχει γίνει ποτέ μετάγγιση αίματος RH^+ το πρώτο της παιδί δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο. Στη διάρκεια του τοκετού όμως, μπορεί να απορροφήσει αίμα από το έμβρυο και να δημιουργηθούν στο αίμα της αντισώματα τα οποία στην επόμενη εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει αιμόλυση.

Απαραίτητα, λοιπόν κάθε γυναίκα έγκυος, θα πρέπει να ελέγχει τον παράγοντα RHESUS⁻ θα πρέπει :

1) Να γίνει εξέταση RHESUS του πατέρα. Αν ο πατέρας είναι αρνητικός, τότε και το παιδί θα είναι αρνητικό και δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. Αν ο πατέρας είναι θετικός θα πρέπει να γίνει εξέταση για να διαπιστωθεί αν είναι φορέας γονιδίων. Αν είναι φορέας, τότε το έμβρυο έχοντας γονίδια RH^- (από της μητέρας) και γονίδια RH^+ , έχει 50% πιθανότητα να πάθει αιμόλυση και να κινδυνεύσει. Αν όμως ο πατέρας έχει μόνο γονίδια RH^+ τότε το παιδί διατρέχει μεγάλο κίνδυνο.

2) Η έγκυος θα πρέπει να γνωρίζει αν της έχει γίνει ποτέ μετάγγιση αίματος.

3) Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να εξετάζετε η έγκυος για πιθανή παρουσία στο αίμα της αντισωμάτων (εξέταση έμμεση COOMBS).

4) Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να διαπιστωθεί αν τα αιμοσφαίρια του εμβρύου έχουν αλλοιωθεί, με την αμνιοπαρακέντηση.

5) Σήμερα χρησιμοποιείται ο ορός αντί-ρέζους, το οποίο αν δοθεί σε γυναίκα RH⁻ τις 72 πρώτες ώρες μετά τον τοκετό, προλαμβάνει τη δημιουργία αντισωμάτων, που απειλούν τη μελλοντική εγκυμοσύνη. Πάντα γίνεται ο ορός αντιρέζους μετά από έκτρωση για προληπτικούς λόγους.

ΚΥΗΣΗ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (Κ.Υ.Κ.)

Ο ορός κύηση υψηλού κινδύνου αναφέρεται στις εγκυμοσύνες εκείνες, στις οποίες η μητέρα και το έμβρυο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από αυτόν που υπόκεινται οι εγκυμοσύνες με φυσιολογική εξέλιξη. Στην Κ.Υ.Κ. περιλαμβάνονται και εκείνες οι κυήσεις που έχουν αυξημένες πιθανότητες να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παιδιού, το οποίον είναι δυνατό να παρουσιάσει οποιοδήποτε πρόβλημα, που έχει σχέση με την πορεία της κύησης και του τοκετού.

Στην κύηση υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται,

- 1) Ανύπαντρες έγκυες, 2) Έγκυες κάτω των 19 χρόνων και άνω των 35, 3) Έγκυες υπερπολύτεκνες, 4) Έγκυες με ιστορικό αυτομάτων ή τεχνητών εκτρώσεων, πρόωρων τοκετών, ενδομήτριων θανάτων των εμβρύων, συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου, και νεογνικών θανάτων, 5) Εγκυμοσύνες που επιπλέκονται με διάφορες παθολογικές καταστάσεις (σακχαρώδης διαβήτης, αναιμία, καρδιοπάθεια, τοξοπλάσωση, ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHESUS κ.λ.π.) εγκυμοσύνες επιπλεγμένες από εγχειρητικές παθήσεις (νεοπλασίες των γεννητικών οργάνων, σικωλικοειδίτιδα κ.λ.π.), 7) Προεκλαμψία, 8) Εμπύρετα νοσήματα στην κύηση, 9) Εγκυμοσύνες με αιμορραγία σε κάποιο στάδιο της κύησης, 10) Η δίδυμη και πολύδυμη κύηση, 11) Η πρώιμη ρήξη των υμένων του εμβρύου, 12) Κυήσεις με ανεπαρκή ιατρική παρακολούθηση, 13) Έγκυες με ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου της μήτρας. 14) Έγκυες με μακροχρόνια στείωση

15) Έγκυες που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, 16) παρατεταμένος προηγούμενος τοκετός ή προηγούμενος τοκετός με μαιευτική επέμβαση, 17) εγκυμοσύνες που αφορούν γυναίκες με ανωμαλίες της διάπλασης της μήτρας και του κόλπου.

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Το σύνολο των φροντίδων, των συμβουλών και των προσταγμάτων, που έχουν σκοπό να εξασφαλίσουν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, την επιτυχία φυσιολογικού τοκετού και τη γέννηση γερού νεογνού, αποτελεί την υγιεινή της εγκυμοσύνης.

Κατοικία: Η ζωή της εγκύου πρέπει να είναι, όσο το δυνατό, πιο άνετη και ευχάριστη στο σπίτι της, όταν μάλιστα ασχολείται με τα οικιακά. Απαραίτητη προϋπόθεση, για την εξασφάλιση αυτής της άνεσης και της ομαλής εξέλιξης της εγκυμοσύνης, αποτελεί ένα υγιεινό σπίτι. Ανάλογα με την κοινωνική και οικονομική της κατάσταση το περιβάλλον της εγκύου πρέπει να διαμορφωθεί έτσι, ώστε το σπίτι να είναι μία πραγματική <<εστία>> για αυτή.

Ενδυμασία: Η υγιεινή ενδυμασία πρέπει να μην εμποδίζει τις λειτουργίες της κυκλοφορίας και της αναπνοής, να μη δυσχεραίνει τις κινήσεις και να καθαρίζεται καλά. Αλλά, αν τους όρους αυτούς πρέπει να εκπληρώνει μια οποιαδήποτε ενδυμασία, πόσο μάλλον η ενδυμασία της εγκύου, γιατί αυτή θα πρέπει να βρίσκεται πάντοτε σ' ένα, απ' όλες τις απόψεις, υγιεινό και προφυλακτικό περιβάλλον. Η έγκυος θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στην ενδυμασία της. Ο στήθος, που θα πρέπει να προτιμάται, είναι αυτός, που απλά υποβαστάζει το στήθος, χωρίς να το πιέζει. Όπως στην υπόλοιπη περιβολή έτσι και στην υπόδηση πρέπει να δοθεί ανάλογη προσοχή. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο όγκος και το βάρος του σώματος αυξάνουν προοδευτικά. Πολλές έγκυες γυναίκες την

περίοδο αυτή χάνουν την ισορροπία τους όταν στέκονται. Τα παπούτσια τα οποία θα πρέπει να προτιμούνται χρειάζεται να έχουν σταθερή βάση ή να είναι χωρίς ψηλό τακούνι. Να είναι αρκετά φαρδιά, γιατί τα πόδια προς το τέλος της εγκυμοσύνης πρήζονται.

Κοινωνική ζωή: Την κοινωνική της ζωή, ως ένα σημείο είναι δυνατό να την συνεχίσει η έγκυος. Δεν είναι σωστό να της απαγορευθεί κάθε σχέση με το έξω κόσμο σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί έχει ανάγκη από ψυχαγωγία και απασχόληση της σκέψης της, μακριά από την κάπως επίπονη κατάστασή της. Οι συγκεντρώσεις, και ιδιαίτερα σε προχωρημένες ώρες, είναι ανάρμοστες για την κατάσταση της εγκύου.

Διατροφή: Ανάμεσα στις αντιλήψεις, που μας προσφέρει σήμερα η επιστήμη σχετικά με τις προϋποθέσεις, που είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική διάπλαση του εμβρύου. Εάν η διατροφή δεν είναι σωστή σε ποιότητα και ποσότητα αυτό έχει σαν αποτέλεσμα προβλήματα στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Ανάλογα με το σκοπό της λειτουργίας τους τα θρεπτικά τα οποία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διατροφή της εγκύου τα κατατάσσουμε ως εξής:

1. Υδατάνθρακες, Λίπη: καιόμενοι παράγουν θερμότητα και ενέργεια. Τρόφιμα στα οποία υπάρχουν μεγάλα ποσά υδατανθράκων, είναι τα δημητριακά, τα όσπρια τα αμυλούχα κ.λ.π.. Λίπη υπάρχουν στο κρέας, στα ψάρια, στον κρόκο του αυγού, στο γάλα, στα έλαια κ.λ.π..
2. Λευκώματα (Πρωτεΐνες): βοηθούν στην ανάπτυξη των ιστών και αντικαταστούν τους φθαρμένους. Τρόφιμα που περιέχουν λευκώματα είναι το κρέας, τα ψάρια, το γάλα, τα φασόλια, το σιτάρι, τα λαχανικά.

3. Άλατα: Βοηθούν στη συντήρηση και ανάπτυξη των οστών. Η έγκυος έχει ανάγκη από μεγάλη ποσότητα αλάτων, γιατί ο οργανισμός της κατακρατάει σημαντικά ποσά, για να διατηρήσει την ισορροπία του. Μερικά από τα πιο σπουδαία άλατα είναι τα εξής:

α) Ασβέστιο. Πηγές του ασβεστίου είναι το γάλα και τα προϊόντα του γάλακτος, ο κρόκος των αυγών, τα περισσότερα χορταρικά, όπως το σπανάκι, τα αντίδια, τα ραδίκια, κ.λ.π., τα ξηρά φασόλια, οι ελιές, οι ξηροί καρποί, το σκληρό νερό κ.λ.π..

β) Χλωριούχο νάτριο. Αν δεν πάρει η έγκυος την απαραίτητη ποσότητα χλωριούχου νατρίου, που φθάνει τα 7-10 γραμ. την ημέρα, μπορεί να πάθει υποχλωραιμία, που εκδηλώνεται με κεφαλαλγίες, εμετούς, αύξηση της ουρίας κ.λ.π.. Έτσι η αντίληψη, πως η έγκυος πρέπει να περιορίσει το αλάτι από τη διατροφή της δεν ευσταθεί. Όταν όμως αυτή πάσχει από παθήσεις των νεφρών, της κυκλοφορίας και γενικά από παθήσεις, που επιβάλλουν ειδική δίαιτα, θα πρέπει η πρόσληψη του να περιοριστεί ή να αποκλειστεί ανάλογα με την κατάσταση της.

γ) Σίδηρος. Οι ανάγκες του ανθρώπου σε σίδηρο ανέρχονται σε 25-30 χιλ. την ημέρα. Στην εγκυμοσύνη το ποσό αυτό αυξάνεται μέχρι 40 χιλ. για να καλύψει τις ανάγκες του εμβρύου, που τον αποθηκεύει στο συκώτι και στο σπλήνα του, γιατί στους πρώτους μήνες της ζωής του το βρέφος παίρνει με τη διατροφή του ελάχιστα ποσά σιδήρου. Η ελάττωση του σιδήρου στην έγκυο εκδηλώνεται με αδυναμία, ιλίγγους, δύσπνοια και καμιά φορά με πρόωρο τοκετό. Η χορήγηση του σιδήρου στην εγκυμοσύνη επιβάλλεται από τους πρώτους μήνες. Πηγές σιδήρου είναι τα φασόλια, οι φακές, το συκώτι, τα μπιζέλια, τα βερύκοκκα, τα αυγά, το σπανάκι κ.λ.π..

Χρήση οινοπνεύματος: Τις βλαβερές ενέργειες του οινοπνεύματος

οφείλουμε να τις κάνουμε γνωστές στην έγκυο και να συνιστούμε σ' αυτή η ποσότητα του οινοπνεύματος, που θα πρέπει να παίρνει την ημέρα, να μην ανέρχεται πάνω από 30γρ.. Η επίδραση του οινοπνεύματος σε παιδιά αλκοολικών εκδηλώνεται με την ατελή ανάπτυξη του εμβρύου, με διαμαρτίες διάπλασης ή με τον πρόωρο θάνατό του. Η ανικανότητα της αλκοολικής εγκύου να φέρει σε πέρας την εγκυμοσύνη μεταφέρεται στα θηλυκά παιδιά της. Στατιστικές μελέτες αποδεικνύουν ότι παιδιά των αλκοολικών καταντούν επιληπτικά, μικρονοϊκά, παρωμένα ηθικά και επειδή έχουν κληρονομήσει κάποια βιολογική προδιάθεση, από μικρή ηλικία επιδίδονται στην οινοποσία.

Κάπνισμα: Έρευνες απέδειξαν ότι οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν πολύ, γεννούν μικρά με μικρότερο βάρος από όσες δεν καπνίζουν και ακόμη ότι οι καπνίστριες είναι επιρρεπείς σε αποβολές και πρόωρους τοκετούς, απ' ότι οι μη καπνίστριες έγκυες.

Παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις στην καρδιά εμβρύων, που προήλθαν από μητέρες που κάπνιζαν. Απόδειξη, πως τα τοξικά προϊόντα του καπνού περνούν από τον πλακούντα στο έμβρυο. Διαπιστώθηκε, ακόμα, πως μετά την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης η κατάχρηση καπνού είναι δυνατό να προκαλέσει και πνευματική καθυστέρηση, που εκδηλώνεται στο τέλος της παιδικής ηλικίας. Αυτό οφείλεται στην κακή οξυγόνωση του πλακούντα. Το κάπνισμα πρέπει να περιορίζεται στην εγκυμοσύνη και ν' αποκλείεται σε υπερτασικές και νεφροπαθείς εγκύους. Εφόσον δεν μπορούμε να πετύχουμε την τέλεια αποχή της εγκύου από το κάπνισμα, θα συστήσουμε τη μέτρια χρήση του. Οκτώ ως δέκα τσιγάρα την ημέρα δεν προκαλούν βλάβη στον οργανισμό της. Αλλά και στη μέτρια δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τα εξής: Ν' αποφεύγει, όσο το δυνατό, την εισπνοή καπνού. Να προτιμάει το κάπνισμα μετά το φαγητό. Να μην καπνί-

ζει ολόκληρο το τσιγάρο, γιατί από τη μέση και κάτω είναι γεμάτο από τοξικές ουσίες. Να προτιμάει τσιγάρα καλής ποιότητας.

Επάγγελμα: Τα περισσότερα από τα επαγγέλματα της γυναίκας δεν απαιτούν δραστηριότητα τέτοια, ώστε να μην συνδυάζονται με την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν όμως επαγγέλματα, που δεν ευνοούν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, γιατί εκθέτουν τη γυναίκα σε υπερβολική κόπωση. Τα επαγγέλματα αυτά είναι δυνατό τους πρώτους και τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης να έχουν δυσάρεστες συνέπειες στην έγκυο, όπως την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης ή τον πρόωρο τοκετό. Υπάρχουν, ακόμα επαγγέλματα που, ενώ δεν εκθέτουν την έγκυο σε μεγάλη δραστηριότητα ή κόπωση έχουν βλαβερή επίδραση σ' αυτή και το έμβryo. Τα περισσότερα από τα επαγγέλματα αυτά προκαλούν τις επαγγελματικές ασθένειες. Σε εργάτριες π.χ. κατεργασίας μολύβδου, παρατήρησουν συχνότερα αυτόματες εκτρώσεις.

Λογικό και ανθρώπινο είναι οι εργάτριες βιομηχανιών και άλλων κοπιαστικών επαγγελμάτων, από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, να εφοδιάζονται με τη σχετική βεβαίωση του γιατρού και ο εργοδότης, ανάλογα, ή να χορηγεί προσωρινή άδεια ή να τις χρησιμοποιεί σε ελαφρότερη εργασία ή να τις απομακρύνει από την επίδραση τοξικών και άλλων ουσιών βλαβερών στην εγκυμοσύνη.

Τέλος, όποια και να είναι η φύση της εργασίας της εγκύου και όποια και αν είναι η διευκόλυνση εκ μέρους των εργοδοτών, επιβάλλεται η απομάκρυνση κάθε εγκύου από την εργασία της, έξι εβδομάδες πριν από τον τοκετό και τουλάχιστον, άλλες έξι ύστερα από φυσιολογικό τοκετό.

Συζυγικές σχέσεις: Η συνουσία συνιστάται ως το τέλος του όγδοου μήνα, αρκεί αυτή να γίνεται με μέτρο και ηπιότητα. Άλλοι

συνιστούν στη γυναίκα ν'αποφεύγει τη συνουσία τους πρώτους και τους τελευταίους μήνες τις εγκυμοσύνης και μάλιστα τις ημέρες, που αντιστοιχούν στην περίοδο, που θα έπρεπε να είχε εμμηνορροσία, γιατί τότε η διεγερσιμότητα της μήτρας είναι μεγαλύτερη.

Τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, και μάλιστα έξι εβδομάδες πριν από τον τοκετό, η συνουσία, απαγορεύεται για δύο κυρίως λόγους: Πρώτα, γιατί η μήτρα ερεθίζεται και οι συστολές της είναι δυνατό να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό και δεύτερο, γιατί είναι δυνατόν να συμβεί πρόιμη ρήξη των υμένων, και αυτή να προκαλέσει παράταση του τοκετού και δυστομία. Αν έχουν προηγηθεί αυτόματες εκτρώσεις στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης ή αν παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία, η συνουσία πρέπει να απαγορευτεί και ως τον τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης.

Καθαριότητα: Η καθαριότητα του σώματος κάθε ανθρώπου και μάλιστα της εγκύου δεν προστατεύει μόνο το σώμα από τη δυσοσμία και τις μολύνσεις, αλλά βοηθά την κανονική λειτουργία του δέρματος, η οποία συμπληρώνει τις λειτουργίες των πνευμόνων, των νεφρών και του συκωτιού, λειτουργίες δηλαδή που επιβαρύνονται στην εγκυμοσύνη. Στην εγκυμοσύνη, η δραστηριότητα του δέρματος αυξάνεται, γιατί σαν όργανο απέκκρισης, απεκκρίνει περισσότερο ιδρώτα και σμήγμα.

Επομένως τα λουτρά στην εγκυμοσύνη όχι μόνο επιτρέπονται αλλά είναι απαραίτητα. Αν δεν είναι εύκολο ένα λουτρό την ημέρα, η έγκυος δεν πρέπει να κάνει λιγότερα από τρία την εβδομάδα. Επίσης, δύο φορές την εβδομάδα πρέπει να πλέονται τα μαλλιά της. Η καθαριότητα των γεννητικών οργάνων πρέπει να είναι σχολαστική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Οι κολπικές πλύσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαγορεύ-

ονται όταν δεν έχουν απόλυτη ένδειξη, γιατί αλλάζουν τα ΡΗ του κόλπου.

Υγιεινή στόματος: Τα ούλα παθαίνουν συχνά ουλίτιδες. Μια μορφή ουλίτιδας που μπορεί να χαρακτηριστεί και σαν ουλίτιδα της εγκυμοσύνης, γιατί εμφανίζεται συχνά στην έγκυο, μετά τον τρίτο μήνα. Χαρακτηρίζεται από αιμορραγική τάση των ούλων, οίδημα και υπετροφία, που οφείλεται, πιθανώς σε ορμονική επίδραση. Μία αιτία καταστροφής των δοντιών στη εγκυμοσύνη, που συνοδεύεται από εμετούς, είναι η έντονη όξινη αντίδραση του στόματος, που προκαλείται από αυτούς.

Περιποίηση μαστών και κοιλιάς: Όπως η μήτρα, με την επίδραση των ορμονών παθαίνει ορισμένες ιστολογικές μεταβολές στο διάστημα της εγκυμοσύνης, έτσι και οι μαστοί αλλάζουν, με σκοπό να προετοιμαστούν, για να συνεχίσουν τη διατροφή του νεογνού, όταν αυτό αποχωριστεί από τη μήτρα μετά τον τοκετό.

Η προετοιμασία των μαστών αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες φροντίδες της εγκύου, γιατί αυτή θα της εξασφαλίσει κανονική γαλουχία και θα διατηρήσει την αισθητική εμφάνισή τους. Αυτή συνίσταται στην εφαρμογή ειδικού στηθόδεσμου, που φέρνει το στήθος στη φυσιολογική με τακτικό πλύσιμο, στην επάλειψη με βαζελίνη ή λανολίνη και στην επίταση με ταλι της κάτω επιφάνειας των μαστών, που εφάπτεται στο θώρακα.

Ιδιαίτερη θα πρέπει να είναι η φροντίδα των θηλών. Για να τις προετοιμάσουμε για το θηλασμό και να προλάβουμε τις ραγάδες, πρέπει να αλείφονται με βαζελίνη ή λανολίνη, για να διατηρείται η επιδερμίδα τους μαλακή. Οι θηλές, που εισέχουν, έχουν ανάγκη από μασσάζ, που γίνεται με το δείκτη και τον αντίχειρα σταυρωτά και με τράβηγμα προς τα έξω, μετά τον έκτο μήνα.

Αν γίνουν οι περιποιήσεις που αναφέρθηκαν, και το στήθος θα προστατευθεί από τη χαλάρωση και η γυναίκα θα προφυλαχθεί από τον σχηματισμό ραγάδων. Στη γυναίκα τα τοιχώματα της κοιλιάς είναι χαλαρά και κατάλληλα να προσαρμοστούν σε κάθε αύξηση του όγκου του περιεχομένου της, δηλαδή είναι φτιαγμένα ώστε να δέχονται πύεσις από μέσα προς τα έξω.

Όταν, όμως, η έκταση των κοιλιακών τοιχωμάτων περάσει το όριο ελαστικότητας, ο τόνος των κοιλιακών τοιχωμάτων διαταράσσεται και αρχίζει η παθητική πλέον έκταση με αποτέλεσμα τη λέπτυνση των τοιχωμάτων. Στην επιφάνεια των κοιλιακών τοιχωμάτων της εγκύου, λόγω ρήξης των ιστών του δέρματος, εμφανίζονται ραβδώσεις. Πιστεύεται, πως ο σχηματισμός των ραβδώσεων είναι ανάλογος με την ελαστικότητα του δέρματος των κοιλιακών τοιχωμάτων και των μαστών. Για να αποκτήσει το δέρμα μεγαλύτερη ελαστικότητα απαραίτητη είναι η επάλειψη των κοιλιακών τοιχωμάτων με βαζελίνη ή λανολίνη, κάθε βράδυ και σ'όλη την έκταση της κοιλιάς.

Ταξίδια: Οι απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής είναι δυνατό να επιβάλλουν την πραγματοποίηση ταξιδιού στο διάστημα της εγκυμοσύνης. Παλαιότερα κάθε μετακίνηση της εγκύου απαγορευόταν. Σήμερα δεν αποδίδουμε μεγάλη ευθύνη για ατύχημα,, που πιθανόν να συμβεί στη διάρκεια ταξιδιού. Οι κίνδυνοι ενός ταξιδιού στο διάστημα της εγκυμοσύνης είναι αυτόματη διακοπή της στους πρώτους μήνες και ο πρόωρος τοκετός στους τελευταίους.

Το ταξίδι με αυτοκίνητο θα το συστήσουμε ύστερα από ορισμένες προϋποθέσεις, που αφορούν: στον οδηγό (περιορισμένη ταχύτητα, αποφυγή απότομων φρεναρίσματος), στο όχημα (να έχει όλες τις ανέσεις, κατάλληλη ανάρτηση κ.λ.π.), στην κατάσταση του δρόμου.

Τα θαλάσσια ταξίδια δεν έχουν καμιά κακή επίδραση στην εγκυμοσύνη, τουλάχιστον στην αρχή της.

Από πολλούς συνίσταται η χρησιμοποίηση αεροπλάνου από την έγκυο. Φαίνεται, όμως, πως εκτός από ορισμένες ειδικές αντενδείξεις, ένα αεροπορικό ταξίδι σε κανονικό ύψος, δηλ. μέχρι 3.000 μέτρα και για απόσταση 1.000 χιλιομ. δεν πρέπει να μας φοβίζει. Οι περισσότερες αεροπορικές εταιρείες αρνούνται να δεχθούν για επιβάτες εγκύους πάνω από το 8ο μήνα της εγκυμοσύνης.

Ασκήσεις: Ο σκοπός της άσκησης στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι να ξεκουραστούν οι μύες από την ακινησία και από την λανθασμένη στάση. Ακόμη, για να μάθουν στην έγκυο γυναίκα να κοντρολάρει και να εξουσιάζει την λειτουργία των μυών που έχουν ιδιαίτερη συμμετοχή κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Όποια άσκηση και αν εκτελεί η έγκυος, θα πρέπει να μην την κουράζει. Μία απλή άσκηση για την έγκυο είναι ο περίπατος, όταν φυσικά ο καιρός το επιτρέπει. Σπορ, που προϋποθέτουν έντονες ασκήσεις, όπως η ιππασία, το σκι, το τέννις, το ποδήλατο, θα πρέπει να αποφεύγονται γιατί είναι δυνατό σε περίπτωση πτώσεως ή τραυματισμού να οδηγήσουν σε αποβολή του κυήματος, ή πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Η κολύμπηση επιτρέπεται ως τους τελευταίους μήνες, όχι όμως, και οι επικίνδυνες κολυμβητικές ασκήσεις, όπως οι καταδύσεις κ.λ.π..

Χορήγηση φαρμάκων: Η χορήγηση φαρμάκων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρος του μαιευτήρα, γιατί είναι δυνατό αυτά να έχουν βλαπτική επίδραση στο έμβρυο. Αυτή εξαρτάται από το βαθμό ευαισθησίας των ιστών προς το φάρμακο, από την πυκνότητα του φαρμάκου και από τη διάρκεια χορήγησής του. Τη μεγαλύτερη, όμως, βλαπτική επίδραση έχουν τα φάρμα-

κα, όταν χορηγηθούν στο στάδιο της οργανογένεσης του εμβρύου. Αυτό, για τα περισσότερα όργανα, βρίσκεται ανάμεσα στην 13η ως 56η ημέρα της εγκυμοσύνης. Δηλαδή, για να συμβεί ανεγκεφαλία του εμβρύου, πρέπει το βλαπτικό φάρμακο να χορηγηθεί ως την 26η ημέρα κ.λ.π..

Εμβόλια: Όταν συμβεί διάσπαση του πλακουντικού φραγμού και περάσουν αντιγόνα, ιοί και μικρόβια από τη μητρική στην εμβρυϊκή κυκλοφορία, τότε, είναι δυνατό το έμβρυο, αν βρίσκεται στην εποχή της οργανογένεσής του, να πάθει διαπλαστικές ανωμαλίες ή μόλυνση. Εκτός από τους ιούς και τα μικρόβια άλλοι παράγοντες που περνάνε τον πλακούντα και μολύνουν το έμβρυο είναι, το τοξόπλασμα, οι μύκητες, το μυκόπλασμα, και το τρυπανόσωμα.

Όταν συμβεί μόλυνση στο έμβρυο, είναι δυνατό να προκαλέσει τις παρακάτω διαπλαστικές ανωμαλίες: Ο ιός του έρπητα να προκαλέσει υδροκεφαλία, ή μικροκεφαλία και πνευματική καθυστέρηση.

Το τοξόπλασμα να προκαλέσει μικροκεφαλία, μικροφθαλμία, υδροκεφαλία, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα.

Για να προστατεύσουμε το έμβρυο από τις παραπάνω βλαπτικές επιδράσεις, καταφεύγουμε στον εμβολιασμό της εγκύου, όταν η ωφέλεια του θα προκύψει από αυτόν, θα είναι μεγαλύτερη από τη βλάβη που τυχόν θα προκαλέσει.

Παρακολούθηση: Μετά την πρώτη επίσκεψη και τη διάγνωση της εγκυμοσύνης, για την ομαλή εξέλιξή της, επιβάλλεται συστηματική και επιμελημένη παρακολούθηση της εγκύου, ώστε η φυσιολογική κατάσταση της εγκυμοσύνης να μην εκτραπεί σε παθολογική. Η παρακολούθηση της εγκύου διακρίνεται σε κλινική και εργαστηριακή.

Κλινική παρακολούθηση: Αυτή περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

ΒΑΡΟΣ. Από την αρχή ως το τέλος της εγκυμοσύνης επιβάλλεται σε κάθε επίσκεψη της εγκύου ο έλεγχος του βάρους του σώματός της. Το φυσιολογικό βάρος του σώματος που πρέπει να παίρνει κάθε μήνα, κυμαίνεται ανάμεσα στο 1 έως 1½ κιλό από την 13η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Το επιτρεπόμενο βάρος, που θα πάρει σ'όλη την εγκυμοσύνη, να είναι 10 έως 12 κιλά. Αν η αύξηση του βάρους της εγκύου δεν είναι δικαιολογημένη από διαιτολογικές εκτροπές, απαιτείται έλεγχος για τον προσδιορισμό των αιτιών, που την προκάλεσαν, και ιδιαίτερα αναζητούνται σημεία προεκλαμψίας.

ΥΨΟΣ. Ο προσδιορισμός του ύψους της εγκύου κρίνεται απαραίτητος γιατί διαπιστώθηκε, πως γυναίκες με ύψος κάτω από 150 εκατ. του μέτρου, έχουν στενή πύελο και δυστοκούν ή ανήκουν σε ειδικό σύνδρομο, που ενδιαφέρει το μαιευτήρα, το δυστροφοδυστοκικό.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ. Τα ανώτερα φυσιολογικά της όρια πρέπει να φθάνουν ως τα 140/90 χιλ.ΗΓ. Παραπάνω αύξηση της πρέπει να θεωρηθεί παθολογική και να αναζητηθεί η αιτία της.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ. Μέχρι τον 7ο μήνα, στις μηνιαίες εξετάσεις της εγκύου, πρέπει να ελέγχεται και η κατάσταση του τραχήλου με μητροσκόπιο ή κολποδιαστολείς, για την τυχόν συνύπαρξη φλεγμονής, ή νεοπλασματικής επεξεργασίας του.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ. Εμπειρικά και χωρίς απόλυτες διαγνωστικές αξιώσεις ο μαιευτήρας θα εκτιμήσει την ηλικία της εγκυμοσύνης τοποθετώντας την παλάμη του στον πυθμένα της μήτρας.

ΑΚΡΟΑΣΗ ΕΜΒΡΥΪΚΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΛΜΩΝ. Αν η εγκυμοσύνη βρίσκεται μετά την 26η εβδομάδα, είναι εύκολο με το κοιλιοσκόπιο να ακουστούν οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου. Νωρίτερα και μάλιστα μετά το δεύτερο μήνα, τους καρδιακούς παλμούς ακούμε με υπερήχους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΧΗΜΑΤΟΣ, ΠΡΟΒΟΛΗΣ. Η εκτίμηση αυτών γίνεται στους δύο τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης με τους χειρισμούς του LEOPOLD. ΟΙΔΗΜΑΤΑ; Το οίδημα στα δάχτυλα των χεριών ή στα κάτω άκρα πρέπει να εκτιμηθεί, ιδίως αυτό, που αφήνει εντύπωμα του δαχτύλου, γιατί η φυσιολογική κατάκράτηση ύδατος προκαλεί μόνο <<λανθάνον οίδημα>>.

Εργαστηριακή παρακολούθηση: Ο εργαστηριακός έλεγχος της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει:

1)Εξέταση ούρων: Μας ενδιαφέρει η ύπαρξη λευκώματος, σακχάρου, ουροχολίνης, ουροχολινογόνου και παθολογικών μικροσκοπικών στοιχείων κ.λ.π.

2)Καταμέτρηση ερυθρών αιμοσφαιρίων, προσδιορισμός αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. Οι εξετάσεις αυτές είναι απαραίτητες από τις πρώτες επισκέψεις για την αποκατάσταση αναιμιών πριν από το τέλος της εγκυμοσύνης.

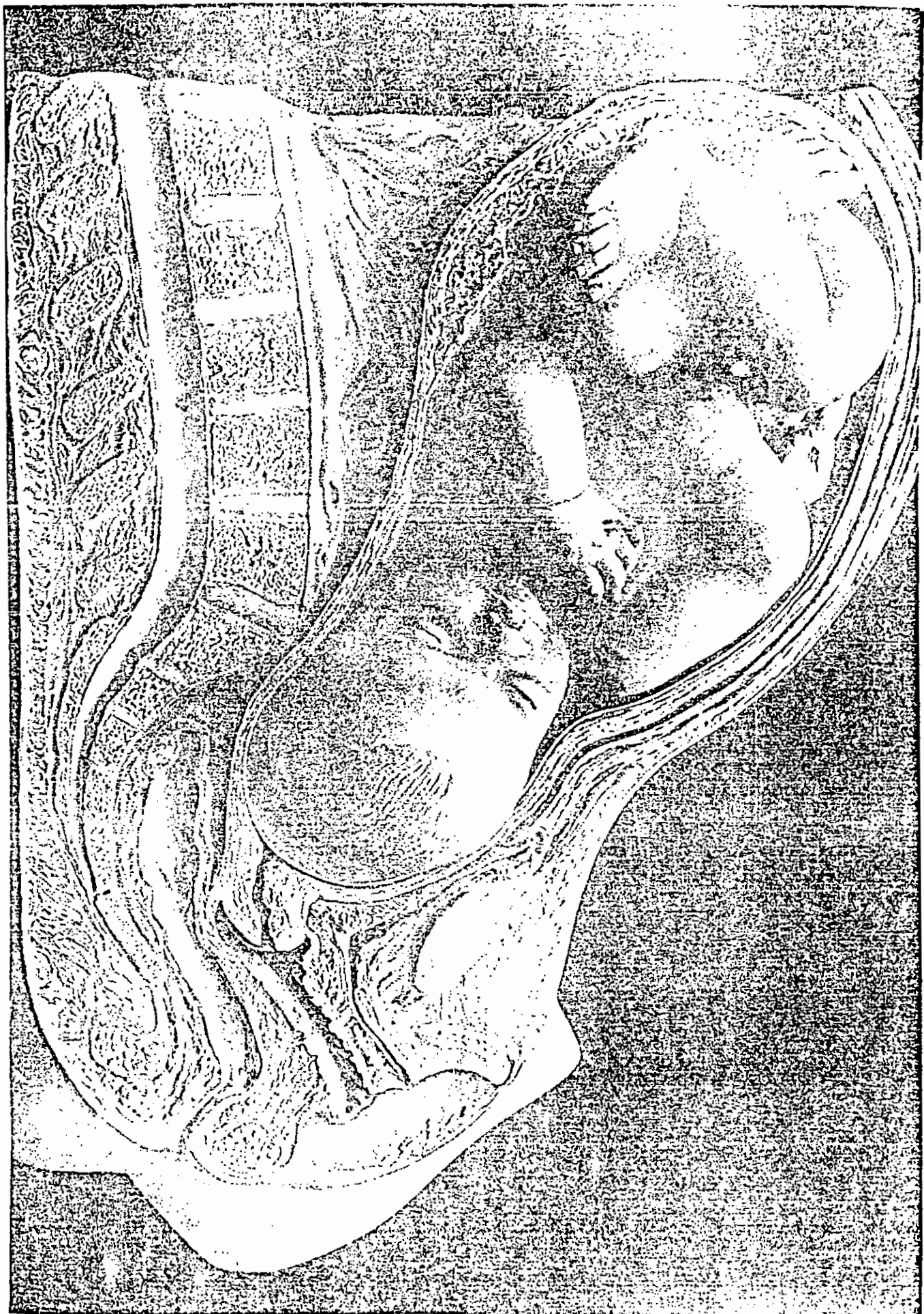
3)Προσδιορισμός ομάδας αίματος. Αυτός κρίνεται απαραίτητος από την πρώτη επίσκεψη για την έγκαιρη αντιμετώπιση έκτακτων αιμορραγικών επιπλοκών της εγκυμοσύνης και του τοκετού, και γίνεται μόνο μία φορά. Επίσης, κάποτε, η ομάδα του αίματος της εγκύου μας ενδιαφέρει, όταν προκύψει ασυμβατότητα αυτής και του εμβρύου.

4)Προσδιορισμός παράγοντα RHESUS. Σε περίπτωση που η έγκυος βρεθεί RHESUS αρνητική και ο σύζυγός της RHESUS θετικός, επιβάλλεται η εκτέλεση έμμεσης αντίδρασης COOMBS.

5)Αντίδραση κατά WASSERMANN-KAHN. Η αντίδραση είναι απαραίτητη στην εγκυμοσύνη, για τον έλεγχο υπάρχουσας σύφιλης και για την έγκαιρη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

6)Άλλες ειδικές εξετάσεις. Σε περιπτώσεις διαγνωστικών προβλημάτων ή επιπλοκών της εγκυμοσύνης ο μαιευτήρας θα συστήσει την εκτέλεση ειδικών για την κάθε περίπτωση εργαστηριακών ελέγχων

Πριν αρχίσει ο τοκετός.



(λευκών αιμοσφαιρίων, καθίζησης ερυθρών, αιμοπεταλίων, ινωδογόνου κ.λ.π.).

Συχνότητα επισκέψεων: Η έγκυος πρέπει να εξετάζεται κάθε 30 ημέρες μέχρι την 20η εβδομάδα, κάθε 15 ημέρες μέχρι την 36η εβδομάδα και κάθε εβδομάδα μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Το ρυθμό αυτό των επισκέψεων θα τον διακόψει η εμφάνιση επικίνδυνων συμπτωμάτων, που θα εμφανιστούν στο μεταξύ δύο επισκέψεων διαστήμα.

Τα συμπτώματα που θα οδηγήσουν την έγκυο στο γιατρό, πριν από την ορισμένη τακτική επίσκεψή της, είναι: Αιμορραγία, Απώλεια υγρών, Πόνοι στον οσφύ και στο υπογάστριο, ολιγουρία, Πονοκέφαλοι, οίδημα. Άλλα σημεία όπως η εμφάνιση ζάλης, η πνευματική σύγχυση, τα <<μυγάνια>> στα μάτια κ.λ.π. είναι δυνατό να αντιπροσωπεύουν σημάδια προεκλαμψίας.

Έναρξη τοκετού. Τα σημεία, που δηλώνουν την έναρξη του τοκετού, πρέπει να είναι γνωστά στην έγκυο από νωρίς, για να μπορέσει να τα εκτιμήσει και να προσέλθει στο ίδρυμα, που ορίστηκε να γεννήσει. Αυτά είναι:

1) Πόνοι στη μέση και στο υπογάστριο, που έχουν περιοδικότητα.

Στην αρχή έρχονται κάθε 8' - 12', και δυναμώνουν περισσότερο.

2) Αιμορραγία από τον κόλπο, που, αν είναι μικρή και συνοδεύεται με πόνους, σημαίνει αρχή της διαστολής του τραχήλου, αν όμως, δεν συνοδεύεται με πόνους, σημαίνει πιθανή απρόβλεπτη επιπλοκή της εγκυμοσύνης και απαιτεί εισαγωγή σε κλινική για άμεση αντιμετώπιση.

3) Απώλεια υγρών από τον κόλπο, που σημαίνει ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, πρέπει να θεωρηθεί σημάδι έναρξης τοκετού, που επιβάλλει την είσοδο της εγκύου στην κλινική.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

Καλή ψυχική διάθεση στην εγκυμοσύνη σημαίνει, καλή ψυχική υγεία ευεξία και ικανότητα να ξεπερνά η έγκυος προβλήματα και καταστάσεις, χωρίς άγχος, αγωνία και προβληματισμούς. Η εγκυμοσύνη και η γέννα δεν είναι μόνο θαυμαστές εμπειρίες, μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια είναι η κόπωση, η απογοήτευση, η ταλαιπωρία. Πολλές φορές σκέψεις και προβλήματα χωρίς σπουδαία και ουσιαστική σημασία έρχονται να προβληματίσουν και να αναστατώσουν τη γυναίκα. Με τη συζήτηση και την ψυχολογική υποστήριξη όλα αυτά μπορούν να ξεπεραστούν και να αντιμετωπιστούν.

Εμμετοί, ναυτία, ζαλάδες, συχνουρία, αύξηση ή και ελάτωση του βάρους τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης είναι φυσιολογικά συμπτώματα που δοκιμάζουν και περνούν οι περισσότερες μέλλουσες μαμάδες. Αν όλα αυτά κουράζουν την επίτοκο και έχουν επίπτωση στη σωματική και ψυχική της διάθεση δεν θα πρέπει να διατάσει να συμβουλευτεί το γιατρό, τη μαία ή την αδελφή.

Θα πρέπει να έχει υπ'όψιν ότι περνάει μία φυσιολογική περίοδο της ζωής μία περίοδο ξεχωριστή την οποία θα πρέπει να παραδεχτεί με αγάπη και υπομονή.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Κάθε έγκυος έχει συνήθως πολλές απορίες σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Οι περισσότερες όμως φθάνουν στο μαιευτήριο έχοντας τέλεια άγνοια για το τι πρόκειται να επακολουθήσει και αφήνονται τελείως παθητικά, άβουλα στα χέρια του μαιευτήρα για να τις ξεγεννήσει. Ελάχιστες έχουν διαβάσει, έχουν ενημερωθεί γύρω από αυτά τα θέματα. Πολλές γυναίκες αγνοούν ακόμη και τον τρόπο της σύλληψης.

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία, είναι μία περίοδος στην ζωή κάθε γυναίκας, που θα πρέπει να την περνά συνειδητά,

συμμετέχοντας ενεργητικά, λογικά και ψύχραιμα. Η παθητική, άβουλη συμμετοχή θα της αφήσει μόνο δυσάρεστες αναμνήσεις και εμπειρίες. Η ανασφάλεια, ο φόβος, η θλίψη, η ψυχική κατάπτωση που πολλές φορές νοιώθει η επίτοκος στην περίοδο της εγκυμοσύνης του τοκετού και της λοχείας είναι συνέπειες της άγνοιας για το τι συμβαίνει στην περίοδο αυτή στο ίδιο της το σώμα. Στόχος κάθε γυναίκας θα πρέπει να είναι η προσωπική ενημέρωση για τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων και τις βιολογικές διεργασίες των οργάνων συστημάτων στην περίοδο της εγκυμοσύνης.

Μαθαίνοντας πως λειτουργεί ο οργανισμός της την περίοδο αυτή, θα μπορέσει να έχει ενεργητική συμμετοχή, να κοντρολάρει την συμπεριφορά της, τις εκδηλώσεις τα συναισθήματά της.

Θα πρέπει να γνωρίσει κάθε λεπτομέρεια γύρω από την θαυμαστή εμπειρία που λέγεται εγκυμοσύνη, τοκετός, λοχεία.

Την ενημέρωση αυτή η έγκυος μπορεί να την ζητήσει από το γιατρό, τη μαία ή την αδελφή, άτομα τα οποία θα τις δώσουν τις πληροφορίες που θέλει και τις απαντήσεις στα ερωτήματά της.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην πληροφόρηση της επίτοκου σχετικά με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την λοχεία. Απαραίτητη για τη σωστή επικοινωνία μεταξύ τους, είναι η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης ώστε το αποτέλεσμα της επαφής αυτής να είναι ουσιαστικό για την επίτοκο. Τα προσόντα που θα πρέπει να διαθέτει η νοσηλεύτρια για αυτό το σκοπό είναι σύνθετα και από αυτά εξαρτάται η επιτυχία στο έργο της. Η απλή, κατανοητή γλώσσα, οι γνώσεις που διαθέτει η εχεμύθεια που την διακρίνει, αλλά κυρίως η αγάπη για αυτό που κάνει θα την βοηθήσουν στην επικοινωνία της με τις γυναίκες. Με απλά και κατανοητά λόγια θα δώσει απαντήσεις σε όλες τις απορίες που τυχόν έχει η επίτοκος, θα της εξηγήσει την πορεία της εγκυμοσύνης, αυτά τα οποία θα πρέ-

πει να προσέξει καθ'όλη τη διάρκεια της, και τέλος τι θα πρέπει να γνωρίζει γύρω από τον τοκετό και την λοχεία.

Μπορεί σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες να διοργανώσει ομιλίες και συζητήσεις που θα συνοδεύονται με προβολή ανάλογων ταινιών. Η υπόδειξη βιβλίων σχετικών με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό θα βοηθήσουν την επίτοκο να ενημερωθεί πιο λεπτομερικά. Συνεχής παρακολούθηση και ενημέρωση απαιτείται για τις λεγόμενες κυήσεις <<υψηλού κινδύνου>>. Οι έγκυες της κατηγορίας αυτής αντιμετωπίζουν πολλ' προβλήματα (ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, παθήσεις που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη κ.λ.π.), οπότε και η μέριμνα της νοσηλεύτριας πρέπει να είναι ανάλογη.

Με την παρατήρηση και την συζήτηση μπορεί να αναγνωρίσει σημεία που θέτουν σε κίνδυνο την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Μέσα από αυτή την επαφή της θα επισημάνει ειδικά προβλήματα όπως π.χ. ανύπαντρες μητέρες, κακές συνθήκες διαβίωσης εγκυου, κακοποίηση κ.λ.π., για τα οποία θα ενημερώσει ανάλογα την Κοινωνική υπηρεσία η οποία θα προβεί σε ανάλογες ενέργειες.

Η επίτοκος έχει καθήκον απέναντι στον εαυτό της, και στο παιδί που πρόκειται να φέρει στον κόσμο να ενημερωθεί σωστά για κάθε τι που αφορά την όμορφη αυτή περίοδο της ζωής της.

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι βιολογικές λειτουργίες, που αν τις βιώσει σωστά, το αντάλλαγμα της θα είναι να νοιώσει τον τοκετό σαν μία θαυμάσια εμπειρία.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- 1)Καρπάθιος Σ. <<Μαιευτική περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία>>
Μέρος Πρώτο Αθήνα 194
- 2)Κασκαρέλης Β. <<Μαιευτική και γυναικολογία>> (Τόμος Α).
Τρίτη έκδοση Αθήνα 1983
- 3)Μανταλενάκης Σ. <<Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας>>
Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιάνος Αθήνα 1985
- 4)Παπανικολάου <<Μαιευτική>>
- 5)Συιάκη - Δούρα Α. <<Ο Τοκετός είναι αγάπη>>
Αθήνα 1984
- 6)Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
<<ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ-ΓΕΝΝΑ-ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ>> Αθήνα 1986

