

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΗΤΕΙΑΣ –
ΠΕΡΙΟΔΟΣ (2001-2004)**



**ΜΟΡΑΡΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ Κ' ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ
Α.Μ. 15**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΜΗΧΑΝΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΤΖΑΝΑΚΗΣ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ
ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: ΕΙΡΗΝΗ ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΤΖΑΝΑΚΗΣ, ΛΕΚΤΟΡΑΣ
ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΑΚΗΣ,**

ΣΗΤΕΙΑ 2004

TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE
(T.E.I) OF CREETE
DEPARTMENT OF HUMAN NUTRITION AND DIETETICS

SUBJECT

**« STUDY OF MEDICAL CASE HISTORY OF PREGNANT WOMEN OF GENERAL
HOSPITAL OF SITIA - PERIOD (2001-2004)»**



DIPLOMATICAL SURVEY OF: MORARIS EMMANOUIL

SUPERVISOR PROFESOR:: TZANAKIS EMMANOUIL

SITIA 2004

<< Κατά την τετράχρονη παραμονή μου στην ωραία Σητεία αγάπησα και αγαπήθηκα από πολλούς ανθρώπους. Αυτό το γεγονός, λοιπόν, συνέτεινε στο να συνδέσω την πτοχιακή μου εργασία και συνάμα την αποχώρησή μου από το όμορφο νησί του Μίνωα με μια επιτόπια μελέτη. Η φιλία μου με τον αξιότιμο κύριο Εμμανουήλ Τζανάκη (Γυναικολόγος του Μαιευτικού Γυναικολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Σητείας), με οδήγησε στην αναδρομική έρευνα πάνω στο ιατρικό ιστορικό των εγκύων της περιόδου (2001-2004), οι οποίες είχαν εξεταστεί από τον παραπάνω γυναικολόγο. Ήταν μια ανεξάρτητη, ατομική και μη πειραματική έρευνα που είχε ως στόχο το συνδυασμό γνώσεων από τον τομέα της Διαιτολογίας-Διατροφής και από τη σημαντική, συγκινητική και πάντα μοναδική εμπειρία της εγκυμοσύνης. Προσπάθησα, δηλαδή, να δημιουργήσω έναν ειλικρινή και ενημερωμένο φίλο που συμβουλεύει, υπενθυμίζει και απαντάει σε απορίες. Αυτή η προσπάθεια είναι αφιερωμένη σε όλες τις μέλλουσες μητέρες που έχουν ήδη "πείρα" ή που βιώνουν την πρώτη τους εμπειρία, ώστε να αποτελέσει το σύντροφο τους στη διάρκεια αυτού του μεγάλου ταξιδιού των εννέα θαυμάσιων μηνών που μπορείς να γράφεις, να διαβάσεις, να διηγηθείς... >>

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού των εγκύων του Μαιευτικού

Γυναικολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Σητείας κατά τη διάρκεια των 40 εβδομάδων της εγκυμοσύνης τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 32 γυναίκες με κοινά τα εξής χαρακτηριστικά: τον τόπο κατοικίας τους, το χώρο παρακολούθησης και εξέτασης τους, τον ιατρό που τις παρακολουθούσε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και τις εξετάσεις στις οποίες προέβαιναν. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια των καρτών παρακολούθησης εξωτερικού ιατρείου που συγκεντρώσαμε από το χώρο αποθήκευσης των φακέλων και από τη διεύθυνση της γραμματείας του Νοσοκομείου. Παράλληλα, συγκεντρώσαμε και τις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου με τη βοήθεια του γυναικολόγου από τα προσωπικά του αρχεία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περισσότερες γυναίκες κατάγονται από τη Σητεία (30,23%). Παρατηρούμε μια προοδευτική αύξηση στην ηλικία των γυναικών ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσουν. Το βάρος του νεογνού φαίνεται να είναι μικρότερο στις πρωτότοκες (3220gr) σε σχέση με τις πολύτοκες μητέρες (3440/3480 gr). Ο αριθμός των τοκετών κυμαίνονταν από 0-4 ανά έγκυο με μέσο όρο 1,5-2 τοκετούς/ έγκυο. Επίσης, παρατηρούμε ότι το επιπλέον βάρος της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης είναι κατά μέσο όρο 10-12kg. Ακόμη, όσον αφορά τη συστολική αρτηριακή πίεση αυτή στην αρχή της κύησης στο 1^ο τρίμηνο έχει χαμηλότερες τιμές σε σχέση με την εξέλιξη της κύησης ενώ αντίθετα η διαστολική αρτηριακή πίεση δεν παρουσιάζει αξιόλογες μεταβολές σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η τιμή του σακχάρου (Σ) παρουσιάζει άνοδο μετά το 1^ο τρίμηνο ενώ κατά το 2^ο και το 3^ο τρίμηνο παραμένει σταθερή. Η τιμή της ουρίας (U) παραμένει περίπου σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο αιματοκρίτης (Ht) και η αιμοσφαιρίνη (Hb) παρουσιάζουν πτώση στο τέλος της κύησης σε σχέση με τις αρχικές τιμές τους. Τα λευκά αιμοσφαίρια (WBC) και τα αιμοπετάλια (PLT) παραμένουν αμετάβλητα σχεδόν σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

Τέλος, οι τιμές του ουρικού οξέος (U.A.) παρουσιάζουν μικρή άνοδο κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης.

SUMMARY

The objective of this study is the qualitative and quantitative evaluation of the medical history of pregnant women followed-up by the Obstetrics Gynaecological Department of the General Hospital of Sitia, during the 40 weeks of their pregnancy. Thirty-two women participated in this research, having the following common characteristics: residence,

place of following-up and examination, the doctor that followed them up during their pregnancy and the examinations they carried out. The collection of data was achieved by the help of the following-up files of the clinic, that were collected from the files and the direction of the secretariat of the Hospital. Simultaneously, we gathered, from the gynaecologist's personal archives, the results of examinations women had carried out.

The results of the research showed that most of the women are from Sitia (30,23%). We observe a progressive increase of the women's age, according to the number of child that is going to be born. The weight of the foetus seems to be smaller at women that will give birth for the first time (3.220 gr) in relation with the mothers that have already children (3440/3.480 gr). The number of deliveries range from 0 – 4 per pregnant woman, mean average 1,5 – 2 deliveries / pregnant women. Moreover, we observe that the average additional weight of pregnant woman, during pregnancy, is 10 – 12 kg. Furthermore, concerning the systolic blood pressure, it has lower values at the beginning of pregnancy, during the 1st trimester, in relation with the evolution of the pregnancy, while, in contrary, the diastolic blood pressure does not present remarkable changes throughout the pregnancy. The value of saccharum presents an increase after the 1st trimester, while during the 2nd and 3rd trimester it remains stable. The urea value remains almost stable throughout pregnancy. Heamatocrit (Ht) and haemoglobin (Hb) decrease at the end of pregnancy in relation with their initial values. Leucocytes (WBC) and platelets (PLT) remain almost unchangeable throughout pregnancy. Finally, values of uric acid increase slightly during the last trimester of pregnancy.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά τη διάρκεια αυτής της δύσκολης προσπάθειας συγγραφής της πτυχιακής εργασίας χρειάστηκα τη βοήθεια κάποιων αξιόλογων ατόμων. Ο καθένας από αυτούς προσέφερε το δικό του «λίθο» ώστε να «χτιστεί» το δύσκολο έργο της πτυχιακής εργασίας. Θεωρώ υποχρέωσή μου να αναφέρω αυτά τα άτομα και να τα ευχαριστήσω για την πολύτιμη προσφορά τους.

Ευχαριστώ θερμά τον κύριο Πάσσο Μιχαήλ (Βιοχημικός - Διατροφολόγος Ph.D), που ήταν ο αρχικά υπεύθυνος και επιβλέπων καθηγητής της εργασίας αυτής, τον κύριο Τζανάκη Εμμανουήλ (Γυναικολόγος του Μαιευτικού Γυναικολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Σητείας), ο οποίος βοήθησε στη συλλογή των δεδομένων και εν συνεχεία, επικομίστηκε την ευθύνη του υπεύθυνου και επιβλέποντα καθηγητή της πτυχιακής εργασίας λόγω παραίτησης του κυρίου Πάσσου Μιχαήλ. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω για την πολύτιμη συνεργασία τους την κυρία Σφακιανάκη Ειρήνη (Διατροφολόγος - Διαιτολόγος), για την καθοδήγηση, τις συμβουλές και τις επισημάνσεις της, τον κύριο Δημητροπουλάκη Πέτρο (Καθηγητής Μαθηματικών-Πληροφορικής), για τη βοήθειά του στη στατιστική έρευνα και επεξεργασία των δεδομένων αυτής. Επιπλέον, εκτιμώ βαθύτατα τη συμμετοχή των παραπάνω ατόμων στην κριτική επιτροπή.

Τέλος, θεωρώ ως υποχρέωση μου, να αναφέρω και τα ακόλουθα άτομα για τη σημαντική συνεισφορά τους, την Κασσίμη Αύρα - Ιωάννα (BSC Biochemistry - MSC Toxicology), την Μοράρη Μαρία (Φοιτήτρια Τμήματος Νομικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης), την Πετρολέκα Μαρία (Καθηγήτρια Αγγλικής Φιλολογίας) τον κύριο Φραγκιαδάκη Γεώργιο (Ph.D.Biology) και τους σημαντικότερους ανθρώπους στον κόσμο για μένα τους γονείς μου (Μοράρης Κωνσταντίνος & Μοράρη Ειρήνη).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Εισαγωγή	1
Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός	2
Διατροφή	4
Διατροφή στην εγκυμοσύνη	5
Η διατροφή κατά την εγκυμοσύνη	11
Εγκυμοσύνη και άσκηση	14
Προγεννητική διατροφή για ασκούμενη έγκυο	16
Επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη	19
Μελέτες	21
Α) Διατροφή – Κύηση – Ασθένεια (Επιπλοκές)	22
Διατροφή	22
Κύηση	28
Ασθένεια (Επιπλοκές)	32
Β) Θρεπτικά συστατικά-Υγεία νεογέννητου	35
Θρεπτικά συστατικά	36
Υγεία νεογέννητου	49
Γ) Φυσιολογία της κύησης	58
Δ) Διαταραχές στη φυσιολογία της κύησης	68
Κύηση-Φάρμακα	76
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	78
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	80
Γενικά στοιχεία εγκύων	81
Ιατρικό ιστορικό τρέχουσας εγκυμοσύνης	91
Προγεννητικός έλεγχος εγκύου	130
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	155
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	159
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	167
Γενικά χαρακτηριστικά εγκύου	168
Παρακολούθηση εγκυμοσύνης	170
Προγεννητικός έλεγχος εγκύου	171
Επεξήγηση συμβόλων	172

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

 **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

 **ΜΕΛΕΤΕΣ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ Ο ΤΟΚΕΤΟΣ

Κάθε γυναίκα ζει την εγκυμοσύνη της με τρόπο εντελώς προσωπικό, ανάλογα με τη μόρφωση που έχει λάβει, το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει, τις εμπειρίες που έχει βιώσει, την κατάσταση της υγείας της, το βαθμό ευσυγκινησίας, τα χαρακτηριστικά της σχέσης που τη συνδέει με τον πατέρα του παιδιού της.

Σε κάθε περίπτωση, το γεγονός ότι έρχεται ένα παιδί δεν μπορεί παρά να αναστατώσει τη ζωή της εγκύου. Το παιδί - αν και ακόμη εντελώς άγνωστο - ζει μέσα σε εκείνη και χάρη σ' εκείνη: σε ψυχολογικό επίπεδο αποτελεί μέρος της ζωής της μητέρας όπως αποτελεί μέρος της και σε βιολογικό επίπεδο. Με άλλα λόγια, ο γυναικείος οργανισμός συμμετέχει ενεργά με όλα του τα όργανα στην παραγωγική διαδικασία.

Στη μεγαλύτερη πλειοψηφία των περιπτώσεων όλα εξελίσσονται φυσιολογικά, κυρίως χάρη στις καλύτερες γενικές συνθήκες στις οποίες ζουν σήμερα οι γυναίκες της χώρας μας και στις προόδους που έχουν γίνει στον τομέα της περίθαλψης.

Παρ' όλα αυτά, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός παραμένουν γεγονότα σύνθετα και ευαίσθητα. Κάποιο πρόβλημα, μεγάλο ή μικρό, μπορεί πάντοτε να εμφανιστεί. Κυρίως μπορούν να εμφανιστούν πολλοί φόβοι, αρκετές φορές αδικαιολόγητοι ή κακώς εκφρασμένοι.

Γι αυτό, είναι χρήσιμο η γυναίκα που είναι έτοιμη να φέρει στο φως ένα παιδί να γνωρίζει καλά τους διαφορετικούς βιοφυσικούς μηχανισμούς που τίθενται σε λειτουργία από την ανάπτυξη μιας νέας ύπαρξης μέσα στο σώμα της, τους σκοπούς

που εξυπηρετούν οι διάφορες εξετάσεις που γιατροί και ειδικοί της προτείνουν να κάνει, τους κινδύνους που θα μπορούσε να συναντήσει.

Για να γεννηθεί ένα παιδί, αρκεί μια μικρή βοήθεια από την πλευρά των ειδικών και των εξοπλισμένων για τη γυναίκα τμημάτων των μαιευτηρίων ή των κλινικών. Για να γίνει αυτό σωστά, χωρίς φόβους ή επιπλοκές, χρησιμεύει να είναι από πριν γνωστό σε τι χρειάζεται το καθετί.

Η φυσιολογική διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι εννέα μήνες από τη στιγμή της σύλληψης. Πολλές φορές η διάρκεια της εγκυμοσύνης εκφράζεται με άλλους τρόπους: 10 σεληνιακοί μήνες, 40 εβδομάδες, 280 ημέρες. Γενικά, οι γυναικολόγοι αναφέρονται στη λήξη της εγκυμοσύνης με εβδομάδες, γιατί η εβδομάδα είναι η πιο κατάλληλη μονάδα μέτρησης για να περιγράψει το ρυθμό της εμβρυϊκής ανάπτυξης.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μια ισορροπημένη διατροφή αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα καλής υγείας σε όλες τις φάσεις της ζωής. Κατά την εγκυμοσύνη, η διατροφή αποτελεί ακόμα πιο σημαντικό παράγοντα. Οι τροφές που θα καταναλώσει η γυναίκα είναι η κυριότερη πηγή των απαραίτητων συστατικών για το έμβρυο. Καθώς αυτό αναπτύσσεται, η έγκυος χρειάζεται τα περισσότερα από τα συστατικά τροφών. Η καλύτερη περίοδος για να ξεκινήσει κάποια γυναίκα σωστή διατροφή είναι πριν από τη σύλληψη, εξασφαλίζοντας έτσι, ότι τόσο το έμβρυο, όσο και η ίδια, θα ξεκινήσουν με τα απαραίτητα συστατικά που θα χρειασθούν κατά την εγκυμοσύνη. Κατά τη διάρκεια της κύησης είναι απαραίτητη η πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών σε καθορισμένες ποσότητες, σύμφωνα με τις ημερήσιες συνιστώμενες προσλήψεις για εγκύους.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Σε αντίθεση με αυτό που ο πολύς κόσμος πιστεύει, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι αναγκαίο η έγκυος να τρώει για δύο. Ο μεταβολισμός του σώματος είναι αποτελεσματικός στην εγκυμοσύνη. Είναι καλύτερο να ακολουθηθεί μια σωστή ισορροπημένη διατροφή για να εξασφαλισθεί η άριστη ανάπτυξη του μωρού, αφού αυτή επηρεάζεται άμεσα από τον τρόπο διατροφής. Μια δίαιτα ανεπαρκής ή μη ισορροπημένη μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη των οστών και των δοντιών καθώς, επίσης, και στο βάρος του παιδιού. Η ποιότητα της τροφής και όχι η ποσότητα είναι καθοριστική.

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ: Βοηθούν στην ανάπτυξη και το σχηματισμό των ιστών και στην παραγωγή ορμονών και αντισωμάτων. Πλούσιες τροφές σε πρωτεΐνες είναι τα αυγά, το κρέας, το ψάρι, τα τυριά, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί.

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ: Χρησιμοποιούνται σαν άμεση πηγή ενέργειας και θερμότητας. Οι υδατάνθρακες είναι τροφές φυτικής προέλευσης και βρίσκονται σε αφθονία στα δημητριακά, στα όσπρια, στα λαχανικά (αγκινάρες, κουνουπίδι, μαρούλι, λάχανο, σέλινο), στους βολβούς (πατάτες, παντζάρια, καρότα), στα φρούτα, στο μέλι, στο γάλα.

ΛΙΠΗ: Τα ζωικά λίπη καθώς και τα βιομηχανοποιημένα τρόφιμα, τα αλλαντικά, η σαντιγί, τα παγωτά και τα γλυκά, όπως και τα τηγανιτά είναι πιο δύσπεπτα. Είναι καλύτερο να χρησιμοποιούμε ωμό βούτυρο και παρθένο ελαιόλαδο που είναι λίπος, χωνεύεται με μεγαλύτερη ευκολία και είναι πλούσιο σε βιταμίνες Α και D.

ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ: Προασπίζουν την υγεία και διευκολύνουν την ανάπτυξη όλων των ζωντανών οργανισμών. Είναι οργανικές ουσίες που περιέχονται στις τροφές. Οι φυσικές πηγές των κυριότερων βιταμινών βρίσκονται σε οποιονδήποτε ζωικό ιστό (συκώτι, νεφρό, κρόκο αυγού, γάλα, τυρί), στα λίπη και έλαια (φυτικό βούτυρο, λάδι, μουρουνέλαιο), στα φρούτα (μήλα, μπανάνες, σύκα, ροδάκινα, φράουλες, πορτοκάλια), στα δημητριακά και στα λαχανικά.

Οι κυριότερες βιταμίνες και οι πηγές τους

Βιταμίνη	Πηγές βιταμινών
A	Λαχανικά, φρούτα, αυγά
B1(Θειαμίνη)	Σιτάρι ολικής αλέσεως, φυτικές ή ζωικές τροφές (κρέας, αυγά, πουλερικά, λαχανικά)
B2(Ριβοφλαβίνη)	Γάλα και κρέας από όργανα (εντόσθια)
B6	Σιτάρι πιτυρούχο, μαγιά, σπόροι, καλαμπόκι, κρέατα, ψάρια, αυγά
B12	Ζωικές τροφές (ήπαρ, αυγά, ψάρια, γάλα, τυρί και κρέας)
C	Φρούτα κυρίως εσπεριδοειδή, πατάτες, λαχανικά
D	Μουρουνέλαιο, αυγά, γάλα και προϊόντα του, ψωμί και δημητριακά
E	Γάλα, αυγά, κρέας, ψάρι, δημητριακά πράσινα φύλα, φυτικά έλαια
K	Λαχανικά, δημητριακά, αρακάς
PP	Δημητριακά, πουλερικά, τόνος, λαχανικά (πιπεριές)

(Τσιλιγκίρογλου - Φαχαντίδου, 1991)

ΣΙΔΗΡΟ: Ο σίδηρος αποτελεί το κύριο συστατικό της αιμοσφαιρίνης του αίματος. Η μεγάλη αύξηση του όγκου του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει και τις ανάγκες του οργανισμού σε σίδηρο. Κατά τους τελευταίους μήνες της ενδομήτριας ζωής το έμβρυο παίρνει σίδηρο από τον οργανισμό

της μητέρας του και το αποθηκεύει στο συκώτι του, το οποίο θα χρησιμοποιήσει στην διάρκεια του θηλασμού, γιατί το μητρικό γάλα δεν περιέχει επαρκή ποσότητα σιδήρου για το νεογνό. Η έλλειψη του προκαλεί αναιμία, αδυναμία, ζάλη, ανορεξία, πονοκέφαλο, εύκολη κόπωση. Βρίσκεται στο συκώτι, σπλήνα, μεδούλι, κρόκο αυγού, όσπρια, ξηρούς καρπούς, δαμάσκηνα, σύκα, πράσινα χόρτα και κυρίως στο σπανάκι.

ΑΣΒΕΣΤΙΟ: Το ασβέστιο είναι απαραίτητο για το σχηματισμό των οστών. Τα οστά και τα δόντια του εμβρύου σχηματίζονται μεταξύ της 4ης και της 6ης εβδομάδας κύησης, οπότε κρίνεται αναγκαία η επαρκής λήψη ασβεστίου από τη μήτρα σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Βρίσκεται στο γάλα και στα παράγωγα του, στα όσπρια, στους ξηρούς καρπούς, στα αυγά, στα λαχανικά (μπρόκολο, κουνουπίδι, σπανάκι).

Η έγκυος έχει ανάγκη περίπου 2500-2900 θερμίδες καθημερινά για να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της εγκυμοσύνης. Αυτή η περίοδος δεν είναι η κατάλληλη για να κάνετε δίαιτα. Εάν δείτε ότι πεινάτε μεταξύ των γευμάτων και δεν μπορείτε να έχετε τρία γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, μπορείτε σαν εναλλακτική λύση να έχετε έξι ή και περισσότερα μικρά και ελαφρά γεύματα.

Ενεργειακές και διατροφικές ανάγκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Συνιστώμενη / επιτρεπόμενη πρόσληψη

ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΜΗ ΕΓΚΥΕΣ	ΕΓΚΥΕΣ
* Ενεργεί Ενέργεια (χιλιοθερμίδες-ανά ημέρα)	Επαρκή για διατήρηση βάρους	300
Πρωτεΐνη (g)	50	60
Βιταμίνη Α (mcg RE)	800	800
Βιταμίνη D (mcg)	5	5
Βιταμίνη Ε (mg)	8	10
Βιταμίνη C (mg)	60	70
Θειαμίνη (mg)	1,1	1,4
Νιασίνη (mg)	14	18
Βιταμίνη Β6 (mg)	1,3	1,9
Βιταμίνη Β12 (mg)	2,4	2,6
Φολικό οξύ (mcg)	400	600
Ασβέστιο (mg)	1000	<19 χρ.=1300/19-50χρ. =1000
Φώσφορος (mg)	700	<19 χρ.= 1250/19-50 χρ. =700
Μαγνήσιο (mg)	310-320	<19 χρ.=400/19-50 χρ. =350-360
Σίδηρος (mg)	15	30
Ψευδάργυρος (mg)	12	15

(Committee on Dietary Allowance. Food and Nutrition Board, 1998).

Να προτιμάτε τις υγιεινές τροφές, όπως καστανό ρύζι αντί άσπρο, ψωμί σικάλεως αντί πολυτελείας, μέλι αντί άσπρη ζάχαρη, τα φρέσκα φρούτα, τα ωμά ή ελαφρώς βρασμένα λαχανικά.

Η υπερβολική λήψη αλατιού ευνοεί την κατακράτηση νερού από τον οργανισμό με αποτέλεσμα την εμφάνιση οίδημάτων στα πόδια καθώς και την υπερβολική αύξηση βάρους. Γι' αυτό καλό θα είναι να περιορίσετε την λήψη αλατιού και η ημερήσια κατανάλωση νερού να μην υπερβαίνει το 1lt (συμπεριλαμβανομένου και αυτού

που υπάρχει στο γάλα, στις σούπες, στους χυμούς των φρούτων και στα άλλα ποτά).

Ο έλεγχος του βάρους στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σημαντικός, διότι μια ανεξέλεγκτη αύξηση βάρους μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην εγκυμοσύνη (διαβήτη της κύησης, υπέρταση, τοξιναιμία) και στον τοκετό (δύσκολος, εργώδης τοκετός). Επίσης, μετά από τον τοκετό θα είναι πολύ δύσκολο να χάσετε υπερβολικά πολλά κιλά. Φυσιολογικά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να πάρετε 10-12 κιλά, με ρυθμό τέτοιο ώστε να μην ξεπερνά τα 300 γραμμάρια την εβδομάδα, δηλαδή περίπου 1200 γραμμάρια το μήνα.

Είναι γνωστό ότι η καφεΐνη περνά τον πλακούντα και φθάνει στο έμβρυο. Έχει δράση διεγερτική, αυξάνει τους καρδιακούς παλμούς και επιταχύνει το βασικό μεταβολισμό. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει πιθανή σχέση καφεΐνης και γενετικών ανωμαλιών. Τα νεογνά εκδηλώνουν ανησυχίες στον ύπνο, υπερβολικό κλάμα, δυσκολίες στη σίτιση, εμετούς. Συμβουλεύουμε τις μέλλουσες μητέρες να μειώσουν όσο το δυνατό περισσότερο την κατανάλωση καφεΐνης.

Η τοξική δράση της νικοτίνης στον οργανισμό είναι γνωστή. Το κάπνισμα επηρεάζει και στη γονιμότητα - σύλληψη και καταστρέφει την παραγωγή του σπέρματος. Όταν μια έγκυος γυναίκα καπνίζει α) αυξάνεται ο κίνδυνος αποβολής του εμβρύου β) μειώνεται η ροή των θρεπτικών συστατικών και του οξυγόνου προς το έμβρυο γ) μειώνεται το βάρος του εμβρύου και επιβραδύνεται η ανάπτυξη του εγκεφάλου δ) αυξάνεται ο κίνδυνος για πρόωρο τοκετό με όλα τα επακόλουθα προβλήματα. Εάν καπνίζατε στο παρελθόν και εξακολουθείτε, καλό θα είναι να πάρετε συμπλήρωμα βιταμινών Β,

C και ψευδαργύρου, γιατί το κάπνισμα εμποδίζει την απορρόφηση αυτών των στοιχείων από τον οργανισμό. Κατά το θηλασμό η νικοτίνη περνά κατευθείαν από το αίμα στο μητρικό γάλα και προκαλεί προβλήματα στο νεογνό.

Το αλκοόλ περιέχει χημικά που μπορεί να καταστρέψουν τόσο την παραγωγή του σπέρματος, όσο και τα επίπεδα γονιμότητας ενός άνδρα. Επίσης, επιδρά στην ανάπτυξη του εμβρύου από τη στιγμή της εγκατάστασης του στη μήτρα. Το αλκοόλ περνά από τη μητέρα στο έμβρυο διαμέσου της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας. Συνέπεια αυτού μπορεί να είναι η σωματική και η πνευματική καθυστέρηση του μωρού.

Τα φάρμακα είναι χημικές ουσίες, οι οποίες, όταν μπουν στον οργανισμό της εγκύου, περνούν δια μέσου της κυκλοφορίας της μητέρας στην κυκλοφορία του εμβρύου. Ιδιαίτερη προσοχή συνιστάται κατά τους τρεις πρώτους μήνες στην διάρκεια των οποίων γίνεται η οργανογένεση. Καλό θα είναι να μη χρησιμοποιήσετε κανένα φάρμακο πριν συμβουλευτείτε το γιατρό σας. Αυτός θα σας χορηγήσει, ανάλογα με την περίπτωση, το κατάλληλο φάρμακο με τη λιγότερη παρενέργεια.

Τα ναρκωτικά είναι επικίνδυνες ουσίες για την υγεία ενός ανθρώπου, πολύ περισσότερο για την έγκυο γυναίκα. Οι ναρκομανείς έγκυες έχουν μεγάλες πιθανότητες αποβολής γέννησης νεκρού ή πρόωρου εμβρύου με καρδιακά - αναπνευστικά προβλήματα, ανωμαλίες των άκρων κ. α. Όταν το μωρό γεννηθεί είναι εθισμένο στα ναρκωτικά και παρουσιάζει το "σύνδρομο της στέρησης", που χαρακτηρίζεται από κινητικό τρόμο, ασταμάτητο κλάμα, δυσκολίες στη διατροφή, γαστρεντερικά προβλήματα και σπασμούς.

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Είναι ήδη γνωστό ότι η έκβαση της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες, όπως παθολογικούς, κοινωνικούς ή διατροφικούς.

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών από το έμβρυο το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης, συνδέεται στους ενήλικες με αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της συγκέντρωσης LDL χοληστερόλης, εμφάνιση μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη και καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Είναι ήδη γνωστό ότι πρέπει να αποφεύγονται κατά την περίοδο αυτή συμπληρώματα βιταμίνης A υπό μορφή ρετινόλης καινά προσλαμβάνονται συμπληρώματα φιλικού οξέως κατά την εποχή της σύλληψης προς αποφυγή νευρικών διαταραχών δεδομένου ότι στο μέσον της τρίτης εβδομάδος ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου εμφανίζεται ο πρώτος θύλακας νευρικών κυττάρων. Υπολογίζεται ότι ο πολλαπλασιασμός των νευρώνων γίνεται με ρυθμό της τάξεως των 250.000 νευρώνων/min ενώ δεκάξι εβδομάδες μετά την γονιμοποίηση οι διαιρέσεις των νευρώνων σταματούν ώστε πριν τη γέννηση ο μέγιστος και οριστικός αριθμός τους στο φλοιό του εγκεφάλου να έχει ήδη δημιουργηθεί. Επειδή ακριβώς αυτές οι δομές δημιουργούνται σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή γενετικά προγραμματισμένη, η πρόληψη θρεπτικών συστατικών δεν έχει νόημα να γίνεται ενωρίτερα, διότι δεν θα χρησιμοποιηθούν αλλά ούτε και αργότερα διότι δεν μπορεί πλέον να κερδισθεί ο χαμένος χρόνος.

Η εγκυμοσύνη απαιτεί μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη λόγω της ανάπτυξης των μητρικών ιστών της ανάπτυξης του εμβρύου και

του πλακούντα. Η αύξηση του βασικού μεταβολισμού είναι 20% τους τρεις τελευταίους μήνες (7) ενώ το συνολικό ενεργειακό κόστος κυμαίνεται μεταξύ 80.000-112.000 Kcal (8). Η αύξηση του βάρους της εγκύου πρέπει να ενθαρρύνεται και να προσεγγίζει τις συστάσεις του Food and Nutrition Board, λαμβάνοντας όμως υπόψη τον δείκτη μάζας σώματος της γυναίκας (ΔΜΣ).

Η πρόσληψη πρωτεϊνών σύμφωνα με το RDA (1989) πρέπει να αυξηθεί κατά 1,3 g/24ωρο το πρώτο τρίμηνο, 6,1 g/24ωρο το δεύτερο τρίμηνο και 10,7g/24ωρο το τρίτο τρίμηνο, ενώ κατά το D.O.H (1991) 6g/24ωρο καθ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πρόσληψη υδατανθράκων πρέπει να καλύπτει το 50-55% της ενεργειακής πρόσληψης ενώ το θέμα της ποιότητας των λιπών που καλύπτουν το 30-35% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης ερευνάται διαρκώς και φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την έκβαση της εγκυμοσύνης (απαραίτητα λιπαρά οξέα) και το βάρος γέννησης του εμβρύου (ω3 λιπαρά οξέα). Οι παρατηρήσεις αυτές πρέπει να ερευνηθούν περαιτέρω διότι η πρόληψη της προωρότητας είναι ένα από τα πιο κρίσιμα προβλήματα στα πλαίσια της περιγεννητικής ιατρικής και σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης βλαβών στον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα.

Ειδικά για το λινολεϊκό και λινολενικό οξύ η προτεινόμενη πρόσληψη είναι 2-5 g/24ωρο ήτοι 1-2% της ενεργειακής πρόσληψης του 24ώρου και 0,5% επιπλέον για το αραχιδονικό οξύ.

Επειδή όμως ο ρόλος τους στους ιστούς δεν είναι ακόμη αρκετά γνωστός δεν μπορούμε να δώσουμε ακριβείς ποσοτικές συστάσεις. Οι ανάγκες σε σίδηρο (Fe) ανέρχονται σε 900 mg συνολικά ήτοι αύξηση της πρόσληψης κατά 2mg/24ωρο. Πιθανή σιδηροπενική αναιμία της εγκύου έχει επιπτώσεις στην εναποθήκευση σιδήρου

στο έμβρυο.

Προς αποφυγήν λοιπόν ελλείψεων, οι θεράποντες ιατροί συστήνουν συμπληρώματα Fe (600 mg/24ωρο), Ca (1.200 mg/24ωρο), πυριδοξίνης (2,6 mg/24ωρο) κλπ, πράγμα που μπορεί να αποφευχθεί εφόσον η διατροφή είναι σωστά ισορροπημένη.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μόλις πραγματοποιηθεί η σύλληψη, το γυναικείο σώμα υφίσταται σταδιακά ορισμένες μεταβολές και προσαρμογές που το προετοιμάζουν να ανταποκριθεί σωστά στην ανάπτυξη και τη δημιουργία μιας καινούργιας ζωής.

Η εγκυμοσύνη διαρκεί συνήθως 40 εβδομάδες. Σε όλη αυτήν την περίοδο, το γυναικείο σώμα προσαρμόζεται σταδιακά στις νέες απαιτήσεις. Αυτός είναι κι ο κύριος λόγος που επιβάλλει, αν η γυναίκα γυμνάζεται, τη σταδιακή προσαρμογή της άσκησης ανάλογα με τις εβδομάδες κύησης.

Οι εποχές που η εγκυμοσύνη θεωρείτο "αρρώστια" και η σωματική άσκηση κάτι ανεπίτρεπτο, έχουν πλέον περάσει. Η έγκυος γυναίκα όχι μόνο επιτρέπεται αλλά, όπως δείχνουν όλες οι επιστημονικές έρευνες, **ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΥΜΝΑΖΕΤΑΙ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΤΗΣ ΚΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΓΥΜΝΑΣΤΗ.**

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι έγκυες που ασκούσαν συστηματικά, από 3 έως 5 φορές την εβδομάδα, είχαν μικρότερο μέσο όρο αύξησης του σωματικού τους βάρους, μικρότερη μέση διάρκεια τοκετού, λιγότερες καισαρικές τομές λόγω αδυναμίας εξέλιξης τοκετού και σαφώς μικρότερη διάρκεια παραμονής στο μαιευτήριο μετά τον τοκετό.

ΒΑΡΟΣ ΠΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Φυσιολογικό βάρος
Κάτω του φυσιολογικού
Υπέρβαρη
Πολύ υπέρβαρη

ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ (lbs)

25 - 35
28 - 40
15-25
περίπου 15
(Institute of Medicine, 1990)

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΣΚΗΣΗΣ

Έγκυος:

- Βελτίωση της φυσικής κατάστασης
- Μείωση καρδιαγγειακού στρες, μακροπρόθεσμα
- Αποφυγή υπερβολικού σωματικού βάρους
- Διευκόλυνση τοκετού, επειδή η άσκηση επιφέρει αύξηση ικανότητας παραγωγής έργου ορισμένων μυϊκών ομάδων και ενδυνάμωσή τους
- Γρηγορότερη αποκατάσταση στη λοχεία
- Βελτίωση της φυσικής στάσης σώματος και ψυχολογικά της εικόνας σώματος του ατόμου για τον εαυτό του
- Ανακούφιση από τους πόνους της οσφυϊκής μοίρας
- Βελτιώνεται η κατανάλωση γλυκόζης λόγω καλύτερης χρήσης ινσουλίνης, αυξάνεται ο μεταβολισμός των λιπών σε σύγκριση με τους υδατάνθρακες και απομακρύνεται έτσι ο κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη ενήλικα (τύπου II)

Έμβρυο:

- Λιγότερες επιπλοκές σε ένα δύσκολο τοκετό, επειδή οι συνθήκες είναι καλύτερες

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΣΚΗΣΗΣ

Έγκυος:

- Οξεία υπογλυκαιμία
- Χρόνια κόπωση
- Πιθανός τραυματισμός μυοσκελετικού συστήματος
- Πρόκληση πρόωρου τοκετού ή αποβολής

Έμβρυο:

- Οξεία υποξαιμία: σφυγμοί > 160 σφ / λεπτό προδιαθέτουν σε ανάπτυξη υποξίας
- Οξεία υπερθερμία
- Υπογλυκαιμία
- Πιθανότητα αποβολής κατά το 1^ο τρίμηνο
- Ελάττωση σωματικού βάρους του εμβρύου

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΑΣΚΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΥΟ

Η συνιστώμενη θερμιδική πρόσληψη για τις έγκυες έχει υπολογισθεί σε επιπλέον 300 θερμίδες ημερησίως για να καλύψουν τις ανάγκες του βασικού μεταβολισμού τους που είναι αυξημένες λόγω εγκυμοσύνης. Στην περίοδο λοχείας οι θηλάζουσες γυναίκες θα χρειαστούν επιπλέον 400 - 600 θερμ / ημέρα για να καλύψουν τις αυξημένες απαιτήσεις λόγω θηλασμού. Οι διατροφικές ανάγκες των ασκούμενων εγκύων δεν είναι καθορισμένες διότι απαιτούνται θερμίδες για τις ημερήσιες ανάγκες του σώματος, της εγκυμοσύνης και για το πρόγραμμα άσκησής της. Υπολογίζονται περίπου: 2000 θερμίδες για τον εαυτό της συν 300 θερμίδες για την εγκυμοσύνη, συν τις θερμίδες για την εγκυμοσύνη, συν τις θερμίδες που απαιτούνται για να αντικαταστήσουν τις ενεργειακές ανάγκες της άσκησης (π.χ. 300 θερμίδες για ελαφρό τροχάδην ή βάρδια 5 χιλιομέτρων). Μια αθλήτρια υψηλού επιπέδου θα χρειαστεί επιπλέον 3000 θερμίδες / ημέρα κατά την εγκυμοσύνη.

Έχει υπολογισθεί ότι το συνολικό θερμιδικό κόστος της εγκυμοσύνης είναι περίπου 85,000 θερμίδες, δεδομένου ότι χρειάζονται 300 θερμίδες / ημέρα επιπλέον των απαιτήσεων προ της εγκυμοσύνης. Ο μέσος όρος συνολικής αύξησης βάρους στην εγκυμοσύνη είναι 12,5 κιλά, δηλαδή αύξηση 20% επί του βάρους σώματος για τις περισσότερες γυναίκες. Το επιπλέον λίπος πρέπει να είναι 4 κιλά. Ο κίνδυνος για μια υπέρβαρη γυναίκα είναι η ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη και υπέρτασης. Η μεγαλύτερη αύξηση σωματικού βάρους συμβαίνει στο 2^ο μισό της εγκυμοσύνης.

Περίπου το 40% της συνολικής αύξησης οφείλεται στην παρουσία του εμβρύου, του πλακούντα και του αμνιακού υγρού. Λόγω κάποιων μεθοδολογικών δυσκολιών, δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα ποια είναι η πραγματική αλλαγή της σύστασης του σώματος στην εγκυμοσύνη. Φαίνεται ότι υπάρχει αφ' ενός μια μέτρια αύξηση (4-5%) του ποσοστού σωματικού λίπους και αφ' ετέρου το υπόλοιπο είναι η διάμεσος ιστική εναπόθεση υγρών. Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά άτομο μπορεί να επηρεάσει την έκβαση της εγκυμοσύνης. Οι παχύσαρκες γυναίκες (20% άνω του φυσιολογικού βάρους) συχνότερα γεννούν μεγάλα έμβρυα (βαρύτερα των 4 κιλών). Αντιθέτως, οι γυναίκες που ξεκινούν την εγκυμοσύνη τους 15% κάτω του φυσιολογικού βάρους για το ύψος τους γεννούν φυσιολογικά ή συχνότερα χαμηλού βάρους έμβρυα.

Οι διατροφικές συμβουλές είναι απαραίτητες στο αρχικό στάδιο εγκυμοσύνης για να εξασφαλισθεί η μητρική και η εμβρυϊκή ευεξία. Οι έγκυες που ασκούνται θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ακολουθούν διατροφή πλούσια σε συμπλέγματα υδατανθράκων, ώστε να αντικαθίσταται το μυϊκό γλυκογόνο που καταναλώνεται κατά την άσκηση. Οι γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη συνήθως έχουν αυξημένες ανάγκες σε πρωτεΐνες, σίδηρο, ασβέστιο και φυλλικό οξύ. Η άσκηση μπορεί να αυξήσει περισσότερο τις ανάγκες σε πρωτεΐνες, 40 mg σιδήρου, 1200 mg ασβεστίου και 1 mg φυλλικού οξέος. Οι πρωτεΐνες χρειάζονται για την ανάπτυξη του εμβρύου και την αναδημιουργία των ιστών του σώματος. Έτσι η έγκυος, χρειάζεται μια αύξηση πρωτεϊνών στο διαιτολόγιό της κατά 30% περίπου κατά FAO, ενώ οι συνιστώμενες προσλήψεις για τις πρωτεΐνες κατά τα πρότυπα των ΗΠΑ είναι αυξημένες κατά 65% και στο σημείο αυτό τα 2 συνιστώμενα πρότυπα έχουν σημαντική

διαφορά μεταξύ τους.

Η διατροφή της εγκύου έχει μεγάλη σημασία για την διάπλαση του εμβρύου, το οποίο έχει επίσης αυξημένες ανάγκες. Ειδικά οι ασκούμενες έγκυες σε ζεστό περιβάλλον πρέπει να πίνουν 2,5 - 3 λίτρα υγρών κάθε μέρα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΑΛΚΟΟΛ

Δεν υπάρχει κάποιο γνωστό ασφαλές επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ για την έγκυο. Η πιο σοβαρή συνέπεια των γυναικών, που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ (6 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά / ημέρα) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι η ανάπτυξη του «εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου» (Ε.Α.Σ). Τα έμβρυα με Ε.Α.Σ. έχουν γενικότερα χαμηλά βάρη γέννησης, ευδιάκριτες ανωμαλίες στο πρόσωπο και όλα αυτά τα έμβρυα παρουσιάζουν διανοητικές βλάβες, συμπεριλαμβάνοντας επιληψίες, σπαστικότητα ή ανωμαλίες στο λόγο. Άλλες επιδράσεις που σχετίζονται με το αλκοόλ στα έμβρυα, περιλαμβάνουν συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες, παραμορφώσεις στο σκελετό και ανωμαλίες στην υπόφυση. Ενώ το Ε.Α.Σ. είναι συνήθως αποτέλεσμα υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ, τα αποτελέσματα του αλκοόλ στο έμβρυο (χαμηλό βάρος γέννησης, προβλήματα συμπεριφοράς και μάθησης) είναι περισσότερο κοινά και σχετίζονται με την κατανάλωση μέσου όρου 2 ή περισσότερων ποτών ανά ημέρα από την μητέρα.

ΚΑΦΕΪΝΗ

Η υψηλή κατανάλωση καφεΐνης κατά την εγκυμοσύνη έχει συνδεθεί με χαμηλό βάρος γέννησης, ελλιπές βάρος και πιο πρόσφατα με έναν αυξημένο κίνδυνο για αποβολή, παρόλο που πρέπει ακόμα να ξεκαθαριστεί ότι η καφεΐνη αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα για αποβολή. Δεν υπάρχουν αρκετές γνώσεις για το διατροφικό επίπεδο των εγκύων που καταναλώνουν καφεΐνη. Σε μη έγκυες, η καφεΐνη μπορεί να αυξήσει την ουρική

απέκκριση ασβεστίου, να μειώσει την απέκκριση θειαμίνης και να μειώσει το σίδηρο και την απορρόφηση ψευδαργύρου. Τα δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα και έτσι οι πρόσφατες οδηγίες για τις έγκυες είναι να προσέχουν την πρόσληψη καφεΐνης, να περιορίζουν τα προϊόντα που περιέχουν καφεΐνη όσο το δυνατόν περισσότερο και να μην καταναλώνουν περισσότερο από 4 κούπες στιγμιαίου καφέ (320 mg καφεΐνης) κάθε ημέρα.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη έχει μια ξεκάθαρη σχέση με μειωμένο βάρος γέννησης, καθώς και με άλλες αρνητικές επιδράσεις. Μπορεί να παρατηρούνται πρόωροι τοκετοί μεταξύ των γυναικών που καπνίζουν τουλάχιστον 1 πακέτο τσιγάρα / ημέρα, το οποίο μπορεί με τη σειρά του να συνδέεται με αυξημένη εμβρυϊκή θνησιμότητα. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνίστριες τείνουν να έχουν χαμηλότερη ενεργειακή πρόσληψη και η διατροφική τους πυκνότητα να είναι χαμηλή.

ΜΕΛΕΤΕΣ

A) ΔΙΑΤΡΟΦΗ-ΚΥΗΣΗ-ΑΣΘΕΝΕΙΑ (ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ)

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1) Ο ρόλος της διατροφής στην εγκυμοσύνη με τις φαινυλκετονουρικές και γεννητικές ατέλειες.

Αντικειμενικός σκοπός: Το μητρικό σύνδρομο (PKU) προκαλείται από τα υψηλά επίπεδα φαινυλαλανίνης (Phe) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που οδηγεί σ'ένα πλήθος από γεννητικές ατέλειες ειδικά μικροκεφαλία και συγγενείς καρδιακές παθήσεις (CHP). Για τη διαπίστωση εάν το μητρικό σύνδρομο (PKU) θα μπορούσε να αποτραπεί, μια διεθνής συνεργάσιμη έρευνα οργανώθηκε για να αξιολογήσει - εκτιμήσει την επεξεργασία με μια Phe περιορισμένη διατροφή.

Τα επίπεδα Phe αίματος, το μητρικό κέρδος βάρους και οι θρεπτικές εισαγωγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αξιολογήθηκαν ως προς την επίδρασή τους πάνω στο ποσοστό της μικροκεφαλίας και του CHD στον απόγονο.

Μέθοδοι: Η μελέτη ήταν μια ενδεχόμενη, διαμήκης προσπάθεια που στοχεύει στην ελάττωση του αίματος Phe κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Οι γυναίκες εγγράφηκαν στο χρόνο της παραπομπής για την εγκυμοσύνη. Η θρεπτική ανάλυση εισαγωγής που χρησιμεύει ως βάση για αυτήν την αναφορά, ήταν διαθέσιμη από 251 εγκυμοσύνες.

Από τους 251 απογόνους 166 γεννήθηκαν με την κανονική επικεφαλκή περιφέρεια και 85 γεννήθηκαν με την μικροκεφαλία (12 σταθερές αποκλίσεις κάτω από το κανονικό). Οι γυναίκες με το αίμα Phe>600 micromol/l σε 8 εβδομάδες της κύησης

περιέλαβαν 78 (92%) των 85 νηπίων με τη μικροκεφαλία σε σύγκριση - έναντι με 8% στην ομάδα των γυναικών που είχαν τα επίπεδα αίματος $< \text{ή} = 600 \text{ micromol/L}$.

Το κέρδος βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορούσε στο ποσοστό της μικροκεφαλίας. Το υψηλότερο γεγονός - περιστατικό της μικροκεφαλίας (58%) βρέθηκε στις έγκυες γυναίκες που κέρδισαν $< 70\%$ του συνιστώμενου κέρδους βάρους.

Σταδιακά, η λογιστική οπισθοδρομική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για να καθορίσει τους παράγοντες που συνδέθηκαν με την μικροκεφαλία.

Σημαντικοί παράγοντες περιείχαν υψηλότερα επίπεδα Phe αίματος όταν ήταν εκτός διατροφής, μεγαλύτερη μέση έκθεση Phe κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χαμηλό βάρος προ εγκυμοσύνης, φτωχό κέρδος βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και χαμηλότερη εισαγωγή πρωτεΐνης και υψηλότερη εισαγωγή σιδήρου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα νήπια με CHD βρέθηκαν μόνο στην ομάδα γυναικών που είχαν επίπεδα Phe αίματος $> 600 \text{ micromol/L}$ μέχρι 8 εβδομάδες της κύησης. Υπήρξε ένα υψηλότερο ποσοστό CHD στους απογόνους που γεννήθηκαν από τις γυναίκες που κατανάλωσαν $< 50\%$ της συνιστώμενης εισαγωγής της πρωτεΐνης στο πρώτο τρίμηνο. Η κύρια πηγή πρωτεΐνης για τις γυναίκες με PKU είναι τα ιατρικά τρόφιμα. Επομένως, όταν η εισαγωγή πρωτεΐνης ήταν χαμηλή, η βιταμίνη και οι ορυκτές εισαγωγές ήταν επίσης ανεπαρκείς.

Συμπεράσματα: Τα στοιχεία δείχνουν τον έλεγχο Phe αίματος και πόσο σύντομα επιτυγχάνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με PKU, σημαντικά. Το κανονικό κέρδος βάρους της

εγκυμοσύνης έπρεπε να ενθαρρύνει τον περιορισμό της μικροκεφαλίας. Επαρκείς εισαγωγές πρωτεΐνης και βιταμίνης πρόωρα στην εγκυμοσύνη μπορεί να έχουν μια προστατευτική επίδραση για την πρόληψη από το CHD ακόμα και αν το επίπεδο Phe αίματος είναι ανυψωμένο. Το ποσοστό της μικροκεφαλίας και του CHD μπορεί να περιορισθεί αν η θρεπτική εισαγωγή είναι ευνοϊκή κατά τη διάρκεια της προσπάθειας για τον έλεγχο των επιπέδων Phe του αίματος.

2) Ο ρόλος της εμβρυϊκής και νηπιακής αύξησης και διατροφής στην υπαιτιότητα του διαβήτη και των καρδιαγγειακών παθήσεων στην μετέπειτα ζωή.

Κλινικά και πειραματικά στοιχεία δείχνουν την πιθανή ύπαρξη μιας αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της εμβρυϊκής και νηπιακής αύξησης του διαβήτη, καρδιαγγειακής πάθησης, και ενδεχομένως παχυσαρκίας αργότερα στη ζωή. Ένα πείραμα που χρησιμοποιεί αρουραίους διευθύνθηκε για να ερευνήσει τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του εμβρυϊκού πρωτεϊνικού υποσιτισμού πάνω στη βιολογία του παγκρέατος και της έκβασης από την άποψη της αδιαλλαξίας της γλυκόζης στον απόγονο.

Οι έγκυοι αρουραίοι διαιρέθηκαν σε 2 ομάδες, μια πειραματική ομάδα τροφοδότησε μια χαμηλή πρωτεϊνική διατροφή και μια ομάδα ελέγχου τροφοδότησε μια κανονική πρωτεϊνική διατροφή. Και οι δύο ομάδες μαζί είχαν ίση λήψη ενέργειας. Ο απόγονος των 2 ομάδων ανατράφηκε στη συνέχεια μέχρι την επίτευξη της ενήλικης ηλικίας των 84 ημερών.

Η πειραματική ομάδα, έπειτα περαιτέρω, διαιρέθηκε σε 2 ομάδες, μια που συνεχίστηκε με μια χαμηλή πρωτεϊνική διατροφή καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής και μια ομάδα αποκατάστασης

τροφοδότησε μια διατροφή επαρκή σε πρωτεΐνη από τη γέννηση. Η ομάδα ελέγχου συνεχίστηκε με μια κανονική διατροφή καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η έλλειψη επαρκούς πρωτεϊνικής διαθεσιμότητας κατά τη διάρκεια της κύησης προκαλεί αναπτυξιακές ανικανότητες με συνέπειες στην ενηλικίωση στα αρμόδια όργανα για το διαβήτη και τα αιτιώδη για την αγγειακή ασθένεια και την υπέρταση.

3) Η διατροφή του εμβρύου και του πρόωρου νηπίου.

Οι εξελίξεις στην εμβρυϊκή και πλακουντιακή διατροφή έχουν δώσει έμφαση στην αλληλεπίδραση του πλακούντα και του εμβρυϊκού ήπατος για την ανταλλαγή και τον μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών. Ιδιαίτερης σπουδαιότητας είναι η ανταλλαγή της σερίνης και της γλυκίνης και των μεταξύ τους μετατροπών μέσα σε αυτά τα δύο όργανα και η ανταλλαγή της γλουταμίνης και του γλουταμινικού οξέος. Ο μεταβολισμός των θρεπτικών συστατικών του πλακούντα και ο ρόλος του πλακούντα στην παραγωγή και χρησιμοποίηση των κύριων αμινοξέων μεταβάλλει σημαντικά το ποσοστό παράδοσης των θρεπτικών ουσιών μέσα στην εμβρυϊκή κυκλοφορία. Η μεταγεννητική διατροφή έχει επικεντρωθεί πάνω στον ρόλο της πρόσφατης θρεπτικής παρέμβασης στο υπερβολικά χαμηλό βάρος γέννησης των νηπίων και η αναγνώριση της κατηγορίας των ημι-απαραίτητων αμινοξέων σ'αυτά τα νήπια. Ο ρόλος της ελάχιστης εισαγωγής τροφών σε μικρά μωρά και οι αλλαγές στις θρεπτικές ανάγκες που προκλήθηκαν από ιατρικές περιπλοκές, έχει επίσης λάβει αυξανόμενη προσοχή.

4) Η διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να συνδεθεί με τις αλλεργικές ασθένειες στα νήπια.

Η επικράτηση των αλλεργικών ασθενειών είναι υψηλή στην Ιαπωνία, ακόμη και στα νήπια. Ο κίνδυνός τους για τις αναπτυσσόμενες αλλεργίες επηρεάζεται από τα αντιγόνα στη διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υποθέσαμε ότι, εκτός από τα αντιγόνα, η υπερευαισθησία που προκαλείται μέσω της υψηλής ενέργειας και η θρεπτική εισαγωγή από τις μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούν να είναι ένας παράγοντας για τις αλλεργικές ασθένειες στα μωρά τους. Σ' αυτή τη μελέτη προσπαθήσαμε να επιβεβαιώσουμε την υπόθεσή μας. Τα ιστορικά αλλεργίας των γονέων και των νηπίων τους, τα χαρακτηριστικά σωμάτων, τα τρόφιμα και η θρεπτική εισαγωγή μετρήθηκαν από ένα ερωτηματολόγιο και ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων, αντίστοιχα. Ένα σύνολο 2.642 απαντήσεων λήφθηκε (ποσοστό επιστροφής 94,7%). Οι πιο σημαντικές αλλεργικές ασθένειες στα νήπια ήταν η έκτοπη δερματίτιδα (6,0%), η αλλεργία τροφίμων (3,7%) και το βρογχικό άσθμα ή η ασθματική βρογχίτιδα (3,2%). Περίπου 60% των νηπίων με τις αλλεργίες είχε ένα οικογενειακό ιστορικό από αλλεργίες. Το οικογενειακό ιστορικό της αλλεργίας, η ηλικία του νηπίου, η διαταγή των περιφερειών γέννησης, κεφαλιών και στηθών των νηπίων, ο BMI των μητέρων πριν από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και η εισαγωγή των λιπιδίων (λίπος και φυτικό έλαιο) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επιταχύνει τις αλλεργικές ασθένειες στα νήπια.

5) Η ελλιπής μητρική διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει τον αριθμό των Sertoli κυττάρων στο νεογέννητο αρνί.

Η θρεπτική κατάσταση των θηλυκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να διαδραματίσει έναν κρίσιμο ρόλο στην προγεννητική αύξηση και ανάπτυξη του απογόνου, οδηγώντας συχνά σε μόνιμες αλλαγές (εμβρυϊκό πρόγραμμα). Τα Sertoli κύτταρα είναι ένας δυνατός υποψήφιος για τον εμβρυϊκό προγραμματισμό του μελλοντικού κατορθώματος παράστασης γιατί ο αριθμός των Sertoli κυττάρων συσχετίζεται ιδιαίτερα με το ενήλικο αρχικό μέγεθος και το μέγιστο του ποσοστό παραγωγής σπέρματος.

Συμπεραίνουμε ότι η υπο-διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μειώσει την αρχική ανάπτυξη στα νεογνά. Εξαρτάται από τη δυνατότητα του πληθυσμού του Sertoli κυττάρου να ανακτήσει μεταξύ της γέννησης και της εφηβείας, αυτό μπορεί να περιορίσει τον αριθμό των Sertoli κυττάρων και ως εκ τούτου την μελλοντική ικανότητα για παραγωγή σπέρματος και γονιμότητα.

ΚΥΗΣΗ

6) Ο ρόλος του ανθρώπινου πλακούντα στην εμβρυϊκή διατροφή. Ο αντίκτυπος των περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων.

Ο ανθρώπινος πλακούντας έχει εμπλακεί στην φτωχή αύξηση και ανάπτυξη του εμβρύου λόγω των μεταβολών στη ροή αίματος και των ελαττώσεων στην μεταφορά των θρεπτικών συστατικών όπως των αμινοξέων και των υδατανθράκων. Οι ελλείψεις τέτοιων θρεπτικών ουσιών είναι οι κυριότερες από τις πολλές περιπτώσεις έρευνας. Ο ρόλος των μικροθρεπτικών ουσιών, εντούτοις, μπορεί επίσης να είναι βασικός παράγοντας για την κατάλληλη αύξηση και ανάπτυξη, και εδώ ίσως να υπάρχει μια γενική μείωση στην διαθεσιμότητα τέτοιων θρεπτικών ουσιών, για παράδειγμα, ο ρόλος της συμπλήρωσης φολικού οξέος κατά τη διάρκεια της πρόωρης εγκυμοσύνης και η μείωση στην περίπτωση των βλαβών του αγωγού των νεύρων.

Οι βιταμίνες δεν μεταφέρονται όλες μέσω ενός συνηθισμένου αγωγού. Επομένως, η ρύθμιση της μεταφοράς του ανθρώπινου πλακούντα μπορεί να είναι διαφορετική για τις διάφορες βιταμίνες, για παράδειγμα Α και Β12. Είναι εμφανές ότι ο ανθρώπινος πλακούντας μπορεί να μεταβολίζει οξειδωτικά τα ρετινοειδή (ισοτρετινόη και τρετινόη) σε περισσότερο τοξικούς ή λιγότερο τοξικούς μεταβολίτες. Αυτοί οι μεταβολίτες μπορούν μετά να μεταφερθούν στην εμβρυϊκή κυκλοφορία. Κάθε μεταβολισμός / μεταφορά βρίσκεται σε αντίθεση με το πώς η βιταμίνη Β12 κατευθύνεται στις μετακοβολαμίνες πρωτεΐνες, οι οποίες παράγονται από τον πλακούντα και απελευθερώνονται κατευθείαν μέσα στις μητρικές και εμβρυϊκές κυκλοφορίες.

7) Ωφέλιμες επιδράσεις : Τρεις ANC επισκέψεις θα μπορούσαν να είναι τα αποκλίνοντα σημεία στη μείωση του χαμηλού βάρους γέννησης των μωρών. Μπαγκλαντές.

Φοιτητές παραϊατρικής συγκέντρωσαν στοιχεία πάνω σε 2849 νήπια που ζουν μόνα τους, που γεννήθηκαν μεταξύ Ιουλίου 1989 - Ιουνίου 1990 στο μητρικής και παιδικής υγείας Παιδαγωγικό Ινστιτούτο στην Dhaka, στο Μπαγκλαντές, για να εξετάσουν τις επιρροές και τον συγχρονισμό της εμβρυϊκής φροντίδας στο βάρος γέννησης.

Σημαίνεται το βάρος γέννησης που στάθηκε σε 2667 gm. που ήταν αρκετά χαμηλότερο από το μέσο όρο για την Ασία (2900 gm.). Το 26,7% ζύγισε 2500 gm (χαμηλό βάρος γέννησης [LBW]). Τα θηλυκά νήπια ήταν πιθανότερο να έχουν ένα 1BW από τα αρσενικά νήπια (28,7% vs., 24,6%, p.05). Το 83,6% των νηπίων LBW ήταν νήπια πλήρης - όρου, έτσι ήταν μικρά για την κυητική ηλικία (SGA). Είτε ο εμβρυϊκός, είτε ο μητρικός υποσιτισμός ήταν πιθανώς αρμόδιος γι' αυτό το μεγάλο μέρος SGA των νηπίων. Μόνο 4 από τα 128 πρόωρα νήπια ζύγισαν (=) ή 2500 gm. Το 65,9% από όλες τις μητέρες είχε την εμβρυϊκή προσοχή. Το 43,4% από τις μητέρες που δεν έλαβαν την εμβρυϊκή προσοχή είχε ένα νήπιο LBW έναντι 18% για τις μητέρες που έλαβαν την εμβρυϊκή προσοχή. Τα μέσα βάρη γέννησης γι' αυτές τις 2 ομάδες ήταν 2508 gm και 2742 gm, αντίστοιχα. Το βάρος γέννησης είχε ένα θετικό συσχετισμό με τη συχνότητα των επισκέψεων της εμβρυϊκής προσοχής (p.0001). Τρεις επισκέψεις εμβρυϊκής προσοχής ήταν αρκετά αποτελεσματικές στη μείωση του ποσοστού των νηπίων LBW. Ακριβώς το 13% των μητέρων επισκεπτόταν την κλινική τακτικά από το 1^ο τρίμηνο. Ο

συγχρονισμός της πρώτης επίσκεψης δεν είχε σημαντική επίδραση στο βάρος γέννησης.

Η εμβρυϊκή προσοχή είχε θετική επίδραση στο βάρος γέννησης, ανεξάρτητη από την επίδραση της μητρικής ηλικίας. Αυτά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παρακινούμενες έγκυες γυναίκες για να επιδιώξουν την εμβρυϊκή προσοχή μπορούν να είναι παραγωγικές ακόμη και αν είναι στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Έδειξαν επίσης μια ανάγκη να βελτιώσουν τις πληροφορίες, την εκπαίδευση, και τις προσπάθειες επικοινωνίας. Οι ερευνητές πρέπει να πραγματοποιήσουν μια καλά σχεδιασμένη ενδεχόμενη λειτουργική μελέτη για να καθορίσουν εάν ένας ελάχιστος αριθμός επισκέψεων απαιτείται για να βελτιώσει το βάρος γέννησης.

8) Η άσκηση και η θρεπτική διαχείριση του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αν και η άσκηση γίνεται αποδεκτή ευρέως ως σημαντικό συστατικό στα προγράμματα συντήρησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής, το ζήτημα-θέμα της ασφάλειας και της χρησιμότητας ενός προγράμματος άσκησης για τις έγκυες διαβητικές γυναίκες είναι ακόμα συζητήσιμο. Έγκυες γυναίκες που έχουν διαβήτη θέλουν κάποια κατεύθυνση ως προς αυτά, που οι δυνατότητές τους θεωρούν προγράμματα άσκησης, καθώς υπάρχουν συσσωρευμένα στοιχεία ότι η άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει μερικά πλεονεκτήματα. Επιπρόσθετα, υπάρχει τώρα μια συναίνεση της σκέψης ότι η ιδανική διατροφική θεραπεία για τη διαβητική εκ γενετής γυναίκα είναι μια διατροφή που διευκολύνει τη φυσιολογική γλυκαιμία. Αυτό το άρθρο περιγράφει ένα

πρόγραμμα που όχι μόνο βελτιώνει τον μεταβολικό έλεγχο μέσω των διαιτητικών αρχών και των συνταγών άσκησης για να επιτύχει και να διατηρήσει τη φυσιολογική γλυκαιμία, αλλά επίσης, θα είναι ασφαλές για την μητέρα και το νεογνό της, είναι ευχάριστο, και επίσης έχει και τα φυσικά οφέλη για τη μητέρα.

ΑΣΘΕΝΕΙΑ (ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ)

9) Οι συνέπειες της ανεπάρκειας σιδήρου και της αναιμίας στην εγκυμοσύνη, στην μητρική υγεία, στο έμβρυο και στο νήπιο.

Ένας υπολογισμένος αριθμός 2150 εκατομμυρίων ανθρώπων έχει ανεπάρκεια σιδήρου, με την ανεπάρκεια αρκετά αυστηρή να προκαλέσει αναιμία σε 1200 εκατομμύρια ανθρώπων παγκόσμια.

Διαδεδομένη ιδιαίτερα μεταξύ των τροπικών πληθυσμών χαμηλού εισοδήματος, η αναιμία έχει σοβαρές συνέπειες υγείας και λειτουργικές.

Λόγω των αυξανόμενων απαιτήσεων σιδήρου της εμμηνόρροιας και της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες της εύφορης - γόνιμης ηλικίας και οι έγκυες - θηλάζουσες γυναίκες επηρεάζονται ειδικά από την αναιμία και την ανεπάρκεια σιδήρου. Περίπου 47% των μη εγκύων γυναικών και 60% των εγκύων γυναικών έχουν παγκοσμίως την αναιμία ενώ εκείνες που είναι ανεπαρκείς σιδήρου χωρίς καμία αναιμία μπορούν να υπολογιστούν στο 60% και 90%, αντίστοιχα.

Η αναιμική έγκυος γυναίκα διατρέχει τον μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου κατά τη διάρκεια της περιγενέθλιας περιόδου. Η ανεπάρκεια σιδήρου επίσης έχει επιπτώσεις στην απόδοση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, την απόδοση γαλακτοπαραγωγής, την ικανότητα εργασίας και της γενικής καλής-ύπαρξης και την θέση ασυλίας. Τα νήπια επηρεάζονται αρνητικά από την άποψη της υγείας, της ανάπτυξης, της αιματολογικής θέσης και της διατροφής σιδήρου. Η περισσότερη αναιμία είναι, ωστόσο, το αποτέλεσμα της αυστηρής ανεπάρκειας

σιδήρου, και επομένως ανοικτή στις επεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας με μια πολύ υψηλή κέρδους / κόστους αναλογία. Επομένως, παγκόσμιες αρχές έχουν συμφωνήσει ότι η αναιμία στις έγκυες γυναίκες πρέπει να μειωθεί από το ένα τρίτο μέχρι το έτος 2000. Ο συντάκτης συστήνει το στόχο για τη συμπλήρωση σιδήρου σε όλες τις γυναίκες της γόνιμης-εύφορης ηλικίας που θα μείνουν έγκυες, η υιοθέτηση ενός προληπτικού φαρμάκου αντί της θεραπευτικής προσέγγισης στην ανεπάρκεια σιδήρου και η εξερεύνηση των νέων προγραμμάτων συμπλήρωσης.

10) Ο μητρικός υποσιτισμός κατά τη διάρκεια της περιόδου περί σύλληψης αυξάνει τα επίπεδα ταυρίνης πλάσματος και την απάντηση ινσουλίνης στη γλυκόζη αλλά όχι την αργινίνη προς το τέλος των κυστικών εμβρυϊκών προβάτων.

Ο μητρικός υποσιτισμός σε όλη την κύηση εξασθενίζει την παγκρεατική λειτουργία στον απόγονο. Η επιρροή του περισυλληπτικού μητρικού υποσιτισμού στις απαντήσεις των εκκρίσεων της εμβρυϊκής ινσουλίνης στην καθυστερημένη κύηση είναι άγνωστη.

Ο περισυλληπτικός μητρικός υποσιτισμός επηρεάζει την εμβρυϊκή έκκριση ινσουλίνης χωρίς επιρροή του εμβρυϊκού μεγέθους. Οι μεγαλύτερες απαντήσεις ινσουλίνης πλάσματος στα UN έμβρυα θα μπορούσαν να απεικονίσουν την επιταχυνόμενη ωρίμανση των παγκρεατικών β-κυττάρων ή μια αλλαγή άλλων μηχανισμών που ρυθμίζουν την έκκριση ινσουλίνης. Ο ρόλος της ταυρίνης στην εμβρυϊκή παγκρεατική ανάπτυξη των β-κυττάρων απαιτεί περαιτέρω έρευνα.

11) Η παρεντερική διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έλλειψη ένωσης με την ιδιοπαθή πρόωρη εργασία ή προεκλαμψία.

Αναθεωρήσαμε τις δημοσιευμένες περιπτώσεις με λιπιδικό-περιεχόμενο παρεντερικής διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να καθορίσουμε την επίπτωση της ιδιοπαθούς πρόωρης εργασίας και προεκλαμψίας. Εβδομήντα-τρεις αναφερθείσες περιπτώσεις της με λιπιδικό-περιεχόμενο παρεντερικής διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προσδιορίστηκαν. Η ιδιοπαθής πρόωρη εργασία εμφανίστηκε σε 2 από τις 11 (18%) περιπτώσεις που παρέδωσαν πριν από τον όρο. Οι περισσότεροι ασθενείς που είχαν την πρόωρη παράδοση λαμβάνοντας την παρεντερική διατροφή είχαν τις κρυμμένες κάτω από φυσικές καταστάσεις ή/και τα συνυπάρχοντα μαιευτικά προβλήματα που συνδέονται με την πρόωρη παράδοση. Η συνολική παρεντερική διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συνδέθηκε με έναν αυξανόμενο κίνδυνο πρόωρης παράδοσης από την ιδιοπαθή πρόωρη εργασία. Η προεκλαμψία δεν αναφέρθηκε στους ασθενείς που λαμβάνουν την με λιπιδικό-περιεχόμενο παρεντερική διατροφή. Η έλλειψη ένωσης προεκλαμψίας στη λήψη ασθενών παρεντερικής διατροφής χρειάζεται περαιτέρω μελέτη.

12) Η χρήση ολόκληρων των πολιτισμών εμβρύων αρουραίων για να προσδιοριστούν και να χαρακτηριστούν οι αιτίες της αναπαραγωγικής αποτυχίας.

Το πιο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ανθρώπινη τερατολογία σήμερα, είναι να προσδιορισθούν οι πραγματικές αιτίες αυτού του προβλήματος υγείας. Έχουμε χρησιμοποιήσει τους πολιτισμούς ολόκληρων των εμβρύων αρουραίων για να

εξετάσουμε αυτό το πρόβλημα χρησιμοποιώντας τους ορούς αίματος από τα άτομα σε κίνδυνο ως μέσα πολιτισμού εμβρύων γι' αυτόν τον λόγο. Μέσω πλασματικών ορών και συμπληρωμάτων θρεπτικών ουσιών στον ορό έχουμε μελετήσει τα φάρμακα (dilatant, valproic acid), τις θρεπτικές ανεπάρκειες (μεθειονίνη) και ένα εμβρυοτοξικό αυτοαντίσωμα στην πρωτεϊνική προσθήκη λαμινίνης. Από την άλλη πλευρά στον προσδιορισμό αυτών των παραγόντων, είναι δυνατόν να εξετάσουν τους μηχανισμούς δράσης τους και να προβούν στις συστάσεις για τη θεραπεία.

B) ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ-ΥΓΕΙΑ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

1) Η διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η αξιολόγηση της διατροφής και η παροχή συμβουλών είναι ακέραια συστατικά της προκατάληψης και της προγενέθλιας προσοχής.

Η γυναίκα μέσου μεγέθους πρέπει να κερδίσει μεταξύ 11,25 και 15,75 κιλά (25 και 35 λίβρες) κατά τη διάρκεια μιας κανονικής εγκυμοσύνης. Μερικοί παράγοντες προσδιορίζουν την έγκυο γυναίκα με έναν κίνδυνο διατροφής. Η βιταμίνη και η ορυκτή συμπλήρωση πρέπει να είναι βασισμένες σε μια διαιτητική αξιολόγηση. Οι κοινές ταλαιπωρίες της εγκυμοσύνης μπορούν συχνά να ρυθμιστούν με τη διαιτητική τροποποίηση και τις ασφαλείς φαρμακοθεραπείες. Οι συντονισμένες προσπάθειες των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης, των εγγεγραμμένων διαιτολόγων, των γυναικών, των νηπίων, και του προγράμματος διατροφής παιδιών (WIC), των τοπικών τμημάτων υγείας και των συνεταιριστικών γραφείων υπηρεσιών επέκτασης μπορούν να παρέχουν την κατάλληλη αξιολόγηση, την εκπαίδευση και την επέμβαση της διατροφής.

2) Η μητρική διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεδομένου ότι έχει επιπτώσεις στην αύξηση, ανάπτυξη και υγεία των νηπίων.

Τα ισχυρά στοιχεία επιδημίας υπάρχουν ως ένωση μεταξύ της μητρικής διατροφικής θέσης, κατά τη διάρκεια και πριν από την εγκυμοσύνη και του βάρους γέννησης και της ενδομήτριας

καθυστέρησης αύξησης (IUER). Δοκιμές διατροφικής συμπλήρωσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εντούτοις, έχουν βρει μόνο μια μέτρια επίδραση συμπλήρωσης στο βάρος γέννησης, ακόμα και στις υποσιτιζόμενες γυναίκες.

Μια μελέτη βρήκε ακόμα και το μακροπρόθεσμο όφελος στα παιδιά από την άποψη της αύξησης ή της νευροαντιλαμβανόμενης ανάπτυξης. Δεδομένου ότι δεν είναι ξεκάθαρο εάν οι δοκιμές συμπληρώματος διευθύνθηκαν στο σωστό χρόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μελλοντική συμπλήρωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα μπορούσε ίσως να στοχεύει σε διατροφικά μειονεκτούμενους πληθυσμούς κατά τη διάρκεια όλων των τριών τριμήνων της εγκυμοσύνης.

Η διάκριση μεταξύ του IUER και της πρόωρης γέννησης και μεταξύ των σταματημένων και σπαταλημένων IUGR νηπίων θα ήταν βοηθητικό στις μελλοντικές δοκιμές.

Περισσότερη έρευνα είναι επίσης αναγκαία πάνω στην επίδραση της μητρικής διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στον πρόωρο τοκετό και κατά τη διάρκεια των διαδοχικών εγκυμοσύνων και πριν από την εγκυμοσύνη.

3) Μητρικοί θρεπτικοί παράγοντες: Σημασία για το έμβryo και το νεογνό.

Η διατροφή της κυοφορούμενης γυναίκας και της θηλάζουσας μητέρας είναι πάντα ένα θέμα ανησυχίας και είναι συχνά το αντικείμενο της φαρμακολογικής συμπλήρωσης. Κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλακτοπαραγωγής, οι θρεπτικές απαιτήσεις υποβάλλονται σε ιδιαίτερες αλλαγές.

Μελέτες βασισμένες σε θρεπτικές επισκοπήσεις έχουν δείξει ότι η διατροφή της κυοφορούμενης γυναίκας στην Ισπανία είναι ανεπαρκής κυρίως σε σίδηρο, σε φολικό οξύ, σε ψευδάργυρο και σε πυριδοξίνη με ένα υπερβολικό ποσοστό λιπιδίων.

Αυτές οι θρεπτικές συνήθειες αλλάζουν κατά τη διάρκεια της κύησης, ιδιαίτερα στους τελικούς μήνες. Η κατανάλωση γάλακτος, ιδιαίτερα του ημιαποβουτυρωμένου γάλακτος, έχει αυξηθεί από το 1989. Αν και τα φαρμακολογικά συμπληρώματα μπορούν να μην είναι μια έγκυρη εναλλακτική λύση για όλες τις καταστάσεις θα ίσχυαν στις καταστάσεις του υψηλού θρεπτικού κινδύνου όταν η διαιτητική συμβολή είναι ανεπαρκής. Για το υπόλοιπο του πληθυσμού είναι μόνο απαραίτητο να ληφθεί ένα συμπλήρωμα από μια διατροφή που εμπλουτίζεται κατάλληλα με βιταμίνες και ανόργανα άλατα.

4) Διατροφή και κύκλος ζωής 1: Μητρική διατροφή και εγκυμοσύνη.

Τα νεογνά που είναι μικρότερα από τον μέσο όρο κατά τη γέννηση είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους. Μια σημαντική επιρροή στο μέγεθος του νεογνού είναι η μητρική διατροφή. Οι μητρικές σε ενέργεια ανάγκες δεν αυξάνονται πολύ, αλλά άλλες θρεπτικές ουσίες έχουν αποδειχτεί ότι μπορούν να επηρεάσουν την εμβρυϊκή ευημερία. Αυτές περιλαμβάνουν φολικό οξύ, ριβοφλαβίνη και μερικά πολυακόρεστα λιπαρά οξέα. Άλλες θρεπτικές ουσίες που μπορούν να ενισχύσουν την εμβρυϊκή ευημερία είναι το ασκορβικό οξύ, ο ψευδάργυρος και το μαγνήσιο και πιθανώς υπάρχουν πολύ περισσότερες. Οι νοσοκόμες, οι

μαίες και οι επισκέπτες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις θρεπτικές ανάγκες των έγκυων γυναικών και την ανάγκη να βοηθηθούν οι γυναίκες για να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες.

5) Πρόσφατα ζητήματα σχετικά με τη διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τον Ιούλιο του 1990, νέες οδηγίες για τη διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δημοσιεύθηκαν από την Εθνική Ακαδημία των Επιστημών. Η υποεπιτροπή πάνω στο κέρδος βάρους εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αναθεώρησε το κέρδος βάρους που συστήθηκε για την εγκυμοσύνη.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ανάπτυξης νέων συστάσεων, η υποεπιτροπή εξέτασε διάφορους παράγοντες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν να καθοριστεί το κατάλληλο κέρδος βάρους για μια μεμονωμένη έγκυο γυναίκα. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνουν τις δημογραφικές και βιολογικές αλλαγές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την επίδραση του κέρδους βάρους. Τα κλινικά ζητήματα που πρέπει να εξεταστούν στην εφαρμογή των συστάσεων κέρδους βάρους, περιλαμβάνουν τη σημασία της ακριβούς μέτρησης βάρους και ύψους, που ταξινομεί το βάρος της γυναίκας για το ύψος, που καθορίζει το ποσοστό κέρδους στους διαφορετικούς χρόνους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και που αξιολογεί τη σημασία των αποκλίσεων από το αναμενόμενο σχέδιο κέρδους βάρους. Η αναθεώρηση των προγενέστερων μελετών αποκαλύπτει ότι η σύνθεση του σώματος αλλάζει, η οποία θα ήταν σημαντικό να μπορούσε να εξεταστεί από κοινού με τις αλλαγές βάρους, δεν έχουν μελετηθεί καλά. Τα

στοιχεία παρουσιάζονται από μια τρέχουσα μελέτη που δείχνει ότι τα προβλήματα αντιμετωπίζονται εάν οι παραδοσιακοί μέθοδοι μέτρησης της σύνθεσης σώματος χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

6) Η διατροφή στην εγκυμοσύνη στην περιοχή Wellington.

Οι διαταραχές 115 εγκύων γυναικών στην περιοχή Wellington αξιολογήθηκαν για την θρεπτική εισαγωγή χρησιμοποιώντας 24ωρη διαιτητική υπενθύμιση.

Η εκτίμηση παρουσιάστηκε και στο δεύτερο και στο τρίτο τρίμηνο. Γυναίκες ήρθαν από 3 εθνικές ομάδες, ευρωπαϊκές (61), Maori (29) και από τον Ειρηνικό Ωκεανό (25). Συγκρίσεις θρεπτικής εισαγωγής έγιναν μεταξύ αυτών των ομάδων. Η πολύ παραπάνω λήψη ενέργειας ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων (σειρά 4,8 - 19,7 MJ/d) αλλά οι Maori, (p . λιγότερο από 0,05) και του Ειρηνικού Ωκεανού (p . λιγότερο από 0,02) είχε μια σημαντική μείωση από το δεύτερο στο τρίτο τρίμηνο. Αυτές από τον Ειρηνικό ωκεανό κατανάλωσαν σημαντικά περισσότερο άμυλο (121 g/d, p . λιγότερο από 0,05), ενώ οι γυναίκες από το Maori κατανάλωσαν σημαντικά περισσότερη σακχαρόζη (86 g/d, $p=0,0002$). Η φτωχή εισαγωγή σ'αυτές του Ειρηνικού Ωκεανού περιείχε σημαντικά λιγότερο ασβέστιο (882 mg/d, $p=0,002$) και ψευδάργυρο (9,0 mg/d, $p=0,014$). 28% Maori και 51% του Ειρηνικού Ωκεανού είχαν μια υπολογισμένη εισαγωγή σιδήρου κάτω από την ελάχιστη ασφαλή εισαγωγή για την εγκυμοσύνη. Εντούτοις, η διαιτητική εισαγωγή σιδήρου δεν σχετίζεται με την παρουσία της αναιμίας ούτε εάν τα συμπληρώματα σιδήρου δόθηκαν.

7) Η διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. AGOG
Τεχνικό δελτίο αριθμός 179 - Απρίλιος 1993.

Ο προ-εγκύου BMI της γυναίκας και το συνολικό κέρδος βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες του νεογέννητου βάρους.

Ο προ-εγκύου BMI της γυναίκας καθορίζει το συνολικό κέρδος βάρους και το ποσοστό του κέρδους βάρους ανά το μήνα που συστήνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Και οι δύο είναι κάτω από τον μητρικό έλεγχο, αλλά μπορούν να επηρεαστούν από τον προμηθευτή υγειονομικής περίθαλψης. Και οι δύο μαζί προσφέρονται για θρεπτική αξιολόγηση, προφυλακτικές συστάσεις και θεραπευτικές επεμβάσεις στις προκαταλήψεις και στις προγεννητικές περιόδους. Οι θρεπτικές συμβουλές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν μια ισορροπημένη διατροφή που περιέχει περίπου 35 Kcal για κάθε kilogram του άριστου ευνοϊκού βάρους σώματος 300 kcal. Το σχέδιο τροφίμων πρέπει να είναι σύμφωνο με τις προτιμήσεις εάν πρόκειται να ακολουθηθεί. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, μια κατάλληλη διατροφή επιλέγεται από τα πλούσια - σε πρωτεΐνη τρόφιμα, τα ολικής αλέσεως ψωμιά και δημητριακά, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, φρούτα και λαχανικά. Η συμπλήρωση βιταμινών δεν απαιτείται σε αυτόν τον ασθενή. Από τα ανόργανα άλατα, μόνο ο σίδηρος συστήνεται ως συμπλήρωμα, για να διατηρήσει τις αποθήκες του σώματος και να ελαχιστοποιήσει το περιστατικό της αναιμίας, ανεπάρκειας σιδήρου. Μετά τον τοκετό η συντήρηση της ισορροπημένης διατροφής με την κατανάλωση τουλάχιστον 1.800 kcal καθημερινά θα διευκολύνει τον θηλασμό. Η συμπλήρωση βιταμινών και

ανόργανων αλάτων κατά την διάρκεια της γαλακτοπαραγωγής δεν απαιτείται συνήθως.

Η απώλεια βάρους εξαιτίας του τοκετού, όχι περισσότερο από 0,9 kg (2lb), το μήνα, δεν θα έχει επίπτωση στην νοσοκομειακή φροντίδα.

8) Η διατροφή στην εγκυμοσύνη και η γαλακτοπαραγωγή.

Η διατροφή σε βέλτιστα επίπεδα είναι θεμελιώδης στη συντήρηση της θετικής υγείας.

Η μητρική διατροφή είναι πολύ σημαντική για την πορεία και την έκβαση της εγκυμοσύνης. Η γαλακτοπαραγωγή αντιπροσωπεύει ένα στάδιο όπου η υγεία και η διατροφική θέση του νηπίου είναι εξαρτώμενα από τη μητέρα. Η επιτυχημένη εγκυμοσύνη και η γαλακτοπαραγωγή απαιτούν τις ρυθμίσεις της μητρικής σύνθεσης σωμάτων, τον μεταβολισμό και την λειτουργία των διάφορων φυσιολογικών συστημάτων. Η διατροφή η οποία ικανοποιεί τις μητρικές θρεπτικές ανάγκες απαιτείται για αυτές τις ρυθμίσεις, έτσι ώστε η μητρική ευημερία να προστατεύεται με τη γέννηση ενός υγιούς νηπίου. Η επαρκής διατροφή υποστηρίζει την αύξηση και των δύο μαζί μητρικών και εμβρυϊκών ιστών. Ο χρόνιος υποσιτισμός σε όλη την εγκυμοσύνη έχει επιπτώσεις στα βάρη γέννησης των νεογνών. Η φτωχή διατροφή προκαλεί την ενδομήτρια καθυστέρηση αύξησης. Ειδικές θρεπτικές ουσίες όπως ο ψευδάργυρος, το ιώδιο και το φολικό οξύ απαιτούνται επίσης για την ανάπτυξη του εμβρύου. Η εμβρυϊκή ανεπάρκεια του σιδήρου υπάρχει στην μητρική αναιμία ανεπάρκειας σιδήρου.

Η βελτίωση κατά συνέπεια της διατροφής και της υγείας των κοριτσιών και των νεότερων γυναικών και των μητέρων κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλακτοπαραγωγής θα αποκομίσει τα οφέλη από την άποψη της βελτιωμένης υγείας των παιδιών τους καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

9) Η διατροφή στην εγκυμοσύνη: συμπληρώματα ανόργανου άλατος και βιταμινών.

Η εγκυμοσύνη συνδέεται με τις φυσιολογικές αλλαγές που οδηγούν στον αυξανόμενο όγκο πλάσματος, τα κόκκινα κύτταρα αίματος και τις μειωμένες συγκεντρώσεις της κυκλοφορίας των θρεπτικο-δεσμευτικών πρωτεϊνών και των μικροτροφικών. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, αυτές οι φυσιολογικές αλλαγές μπορούν να επιδεινωθούν από τον υποσιτισμό, που οδηγεί στα κράτη ανεπάρκειας μικροτροφικών, όπως η αναιμία, η οποία μπορεί να έχει τις καταστρεπτικές συνέπειες και για τις μητέρες και για τα νεογέννητα νήπια. Οι πολλαπλάσιοι μικροτροφικοί λαμβάνονται συχνά από τις έγκυες γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά τα οφέλη τους είναι περιορισμένα, εκτός από το προφυλακτικό φολικό οξύ που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου περισύλληψης. Οι γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες μπορούν να ωφεληθούν από την προφύλαξη πολλαπλάσιων μικροτροφικών στην εγκυμοσύνη, αλλά η ελλοχεύουσα βάση και η λογική για την αλλαγή, από την συμπλήρωση με το σίδηρο και το φολικό οξύ, στην συμπλήρωση με τους πολλαπλάσιους μικροτροφικούς, δεν έχουν συζητηθεί στα πλαίσια των υπάρχοντων στόχων του προγράμματος. Υπάρχει μια επείγουσα ανάγκη για αυτή τη συζήτηση έτσι ώστε και τα δύο και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος και η επιτυχία του να βελτιωθούν.

10. Διατροφή ιχνοστοιχείων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τα καλύτερα μέσα για να εξασφαλιστεί μια βέλτιστη εισαγωγή των ιχνοστοιχείων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η κατανάλωση μιας ισορροπημένης διατροφής που περιλαμβάνει και ζώο και εγκατάσταση πηγών τροφίμων. Αν και οι χορτοφάγες διατροφές παρέχουν τις λογικές πηγές ιχνοστοιχείων, ειδικά στα ξηρά φασόλια και οι σπόροι, τα τρόφιμα σάρκας περιέχουν τις υψηλότερες συγκεντρώσεις των ιχνοστοιχείων που είναι σε μια ευκολότερα απορροφήσιμη μορφή.

Ο σίδηρος είναι το μόνο ιχνοστοιχείο για το οποίο η στερεότυπη συμπλήρωση είναι συνιστώμενη.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η περιεκτικότητα σε ιώδιο του ανεφοδιασμού είναι αρκετά υψηλή για να καταστήσει τη συμπλήρωση περιττή, αλλά η χρήση του ιωδιωμένου αλατιού δεν είναι αντενδεικνυόμενη. Δεν υπάρχει ανάγκη να καλυφθούν οι έγκυες γυναίκες συνήθως για τη θέση ιχνοστοιχείων εκτός από το να ελεγχθεί η αιμογλοβίνη και ο αιματοκρίτης ως δείκτη της θέσης σιδήρου. Οι καλύτεροι δείκτες ότι η θέση των ιχνοστοιχείων μιας γυναίκας μπορεί να διατρέξει τον κίνδυνο είναι ένα ιστορικό των φτωχών επιλογών τροφίμων, μιας κλινικής αναταραχής που αλλάζει τη χρήση ή την έκκριση ιχνοστοιχείων, ή της προγενέστερης κατοικίας σε μια περιοχή του κόσμου όπου το περιεχόμενο ιχνοστοιχείων του χώματος είναι χαμηλό.

11) Τα αποτελέσματα της διατροφής και των περιβαλλοντικών παραγόντων στον εμβρυϊκό προγραμματισμό του αναπαραγωγικού άξονα.

Η έρευνα από ένα ευρύ φάσμα των επιστημονικών κλάδων έχει δείξει ότι η αναπαραγωγική απόδοση των ζώων στην ενήλικη

ζωή καθορίζεται, εν μέρη, από ποικίλες ξένες επιρροές ενεργώντας στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης πριν από τη σύλληψη μέχρι τη γέννηση. Αυτά τα αποτελέσματα μεσολαβούν πιθανώς μέσω των αλλαγών στους υποθαλαμικούς βλεννογόνους και γεννητικούς άξονες, αλλά το φυσιολογικό σύστημα που επηρεάζεται εξαρτάται από το στάδιο της ανάπτυξης στο οποίο η επιρροή ασκείται. Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων οι περιβαντολλογικές επιρροές διαβιβάζονται στα όργανα στόχων είναι, σε πολλές περιπτώσεις, σύνθετοι και ανεπαρκώς κατανοητοί.

Οι γοναδοτροπίνες φαίνονται να διαδραματίζουν έναν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη του εμβρυϊκού όρχι αν και τα αποτελέσματα των περιβαλλοντικών επιρροών στην GnRH έκκριση έχουν ακόμη να αποδειχθούν. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι, στα πιο αρχικά στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης, η φυσιολογική οντογένεση της γεννητικής ανάπτυξης και λειτουργίας, μπορούν να αναστατωθούν από τον υποσιτισμό ή την επιρροή των ενδοκρινών διασπώμενων ενώσεων. Συγκεκριμένα, στα θηλυκά έμβρυα, η έναρξη της μείωσης καθυστερείται, ενώ, στα αρσενικά έμβρυα, η σύνθεση τεστοστερόνης αυξάνεται ως αποτέλεσμα της ενισχυμένης αρχικής στεροϊδογενετικής ενζυμικής δραστηριότητας. Αν και η αναπαραγωγική απόδοση επηρεάζεται σαφώς από προγενέθλιους παράγοντες, πολλή περαιτέρω εργασία απαιτείται για να προσδιοριστούν οι σχέσεις μεταξύ των αναπτυξιακών ανωμαλιών και της ενήλικης αναπαραγωγικής λειτουργίας. Εργασία επίσης απαιτείται για να διευκρινίσει περαιτέρω τα κρίσιμα παράθυρα στην ανάπτυξη και τους μηχανισμούς από τους οποίους οι περιβαλλοντικοί παράγοντες

έχουν επιπτώσεις στα αναπαραγωγικά όργανα της ανάπτυξης του απογόνου.

12) Ο ρόλος του ανθρώπινου πλακούντα στην εμβρυϊκή διατροφή. Ο αντίκτυπος των περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων.

Ο ανθρώπινος πλακούντας έχει εμπλακεί στην φτωχή αύξηση και ανάπτυξη του εμβρύου λόγω των μεταβολών στη ροή αίματος και των ελαττώσεων στην μεταφορά των θρεπτικών συστατικών όπως των αμινοξέων και των υδατανθράκων. Οι ατέλειες - ελλείψεις τέτοιων θρεπτικών ουσιών είναι οι κυριότερες από τις πολλές περιπτώσεις έρευνας. Ο ρόλος των μικροθρεπτικών ουσιών, εντούτοις, μπορεί επίσης, να είναι βασικός παράγοντας για την κατάλληλη αύξηση και ανάπτυξη, και εδώ ίσως να υπάρχει μια γενική μείωση στην διαθεσιμότητα τέτοιων θρεπτικών ουσιών, για παράδειγμα ο ρόλος της συμπλήρωση φολικού οξέος κατά τη διάρκεια της πρόωρης εγκυμοσύνης και η μείωση στην περίπτωση των βλαβών του αγωγού των νεύρων.

Οι βιταμίνες δεν μεταφέρονται όλες μέσω ενός συνηθισμένου αγωγού. Επομένως, η ρύθμιση της μεταφοράς του ανθρώπινου πλακούντα μπορεί να είναι διαφορετική για τις διάφορες βιταμίνες, για παράδειγμα Α και Β12. Είναι εμφανές, ότι ο ανθρώπινος πλακούντας μπορεί να μεταβολίζει οξειδωτικά τα ρετινοειδή (ισοτρετινόη και τρετινόη) σε περισσότερο τοξικούς ή λιγότερο τοξικούς μεταβολίτες. Αυτοί οι μεταβολίτες μπορούν μετά να μεταφερθούν στην εμβρυϊκή κυκλοφορία. Κάθε μεταβολισμός/μεταφορά βρίσκεται σε αντίθεση με το πως η βιταμίνη Β12 κατευθύνεται στις μετακοβαλαμίνες πρωτεΐνες, οι

οποίες παράγονται από τον πλακούντα και απελευθερώνονται κατευθείαν μέσα στις μητρικές και εμβρυϊκές κυκλοφορίες.

13) Οι επαγγελματίες προσέχουν: τοπικές διαφορές στα «πιστεύω» σχετικά με τη διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ερευνήσαμε 1771 μέλη του Αμερικάνικου Διαιτητικού Οργανισμού, που απασχολήθηκε στη γενική διατροφή, στην παιδιατρική και στη διατροφή της δημόσιας υγείας, σχετικά με τα «πιστεύω» των πελατών τους, σχετικά με τη διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι επαγγελματίες επιλέχτηκαν επειδή αυτοί πιθανόν εξυπηρέτησαν τις έγκυες γυναίκες ή/ και τις γυναίκες με νέα παιδιά. Τα στοιχεία για τον κατάλογο των πεποιθήσεων παράχθηκαν εξετάζοντας τις πεποιθήσεις των εγκύων και μη εγκύων εφήβων και των οικογενειών τους, των δασκάλων τους, και των συνομηλίκων τους, όπως επίσης από τις πεποιθήσεις που λήφθηκαν από τους πελάτες των κοινωνικών λειτουργών, νοσοκόμων και διαιτολόγων που διαμένουν στο κράτος της Γενεύης.

Χρησιμοποιώντας ένα τροποποιημένο q-είδος, 26 δηλώσεις - εκθέσεις ανακαλύφθηκαν για να ερευνήσουν την πρακτική των διαιτολόγων πανεθνικά. Τα αποτελέσματα οδηγούν στο ότι οι πεποιθήσεις σχετικά με τις φυσιολογικές ανάγκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι πρακτικές οι σχετικές με ένα υγιές βρέφος και οι συστάσεις ποτού δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές δια μέσου των περιοχών που εκλέγησαν από τις ΗΠΑ Υπηρεσίες. Εντούτοις, οι πεποιθήσεις για τους πόθους - λαχτάρεις και τη λαογραφία παρουσίασαν σημαντικές τοπικές διαφορές, με τις νοτιοανατολικές

περιοχές και τα γειτονικά κράτη που διαφέρουν σημαντικά από τις άλλες περιοχές.

Η πλειοψηφία των πεποιθήσεων δεν υποστηρίζονται από επιστημονικές πληροφορίες και τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την ανάγκη για κάθε περιοχή να εξακριβώσει τα «πιστεύω», τα οποία θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα διαιτητικά υποδείγματα (π.χ. να τρως για δύο, να τρως μόνο μερικά επιλεγμένα φρούτα, να περιορίσεις το αλάτι, να παίρνεις βιταμίνες για να υπερνικήσεις μια ανεπαρκή διατροφή και να αποφασίσουν ότι η εγκυμοσύνη είναι μια κατάλληλη περίοδος για να χάσεις βάρος). Συστήσαμε ότι οι διαιτολόγοι επαγγελματίες γίνονται ενήμεροι για τις πεποιθήσεις των πελατών, υποστηρίζουν τις πεποιθήσεις που είναι ακριβείς σύμφωνα με τις τρέχουσες συστάσεις για την εγκυμοσύνη και συμβουλεύουν τους πελάτες για τις πεποιθήσεις που είναι ενδεχομένως βλαβερές για την καλή διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΥΓΕΙΑ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

14) Ενδομήτρια διατροφή: Η σημασία της κατά τη διάρκεια των κρίσιμων περιόδων για την καρδιαγγειακή και ενδοκρινή ανάπτυξη.

Οι πειραματικές έρευνες στα ζώα έχουν δώσει έμφαση στο ρόλο της πρόωρα μειωμένης θερμίδας και της πρωτεϊνικής διατροφής στην εμβρυϊκή καρδιαγγειακή ανάπτυξη και το περιστατικό μιας μετάβασης από μια χαμηλή εμβρυϊκή αρτηριακή πίεση αίματος στην πρόσφατη κύηση σε μια υψηλή αρτηριακή πίεση αίματος στην πρόσφατη κύηση σε μια υψηλή αρτηριακή πίεση αίματος τελικά. Αυτές οι παρατηρήσεις μπορούν να εξηγήσουν το συσχετισμό μεταξύ της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάλληλης διατροφής, στις έγκυες γυναίκες και την έκβαση των εγκυμοσύνων τους. Η έμφαση είναι τοποθετημένη στα χαμηλά βάρη γέννησης των νηπίων που έχουν ένα αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης, της στεφανιαίας καρδιακής παθήσεως και την αποπληξία στην ενηλικίωση.

Η αγγειακή παθολογία στους ενήλικους συνδέεται όχι πάντα με το χαμηλό βάρος γέννησης και τα ζωικά πειράματα δείχνουν ότι οι ουσιαστικές αλλαγές στην καρδιαγγειακή και ενδοκρινή λειτουργία μπορούν να προκύψουν από τον μητρικό ή τον εμβρυϊκό υποσιτισμό χωρίς εξασθένιση της εμβρυϊκής αύξησης. Η πειραματική έρευνα στην οργανογένεση παρουσιάζει τον κεντρικό ρόλο της επαρκούς πρωτεϊνικής διαθεσιμότητας καθώς επίσης, και της συνολικής θερμιδικής εισαγωγής. Ο μεταβολισμός αμινοξέος στην έμβryo-μητρική μονάδα εμφανίζεται να έχει μια βασική επιρροή στην ανάπτυξη των οργάνων που περιλαμβάνονται στη χρόνια εκφυλιστική πάθηση στον ενήλικο. Η

πειραματική έρευνα έχει δώσει έμφαση επίσης στο ρόλο του μεταβολισμού και της επίδρασης των υδατανθράκων στο έμβρυο από αυτή την άποψη.

Είτε ο περιορισμός της πρωτεϊνικής εισαγωγής, είτε ο διαβήτης στις εγκύους αρουραίους, έχουν τα μεταξύ γενεών αποτελέσματα τουλάχιστον στο ενδοκρινές πάγκρεας και στον εγκέφαλο. Η περαιτέρω έρευνα απαιτείται για να διευκρινίσει τους σχετικούς μηχανισμούς και να οδηγήσει σε μια νέα κατανόηση της σπουδαιότητας της διατροφής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό θα παράσχει μια σημαντική προσέγγιση στην αρχική πρόληψη του διαβήτη και των χρόνια εκφυλιστικών παθήσεων.

15) Ο εμβρυϊκός μεταβολισμός διατροφής και ενέργειας και η σχέση του στην αύξηση, διαφοροποίηση και βιωσιμότητα των εμβρύων.

Από την προηγούμενη δεκαετία έχει υπάρξει μια ανανέωση του ενδιαφέροντος για τα μέσα πολιτισμού που χρησιμοποιούνται στην κλινική στην in vitro γονιμοποίηση (εργαστηριακά πειράματα με βακτήρια, μύκητες). Δυστυχώς, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου περισσότερη σύγχυση απ'ότι συναίνεση εμφανίζεται να αναπτύσσεται σχετικά με τη σύνθεση αυτών των μέσων. Για να διευκολυνθεί μια σαφέστερη κατανόηση αυτού του τομέα, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητός ο ρόλος των συγκεκριμένων μέσων συστατικών και πως η χρήση τους ρυθμίζεται από το έμβρυο. Οι ρόλοι των βασικών θρεπτικών συστατικών, της γλυκόζης, του πυροσταφυλικού οξέος, της λακτόζης και των αμινοξέων κατά τη διάρκεια της περιόδου προεμφύτευσης επομένως γίνονται σημαντικοί. Η ανάλυση για το πως το έμβρυο ρυθμίζει τη χρησιμοποίηση τέτοιων θρεπτικών ουσιών έχει οδηγήσει σε μια

σαφέστερη κατανόηση των απαιτήσεων του εμβρύου κατά τη διάρκεια της δυναμικής περιόδου της εξέλιξης προεμφύτευσης. Από τέτοιες, πληροφορίες, τα διαδοχικά μέσα πολιτισμού είναι αναπτυγμένα μαζί με τις νέες μη καταπατητικές δοκιμές της εμβρυϊκής βιωσιμότητας. Προτείνεται ότι οι συνεχείς μελέτες πάνω από ανθρώπινο έμβρυο θα οδηγήσουν στις περαιτέρω βελτιώσεις στις συνθήκες πολιτισμού των εμβρύων και τη βελτιστοποίηση των δοκιμών βιωσιμότητας, που καταλήγουν στη δυνατότητα να μεταφέρουν τα ενιαία έμβρυα για την πλειοψηφία, εάν όχι, όλων των ασθενών.

16) Η διατροφή στον λιπιδικό μεταβολισμό προγραμμάτων εγκύων ή θηλάζουσων αρουραίων στον απόγονο.

Οι επιδημιολογικές μελέτες στον άνθρωπο δείχνουν ότι το μέγεθος στην σημερινή ζωή σχετίζεται με τις συγκεντρώσεις χοληστερίνης αίμα στην ενήλικη ζωή, που αυξάνουν την υπόθεση ότι τα τωρινά προγράμματα διατροφής του πρόσφατου μεταβολισμού λιπιδίων, έχουν επιπτώσεις στον κίνδυνο για τις πιο πρόσφατες αγγειακές ασθένειες. Εδώ, εξετάσαμε την υπόθεση ότι η διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της γαλακτοπαραγωγής στον λιπιδικό μεταβολισμό προγραμμάτων αρουραίων στον απόγονο, που μελετήθηκε στην ενήλικη ζωή (που σημαίνει 6 μήνες). Οι αρουραίοι (n=35) από τα κανονικά ταϊσμένα φράγματα (έλεγχος) συγκρίθηκαν με (1) από τους αρουραίους (n=22) από τα φράγματα πρωτεϊνικά περιορισμένα στην εγκυμοσύνη και γαλακτοπαραγωγή, (2) οι αρουραίοι (n=9) γεννημένοι σε κανονικά ταϊσμένες μητέρες, διέσχισαν στα πρωτεϊνικά περιορισμένα φράγματα γαλακτοπαραγωγής και (3)

εκείνοι (n=9), γεννημένα των πρωτεϊνικά περιορισμένων φραγμάτων και διέσχισαν σε κανονικά ταϊσμένα ζώα θηλασμού. Σε αυτές τις τελευταίες τρεις ομάδες, ο απόγονος παρουσίασε μακροπρόθεσμη μείωση των συγκεντρώσεων πλάσματος χοληστερίνης, HDL-χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων έναντι των ελέγχων. Τα αποτελέσματα ήταν επικρατέστατα στα αρσενικά. Αυτά τα συμπεράσματα προτείνουν ότι στους αρουραίους η ευαίσθητη περίοδος για τον διατροφικό προγραμματισμό του μεταβολισμού της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων είναι και οι δύο μαζί προ και μεταγεννητική (προ-απογαλάκτιση) και ότι οι αρουραίοι μπορούν «έμμεσα» αν προγραμματιστούν μεταβάλλοντας το μητρικό διατροφικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια της κύησης ή της γαλακτοπαραγωγής. Ενώ έχει υποτεθεί ότι τα πρόσφατα ανθρώπινα προγράμματα υποσιτισμού διακινδυνεύουν για αγγειακή ασθένεια, μια πτυχή του υποσιτισμού, χαμηλή μητρική πρωτεϊνική εισαγωγή, σε αυτό το μοντέλο αρουραίου προγραμμάτισε χαμηλότερες συγκεντρώσεις πλάσματος χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων.

17) Μελέτη πάνω στη σχέση μεταξύ της διατροφής ιωδίου των εγκύων γυναικών σε διαφορετικές περιπτώσεις και του ρόλου του θυρεοειδή των νεογνών τους.

Στόχος: Να μελετήσει τη διατροφή ιωδίου των εγκύων γυναικών σε διαφορετικές περιπτώσεις και τη λειτουργία του θυρεοειδή των νεογνών τους.

Μέθοδοι: Το ουρικό ιώδιο των εγκύων γυναικών και του ορού τους T(3), T(4), FT(3), FT(4) καθορίστηκε από το χωρικό οξύ η θερμοστατική ανάλυση της πέψης και ο καθορισμός των RIA, TSH με την IRMA (μέθοδος), η ορμόνη TSH (ορμόνη του

θυρεοειδούς αδένα), του αίματος του νεογνικού ομφαλικού χώρου ήταν καθορισμένη αποφασισμένη από την ELIZA.

Αποτελέσματα: ορός T(3), T(4) από έγκυες γυναίκες ήταν σημαντικό υψηλότερος από εκείνες τις γυναίκες της προγαμιαίας επιθεώρησης υγείας (PHIW, $P < 0,001$). Η διαφορά του ορού T(3), T(4) των εγκύων γυναικών στην 10-14 και 39-40 εβδομάδα δεν ήταν σημαντική. Ο ορός FT(3), FT(4) των εγκύων γυναικών στην 39-40 εβδομάδα ήταν $2,61 \pm 0,47$ pmol/L και $5,50 \pm 1,57$ pmol/L αντίστοιχα. Η διαφορά της συγκέντρωσης ορών TSH στην τρίτη περίπτωση και στην πρώτη περίπτωση της προ-εγκυμοσύνης ήταν σημαντική αλλά η διαφορά της διανομής συχνότητας TSH σε τρεις ομάδες δεν ήταν σημαντική ($\chi^2 = 1.138$, $P > 0,5$). Η μεσαία ορμόνη TSH (ορμόνη του θυρεοειδούς αδένα) του αίματος του νεογνικού ομφαλικού χώρου ή τον $1,99$ mV/L, αλλά το ποσοστό που ήταν υψηλότερο από 5 mV/L ήταν $9,4\%$.

Συμπέρασμα: Για εκείνες τις περιοχές με υψηλή κάλυψη ιωδιούχου άλατος, οι έγκυες γυναίκες είχαν επαρκές συμπλήρωμα ιωδίου και καλή λειτουργία του θυρεοειδή. Το ποσοστό των νεογνών από έγκυες γυναίκες με επαρκές ιώδιο με $TSH > 5$ mU/L ήταν χαμηλότερο από 10% . Χρησιμοποιώντας την κανονική σειρά από μη εγκύους FT(3) και FT(4) για να εκτιμηθεί-υπολογισθεί η λειτουργία του θυρεοειδούς των εγκύων γυναικών θα μπορούσε να προκαλέσει λανθασμένη διάγνωση.

18) Η διαιτητική πρωτεΐνη στην πρόωρη ζωή έχει επιπτώσεις στην ανάπτυξη του ζωικού λίπους στα θηλαστικά;

Αυτό το άρθρο εξετάζει την πρόταση ότι η διαιτητική πρωτεΐνη μέσα στην προ- και πρόωρη μεταγεννητική ζωή

επηρεάζει την ανάπτυξη του ζωικού λίπους στην πιο πρόσφατη ζωή.

Στα τρωκτικά, η χαμηλή πρωτεϊνική εισαγωγή κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλό βάρος γέννησης και οδηγεί στη συνέχεια, στις διάφορες μεταβολικές διαταραχές στην ενηλικίωση, όπως η υψηλή πίεση αίματος, η εξασθενημένη ανοχή γλυκόζης και η αντίσταση ινσουλίνης.

Οι λίγες ελεγχόμενες μελέτες που πραγματοποιούνται στα ζώα προτείνουν ότι η υψηλή εισαγωγή πρωτεΐνης ή ενέργειας κατά τη διάρκεια της κύησης οδηγεί στα χαμηλά βάρη γέννησης.

Παρατηρητικές μελέτες στους ανθρώπους, ήταν αναποτελεσματικές στην καθιέρωση μιας σχέσης μεταξύ της διαιτητικής πρωτεϊνικής εισαγωγής στην εγκυμοσύνη και αποτελεσμάτων στο βάρος γέννησης και το ζωικό λίπος του απογόνου αργότερα στη ζωή. Υπάρχουν μόνο αδύνατα επιδημιολογικά στοιχεία που συνδέουν την υψηλή πρωτεϊνική εισαγωγή κατά τη διάρκεια της πρόωρης παιδικής ηλικίας και την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Σε αντιπαραβολή, οι μελέτες στα κατοικίδια ζώα έχουν διαπιστώσει ότι τα πιο υψηλά επίπεδα πρωτεϊνικής εισαγωγής συνδέονται συχνά με τα χαμηλότερα ποσοστά της προσαύξησης, του λίπους. Οι πρόσθετες μελέτες προτείνονται για να ερευνήσουν τις αξιώσεις που συνδέουν την πρωτεϊνική διατροφή στην πρόωρη ζωή με τη μεταγεννητική ανάπτυξη της παχυσαρκίας και την ασθένεια στους ανθρώπους.

19) Περιγενέθλιος μεταβολισμός της βιταμίνης D.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι μητρικές συγκεντρώσεις ορών 25- υδροξυβιταμίνης D, η μορφή

κυκλοφορίας της βιταμίνης D, συσχετίζονται με τη διαιτητική εισαγωγή βιταμίνης D. Οι μητρικές συγκεντρώσεις ορών του 1,25-διυδροξυβιταμίνης D η ορμονική κυκλοφορία και η ενεργός μορφή της βιταμίνης D, είναι ανυψωμένες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η 1,25- διυδροξυβιταμίνη D συντίθεται κυρίως από τα φθαρά κύτταρα του πλακούντα και επιτρέπει την αυξανόμενη απορρόφηση ασβεστίου. Το έμβρυο είναι εξ ολοκλήρου εξαρτώμενο από τη μητέρα του για τον ανεφοδιασμό της 25-υδροξυβιταμίνης D, η οποία θεωρείται ότι διασχίζει τον πλακούντα.

Η υποασβεστιαμία και η αυξανόμενη παραθυροειδής έκκριση ορμονών προκαλούν τη σύνθεση της 1,25-διυδροξυβιταμίνης D μετά από τη γέννηση και στον πλήρη-ορό και στα πρόωρα νεογνά. Εντούτοις, οι συγκεντρώσεις ορών της 25-υδροξυβιταμίνης D είναι ένας ποσοστό-περιοριστικός παράγοντας στη σύνθεση της 1,25-διυδροξυβιταμίνης D.

Στα κορεσμένα νήπια από τη βιταμίνη D κατά την κυκλοφορία της 1,25- διυδροξυβιταμίνης D οι συγκεντρώσεις είναι υψηλότερες από εκείνες που παρατηρούνται στα μεγαλύτερα νήπια.

Σε χώρες όπου τα γαλακτοκομικά προϊόντα δεν συμπληρώνονται συνήθως με τη βιταμίνη D, η μητρική συμπλήρωση βιταμίνης D κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι απαραίτητη. Εντούτοις, δεν υπάρχει ένδειξη για τη χρήση των φαρμακολογικών δόσεων της βιταμίνης D ή των μεταβολιτών στην περιγενέθλια περίοδο.

20) Αντίστροφη σχέση μεταξύ ισομερών σειρών και πολύ-αλληλοσυνδέτων πολυακόρεστων λιπαρών οξέων στα επίπεδα αίματος του λώρου των σχηματιζόμενων βρεφών.

Υπόβαθρο: Οι προηγούμενες μελέτες παρουσίασαν σημαντικούς αντίστροφους συσχετισμούς μεταξύ των τιμών δια τα ισομερή και τις μακριές-αλυσίδες από πολυακόρεστα λιπαρά οξέα στα λιπίδια πλάσματος των πρόωρων νηπίων και των υγιών παιδιών ηλικίας 1-15 χρονών.

Στόχος: Επιδιώξαμε να αξιολογήσουμε τους ίδιους συσχετισμούς στα νήπια πλήρης-ορού στη γέννηση.

Συμπέρασμα: Για να εισαχθούν τα λιπαρά οξέα στην εμβρυϊκή κυκλοφορία πρέπει να προέλθουν από την μητρική διατροφή, οπότε, τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η μητρική έκθεση στα λιπαρά οξέα μπορεί να αντιπροσωπεύσει μια προηγουμένως παραμελημένη μεταβλητή που επηρεάζει αντιστρόφως την μακριά αλυσίδα πολυακόρεστη θέση λιπαρού οξέος στα νήπια πλήρης-ορού στη γέννηση.

21) Μια μελέτη που ερευνά την εκπαίδευση των μαιών, τη γνώση και τη στάση απέναντι στη διατροφή κατά τη εγκυμοσύνη.

Στόχος: Για να ερευνήσει την εκπαίδευση των μαιών, τη γνώση και τη στάση απέναντι στη διατροφή κατά την εγκυμοσύνη.

Σχέδιο: Έρευνα που χρησιμοποιεί το ερωτηματολόγιο και πρόγραμμα συνέντευξης.

Συμμετέχοντες: Ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα 77 εγγραμμένων μαιών.

Ρύθμιση: Μια αγγλική περιφερειακή αρμόδια για την υγεία αρχή.

Βασικό Συμπέρασμα: Οι μαίες απαιτούν περισσότερη εκπαίδευση στη διατροφή και κατά τη διάρκεια της βασικής εκπαίδευσης και μετά τον τίτλο σπουδών.

Επιπτώσεις στην πρακτική εκπαίδευση: Τα θρεπτικά ζητήματα πρέπει να περιληφθούν στα συνεχόμενα εκπαιδευτικά προγράμματα διαθέσιμα στις καταρτισμένες μαίες.

Γ) ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

1) Οι μητρικοί αδένες προμηθεύουν την ιστοτροφική διατροφή για το ανθρώπινο έμβρυο κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης.

Η παροχή της επαρκούς διατροφής στο έμβρυο είναι βασική σε μια επιτυχή εγκυμοσύνη. Η ενδιάμεση μορφή εμφύτευσης που επιδεικνύεται από την ανθρώπινη βλαστοκύστη συνδέεται γενικά με την πρόωρη αρχή της μητρικής ροής αίματος στον αναπτυσσόμενο πλακούντα, και ως εκ τούτου την αιμοτροφική ανταλλαγή. Εντούτοις, η πρόσφατη διαπίστωση ότι η μητρική κυκλοφορία μέσα στον πλακούντα δεν καθιερώνεται πλήρως μέχρι τον τρίτο μήνα της κύησης προτείνει ότι η ανθρώπινη εμβρυϊκή διατροφή μπορεί να είναι αρχικά ιστοτροφική. Επομένως, ερευνήσαμε τη δραστηριότητα των μητρικών αδένων κατά τη διάρκεια της πρόωρης εγκυμοσύνης. Καταδεικνύουμε εδώ ότι αυτοί οι αδένες παραμένουν ενεργοί μέχρι τουλάχιστον 10 εβδομάδες της εγκυμοσύνης και ότι οι εκκρίσεις τους παραδίδονται ελεύθερα στον εσωλαχνικό χώρο του πλακούντα.

Τα συμπεράσματα μας καταδεικνύουν ότι οι μητρικοί αδένες είναι μια σημαντική πηγή από θρεπτικά συστατικά κατά τη διάρκεια της οργανογένεσης, όταν ο μεταβολισμός είναι ουσιαστικά αναερόβιος.

2) Εμβρυϊκή αύξηση και πλακουντιακή λειτουργία.

Η εμβρυϊκή αύξηση καθορίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από τη διαθεσιμότητα των θρεπτικών ουσιών στο έμβρυο. Το έμβρυο είναι στο τέλος μιας γραμμής ανεφοδιασμού που εξασφαλίζει

παράδοση των θρεπτικών ουσιών από τη μητρική κυκλοφορία στο έμβρυο μέσω του πλακούντα. Εντούτοις, αυτή η γραμμή ανεφοδιασμού δεν μπορεί να θεωρηθεί ως γραμμική σχέση.

Ο μητρικός υποσιτισμός όχι μόνο θα μειώσει τη σφαιρική θρεπτική διαθεσιμότητα, αλλά, θα επηρεάσει επίσης, το μητρικό και εμβρυϊκό σωματοτροφικό άξονα. Και τα δύο ενδοκρινικά συστήματα αντιδρούν με πολύ παρόμοιο τρόπο στον περιορισμένο ανεφοδιασμό υποστρωμάτων.

Ο ίδιος ο πλακούντας είναι επίσης, ένα ενεργό ενδοκρινές όργανο και παράγει έναν μεγάλο αριθμό ορμονών συμπεριλαμβανομένης της GH και της IGF-1, όπως, και τους αντίστοιχους δέκτες τους. Κατά συνέπεια ο πλακούντας δεν μπορεί εκτενέστερα να θεωρηθεί μόνο παθητικός αγωγός για την εμβρυϊκή διατροφή. Μάλλον, περιλαμβάνεται ενεργά στην ολοκλήρωση των θρεπτικών και ενδοκρινών σημάτων από τους μητρικούς και εμβρυϊκούς σωματοτροφικούς άξονες.

3) Η διατροφή στην εγκυμοσύνη και οι συγκεντρώσεις της προΐνσουλίνης, 32-33 διασπασμένης προΐνσουλίνης, ινσουλίνης και γ-πεπτιδίου στο πλάσμα λώρου.

Δεδομένου ότι η ινσουλίνη είναι μια σημαντική ορμόνη εμβρυϊκής αύξησης, έχουμε συσχετίσει τις θρεπτικές εισαγωγές της μητέρας (που αξιολογούνται από ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων) και άλλες επιρροές που συνδέονται με την εμβρυϊκή αύξηση στις συγκεντρώσεις ινσουλίνης του βρέφους και τα προπεπτίδια του στον ομφάλιο λώρο πλάσματος. Μεταξύ 391 μωρών ορού που μελετήθηκαν, εκείνα, των οποίων οι μητέρες, είχαν τις υψηλές λήψεις ενέργειας στην πρόωρη εγκυμοσύνη και

τις χαμηλές πρωτεϊνικές εισαγωγές στην καθυστερημένη εγκυμοσύνη είχαν τις χαμηλότερες συγκεντρώσεις πλάσματος λώρου 32-33 διασπασμένης προΐνσουλίνης, ινσουλίνης και γ-πεπτιδίου.

Η ινσουλίνη και οι συγκεντρώσεις προπεπτιδίων δεν συσχετίζονταν με το δείκτη ύψους της μητέρας και μάζας σώματος και με το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αυτές οι παρατηρήσεις κάνουν παραλληλισμό σε πρόσφατες μελέτες που σχετίζονται με το ίδιο μοντέλο διατροφικών λήψεων σε μειωμένη εμβρυϊκή και πλακουντιακή ανάπτυξη. Ωστόσο, οι διαιτητικές προσλήψεις που αξιολογούνται από τα ερωτηματολόγια συχνότητας τροφίμων, επιτρέπουν μόνο προσεκτικά συμπεράσματα, τα συμπεράσματα θα μπορούσαν να έχουν υπαινιγμούς για τον κίνδυνο του απογόνου τύπου 2 διαβήτη mellitus στην ενήλικη ζωή.

4) Η έκφραση λεπτίνης στον απόγονο προγραμματίζεται από τη διατροφή στην εγκυμοσύνη.

Το βάρος γέννησης είναι ένας καθοριστικός παράγοντας των συγκεντρώσεων αίματος λεπτίνης στους ενήλικους.

Πριν η διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να μπορέσει να έχει επιπτώσεις στο βάρος γέννησης, η υπόθεση που τρέφει την εισαγωγή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξετάστηκε ότι αλλάζει την έκφραση λεπτίνης στους απογόνους.

Το βάρος σώματος στη γέννηση συσχετίστηκε αρνητικά με την αφθονία λεπτίνης mRNA στο υποδόριο λίπος σε 59 ημέρες της ηλικίας ($P=0,01$). Αυτή η μελέτη παρουσιάζει για πρώτη φορά

εκείνη την μητρική διατροφή κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής έκφρασης λεπτίνης προγραμμάτων εγκυμοσύνης στον απόγονο.

5) Χωρικός και αναπτυξιακός κανονισμός της λεπτίνης στα εμβρυϊκά πρόβατα.

Για να κατανοηθεί καλύτερα η βιολογία της λεπτίνης κατά τη διάρκεια της προγενέθλιας ζωής, ο αναπτυξιακός και χωρικός κανονισμός της λεπτίνης, μελετήθηκαν στα πρόβεια έμβρυα.

Η λεπτίνη του εμβρύου πλάσματος αυξήθηκε σταθερά μεταξύ 40 και 143 ημερών μετά συνουσίας, αλλά ήταν ανεξάρτητο από το εμβρυϊκό βάρος ή το πλακουντιακό βάρος στην ημέρα 135PC.

Συμπεραίνουμε ότι η λεπτίνη του εμβρυϊκού πλάσματος κατάγεται κυρίως από το μη λιπώδη ζωικό ιστό στην πρόωρη εγκυμοσύνη και στο τέλος επιπρόσθετα, από τον εμβρυϊκό ζωικό λιπώδη ιστό οριακά. Ο ρόλος της λεπτίνης του εμβρυϊκού πλάσματος παραμένει αβέβαιος λαμβάνοντας υπόψιν την έλλειψη του θρεπτικού κανονισμού και ένωσης με την εμβρυϊκή ανάπτυξη.

6) Τα αποτελέσματα της διατροφής πάνω στις εγκύους και θηλάζουσες γουρούνες.

Έχει προταθεί ότι η μακρόχρονη αναπαραγωγή των γουρούνων (θηλυκών χοίρων) εξυπηρετείται καλύτερα με την ελαχιστοποίηση του βάρους και την απώλεια πάχους στην γαλακτοπαραγωγή. Μια τέτοια στρατηγική θα απαιτούσε μόνο μια ελάχιστη αποκατάσταση του βάρους στην εγκυμοσύνη που ακολουθεί, η οποία θα είναι ωφέλιμη, αφού όσο μεγαλύτερη είναι

η λήψη τροφής και η αύξηση βάρους στην εγκυμοσύνη τόσο μεγαλύτερη είναι και η απώλεια βάρους στην παραγωγή γάλακτος.

Η σίτιση στην αγγελία θα έπρεπε να ασκείται κατά τη διάρκεια της γαλακτοπαραγωγής, ενώ η εισαγωγή τροφών κύησης θα πρέπει να διατηρείται χαμηλή. Η σχέση μεταξύ της εισαγωγής τροφών και της επιβίωσης του εμβρύου έχει αποδειχθεί σε διάφορες μελέτες αλλά τα στοιχεία είναι μερικές φορές δύσκολο να ερμηνευθούν.

Η υψηλή ενεργειακή σίτιση κατά τη διάρκεια της πρόωρης περιόδου και κατά τη διάρκεια της πρόωρης εγκυμοσύνης, εντούτοις, συνδέεται συχνά με την αυξανόμενη θνησιμότητα στα έμβρυα.

Ο βραχυπρόθεσμος λιμός στην γαλακτοπαραγωγή μείωσε την προλακτίνη στις συγκεντρώσεις μετά- απογαλάκτισης, και την ινσουλίνη και την γλυκόζη σε πολύ χαμηλές συγκεντρώσεις. Η προλακτίνη αυξήθηκε πολύ γρήγορα μετά την ανατροφοδότηση δείχνοντας ότι ένας νευρικός μηχανισμός πρέπει να περιλαμβάνεται. Τα αυξανόμενα επίπεδα χολεστέρας μετά την ανατροφοδότηση και την προκαλούμενη νευρική αντακλαστικότητα πρέπει να σχετίζονται με αυτή την αύξηση στην προλακτίνη. Αλλαγές στην LH απελευθέρωση δεν παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια των περιόδων λιμού ή ανατροφοδότησης. Το ποσοστό του καταβολισμού κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας γαλακτοπαραγωγής είναι υψηλότερο στις γουρούνες με υψηλότερη πυκνότητα οπίσθιου λίπους απ' ότι στην προχωρημένη κύηση. Καθώς η γαλακτοπαραγωγή, συνεχίζεται ένα περισσότερο ισορροπημένος μεταβολισμός πραγματοποιείται άσχετα από την πυκνότητα του οπίσθιου λίπους πριν από τον τοκετό. Οι υψηλής

απώλειας βάρους πρωτότοκες γουρούνες χρειάζονται μια μακρύτερη περίοδο αποκατάστασης από την αρνητική ενεργειακή ισορροπία κατά τη διάρκεια της γαλακτοπαραγωγής απ' ότι οι χαμηλού βάρους απώλειας, πρωτότοκες γουρούνες, ή πολύτοκες γουρούνες.

Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι γουρούνες που χάνουν υπερβολικά ποσά βάρους σώματος έχουν επεκτείνει την απογαλάκτιση σε οιστρικά διαστήματα και σε μια αύξηση στο ανοϊστρικό. Οι γουρούνες με χαμηλή απώλεια βάρους σώματος κατά τη διάρκεια της γαλακτοπαραγωγής, έχουν υψηλότερο πλάσμα ινσουλίνης και χαμηλότερη κορτιζόλη, κατά την απογαλάκτιση απ' ότι οι γουρούνες με υψηλή απώλεια βάρους σώματος. Τα απροσδιόριστα υπολείμματα είναι ο βαθμός βάρους ή ο όρος "απώλεια" κάτω από την οποία μια επέκταση στο διάστημα ξαναζευγαρώματος θα εμφανίσει και το επίπεδο της λήψης διαιτητικής ενέργειας που απαιτείται για να αποτρέψει αυτή την επέμβαση.

7) Σχέση βάρους της μητέρας και του κέρδους βάρους στη διάρκεια της κύησης με το βάρος του νεογέννητου και το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σημαντικές διαφορές έχουν βρεθεί μεταξύ ομάδων εγκύων γυναικών διαφόρων κρατών όσον αφορά το βάρος τους, αλλά παρ' όλα αυτά, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη σύγκριση του βάρους των νεογέννητων αυτών των ομάδων. Σε σχετικά πρόσφατες μελέτες επίσης, έγινε προσπάθεια εκτίμησης της

σχέσης μεταξύ του κέρδους βάρους στην κύηση και διατροφικών παραγόντων κινδύνου με την πρόβλεψη του περιγεννητικού αποτελέσματος.

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει την αθροιστική δράση του βάρους της μητέρας και του κέρδους βάρους στη διάρκεια της κύησης με το βάρος του νεογέννητου και το περιγεννητικό αποτέλεσμα της κύησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

211 έγκυες γυναίκες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Οι ομάδες αυτές ήταν παρόμοιες από πλευράς άλλων παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το βάρος του νεογέννητου και το περιγεννητικό αποτέλεσμα. Δειγματοληπτικά αναφέρουμε ότι αποκλείστηκαν από τη μελέτη γυναίκες καπνίστριες, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και υπέρτασης. Οι μέσες ηλικίες ήταν συγκρίσιμες μεταξύ των ομάδων.

1^η ομάδα: 75 γυναίκες κανονικού βάρους στη διάρκεια όλης της κύησης. Η μέση ηλικία των γυναικών στην ομάδα αυτή ήταν 30,4 έτη.

2^η ομάδα: 47 γυναίκες με χαμηλότερο του κανονικού βάρους σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Η μέση ηλικία στην ομάδα αυτή ήταν 28,9 έτη.

3^η ομάδα: 89 υπέρβαρες γυναίκες σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Η μέση ηλικία στην ομάδα αυτή ήταν 30,8 έτη.

Οι γυναίκες που ταξινομήθηκαν στη 2^η και 3^η ομάδα είχαν 20% μικρότερο ή μεγαλύτερο αντίστοιχα από το ιδανικό βάρος για το ύψος τους. Σε όλες τις γυναίκες, εκτός από την τελική εκτίμηση του βάρους του νεογέννητου και του περιγεννητικού

αποτελέσματος έγινε και υπερηχογραφική εκτίμηση του βάρους του εμβρύου με διαδοχικές μετρήσεις που σε καμία γυναίκα δεν ήταν λιγότερες από δύο στη διάρκεια της κύησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1^η ομάδα: Το μέσο βάρος των νεογέννητων ήταν 3490gr. Κανένα από τα νεογέννητα δεν ήταν μακροσωμικό, 2 (2,6%) ήταν μικρά για την ηλικία κύησης (small for gestational age infants) ενώ δεν υπήρξε κανείς περιγεννητικός θάνατος. Τα δύο τελευταία νεογέννητα υπολείπονταν σε ανάπτυξη, όπως αυτή ελέγχθηκε υπερηχογραφικά, στο τρίτο τρίμηνο της κύησης.

2^η ομάδα: Το μέσο βάρος των νεογέννητων ήταν 2920 gr 11 (23,4%) από τα νεογέννητα ήταν μικρά για την ηλικία κύησης ενώ υπήρχαν και δύο περιγεννητικοί θάνατοι. Σε εννέα από τα 11 νεογέννητα που υπολείπονταν σε ανάπτυξη, η επιβράδυνση της ανάπτυξής τους διαπιστώθηκε υπερηχογραφικά σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

3^η ομάδα: Το μέσο βάρος των νεογέννητων είναι 3840 gr με 12 μακροσωμικά νεογέννητα (13,4%) και 3 περιγεννητικούς θανάτους. Σε οκτώ από τα 12 μακροσωμικά νεογέννητα, το αυξημένο βάρος τους εκτιμήθηκε υπερηχογραφικά στον 6^ο μήνα και στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Στη σύγκριση της 1^{ης} με τη 2^η ομάδα όσον αφορά τα υπολειπόμενα για την ηλικία κύησης έμβρυα συμπεραίνεται η εμφάνιση στατιστικά σημαντικά περισσότερων υπολειπόμενων εμβρύων στη 2^η ομάδα ($\chi^2=10,964$ και $p=0,0009$).

Στη σύγκριση της 1^{ης} με την 3^η ομάδα όσον αφορά τα μακροσωμικά έμβρυα η διαφορά είναι και πάλι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=9,013$ και $p=0,0027$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της εργασίας μας βρίσκονται σε σχετική αντίθεση με εκείνα που αναφέρονται από τους Lawrence και από άλλους, που διαπιστώνουν ότι η "υπέρμετρη" αύξηση του βάρους στη διάρκεια της κύησης λίγο μπορεί να επηρεάσει το βάρος του νεογέννητου. Η διαφορά σε σχέση με την εργασία μας βρίσκεται στο ότι εμείς διερευνήσαμε την αθροιστική δράση της σχέσης τους βάρους της μητέρας και του κέρδους βάρους στη διάρκεια της κύησης, στο ότι χρησιμοποιούμε ομάδα ελέγχου για τις συγκρίσεις μας και στο ότι οι συγκρίσεις μας γίνονται και προς τις δύο κατευθύνσεις (μικρότερο, μεγαλύτερο βάρος).

Από την άλλη, έμμεσες συσχετίσεις διαπιστώθηκαν μεταξύ κέρδους βάρους της μητέρας, δίαιτας και βάρους γέννησης στη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Ενώ, από την εργασία μας διαφαίνεται κάποια συσχέτιση του υπολειπόμενου ή του υπερβολικού βάρους στη διάρκεια της κύησης σε σχέση με την περιγεννητική έκβαση, τα αποτελέσματά μας χρήζουν διερεύνησης με μεγαλύτερες σειρές ασθενών για να κριθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συμπέρασμα: Το κέρδος βάρους στη διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει τόσο το βάρος τους νεογέννητου όσο και το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει το αθροιστικό αποτέλεσμα της σχέσης του βάρους της μητέρας και του κέρδους βάρους στη διάρκεια της κύησης με το βάρος του νεογέννητου και του περιγεννητικό αποτέλεσμα της κύησης. 211 έγκυες γυναίκες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. 1^η ομάδα: 75 γυναίκες κανονικού βάρους στη διάρκεια όλης της κύησης (μέση τιμή κέρδους βάρους 9,4kg). 2^η ομάδα: 47 γυναίκες με χαμηλότερο του κανονικού βάρους σε όλη τη διάρκεια της κύησης (μέση τιμή κέρδους βάρους 5,3kg). 3^η ομάδα: 89 υπέρβαρες γυναίκες σε όλη τη διάρκεια της κύησης (μέση τιμή βάρους 16,5kg). Οι γυναίκες που ταξινομήθηκαν στη 2^η και 3^η ομάδα είχαν βάρος 20% μικρότερο ή μεγαλύτερο αντίστοιχα από το ιδανικό για το ύψος τους.

Αποτελέσματα: 1^η ομάδα: Το μέσο βάρος γέννησης των νεογέννητων ήταν 3490gr. Κανένα από τα νεογέννητα δεν ήταν μακροσωμικό, 2 ήταν μικρά για την ηλικία κύησης (2,6%) ενώ δεν υπήρξε κανείς περιγεννητικός θάνατος. 2^η ομάδα: Το μέσο βάρος των νεογέννητων ήταν 2920 gr, 11 από τα νεογέννητα ήταν μικρά για την ηλικία κύησης (24,4%) ενώ υπήρχαν και δύο περιγεννητικοί θάνατοι. 3^η ομάδα: Το μέσο βάρος των νεογέννητων ήταν 3840 gr, με 12 μακροσωμικά νεογέννητα (13,4%) και 3 περιγεννητικούς θανάτους. Συμπέρασμα: Το κέρδος βάρους στη διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει ισχυρά το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Δ) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

1) Η εμβρυϊκή θεραπεία για την ενδομήτρια καθυστέρηση αύξησης.

Σήμερα, δεν υπάρχει αποτελεσματική εμβρυϊκή θεραπεία για την ενδομήτρια καθυστέρηση αύξησης (IUGR). Αν και το έμβρυο IUGR είναι στη μήτρα και έχουν υπάρξει πολλές προσπάθειες να αντιμετωπιστεί IUGR με θρεπτικά συμπληρώματα, οι περισσότερες μελέτες είναι κακώς ελεγχόμενες, και δεν υπάρχουν στοιχεία μέχρι σήμερα ότι τα θρεπτικά συμπληρώματα μπορούν να αντιστρέψουν τη διαδικασία IUGR μόλις καθιερωθεί. Η θρεπτική συμπλήρωση είναι επίσης, ενδεχομένως, επικίνδυνη και ένας συνδυασμός θρεπτικών ουσιών είναι πιθανό να απαιτηθεί. Οι εναλλακτικές προσεγγίσεις στην εμβρυϊκή θεραπεία για IUGR που δίνουν υποσχέσεις, περιλαμβάνουν την εμβρυϊκή ορμόνη αύξησης και την ινσουλίνη - όπως τον παράγοντα αύξησης I, επεξεργασμένα για να βελτιώσουν την εμβρυϊκή αύξηση. Τα εμβρυϊκά και μητρικά συμπληρώματα ορμονών μπορούν επίσης να αποδειχθούν χρήσιμα σε IUGR με τη βελτίωση της λειτουργίας του πλακούντα και έτσι του εμβρυϊκού ανεφοδιασμού υποστρωμάτων. Η εμβρυϊκή εντερική συμπλήρωση από τη διοίκηση των παραγόντων και η αύξηση των θρεπτικών ουσιών στο αμνιακό υγρό μπορεί επίσης να αποδειχθεί αποτελεσματική και κλινικά εφικτή. Φαίνεται πιθανό ότι οι συνδυασμοί αυτών των προσεγγίσεων θα απαιτηθούν προτού να μπορέσει η αποτελεσματική θεραπεία να επινοηθεί για το έμβρυο στη μήτρα.

2) Το ενδοκρινές και μεταβολικό σχεδιάγραμμα του με καθυστέρηση ανάπτυξης εμβρύου.

Η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR) χαρακτηρίζεται από την αποτυχία του εμβρύου να αναπτυχθεί σε έναν κανονικό ρυθμό στη μήτρα και συνδέεται με έναν αριθμό ενδοκρινών και μεταβολικών αλλαγών.

Η γνώση μας για το διατροφικό ανεφοδιασμό του πλακούντα και της ενδοκρινούς θέσης της έμβρυο-πλακουντιακής μονάδας κατά τη διάρκεια των εγκυμοσύνων περιλαμβάνοντας το IUGR έχει αυξηθεί πολύ από τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, ως αποτέλεσμα της διαθεσιμότητας των εμβρυϊκών δειγμάτων αίματος, επιτεύχθηκε κάτω από συνθήκες ενός σχετικά σταθερού κράτους. Αυτές οι μελέτες έχουν παράσχει τα στοιχεία ότι ο ανεφοδιασμός της γλυκόζης, εξασθενίσθηκε μόνο κάτω από τις αυστηρές συνθήκες, ενώ η μεταφορά των αμινοξέων του πλακούντα μειώνεται ακόμη και στα έμβρυα με κανονική οξυγόνωση και έμβρυο-πλακουντιακή ροή αίματος.

Επιπλέον, σημαντικές στη μήτρα σχέσεις έχουν αναφερθεί μεταξύ του εμβρυϊκού βάρους και των επιπέδων των παραγόντων αύξησης που κυκλοφορούν, όπως η ινσουλίνη, όπως η αύξηση του παράγοντα-I και η λεπτίνη. Όταν μετριέται ανά κιλό το εμβρυϊκό βάρος, εντούτοις τα επίπεδα λεπτίνης, είναι σημαντικά υψηλότερα στα με καθυστέρηση - ανάπτυξης έμβρυα, με την ανώμαλη έμβρυο-πλακουντιακή ροή αίματος και τη μειωμένη περιεκτικότητα σε οξυγόνο. Οι μεταβολικές και ενδοκρινείς αλλαγές παρατηρηθείσες πρέπει να ερμηνευθούν σε σχέση με τη δριμύτητα της ασθένειας.

3) Οι βιοχημικοί δείκτες της διατροφής βιταμινών B12 στις εγκύους ασθενείς με τα υποφυσιολογικά επίπεδα βιταμινών ορών B12.

Για να καθοριστεί η σημασία της συνήθως παρατηρηθείσας πτώσης στα επίπεδα βιταμινών ορών B12 κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα επίπεδα ορών των B12 μεταβολιτών, του μεθυλομαλομικού οξέος (MMA) και της ομοκυστεΐνης (Hcy) μετρήθηκαν σε μια ομάδα από 50 εγκύους ασθενείς με τον υποφυσιολογικό ορό B12 (σειράς 45-199pg/ml) και τα αποτελέσματα έναντι εκείνων των 25 εγκύων ελέγχων (ορός B12 (208-580) pg/ml)

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η συνηθισμένη πτώση στη συγκέντρωση ορών B12 στην εγκυμοσύνη δεν απεικονίζει την ανεπάρκεια B12 στο βιοχημικό επίπεδο. Στην καθιέρωση της αληθινής B12 ανεπάρκειας στην εγκυμοσύνη, το επίπεδο Hcy ορών (ελλείπει της ανεπάρκειας φολικού οξέος) αλλά όχι MMA ορού, δεν έχει νόημα.

4) Μητέρα - σε - παιδί HIV -1 μετάδοση.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, 10 εκατομ. παιδιά θα έχουν μολυνθεί με τον ανθρώπινης ανεπάρκειας αντισωμάτων ιό (HIV) ως αποτέλεσμα της μητρικής μετάδοσης μέχρι το έτος 2000. Ο κίνδυνος της μητρικής - παιδικής μετάδοσης ιών κυμαίνεται από 15-20% στην Ευρώπη σε 25-39% στην Αφρική. Ο κίνδυνος εμφανίζεται να αυξάνεται με την πρόωρη κύηση, την πρόσφατη μητρική μόλυνση HIV, και το θηλασμό. Η πρόληψη της μόλυνσης του HIV στις γυναίκες της τεκνοποιητικής

ηλικίας μέσω της χρήσης προφυλακτικών παραμένει η κεντρική στρατηγική.

Άλλα μέτρα αυτή την περίοδο υπό αναθεώρηση περιλαμβάνουν το κολπικό πλύσιμο με αντισηπτικό ή αντιμικροβιακό υγρό κατά τη διάρκεια της κύησης, τη θεραπεία αντιμετώπισης ασθένειας από ιό και την παθητική ανοσοποίηση. Αν και η καισαρική τομή μειώνει τη μόλυνση μείωση δεν είναι αρκετά ουσιαστική για να δικαιολογήσει τις δαπάνες που συνδέονται με τον χειρουργικό τοκετό. Ο πρόσθετος κίνδυνος μετάδοσης του HIV μέσω του θηλασμού από τις γυναίκες που μολύνονται πριν από την εγκυμοσύνη έχει υπολογιστεί σε 14%. Σε περιοχές όπου ο υποσιτισμός και οι μολυσματικές ασθένειες είναι ασυγκράτητα τα προστατευτικά οφέλη που παρέχονται από τον θηλασμό στην περιοχή των HIV- μολυσμένων μητέρων ξεπερνά σε βάρος αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο.

5) Οι ανθρώπινοι οροί ανάπτυξης στα έμβρυα αρουραίους είναι συγγενείς στους αριθμούς προηγούμενων αυτόματων αποβολών και θρεπτικών παραγόντων.

Στόχοι: Οι στόχοι είναι: 1) να καθοριστεί εάν οι οροί από τις γυναίκες με τα ιστορικά των αυτόματων αποβολών ήταν τερατογενετικοί στα καλλιεργημένα έμβρυα συχνότερα απ' ότι ήταν οι οροί των γυναικών που δεν είχαν αποβάλλει, 2) εάν η τερατογένεση θα μπορούσε να διορθωθεί με την προσθήκη των θρεπτικών ουσιών στους ορούς και 3) εάν αυτά τα συμπεράσματα ήταν σχετικά με τις αναπαραγωγικές εκβάσεις.

Συμπεράσματα: Οι πολιτισμοί εμβρύων αρουραίων μπορούν να παρέχουν τις μοναδικές ιδέες στις αιτίες και την επεξεργασία των αυτόματων αποβολών.

6) Παχυσαρκία και ιστορικό κυήσεων

Σε συγκριτική μελέτη παχύσαρκων γυναικών με γυναίκες κανονικού βάρους, διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των τελειόμηνων κυήσεων, το κέρδος βάρους στη διάρκεια των κυήσεων και η διατήρηση μέρους του κέρδους βάρους στον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό αποτελούν σημαντικούς συνεργούς παράγοντες στην αιτιολογία της παχυσαρκίας στις γυναίκες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κύηση αποτελεί μια βιολογική αιτία απόκτησης βάρους. Φαίνεται επίσης, ότι άσχετα από την ηλικία της γυναίκας, ο γρήγορος ρυθμός απόκτησης βάρους κατά τη διάρκεια της κύησης και η ήδη προϋπάρχουσα παχυσαρκία, αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες στην απόκτηση μόνιμης παχυσαρκίας. Σκοπός της εργασίας ήταν να συσχετίσει την παχυσαρκία με το ιστορικό κυήσεων και την απόκτηση βάρους στη διάρκειά τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

64 παχύσαρκες γυναίκες μέσης ηλικίας $45,8 \pm 10,3$ (σταθερή απόκλιση) ετών έλαβαν μέρος στη μελέτη. Από το ιστορικό τους ζητήθηκε να απαντήσουν στις πιο κάτω ερωτήσεις: (1) Πόσες τελειόμηνες κυήσεις είχαν, (2) Πόσα κιλά πήραν στη διάρκεια κάθε κύησης, (3) Πότε επανήλθαν στο προ της κύησης βάρος τους. (4) Αν μέσα στον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό δεν επανήλθαν στο

προ της κύησης βάρος τους, πόσα κιλά ήταν το κέρδος βάρος στο τέλος αυτού του χρόνου. Οι απαντήσεις στο προηγούμενο ερωτηματολόγιο συγκρίθηκαν με αντίστοιχες απαντήσεις 47 κανονικού βάρους γυναικών μέσης ηλικίας $44,6 \pm 8,7$ ετών.

Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες από πλευράς μέσης διάρκειας κυήσεων (όπως αυτή αναφερόταν από τις γυναίκες ημερολογιακά ή είχε ανιχνευθεί υπερηχογραφικά).

Χωριστό ιστορικό (έξω από το πρωτόκολλο της εργασίας) ελήφθη για τον αριθμό εκτρώσεων που είχαν κάνει και οι δύο ομάδες των γυναικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1^η ερώτηση

Ο μέσος όρος των τελειόμηνων κυήσεων στην ομάδα των παχύσαρκων γυναικών ήταν 3,1 ενώ στην ομάδα ελέγχου 1,7 μια διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$).

2^η ερώτηση

Η μέση τιμή των κιλών που πήρε η πρώτη ομάδα στην διάρκεια κάθε κύησης, ήταν 13,1 ενώ η δεύτερη 7,4, μια διαφορά που ήταν επίσης στατιστικά σημαντική ($p < 0,01$).

3^η ερώτηση

Ο μέσος χρόνος επαναφοράς στο προ της κύησης βάρος στην πρώτη ομάδα ήταν 8,78 μήνες και στη δεύτερη 7,6 (μη σημαντική διαφορά, $p = 0,07$).

4^η ερώτηση

Η μέση τιμή του κέρδους βάρους στο τέλος του πρώτου χρόνου μετά τον τοκετό στην πρώτη ομάδα ήταν 5,2 κιλά και στη δεύτερη 2,1 μια διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$).

Σε σχέση με τον αριθμό εκτρώσεων προέκυψε οριακά σημαντική διαφορά, υπέρ της ομάδας των παχύσαρκων γυναικών (μέσος όρος 4,1 σε σχέση με 3,3 της ομάδας ελέγχου) αλλά αυτό αποτελεί προβληματισμό για άλλη ερευνητική εργασία σε σχέση και με άλλους πιθανούς επιβαρυντικούς παράγοντες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πέρα από τους παράγοντες που εξετάσαμε πιθανόν και άλλοι παίζουν ρόλο στην απόκτηση "μόνιμης" παχυσαρκίας στο γυναικείο πληθυσμό, όμως σε ορισμένους από αυτούς είναι δύσκολο ναδειχθεί αν αποτελούν το πραγματικό αίτιο ή απλά συνοδό φαινόμενο της παχυσαρκίας. Έτσι, ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν μεγαλύτερες διακυμάνσεις στο βάρος τους (αύξηση ή μείωση) σε σχέση με γυναίκες κανονικού βάρους ή αδύνατες γυναίκες είναι δύσκολο να προσδιοριστεί αν αυτές οι διακυμάνσεις έχουν αιτιολογική σχέση με την παχυσαρκία ή απλά αποτελούν συνοδό εκδήλωση.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται και ο αριθμός των τελειομήνων κυήσεων, το κέρδος βάρους στη διάρκεια της κυήσεως και η διατήρηση μέρους του κέρδους βάρους τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό, αποτελούν σημαντικούς συνεργούς παράγοντες στην αιτιολογία της παχυσαρκίας στις γυναίκες.

Τελειώνοντας, θα έπρεπε να επισημάνουμε τη σχέση μεταξύ μεγάλης απόκτησης βάρους στη διάρκεια της κύησης και της πιθανότητας κακού περιγεννητικού αποτελέσματος.

Ο αριθμός των οριακών εγκυμοσύνων, το κέρδος βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η συντήρηση του κέρδους βάρους στον πρώτο χρόνο μετά τη διανομή αποτελούν σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες της παχυσαρκίας στις γυναίκες.

E) ΚΥΗΣΗ - ΦΑΡΜΑΚΑ

1) Ο αντίκτυπος της μητρικής μόλυνσης στην εμβρυϊκή αύξηση και διατροφή.

Τα ικανοποιητικά ποσοστά εμβρυϊκού κέρδους βάρους και ανάπτυξης είναι σημαντικά για την υγεία στην νηπιακή ηλικία, στην παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή. Η μητρική μόλυνση, εντούτοις, μπορεί να καθυστερήσει την εμβρυϊκή αύξηση.

Η προσιτή και αποτελεσματική επεξεργασία για την μόλυνση είναι επομένως ζωτική όχι μόνο για την γενική υγεία και για την καλή - ύπαρξη των γυναικών, αλλά επίσης, για να αποτρέψει τα δυσμενή αποτελέσματα της μόλυνσης στην εμβρυϊκή αύξηση και ανάπτυξη. Οι επεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας δίνουν προσοχή στο περιβάλλον, στην ένδεια, στον τρόπο ζωής, στη διατροφή και στην παροχή υπηρεσιών υγείας για τις γυναίκες που είναι χρήστες φιλικές και αποδοτικές. Νέες στρατηγικές για τη διαχείριση σε κοινοτικό επίπεδο μιας σειράς των μολύνσεων στις γυναίκες είναι επίσης αναγκαίες, ειδικά όσον αφορά τις αναπαραγωγικές μολύνσεις περιοχών (τμημάτων).

Τέτοιες στρατηγικές θα απαιτούν την ευαίσθητη εκτίμηση των πνευματικών / μορφωτικών "πιστεύω" και πρακτικών όπως η ανάπτυξη και η παράδοση της αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών υγείας, της δυνάμενης και προσιτής επεξεργασίας. Το έγγραφο ασχολείται με τα μειονεκτήματα της ύπαρξης γεννημένων εμβρύων, τις πολλαπλές αιτίες της ενδομήτριας καθυστέρησης αύξησης, τη μητρική μόλυνση και την εμβρυϊκή διατροφή, την μόλυνση και την μητρική διατροφή της δυσλειτουργίας του πλακούντα, την εμβρυϊκή μόλυνση, την

πρόληψη, τα προβλήματα με την πρόσβαση στη θεραπεία για τη μόλυνση, το κατάλληλο πνευματικό φάρμακο, και την μόλυνση της προ-εγκυμοσύνης.

2) Οι μηχανισμοί της δράσης των φαρμάκων, της κατάχρησης στον αναπτυσσόμενο εμβρυϊκό εγκέφαλο.

Οι συνέπειες της δημόσιας υγείας, της απόκτησης και της χρήσης των φαρμάκων, της κατάχρησης έχουν αποδειχθεί καλά. Παρά την έντονη προσπάθεια, εντούτοις, η πρόοδος είναι αργή τα τελευταία χρόνια στον υπολογισμό των συγκεκριμένων νευροαναπτυξιακών επιπτώσεων αυτών των φαρμάκων στα παιδιά κάνοντας κακή χρήση των φαρμάκων οι μητέρες . Η χρήση των ζωικών προτύπων επιτρέπει στον ερευνητή να καθορίσει τις συγκεκριμένες βιολογικές συνεισφορές της προγενέθλιας έκθεσης στα φάρμακα, της κατάχρησης στην νευροαναπτυξιακή έκβαση, ελέγχοντας για συμβάλλοντες που έχουν συγχύσει τις κλινικές μελέτες, όπως η αλλαγμένη διατροφή στην εγκυμοσύνη, το περιβάλλον, μέτριας ανατροφής των νέων, η διαθεσιμότητα των φαρμάκων και η χωρίς φάρμακα υποκίνηση στον απόγονο.

Ένα μοντέλο εξελιγμένης επίδρασης των περιοχών, του εγκεφάλου "κρύβεται" κάτω από την φάρμακο-προκληθείσα ανταμοιβή και την ενίσχυση και την πιθανή μεταγεννητική της σημασία που παρουσιάζεται.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για το δυσκολότερο και σημαντικότερο βήμα για την εξαγωγή σωστών και έγκυρων αποτελεσμάτων-συμπερασμάτων κατά τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Ποικίλει ανάλογα με το σκοπό του ερευνητή , την επιστημονικότητα της, τα μέσα , τις τεχνικές , τον αριθμό των υποκειμένων και την μορφή των δεδομένων. Αποτελεί λοιπόν κάτι μοναδικό και γι'αυτό μπορούμε να πούμε ότι είναι και η "σφραγίδα" του ερευνητή στο έργο του.

Ο τόπος διεξαγωγής της παρούσας μελέτης ήταν η Σητεία (Κρήτη). Συγκεκριμένα έγινε στο χώρο του Μαιευτικού Γυναικολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Σητείας . Η έρευνα ήταν ατομική. Συμμετείχαν 32 έγκυες γυναίκες. Ήταν αναδρομική καθώς βασίστηκε στη συλλογή δεδομένων μέσω των Καρτών Παρακολούθησης Εξωτερικού Ιατρού και των Εξετάσεων Προγεννητικού Ελέγχου της περιόδου (2001-2004). Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω εκτύπωσης των αρχείων-φακέλων που συγκεντρώθηκαν από το χώρο αποθήκευσης , τη διεύθυνση της γραμματείας και από τα προσωπικά αρχεία του γυναικολόγου. Στη συνέχεια, δημιουργήσαμε έναν πλήρη φάκελο αρχείου , ο οποίος παρατήθεται στο παράρτημα της πτυχιακής. Με τη βοήθεια αυτού του φακέλου συγκεντρώσαμε όλα τα δεδομένα που χρειαζόμασταν για τη συνέχεια της έρευνας μας. Κατόπιν καταχωρήσαμε και τους 32 πλήρως συμπληρωμένους φακέλους μέσω του προγράμματος των υπολογιστών (Microsoft Excel) σε μια δισκέτα. Η συλλογή των δεδομένων και ο τρόπος δημιουργίας των φακέλων έγιναν με τη βοήθεια του γυναικολόγου Τζανάκη Εμμανουήλ .

Στη συνέχεια, με τη βοήθεια του κυρίου Δημητροπουλάκη Πέτρου, προχωρήσαμε στη στατιστική επεξεργασία και έρευνα των στοιχείων μας. Με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS (Έλεγχος T) καταχωρήσαμε τα στοιχεία στον υπολογιστή μέσω της δισκέτας που ήταν αποθηκευμένα. Μετά οδηγηθήκαμε σε μια σειρά διεργασιών μέχρι να πάρουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Οι διεργασίες ήταν οι εξής: Καταχώρηση Δεδομένων , Δημιουργία Μεταβλητών , Παρουσίαση Πινάκων Συχνοτήτων , Δημιουργία Γραφικών Παραστάσεων, Σύγκριση Συσχετισμένων Τιμών (Έλεγχος Correlate T test). Ύστερα από όλες αυτές τις ενέργειες λάβαμε τα επιθυμητά αποτελέσματα .

Με τη βοήθεια πάλι του Τζανάκη Εμμανουήλ επεξεργαστήκαμε τα αποτελέσματα και οδηγηθήκαμε σε αρκετά και χρήσιμα συμπεράσματα. Διερευνήσαμε, αν είναι αληθινά και ασφαλή. Τελικά προέκυψε μια διαχρονική και εφαρμοσμένη έρευνα η οποία μπορεί στο μέλλον να οδηγήσει κάποια άλλα άτομα σε περαιτέρω εκτενή συμπεράσματα .

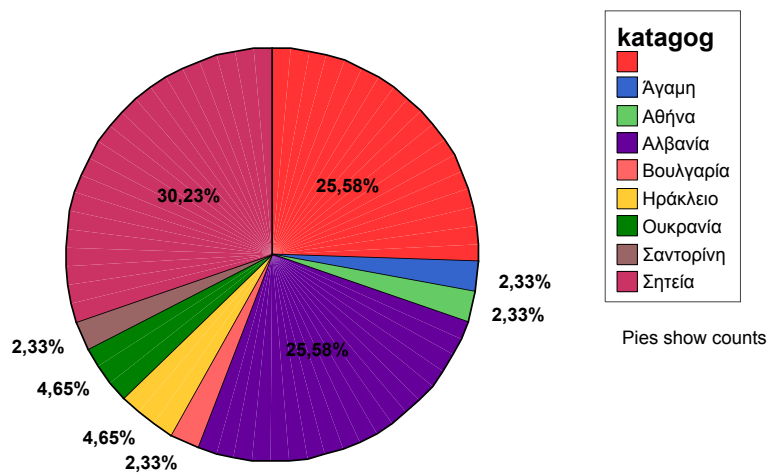
1.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ενότητα 1^η: Γενικά στοιχεία εγκύων

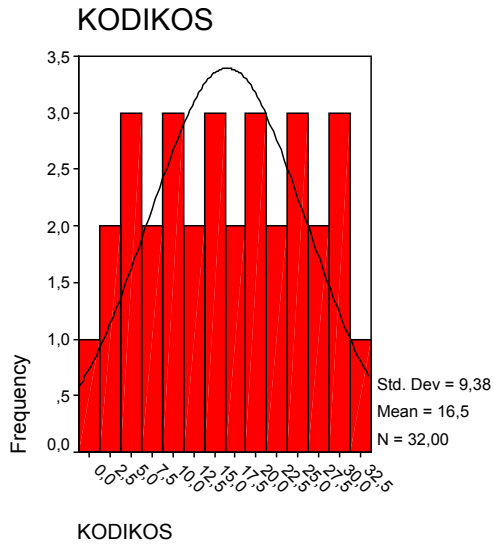
(1)

Καταγωγή Εγκύων

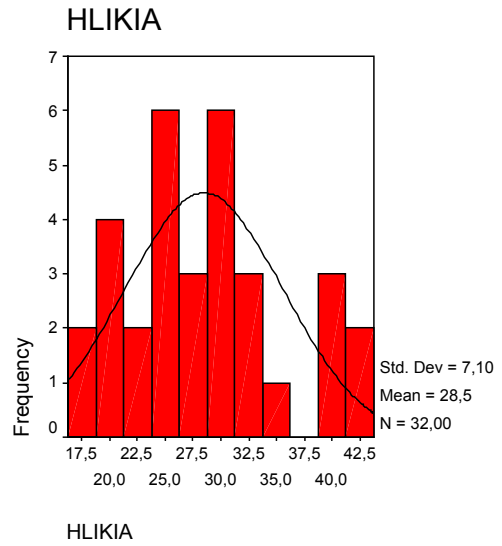


- Στο κυκλικό διάγραμμα (1) παρατηρούμε την καταγωγή των εγκύων που μελετάμε καθώς και την οικογενειακή τους κατάσταση. Το μεγαλύτερο ποσοστό κατάγεται από την Σητεία (30,23%) ενώ το αμέσως επόμενο από την Αλβανία (25,58%). Επίσης, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων (25,58%) είναι έγγαμες.

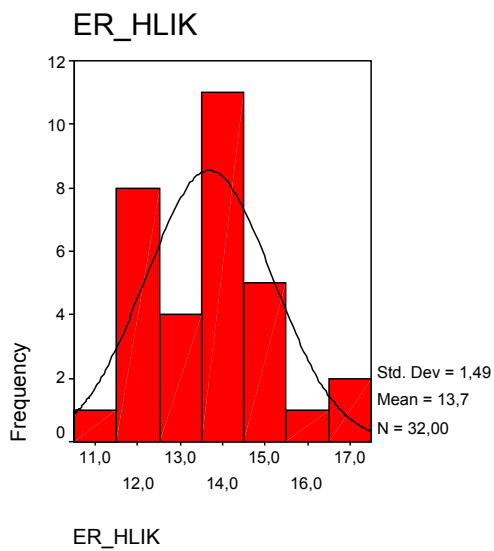
(2)
Αριθμός Εγκύων



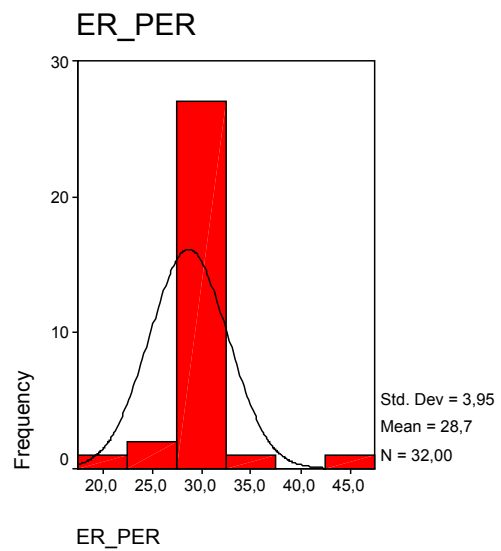
(3)
Ηλικία Εγκύων



(4)
Ηλικία Περιόδου



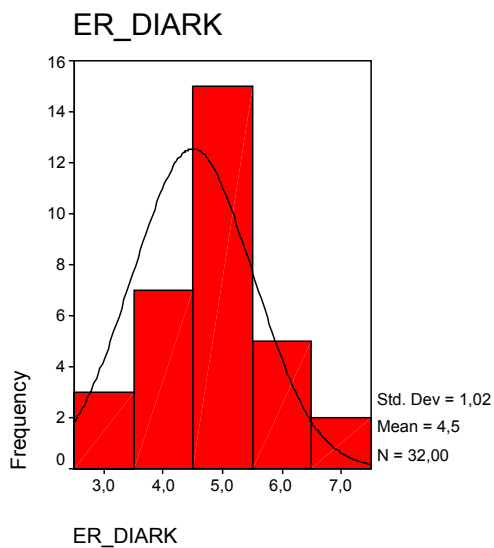
(5)
Διάστημα Περιόδου



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (2) παρατηρούμε τον αριθμό των εγκύων (32) που θα μελετήσουμε για να βγάλουμε τα συμπεράσματά μας.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (3) παρατηρούμε τις ηλικίες των εγκύων που μελετάμε. Κυμαίνονται από (16,25-43,75) χρονών με επικρατέστερα τα διαστήματα (18,75-21,25), (23,75-26,25) και (28,75-31,25) κατά τα οποία κυοφορούν οι περισσότερες και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (27,5-28,75) ετών. (28,5)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (4) παρατηρούμε τις ηλικίες των εγκύων κατά τις οποίες παρουσιάζουν για πρώτη φορά στη ζωή τους έμμηνο ρύση. Οι ηλικίες αυτές κυμαίνονται από (10,5-17,5) χρονών με επικρατέστερα τα διαστήματα (11,5-12,5) και (13,5-14,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την ηλικία των (13,5-14) ετών. (13,7)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (5) παρατηρούμε τις ημέρες που μεσολαβούν από την τελευταία μέχρι την επόμενη έμμηνο ρύση. Οι ημέρες κυμαίνονται από (17,5-47,5) με επικρατέστερο το διάστημα των (27,5-32,5) ημερών και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (27,5-30) ημερών. (28,7)

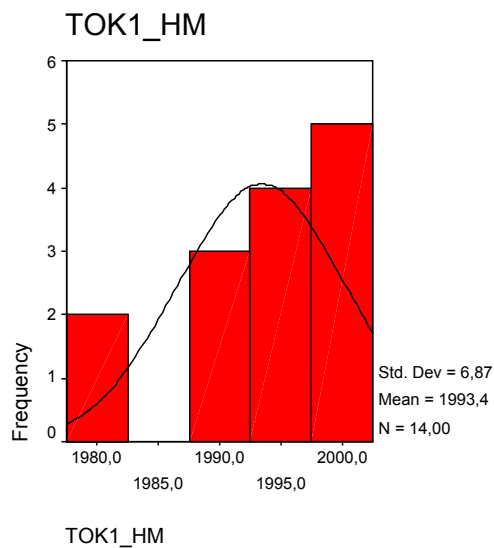
(6)

Διάρκεια Περιόδου



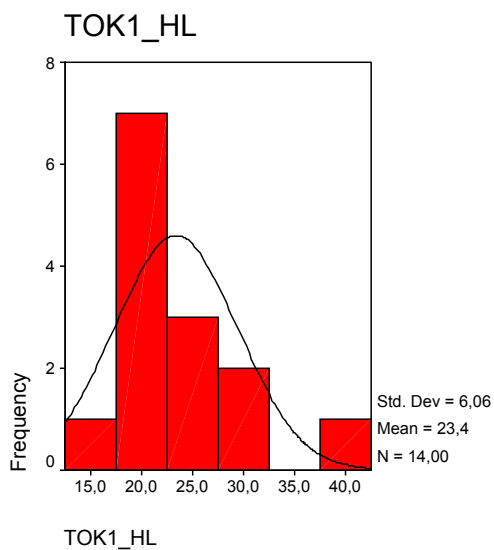
(7)

Τοκετός 1^{ος} - Ημερομηνία
Γέννησης



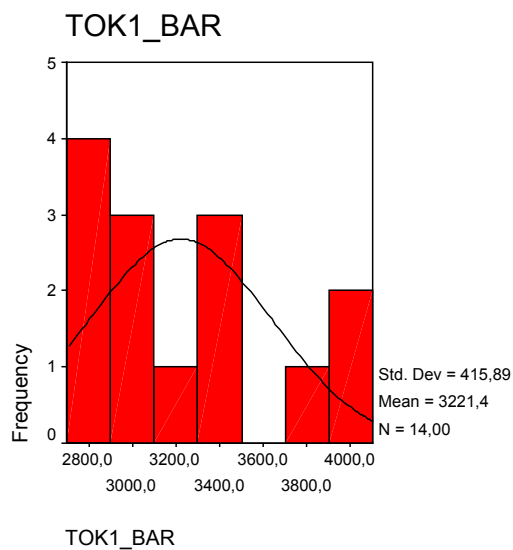
(8)

Τοκετός 1^{ος} - Ηλικία Εγκύου



(9)

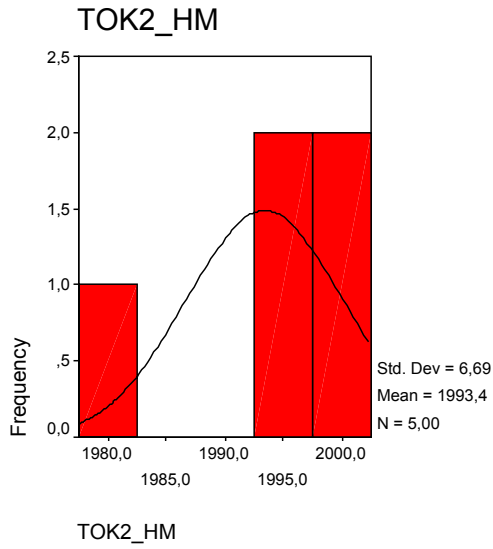
Τοκετός 1^{ος} - Βάρος νεογνού



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (6) παρατηρούμε τη διάρκεια της έμμηνου ρύσης των εγκύων. Αυτά κυμαίνονται από (2,5-7,5) ημέρες με επικρατέστερο το διάστημα (4,5-5,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των 4,5 ημερών.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (7) παρατηρούμε τις χρονολογίες κατά τις οποίες εγκυμονούν για πρώτη φορά οι γυναίκες που μελετάμε. Αυτές κυμαίνονται από (1977,5-2002,5) με επικρατέστερο το διάστημα (1987,5-2002,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα τη χρονολογία των (1992,5-1995) ετών. (1993,4)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (8) παρατηρούμε τις ηλικίες των εγκύων κατά το πρώτο τοκετό. Αυτές κυμαίνονται από (12,5-42,5) ετών με επικρατέστερο το διάστημα (17,5-22,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την ηλικία των (22,5-25) ετών. (23,4)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (9) παρατηρούμε το βάρος των πρώτων τοκετών των εγκύων. Αυτό κυμαίνεται από (2700-4100) γραμμάρια με επικρατέστερα τα διαστήματα (2700-3100) και (3300-3500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (3200-3300) γραμμαρίων (3221,4).

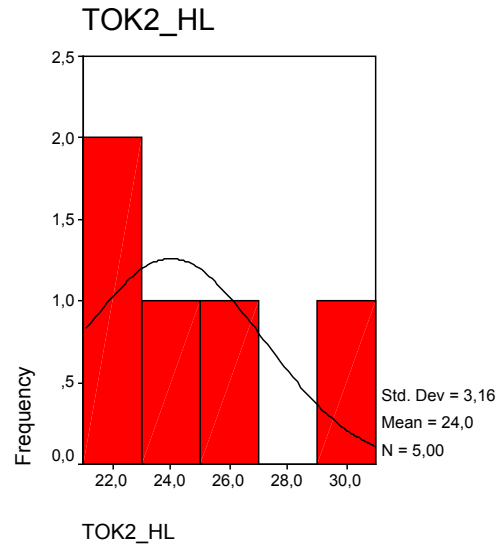
(10)

Τοκετός 2^{ος} - Ημερομηνία
Γέννησης



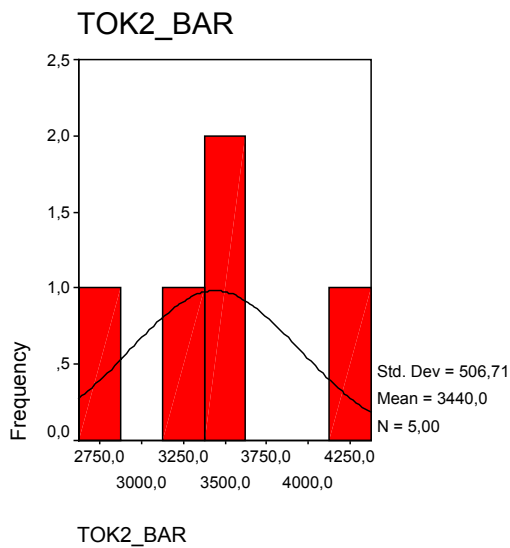
(11)

Τοκετός 2^{ος} - Ηλικία Εγκύου



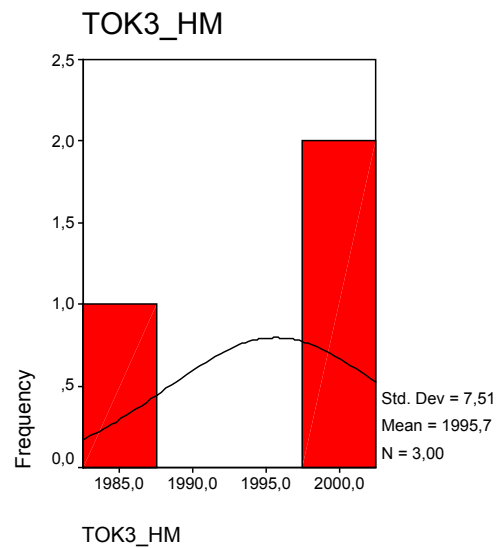
(12)

Τοκετός 2^{ος} - Βάρος Νεογνού



(13)

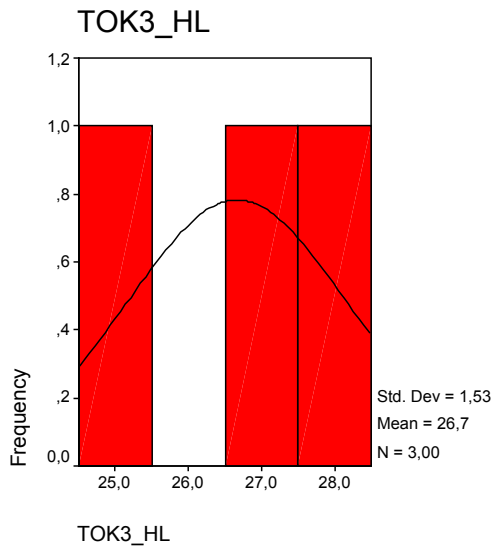
Τοκετός 3^{ος} - Ημερομηνία
Γέννησης



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (10) παρατηρούμε τις χρονολογίες κατά τις οποίες εγκυμονούν για δεύτερη φορά οι γυναίκες που μελετάμε. Αυτές κυμαίνονται από (1977,5-2002,5) με επικρατέστερο το διάστημα (1992,5-2002,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την χρονολογία των (1992,5-1995) ετών. (1993,4)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (11) παρατηρούμε τις ηλικίες των εγκύων κατά το δεύτερο τοκετό. Αυτές κυμαίνονται από (21-31) ετών και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την ηλικία των 24 ετών.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (12) παρατηρούμε το βάρος των δευτέρων τοκετών των εγκύων. Αυτό κυμαίνεται από (2625-4375) γραμμάρια με επικρατέστερο το διάστημα (3375-3625) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (3375-3500) γραμμαρίων (3440).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (13) παρατηρούμε τις χρονολογίες κατά τις οποίες εγκυμονούν για τρίτη φορά οι γυναίκες που μελετάμε. Αυτές κυμαίνονται από (1988,5-2002,5) με επικρατέστερο το διάστημα (1987,5-2002,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα τη χρονολογία των (1995-1997,5) ετών. (1995,7)

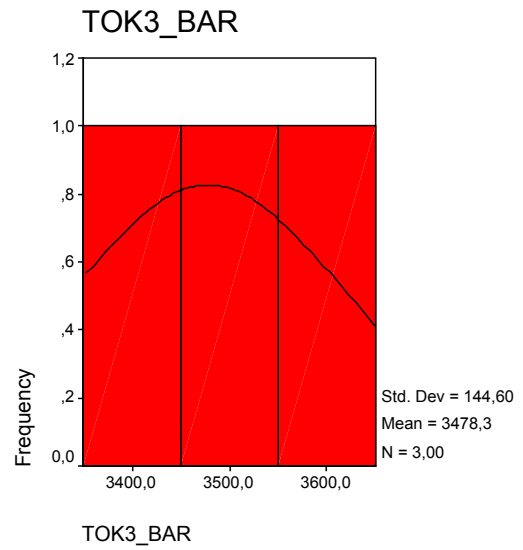
(14)

Τοκετός 3^{ος} - Ηλικία Εγκύου



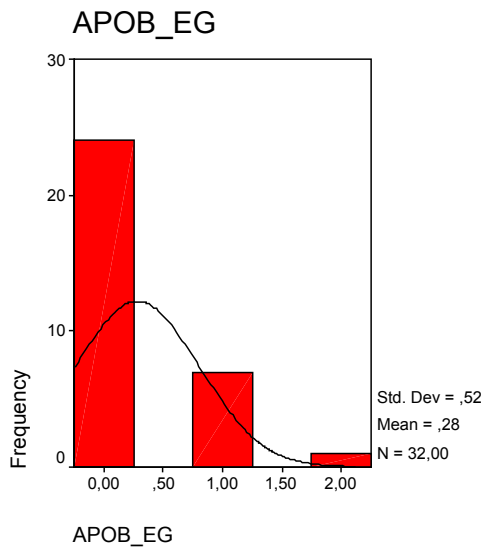
(15)

Τοκετός 3^{ος} - Βάρος νεογνού



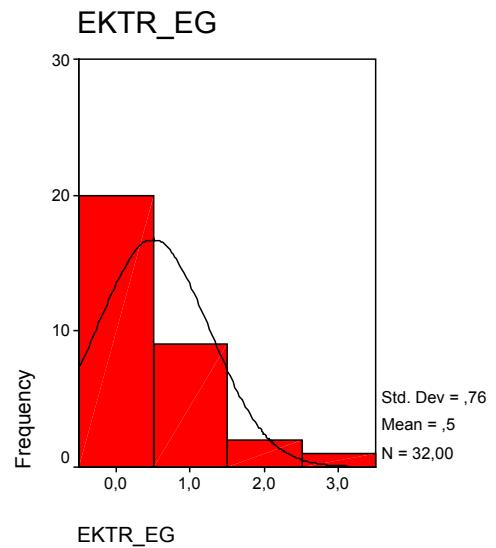
(16)

Αποβολές Εγκύου



(17)

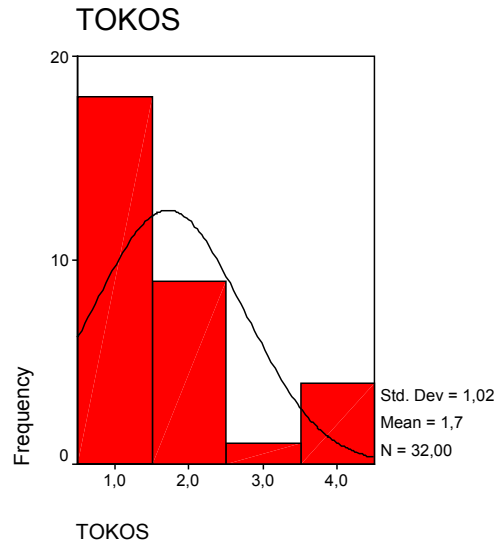
Εκτρώσεις Εγκύου



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (14) παρατηρούμε τις ηλικίες των εγκύων κατά τον τρίτο τοκετό. Αυτές κυμαίνονται από (24,5-28,5) ετών με επικρατέστερα τα διαστήματα (24,5-25,5) και (26,5-28,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την ηλικία των (26-27) ετών. (26,7)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (15) παρατηρούμε το βάρος των τρίτων τοκετών των εγκύων. Το ιστόγραμμα που παρουσιάζεται είναι ομοιογενές με μήκος διαστήματος (3350-3650) γραμμαρίων και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (3450-3500) γραμμαρίων. (3478,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (16) παρατηρούμε τις φυσιολογικές αποβολές των εγκύων που κυμαίνονται από (0-2,25) με επικρατέστερο το διάστημα (0-0,25) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (0,25-0,5) αποβολών. (0,28)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (17) παρατηρούμε τις τεχνητές αποβολές (εκτρώσεις) των εγκύων που κυμαίνονται από (0-3,5) με επικρατέστερο το διάστημα (0-0,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των 0,5 εκτρώσεων.

(18)

Πλήθος Τοκετών

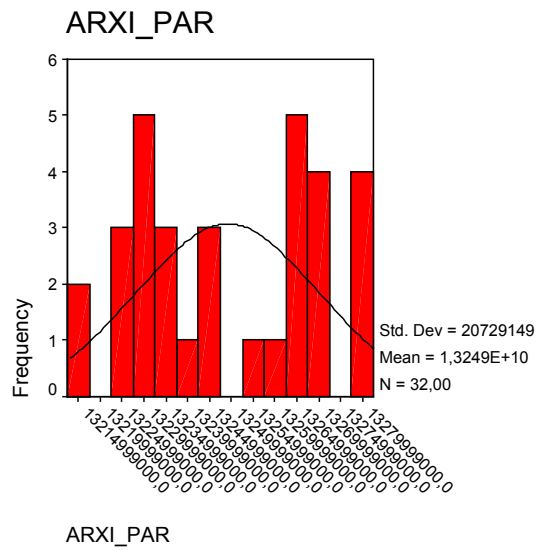


- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (18) παρατηρούμε το πλήθος των τοκετών των εγκύων που κυμαίνονται από (0-4,5) με επικρατέστερο το διάστημα (0-1,5) τοκετών και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (1,5-2) τοκετών. (1,7)

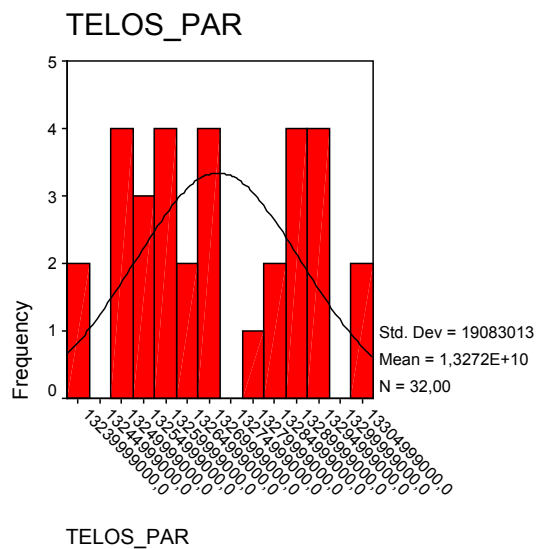
ΕΝΟΤΗΤΑ 2^η: Ιατρικό ιστορικό τρέχουσας εγκυμοσύνης

(19)

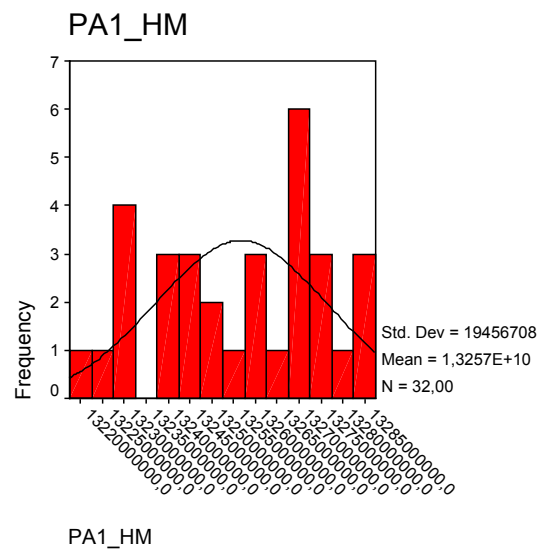
Αρχή Παρακολούθησης Εγκυμοσύνης



(20)
Τέλος Παρακολούθησης
Εγκυμοσύνης



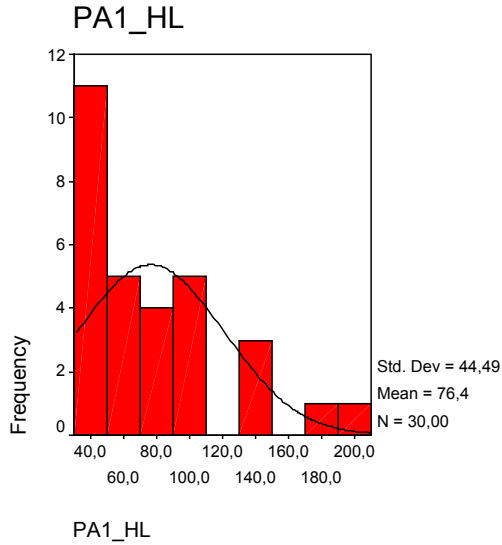
(21)
Παρακολούθηση 1^η -
Ημερομηνία



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (19) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες άρχιζε η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης των γυναικών από τον εκάστοτε γυναικολόγο.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (20) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες τελείωνε η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης των γυναικών από τον εκάστοτε γυναικολόγο.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (21) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος που παρακολούθησε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για πρώτη φορά (επίσκεψη).

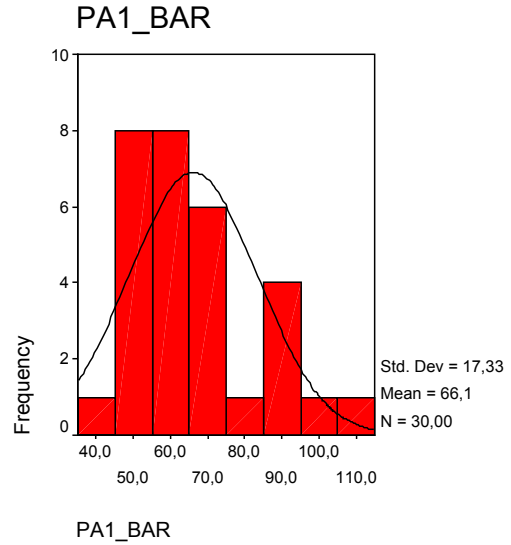
(22)

Παρακολούθηση 1^η - Ηλικία
Κύησης



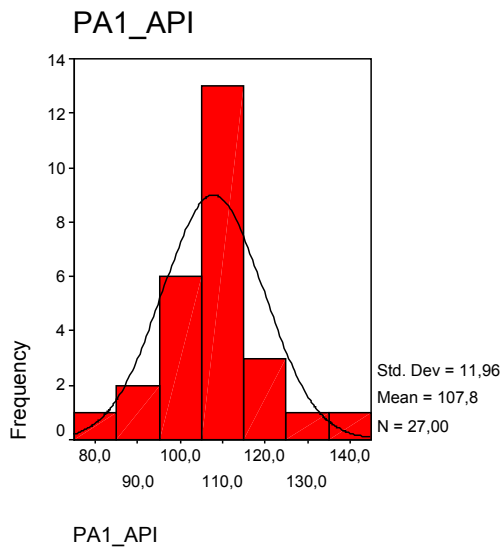
(23)

Παρακολούθηση 1^η -
Βάρος Σώματος Εγκύου



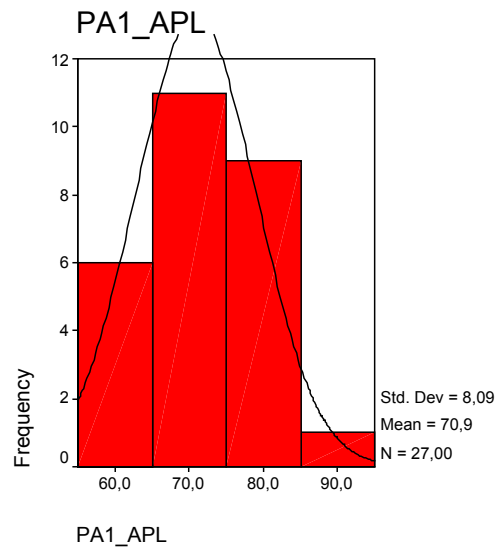
(24)

Παρακολούθηση 1^η - Αρτηριακή
Πίεση Υψηλή



(25)

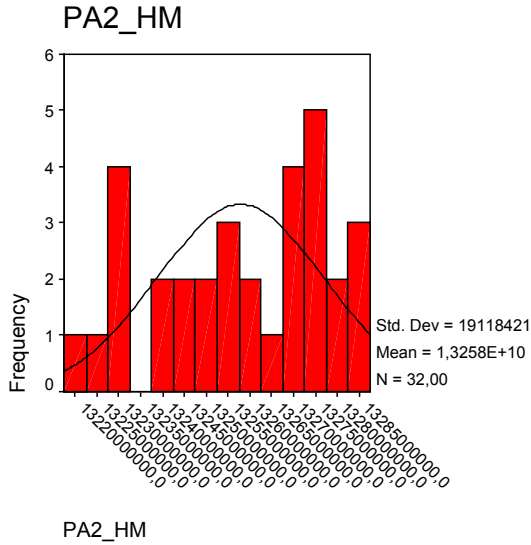
Παρακολούθηση 1^η - Αρτηριακή
Πίεση Χαμηλή



- Στο ιστόγραμμα (22) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά την πρώτη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (30-210) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (30-700) και (90-110) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-80) ημερών. (76,4)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (23) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την πρώτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (35-115) με επικρατέστερα τα διαστήματα (45-75) και (85-95) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (65-70) κιλών. (66,1)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (24) παρατηρούμε τις τιμές υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την πρώτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (75-145) με επικρατέστερο το διάστημα (95-115) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (105-110). (107,8)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (25) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την πρώτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (55-95) με επικρατέστερο το διάστημα (65-85) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-75). (70,9)

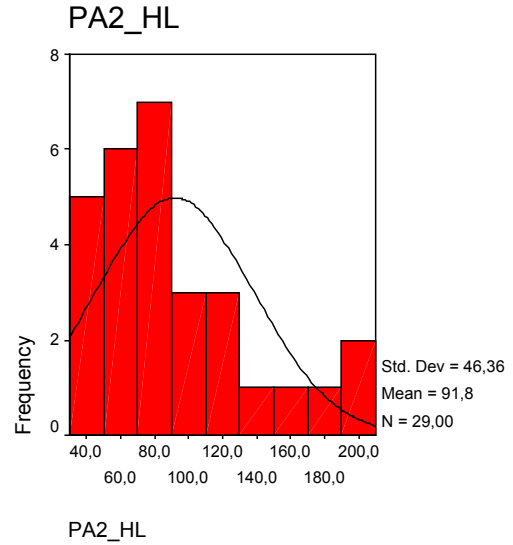
(26)

Παρακολούθηση 2^η -
Ημερομηνία



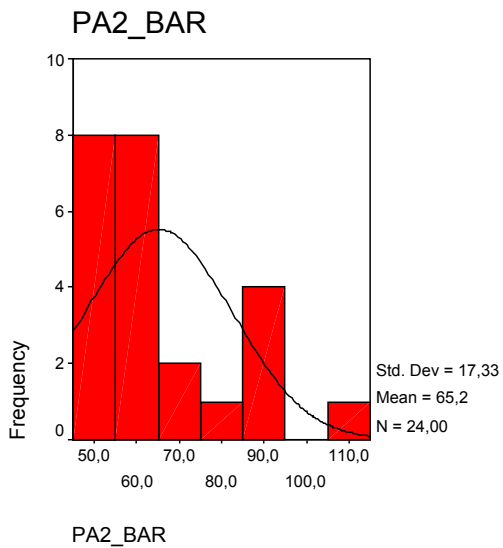
(27)

Παρακολούθηση 2^η -Ηλικία
Κύησης



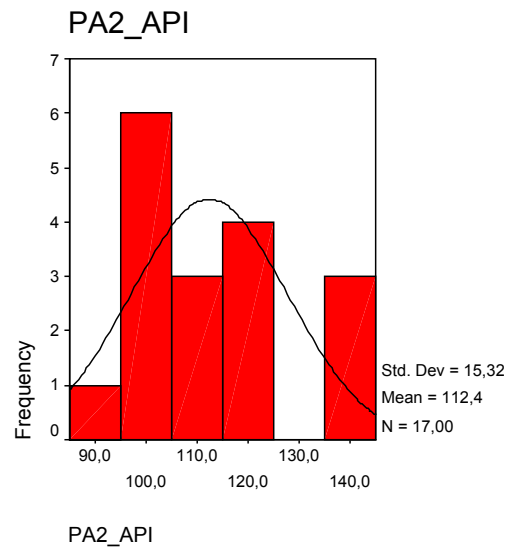
(28)

Παρακολούθηση 2^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



(29)

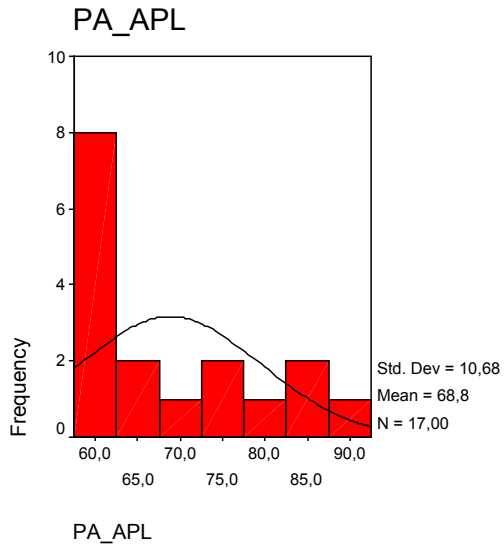
Παρακολούθηση 2^η - Αρτηριακή
Πίεση Υψηλή



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (26) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξετάζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για δεύτερη φορά (επίσκεψη).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (27) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά τη δεύτερη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (30-210) ημέρες με επικρατέστερο το διάστημα (30-90) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (90-100) ημερών. (91,8)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (28) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά τη δεύτερη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (45-115) με επικρατέστερο τα διαστήματα (45-65) και (85-95) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (65-70) κιλών. (62,2)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (29) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δεύτερη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (85-145) με επικρατέστερα τα διαστήματα (95-105) και (115-125) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (110-115). (112,4)

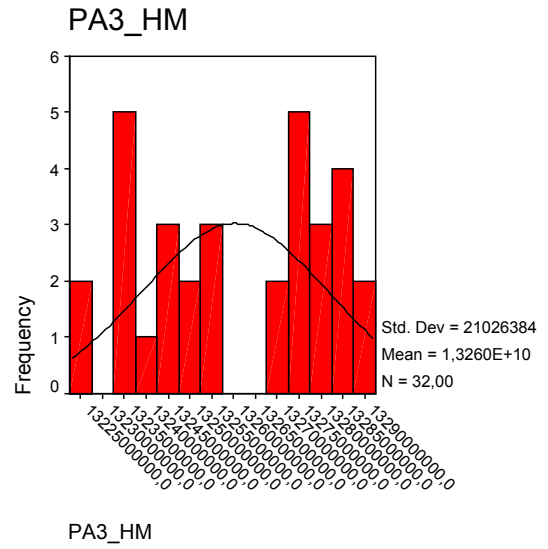
(30)

Παρακολούθηση 2^η - Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



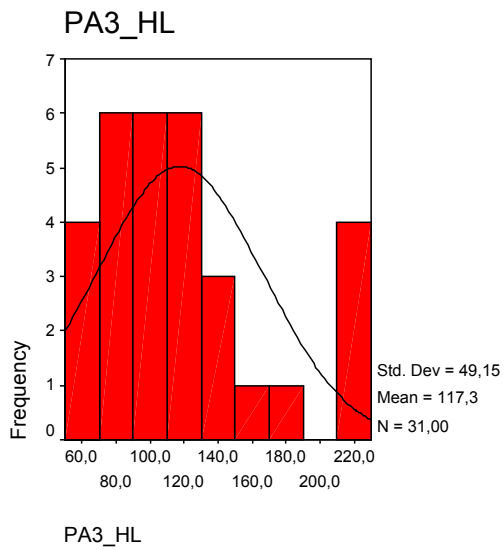
(31)

Παρακολούθηση 3^η - Ημερομηνία



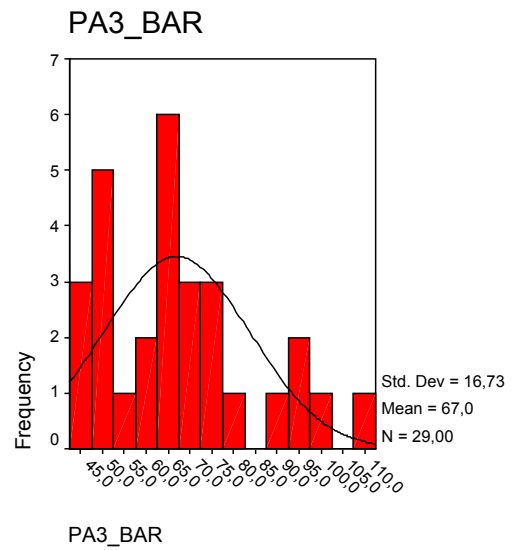
(32)

Παρακολούθηση 3^η - Ηλικία Κύησης



(33)

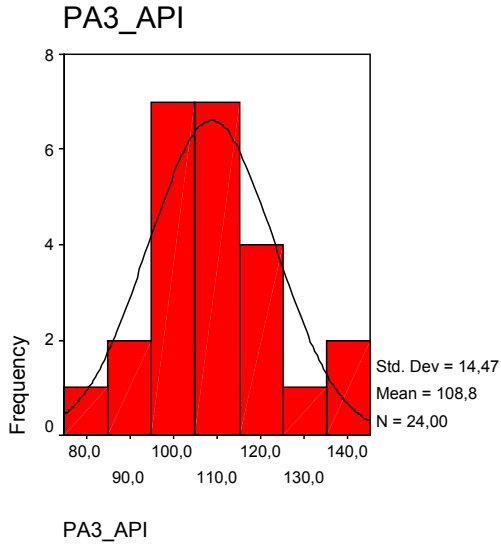
Παρακολούθηση 3^η - Βάρος Σώματος Εγκύου



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (30) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δεύτερη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (57,5-92,5) με επικρατέστερο το διάστημα (57,5-62,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (67,5-70). (68,8)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (31) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες η γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για τρίτη φορά (επίσκεψη).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (32) παρατηρούμε την ηλικία κατά την τρίτη παρακολούθηση της εγκύου από γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (50-230) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (500-130) και (210-250) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (110-120). (147,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (33) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την τρίτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (42,5-112,5) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (42,5-52,5) και (62,5-77,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (67,5) κιλών (67).

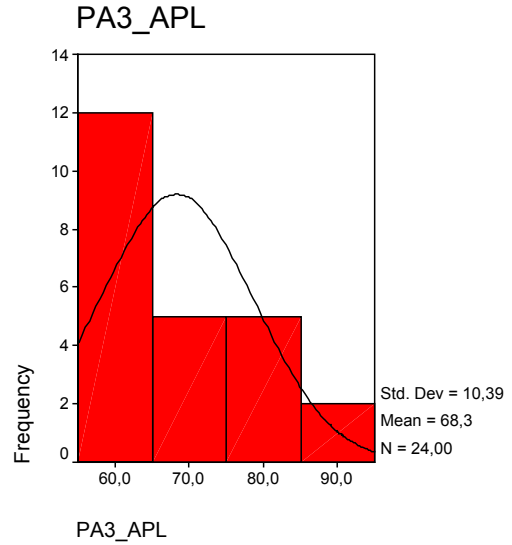
(34)

Παρακολούθηση 3^η - Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



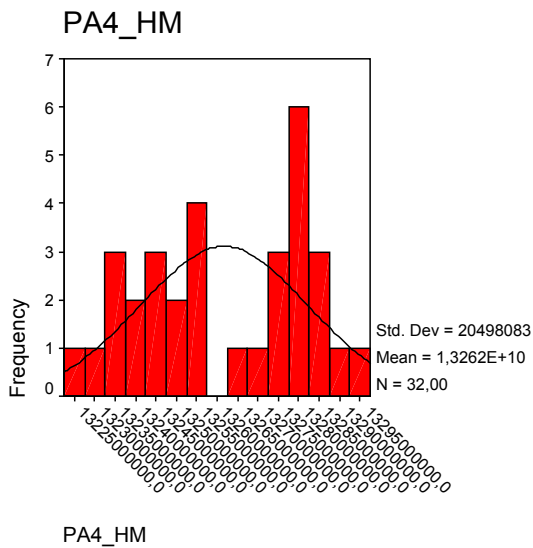
(35)

Παρακολούθηση 3^η - Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



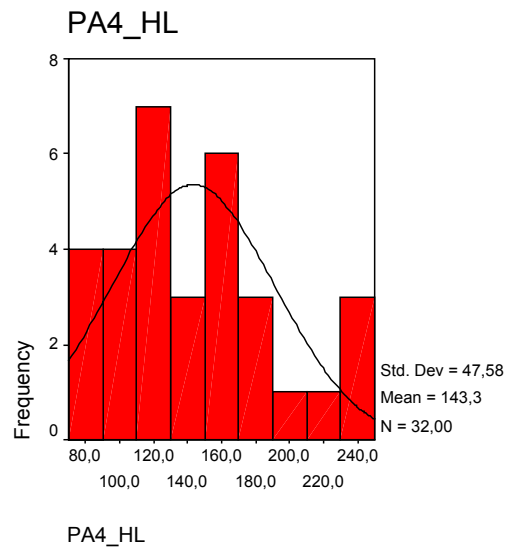
(36)

Παρακολούθηση 4^η - Ημερομηνία



(37)

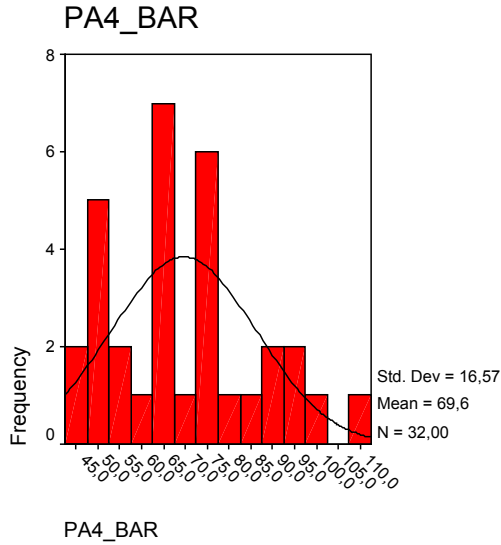
Παρακολούθηση 4^η - Ηλικία Κύησης



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (34) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την τρίτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (75-145) με επικρατέστερο το διάστημα (95-125) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (105-110). (108,8)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (35) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη τρίτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (55-95) με επικρατέστερο το διάστημα (55-85) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (65-70). (68,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (36) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά τη περίοδο της κύησης της για τέταρτη φορά (επίσκεψη).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (37) παρατηρούμε τις ηλικίες του εμβρύου κατά την τέταρτη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (70-250) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (70-130) και (150-170) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (140-150) ημερών. (143,3).

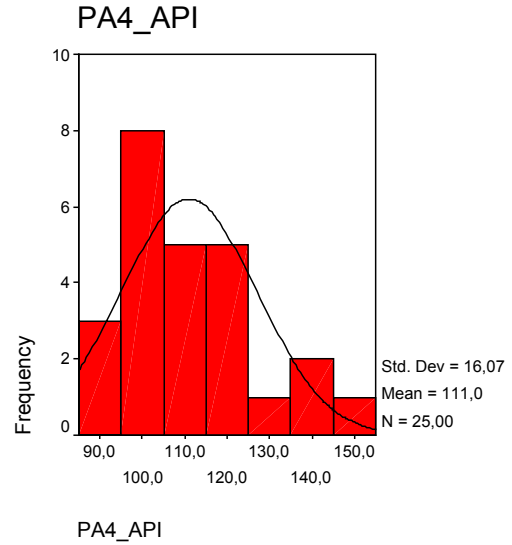
(38)

Παρακολούθηση 4^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



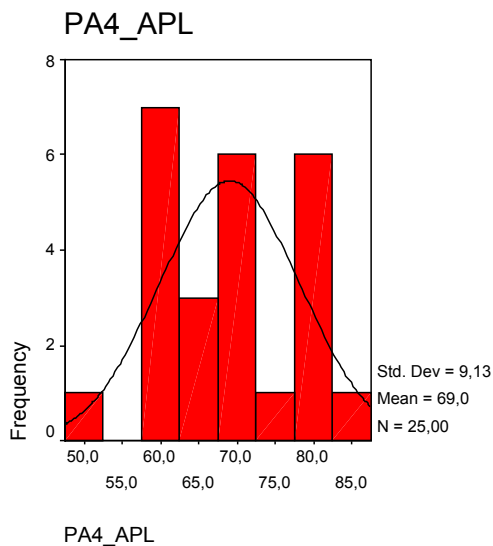
(39)

Παρακολούθηση 4^η - Αρτηριακή
Πίεση Υψηλή



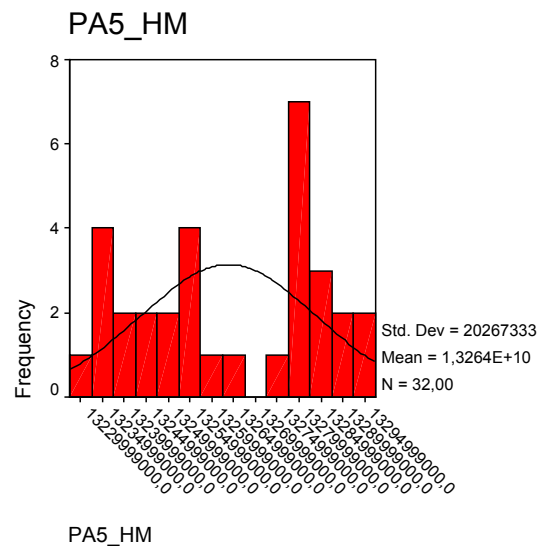
(40)

Παρακολούθηση 4^η - Αρτηριακή
Πίεση Χαμηλή



(41)

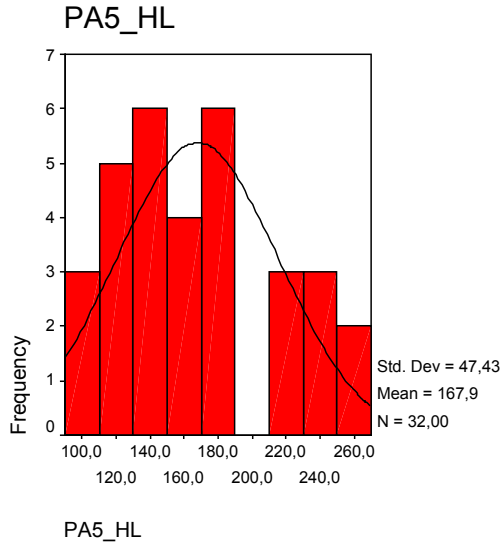
Παρακολούθηση 5^η -
Ημερομηνία



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (38) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την τέταρτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (42,5-112,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (42,5-57,5), (62,5-67,5), (72,5-77,5) και (87,5-97,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (140-150) ημερών. (143,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (39) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την τέταρτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (85-155) με επικρατέστερο το διάστημα (95-125) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή (110-11,5). (111)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (40) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την τέταρτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (47,5-87,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (57,5-72,5) και (77,5-82,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (67,5-70). (69)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (41) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολούθησε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για τέταρτη φορά.

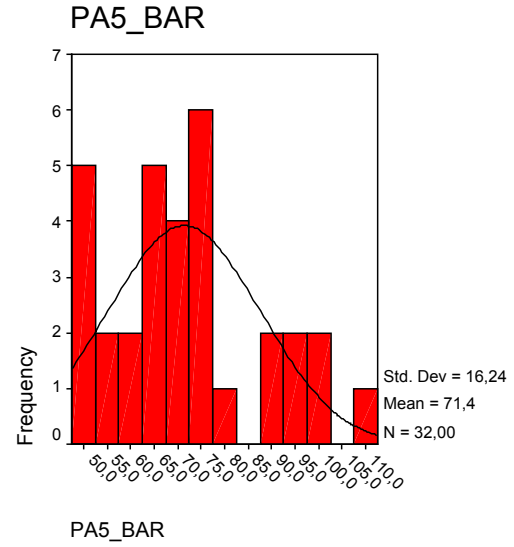
(42)

Παρακολούθηση 5^η - Ηλικία
Κύησης



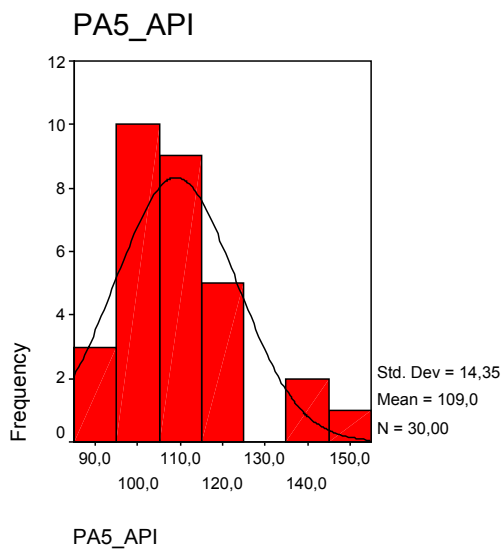
(43)

Παρακολούθηση 5^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



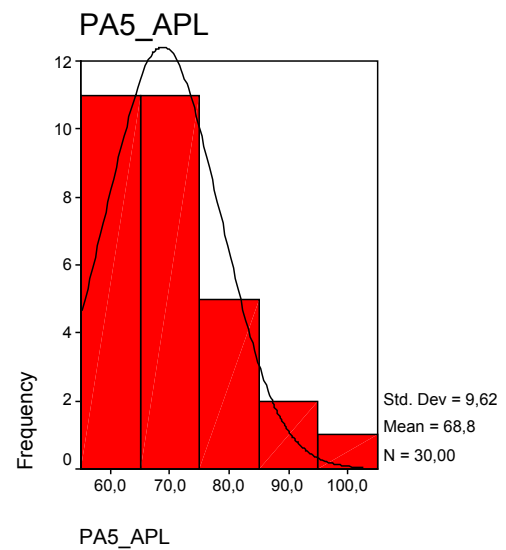
(44)

Παρακολούθηση 5^η - Αρτηριακή
Πίεση Υψηλή



(45)

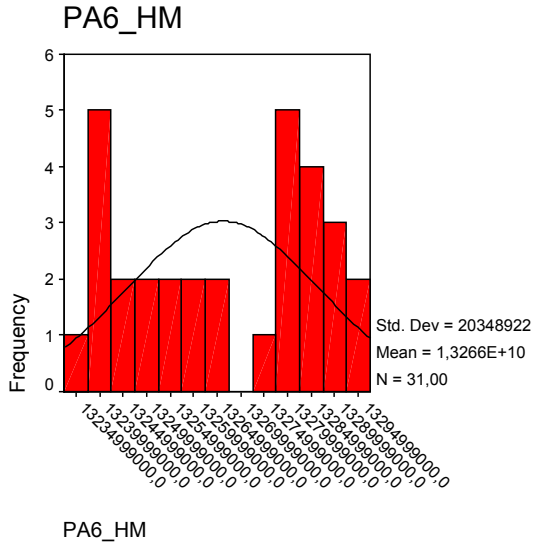
Παρακολούθηση 5^η - Αρτηριακή
Πίεση Χαμηλή



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (42) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά την πέμπτη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (100-270) ημέρες με επικρατέστερο το διάστημα (110-190) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (160-170) ημερών. (167,9)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (43) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την πέμπτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (47,5-112,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (47,5-52,5) και (62,5- 77,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-72,5) κιλών. (71,4)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (44) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά πέμπτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (85-155) με επικρατέστερο το διάστημα (95-125) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (105-110). (109)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (45) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την πέμπτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (55-105) με επικρατέστερο το διάστημα (65-75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (65-70). (68,8)

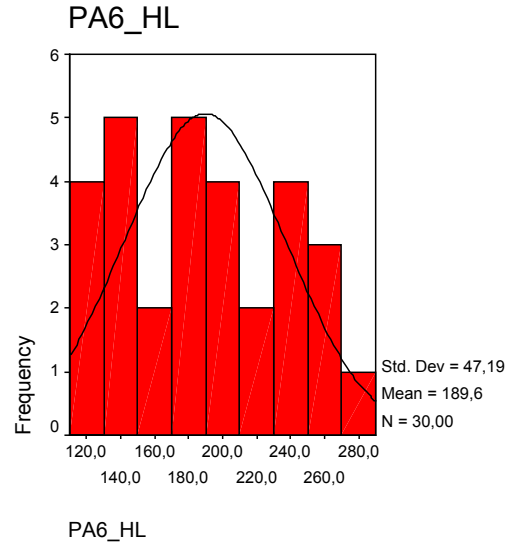
(46)

Παρακολούθηση 6^η -
Ημερομηνία



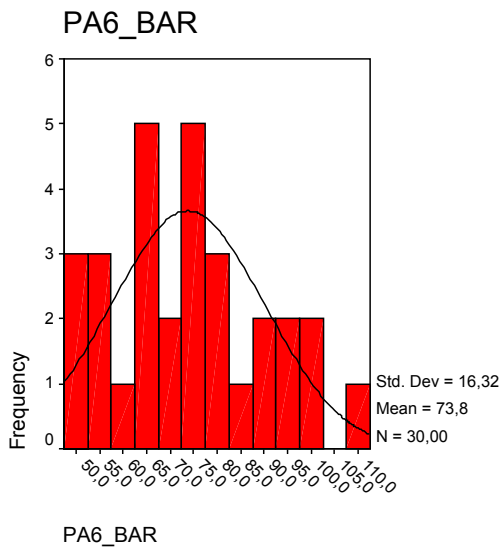
(47)

Παρακολούθηση 6^η - Ηλικία
Κύησης



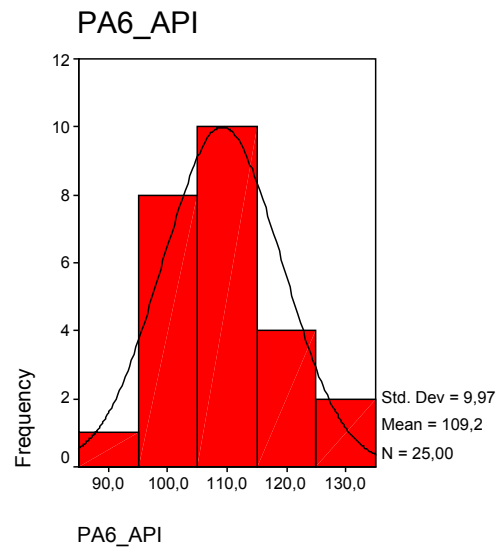
(48)

Παρακολούθηση 6^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



(49)

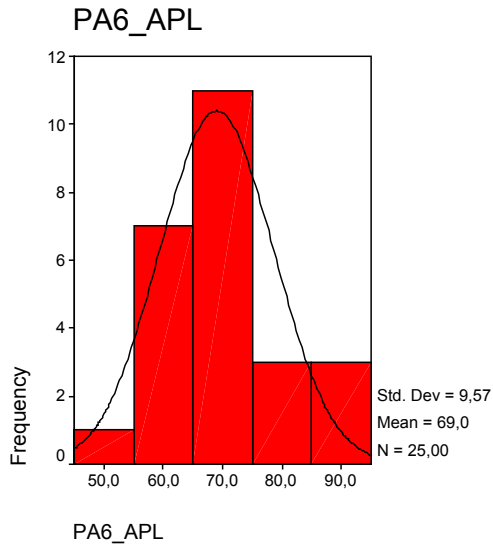
Παρακολούθηση 6^η - Αρτηριακή
Πίεση Υψηλή



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (46) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για έκτη φορά (επίσκεψη).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (47) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά την έκτη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (110-290) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (110-150), (170-210) και (230-270) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (180-190) ημερών. (189,6)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (48) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την έκτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (47,5-112,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (47,5-57,5), (62,5-67,5) και (72,5-82,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (72,5-75) κιλών. (73,8)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (49) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την έκτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (85-135) με επικρατέστερο το διάστημα (95-115) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (105-110). (109,2)

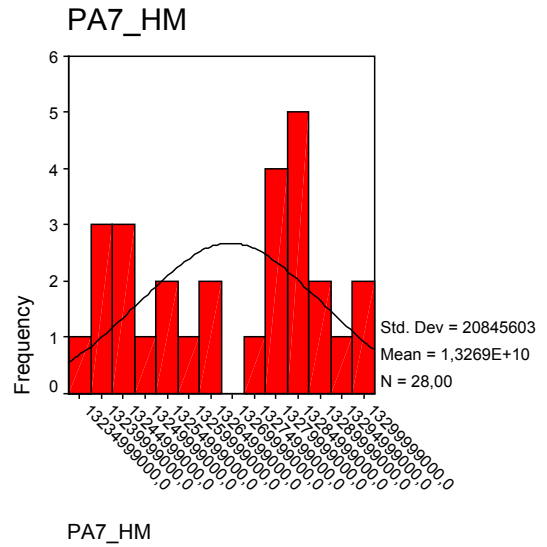
(50)

Παρακολούθηση 6^η - Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



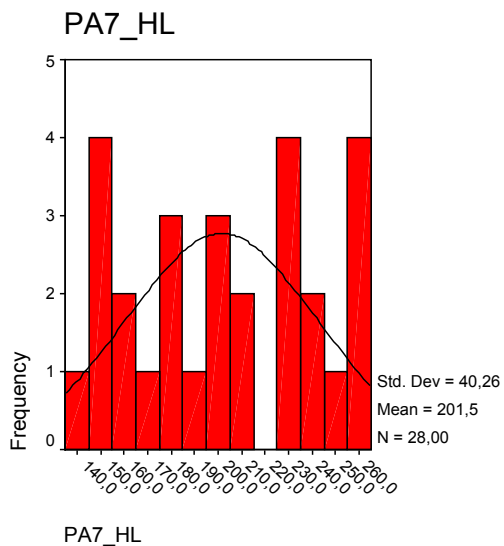
(51)

Παρακολούθηση 7^η - Ημερομηνία



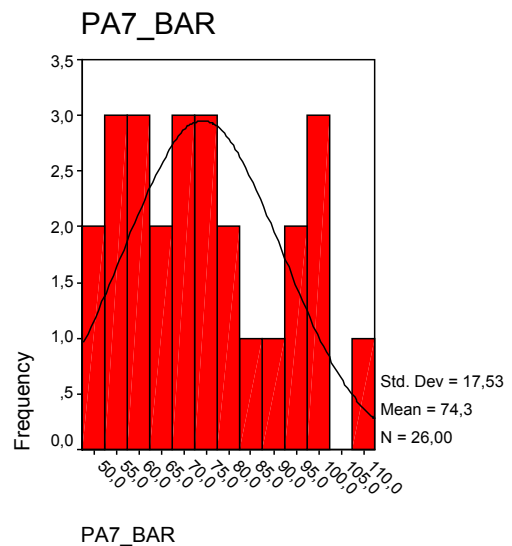
(52)

Παρακολούθηση 7^η - Ηλικία Κύησης



(53)

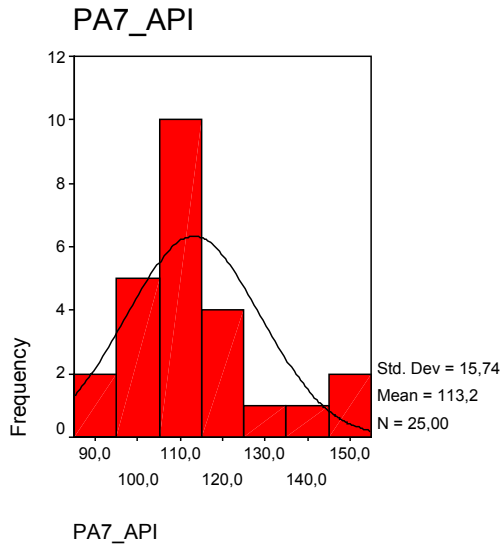
Παρακολούθηση 7^η - Βάρος Σώματος Εγκύου



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (50) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την έκτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (45-95) με επικρατέστερο το διάστημα (55-75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (65-70). (69)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (51) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για έβδομη φορά (επίσκεψη).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (52) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά την έβδομη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (135-265) με επικρατέστερα (145-165), (175-185), (195-215), (225-245) και (255-265) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή (200-205) ημερών. (201,5)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (53) παρατηρούμε το βάρος σώματος της εγκύου κατά την έβδομη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (92,5-102,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (72,5-75) κιλών. (74,3)

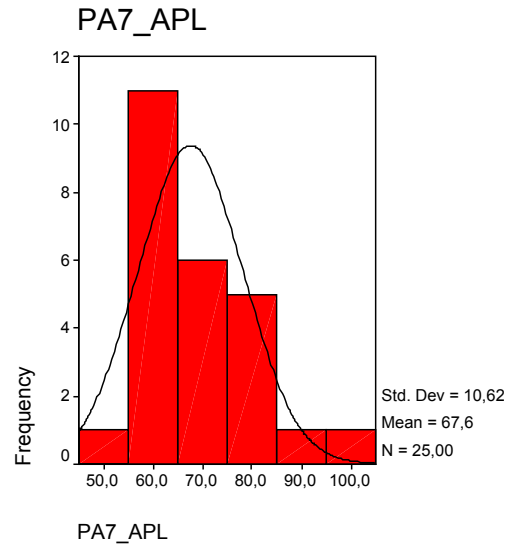
(54)

Παρακολούθηση 7^η - Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



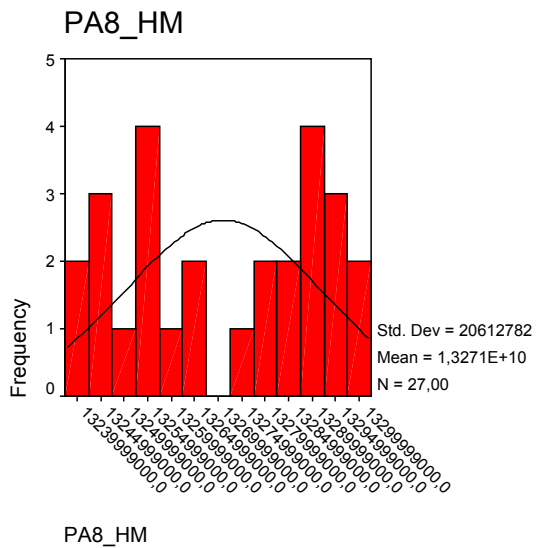
(55)

Παρακολούθηση 7^η - Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



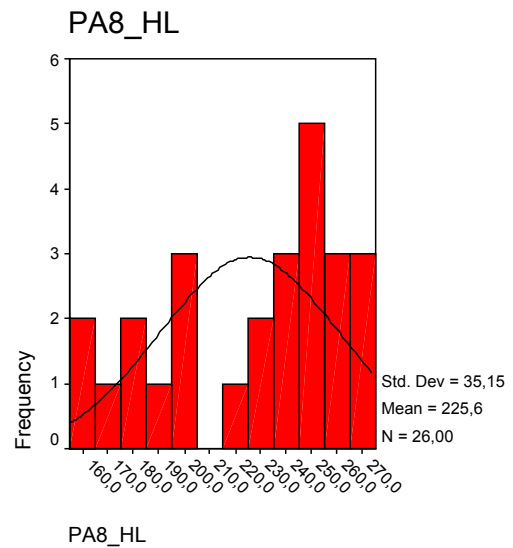
(56)

Παρακολούθηση 8^η - Ημερομηνία



(57)

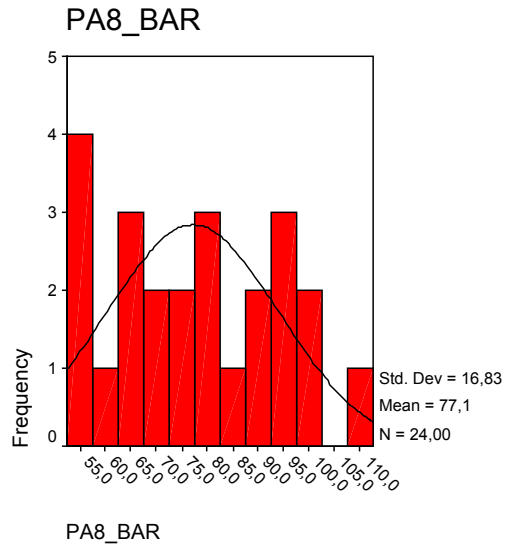
Παρακολούθηση 8^η - Ηλικία Κύησης



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (54) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την έβδομη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (85-155) με επικρατέστερο το διάστημα (95-125) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (110-115). (113,2)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (55) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την έβδομη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (45-105) με επικρατέστερο το διάστημα (55-85) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (65-70). (67,6)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (56) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για όγδοη φορά (επίσκεψη).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (57) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά την όγδοη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (155-275) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (195-205) και (235-275) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (225-230) ημερών. (225,6)

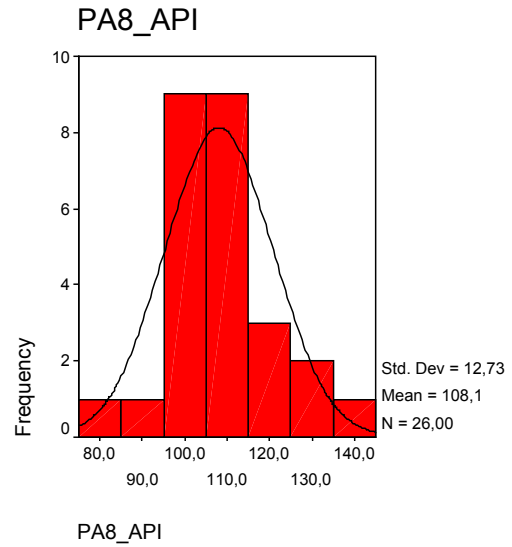
(58)

Παρακολούθηση 8^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



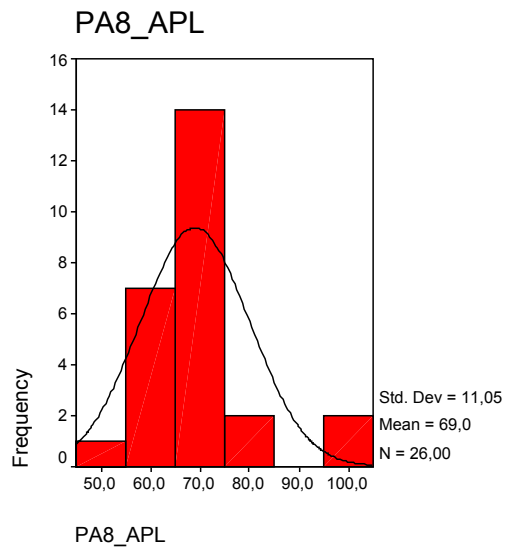
(59)

Παρακολούθηση 8^η - Αρτηριακή
Πίεση Υψηλή



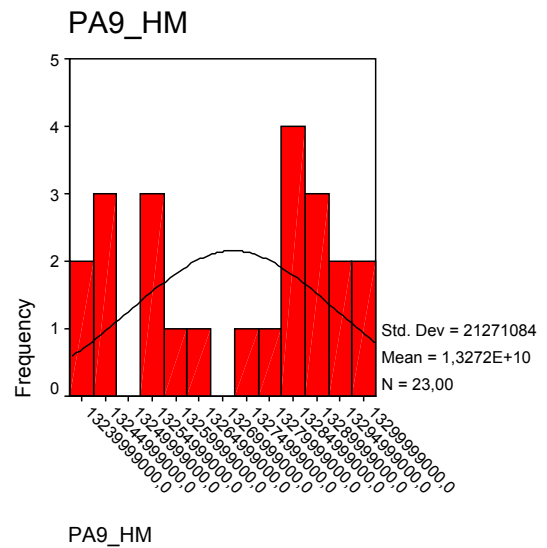
(60)

Παρακολούθηση 8^η - Αρτηριακή
Πίεση Χαμηλή



(61)

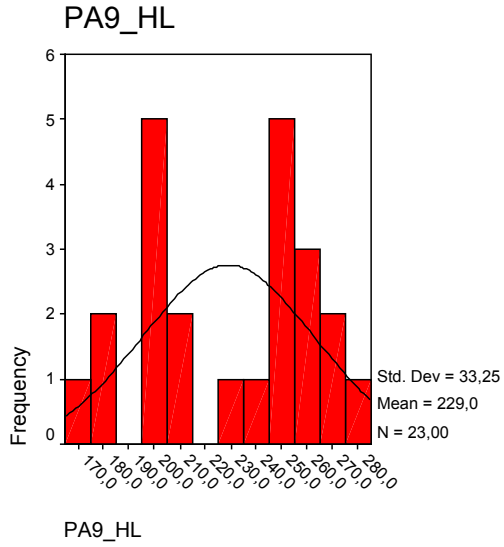
Παρακολούθηση 9^η -
Ημερομηνία



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (58) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την όγδοη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (52,5-112,5) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (52,5-57,5), (62,5-82,5), (87,5-102,5) και με μεγαλύτερη τη συχνότητα την τιμή των (75-77,5) κιλών. (77,1)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (59) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την όγδοη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (75-145) με επικρατέστερα τα διαστήματα (95-115) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (105-110). (108,1)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (60) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την όγδοη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (45-105) με επικρατέστερο το διάστημα (55-75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (65-70). (69)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (61) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος που παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για ένατη φορά (επίσκεψη).

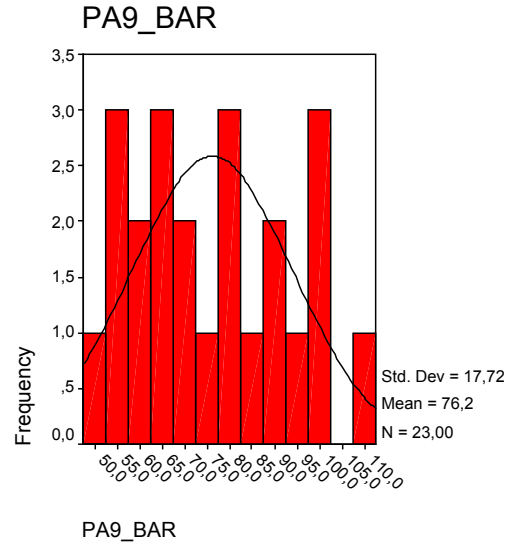
(62)

Παρακολούθηση 9^η - Ηλικία
Κύησης



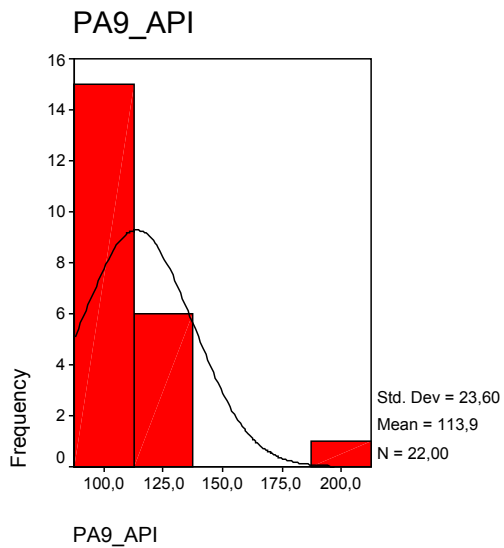
(63)

Παρακολούθηση 9^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



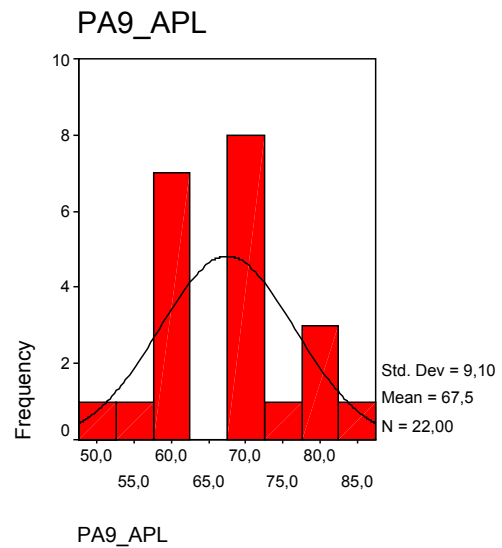
(64)

Παρακολούθηση 9^η - Αρτηριακή
Πίεση Υψηλή



(65)

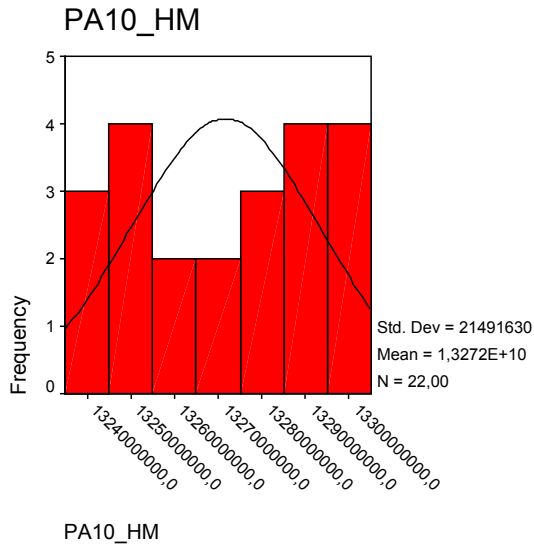
Παρακολούθηση 9^η - Αρτηριακή
Πίεση Χαμηλή



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (62) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά την ένατη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (165-285) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (175-185), (195-215) και (245-275) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (225-230) ημερών. (229)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (63) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την ένατη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (47,5-112,5) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (52,5-72,5), (77,5-82,5), (87,5-92,5), (97,5-102,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (75-77,5) κιλών. (76,2)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (64) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την ένατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (87,5-212,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (87,5-137,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (112,5-125). (113,9)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (65) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την ένατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (47,5-87,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (57,5-62,5), (67,5-7), (77,5-82,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (67,5).

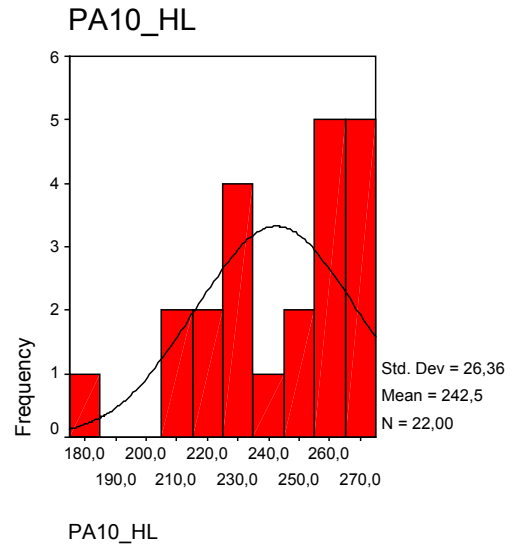
(66)

Παρακολούθηση 10^η -
Ημερομηνία



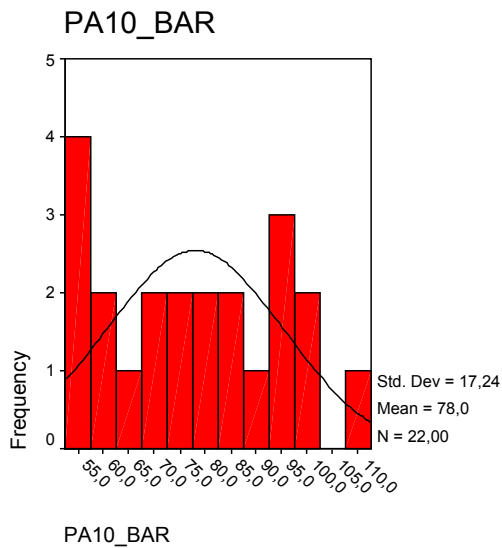
(67)

Παρακολούθηση 10^η - Ηλικία
Κύησης



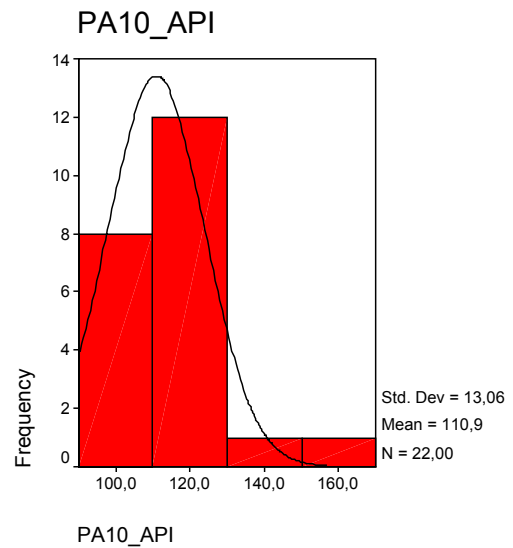
(68)

Παρακολούθηση 10^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



(69)

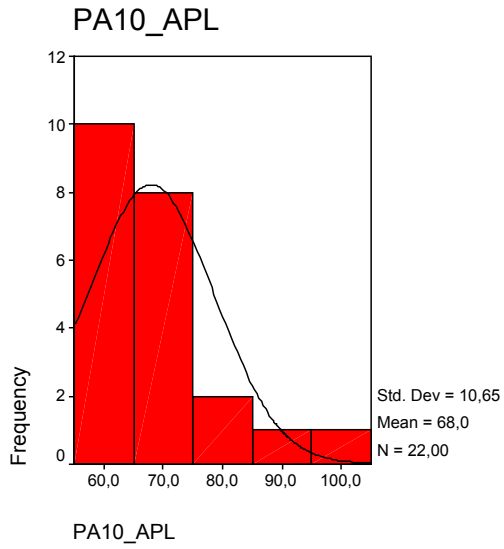
Παρακολούθηση 10^η -
Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (66) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξετάζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης για δέκατη φορά. (επίσκεψη)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (67) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά τη δέκατη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (175-275) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (225-235) και (255-175) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (240-245) ημερών. (242,5)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (68) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά τη δέκατη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (52,5-112,5) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (52,5-62,5), (67,5-87,5) και (92,5-102,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (77,5-80) κιλών. (78)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (69) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (90-170) με επικρατέστερο το διάστημα (90-130) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (110-120). (110,9)

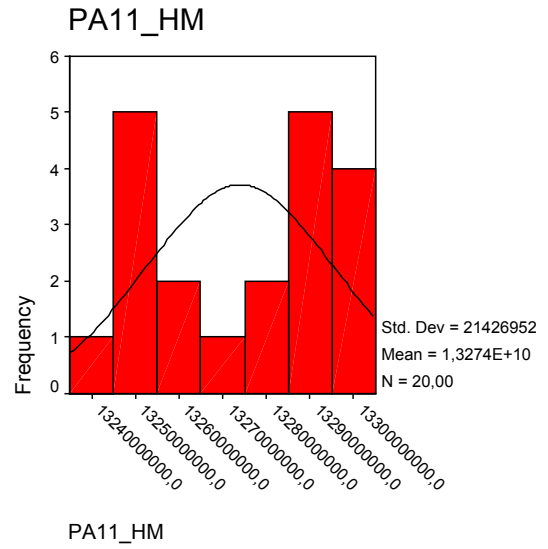
(70)

Παρακολούθηση 10^η -
Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



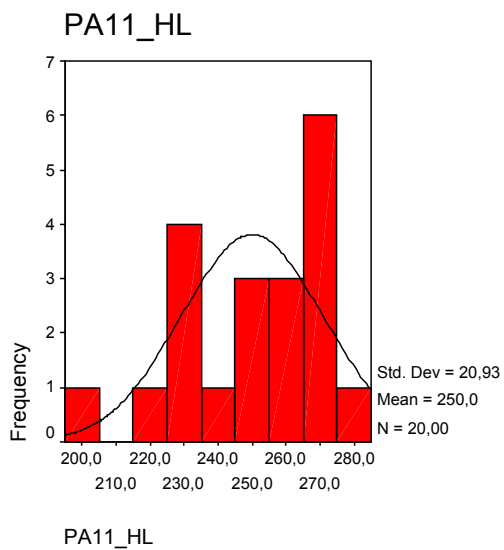
(71)

Παρακολούθηση 11^η -
Ημερομηνία



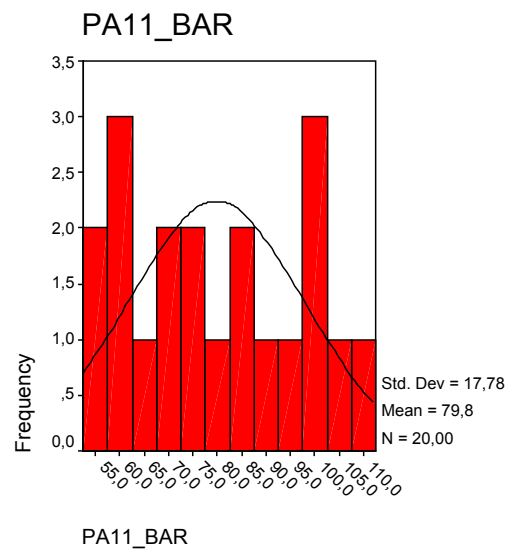
(72)

Παρακολούθηση 11^η - Ηλικία
Κύησης



(73)

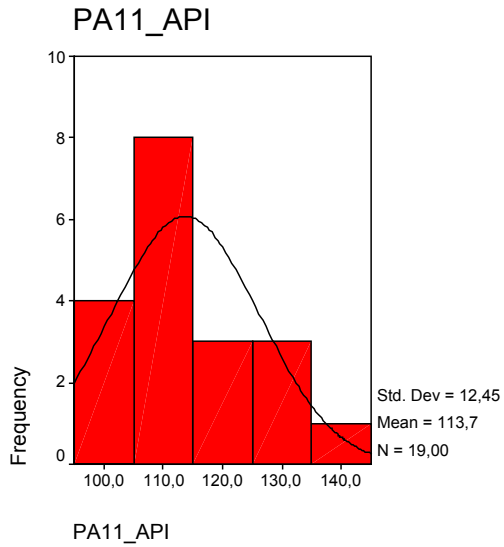
Παρακολούθηση 11^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (70) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (55-105) με επικρατέστερο το διάστημα (55-75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (75-80).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (71) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για ενδέκατη φορά. (επίσκεψη)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (72) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά την ενδέκατη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (195-285) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (225-235) και (245-275) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των 250 ημερών.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (73) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά την ενδέκατη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (52,5-112,5) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (52,5-62,5), (67,5-77,5), (82,5-87,5) και (97,5-102,5) με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (77,5-80) κιλών. (79,8)

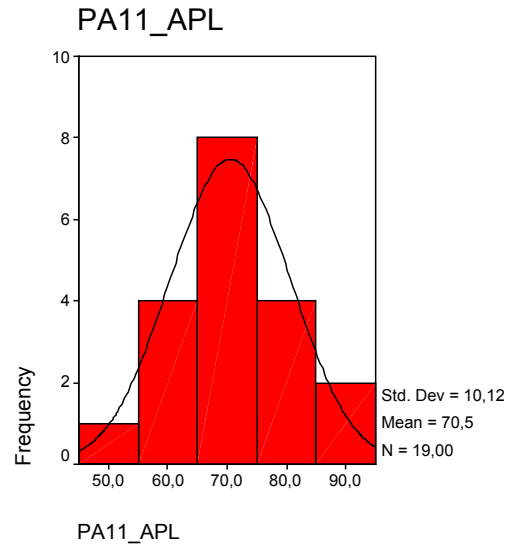
(74)

Παρακολούθηση 11^η -
Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



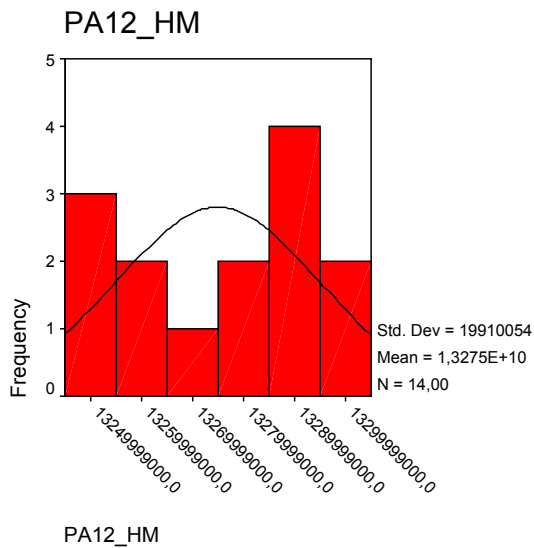
(75)

Παρακολούθηση 11^η -
Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



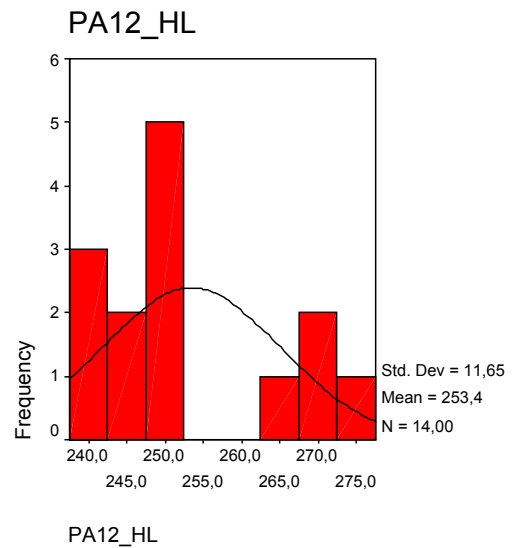
(76)

Παρακολούθηση 12^η -
Ημερομηνία



(77)

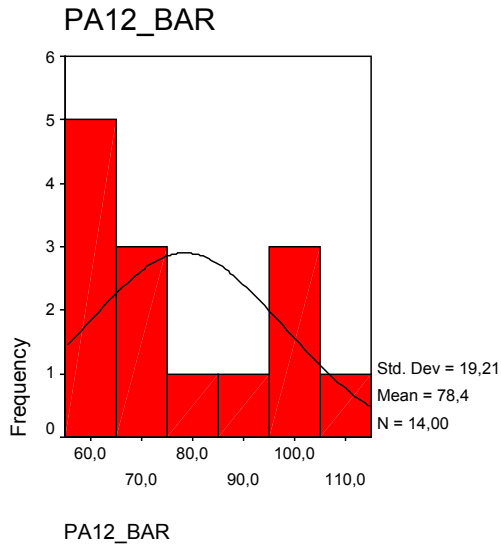
Παρακολούθηση 12^η - Ηλικία
Κύησης



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (74) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την ενδέκατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (95-143) με επικρατέστερο το διάστημα (95-115) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (110-115). (113,7)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (75) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά την ενδέκατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (45-95) με επικρατέστερο το διάστημα (65-75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-75). (70,5)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (76) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για δωδέκατη φορά. (επίσκεψη)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (77) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά τη δωδέκατη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (237,5-277,5) ημέρες με επικρατέστερα τα διαστήματα (237,5-242,5) και (247,5-254,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (250-255) ημερών. (253,4)

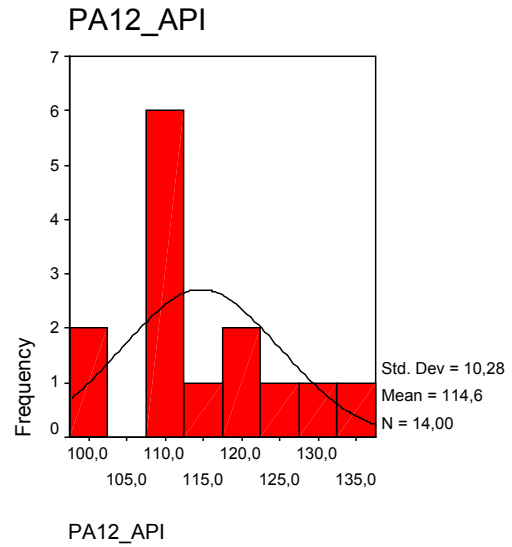
(78)

Παρακολούθηση 12^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



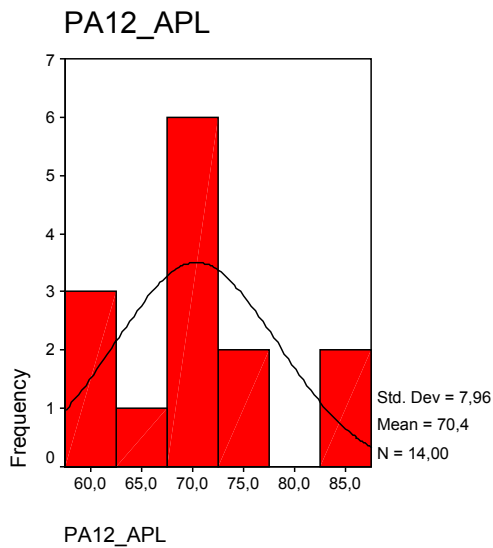
(79)

Παρακολούθηση 12^η -
Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



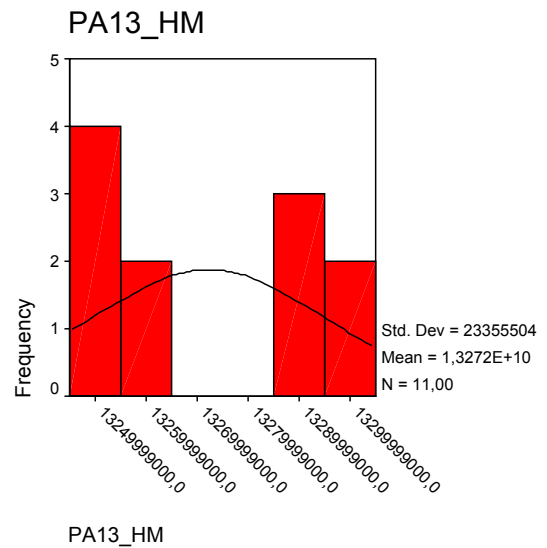
(80)

Παρακολούθηση 12^η -
Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



(81)

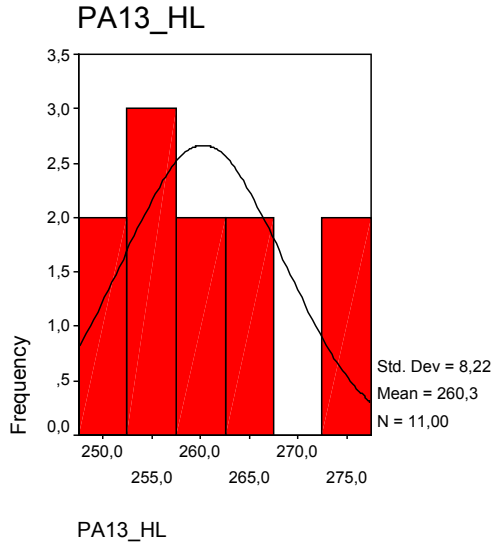
Παρακολούθηση 13^η -
Ημερομηνία



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (78) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά τη δωδέκατη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (55-115) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (55-75) και (95-105) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (75-80) κιλών. (78,4)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (79) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δωδέκατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (97,5-137,5) με επικρατέστερο το διάστημα (107,5-112,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (112,5-115). (114,6)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (80) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δωδέκατη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (57,5-87,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (57,5-62,5) και (67,5-72,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-72,5). (70,4)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (81) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για δέκατη τρίτη φορά. (επίσκεψη)

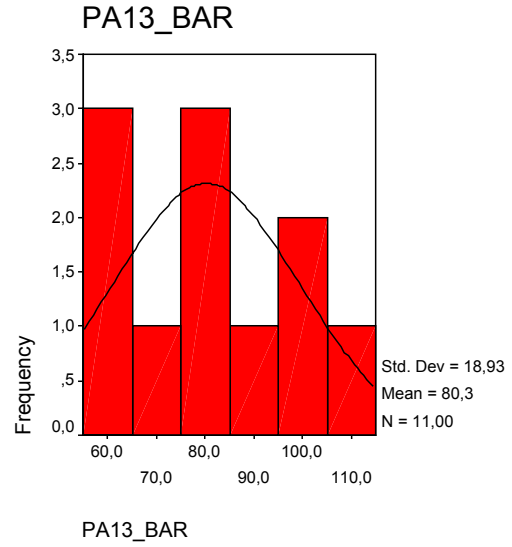
(82)

Παρακολούθηση 13^η - Ηλικία
Κύησης



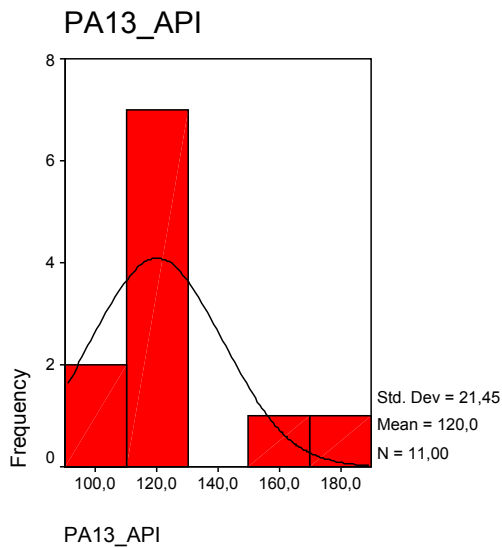
(83)

Παρακολούθηση 13^η - Βάρος
Σώματος Εγκύου



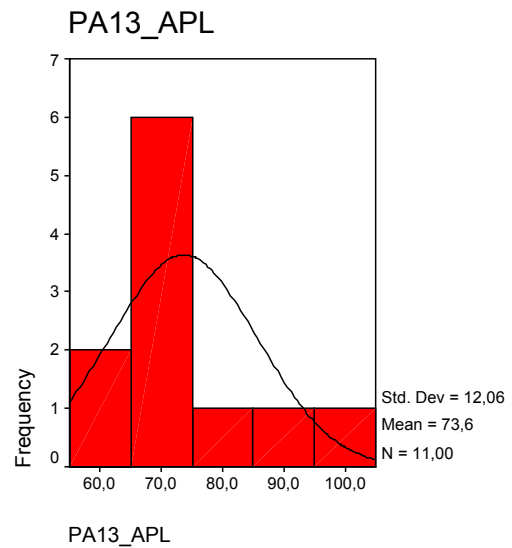
(84)

Παρακολούθηση 13^η -
Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



(85)

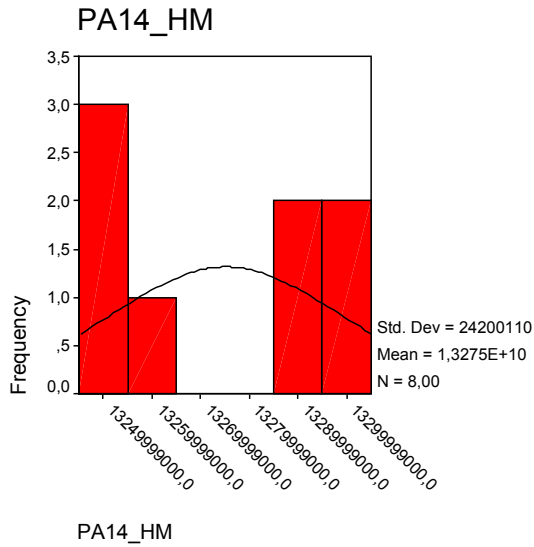
Παρακολούθηση 13^η -
Αρτηριακή Πίεση Χαμηλή



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (82) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά τη δέκατη τρίτη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (247,5-277,5) με επικρατέστερο το διάστημα (252,5-257,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (260-262,5) ημερών. (260,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (83) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά τη δέκατη τρίτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (55-115) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (55-65), (75-85) και (95-105) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (80-85) κιλών. (80,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (84) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη τρίτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (90-190) με επικρατέστερο το διάστημα (110-130) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (120).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (85) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη τρίτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (55-105) με επικρατέστερο το διάστημα (65-75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-75). (73,6)

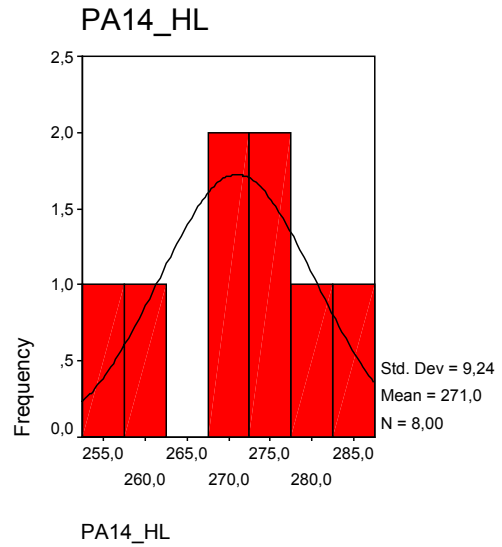
(86)

Παρακολούθηση 14^η
Ημερομηνία



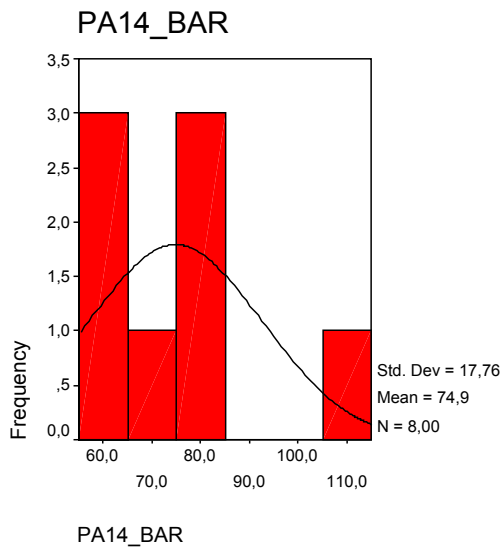
(87)

Παρακολούθηση 14^η - Ηλικία
Κύησης



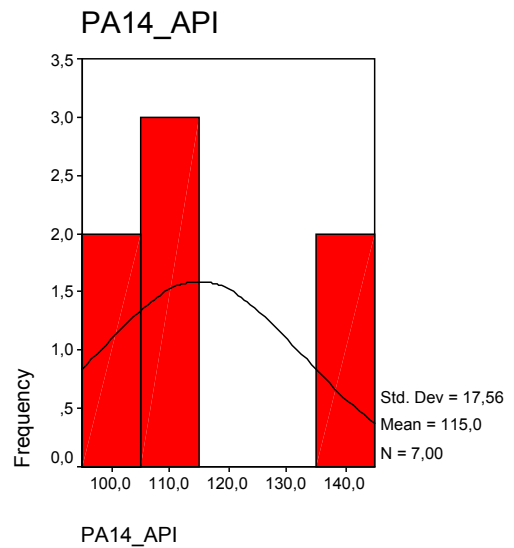
(88)

Παρακολούθηση 14^η Βάρος
Σώματος Εγκύου



(89)

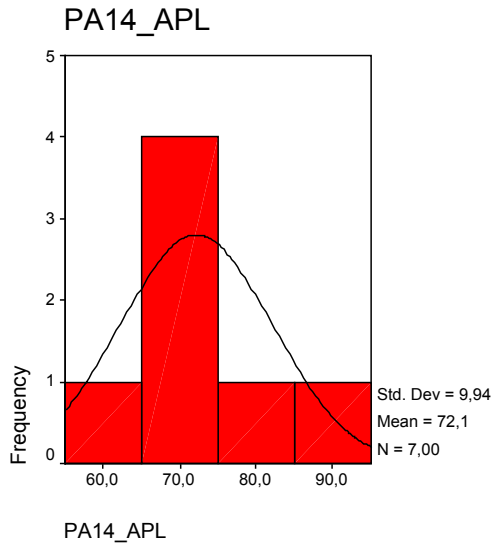
Παρακολούθηση 14^η -
Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (86) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξετάζει τη γυναίκα κατά την περίοδο της κύησης της για δέκατη τέταρτη φορά. (επίσκεψη)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (87) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά τη δέκατη τέταρτη παρακολούθηση της εγκύου από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (252,5-287,5) ημέρες με επικρατέστερο το διάστημα (267,5-277,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (270-272,5) ημερών. (271)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (88) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά τη δέκατη τέταρτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (55-115) κιλά με επικρατέστερα τα διαστήματα (55-65) και (75-85) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-75) κιλών. (74,9)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (89) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη τέταρτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (95-145) με επικρατέστερο το διάστημα (105-115) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (115).

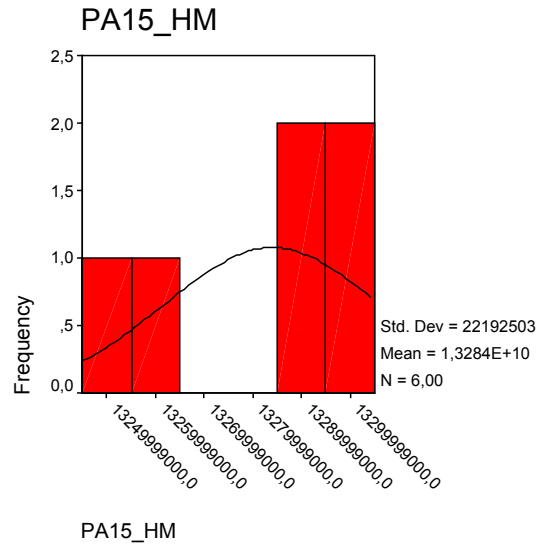
(90)

Παρακολούθηση 14^η-
Αρτηριακή
Πίεση Χαμηλή



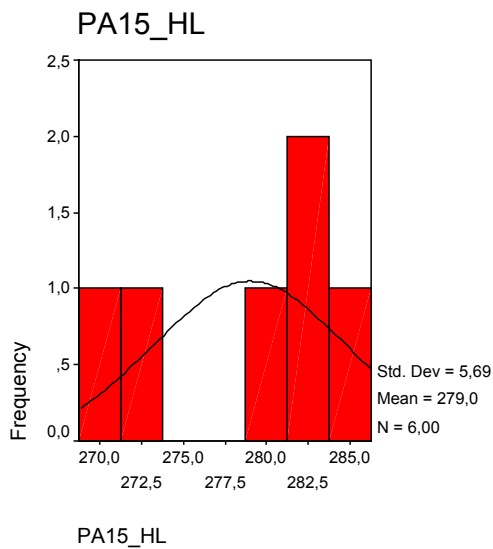
(91)

Παρακολούθηση 15^η -
Ημερομηνία



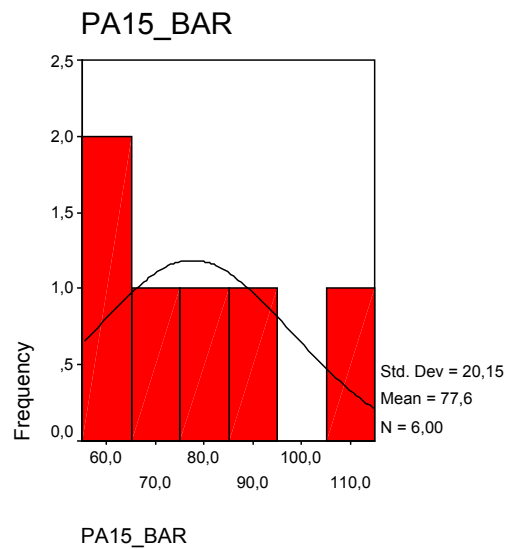
(92)

Παρακολούθηση 15^η - Ηλικία
Κύησης



(93)

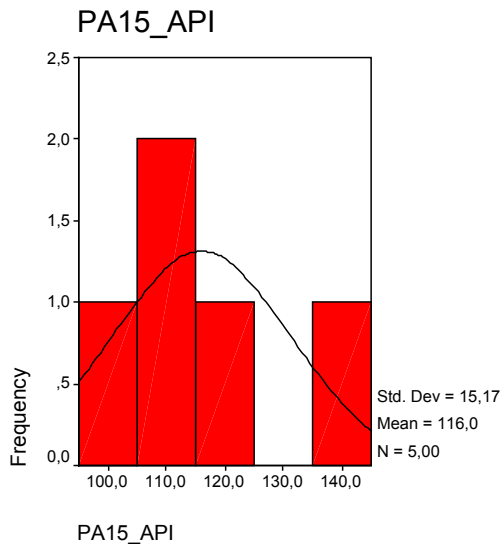
Παρακολούθηση 15^η- Βάρος
Σώματος Εγκύου



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (90) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη τέταρτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (55-95) με επικρατέστερο το διάστημα (65-75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (70-75). (72,1)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (91) παρατηρούμε τις ημερομηνίες κατά τις οποίες ο γυναικολόγος παρακολουθούσε και εξέταζε τη γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της για δέκατη πέμπτη φορά. (επίσκεψη)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (92) παρατηρούμε την ηλικία του εμβρύου κατά τη δέκατη πέμπτη παρακολούθηση της γυναίκας από το γυναικολόγο. Η ηλικία κυμαίνεται από (268,75-286,25) ημέρες με επικρατέστερο το διάστημα (281,25-283,75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (278,75-280) ημερών. (279)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (93) παρατηρούμε το βάρος του σώματος της εγκύου κατά τη δέκατη πέμπτη παρακολούθηση. Αυτό κυμαίνεται από (55-115) κιλά με επικρατέστερο το διάστημα (60-65) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (75-80) κιλών. (77,6)

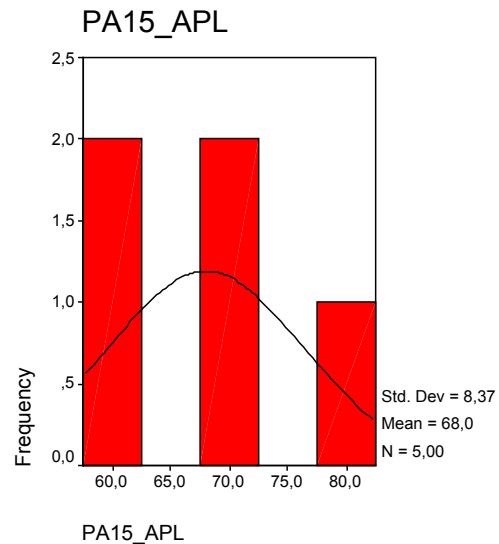
(94)

Παρακολούθηση 15^η -
Αρτηριακή Πίεση Υψηλή



(95)

Παρακολούθηση 15^η -
Αρτηριακή
Πίεση Χαμηλή



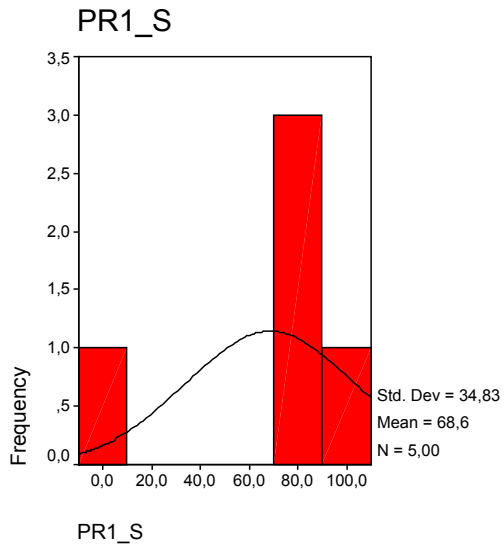
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (94) παρατηρούμε τις τιμές της υψηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη πέμπτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (95-145) με επικρατέστερο το διάστημα (105-115) και με μεγαλύτερη συχνότητα την τιμή των (115-120). (116)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (95) παρατηρούμε τις τιμές της χαμηλής αρτηριακής πίεσης της εγκύου κατά τη δέκατη πέμπτη παρακολούθηση. Αυτές κυμαίνονται από (57,5-82,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (57,5-62,5) και (67,5-72,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (67,5-70). (68)

Ενότητα 3^η: Προγεννητικός έλεγχος εγκύου

(96)

Προγεννητικός Έλεγχος 1^{ος} -

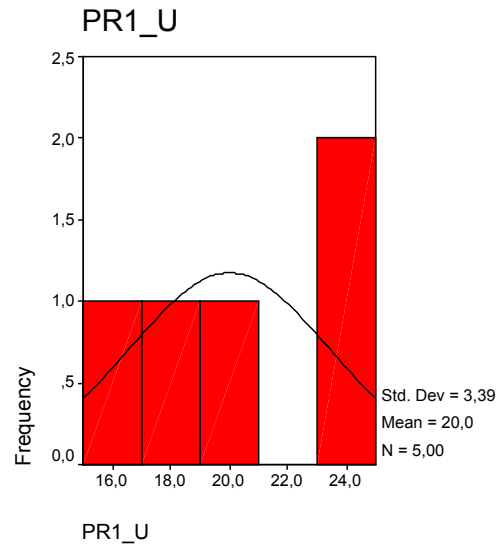
Σάκχαρο



(97)

Προγεννητικός Έλεγχος 1^{ος} -

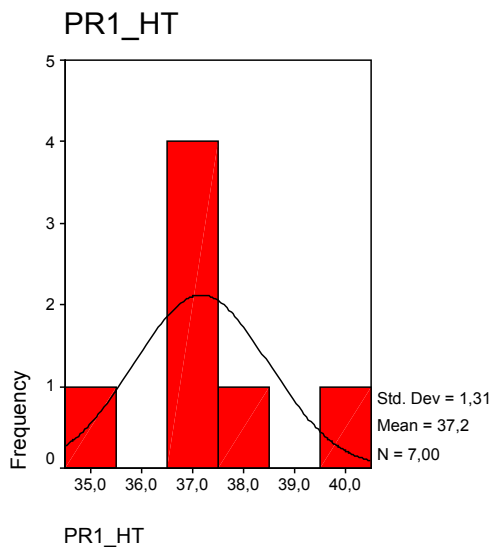
Ουρία



(98)

Προγεννητικός Έλεγχος 1^{ος} -

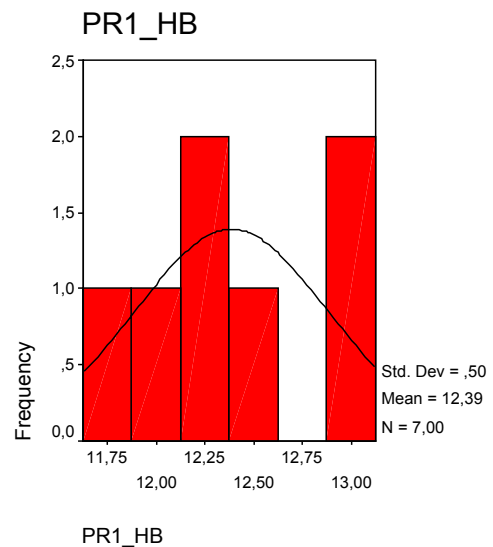
Αιματοκρίτης



(99)

Προγεννητικός Έλεγχος 1^{ος} -

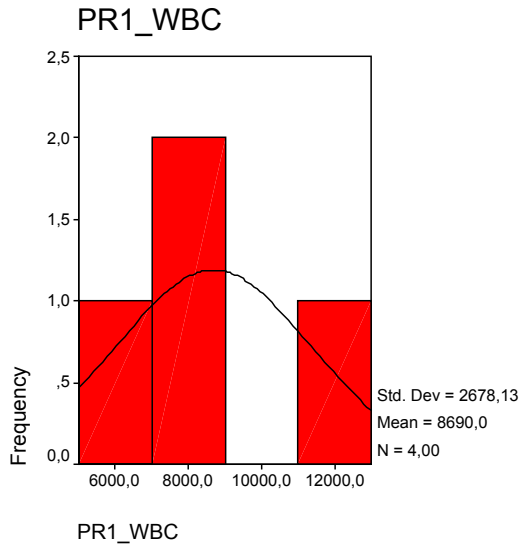
Αιμοσφαιρίνη



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (96) παρατηρούμε τις τιμές σακχάρου (S) της εγκύου κατά το πρώτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται (0-100) με επικρατέστερο το διάστημα (70-90) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (60-70). (68,6)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (97) παρατηρούμε τις τιμές της ουρίας (U) της εγκύου κατά τον πρώτο προγεννητικό έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (15-25) με επικρατέστερο το διάστημα (23-24) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των 20.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (98) παρατηρούμε τις τιμές του αιματοκρίτη (Ht) της εγκύου κατά τον πρώτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (34,5-40,5) με επικρατέστερο το διάστημα (36,5-37,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (37-37,5). (37,2)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (99) παρατηρούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης (HB) της εγκύου κατά το πρώτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (11,625-13,125) με επικρατέστερα τα διαστήματα (12,125-12,375) και (12,875-13,125) με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (12,375-12,50). (12,39).

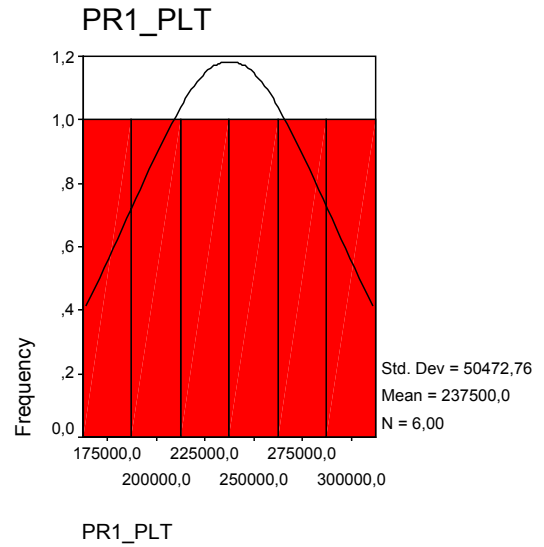
(100)

Προγεννητικός έλεγχος 1^{ος} -
Λευκά Αιμοσφαίρια



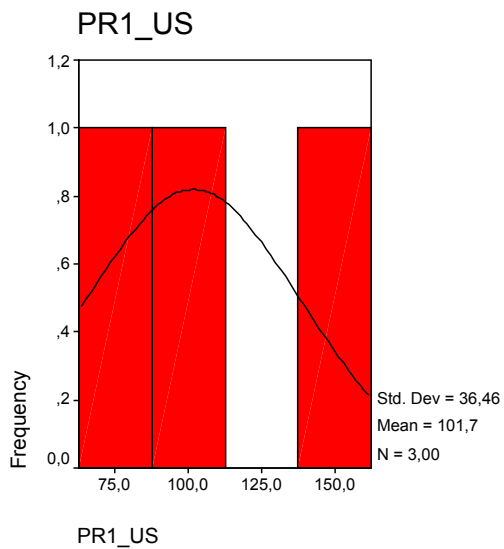
(101)

Προγεννητικός έλεγχος 1^{ος}
- Αιμοπετάλια



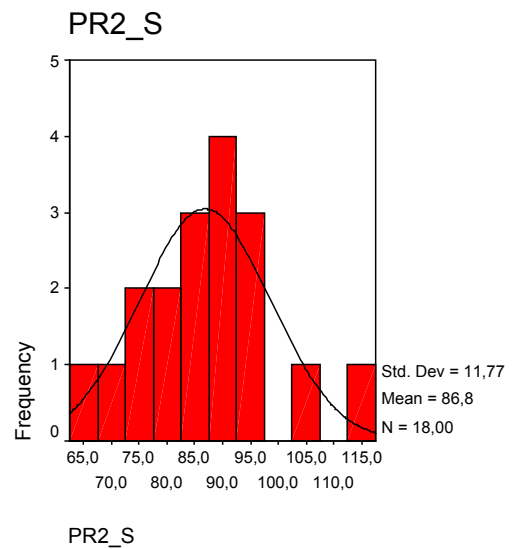
(102)

Προγεννητικός Έλεγχος 1^{ος} -
Ημέρες Κύησης
[Υπερηχογραφικά]



(103)

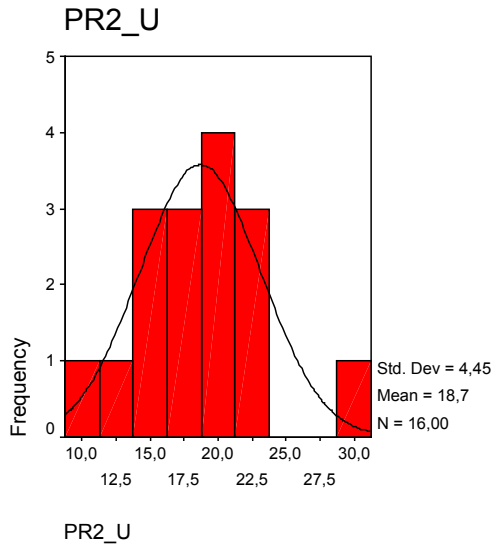
Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος}
- Σάκχαρο



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (100) παρατηρούμε τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) της εγκύου κατά τον πρώτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (5000-13000) με επικρατέστερο το διάστημα (7000-9000) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (8000-9000). (8690)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (101) παρατηρούμε τις τιμές των αιμοπεταλίων (PLT) της εγκύου κατά τον πρώτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (162500-312500). Αξιοσημείωτο είναι ότι το ιστόγραμμα είναι ομοιογενές χωρίς να υπάρχει επικρατέστερο διάστημα με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (237500).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (102) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (US), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το υπερηχογράφημα της εγκύου. Αυτό κυμαίνεται από (62,5-152,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (62,5-112,5) και (137,5-162,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (100-112,5) ημερών. (101,7)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (103) παρατηρούμε τις τιμές του σακχάρου (S) της εγκύου κατά το δεύτερο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (62,5-117,5) με επικρατέστερο το διάστημα (72,5-97,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (85-87,5). (86,8)

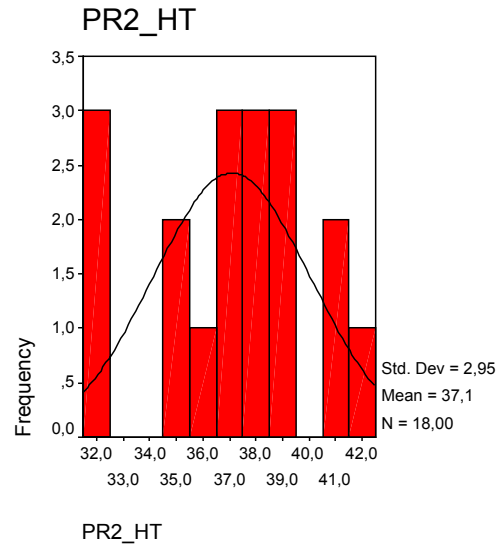
(104)

Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Ουρία



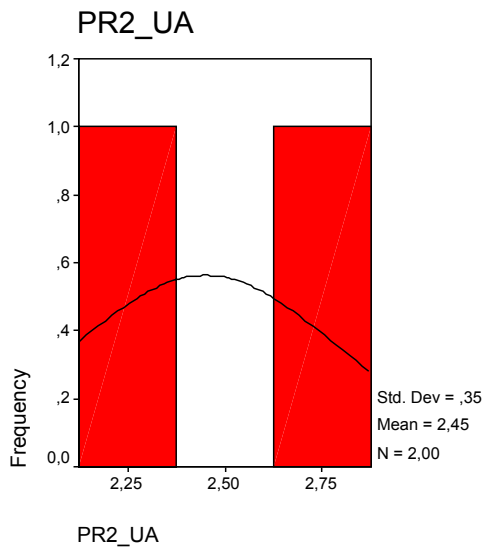
(105)

Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Αιματοκρίτης



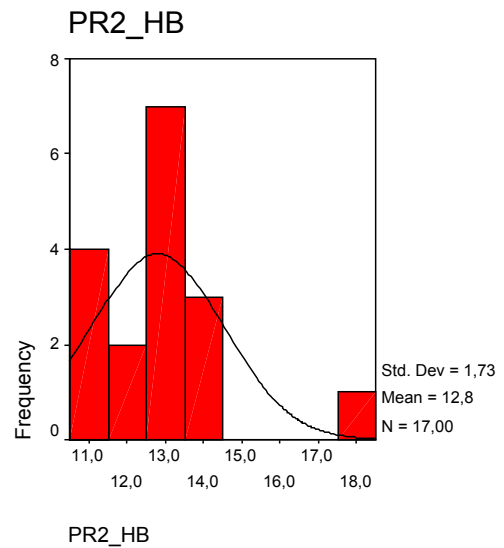
(106)

Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Ουρικό Οξύ



(107)

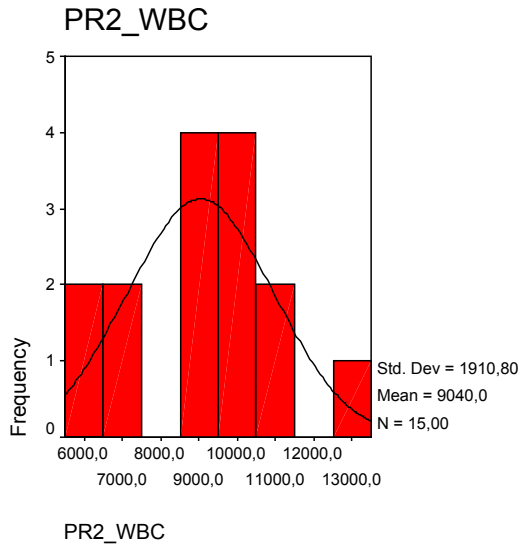
Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Αιμοσφαιρίνη



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (104) παρατηρούμε τις τιμές της ουρίας (U) της εγκύου κατά το δεύτερο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (8,75-31,25) με επικρατέστερο το διάστημα (13,75-23,75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (17,5-18,75). (18,7)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (105) παρατηρούμε τις τιμές του αιματοκρίτη (HT) της εγκύου κατά το δεύτερο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (31,5-42,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (31,5-32,5) και (36,5-39,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (37-37,5). (37,1)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (106) παρατηρούμε τις τιμές του ουρικού οξέος (UA) της εγκύου κατά το δεύτερο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (2,125-2,875) με ισοεπικρατήτα διαστήματα (2,125-2,375) και (2,625-2,875) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (2,375-2,50). (2,45)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (107) παρατηρούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης (HB) της εγκύου κατά το δεύτερο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (10,5-18,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (10,5-11,5) και (12,5-13,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (12,5-13). (12,8)

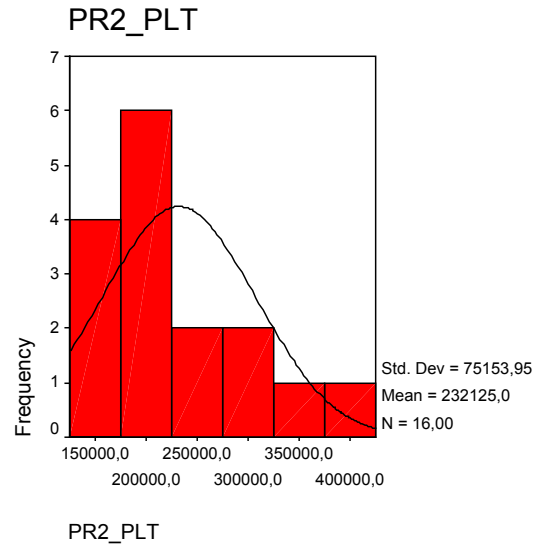
(108)

Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Λευκά Αιμοσφαίρια



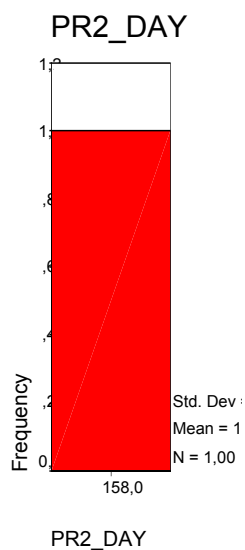
(109)

Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Αιμοπετάλια



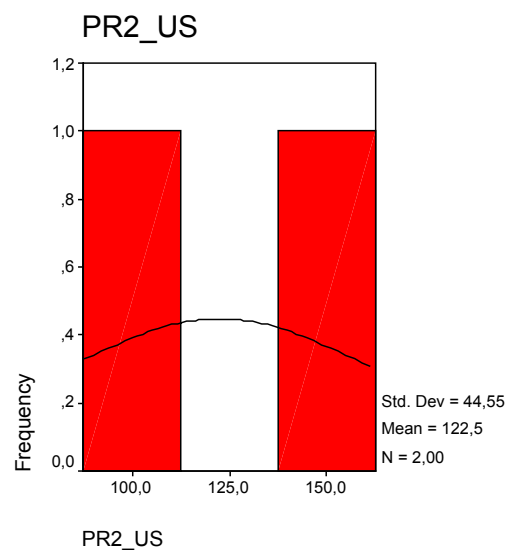
(110)

Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Ημέρες Κύησης [Ημερολογιακά]



(111)

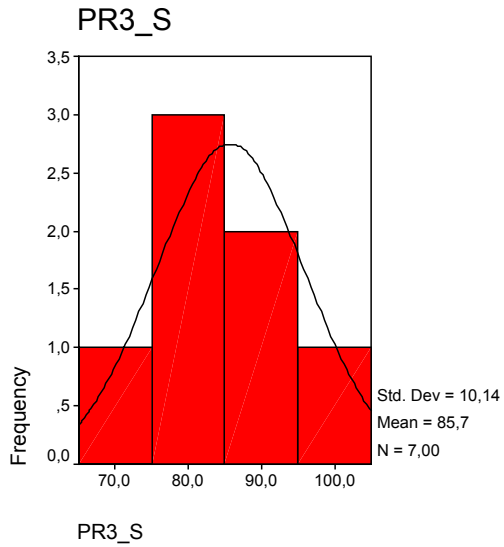
Προγεννητικός Έλεγχος 2^{ος} -
Ημέρες
Κύησης [Υπερηχογραφικά]



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (108) παρατηρούμε τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) της εγκύου κατά το δεύτερο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (5500-13500) με επικρατέστερο το διάστημα (8500-10500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (9000-9500). (9040)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (109) παρατηρούμε τις τιμές των αιμοπεταλίων (PLT) της εγκύου κατά το δεύτερο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (125000-425000) με επικρατέστερο το διάστημα (125000-225000) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (225000-250000). (232125)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (110) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (DAY), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το ημερολόγιο του/της γυναικολόγου από την αρχή της εγκυμοσύνης. Το ιστόγραμμα συχνοτήτων που παρουσιάζεται είναι ένα ραβδόγραμμα με μήκος διαστήματος (0-316) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των 158 ημερών.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (111) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (US), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου, σύμφωνα με το υπερηχογράφημα της εγκύου. Αυτές κυμαίνονται από (87,5-162,5) με ισοεπικρατή τα διαστήματα (87,5-112,5) και (132,5-162,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (112,5-125) ημερών. (122,5)

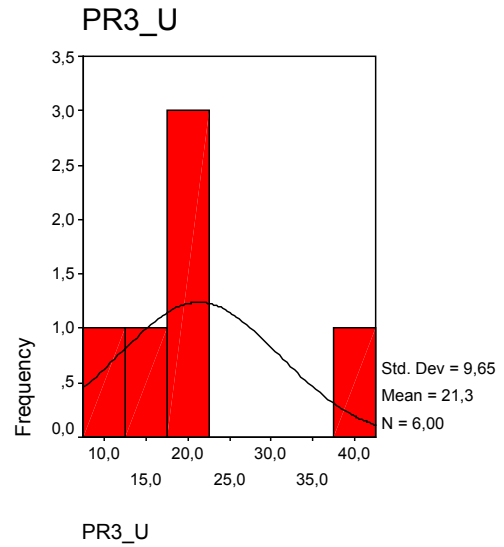
(112)

Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Σάκχαρο



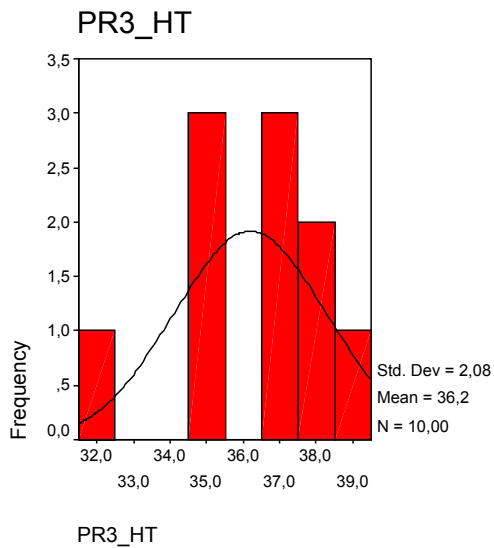
(113)

Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Ουρία



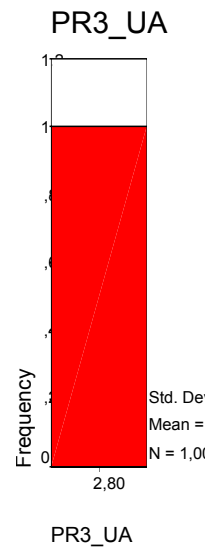
(114)

Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Αιματοκρίτης



(115)

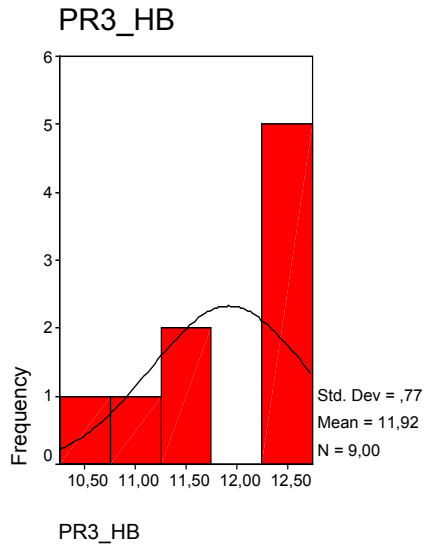
Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Ουρικό Οξύ



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (112) παρατηρούμε τις τιμές του σακχάρου (S) της εγκύου κατά τον τρίτο προγεννητικό έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (65-105) με επικρατέστερο το διάστημα (75-95) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (85-90). (85,7)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (113) παρατηρούμε τις τιμές της ουρίας (U) της εγκύου κατά τον τρίτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (7,5-42,5) με επικρατέστερο το διάστημα (17,5-22,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (20-22,5). (21,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (114) παρατηρούμε τις τιμές του αιματοκρίτη (HT) της εγκύου, κατά τον τρίτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (31,5-39,5) με επικρατέστερα τα διαστήματα (34,5-35,5) και (36,5-38,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (36 -36,5). (36,2)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (115) παρατηρούμε τις τιμές του ουρικού οξέος (UA) της εγκύου κατά τον τρίτο προγεννητικό της έλεγχο. Το ιστόγραμμα συχνοτήτων που παρουσιάζεται είναι ένα ραβδόγραμμα με μήκος διαστήματος (0-5,6) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (2,80) ημερών.

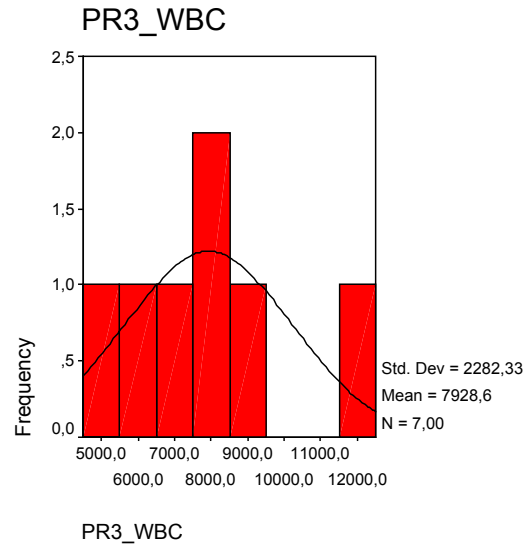
(116)

Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Αιμοσφαιρίνη



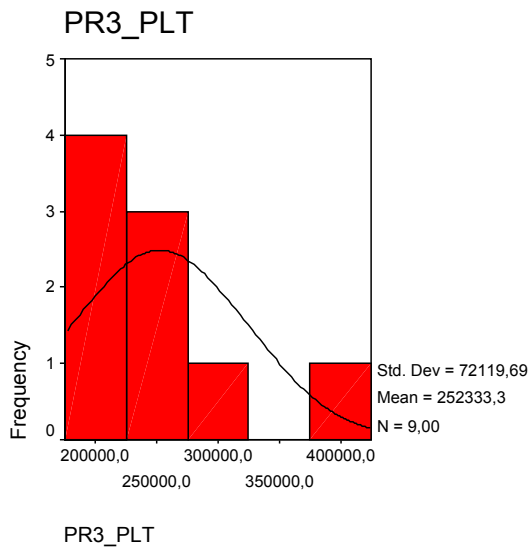
(117)

Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Λευκά Αιμοσφαίρια



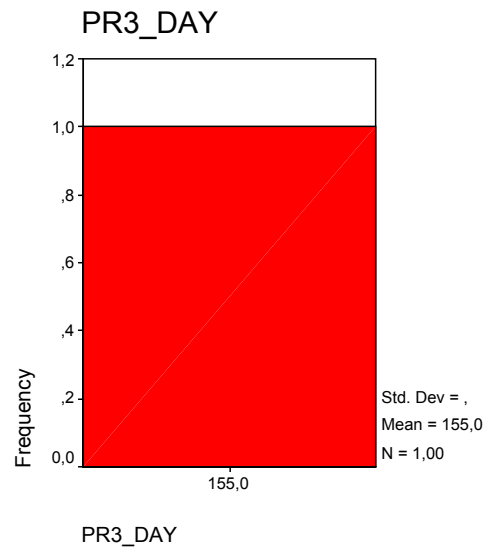
(118)

Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Αιμοπετάλια



(119)

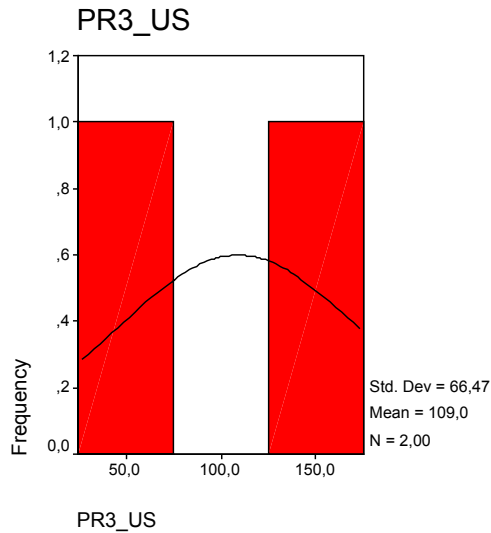
Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Ημέρες Κύησης [Ημερολογιακά]



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (116) παρατηρούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης (HB) της εγκύου κατά τον τρίτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (10,25-12,75) με επικρατέστερα τα διαστήματα (11,25-11,75) και (12,25-12,75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (11,75-12,00). (11,92)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (117) παρατηρούμε τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) της εγκύου κατά τον τρίτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (4500-12500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (7500-8000). (7928,6)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (118) παρατηρούμε τις τιμές των αιμοπεταλίων (PLT) της εγκύου κατά τον τρίτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (175600-425000) με επικρατέστερο το διάστημα (175000-275000) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (250000-275000). (252333)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (119) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (DAY), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το ημερολόγιο του/της γυναικολόγου από την αρχή της εγκυμοσύνης. Το ιστόγραμμα συχνοτήτων που παρουσιάζεται είναι ομοιογενές και είναι στην ακρίβεια ένα ραβδόγραμμα με μήκος διαστήματος (0-232,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (155) ημερών.

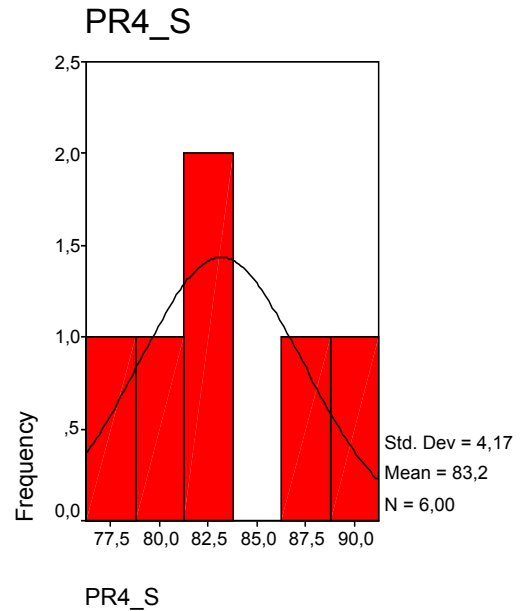
(120)

Προγεννητικός Έλεγχος 3^{ος} -
Ημέρες Κύησης
[Υπερηχογραφικά]



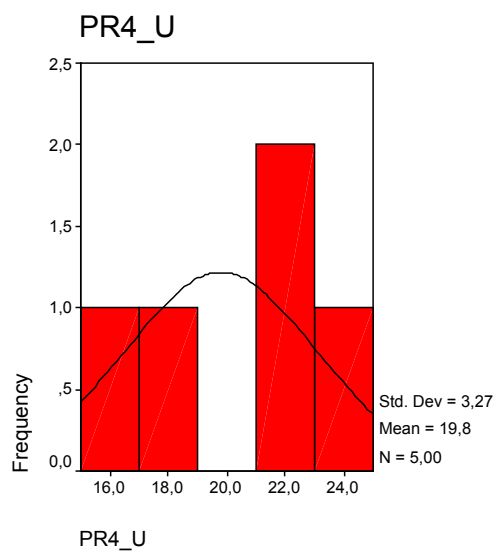
(121)

Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Σάκχαρο



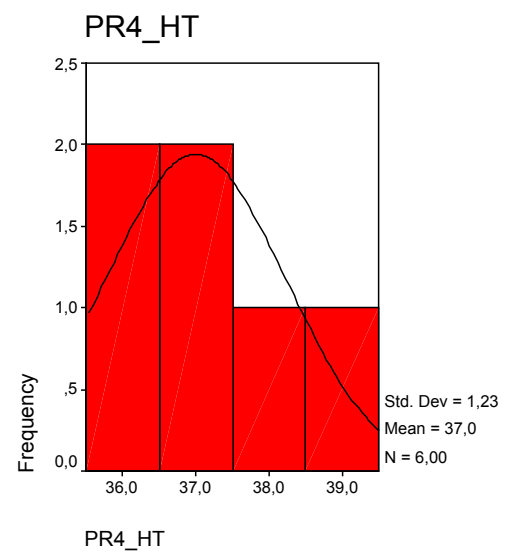
(122)

Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Ουρία



(123)

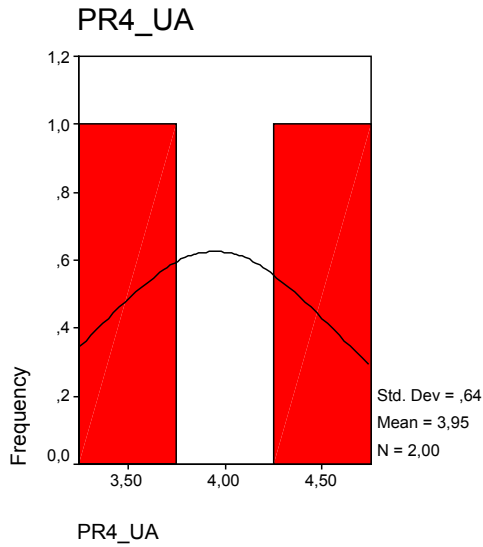
Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Αιματοκρίτης



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (120) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (US), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το υπερηχογράφημα της εγκύου. Αυτές κυμαίνονται από (25-175) με ισοεπικρατή διαστήματα (25-75) και (125-175) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (100-125) ημερών. (109)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (121) παρατηρούμε τις τιμές του σακχάρου (S) της εγκύου κατά τον τέταρτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (76,25-91,25) με επικρατέστερο το διάστημα (81,25-83,75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (82,5-83,75). (83,2)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (122) παρατηρούμε τις τιμές της ουρίας (U) της εγκύου κατά τον τέταρτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (15-25) με επικρατέστερο το διάστημα (21-23) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (19-20). (19,8)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (123) παρατηρούμε τις τιμές του αιματοκρίτη (HT) της εγκύου κατά τον τέταρτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (35,5-39,5) με επικρατέστερο το διάστημα (35,5-37,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (37).

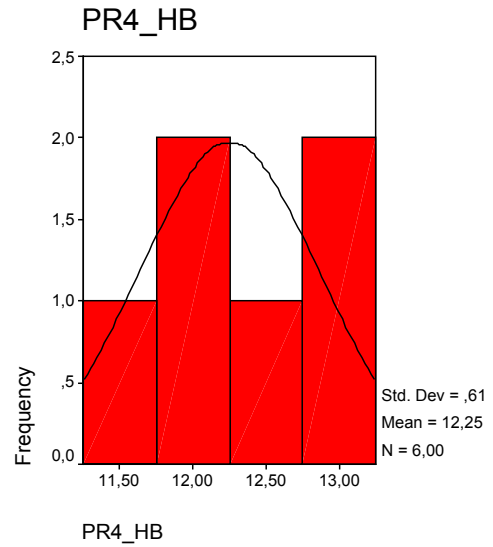
(124)

Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Ουρικό Οξύ



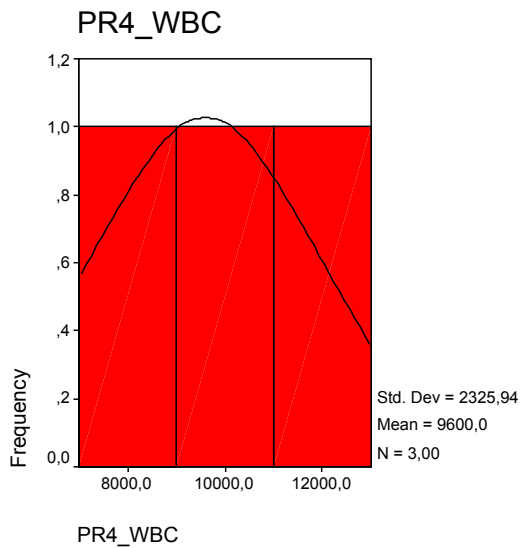
(125)

Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Αιμοσφαιρίνη



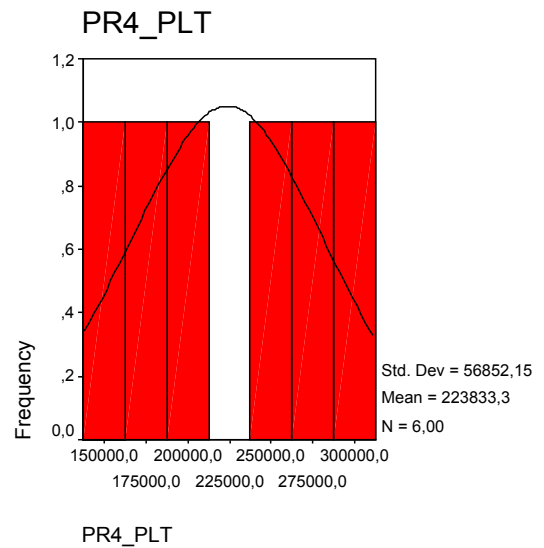
(126)

Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Λευκών Αιμοσφαιρίνα



(127)

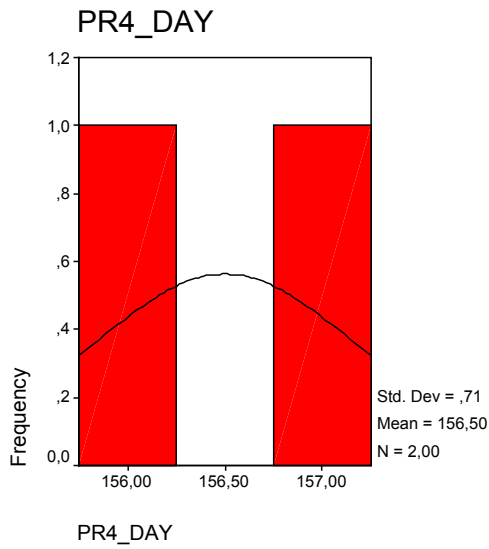
Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Αιμοπετάλια



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (124) παρατηρούμε τις τιμές του ουρικού οξέος (UA) της εγκύου κατά τον τέταρτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (3,25-4,75) με ισοεπικρατή τα διαστήματα (3,25-3,75) και (4,25-4,75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (3,75-4,00). (3,95)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (125) παρατηρούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης (HB) της εγκύου κατά τον τέταρτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (11,25-13,25) με επικρατέστερα τα διαστήματα (11,75-12,25) και (12,75-13,25) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (12,25).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (126) παρατηρούμε τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) της εγκύου κατά τον προγεννητικό της έλεγχο. Το ιστόγραμμα συχνοτήτων που παρουσιάζεται είναι ομοιογενές με μήκος διαστήματος (7000- 13000) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (9000-10.000). (9.600)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (127) παρατηρούμε τις τιμές των αιμοπεταλίων (PLT) της εγκύου κατά τον τέταρτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (137500-312500) με ισοεπικρατή τα διαστήματα (137000-212500) και (237500 312500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (212500-225000). (223.833)

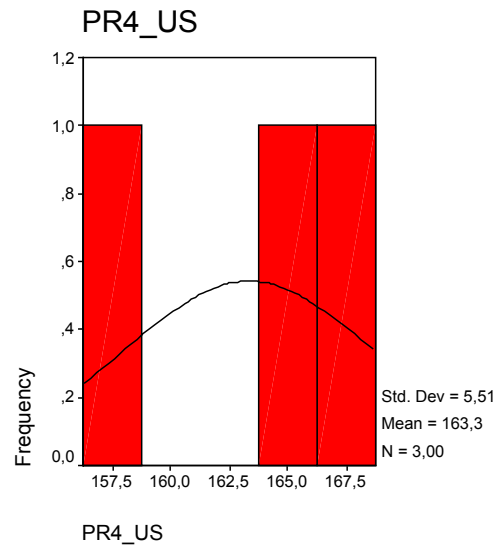
(128)

Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Ημέρες Κύησης[Ημερολογιακά]



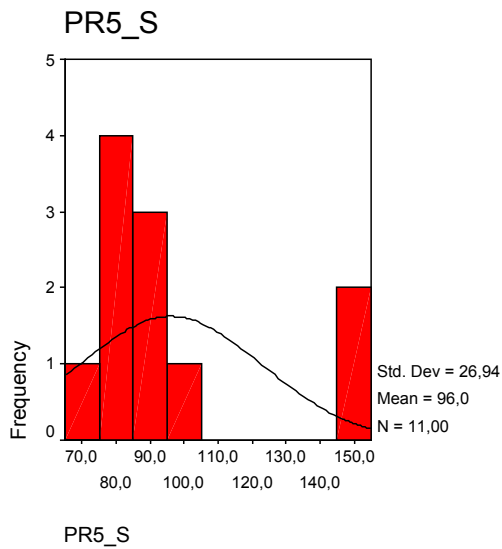
(129)

Προγεννητικός Έλεγχος 4^{ος} -
Ημέρες Κύησης
[Υπερηχογραφικά]



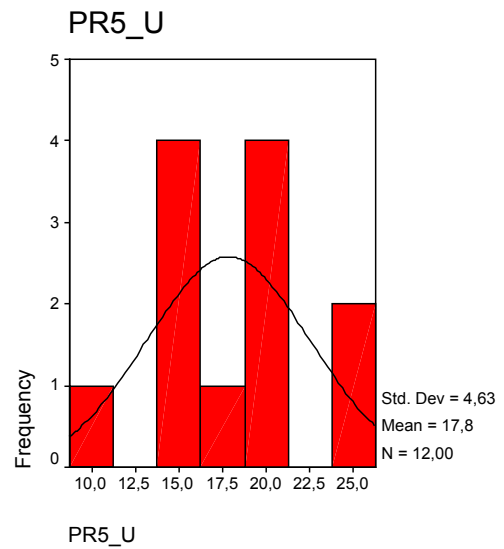
(130)

Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Σάκχαρο



(131)

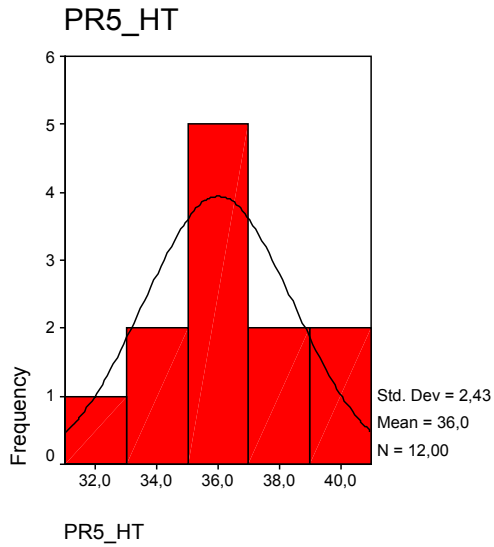
Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Ουρία



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (128) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (DAY), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το ημερολόγιο του/της γυναικολόγου από την αρχή της εγκυμοσύνης. Αυτές κυμαίνονται από (155,75-157,25) με ισοεπικρατή τα διαστήματα (155,75-156,25) και (156,75-157,25) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (156,50) ημερών.
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (129) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (US), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το υπερηχογράφημα της εγκύου. Αυτές κυμαίνονται από (156,25-168,75) με επικρατέστερα τα διαστήματα (156,25-158,75) και (163,75-168,75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (162,5-163,75). (163,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (130) παρατηρούμε τις τιμές του σακχάρου (S) της εγκύου κατά τον πέμπτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (65-155) με επικρατέστερα τα διαστήματα (75-95) και (145-155) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (95-100). (96)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (131) παρατηρούμε τις τιμές της ουρίας (U) της εγκύου κατά τον πέμπτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (8,75-26,25) με επικρατέστερα τα διαστήματα (13,75-16,25) και (18,75-21,25) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (17,5-18,75). (17,8)

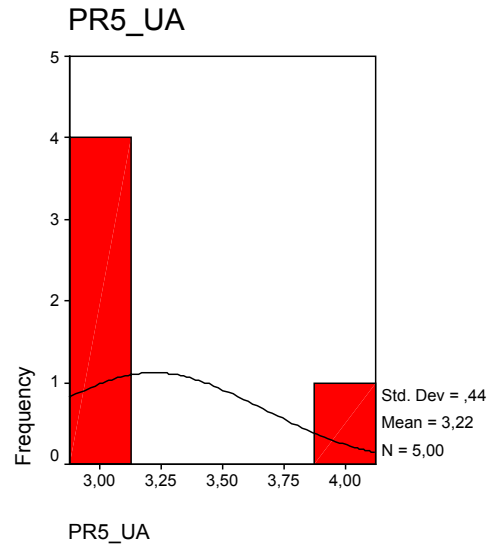
(132)

Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Αιματοκρίτης



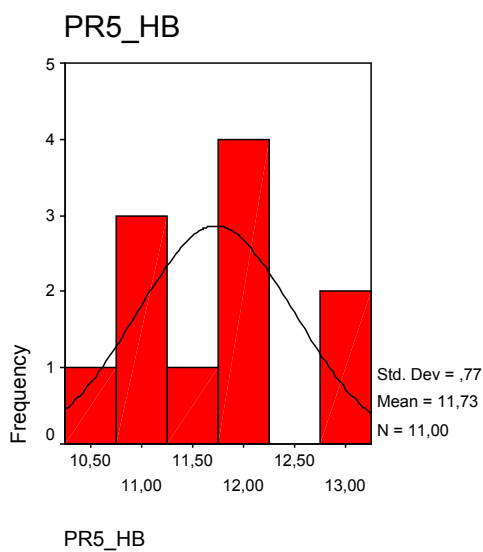
(133)

Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Ουρικό Οξύ



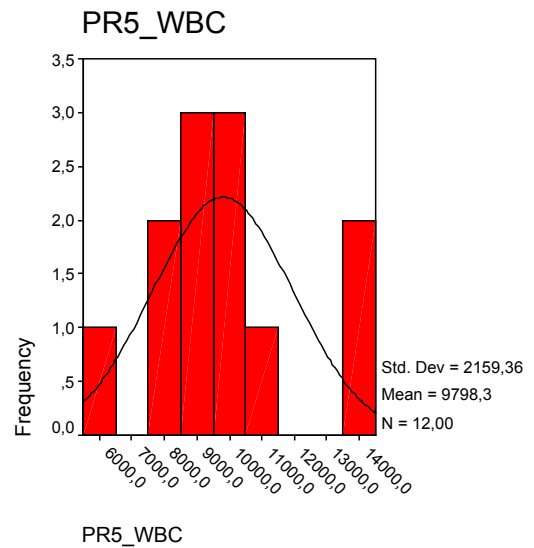
(134)

Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Αιμοσφαιρίνη



(135)

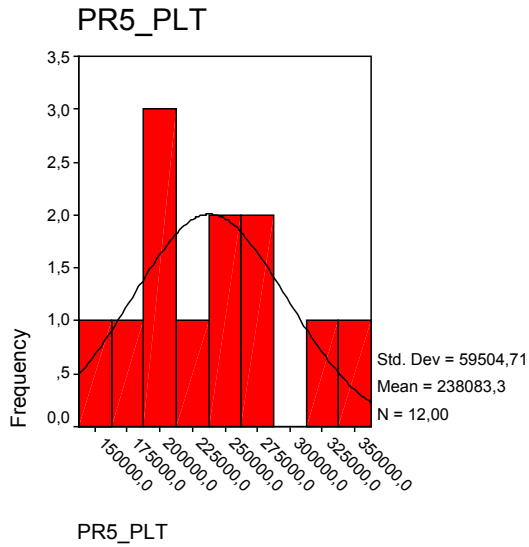
Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Λευκά Αιμοσφαίρια



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (132) παρατηρούμε τις τιμές του αιματοκρίτη (HT) της εγκύου κατά τον πέμπτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (31-41) με επικρατέστερο το διάστημα (35-37) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (36).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (133) παρατηρούμε τις τιμές του ουρικού οξέος (UA) της εγκύου κατά τον πέμπτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (2,875-4,125) με επικρατέστερο το διάστημα (2,875-3,125) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (3,125-3,25). (3,22)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (134) παρατηρούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης (HB) της εγκύου κατά τον πέμπτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (10,25-13,25) με επικρατέστερα τα διαστήματα (10,75-11,25) και (11,75-12,25) με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (11,50-11,75). (11,73)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (135) παρατηρούμε τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) της εγκύου κατά το πέμπτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (5500-14500) με επικρατέστερα τα διαστήματα (7500-10500) και (13500-14500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (9500-10000). (9798,3)

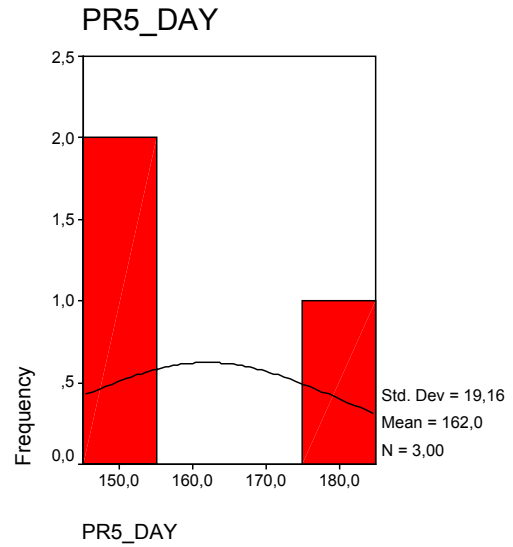
(136)

Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Αιμοπετάλια



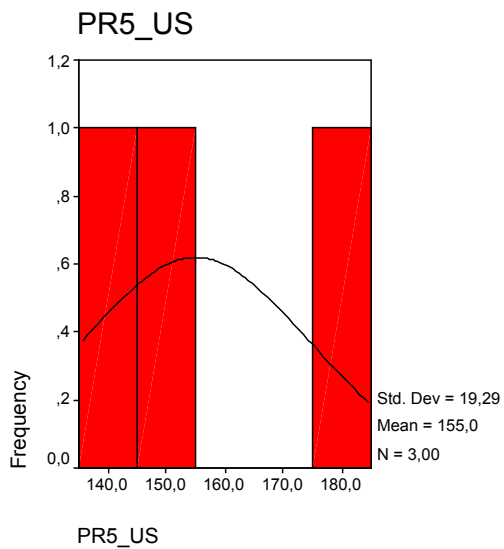
(137)

Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Ημέρες Κύησης [Ημερολογιακά]



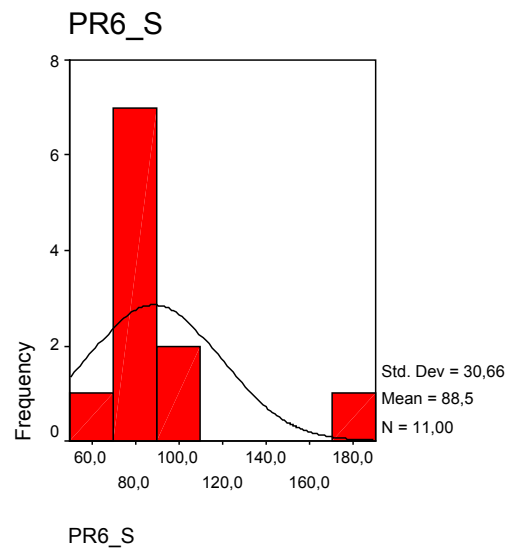
(138)

Προγεννητικός Έλεγχος 5^{ος} -
Ημέρες Κύησης
[Υπερηχογραφικά]



(139)

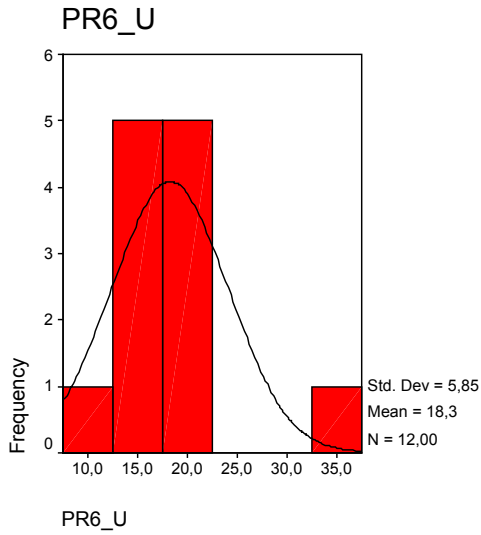
Προγεννητικός Έλεγχος 6^{ος} -
Σάκχαρο



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (136) παρατηρούμε τις τιμές των αιμοπεταλίων (PLT) της εγκύου κατά τον πέμπτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (137500-362500) και με επικρατέστερα τα διαστήματα (187500-212500) και (237500-287500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (237500-250000). (238083,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (137) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (DAY), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το ημερολόγιο του/της γυναικολόγου από την αρχή της κύησης. Αυτές κυμαίνονται από (145-185) με επικρατέστερο το διάστημα (145-155) και μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (160-165) ημερών. (162)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (138) παρατηρούμε τις ημέρες κύησης (US), δηλαδή την ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το υπερηχογράφημα της εγκύου. Αυτές κυμαίνονται από (135-185) με επικρατέστερα τα διαστήματα (135-155) και (175-185) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (155).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (139) παρατηρούμε τις τιμές του σακχάρου (S) της εγκύου κατά τον έκτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (50-190) με επικρατέστερο το διάστημα (70-90) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (80-90). (88,5)

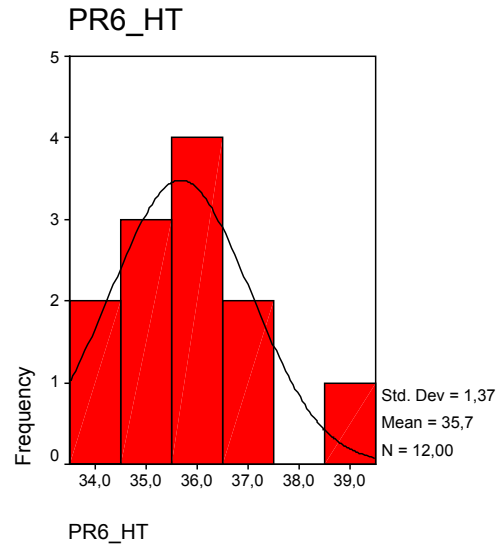
(140)

Προγεννητικός Έλεγχος 6^{ος} -
Ουρία



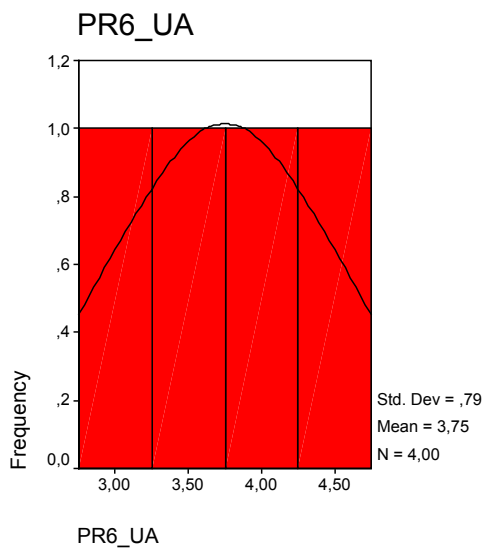
(141)

Προγεννητικός Έλεγχος 6^{ος} -
Αιματοκρίτης



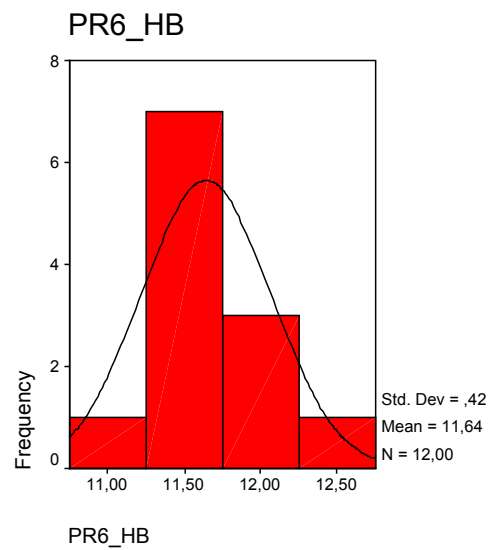
(142)

Προγεννητικός Έλεγχος 6^{ος} -
Ουρικό Οξύ



(143)

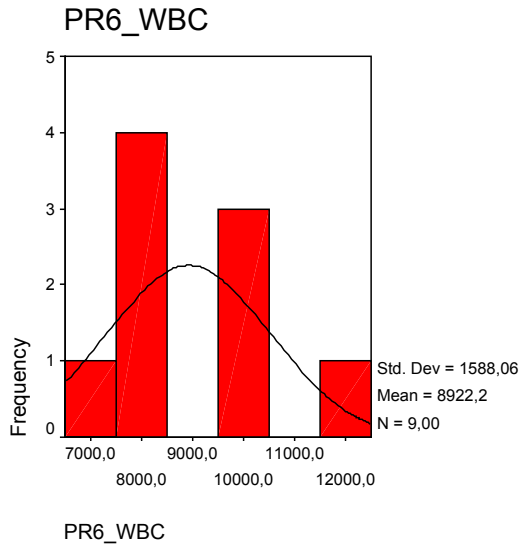
Προγεννητικός Έλεγχος 6^{ος} -
Αιμοσφαιρίνη



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (140) παρατηρούμε τις τιμές της ουρίας (U) της εγκύου κατά τον έκτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (7,5-37,5) με επικρατέστερα το διάστημα (12,5-22,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (17,5-20). (18,3)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (141) παρατηρούμε τις τιμές του αιματοκρίτη (HT) της εγκύου κατά τον έκτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (33,5-39,5) με επικρατέστερο το διάστημα (34,5-36,5) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (35,5-36). (35,7)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (142) παρατηρούμε τις τιμές του ουρικού οξέος (UA) της εγκύου κατά τον έκτο προγεννητικό της έλεγχο. Το ιστόγραμμα που παρουσιάζεται είναι ομοιογενές με μήκος διαστήματος (2,75-4,75) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (3,75).
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (143) παρατηρούμε τις τιμές της αιμοσφαιρίνης (HB) της εγκύου κατά τον έκτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (10,75-12,75) με επικρατέστερο το διάστημα (11,25-12,25) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (11,50-11,75). (11,64)

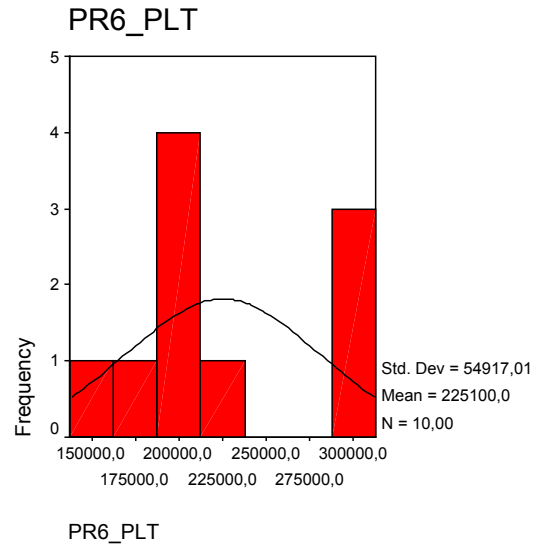
(144)

Προγεννητικός Έλεγχος 6^{ος} -
Λευκά Αιμοσφαίρια



(145)

Προγεννητικός Έλεγχος 6^{ος} -
Αιμοπετάλια



- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (144) παρατηρούμε τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) της εγκύου κατά τον έκτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (6500-12500) με επικρατέστερα τα διαστήματα (7500-8500) και (9500-10500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (8500-9000). (8922,2)
- Στο ιστόγραμμα συχνοτήτων (145) παρατηρούμε τις τιμές των αιμοπεταλίων (PLT) της εγκύου κατά τον έκτο προγεννητικό της έλεγχο. Αυτές κυμαίνονται από (137500-312.500) με επικρατέστερα τα διαστήματα (187500-212500) και (287500-312500) και με μεγαλύτερη σε συχνότητα την τιμή των (225000-237500). (225100)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μελετήσαμε 32 έγκυες γυναίκες που γέννησαν στο Μαιευτικό Γυναικολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Σητείας τα τελευταία 3 έτη από 2001-2004.

Το μεγαλύτερο ποσοστό 30,23% ήταν από την Σητεία ελληνικής καταγωγής και το αμέσως επόμενο από την Αλβανία 25,58%.

Η ηλικία τους κυμαινόταν από 16-43 έτη με μεγαλύτερη σε συχνότητα τα 27-29 έτη.

Η ηλικία εμμηναρχής κυμαινόταν από 10,5-17,5 έτη με μεγαλύτερη σε συχνότητα την ηλικία των 13,5-14 ετών.

Η διάρκεια του κύκλου της περιόδου κυμαινόταν από 17-33 ημέρες με μεγαλύτερη σε συχνότητα τις 27-30 ημέρες.

Επίσης η διάρκεια της εμμήνου ρήσεως ήταν από 2-7 ημέρες με μεγαλύτερη σε συχνότητα (μ.ο.) τις 4,5 ημέρες.

Η ηλικία των πρωτότοκων κυμαινόταν από 12,5-42,5 έτη με μεγαλύτερη σε συχνότητα την ηλικία των 23,5 ετών.

Το βάρος των νεογνών στις πρωτότοκες κυμαινόταν από 2700-4100gr. με μέσο όρο τα 3220gr.

Η ηλικία στις δευτερότοκες κυμαινόταν από 21-31 έτη με μέσο όρο τα 24 έτη. Το βάρος των νεογνών στις δευτερότοκες κυμαινόταν από 2625-4375 με μέσο όρο τα 3440gr.

Η ηλικία στις τριτότοκες κυμαινόταν από 24,5-28,5 έτη με μέσο όρο τα 27 έτη.

Το βάρος των νεογνών στις τριτότοκες κυμαινόταν από 3350-3650gr με μέσο όρο τα 3480gr.

Παρατηρούμε λοιπόν μια προοδευτική αύξηση στην ηλικία των γυναικών ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που θα

αποκτήσουν. Έτσι αποκτούν το πρώτο τους παιδί περίπου στην ηλικία των 23 ετών ενώ το τρίτο γύρω στα 27 έτη.

Το βάρος του νεογνού φαίνεται να είναι μικρότερο στις πρωτότοκες (3220gr) σε σχέση με τις πολύτοκες μητέρες (3440/3480 gr).

Οι αυτόματες αποβολές (Α.Ε.) όπως φαίνεται από τα ιστορικά των εγκύων γυναικών κυμαίνονταν από 0-2,25 με μέσο όρο 0,5 Α.Ε. /έγκυο, ενώ οι εκτρώσεις (Τ.Ε.) κυμαίνονταν από 0-3,5 με μέσο όρο 0,5 Τ.Ε./έγκυο.

Ο αριθμός των τοκετών κυμαίνονταν από 0-4 ανά έγκυο με μέσο όρο 1,5-2 τοκετούς/ έγκυο.

Μεταβολή του βάρους σώματος και της Αρτηριακής Πίεσης της εγκύου σύμφωνα με την ηλικία κύησης ανά επίσκεψη.

Επίσκεψη	Ηλικία εμβρύου (ημέρες)	Βάρος μ.ο. (kg)	Α.Π. Συστολική	Α.Π. Διαστολική
1	70-80	66,1	107,8	70,9
2	90-100	62,2	112,4	68,8
3	110-120	67,5	108,8	68,3
4	140-150	69	111	69
5	160-170	71,4	109	68,8
6	180-190	73,8	109,2	69
7	200-205	74,3	113,2	67,6
8	225-230	77,1	108,1	69
9	225-230	77,5	113,9	67,5
10	240-245	78	110,9	77,5
11	245-275	79,8	113,7	70,5
12	250-255	78,4	114,6	70,4
13	260-263	80,3	120	73,6
14	270-273	74,9	115	72,1
15	278-280	77,6	116	68

Παρατηρούμε ότι το επιπλέον βάρος της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης είναι κατά μέσο όρο 10-12kg.

Στην αρχή στο 1^ο τρίμηνο παρατηρείται μια ελάττωση του αρχικού βάρους της εγκύου που οφείλεται συνήθως στην

υπερέμμεση της κύησης (έμμετοι, εριγύες) ενώ στη συνέχεια έχουμε σταδιακή αύξηση.

Όσον αφορά τη συστολική αρτηριακή πίεση αυτή στην αρχή της κύησης στο 1^ο τρίμηνο έχει χαμηλότερες τιμές σε σχέση με την εξέλιξη της κύησης ενώ αντίθετα η διαστολική αρτηριακή πίεση δεν παρουσιάζει αξιόλογες μεταβολές σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μεταβολή των εργαστηριακών παραμέτρων (βιοχημικών, αιματολογικών) κατά τη διάρκεια της κύησης σε σχέση με την ηλικία (υπερηχογραφική, ημερολογιακή) του έμβρυου.

Επίσκεψη	Ημερ. ηλικία εμβρύου (ημέρες)	Υπερηχ. ηλικία εμβρύου (ημέρες)	Σάκχαρο (Σ)	Ουρία (U)	Αιμοσφαιρίνη (Hb)	Αιματοκρίτης (Ht)	Λευκά αιμοσφ. (WBC)	Αιμοπετάλια (PLT)	Ουρικό οξύ (U.A.)
1	140	112	68,6	20	12,39	37,2	8690	237500	2,30
2	158	122	86,8	18,7	12,80	37,1	9040	232125	2,45
3	155	109	85,7	21,3	11,90	36,2	7928	252333	2,80
4	156	163	83,2	19,8	12,25	37	9600	223833	3,95
5	162	155	96	17,8	11,73	36	9798	238083	3,22
6	176	180	88,5	18,3	11,64	35,7	8922	225100	3,75

Η τιμή του σακχάρου (Σ) παρουσιάζει άνοδο μετά το 1^ο τρίμηνο ενώ κατά το 2^ο και το 3^ο τρίμηνο παραμένει σταθερή.

Η τιμή της ουρίας (U) παραμένει περίπου σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ο αιματοκρίτης (Ht) και η αιμοσφαιρίνη (Hb) παρουσιάζουν πτώση στο τέλος της κύησης σε σχέση με τις αρχικές τιμές τους, πράγμα που οφείλεται και στην αύξηση του ενδοαγγειακού όγκου, εφόσον αυξάνεται το βάρος της εγκύου καθώς και οι απαιτήσεις της εμβρυοπλάκουντιακής μονάδας βρίσκονται σε άνοδο.

Τα λευκά αιμοσφαίρια (WBC) και τα αιμοπετάλια (PLT) παραμένουν αμετάβλητα σχεδόν σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

Οι τιμές του ουρικού οξέος (U.A.) παρουσιάζουν μικρή άνοδο κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σ. Χάντζος. Σύγχρονη Αθλητιατρική. Ιατρικές εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ. 1993. Αθήνα. σ.σ.: 90-93
2. Σ. Χατζηκωνσταντίνου. Ιατρική τη σωματικής άσκησης. Γρηγόριος Παρισιανός. 1993. σ.σ.: 17-26
3. Κωνσταντίνος Παύλου. Διατροφή - Φυσιολογία και Άθληση. 1992. Αθήνα. σ.σ.: 36-48
4. Goodman MM, Charle JA, Jehne C. A case for revising the «weight gain during pregnancy» guidelines for Australian women. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol. 1992.32: 129-132
5. Springer NS, Bischoping K, Sampsellem CM, Mayes FL, Peterson BA. Using early weight gain and other nutrition related risk factors to predict pregnancy out comes. J Am Diet Assoc. 1992.92: 217-219
6. Lawrence M, McKillop FM, Durnin JVGA. Women who gain more fat during pregnancy may not have bigger babies: Implications of recommended weight gain during pregnancy. Br J Obstet Gynaecol. 1991.98: 254-259
7. Scholl TO, Hediger ML, Khoo CS, Healy MF, Rawson NL. Maternal weight gain, diet and infant birth weight: Correlations during adolescent pregnancy. J Clin Epidemiol. 1991.44: 423-428
8. Sege Js, Mc Anarney ER. Adolescent pregnancy and subsequent obesity in African - American girls. J Adolesc Health. 1994.15: 491-494
9. Lederman SA. The effect of pregnancy weight gain on later obesity. Obstet Gyneocol.1993.82: 148-155
10. Bradley PJ. Pregnancy as a cause of obesity and its treatment. Int J Obesity. 1992.16: 935-936

11. Benny Ps, Benny SL, Sin IL. Nutrition in pregnancy in the Wellington region. The New Zealand medical journal. 1991. 104 (905): 29-32
12. Carruth BR, Skinner JD. Practitioners beware: regional differences in beliefs about nutrition during pregnancy. Journal of the American Dietetic Association. 1991.91(4): 435-40
13. Ahmed FU, Das AM. Beneficial effects. Three ANC visits might be the divergent point in lowering low birth weight babies. Bangladesh. Intergratiion. 1991.33: 50-3
14. Lederman SA. Recent issues related to nutrition during pregnancy. Journal of the American College of Nutrition. 1993.12(2): 91-100
15. Miller RK, Faber W, Asai M, D'Gregorio RP, Ng WW, Shah Y, Neth-Jessee L. The role of the human placenta in embryonic nutrition. Impact of environmental and social factors. Annals of the New York Academy of sciences. 1993.678:92-107
16. Einarsson S, Rojkittikhun T. Effects of nutrition of pregnant and lactating sows. Journal of reproduction and fertility. 1993.48: 229-39
17. Tomkins A, Murray S, Rondo P, Filteau S. Impact of maternal infection of foetal growth and nutrition. SCN news/United Nations, Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition. 1924.11: 18-20
18. Viteri FE. The consequences of iron deficiency and anaemia in pregnancy on maternal health, the foetus and the infant. SCN News/United Nations, Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition. 1994.11: 14-8

19. Norton R. Maternal nutrition during pregnancy asit effects infant growth, development and health. SCN/news/United Nations, Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition. 1994.11:10-4
20. Tam L. Mother-to-child HIV-1 transmission. Sante Salud. 1994.p:5.
21. Lammi-Keefe CJ. Hillman RE. Carey SW. Ying YK. Maier. D. Rat embryo development on human sera is related to numbers of previous spontaneous abortions and nutritional factors. American journal of obstetrics and gynecology. 1994. 170: 228-36
22. Greenspoon JS, Safarik RH, Hayashi JT, Rosen DJ. Parenteral nutrition during pregnancy. Lack association with idiopathic preterm labor or preeclampsia. The Journal of reproductive medicine. 1994.39(2): 87-91
23. Wada L, King JC. Trace element nutrition during pregnancy. Clinical obstetrics and gynecology. 1994.37(3): 574-86
24. Metz J, McGrath K, Bennett M, Hyland K, Bottiglieri T. Biochemical indices of vitamin B₁₂ nutrition on pregnant patients with subnormal serum vitamin B₁₂ levels. American journal of hematology. 195. 48(4): 251-5
25. Mulliner CM, Spidy H, Fraser RB. A study exploring midwives education in knowledge of and attitudes to nutrition in pregnancy. Midwifery. 1995.11(1): 37-41
26. Jovanovic - Peterson L, Peterson CM. Exercise and the nutritional management of diabetes during pregnancy. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 1996.23 (1): 75-86

27. Godfrey KM, Robinson S, Hales CN, Barker DJ, Osmond C, Taylor KP. Nutrition in pregnancy and the concentrations of proinsulin, 32-33 split proinsulin, insulin, and C-peptide in cord plasma. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*. 1996.13(10): 868-73
28. Lucas A, Baker BA, Desai M, Hales CN. Nutrition in pregnant or lactating rats programs lipid metabolism in the offspring. *The British journal of nutrition*. 1996.76(4): 605-12
29. Hoet JJ. The role of fetal and infant growth and nutrition in the causality of diabetes and cardiovascular disease in later life. *SCN news/United Nations, Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition*. 1997. 14:10-3
30. Klein NW. The use of whole rat embryocultures to identify and characterize causes of reproductive failure. *The International journal of developmental biology*. 1997. 41(2): 267-73
31. Kolasa kM, Weismiller DG. Nutrition during pregnancy. *American family physician*. 1997.56(1): 205-12, 216-8
32. Harding JE, Bauer MK, Kimble RM. A neonatal therapy for intrauterine growth retardation. *Acta paediatrica*. 1997. 423: 196-200
33. Battaglia FC, Thureen PJ. Nutrition of the fetus and the premature infant. *Diabetes care*. 1998. 21(2): 70-4
34. Bauer MK, Harding JE, Bassett NS, Breier BH, Oliver MH, Gallaher BH, Evans PC, Woodall SM, Gluckman PD. Fetal growth and placental function. *Molecular and cellular endocrinology*. 1998.140 (1-2): 115-20

35. Urgell MR, Benavides JF, Gonzalez de Agüero Laborda R, Gonzalez EF. Maternal nutritional factors: significance for the fetus and the neonate. *Early human development*. 1998. 53:61-76
36. Hoet JJ, Janson MA. Intrauterine nutrition: its importance during critical periods for cardiovascular and endocrine development. *The Journal of physiology*. 1999. 514:617-27
37. Malanga CJ, Kosofsky BE. Mechanisms of action of drugs of abuse on the developing fetal brain. *Clinics in perinatology*. 1999.26(1): 17-37
38. Salle BL, Delvin EE, Lapillonne A, Bishop NJ, Glorieux FH. Perinatal metabolism of vitamin D. *The American journal of clinical nutrition*. 2000.71(5): 1317-24
39. Eckert JE, Gatford KL, Luxford BG, Campbell RG, Owens PC. Leptin expression in offspring is programmed by nutrition in pregnancy. *The Journal of endocrinology*. 2000. 165(3): 1-6
40. Ladipo OA. Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. *The American journal of clinical nutrition*. 2000. 72: 280-290
41. Gardner DK, Pool TB, Lane M. Embryo nutrition and energy metabolism and its relationship to embryo growth, differentiation, and viability. *Seminars in reproductive medicine*. 2000. 18(2): 205-18
42. Udipi SA, Ghugre P, Antony U. Nutrition in pregnancy and lactation. *Journal of the Indian Medical Association* 2000. 98(9): 548-57
43. Goots A. Nutrition and the life cycle. 1: Maternal nutrition and pregnancy. *British journal of nursing*. 9(17):113-8

44. Metges LL. Does dietary protein in early life affect the development of adiposity in mammals? *The Journal of nutrition*. 2001. 131(7): 2062-6
45. Rhind SM, Rae MT, Brooks AN. Effects of nutrition and environmental factors on the fetal programming of the reproductive axis. *Reproduction: the official journal of the Society for the Study of Fertility*. 2001. 122(2): 205-14
46. Decsi T, Burus I, Molnar S, Minda H, Veitl V. Inverse association between trans isomeric and long-chain polyunsaturated fatty acids in cord blood lipids of full-term infants. *The American journal of clinical nutrition*. 2001. 74(3): 364-8
47. Oliver MH, Hawkins P, Breier BH, Van Zijl PL, Sargison SA, Harding JE. Maternal undernutrition during the periconceptual period increases plasma taurine levels and insulin response to glucose but not arginine in the late gestational fetal sheep. *Endocrinology*. 2001. 142(10): 4576-9
48. Cetin I, Radaelli T, Taricco E, Giovannini N, Alvino G, Pardi G. The endocrine and metabolic profile of the growth - retarded fetus. *Journal of pediatric endocrinology and metabolism*. 2001. 14(6): 1497-505
49. Ehrhardt RA, Bell AW, Boisclair YR. Spatial and developmental regulation of leptin in fetal sheep. *American journal of physiology. Regulatory, integrative and comparative physiology*. 2002. 286(6): 1628-35
50. Burton GJ, Watson AL, Hempstock J, Skepper JN, Jauniaux E. Uterine glands provide histiotrophic nutrition for the human

- fetus during the first trimester of pregnancy. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2002. 87 (6): 2954-9
- 51.** Da Silva P, Aitken RP, Rhind SM, Racey PA, Wallace JM. Impact of maternal nutrition during pregnancy on pituitary gonadotrophin gene expression and ovarian development in growth- restricted and normally grown late gestation sheep fetuses. *Reproduction: the official journal of the Society for the Study of Fertility*. 2002. 193(6): 769-77
- 52.** Alejandro B, Perez R, Pedrana G, Milton JT, Lopez A, Blackberry MA, Duncombe G, Rodriguez-Martinez H, Martin GB. Low maternal nutrition during pregnancy reduces the number of Sertoli cells in the newborn lamb. *Reproduction, fertility and development*. 2002. 14 (5-6): 333-7
- 53.** Zhou R, Tao Y, Dong X, Liu Q, Liang Z, Du Y, Zhang X, Jia Y, Xin Y, Zhao R, Ji Y. Study on the relation between iodine nutrition of pregnant women in different occasions and thyroid function of their neonates. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi*. 2002. 23(5):356-9
- 54.** Ushiyama Y, Matsumoto K, Shinohara M, Wakiguchi H, Sakai K, Komatsu T, Yamamoto S. Nutrition during pregnancy may be associated with allergic diseases in infants. *Journal of nutritional science and vitaminology*. 2002. 48(5): 345-51
- 55.** Matalon KM, Acosta PB, Azen C. Role of nutrition in pregnancy with phenylketonuria and birth defects. *Pediatrics*. 2003. 112(6): 1534-6
- 56.** Πληροφορίες από την ηλεκτρονική διεύθυνση του διαδικτύου "www.in.gr".

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- **ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΓΚΥΟΥ**
- **ΠΙΝΑΚΕΣ**
 - Παρακολούθηση Εγκυμοσύνης
 - Προγεννητικός Έλεγχος Εγκύου

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΓΚΥΟΥ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 1

ΗΛΙΚΙΑ ΕΓΚΥΟΥ:

ΗΛΙΚΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 2

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 3

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 4

ΚΑΤΑΓΩΓΗ:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 5

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

1) ΠΑΤΕΡΑΣ

α)

β)

2) ΜΗΤΕΡΑ

α)

β)

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 6

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

α)

β)

γ)

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 7

Ε.Ρ.:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 8

ΤΟΚΕΤΟΙ:

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ, ΦΥΛΟ, ΒΑΡΟΣ, ΗΛΙΚΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

α)

β)

γ)

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 9

Α.Ε.:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 10

Τ.Ε.:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 11

α) Ο.Α.:

β) ΡΗ:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 12

ΗΛΕΚΤΡΟΦΟΡΤΗΣΗ ΗΒ:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 13

ΤΟΚΟΣ

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 14

α) ΤΕΡ:

β) ΠΗΤ:

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ 15

i) ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ								
ii) ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ								
iii) ΠΑΛΜΟΙ ΕΜΒΡΥΟΥ								
iv) ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (kgr)								
v) Α.Π.								
vi) ΟΙΔΗΜΑΤΑ								

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΟΥ

α) Σ							
β) U							
γ) Ht (%)							
δ) UA							
ε) Hb							
στ) WBC							
ζ) PLT							
η) ΕΡΥΘΡΑ $\left\{ \begin{array}{l} \text{IgG} \\ \text{IgM} \end{array} \right.$							
θ) CMV $\left\{ \begin{array}{l} \text{IgG} \\ \text{IgM} \end{array} \right.$							
ι) Τοχο $\left\{ \begin{array}{l} \text{IgG} \\ \text{IgM} \end{array} \right.$							
κ) HBSAg							
λ) HIV ₁₋₂							
μ) VDRL							
ν) ΛΙΣΤΕΡΙΑ							
ξ) ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ $\left\{ \begin{array}{l} \Lambda \\ \Sigma \end{array} \right.$							
ο) anti HCV							
π) bydays							
ρ) byu/s							

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΛΩΝ

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΓΚΥΟΥ

E.P.: Έμμηνος Ρύση

A.E.: Αποβολές Εγκύου

T.E.: Τεχνητές Εκτρώσεις

O.A.: Ομάδα αίματος

RH: Resus

TEP: Αρχή Παρακολούθησης Εγκυμοσύνης

PHH: Τέλος Παρακολούθησης Εγκυμοσύνης

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

A.Π.: Αρτηριακή Πίεση

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΟΥ

Σ: Σάκχαρο

U: Ουρία

Ht: Αιματοκρίτης

U.A.: Ουρικό οξύ

Hb: Αιμοσφαιρίνη

WBC: Λευκά Αιμοσφαίρια

PLT: Αιμοπετάλια

CMV: Κυτταρομεγαλοϊός

Toxo: Τοξόπλασμα

HBSAg: Ηπατίτιδα Β

HIV₁₋₂:AIDS

VDRL:Σύφιλη

anti HCV : Ηπατίτιδα C

bydays: Ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το ημερολόγιο του/της
γυναικολόγου από την αρχή της κύησης

byu/s: Ηλικία του εμβρύου σύμφωνα με το υπερηχογράφημα της
εγκύου