



Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΩΡΙΜΟΤΗΤΟΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Δρος Ν. Ε. ΧΑΝΔΑΝΟΥ
Μαιευτήρος - Γυναικολόγου

Ἡ ἀνάγκη νὰ γνωρίζουμε μετὰ βεβαιότητος τότε τὸ ἔμβρυο μπορεῖ νὰ βγῆ ἀπὸ τὴ μήτρα χωρὶς νὰ ὑποκύψῃ λόγῳ προωρότητας ἦταν, εἶναι καὶ θὰ εἶναι βασικὴ μέχρις ὅτου βρεθῆ ἓνας τρόπος ποὺ θὰ ἐξασφαλίσῃ τὴν ἐπιβίωσι στὰ πρόωρα καὶ ἀνώριμα ἔμβρυα.

Στὸν πίνακα ποὺ ἀκολουθεῖ ἀναγράφονται οἱ δοκιμασίαι διαγνώσεως τῆς ὠριμότητος τοῦ ἔμβρυου.

Στὴν παρούσα ἀνασκόπησι θὰ ἀναφερθοῦμε μόνον στὴν μελέτη τῶν στοιχείων τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ ποὺ βοηθοῦν στὴν διάγνωσι τῆς ἐμβρυϊκῆς ὠριμότητος.

ΠΙΝΑΞ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΣ ΩΡΙΜΟΤΗΤΟΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

- I. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ :
T.E.P., Σκιρτήματα, Μέγεθος ἔμβρυου.
- II. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΣ : Ἐπίφυσις
μηριαίου καὶ κνήμης.
- III. ΥΠΕΡΗΧΟΙ : Ἐμβρυϊκὴ κεφαλο-
μέτρησις, Μέγεθος πλακούντος.
- IV. ΜΕΛΕΤΗ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ:
α) Φωσφολιπίδια (Σχέσις L)S, Δοκι-
μασία ἀναταράξεως, Συγκέντρωσις λε-
κιθίνης), β) Λιπώδη κύτταρα, γ) Κρε-

ατινίνη, δ) Χολερρυθρίνη, ε) Ἐνζυμα,
στ) Ὄσμωσις, ζ) α—Φετοπροτεΐνη,
η) ἄλλες οὐσίαι.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΑ

Τὰ φωσφολιπίδια τὰ ὁποῖα δημιουργοῦν τὴν ἐπιφανειακὴν τάσι τῶν κυψελίδων (Surfactant), ἀναλόγως τῆς ὁποίας ἐκτιμᾶται ἡ ἐμβρυϊκὴ ὠριμότης εἶναι δυνατὸν νὰ βρεθοῦν στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ καὶ νὰ μετρηθοῦν. Ὁ θάνατος λόγῳ προωρότητας ἐπέρχεται κυρίως ἀπὸ ἀναπνευστικὴ ἀνεπάρκεια ἕνεκα καταστροφῆς τῶν κυψελίδων ἀπὸ ἀνεπαρκῆ ἐπιφανειακὴν τάσι. Οἱ ιδιότητες τῆς ἐπιφανειακῆς τάσεως ὀφείλονται στὰ φωσφολιπίδια.

ΣΧΕΣΙΣ ΛΕΚΙΘΙΝΗΣ — ΣΦΙΓΓΟΜΥΕΛΙΝΗΣ (L)S)

Τὸ ποσὸ τῆς λεκιθίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ εἶναι μικρότερο ἀπὸ τὸ ποσὸ τῆς σφιγγομυελίνης μέχρι περίπου τὴν 34η—36η ἑβδομάδα, ὁπότε ἐμφανίζεται αὐξησις τῆς λεκιθίνης ἐνῶ ἡ σφιγγομυελίνη παραμένει σταθερὴ. Τὰ φωσφολιπίδια τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ ὑπολογίζονται διὰ καθορισμοῦ τῆς σχέσεως L)S (1). Ὁ ὑπολογισμὸς αὐτὸς εἶναι μιὰ πολὺ βασικὴ δο-

κιμασία για την εκτίμησι τῆς πνευμονικῆς ώριμότητος. Γενικῶς μία σχέσις L)S μεγαλύτερα ἀπὸ 2 σημαίνει πὸς ἡ πνευμονικῆ ώριμότης εἶναι τέτοια ὥστε νὰ ἐπιβίωση τὸ ἔμβρυο ἔξω ἀπὸ τὴν μήτρα (2). Ὅσο πῶς κοντὰ στὸ 1 εἶναι ἡ σχέσις L)S τόσο περισσότερον κινδυνεύει τὸ ἔμβρυο ἀπὸ ἀναπνευστικὴ δυσχέρεια ἂν ὁ τοκετὸς γίνῃ τότε. Στατιστικῶς ἔχει θεωρηθῆ πὸς κατὰ 850)ο ἡ σχέσις L)S προλέγει σωστὰ τὴν πνευμονικὴ ώριμότητα. Εὐρέθη, ὅμως, πὸς στὸ 1)3 τῶν διαβητικῶν ἐπιτόκων δὲν ἐμφανίζεται ἡ φυσιολογικὴ αὐξησις τῆς σχέσεως L)S πρὸς τὸ τέμα τῆς κῆσεως (3).

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΝΑΤΑΡΑΞΕΩΣ

Πρόκειται περὶ ταχείας δοκιμασίας για τὴν εκτίμησι τῆς ἐπιφανειακῆς τάσεως (4). Κατ' αὐτὴν προστίθεται 900)ο αἰθανόλη σὲ ἴσα ποσὰ καὶ με διάλυσι 1:2, σὲ ἀμνιακὸ ὑγρὸ πὸς δὲν ἔχει ἔρθει σὲ ἐπαφὴ με αἷμα, ἀναταράσσεται τὸ μίγμα για 15 δευτερόλεπτα καὶ ἐξετάζεται τὸ ὑγρὸ για φουσαλίδες. Ἄν οἱ φουσαλίδες παραμείνουν ἐπὶ 15 λεπτὰ τότε ὑπάρχει ἐπιφανειακὴ τάσις σὲ ποσότητα ἰσοδυναμοῦσα με πνευμονικὴ ώριμότητα. Ἡ δοκιμασία αὐτὴ ἔχει τὴν ἰδίαν διαγνωστικὴ ἀξία ὅπως καὶ ἡ σχέσις L)S (5).

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΙΣ ΛΕΚΙΘΙΝΗΣ

Πρόκειται περὶ ἄλλης μεθόδου εκτιμήσεως τῆς ἐπιφανειακῆς τάσεως (6). Ὅταν ἡ συγκέντρωσις τῆς λεκιθίνης εἶναι μεγαλύτερα τῶν 3,5 MG)100 ML ἢ ὅταν ἡ λεκιθίνη ἀποτελεῖ τὸ 65% τοῦ συνόλου τῶν φωσφολιπιδίων, τότε δὲν προβλέπεται ἐμφάνισις ἀναπνευστικῆς δυσχερείας (7).

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΙΣ ΠΑΛΜΙΤΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ

Πρόκειται περὶ μετρήσεως τοῦ παλμιτικού ὀξέος πὸς περιέχει ἡ λεκιθίνη τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ (8). Ὅταν ἡ περιεκτικὸ-

της τῆς λεκιθίνης σὲ παλμιτικὸ ὀξὺ εἶναι ἄνω τοῦ 200)ο τότε δὲν ἐμφανίζεται ἀναπνευστικὴ δυσχέρεια στὸ νεογνὸ (9). Τὰ μειονεκτήματα τῆς μεθόδου εἶναι ὅτι ἀπαιτεῖ πολὺ χρόνον καὶ μεγάλη ἐμπειρία.

Οἱ περισσότεροι συγγραφεῖς συμφωνοῦν ὅτι ἡ δοκιμασία τῆς ἀναταράξεως εἶναι ἡ πλέον ἐνδεδειγμένη ὅταν πρέπει νὰ ληφθῆ γρήγορα μία ἀπόφασις ἢ ὅταν δὲν ὑπάρχουν ἐργαστηριακὲς εὐκολίες. Βέβαια τὸ δεῖγμα τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ δὲν θὰ πρέπει νὰ ἔρθῃ σὲ ἐπαφὴ με αἷμα διότι ἡ συγκέντρωσις τῶν φωσφολιπιδίων στὸ πλάσμα τῆς μητέρας εἶναι ἀρκετὲς φορὲς ὑψηλότερα ἀπὸ ὅτι στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ (10). Ἀνάμιξις τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ με μικρόνιο ἢ σμίγμα δὲν ἐπηρεάζει τὴν δοκιμασία (11).

Θὰ πρέπει νὰ τονισθῆ πὸς δὲν ὑπάρχει σταθερὴ σχέσις μεταξὺ βάρους ἔμβρου ἢ ἡλικίας ἔμβρου καὶ ώριμότητος πνευμόνων. Περίπου 100)ο τῶν ἐμβρύων πὸς εἶναι ὄριμα με βάσι τὴν ἡλικία, τὸ βάρος καὶ τὴν ἰατρικὴ παρατήρησι, ἔχουν χαμηλὴ σχέσι L)S. Ἐχει ἐπίσης ἀποδειχθῆ πὸς ἀνωμαλίες τῆς ἐγκυμοσύνης περιέχουσες μητρικὲς, ἐμβρυικὲς καὶ πλακουντικὲς καταστάσεις ἐπηρεάζουν σαφῶς τὸν πνεῦμονα τοῦ ἔμβρου (13).

Μία «ὥριμη» σχέσις L)S (2:1 ἢ μεγαλύτερα) δὲν δείχνει μόνο ώριμότητα πνευμόνων ἀλλὰ καὶ ἐπιτάχυνσι στὴν ἐξέλιξι τοῦ ἥπατος καὶ τῶν νευρολογικῶν λειτουργιῶν (14).

Αὐξησι τῆς σχέσεως L)S ἐμφανίζεται μετὰ τὴν ρῆξι τῶν ὑμένων μετὰ ἀπὸ μακρὸν δυσχερὴ τοκετὸ (15) καὶ μετὰ ἀπὸ κορτιζονοθεραπεία (16).

ΛΙΠΩΔΗ ΚΥΤΤΑΡΑ

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ για λιπώδη κύτταρα βασίζεται στὴν ὄριμανσι τῶν ἐνζύμων τοῦ δέρματος πὸς προκαλοῦν παραγωγή λιπαδῶν κυττάρων στὸ σμίγμα καὶ στὸ δέρμα τοῦ ἔμβρου.

Ἡ μέθοδος πρωτοεφημερίστη τὸ 1963

(17). Κατ' αὐτὴν σὲ μία σταγόνα ἀμνιακοῦ ὑγροῦ προστίθεται μία σταγόνα 0,1% μπλὲ τοῦ Νεΐλου καὶ ἐν συνεχείᾳ μετροῦνται, στὸ μικροσκόπιο, τὸ ποσοστὸ τῶν κυττάρων ποὺ περιέχουν λίπος. Ὅταν τὸ ποσοστὸ τῶν κυττάρων εἶναι μεγαλύτερο ἀπὸ 15% (18), 20%, 30% ἢ 50% (τὸ ποσοστὸ διαφέρει κατὰ συγγραφεῖς) τότε πρόκειται περὶ ἐμβρυϊκῆς ὠριμότητος.

Ὅπως ἴσως οἱ ἀριθμοὶ τῶν λιπιδίων κυττάρων εἶναι δυνατόν νὰ μὴ ἀύξηθῇ σὲ περιπτώσεις καθυστερήσεως ἐνδομητρικῆς ἀναπτύξεως. Σὲ 40ο) ο τελειομήνων κυήσεων εὐρέθῃ ποσοστὸ λιπιδίων κυττάρων κάτω τοῦ 10ο) ο (19). Ἐπίσης εὐρέθῃ πὼς τὰ θήλα ἐμβρυα ἀπορρίπτουν περισσότερα λιπιδία κύτταρα ἀπὸ τὰ ἄρρενα καὶ αὐτὸ εἶναι δυνατόν νὰ διαγνώσῃ λανθασμένα μία προχωρημένη χρονικῶς κύησι (20). Ἐνεκα αὐτῶν ἡ κυτταρολογία τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ δὲν θεωρεῖται σήμερον ἀξιόπιστος τρόπος προβλέψεως τῆς ἐμβρυϊκῆς ὠριμότητος καὶ χρησιμοποιεῖται σὲ συνδυασμὸ μὲ ἄλλες δοκιμασίες.

ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ

Τὸ 1967 ἡ μέτρησις τῆς κρεατινίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ ἐφηρμόσθη ὡς τρόπος ἐκτιμήσεως τῆς ἐμβρυϊκῆς ὠριμότητος.

Εὐρέθῃ πὼς ὅταν τὸ ἐπίπεδο τῆς κρεατινίνης εἶναι 2 MG) 100 ML ἢ μεγαλύτερο τότε σχετίζεται μὲ ὠριμότητα ἐμβρίου σὲ 94ο) ο ἐνῶ τὸ 6ο) ο δίνει ψευδῶς ἀρνητικὴ σχέσι (21). Παρατηρήθη ἐπίσης ὅτι :

α) Σὲ ποσοστὸ 59ο) ο εὐρίσκειται ἡ ὠριμανσις τοῦ ἐμβρίου ψευδῶς ἀρνητικῇ (22).

β) Τὸ ἐπίπεδο τῆς κρεατινίνης στὸ πλάσμα τῆς μητέρας εἶναι δυνατόν νὰ ἐπιρέασῃ (23) —κατ' ἄλλους ὅχι (24)— τὸ ἐπίπεδο τῆς κρεατινίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ.

γ) Σὲ προεκλαμτικὰς ἀσθενεῖς ἡ κρεατινίνη τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ δυνατόν νὰ εἶναι ἠύξημένη (25), ἀμετάβλητη (26) ἢ ἐλαττωμένη (27).

δ) Σὲ γυναῖκες ποὺ παίρνουν διουρητι-

κὰ βρέθηκε πὼς εἶναι ἠύξημένη (28).

ε) Σὲ ἐπιτόκους εὐαισθητοποιημένες στὸν παράγοντα RH ἡ ἐλαχίστη ἀξία κρεατινίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ βρέθηκε ἠλαττωμένη (29), ἐνῶ κατ' ἄλλους ὅχι (30).

στ) Ἐχει ἀναφερθῆ πὼς ἡ κρεατινίνη τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ ἐλαττοῦται σὲ καταστάσεις ἐμβρυϊκῆς δυσπραγίας (31).

Ἡ κρεατινίνη στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ ἀντιπροσωπεύει μυϊκὴ μάζα ἐμβρίου καὶ ὅχι μυϊκὴ δρᾶσι (32). Ἡ εἰσδός της στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν νεφρική διήθησι καὶ τὴν νεφρική ὠριμότητα. Ἐχοντας ὑπ' ὄψιν αὐτὰ τὰ παράφωνα εὐρήματα ὠρισμένων μελετῶν καὶ τὸ γεγονός ὅτι οὔτε ἡ ἐμβρυϊκὴ μάζα ἢ ἡ νεφρική ὠριμότης συνυπάρχουν μὲ τὴν πνευμονική ὠριμότητα (τὴν μόνη ζωτικὴ προϋπόθεσι γιὰ ἐπιβίωσι ἔξω ἀπὸ τὴν μήτρα), τὸ ἐπίπεδο τῆς κρεατινίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ φαίνεται νὰ βοηθᾷ στὴν ἐκτίμησι τῆς ἐμβρυϊκῆς ὠριμότητος σὲ μὴ ἐπιπεπλεγμένες ἐγκυμοσύνες.

ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗ

Ἡ παρουσία ἀδεσμεύτου χολερυθρίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ διαπιστοῦται μὲ τὴν φασματοφωτομετρικὴ κορυφὴ σὲ μῆκος κύματος 450 Μμ. Ἡ χροσὴ αὐτῆς τῆς παραμέτρου στὴν παρακολούθησι εὐαισθητοποιημένης κυήσεως σὲ RH ἀρνητικῆς μητέρας εἶναι γνωστή. Καθὼς τὸ ἐμβρυὸ ὠριμάζει καὶ ἡ ἥπατικὴ δέσμευσις τῆς χολερυθρίνης βελτιοῦται, τὸ ποσὸ τῆς ἀδεσμεύτου χολερυθρίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ ἐλαττοῦται.

Τὸ 1967 μία ὁμάς ἐρευνητῶν ἀνέφερε πὼς ἡ ἐξαφάνισις τῆς κορυφῆς στὰ 450 Μμ μῆκος κύματος (σὲ ἀπουσία ἐρυθροβλαστώσεως) ὑποδηλοῖ ἐμβρυϊκὴ ὠριμότητα (33). Ἄλλοι πολλαπλασιάζουν τὴν ΔΕ 45X100 λαμβάνοντες ἕναν ἐγχρωμο δείκτη. Ἐγχρωμος δείκτης 10 ἢ μικρότερος σχετίζεται μὲ ἐμβρυὸ βάρους 2.500 γρ. ἢ περισσότερο (34). Ἄλλοι ἐρευνηταὶ βροῦσαν πὼς ἡ ἀπουσία τῆς ΔΟΔ 450 Μμ κορυφῆς ὡς δείκτης ἐμβρυϊκῆς ὠριμότητος

δέν είναι σωστός δοθέντος ότι 26% τῶν περιπτώσεων των με κήσεις ἐν τέρματι εἶχαν ΔΟΔ 450 Μμ μεγαλύτερο ἀπὸ 0.01 (35). Μερικοὶ ἐρευνηταὶ διεπίστωσαν ὅτι ἔγινε τοκετὸς 2—4 ἑβδομάδες μετὰ ἀπὸ τότε πού ἡ ὀπτική πυκνότης ἦταν 0.000 ἀσχέτως ἑβδομάδος κήσεως ἢ βάρους ἐμβρίου καὶ ὅτι λανθασμένη κορυφή 450 Μμ παρουσιάζεται με ὑδράμινο, ἢ ἀνωμαλίες (36). Προφανῶς αὐτὴ ἡ δοκιμασία δέν εἶναι δυνατὸν νὰ χρησιμοποιηθῇ σὲ ἐπίτοκες εὐαίσθητες στὸν παράγοντα RH. Ἐπὶ πλέον ἡ χολερυθρίνη αὐξάνει σὲ περιπτώσεις δρεπανοκυτταρικῆς ἀναιμίας τῆς μητέρας, ἱκτέρου τῆς μητέρας καὶ κακῆς ἥπατικῆς λειτουργίας τοῦ ἐμβρίου (37). Ἐχοντες ὑπ' ὄψιν αὐτὰ ἡ μέτρησις τῆς ὀπτικῆς πυκνότητος θὰ πρέπει νὰ συμπληρώνεται καὶ με ἄλλες δοκιμασίες τῆς ἐμβρυϊκῆς ὀριμότητος.

ΕΝΖΥΜΑ

Ἐνα ἄλλο μέσο ἐκτίμησεως τῆς ἐμβρ. ὀριμότητος εἶναι τὰ διάφορα ἔνζυμα πού παράγονται ἀπὸ ἱστοὺς τοῦ πλακοῦντος. Αὐτὰ εἶναι κυρίως ἡ γαλακτικὴ δεϋδρογενάση καὶ ἡ ὀξυτοκινάση τοῦ πλάσματος, ἡ ὁποία ὅταν εὐρίσκεται ἠύξημένη βοηθᾷ στὴν ἐκτίμησι τῆς ἐμβρυϊκῆς ὀριμότητος ἐπὶ διαβητικῆς κήσεως (38). Ἡ παρατήρησις ὅτι δέν ὑφίσταται μεταβολὴ τῆς δράσεως τῆς γαλακτικῆς δεϋδρογενάσης σὲ σχέση με τὴν ἡλικία τόσο στὸ πλάσμα τῆς μητέρας ὅσο καὶ τὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ, δύναται νὰ βοηθήσῃ στὴν ἐκτίμησι τῆς ἡλικίας τῆς κήσεως (39).

ΟΣΜΩΣΙΣ

Καθὼς ἡ κήσις προχωρεῖ ἡ ὥσμωσις τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ ἐλαττοῦται ἴσως λόγω μεγαλυτέρας ἐπαναρροφήσεως τῶν διαλελυμένων οὐσιῶν παρὰ τοῦ ὑγροῦ (40). Γενικῶς πιστεύεται ὅτι μία συγκέντρωσις διαλελυμένων οὐσιῶν 250 μ OSM) LIT) Kg ἢ λιγώτερο δείχνει ἐμβρυϊκὴ ὀριμότητα (41). Ἄν καὶ θὰ πρέπει νὰ

ληφθῇ ὑπ' ὄψιν τὸ μεγάλο εὔρος τῶν φυσιολογικῶν τιμῶν, ἐν τούτοις ἡ ἠύξημένη ὥσμωσις τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ σχετίζεται με ὀρισμένες περιπτώσεις διαβήτου, τοξιναιμίας καὶ προωρότητας (42).

α—ΦΕΤΟΠΡΩΤΕΪΝΗ

Ἡ α—φετοπρωτεΐνη τόσο στὸ πλάσμα ὅσο καὶ στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ ἐλαττοῦται καθὼς προχωρεῖ ἡ κήσις (43). Ἀκόμα ὁμοίως — οἱ ἔρρευες συνεχίζονται — δέν ἔχει καθιερωθῇ ἡ μέτρησις τῆς στὸ αἷμα τοῦ ὀμφαλίου λώρου σὰν ἔνδειξις τῆς ἡλικίας τῆς κήσεως (44).

ἌΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Διάφορες ἄλλες οὐσίες τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ ἔχουν κατὰ καιροὺς μελετηθῇ γιὰ νὰ βοηθήσουν στὴν ἐκτίμησι τῆς ἐμβρυϊκῆς ὀριμότητος. Σήμερα ἀκόμα συνεχίζονται μελέτες ἐπάνω στὴν τρανσφερίνη (45), ἰνσουλίνη (46) καὶ ἀδενοσίνη —3—5 μονοφωσφάτ. (κυκλικὸ AMP (47).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σειρὰ μελετῶν ἐπάνω στὶς προαναφερθεῖσες δοκιμασίες, εἴτε μεμονωμένα εἴτε σὲ συνδυασμό, ἀπέδειξαν ὅτι καμμιά δέν εἶναι ἀξιόπιστος ὥστε θετικά νὰ συμπεραίνουμε γιὰ τὴν ἐμβρυϊκὴ ὀριμότητα καὶ νὰ ξεχωρίσουμε τὴν ὀμαλὴ ἀπὸ τὴν ἀνωμαλὴ κήσις. Οἱ δοκιμασίες φαίνεται νὰ ἀλληλοσυμπληροῦνται. Ἐτσι, ἐπροτάθησαν ὀρισμένοι συνδυασμοὶ αὐτῶν με μία συνολικὴ βαθμολογία (σκόρ) πού πλησιάζει στὴ σωστὴ διάγνωσι.

Ἐνα σύστημα βαθμολογήσεως πού βασίζεται στὴν ἐκτίμησι τῆς κρεατινίνης στὸ ἀμνιακὸ ὑγρὸ, στὴν φασματοφωτομέτρησι, στὴν ἀρίθμησι τῶν λιπ. κυττάρων, στὴν κλινικὴ ἐκτίμησι τοῦ ἐμβρυϊκοῦ βάρους καὶ στὴν ἀκτινογραφικῶς διαπίστωσιν τῶν κέντρων ὀστεοποιήσεως δίνει τὴν διάγνωσι τῆς ἐμβρυϊκῆς ὀριμότητος κατὰ 950)ο (48).

Ένας άλλος συνδυασμός γνωστών ως φόρμουλα έμβρυϊκής ώριμότητας είναι $G = 10.16 \times S \times C \times W$ (όπου G = ηλικία κύησης σε εβδομάδες, S = αμφιβεγματική διάμετρος μετρηθείσα διά υπερήχων, C = κρεατινίνη στο άμνιακό υγρό, W = υπολογιζόμενο βάρος εμβρύου σε γραμμάρια). Η φόρμουλα αυτή προλέγει την έμβρυϊκή ώριμότητα με επίτυχία 96% (49).

Όλα αυτά δείχνουν πώς καλό είναι να μην βασίζομεθα σε μία δοκιμασία αλλά σε περισσότερες. Έτσι όταν έχουμε π.χ. επίπεδο κρεατινίνης στο άμνιακό υγρό

μεγαλύτερο από 1.8 MG, λιπώδη κύτταρα περισσότερα από 150)ο και ή ΔΟΔ 450 είναι 0.000 τότε ή ώριμότης είναι δυνατόν να προβλεφθή κατά 100% (50).

(Σ.Σ. Όπως και σε άλλη περίπτωση σημειώσαμε, μερικές δημοσιευόμενες εργασίες παραπέμπουν σε πολυσέλιδες βιβλιογραφίες που τεκμηριώνουν τὸ κείμενο. Πρὸς τὸ παρὸν ὁ χώρος δὲν ἐπιτρέπει τὴν καταχώρισί τους. Ἀφίνουμε, ὅμως, τοὺς ἐντὸς παρενθέσεως ἀριθμούς, ὡς ἔνδειξι τῆς σχετικῆς βιβλιογραφίας πὺ ἀκολουθεῖ τὴ μελέτη).



ΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΓΕΝΝΟΥΝ ΣΥΧΝΑ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ἀμερικανοὶ ἐρευνητές, πὺ ἐργάζονται στὰ Πανεπιστήμια τῆς Οὐάσιγκτον καὶ τῆς Καλιφόρνιας, διεπίστωσαν ὕστερα ἀπὸ μακροχρόνιες ἐρευνες, ὅτι ὑπάρχει ὑψηλὸ ποσοστὸ θνησιμότητος στὰ νεογέννητα βρέφη ἀλκοολικῶν μητέρων καὶ ὅτι τὰ ἐπιζώντα ἀπὸ τὰ βρέφη αὐτὰ διατρέχουν σὲ ποσοστὸ 30 ἢ 50 τοῖς ἑκατό, μεγάλο κίνδυνο σοβαρᾶς παραμορφώσεως.

Σὲ ἄρθρο, πὺ δημοσιεύεται στὸ ἱατρικὸ περιοδικὸ «Πάλ», σχετικὰ μὲ τὶς ἐρευνες αὐτές, τονίζεται ὅτι πρέπει νὰ λαμβάνονται προληπτικὰ μέτρα, σὲ περίπτωση πὺ οἱ μέλλουσες μητέρες εἶναι ὑποπτές γιὰ ἀλκοολισμό. Σύμφωνα μὲ τὰ συμπεράσματα τῶν Ἀμερικανῶν ἐρευνητῶν, τὰ νεογέννητα τῶν ἀλκοολικῶν μητέρων, πὺ κατορθώνουν νὰ ἐπιζήσουν, δὲν διατρέχουν μόνο τὸν κίνδυνο σωματικῶν παραμορφώσεων, ἀλλὰ μπορεῖ νὰ παρουσιάσουν καὶ σοβαρὴ διανοητικὴ καθυστέρηση,

ὅπως παρατηρήθηκε σὲ ὁμάδα ἀπὸ 41 παιδιὰ, πὺ γεννήθηκαν ἀπὸ χρόνια ἀλκοολικὲς γυναῖκες.

«Γιὰ τὰ παιδιὰ, πὺ γεννῶνται μὲ καταφανὲς τὸ ἐμβρυϊκὸ ἀλκοολικὸ σύνδρομο», τονίζει ὁ ἀρθρογράφος, «δὲν ὑπάρχει σχεδὸν καμμιά ἐλπίδα θεραπείας. Ἡ ἀνάπτυξή τους προχωρεῖ πολὺ ἀργὰ καὶ ἡ πνευματικὴ τους καθυστέρηση δὲν ἀργεῖ νὰ ἀποκαλυφθῇ. Ὅταν μεγαλώσουν λίγο, φαίνεται ἀμέσως ἡ διαφορά τους ἀπὸ τὰ κανονικὰ παιδιὰ. Ὅσα εἰσάγονται σὲ νοσοκομεῖο ἀνωμάτων παιδίων, δὲν παρουσιάζουν καμμιά βελτίωση παρὰ τὴ συνεχὴ καὶ ἐπιμελὴ νοσηλεία τους. Ἐκεῖνα πὺ παραδίδονται σὲ θετοὺς γονεῖς, δὲν παρουσιάζουν ἐπίσης τὴν παραμικρὴ βελτίωση. Ἡ θεραπεία τῶν παιδιῶν αὐτῶν φαίνεται ἀδύνατη. Ἡ μόνη λύση εἶναι ἡ πρόληψη τῆς γεννήσεώς τους».