

Dr. Garamvölgyi György, Dr. Horváth Jenő

Terhesgondozás a családorvos szemszögéből

A korszerű terhesgondozás team-munka, melynek résztvevői a családorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos és a védőnő. Mindhármukra speciális feladatok várnak a terhesgondozás során, melynek célja, hogy a terhes egészségkárosodás nélkül, egészséges újszülöttnak adjon életet. Jelen dolgozat, bár a szülész-nőgyógyász szakorvos, a szülést levezető intézmény és a védőnő feladatait is taglalja, mégis igyekszik a családorvos szemszögéből vizsgálni a terhesgondozással kapcsolatos problémákat, teendőket.

Az anamnesis

A terhesgondozás megkezdésekor, az első jelentkezés alkalmával tájékozódni kell a terhes kórtörténetéről. Az anamnesisfelvétel célja a terhességet veszélyeztető tényezők megismerése, kiszűrése, melyek meghatározzák a terhesgondozás fő teendőit és irányvonalát. Az anamnesis adatait a beteg kártonján kívül a terheskönyvben is rögzíteni kell. A kórelőzmény szülészeti és általános részből áll. A családorvos számára is fontos a szülészeti anamnesis ismerete, mert ennek alapján állapíthatja meg a terhesség esetleges veszélyeztetettségét, szakintézeteti beutalás, konzílium szükségességét stb.

A szülészeti anamnesis felvétele

Az előző terhességek kórtörténete

Zavartalanul kiviselt terhességek és lezajlott szülések esetén a szülés időpontját, a születési súlyt, a gestatios kort és a szülés módját rögzíteni kell.

Pathológiás terhességek, szövődényes szülések esetén tisztázni kell azok okait és lefolyását.

Habituali vetéléssel terhelt anamnesis esetén a terhességek megszakadásának gestatios korát, azzal összefüggésbe hozható oki

tényezőket (chromosoma-rendellenesség, az uterus anatómiai eltérése, infectio, hormonelégtelenség stb.) fel kell tárni. Hasonlóan fontos lehetőség szerint feltárni az oki tényezőket előzetes méhenbelüli elhalás, újszülöttkori halálozás, koraszülés, retardált magzat szülése, fejlődési rendellenességgel született magzat eseteiben.

Rh negatív vércsoportú terhes nő esetében tisztázni kell, hogy az előző terhessége során kialakult-e Rh isoimmunisatio.

Ha az előző terhesség során szülemegindításra került sor, mi indokolta azt (terminustúllépés, magzati anomalia, anyai kóros állapot stb.)?

Előző anyai szövődényekkel (praeclampsia, eclampsia, diabetes stb.) terhelt graviditas lefolyásának és kezelésének tisztázása.

Előzetesen műtét útján befejezett szülés esetén a műtét javallatainak tisztázása indokolt. Korábbi terhességek során elvégzett cerclage műtét ismerete fontos.

A nemi szervekre vonatkozó anamnesis

Menstruatió anamnesis: rögzíteni kell az utolsó menstruatio első napjának időpontját, a ciklus hosszát és a menses időtartamát.

Nemi szervek fejlődési rendellenességei, azok esetleges műtéti megoldásai.

Myoma uteri esetén a myomagöbök méretének, elhelyezkedésére vonatkozó ultrahanglelet.

Cervixlaesiók, portio végzett műtétek és azok szövettani eredményei.

Ovariumon és a tubán végzett műtétek.

Korábbi genitális infekciók (herpes genitális, condyloma acuminatum, Chlamydia stb.)

Előzetes meddőségi kezelés.

Családi anamnesis

Öröklődő betegség előfordulása esetén a terhes nőt genetikai tanácsadásra indokolt irányítani.

Diabetes mellitus előfordulása esetén diabetes gestationis irányában fokozott observatio javasolt.

Teratogén hatású tényező

A terhes nő környezetében előforduló potenciálisan magzatot károsító tényezőket (vegyszerek, sugárzás, gyógyszerek, dohányzás stb.) fel kell tárni.

Általános anamnesis

A terhes nő kora

18 éves kor alatt, és 35 éves kor felett a gravida veszélyeztetett terhesként gondozandó.

Korábban lezajlott fertőző és egyéb betegségek, extragenitális műtétek

A terhességet megelőzően már fennálló betegségek

Az anamnesis alapján célszerű mielőbb eldönteni, hogy az adott betegség esetén a terhesség kiviselhető-e.

Tisztázni kell, hogy a terhesség várhatóan hogyan befolyásolja az alapbetegséget, szükséges-e a therapia módosítása.

Indokolt eldönteni, hogy a terhesség kiviselése és a szülés milyen szintű intézetben történjék.

Egyéb anamneszticus adatok

Javasolt feltárni minden tényezőt, amely kedvezőtlenül befolyásolhatja a terhesség zavartalan kiviselését (szociális körülmények, rendezetlen családi viszony, munkakörülmények stb.)

A terhesség korának meghatározása

A terhesség korát az utolsó menstruatio kezdő napjától számítjuk és a betöltött terhességi hetekben, és napokban fejezzük ki, pl. 27 hét és 5 nap. Tesszük ezt annak ellenére, hogy a fogamzás idejét az esetek többségében nem tudjuk pontosan. Szabályos menstruatió ciklus esetén a terhesség hossza 280 nap. A fogamzás napjának ismeretében az ettől számított 266 nap múlva várható a szülés.

Naegele féle számítás

Az utolsó menses 1. napjához hozzáadunk 7 napot, és visszazá-

Dr. Garamvölgyi György, Dr. Horváth Jenő
Fővárosi Önkormányzat Schöpf-Mérei Ágost
Kórház és Anyavédelmi Központ
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
1092 Budapest, Bakáts tér 10.

molunk 3 naptári hónapot (vagy hozzáadunk 9 hónapot). Ha 28 napnál hosszabbak vagy rövidebbek a ciklusok, a kiszámított terminushoz annyi napot adunk hozzá vagy veszünk el, amennyivel hosszabbak vagy rövidebbek a ciklusok, mint 28 nap.

Korongnaptár

Használata értelemszerű. A korong által kiszámított terminus nem mindig esik egybe a Naegele féle módszerrel kiszámítottal. Ez esetben a Naegele féle számítás az iránymutató.

Ultrahangvizsgálat

A 12-14. héten végzett biometria (BPD – biparietális átmérő, CRL – ülőmagasság) alapján határozható meg legnagyobb pontossággal a gestatio kor. A terhesség előrehaladtával a gestatio kor ultrahanggal történő meghatározásának pontatlansága nő.

Gyakorlati terhesgondozás

A terhesgondozás magában foglalja a terhes nő egészségi állapotának és fejlődő magzatának ellenőrzését, nyomon követését, tanácsokkal történő ellátását és az anyaságra való felkészítést.

Feladata a rizikócsoporthoz tartozó terhesek kiszűrése és a megfelelő preventio alkalmazása.

A családorvos szempontjából különösen fontos a kórházi kezelést nem, de otthonukban fokozott gondozást igénylő terhespatológiai esetek ellátása.

A terhesgondozás szempontjából három csoportba sorolhatók a terhesek:

a. Szövődménymentes, egészséges terhesek. A terhes nők többsége szövődménymentesen viseli ki terhességét, ennek ellenére indokolt a terhesség rendszeres ellenőrzése és követése, hogy bármely anyai vagy magzati szövődmény megfelelő időben kerüljön felismerésre.

b. Rizikócsoporthoz tartozó, veszélyeztetett terhesek:

– panaszmentes terhesek, akiknél a terhesség vagy a szülés során szövődmény kialakulásának veszélye áll fenn,
– fokozott gondozást igényelnek,

– a terhespopulatio 20-30%-át érinti,

– egyes szövődmények megelőzésére praeventiv kezelés alkalmazható.

c. Patológiás terhesek (Kóros terhességi állapotok):

– szövődménnyel kísért terhességek,

– a terhes nő és a magzat állapotának ellenőrzése intenzív, folyamatos megfigyelést igényel.

A terhesgondozást a szülész-nőgyógyász irányítja. A családorvos a szülész-nőgyógyással együttműködve egyenrangú félként vesz részt a terhesgondozásban, elsősorban a szövődménymentes, egészséges terhesek gondozásában.

Az első jelentkezés során végzendő vizsgálatok

Indokolt, hogy a gravida terhesgondozásba vétele minél előbb történjen meg. Az első jelentkezés során a kórtörténet felvételét, a bimanualis vizsgálatot, colposcopos és cytologiai vizsgálatot a hüvelyváladék tisztasági fokának vizsgálatát és az emlő vizsgálatát szülész-nőgyógyász szakorvos végezze.

A terhesgondozás során végzendő ellenőrző és szűrővizsgálatok

Ellenőrző vizsgálatok

Ellenőrző vizsgálatot indokolt végezni szövődménymentes terhességben:

– a 26-28. hétig havonta egy alkalommal,

– a 33-34. hétig 3 hetente 1 alkalommal,

– a 35. héttől hetente 1 alkalommal,

– a számított terminus után másnaponként ambulanciaer ellenőrzés vagy kórházi felvétel tanácsos.

Az ellenőrző vizsgálathoz tartozik:

– a vérnyomásmérés,

– a pulszusszámolás,

– testsúlymérés,

– a 20. héttől a magzati szív működés ellenőrzése,

– a vizelet fehérje-, genny-, és cukortartalmának ellenőrzése,

– a terhesség fejlődésének követése,

– a méh contractilitásának ellenőrzése,

– a vaginális vizsgálat a méhszáj záróképességének ellenőrzése nem feltétlenül indokolt minden ellenőrző vizsgálat során.

Szűrővizsgálatok

Az általános ellenőrző vizsgálatokhoz a terhességi kornak megfelelően meghatározott szűrővizsgálatok kapcsolódnak.

Klinikai kémiai és serologiai vizsgálatok a terhesség alatt:

A terhesgondozás keretében a gondozást végző orvos által elrendelendő vizsgálatok:

– a hüvelyváladék mikroszkópos vizsgálata trimesterenként egy alkalommal,

– onkocytologiai kenetvétel rákszűrés céljából,

– laboratóriumi vizsgálatok anyai vérmintából (Rh negatív vércsoport esetén trimesterenként egy alkalommal):

– A, B, O és Rh vércsoportmeghatározás

– ellenanyagszűrés

– lues serologia

– HbsAg szűrés

– haemostatus meghatározása (trimesterenként egyszer),

– a 16. gestatio héten serum alfa-fetoprotein (AFP) meghatározás, postprandiális vércukorvizsgálat a második trimeszterben,

– laboratóriumi vizsgálatok anyai vizeletből: középsugár-vizelet vizsgálata fehérje, cukor, acetone és genny kimutatása céljából minden jelentkezés alkalmával

Vércsoportszerológia a terhesgondozásban

Megelőzés. Minden terhesnél kötelező az ABO- és az Rh-vércsoport meghatározása, és incompatibilitás esetén az antitest-szűrés (enzymes és Coombs).

Anyai szérumszűrés

Célja: a velőcsőzáródási rendellenességek praenatalis kiszűrése.

Módszer: megfelelő felvilágosítás után minden terhesnek fel kell ajánlani a vizsgálat lehetőségét (nem kötelező).

Rh negatív terhes esetén:

Van kimutatható antitest:

Elvégzendő vizsgálatok:

- antitest azonosítás
- antitest titer indirect Coombs módszerrel
- rendszeres kontroll (szükség szerinti gyakorisággal)
- apai antigén vizsgálat (ha gyermek van, nála is)

- ultrahang ellenőrzés,
- amniocentesis,
- magzati vérvétel: antigén meghatározás.

Nincs kimutatható antitest:

- kontroll az I., II., és III. trimeszterben

A 16. héten történő első vérvétel előtt mindig kerüljön sor az I. ultrahangszűrésre, ezzel megelőzhető a gestatio kor téves megadása, már az első trimeszterben felismerhető az intrauterin elhalás, az ikerterhesség illetve az anencephalia. Az értéket MoM-ban adják meg (midlle of the median – kiküszöböli a különböző laborok között óhatatlanul fennálló metodikai különbségekből fakadó eltéréseket.)

2,5 MoM feletti AFP érték és normál ultrahang lelet mellett javasolt az amniocentesis elvégzése. A javallatot a praenatalis diagnostica központ vezetője állítja fel.

A terhességi cukorbetegség szűrése

- A második trimeszterben valamennyi terhes esetében indokolt elvégezni a szűrővizsgálatot.

- A rizikó csoportba eső terhesek esetében (a családban diabetes mellitus előfordulása, az előző terhességben diabetes gestationis jelentkezése, magas anyai életkor, obesitas glucosuria, hypertonia, korábbi terhességből nagyszúlyú, halott, vagy fejlődési rendellenességben szenvedő magzat születése) a 16-20 hét között indokolt a szűrővizsgálat elvégzése.

A szűrővizsgálat módszere:

Enzymaticus vércukor-meghatározás (Tesztcsikkal történő vizsgálat nem alkalmas a diabetes gestationis diagnosisának felállítására).

Cukorterheléses módszerrel a diabetes gestationis diagnosisa állítható fel:

- 75 g glükózterhelés esetén, ha az éhomi és/vagy a kétórás vércukorszint (vénás plasmából) a 7,8 mmol/l-t eléri vagy meghaladja.

- 50 g glükózterhelés esetén, ha az egyórás vércukorérték (vénás plasmából) magasabb, mint 11 mmol/l. Amennyiben az egyórás vércukorérték eléri vagy meghaladja éhgyomorra a 7,8 mmol/l-t, háromórás 100 g glükózterheléses teszt végzése javasolt. Amennyiben két vagy több érték eléri, vagy meghaladja éhgyomorra az 5,8 mmol/l-t egy óra múlva a 10,6 mmol/l-t és három óra múlva a 8,1 mmol/l-t úgy a diabetes gestationis igazoltnak tekinthető.

Korábban fel nem ismert diabeteses betegben a cukorterhelés káros lehet (hyperglycaemia provokálása), ezért a glükózterhelés előtt az éhomi vércukorszintet figyelembe kell venni.

Vitamin- és ásványianyag-supplementatio terhességben

A családorvos szempontjából különösen fontos mind az egészséges, mind a szövődményes terhesek gondozásánál vitamin- és ásványianyagbevitelük irányítása, nyomonkövetése. A magzat szükséglete és a fokozott anyagcsere következtében terhességben fokozódik az anya vitamin- és ásványianyag-igénye. Táplálkozási szokásaink mellett a kiegyensúlyozott, vegyes táplálkozás általában biztosítani képes a megnövekedett szükségletet. Egyes veszélyeztetett terhességekben (ikerterhességben, fiatalokorúak terhességében, vegetáriánus diétát folytató gravidák esetében, drog- vagy alkoholfogyasztó nők terhességében) azonban még a normál terhességben szokásosnál is nagyobb a vitamin- és az ásványianyag-igény, ami supplementatio formájában fedezhető. E terhesek körét a családorvos általában jól ismeri. A

supplementatio általában legegyszerűbben multivitamin készítményekkel oldható meg, melynek előnye, hogy az optimális szükséglet fedezésén kívül megfelelő arányban tartalmazza az egyes vitaminokat és ásványianyagokat.

Általánosan elfogadott, hogy a terhességben javasolt vitamin- és ásványianyagszükséglet meghatározásánál a nemzetközileg is széles körben alkalmazott és elismert U.S. Recommended Dietary Allowances (RDA) ajánlásait veszik figyelembe. Az alábbi összefoglaló is ennek figyelembevételével készült.

Az egyes vitaminok és ásványi anyagok terhesség alatti szükségletét, hiányállapotának vagy többletfelvételének klinikai tüneteit, valamint terhesség alatti élettani jelentőségét a supplementatio alkalmazásakor tanácsos figyelembe venni.

Zsírban oldódó vitaminok

A-vitamin

- A terhesség alatti szükséglet 800 µ/nap.

- Az ellátottságot a plasma retinol koncentrációja jelzi. 30 µg/dl feletti szint biztosítása javasolt, 15 µg/dl alatti plasma retinol koncentráció esetén a sötétben történő látásadaptatio károsodása lép fel.

- A magzat A-vitamin szükséglete a harmadik trimeszterig alacsony, ezután közel 10%-kal emelkedik, amit az anyai májraktár fedezni képes.

- Csökkent A-vitamin felvétel társulhat koraszüléssel, intrauterin retardatioval. A-vitamin hiányban előforduló fejlődési rendellenességek human vonatkozásban nem ismertek.

- Minimális teratogén dosis nem ismert. Teratogén mellékhatás általában 20000-50000 NE napi felvétel esetén várható, de az első trimeszterben 2000 NE/nap dosis mellett is előfordulhat (1 µg retinol = 3,33 NE). A magzati fejlődési rendellenességek közül a hydrocephalus, mikrocephalus és a cardiovascularis elváltozások a leggyakoribbak.

- A β-karotin (az A-vitamin) provitaminja nem teratogén hatású.

- Rutinszerű A-vitamin supplementatio a terhességben nem indokolt. Ikerterhességben, fiatalokorúak

rúak terhességében a pótlás szóba jön. Egyes fejlődő országokból származó terhes esetében indokolt lehet a supplementatio.

D-vitamin

– A terhesség alatti szükséglet 400 NE/nap (1 µg D vitamin =40 NE).

– Az anya D vitamin ellátottságát a serum 25-hidroxikolekalciferol szintje jelzi.

– D-vitamin hiányában osteomalacia, emelkedett alkalikus-foszfát szint és hypocalcaemia észlelhető az újszülöttben. Újszülöttkorban gyakran tetania lép fel.

– Minimális teratogen dosisa nem ismert. Túladagolás esetén mentális és somaticus retardatio, hypercalcaemia, aorta stenosis, koponyafejlődési rendellenességek fordulhatnak elő.

– Vegetáriánus terheseknek napi 400 Ne, kevés tejet fogyasztó gravidáknak napi 200 NE D-vitaminpótlás javasolt. A téli hónapokban D-vitamin supplementatio javasolt.

E-vitamin

– A terhesség alatti szükséglet 10 mg/nap.

– Normál plasma koncentrációja 0,5-1,2 mg/dl, amit befolyásol a plasma összlipid szintje, ezért ennek arányában célszerű meghatározni.

– E-vitamin hiányában, koraszülöttekben haemolyticus anaemia neuromuscularis functiozavar, valamint sejtmembrán károsodás léphet fel.

– Egészséges terhesekben supplementatioja nem indokolt.

K-vitamin

– A terhesség alatti szükséglet 65 µg/nap.

– Terhesség alatt fellépő K-vitaminhiány nem jellemző.

– Rutinszerű K-vitamin supplementatio a terhességekben nem indokolt. Malabsorptioban szenvedő, vagy tartós antibioticum kezelésben részesülő terhesekben szóba jön a pótlása.

Vízben oldódó vitaminok

Fólsav

– A terhesség alatti szükséglet 400 µg/nap.

– Fólsav hiányában hyperhomocysteinaemia lép fel, ami szerepet játszik a velőcsőzáródási rendellenességek kialakulásában. Hyperhomocysteinaemia mellett gyakoribb a spontán vetélés és a placenta zavarara. Alacsonyabb fólsav szint figyelhető meg koraszülés, intrauterin retardatio esetén. Táplálkozási szokásaink mellett fólsav hiányra visszavezethető anaemia ritka.

– A plasma fólsav szintje és a velőcsőzáródási rendellenességek rizikója között összefüggés figyelhető meg. Periconceptionalisan alkalmazott 400 µg/nap fólsav supplementatio csökkenti a velőcsőzáródási rendellenességek gyakoriságát.

– Magzati toxicitással kapcsolatos megfigyelések nem ismertek.

– Terhességben rutinszerű fólsav supplementatio javasolt, különösen, ha az anamnesisben velőcsőzáródási rendellenesség vagy spontán vetélés szerepel. Megaloblastos anaemiában (B12-vitamin hiány) alkalmazása kontraindikált.

C-vitamin

– Terhesség alatti szükséglet 70 mg/nap.

– C-vitamin hiányában fogínyvérzés, petechiák, ízületi fájdalmak, súlyos esetben scorbut fordulhat elő. Ascorbinsav hiányra visszavezethető jellegzetes syndroma az újszülöttben nem ismert, de hiánya valószínűleg kedvezőtlenül befolyásolja a prokollagén, a noradrenalin, a steroid, a tirozin stb. szintézist, valamint az immunrendszer működését.

– Nagy dosisban történő fogyasztása esetén gyomorpanaszok, hányinger diarrhoea, urolithiasis stb. léphet fel. Megadosisú adagolása esetén jelentősen fokozódik a magzat C-vitamin tartalma, és számítani lehet esetleges nem kívánatos magzati mellékhatásaira.

– Rutinszerű pótlása terhességben nem indokolt, de ikerterhességben alkohol- és drogfogyasztó anyák terhességében, valamint acidum acethylsalicylicum tartós alkalmazása esetén javasolt.

B-vitamin komplexum (B1-,B2-vitamin, niacin)

– A terhesség alatti szükségletek: B1-vitaminé 1,5 mg/nap B2-vitaminé 1,6 mg/nap, niaciné 17 NE/nap (1NE=1mg niacin).

– Jelentős megvonásuk állatkíséletekben intrauterin magzatelhaláshoz, fejlődési rendellenességek kialakulásához és alacsony születési súlyhoz vezet. Ezekhez hasonló human megfigyelések nem ismertek. Terhességben kifejezett hiányállapotuk ritkán lép fel.

– B1-vitamin hiányban anorexia, izomgyengeség, tachycardia, cardiomegalia, beriberi fejlődhet ki. B2-vitamin hiányában stomatitis, glossitis, idegrendszeri elváltozások alakulhatnak ki. Niacin hiányban anorexia, szájlaesiók, súlyos esetben pellagra jelentkezhetnek.

– Táplálkozási szokásaink mellett a fenti hiánybetegségek ritkán figyelhetők meg.

– A B-vitamin komplexumba sorolható vitaminok rutinszerű pótlása egészséges terhességben nem indokolt.

B6-vitamin

– A terhesség alatti szükséglet 2,2 mg/nap.

– A plasma piridoxál-foszfát szintje a szervezet raktárát a plasma piridoxálsav szintje az ellátottságot jelzi.

– A fokozott fehérjebevitel emeli a szükségletet.

– Terhességben B6-vitamin hiányos állapot ritka. Tünetei: testsúlycsökkenés, dermatitis, stomatitis, anaemia, peripheriás neuritis, depressio, hyperirritabilitas. Alacsonyabb anyai plasma piridoxál-foszfát szint előfordulhat alacsony magzati születés súly mellett, de oki szerepe nem bizonyított.

– Magzati toxicitása nem ismert.

– B6-vitamin supplementatio javasolt hyperemesis gravidarum esetén, továbbá többes terhességben. Rutinszerű pótlása nem indokolt.

B12-vitamin

– A terhesség alatti szükséglet 2,2 µg/nap.

– Hiányában anaemia pernicioza fejlődik ki. Vegetáriánus étrend tar-

tós fogyasztása esetén az újszülöttben is B12-vitamin hiány léphet fel.

– Vegetáriánus diétát folytató terhesnek 2,0 µg/nap supplementatio javasolt. Gastrointestinalis felszívódási zavarokban szenvedő terhesek esetében szintén indokolt a pótlás.

Ásványi anyagok

Vas

A terhesség alatti vasszükséglet 30 mg/nap.

A vashiányos anaemia jellemzői:

- haemoglobin <11 g%
- haematokrit <33%
- MCV(meancorpuscular volume) <80µm³
- Serumvas <50 µg/dl
- Tranferrin saturatio <15%
- Serum ferritin <10 µg/ml

A vashiányos anaemia gyakrabban társul kis születési súllyal, koraszüléssel emelkedett perinatális mortalitással.

Vashiány kialakulása szempontjából fokozott kockázatot jelent:

- a második és harmadik trimester,
- ha a terhesség előtti menstruatios vérzés mennyisége ciklusonként meghaladta a 80 ml-t,
- húsban és C-vitaminban szegény diéta,
- ikerterhesség,

- fiatalkorúak terhessége,
- chronicus acidum acethylsalicilicum therapia.

A terhesség második harmadától rutinszerű vas supplementatio alkalmazása javasolt a haemoglobin értéktől függően. 10 g% alatti haemoglobin érték alatt 120-150 mg/nap, 10-11 g% közötti haemoglobin érték esetében 30 mg/nap elemi vas bevétele szükséges supplementatio formájában. A vastartalmú tableta bevétele étkezések között javasolt.

Vassupplementatio mellékhatásaként hasi diszkomfortérzés, obstipatio, diarrhoea, émelygés, hányinger fordulhat elő.

Kalcium

– A terhesség alatti szükséglet 1200 mg/nap.

– Kalcium hiánya esetén a magzat csontnövekedésében léphet fel zavar.

Kalcium supplementatio mellett a praeclampsia, valamint a szülés utáni depressio gyakorisága csökken. A vérnyomáscsökkenés tartós 1500-2000 mg/nap kalcium esetén várható. Laktóz intolerantia miatt tejet és tejterméket csökkent mennyiségben fogyasztó terheseknél a kalciumpótlás javasolt.

Magnézium

– A terhesség alatti szükséglet 320 mg/nap.

– Táplálkozási szokásaink mellett a szükségletnél kevesebb a magnéziumfogyasztás terhességben. A magnéziumhiány tünetei: idegrendszeri, gastrointestinális, cardiologiai tünetek, az ionháztartás zavarainak tünetei ritkán jelentkeznek markáns klinikai kép formájában a terhességben.

– Magnézium supplementatio mellett a spontán vetélés, a koraszülés, az intrauterin retardatio és a praeclampsia csökkenése várható. Per os adott magnézium pótlás esetén toxicus magzati hatásról nem számoltak be. Therapiás dosisban tocolyticumként és praeclampsias állapotban ideg-izomingerlékenységet csökkentő szerként használatos.

– Rutin supplementatioja alacsony magnézium fogyasztás mellett javasolt. A napi magnézium pótlás a 250-500 mg/nap mértéket is meghaladhatja.

Cink

– A terhesség alatti szükséglet 15 mg/nap.

– Cink hiányban fejlődési rendellenességek, intrauterin retardatio,

koraszülés praeclampsia fordulhat elő.

– A cink supplementatio (>50 mg/nap) jelentősen csökkenti a vas és réz felszívódást. A folsav pótlás kedvezőtlenül befolyásolja a cink absorptióját.

– Cink-supplementatio indokolt chronikus alkoholfogyasztó vagy dohányzó terhes nőkben.

– Amennyiben a vas supplementatio 30 mg/nap feletti, úgy szintén javasolt a cink pótlása.

– A cink supplementatio mértéke 15-45 mg/nap.

Jód

– A terhesség alatti szükséglet 175 µg/nap.

– Jódhiány esetén emelkedik a spontán vetélés és a koraszülés kockázata. Elégtelen jódfelvétel esetén cretenismus, az újszülöttnél golyva, manifest vagy sub-

clinica hypothyreosis jelentkezhet.

– A családorvosok számára különösen fontos tudni, hogy Magyarország jelentős területén a lakosság bizonyítottan jódhiányos. E területeken 50-75 µg/nap dosisú jódpótlás tanácsolt.

– A jódtartalmú készítmények használata során fellépő mellékhatások dosisfüggőek. A leggyakoribb mellékhatás a jód indukálta thyreotoxicosis (exophthalmus, atithyreoid antitestek hiánya, pajzsmirigy fájdalomtansága). A kialakult hyperthyreosis nem súlyos, spontán gyógyul.

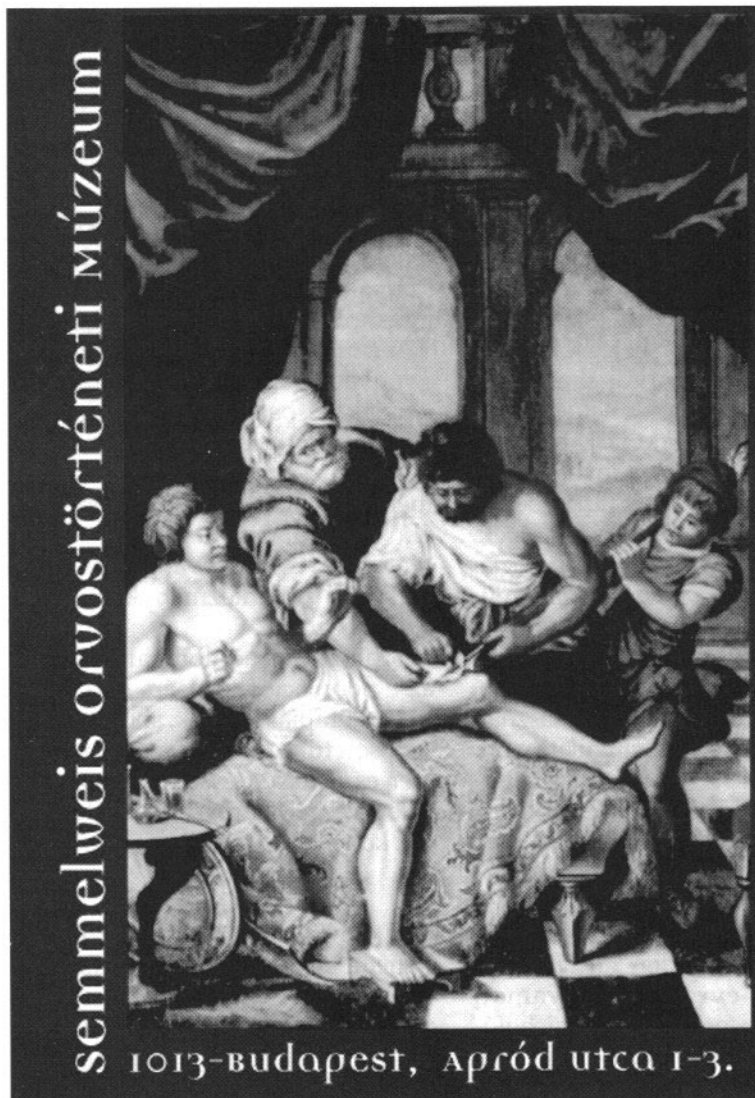
Szelén

– A terhesség alatti szükséglet 65 µg/nap.

– Magyarországon a lakosság szelénellátottsága nem elégséges, ami felveti a szelén supplementatio szükségességét. A terhességben

alacsony szelénfelvétel esetleges szövődményeivel kapcsolatban meggyőző adatok nem ismeretesek, és a szelén magzati hatásai sem tisztázottak.

A terhesség alatti vitamin- és ásványianyag-pótlás segíthet a ki-egyensúlyozott táplálkozás megvalósításában. Egyes terhespathologiai kórképek megelőzésében kedvező lehet a vitamin- és ásványianyag supplementatio hatása. Teljesértékű védettséget azonban egyik szövődmény illetve kórkép kialakulása ellen sem képes biztosítani. Ezért például a „magzatvédő vitamin” elnevezés megtéveszteti a terhes nőt, félreértésekhez vezethet. Bármely vitamin- és ásványianyag-supplementatio esetén pontosan tájékoztatni kell a kezelésben részesülő terhes nőt annak várható előnyeiről és esetleges nem kívánt mellékhatásairól is.



semmelweis orvostörténeti múzeum

1013-BUDAPEST, APRÓD UTCA 1-3.

Meghívó

A Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete VI. szakpolitikai konferenciáját rendezi „Mit ér az orvos – ha gyerek?” címmel 2000. november 17-18-án Budapesten, a Flamenco szállodában (1113 Budapest, Tas vezér u. 7.). Az idei rendezvény a praxis privatizációjának, illetve értékesítésének lehetőségeivel és nehézségeivel, a gyermekorvosi alapellátás hátrányos finanszírozási helyzetével, a mindennapi konfliktusokkal és az egészségügy várható változásaival foglalkozik.

A konferencia részvételi díja 7000 Ft, mely tartalmazza a részvétel, a fogadás, és mindkét napra egy kávészünet költségét.

Jelentkezési határidő: 2000. október 30.

Szakmai információ:
Dr. Kádár Ferenc
Házi Gyermekorvosok Országos
Egyesülete
Tel./fax: 3300-900

A konferencia rendezője: Palánta Egészségügyi Szervező és Szolgáltató Bt.
Török Katalin, ügyvezető
1136 Budapest, Tátra u. 3. Tel.: 06/30-269-4521

A rendezvényvel kapcsolatos felvilágosítás:
Demjén Ágnes és Fekete Éva
HGYE: 1136 Budapest, Tátra u. 48-52.
Tel./fax: 3300-900
E-mail: hgye@mail.datanet.hu

Várjuk jelentkezésüket!