

Ιστορικό και εξέταση στη μαιευτική

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	1
1.1.1. Παρούσα μαιευτική κατάσταση	1
1.1.2. Μαιευτικό ιστορικό	2
1.1.3. Παθολογικό ιστορικό	3
1.1.4. Χειρουργικό ιστορικό	3
1.2. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ	3
1.2.1. Κλινική μαιευτική εξέταση	3
1.2.2. Κλινική εκτίμηση μεγέθους και σχήματος οστέινης πυέλου	4
1.2.3. Κοιλιακή και κοιλιακή εξέταση	6
1.3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	7
1.3.1. Γενικές τρέχουσες εξετάσεις	7
1.3.2. Ειδικές εξετάσεις	7
1.4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ...	8
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	8

Ο όρος «Μαιευτική» αναφέρεται στη μελέτη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της φυσιολογικής εγκυμοσύνης και των επιπλοκών της σε αντιδιαστολή προς τη «Γυναικολογία», που αναφέρεται στη μελέτη των παθήσεων του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Η διάκριση όμως αυτή είναι σχετική, και ορισμένες επιπλοκές της αρχόμενης εγκυμοσύνης, όπως οι εκτρώσεις, περιγράφονται άλλοτε στη Μαιευτική και άλλοτε στη Γυναικολογία.

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Οι έγκυες γυναίκες διαφέρουν από τις γυναικολογικές άρρωστες, επειδή δεν προσέρχονται για εξέταση με κάποια πάθηση, αλλά με ένα πολύ σημαντικό βιολογικό γεγονός, την εγκυμοσύνη. Οι ερωτήσεις, επομένως, στην έγκυο γυναίκα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ευγένεια και διακριτικότητα και να μην είναι ενοχλητικές, ούτε και άσχετες προς την εγκυμοσύνη της. Στην αρχή της εξέτασης πρέπει να καταγράφονται με λεπτομέρεια τα στοιχεία που αναφέρονται στο όνομα, την ηλικία, τη συζυγική κατάσταση και το επάγγελμα. Το ιστορικό πρέπει να αναφέρεται λεπτομερώς στην παρούσα εγκυμοσύνη, στο προηγούμενο παθολογικό μαιευτικό και γυναικολογικό ιστορικό, καθώς και στο προηγούμενο παθολογικό και χειρουργικό ιστορικό. Πρέπει να σημειώνεται κάθε προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή,

όπως και η πρόσφατη μέθοδος αντισύλληψης. Ερωτήσεις επίσης, που συνήθως ξεχνιούνται, είναι όσες αναφέρονται στην κοινωνική κατάσταση, το κάπνισμα και την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

1.1.1. Παρούσα μαιευτική κατάσταση

Το κυριότερο σύμπτωμα της εγκυμοσύνης, σε μια γυναίκα με φυσιολογικό καταμήνιο κύκλο, είναι η δευτεροπαθής αμηνόρροια, και συνεπώς προέχει η καταγραφή της πρώτης ημέρας της τελευταίας εμμηνορρυσίας. Πρέπει επίσης να καταγράφεται η διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, που σε φυσιολογικές γυναίκες επέρχεται κάθε 28 ημέρες με αποκλίσεις 1-2 μόνον ημερών. Σημειώνεται επίσης η ημερομηνία της πρώτης περιόδου (η εμμηναρχή), αν και δεν εμπεριέχει ιδιαίτερη σημασία στην αξιολόγηση του μαιευτικού ιστορικού.

Η πιθανή ημερομηνία τοκετού προσδιορίζεται, σε φυσιολογικό κύκλο 28 ημερών, με την προσθήκη 7-10 ημερών στην πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας και την αφαίρεση τριών μηνών (κανόνας του Naegele). Σε κύκλο μεγαλύτερο ή μικρότερο, ο προσδιορισμός γίνεται με την προσθήκη ή την αφαίρεση των αναλόγων ημερών – όπως π.χ. 7 ημερών σε κύκλο 35 ημερών.

Ναυτία και έμετοι εμφανίζονται μετά από καθυστέρηση δύο συνήθως εβδομάδων, διαρκούν

2-3 μήνες και σπανιότερα επιμένουν σε όλη την εγκυμοσύνη. Οι περισσότερες έγκυες απαντούν θετικά στη συχνή λήψη μικρών γευμάτων.

Η **υπερέμεση της εγκυμοσύνης** είναι σπάνια επιπλοκή (1/1000), που χαρακτηρίζεται από την έμεση της τροφής και των υγρών, αλλά και από σημαντική απώλεια βάρους. Σε βαρεία μορφή εμφανίζονται αφυδάτωση, υποβολαιμία, ηλεκτρολυτική διαταραχή με υπονατρίαμικη καταπληξία, βιταμινική ανεπάρκεια (κυρίως πολυνευρίτιδα), ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια. Θεραπευτικώς, επιβάλλεται η εισαγωγή στην κλινική για τον προσδιορισμό του όγκου των ερυθρών, της ουρίας, των ηλεκτρολυτών και των απωλειών σε υγρά, τον αποκλεισμό της λοίμωξης των ουροφόρων οδών, και της μύλης κύησης (με υπερήχους). Χορηγούνται αντιεμετικά.

Η **αναγωγή και η πύρωση του στομάχου** επέρχονται λόγω της χαλάρωσης του πυλωρικού σφιγκτήρα, που επιτρέπει την παλινδρόμηση ερεθιστικής χολής στο στομάχι. Τα ενοχλητικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται με την αποφυγή του καπνίσματος και των καρυκευμάτων, με τη λήψη μικρών γευμάτων και με τη χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων.

Κεφαλαλγίες, αίσθημα παλμών και λιποθυμίες είναι συνήθη συμπτώματα της εγκυμοσύνης. Η **εφίδρωση** και οι **εξάψεις** είναι επίσης συνήθη ενοχλήματα, που οφείλονται στην περισσότερο διεσταλμένη περιφερική κυκλοφορία. Αντιμετωπίζονται με αυξημένη πρόσληψη υγρών και με άφθονα ντους.

Οι **μαστοί είναι ευαίσθητοι** στην απλή ψαύση και συμφορητικώς διογκωμένοι, όπως και κατά την προεμμηνορρυσιακή φάση του κύκλου, και **εμφανίζουν αυξημένη χρώση της περιθηλαίας άλω**. Τα φυμάτια του Montgomery (σημηματογόνοι αδένες στις θηλές) διογκώνονται και γίνονται περισσότερο εμφανή.

Συχνουρία και έπειξη για ούρηση παρατηρούνται στην αρχή της εγκυμοσύνης, αλλά εξαλείφονται στο δεύτερο τρίμηνο, για να επανεμφανισθούν με ακόμη μεγαλύτερη ένταση λόγω της πίεσης που ασκείται στην ουροδόχο κύστη από την «προβάλλουσα» μοίρα του εμβρύου.

Δυσκοιλιότητα εμφανίζεται συχνά και οφείλεται στην ελαττωμένη κινητικότητα του εντέρου. Αντιμετωπίζεται με επαρκή λήψη υγρών και με δίαιτα πλούσια σε φρούτα και φυτικές ίνες. Τα διεγερτικά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται, επειδή είναι δυνατό να αυξήσουν την κινητικότητα της μήτρας σε ευαίσθητες γυναίκες.

Η αποφυγή της δυσκοιλιότητας βοηθάει και στην πρόληψη των **αιμορροΐδων**, που οφείλονται στην αυξημένη πίεση στην πύελο και στην αυξημένη φλεβική διατασιμότητα. Στα ίδια αίτια οφείλεται και η **ανάπτυξη των κιρσών**. Η ανάπαυση σε ανάρροπη θέση αποδεικνύεται ωφέλιμη και στις δύο καταστάσεις.

Η **οσφυαλγία** στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης οφείλεται στη χαλάρωση των συνδέσμων και των πυελικών μυών. Χρήσιμα είναι το σκληρό στρώμα, τα ίσια παπούτσια και η ορθή στάση του σώματος.

Αίσθημα κόπωσης και ραθυμία εμφανίζονται από τις πρώτες ημέρες της εγκυμοσύνης, και συχνά οι ράθυμες αντιδράσεις επηρεάζουν την προσωπικότητα της εγκύου σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αύξηση του βάρους παρατηρείται συνήθως μετά την 15η εβδομάδα και οφείλεται κυρίως στην αυξημένη λήψη τροφής, αλλά και σε «ανά σάρκα» οιδήματα.

Τα **οιδήματα** στα σφυρά δεν έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα όταν είναι ελαφρά, αλλά εντονότερα οιδήματα έχουν σχέση συνήθως με την υπέρταση της εγκυμοσύνης. Είναι σκόπιμος επομένως ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης καθώς και των ούρων για την παρουσία λευκώματος (βλέπε «Υπέρτασική Νόσο», στο 5ο κεφάλαιο), όπως είναι σκόπιμος και ο αποκλεισμός θρόμβωσης των «εν τω βάθει» φλεβών. Η τελευταία αντιμετωπίζεται με ανάπαυση και ανύψωση των σκελών. Με τον ίδιο τρόπο αντιμετωπίζονται και οι κράμπες στα πόδια, που είναι χειρότερες τα βράδια.

Η έγκυος αισθάνεται τις εμβρυικές κινήσεις ή «**ακούει**» το έμβρυο για πρώτη φορά στις 18-20 εβδομάδες της εγκυμοσύνης.

1.1.2. Μαιευτικό ιστορικό

Καταγράφονται με χρονολογική σειρά όλες οι αποβολές και οι αμβλώσεις, όπως και οι προηγούμενες εγκυμοσύνες και η διάρκεια κάθε εγκυμοσύνης. Σημειώνονται ιδιαίτερος οι προγεννητικές επιπλοκές, λεπτομερώς η φαρμακευτική αγωγή τοκετού, η διάρκεια του τοκετού, καθώς και ο τρόπος διεξαγωγής του τοκετού. Αξιολογούνται επίσης οι επιπλοκές της λοχείας, όπως οι αιμορραγίες μετά τον τοκετό, οι λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, προηγηθείσες «εν τω βάθει» θρομβώσεις και οι περινεϊκές επιπλοκές. Καταγράφονται τέλος η κατάσταση και το βάρος των εμβρύων κατά τον τοκετό, η προβο-

λή κατά τον τοκετό και το φύλο του εμβρύου. Ιδιαίτερη λεπτότητα πρέπει να επιδειχθεί στο προηγούμενο ιστορικό συγγενούς ανωμαλίας, γεννημένων νεκρών εμβρύων και νεογνικών θανάτων.

1.1.3. Παθολογικό ιστορικό

Πρέπει να σημειώνονται οι αναφερόμενες παθήσεις της εγκύου, όπως υπερπρολακτιναιμία (από προλακτίνωμα), σακχαρώδης διαβήτης, νοσήματα των νεφρών, υπέρταση, παθήσεις της καρδιάς και θυρεοτοξίκωση. Πολλές από τις παθολογικές διαταραχές έχουν διαγνωσθεί πριν από τη σύλληψη, αλλά όλοι οι μαιευτήρες πρέπει να είναι σε συνεχή εγρήγορση για την πιθανότητα ενδοκρινικής ανωμαλίας. Η αξία των διερευνησεων στις παραπάνω παθήσεις γίνεται κατανοητή εάν υπομνησθεί: ότι η περιγεννητική π.χ. θνησιμότητα στη διαβητική εγκυμοσύνη είναι 3-4 φορές μεγαλύτερη από ό,τι στη μη διαβητική εγκυμοσύνη, ότι ο υπερθυρεοειδισμός μπορεί να επιφέρει έκτρωση, πρόωρο τοκετό ή νεογνική θυρεοτοξίκωση και ότι το φαιοχρωμοκύτωμα (όγκος που εκκρίνει κατεχολαμίνες) μπορεί να προκαλέσει επιληπτοειδείς παροξυσμούς, υπερτασική νόσο της εγκυμοσύνης ή πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Η φυματίωση, η σύφιλη και οι ηπατοπάθειες, όπως και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία αυτών των παθήσεων, μπορούν επίσης να βλάψουν το έμβρυο.

1.1.4. Χειρουργικό ιστορικό

Οι χειρουργικές παθήσεις εμφανίζουν σημαντική δυσκολία στη διάγνωση, επειδή έχουν αλλάξει οι ανατομικές σχέσεις και έχουν τροποποιηθεί οι φυσιολογικές διεργασίες, αλλά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση λόγω των δυνητικών κινδύνων της θεραπείας. Στις παθήσεις αυτές περιλαμβάνονται μεταξύ των άλλων οι κύστες των ωοθηκών, τα ινομύωματα και ο καρκίνος του τραχήλου.

- **Παρούσα μαιευτική κατάσταση:** προσδιορίζεται η πιθανή ημερομηνία τοκετού από την τελευταία εμμηνορροσία, και καταγράφονται τα κυριότερα συμπτώματα της εγκυμοσύνης (δευτεροπαθής αμνηόρροια, ναυτία και έμετοι, πύρωση του στομάχου, κεφαλαλγίες, μαστοί ευαίσθητοι με αυξημένη χρώση της περιθλαϊάς άλω, συχνουρία και δυσ-

σκοιλιότητα, αύξηση βάρους και οιδήματα).

- **Μαιευτικό ιστορικό:** καταγράφονται πληροφορίες από προηγούμενες εγκυμοσύνες και τοκετούς, σχετικές προς την μητέρα και το έμβρυο.
- **Παθολογικό ιστορικό:** σημειώνονται οι παθήσεις της μητέρας, που μπορούν να επηρεάσουν την ίδια και το έμβρυο στην παρούσα εγκυμοσύνη.
- **Χειρουργικό ιστορικό:** κυρίως κύστες ωοθηκών, ινομύωματα, καρκίνος τραχήλου (δυσκολίες στη διάγνωση και τη θεραπεία).

1.2. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

1.2.1. Κλινική μαιευτική εξέταση

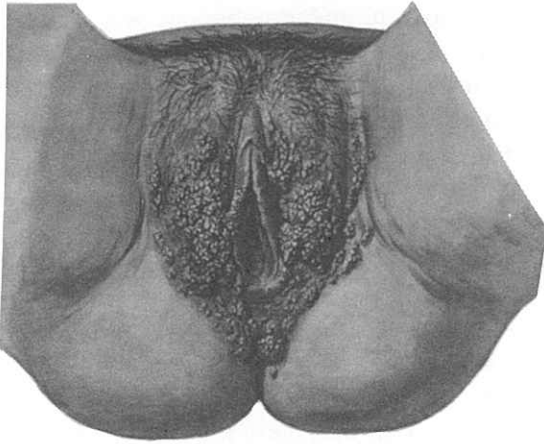
Κατά την πρώτη επίσκεψη, κυρίως στην αρχόμενη εγκυμοσύνη, διενεργείται μια γενική εξέταση της εγκύου, που περιλαμβάνει τη μέτρηση του βάρους και του ύψους (πρώτη ένδειξη παρουσίας μικρής πυέλου), τη λήψη της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), την αναζήτηση κισσών στα κάτω άκρα και τυχόν σκελετικών ανωμαλιών, όπως η κύφωση και η λόρδωση.

Η ΑΠ παίρνεται στην ύπτια θέση, και στην αριστερή πλάγια θέση σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, για να αποφευχθεί η πίεση της κάτω κοιλίας φλέβας (υποτασικό σύνδρομο). Διενεργείται επίσης εξέταση της καρδιάς και των πνευμόνων.

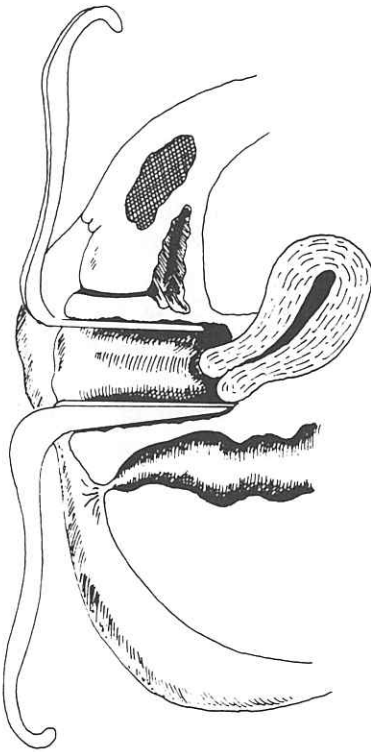
Η κυρίως μαιευτική εξέταση περιλαμβάνει την κλινική επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης, την ακρόαση των παλμών και τον έλεγχο των σκιρτημάτων του εμβρύου και τη διερεύνηση τυχόν παθήσεων των έξω γεννητικών οργάνων ή πυελικών όγκων, και διενεργείται με:

1.2.1.1. Επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων, που γίνεται για την αναζήτηση παθήσεων (Εικ. 1-1) και κακώσεων του περινέου από προηγούμενους τοκετούς. Οι κισσοί του αιδοίου είναι συνήθεις και χειροτερεύουν με την πρόοδο της εγκυμοσύνης.

1.2.1.2. Εξέταση κόλπου και τραχήλου, με μητροσκόπιο, για να αποκλεισθούν παθήσεις και κακώσεις (Εικ. 1-2). Ο τράχηλος είναι μαλακός και ιώδης (αυξημένη αγγείωση), και το τραχηλικό στόμιο φράσσεται από βύσμα παχύρρευστης βλέννας. Απαραιτήτως πρέπει να παίρνεται τρα-



Εικόνα 1-1. Επισκόπηση έξω γεννητικών οργάνων στην εγκυμοσύνη - οξυτενή κονδυλώματα (Netter).



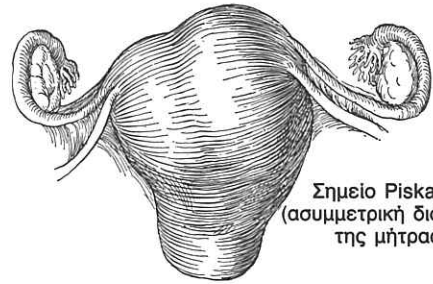
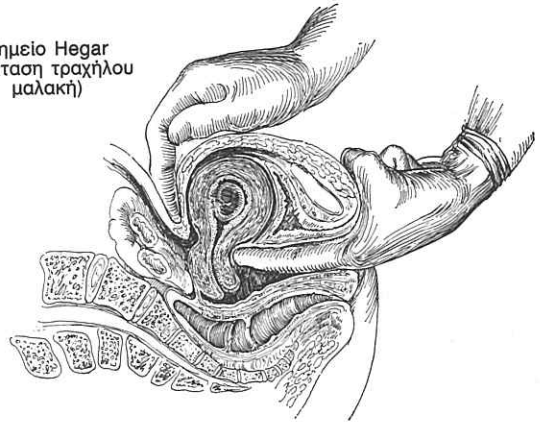
Εικόνα 1-2. Εξέταση με κολποδιαστολείς (Αραβαντινός).

χηλικό επίχρισμα για το τεστ Παπανικολάου.

1.2.1.3. Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση (Εικ. 1-3), με την οποία προσδιορίζεται το μέγεθος και το σχήμα της μήτρας, που στην αρχική εγκυμοσύνη είναι ασυμμετρικά διογκωμένο (σημείο Piskacek), ενώ ο τράχηλος αποκτά σύσταση μαλακή (σημείο του Hegar). Με την αμφίχειρη εξέταση επιδιώκεται επίσης η αναζήτηση όγκων της μήτρας και των ωοθηκών (Εικ. 1-4).

- Βάρος, ύψος, ΑΠ, κίρσοι στα κάτω άκρα, σκελετικές ανωμαλίες
- Παθήσεις και κακώσεις περινέου, κόλπου και τραχήλου
- Μέγεθος, σχήμα και σύσταση μήτρας - όγκοι μήτρας και ωοθηκών

Σημείο Hegar
(σύσταση τραχήλου
μαλακή)



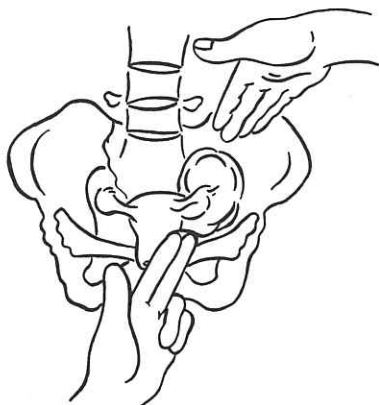
Σημείο Piskacek
(ασυμμετρική διογκωση
της μήτρας)

Εικόνα 1-3. Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση - σημείο Piskacek (Willson).

1.2.2. Κλινική εκτίμηση μεγέθους και σχήματος οστέινης πυέλου

Το μέγεθος και το σχήμα της οστέινης πυέλου αποτελούν καθοριστικά στοιχεία για τη διεξαγωγή του τοκετού και γίνονται περισσότερο καταληπτά, εάν κατά την εξέταση συνεκτιμηθούν ορισμένες διάμετροι της πυέλου στα διάφορα επίπεδα της (βλέπε κεφάλ. 11, παράγρ. 11.1.4).

1.2.2.1. Το *επίπεδο της εισόδου* της πυέλου είναι σχεδόν κυκλικό, με την εγκάρσια διάμετρο ελαφρώς μεγαλύτερη από την προσθιοπίσθια. Η μέτρηση των διαμέτρων αυτών δεν είναι δυνατή στην κλινική πράξη, και η μόνη διάμετρος που μπορεί να προσδιορισθεί κατά προσέγγιση είναι η «εσωτερική διαγώνιος» (diagonal conjugate

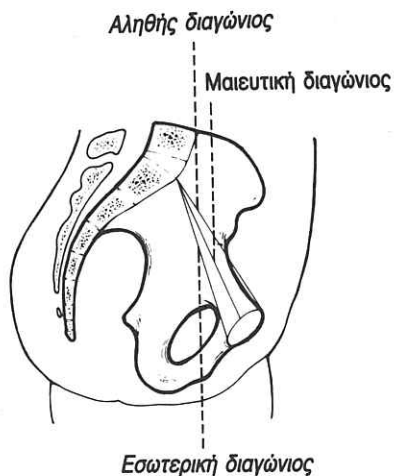


Εικόνα 1-4. Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση – ψηλάφηση μαζών στα εξαρτήματα (Willson).

diameter), που είναι κατά 1.5 εκ. μεγαλύτερη από τη «μαιευτική» και την «αληθή ή ανατομική διαγώνιο» (obstetric and true conjugate diameters) (Εικ. 1-5).

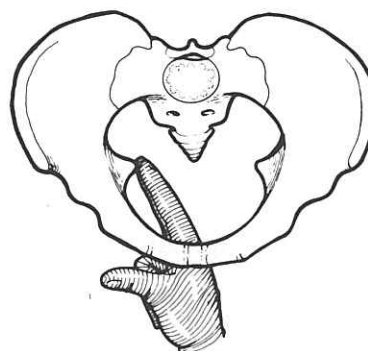
Η ψηλάφηση του ακρωτηρίου των μαιευτήρων για πρακτικούς λόγους δεν είναι συνήθως δυνατή κατά την κλινική εξέταση, και το υψηλότερο σημείο της πρόσθιας επιφάνειας του ιερού οστού που μπορεί να ψηλαφηθεί είναι ο 2ος ή ο 3ος σπόνδυλος (του ιερού οστού). Εάν το ακρωτήριο των μαιευτήρων είναι εύκολα ψηλαφητό, η είσοδος της πυέλου είναι στενή.

1.2.2.2. Ευρυχωρία της πυέλου. Ο προσδιορισμός του σχήματος της πυέλου στο ύψος της ευρυχωρίας δεν είναι κλινικώς ευχερής, με μόνη εξαίρεση τη δυνατότητα εκτίμησης της καμπυλότητας του ιερού οστού κατά την κοιλική εξέταση.



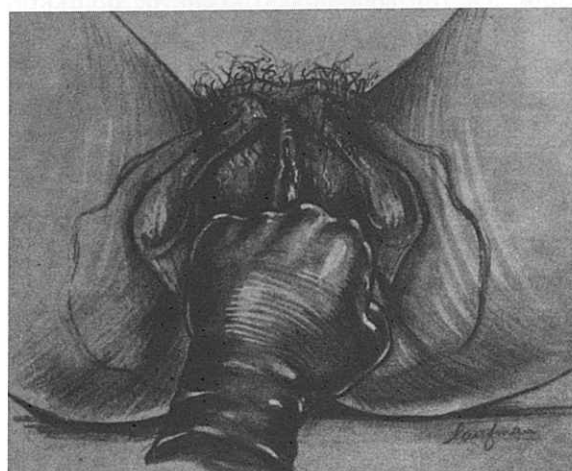
Εικόνα 1-5. Προσθιοπίσθιες διάμετροι εισόδου πυέλου (Symonds).

1.2.2.3. Το επίπεδο της στενότητας είναι το σημείο της πυέλου, όπου υπάρχουν οι μεγαλύτερες πιθανότητες να ενσφηνωθεί η κεφαλή του εμβρύου. Στο επίπεδο αυτό είναι δυνατή η κλινική εκτίμηση του μήκους της προσθιοπίσθιας και της εγκάρσιας διαμέτρου, που είναι η μικρότερη από όλες τις διαμέτρους της πυέλου. Οι ισχιακές άκανθες πρέπει να ψηλαφηθούν για να διακριβωθεί εάν προβάλλουν πολύ και για να υπολογισθεί η μεταξύ τους απόσταση (Εικ. 1-6).



Εικόνα 1-6. Κλινική εκτίμηση εγκάρσιας διαμέτρου – ψηλάφηση ισχιακών ακανθών (Symonds).

1.2.2.4. Η εγκάρσια διάμετρος της εξόδου (μεταξύ των ισχιακών κυρτωμάτων) μπορεί να εκτιμηθεί κλινικώς με την τοποθέτηση της γροθιάς μεταξύ των ισχιακών κυρτωμάτων (Εικ. 1-7). Η ηβική καμάρα μπορεί να εκτιμηθεί με την τοποθέτηση των δεικτών των χεριών κατά μήκος του κάτω κλάδου των ηβικών οστών ή με την ει-

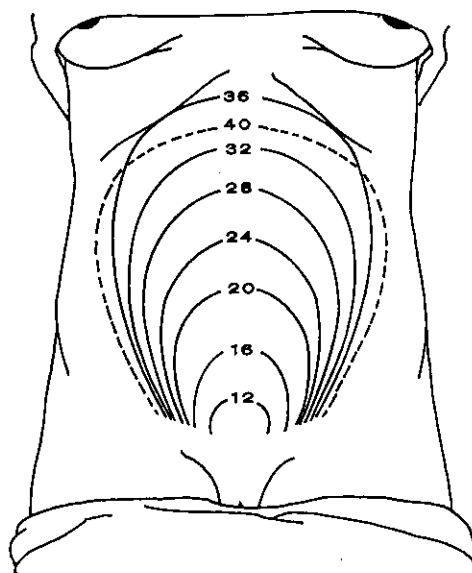


Εικόνα 1-7. Προσδιορισμός εγκάρσιας διαμέτρου εξόδου της πυέλου (Greenhill).

σαγωγή δύο δακτύλων του εξετάζοντος χεριού κάτω από την ηβική καμάρα.

Κλινική εκτίμηση μεγέθους και σχήματος οστέϊνης πυέλου

- 1) **Επίπεδο εισόδου** - με προσδιορισμό της εσωτερικής διαγωνίου διαμέτρου της εισόδου (ψηλάφηση 2ου ή 3ου σπονδύλου ιερού οστού)
- 2) **Ευρυχωρία** - με προσδιορισμό της καμπυλότητας του ιερού οστού, κατά προσέγγιση
- 3) **Στενότητα** - με την προσθιοπίσθια και την εγκάρσια διάμετρο (ψηλάφηση ισχιακών ακανθών)
- 4) **Έξοδος** - με την εγκάρσια διάμετρο (τοποθέτηση της γροθιάς μεταξύ των ισχιακών κυρτωμάτων ή δύο δακτύλων κάτω από την ηβική καμάρα)



Εικόνα 1-8. Ύψος του πυθμένα της μήτρας στην εγκυμοσύνη (Willson).

1.2.3. Κοιλιακή και κολπική εξέταση

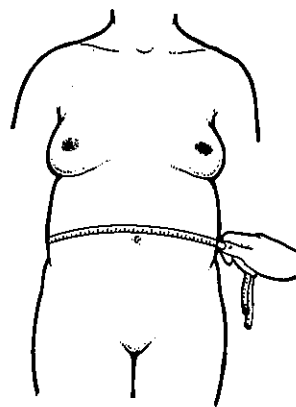
Με την κοιλιακή εξέταση είναι δυνατό να προσδιορισθούν το ύψος του πυθμένα της μήτρας, η περίμετρος της κοιλιάς και κατά προσέγγιση η ηλικία της εγκυμοσύνης, καθώς και το σχήμα, η προβολή του εμβρύου, η εμπέδωση της κεφαλής του και η θέση της προβάλλουσας μοίρας.

1.2.3.1. Το ύψος του πυθμένα της μήτρας, που ψηλαφάται για πρώτη φορά στη 12η εβδομάδα, ελέγχεται με τον πρώτο χειρισμό του Leopold (Βλέπε κεφ. 11, παρ. 11.4.1, «Χειρισμοί του Leopold»). Τη 16η εβδομάδα ο πυθμένας βρίσκεται στα μισά του δρόμου μεταξύ σύμφυσης και ομφαλού, την 20η έχει φθάσει στον ομφαλό και στις 36 εβδομάδες στην ξιφοειδή απόφυση (Εικ. 1-8). Στις 20 εβδομάδες η απόσταση του πυθμένα της μήτρας από την ηβική σύμφυση είναι 20 εκ. περίπου και μετά τις 20 εβδομάδες προσεγγίζει σε εκατοστά τον αριθμό των εβδομάδων (36 εκ. στις 36 εβδομάδες). Στις τελευταίες 2-3 εβδομάδες, κατά το χρόνο που αρχίζει η εμπέδωση της κεφαλής, ο πυθμένας της μήτρας δεν αλλάζει ύψος, ενώ άλλοτε «πέφτει» κάτω από την ξιφοειδή απόφυση. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να διαπιστωθεί ότι ένα έμβρυο είναι «μικρό για την ηλικία» του (small-for-dates), εάν η απόσταση σύμφυσης και πυθμένα μήτρας είναι μικρότερη κατά 2 εκ. μέχρι τις 36 εβδομάδες και κατά 3 εκ. μετά

τις 36 εβδομάδες.

1.2.3.2. Η περίμετρος της κοιλιάς είναι κατά μέσο όρο 60 εκ. περίπου και δε μεταβάλλεται μέχρι τις 24 εβδομάδες. Από την ηλικία αυτή αυξάνει κατά 2,5 εκ. περίπου ανά εβδομάδα, σε τρόπο που στο τέλος της εγκυμοσύνης, είναι περίπου 100 εκ. (Εικ. 1-9). Πρέπει να γίνουν βεβαίως οι ανάλογοι υπολογισμοί, εάν η αρχική περίμετρος είναι μικρότερη ή μεγαλύτερη από 60 εκ. Η μέτρηση της περιμέτρου της κοιλιάς πρέπει να γίνεται κυρίως όταν υπάρχει υποψία πολυδραμνίου ή πολλαπλής εγκυμοσύνης.

1.2.3.3. Το σχήμα του εμβρύου προσδιορίζεται με τον 1ο και το 2ο χειρισμό του Leopold (βλέπε Κεφ. 11, παράγρ. 11.4.1).



Εικόνα 1-9. Προσδιορισμός περιφέρειας κοιλιάς στο ύψος του ομφαλού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Symonds).