

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ-ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΑΡΣΕΝΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

**ΕΠΙΣΤ.ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΔΑ:
ΔΡ.ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΗΛΙΟΥ**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 3 |
| ΤΟ ΔΕΡΜΑ..... | 5 |
| ΥΠΕΡΜΕΛΑΧΡΩΣΗ..... | 6 |
| Με τη λυχνία του Wood το μέλασμα μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις τύπους: | 7 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 8 |
| ΡΑΒΔΩΣΕΙΣ..... | 9 |
| Παράγοντες που επηρεάζουν τη δημιουργία ραβδώσεων | 11 |
| ΞΗΡΟΤΗΤΑ-ΚΝΗΣΜΟΣ..... | 13 |
| ΣΤΗΘΟΣ..... | 13 |
| ΑΚΜΗ..... | 15 |
| ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑ..... | 16 |
| ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ..... | 18 |
| ΚΙΡΣΟΙ..... | 19 |
| ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ..... | 21 |
| ΤΡΙΧΟΦΥΙΑ..... | 21 |
| ΑΛΩΠΕΚΙΑ..... | 22 |
| ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΝΥΧΙΑ..... | 24 |
| ΚΑΛΟΙ..... | 25 |
| ΕΦΙΔΡΩΣΗ Συμπτώματα..... | 25 |
| ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΑ..... | 26 |
| ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ..... | 27 |
| ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ..... | 28 |
| ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΠΙΤΥΡΙΑΣΗ..... | 29 |
| ΤΕΡΜΙΘΟΣ..... | 30 |
| ΟΙΔΗΜΑ..... | 31 |
| ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ..... | 32 |
| ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΙ..... | 33 |
| ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ..... | 34 |
| ΚΝΙΔΩΤΙΚΕΣ, ΚΝΗΣΜΩΔΕΙΣ ΒΛΑΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΠΛΑΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ .. | 35 |
| ΚΝΗΦΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ..... | 37 |
| ΚΝΗΣΜΩΔΕΙΣ ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ..... | 38 |
| ΕΡΠΗΣ..... | 38 |
| ΨΩΡΙΑΣΗ..... | 41 |
| Ορμονικές αλλαγές και ψωρίαση | 42 |
| ΛΕΥΚΗ..... | 49 |
| ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ..... | 51 |
| .. ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 53 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 54 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Το ανθρώπινο δέρμα παρουσιάζει σημαντικές αλλοιώσεις στη διάρκεια της κύησης εξαιτίας πολυαρίθμων μεταβολικών, ενδοκρινολογικών και ανοσολογικών αλλαγών. Αυτές οι φυσιολογικές αλλαγές περιλαμβάνουν την υπερμελάγχρωση, την αυξημένη αγγείωση, τις ραγάδες, τις αλλοιώσεις στο τρίχωμα και τους όνυχες καθώς και τις αλλοιώσεις στους βλεννογόνους, όπως και στη δράση. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το δέρμα υπόκειται σε αλλαγές λόγω ορμονικών αλλαγών. Για κάποιες γυναίκες η εγκυμοσύνη επιφέρει μια όμορφη λάμψη στο δέρμα τους χάρη κυρίως στην αυξημένη κυκλοφορία αλλά σε άλλες προκαλεί ξηρότητα και δυσχρωματισμό στο δέρμα τους. Στη δεύτερη κατηγορία γυναικών, οι ορμονικές αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα τη μεγάλη ξηρότητα, την εμφάνιση της ακμής και τη δημιουργία ραγάδων.

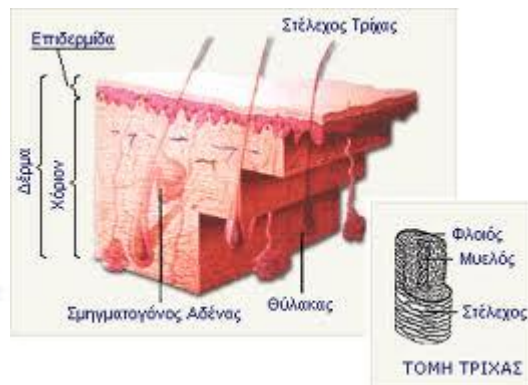
Επιπρόσθετα σε αυτές τις αλλαγές που προκαλούνται από τις ορμονικές αλλαγές, υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του δέρματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι δυο κυριότεροι είναι τα προϊόντα φροντίδας του δέρματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ο βαθμός ανεκτικό

Συχνά παρατηρούνται δερματολογικές αλλαγές, δερματικοί όγκοι, αλλά και φυσιολογικές αλλαγές στη φυσιολογία του δέρματος που υποχωρούν μετά τον τοκετό, ενώ άλλες επιμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε πιο ήπια μορφή. Ενώ παρατηρούνται και άλλες μεταβολές που οφείλονται σε κάποιες φλεγμονώδεις διαταραχές και νόσους.

Μερικές από αυτές τις ορμονικές αλλαγές έχουν άμεση επίδραση στο δέρμα. Οι επιδράσεις στο δέρμα δεν περιορίζονται σε μια και μόνη παρατήρηση, αλλά ούτε και παρατηρούνται με μεγάλη συχνότητα εμφάνισης.

ΤΟ ΔΕΡΜΑ

Το δέρμα είναι η εξωτερική στιβάδα του σώματος. Επιφανειακά αποτελείται από πολλαπλές στιβάδες κυττάρων και πιο βαθιά περιέχει συνδετικό ιστό. Ο συνδετικός ιστός είναι πλούσιος σε κολλαγόνο και ελαστίνη. Το κολλαγόνο προσδίδει ισχύ και στιβαρότητα στο δέρμα, ενώ η ελαστίνη προσδίδει ελαστικότητα. Όσο περισσότερο κολλαγόνο και ελαστίνη περιέχει το δέρμα, τόσο περισσότερο δυνατό και ελαστικό είναι. Αν το δέρμα είναι πλούσιο σε ελαστίνη αναπτύσσει πιο σπάνια ραγάδες, διότι είναι πιο ευένδοτο και ελαστικό. Η σύσταση του δέρματος έχει σε γενικές γραμμές γονιδιακές βάσεις. Έτσι μερικές γυναίκες έχουν πιο ελαστικό και πιο δυνατό δέρμα σε σχέση με άλλες. Ωστόσο υπάρχουν και εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν τη σύσταση, όπως η ηλικία, η διατροφή, ο ύπνος, το κάπνισμα, η έκθεση στον ήλιο και γενικότερα η έκθεση σε stress.



ΥΠΕΡΜΕΛΑΧΡΩΣΗ

. Μια από τις πιο συνηθισμένες αλλαγές, που συνήθως καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε τις συνέπειες της μετά τον τοκετό είναι οι μελαχρωματικές αλλαγές του δέρματος που οφείλονται στην αύξηση της μελάχρωσης του δέρματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ιδιαίτερα στις μελαχρινές γυναίκες. . Εμφανίζεται πιο έντονα στο 2 τρίμηνο της εγκυμοσύνης .Συνήθως η μελάχρωση υποχωρεί μέσα σε ένα χρόνο από τον τοκετό. τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης σε συνδυασμό με την έκθεση στην υπέρυθρη ακτινοβολία είναι οι πιο συχνές αιτίες μελάχρωσης. Ιστολογικά , το πάχος της επιδερμίδας είναι φυσιολογικό, ενώ υπάρχει αυξημένη εναπόθεση μελανίνης στη βασική μεμβράνη και αυξημένος αριθμός μελανοκυττάρων. Ο ρόλος της ορμόνης που είναι καθοριστικής σημασίας για την ενεργοποίηση των μελανοκυττάρων, δε φαίνεται να είναι σημαντικός. Σε επιμένων μέλασμα και μετά τον τοκετό παρατηρείται συνήθως αύξηση της υπερμελάγχρωσης προεμμηνορυσιακά.

Υπερμελάχρωση που μπορεί να παρατηρείται σε ήδη μελαχρωματικές περιοχές, όπως τη θηλέα άλω του μαστού και παλιές τραυματικές ουλές στο σώμα και οφείλεται στην ενεργοποίηση των μελανοκυττάρων από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, ενώ σε περίπτωση γενικευμένης υπερμελάγχρωσης μπορεί να υποθάλπεται λανθάνοντας υπερθυρεοειδισμός, υπερμελάχρωση της λευκής γραμμής και ιδίως κάτω από τον ομφαλό, που οφείλεται σε τοπική αύξηση των μελανοκυττάρων, μέλασμα ή χλόασμα ή μάσκα της

εγκυμοσύνης που είναι πιο συχνό στις μελαχρινές γυναίκες και κυρίως εμφανίζεται στο μέτωπο, τις παρειές, το άνω χείλος, τα ζυγωματικά, το πηγούνι και σπάνια στην κάτω γνάθο. Το χρώμα είναι ανοιχτό φαιο-καφέ, ενώ τα όρια της βλάβης είναι ακανόνιστα και συνήθως με γραμμικό σχέδιο που επιδεινώνεται από την έκθεση στον ήλιο.

Με τη λυχνία του Wood το μέλασμα μπορεί να χωρισθεί σε τέσσερις τύπους:

α) Στον επιδερμικό τύπο, όπου με τη λυχνία του Wood παρατηρείται αύξηση της μελάγχρωσης και αύξηση της μελανίνης, κυρίως στη βασική στιβάδα. Ο τύπος αυτός παρατηρείται περίπου στο 70% των ατόμων με μέλασμα και ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπεία από άλλους τύπους.

β) Στο χοριακό τύπο (10% των περιπτώσεων), όπου δεν παρατηρείται επιδείνωση με τη λυχνία του Wood. (Ο τύπος αυτός ανταποκρίνεται πτωχά στα τοπικά θεραπευτικά σκευάσματα, διότι τα μακροφάγα του χορίου εμποδίζουν την ελάττωση της χρώσης).

γ) Στο μικτό τύπο (20% των περιπτώσεων), που παρουσιάζει ορισμένες περιοχές οι οποίες επιδεινώνονται και άλλες οι οποίες δεν επηρεάζονται με τη λυχνία του Wood.

δ) Στον ακαθόριστο τύπο (περίπου 2% των περιπτώσεων), που δεν κατηγοριοποιείται μέσω της εξέτασης με τη λυχνία του Wood.



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την αντιμετώπιση του εκτός από τα αντηλιακά με υψηλό δείκτη προστασίας, εφαρμόζουμε ειδικές λευκαντικές ουσίες τοπικά όπου υπάρχει το μέλασμα καθώς επίσης και επεμβατικές μεθόδους (χημικό peeling, Laser)

ΡΑΒΔΩΣΕΙΣ

Κάτι που προσεγγίζεται με ιδιαίτερη συχνότητα από την αισθητικό μετά το πέρας της εγκυμοσύνης και χρίζει άμεση αντιμετώπιση είναι η εμφάνιση ραβδώσεων. Συμπεριλαμβάνονται στις δομικές αλλαγές του δέρματος κατά την κύηση και εμφανίζονται με συχνότητα περίπου 90% ιδιαίτερα στις λευκές γυναίκες και σπάνια στη μαύρη-ασιατική φυλή. Αναπτύσσονται κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης κυρίως στην κοιλιακή χώρα και μερικές φορές στους μαστούς, τους μηρούς, τους γλουτούς, τους βραχίονες και τη βουβωνική χώρα. Αρχικά εμφανίζονται σαν λεπτές ραβδώσεις του δέρματος σε ερυθρό χρώμα που ενώ υποχωρούν λίγο μετά τον τοκετό, δεν εξαφανίζονται πλήρως. Εμφανίζονται ειδικά σε περιοχές που υπάρχει μεγάλη διάταση στο δέρμα.. Η έντονη διάταση δημιουργεί πολλαπλές μικρές ρήξεις στο δέρμα. Οι ρήξεις αυτές συνοδεύονται από ρήξεις μικρών αγγείων. Έτσι δημιουργούνται μικρά αιματώματα, τα οποία δημιουργούν μακρόστενες κηλίδες, τις ραγάδες. Με την πάροδο του χρόνου οι κηλίδες αυτές αντικαθίστανται από ουλώδη ιστό. Ο ουλώδης ιστός δεν απορροφάται και έτσι οι ραγάδες γίνονται μόνιμες. Το αν θα δημιουργηθούν ραγάδες στην περιοχή της κοιλιάς εξαρτάται από τη σύσταση του δέρματος, την έως τώρα διατροφή της εγκύου το βαθμό στον οποίο μεγαλώνει η μήτρα (πχ δίδυμα-μεγαλύτερη μήτρα) και την περιποίηση που κάνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μετά τον τοκετό οι αλλοιώσεις γίνονται ωχρές και ατροφούν, δεν εξαφανίζονται όμως εντελώς χωρίς την επισταμένη βοήθεια ενός επαγγελματία αισθητικού.

Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι η εμφάνιση των ραβδώσεων στο δέρμα έχουν γενετική προέλευση. Αν και δεν υπάρχει καμία σαφής απόδειξη της σύνδεσης, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις όπου μπορεί να εμφανιστούν λόγω κληρονομικότητας. Εάν στην μητέρα δημιουργήθηκαν ραβδώσεις κατά την εγκυμοσύνη τότε είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει και η κόρη. Άλλη μια άποψη είναι ότι μπορεί να οφείλονται σε διαταραχή των κολλαγόνων ινών. Η ορμόνη ρελαξίνη που αυξάνει στο δέρμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και των οιστρογόνων προκαλεί αύξηση στην παραγωγή των κολλαγόνων και μη θειικών βλεννοπολυσακχαριδών σε συνδυασμό με τη στρεσογόνο επίδραση της διάτασης στον αρχέγονο αυτό ιστό, οδηγούν στη δημιουργία ραβδώσεων. Φαίνεται, τέλος, ότι σημαντικό ρόλο παίζει η επίδραση χημικών μεσολαβητών στο κολλαγόνο και τις ελαστικές ίνες, η ακριβής όμως, παθογένεση δεν είναι γνωστή.

Το γεγονός ότι παρόμοιες βλάβες εμφανίζονται σε διάφορες άλλες καταστάσεις, όπως παχυσαρκία, διαβήτης, νόσο Cushing, υποσιτισμό και φυματίωση, καθώς και σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι διαφορετικά αίτια οδηγούν στο ίδιο κλινικό αποτέλεσμα.

Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μπορεί κάποια αντιγονική προσβολή να οδηγεί σε καταστροφή του δέρματος, δημιουργία ραβδώσεων και, δευτερογενώς, σε φλεγμονώδεις αντιδράσεις.



Παράγοντες που επηρεάζουν τη δημιουργία ραβδώσεων

- ν Κληρονομικότητα (Εάν τις είχαν η μητέρα και η αδερφή, στις εγκυμοσύνες τους πιθανόν να τις αποκτήσει και η κόρη)
- ν Ανοιχτόχρωμες κοπέλες δημιουργούν ευκολότερα ραγάδες
- ν Μια κακή διατροφή ενισχύει την πιθανότητα να δημιουργηθούν ραγάδες.

- v Το ξηρό δέρμα είναι λιγότερο ελαστικό από ένα δέρμα καλά ενυδατωμένο
- v Το βάρος που παίρνει μια γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη της παίζει καθοριστικό ρόλο.
- v Πολύ λεπτές και μικροκαμωμένες κοπέλες παρουσιάζουν ευκολότερα ραβδώσεις.

Τρόποι αντιμετώπισης

Οι ειδικές κρέμες αποτελούν την πρώτη, απλούστερη κι εντελώς απαραίτητη θεραπευτική λύση, όποια τελικά οδός κι αν ακολουθηθεί. Η χρήση τους γίνεται πρωί και βράδυ στις προβληματικές περιοχές για περισσότερο από έξι μήνες. Οι κρέμες δρουν περισσότερο προστατευτικά και δεν μπορούν να εξαλείψουν τον πρόβλημα. Στόχος μας είναι η αναζωογόνηση της αναπλαστικής διαδικασίας του δέρματος, ώστε να επουλώσει τις περιοχές όπου υπάρχουν ραβδώσεις και απλά να βελτιώσει την εικόνα τους.

ΞΗΡΟΤΗΤΑ-ΚΝΗΣΜΟΣ

Η ήπια φαγούρα είναι συνηθισμένη κατά την εγκυμοσύνη λόγω της αυξημένης παροχής αίματος στο δέρμα.

Καθώς η κοιλία μεγαλώνει συσφίγγει το δέρμα και να τεντώνει. Αυτό συνήθως προκαλεί κνησμό και ξηρότητα. Συνήθως παρατηρείται στην περιοχή της κοιλιάς και στο στήθος και ειδικά κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Μπορεί να παρατηρηθεί φαγούρα στο δέρμα κατά τους τελευταίους μήνες της κύησης και ειδικά στις πατούσες, στις παλάμες και στην κοιλιά χωρίς να παρατηρείται κάποιο εξάνθημα, είναι όμως κάτι σύνηθες και μετά την εγκυμοσύνη υποχωρεί.

ΣΤΗΘΟΣ

Η ανατομία του γυναικείου στήθους

Οι μαστοί είναι 2 ημισφαιρικοί σχηματισμοί, που βρίσκονται στο πρόσθιο τοίχωμα του θώρακα και ποικίλουν σε μέγεθος, σχήμα και τονικότητα ανάλογα με την ιδιοσυστασία του ατόμου, την ηλικία, τη φυλή, την ορμονική κατάσταση, καθώς και από το αν έχουν προηγηθεί κύηση και θηλασμός.

Στο κέντρο του μαστού βρίσκεται η θηλή, η οποία περιβάλλεται από τη θηλέα άλω (χρωματισμένη δερματική περιοχή γύρω από τη θηλή). Στη θηλή καταλήγουν οι εκφορητικοί - γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένος. Ο μαστικός αδένος μοιάζει με ένα αποπλατυσμένο δίσκο και αποτελείται από αδενοκυψέλες, που ομαδοποιούνται σε 15 - 20 αδενικά συγκροτήματα. Ο μαστικός αδένος βρίσκεται μέσα σε ένα παχύ στρώμα λίπους. Μεταξύ του μαστικού αδένος και του δέρματος υπάρχουν δέσμες συνδετικού ιστού. Επίσης, ο μαστός παρουσιάζει πλούσια αγγείωση.

Η ανάπτυξη των μαστών ξεκινάει από την εφηβεία με την επίδραση ορμονών και ολοκληρώνεται στο τέλος της εφηβείας. Το μέγεθος, όμως, του στήθους μεταβάλλεται και κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου και παρουσιάζει σημαντική αύξηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι μαστοί διογκώνονται κατά τη διάρκεια της κύησης, περίπου κατά το 1/3 του αρχικού τους όγκου.

Ένα από τα βασικά προβλήματα στη συγκεκριμένη περιοχή του σώματος είναι η χαλάρωση, που επέρχεται μετά από διάφορες καταστάσεις μεταξύ των οποίων και η εγκυμοσύνη. Σε κάθε περίπτωση η λέξη κλειδί είναι η πρόληψη!

Η χαλάρωση του στήθους δεν παύει να αποτελεί ένα πρόβλημα, που βασανίζει όλες τις γυναίκες στις διάφορες φάσεις της ζωής τους. Κάθε γυναίκα επιθυμεί ένα στήθος όμορφο, νεανικό και σφριγηλό, ανεξάρτητα από την ηλικία της. Το γυναικείο στήθος, ως σύμβολο ερωτισμού, αποτελεί σήμα κατατεθέν της σεξουαλικότητας της γυναίκας και επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ερωτική αυτοπεποίθηση και εικόνα της. Αν και τα πρότυπα γυναικείου στήθους που προβάλλονται στις μέρες μας είναι πολύ συγκεκριμένα, ωστόσο θα πρέπει να

τονίσουμε, πως το μέγεθος δεν είναι πάντα αυτό που μετράει, πως ακόμα και ένα μικρό ή μέτριο στήθος είναι σεξουαλικό και επιθυμητό από τους άντρες, όταν είναι καλοσχηματισμένο, στητό και σφριγηλό. Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνάμε, πως το στήθος κάθε γυναίκας είναι ιδιαίτερο και αποπνέει σεξουαλικότητα σε κάποιους άντρες, όπως άλλωστε και οποιοδήποτε άλλο σημείο του γυναικείου σώματος.

ΑΚΜΗ

Η ακμή της εγκυμοσύνης είναι μια συνηθισμένη δερματική διαταραχή που παρουσιάζεται σε κάποιες έγκυες γυναίκες, αποτέλεσμα της αυξημένης λιπαρότητας που εκκρίνεται από τους σμηγματογόνους αδένες. Οι αλλαγές των ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συχνά δημιουργούν ακμή ή την επιδεινώνουν εάν υπάρχει ήδη, επειδή αυξάνουν το μέγεθος των σμηγματογόνων αδένων και την παραγωγή σμήγματος. Αυτό το επιπλέον σμήγμα μπλοκάρει τους πόρους δημιουργώντας ένα περιβάλλον όπου τα βακτήρια αναπτύσσονται γρήγορα. Όσο αφορά στους σμηγματογόνους αδένες, η λειτουργία του αυξάνεται στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης και το δέρμα της εγκύου ταλαιπωρείται από αυξημένη ορατή λιπαρότητα που δύναται να οδηγήσει στην εμφάνιση ακμής. και την εμφάνιση κεχρίων . Τα φυμάτια του Montgomery (μικροί σμηγματογόνοι αδένες στη θηλαία άλω των μαστών) μεγεθύνονται και υπερτρέφονται νωρίς στην εγκυμοσύνη και εμφανίζονται ως πολλαπλές, υπερυψωμένες, καφεοειδείς βλατίδες, αποτελώντας πρώιμο σημείο εγκυμοσύνης. Το μέγεθός τους ελαττώνεται μετά τον τοκετό, ενώ μειώνεται επίσης και η υπερέκκριση των

σμηγματογόνων αδένων.

Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται βελτίωση της ακμής άλλες φορές σε μικρό και άλλες σε μεγάλο βαθμό . Το δέρμα της κάθε εγκύου αντιδρά διαφορετικά λόγω των μεγάλων αλλαγών των ορμονών και δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ποιο είναι το αποτέλεσμα σε κάθε περίπτωση.



ΚΥΤΤΑΡΙΤΙΔΑ

Η κυτταρίτιδα είναι η εναπόθεση νερού και λίπους ανάμεσα στο δέρμα και τον υποδόριο ιστό. Οφείλεται στην κακή αιμάτωση και στη διόγκωση των λιποκυψελών στη συγκεκριμένη περιοχή του σώματος που εμφανίζεται. Ο συνδετικός ιστός χάνει την ελαστικότητά του και το δέρμα παρουσιάζει μια εικόνα που μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.

Η κυτταρίτιδα χτυπά τη συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών, ανεξάρτητα αν έχουν λίγα ή παραπάνω κιλά. Σαφώς, η συσσώρευση

τοπικού λίπους ευνοεί την εμφάνισή της ή επιδεινώνει την κατάστασή της.

Η κυτταρίτιδα εμφανίζεται συνήθως στους μηρούς, τους γλουτούς, το στομάχι, την κοιλιά, τις γάμπες και στο εσωτερικό των μπράτσων.

Αποδίδεται στην καθιστική ζωή, τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα, την ακατάλληλη διατροφή σε διαταραχές στην κυκλοφορία του αίματος ή σε ορμονικές διαταραχές, σε κληρονομικότητα, στο κάπνισμα, στη συχνή και υψηλή κατανάλωση αλκοόλ.

Υπάρχουν τρία ήδη κυτταρίτιδας, που ορίζουν τη σοβαρότητά της:

Η κυτταρίτιδα Α σταδίου, γνωστή και ως ‘χαλαρή κυτταρίτιδα’ [χαμηλού βαθμού, εμφανής μόνο μετά από «τσίμπημα» της περιοχής]

Η κυτταρίτιδα Β σταδίου, που ονομάζεται και ‘οιδηματική’ [μέτριου βαθμού, εμφανής μόνο σε όρθια στάση]

Η κυτταρίτιδα Γ σταδίου, η πιο προχωρημένης μορφής κυτταρίτιδα, που ονομάζεται ‘συμπαγής’ [μεγάλου βαθμού, εμφανής τόσο σε όρθια όσο και σε ξαπλωτή στάση].



Η βασική αιτία της δημιουργίας της κυτταρίτιδας είναι η διαταραχή του μεσοκυττάρων υγρών. Όσο πιο φυσιολογική είναι η σύσταση των μεσοκυττάρων υγρών, τόσο ο συνδετικός ιστός διατηρείται πιο εύκαμπτος, ελαστικός και υγιής. Επίσης στη σύσταση των μεσοκυττάρων υγρών οφείλεται και η σωστή διακίνηση και ανταλλαγή μεταξύ τριχοειδών, θεμέλιου ουσίας και κυττάρων. αυτή ανταλλαγή. Σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα της κύησης, ο οργανισμός κατακλύζεται από οιστρογόνα, ορμόνες οι οποίες ευνοούν την κατακράτηση υγρού, συνεπώς ευνοούν και την ανάπτυξη της.

ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ

Είναι διασταλμένες φλέβες ακριβώς κάτω από την επιδερμίδα των ποδιών. Προκαλούν φαγούρα, πρήξιμο, κάψιμο, βάρος και πόνο στις γάμπες.

Από τον 4ο-5ο μήνα και μετά, καθώς η μήτρα μεγαλώνει, πιέζει προς τα κάτω τις φλέβες της λεκάνης. Είναι οι φλέβες που τροφοδοτούν με αίμα την καρδιά και τους πνεύμονες. Λόγω της διαστολής τους, το αίμα οδηγείται να λιμνάσει στις πιο μικρές φλέβες των ποδιών. Όσο το μωρό μεγαλώνει προς το τέλος της εγκυμοσύνης, τόσο το πρόβλημα επιδεινώνεται, οι φλέβες μεγαλώνουν και γίνονται ακόμα πιο διακριτές στο δέρμα της εγκύου.

ΚΙΡΣΟΙ

Οι κίρσοι εμφανίζονται στο κάτω μέρος του σώματος (κυρίως στα πόδια αλλά σε κάποιες περιπτώσεις και στα γεννητικά όργανα) λόγω μιας επιβράδυνσης που παρατηρείται στη ροή του αίματος από το κάτω μέρος το σώματος προς την καρδιά, η οποία προκαλεί το αίμα να λιμνάσει. Παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες που έχουν κληρονομική προδιάθεση.

Συμπτώματα

Πόνος διαρκείας στα πόδια , συχνά με ερεθισμένο δέρμα. Οι φλέβες των ποδιών μπορεί να πρηστούν και να έχουν σκούρο άλικο χρώμα. Μπορεί επίσης να υπάρχει η αίσθηση του "βάρους" στα χείλη του αιδοίου.

Αιτίες

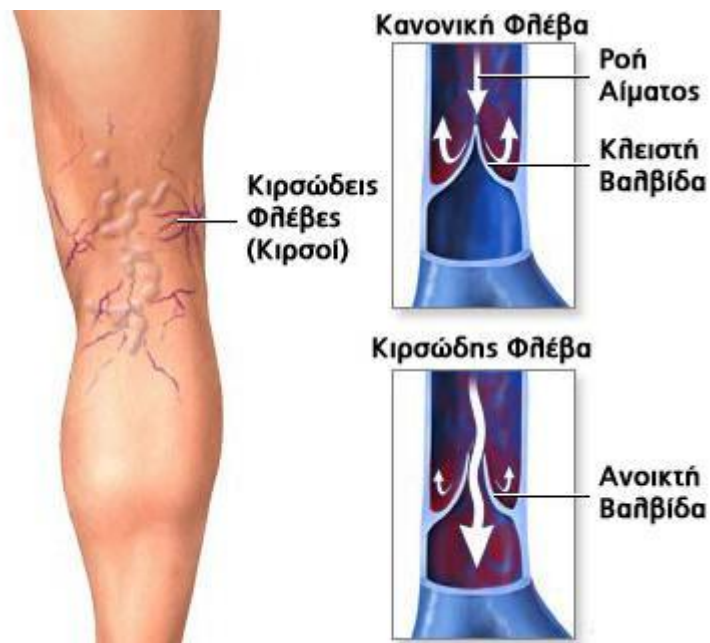
Η αυξημένη πίεση της μήτρας στις φλέβες της πυέλου, των ποδιών και των χειλιών του κόλπου προκαλεί συγκέντρωση αίματος στις φλέβες αυτές, που τις διατείνει και σπάει τις βαλβίδες που απαγορεύουν την προς τα πίσω ροή, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κίρσωδών φλεβών. Αν η οικογένειά της εγκύου έχει ιστορικό κίρσωδών φλεβών, είναι πιθανότερο να πάθει και η ίδια. Το δέρμα φαίνεται ερεθισμένο και οι σκούροι κίρσοι το κάνουν να έχει αντιαισθητική όψη.

Θεραπεία ή πρόληψη

Να αποφεύγεται το υπερβολικό βάρος.

Να αποφεύγεται η υπερβολική ορθοστασία.

Να κάνει η εγκυμονούσα περίπατο κάθε μέρα.



ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ

Οι **αιμορροΐδες**, που ουσιαστικά αποτελούν κίρσους στη περιοχή του πρωκτού, είναι συχνό φαινόμενο της εγκυμοσύνης. Επειδή η ροή του αίματος μειώνεται, το αίμα λιμνάζει και οι φλέβες στο πρωκτό μπορεί να διογκωθούν. Οι αιμορροΐδες μπορεί να προκαλούν έντονο πόνο, ή ακόμη και κνησμό, κυρίως όταν υπάρχει κινητικότητα στο έντερο. Συνήθως παρουσιάζουν μια μικρή αιμορραγία ανάλογα και με την έκταση του προβλήματος. Τις περισσότερες φορές φεύγουν μετά το πέρας της εγκυμοσύνης.

ΤΡΙΧΟΦΥΙΑ

. Σε πολλές γυναίκες παρατηρείται πάχυνση των τριχών και αύξηση του όγκου τους, κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, που όμως υποχωρεί μετά τον τοκετό. Αυτό φαίνεται να οφείλεται σε μεταστροφή του θυλάκου των τριχών από την τελογενή (πτωτική φάση) στην αναγενή φάση (ενεργός αυξητική φάση) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε επιτάχυνση της αλλαγής από αναγενή σε τελογενή μετά τον τοκετό, με επακόλουθη πτώση. Πιθανότατα αυτή η αλλαγή στην φυσιολογία του κύκλου της ζωής της τρίχας να οφείλεται στις ορμονικές αλλαγές της εγκυμοσύνης,

αλλά και στις στρεσογόνες συνθήκες του τοκετού. Σε αντίθεση με αυτή την κατάσταση είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σοβαρή τριχόπτωση, τελογενής ή ανδρογενετικού τύπου αλωπεκία, που ακολουθείται από ασθενή επανέκφυση τριχών. Δυστυχώς όμως τα ‘συμπτώματα’ στη διαταραχή της τριχοφυΐας δεν περιορίζονται σε ελάχιστα ορατές περιοχές ούτε στο τριχωτό της κεφαλής, δύναται να παρατηρηθούν ακόμη και στο πρόσωπο ως δασυτριχισμός και τότε οι περιορισμοί στην εφαρμογή της ριζικής αποτρίχωσης και των άλλων μεθόδων τύπου παλμικό φως και laser μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην ψυχολογία της πελάτισσάς μας, αλλά και να την οδηγήσει σε απερίσκεπτους τρόπους λανθασμένης αντιμετώπισης της.

ΑΛΩΠΕΚΙΑ

Αλωπεκία λέγεται η τέλεια έλλειψη ή και η αραίωση των τριχών της κεφαλής ή και του σώματος λόγω πτώσεως και σπάνια λόγω αγενεσίας.

Σε όλο το σώμα υπάρχουν 5.000.000 τρίχες. Από αυτές 1.000.000 βρίσκονται στο κεφάλι κι από αυτές 100.000 – 150.000 βρίσκονται στο τριχωτό της κεφαλής.

Πτώση από 50-100 τρίχες ημερησίως θεωρείται φυσιολογική και γενικά είναι σταθερή, γιατί ο κύκλος των τριχών είναι ασύγχρονος. (Το 80-85% των τριχών βρίσκονται στην αναγεννή τους φάση, το 15 –20% στην

τελογενή φάση, το 1-2% στην καταγενή και το 1-2% των τριχών είναι δυστροφικές).

Σε κάποια άτομα, όμως, η πτώση δεν είναι σταθερή και παρουσιάζει εποχιακή διακύμανση. Στην πράξη, χάνουμε λιγότερες από 100 τρίχες ημερησίως, όταν, όμως, η απώλεια είναι μεγαλύτερη, τότε η κατάσταση είναι παθολογική.

Οι αλωπεκίες διακρίνονται: σε διάχυτη (απώλεια τριχών από όλο το τριχωτό της κεφαλής), περιγεγραμμένη (κατά πλάκες) και ολική αφ' ενός και σε παροδική και μόνιμη αφ' ετέρου καθώς και σε ουλωτική και μη ουλωτική.

Τοκετός

Αρκετές γυναίκες βιώνουν διάχυτη αλωπεκία περίπου στο τρίμηνο μετά τη γέννηση του παιδιού, εξαιτίας των μεταβολών στα επίπεδα των ορμονών. Οι υψηλές συγκεντρώσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης στον οργανισμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διατηρούν ένα μεγαλύτερο ποσοστό των μαλλιών από το φυσιολογικό στη φάση της αναγέννησης και μετά τη γέννα, η πτώση των επιπέδων ορμονών εισάγει τα μαλλιά στη φάση της τελογένεσης και ως αποτέλεσμα παρατηρείται αυξημένη τριχόπτωση. Δηλαδή, στην ουσία ένα ποσοστό τριχών που θα έπρεπε να έχουν πέσει, έχουν διατηρηθεί και μετά αποπίπτουν.

Πρόκειται όμως για αναστρέψιμο φαινόμενο, που αποκαθίσταται ολοκληρωτικά περίπου 9 μήνες μετά τη γέννα.

Αντιμετώπιση της Διάχυτης Αλωπεκίας

Συνήθως το φαινόμενο είναι αναστρέψιμο και σε λίγους μήνες έως ένα χρόνο, η αραίωση έχει αποκατασταθεί και τα τριχοθυλάκια παραμένουν υγιή. Σε κάποιες περιπτώσεις, η **διάχυτη αλωπεκία** μπορεί να λειτουργήσει ως προπομπός της γυναικείου τυπου αλωπεκίας: τα μαλλιά επανεκφύονται, όμως πιο λεπτά και συρρικνωμένα από ότι πριν, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται ο αρχικός βαθμός πυκνότητας.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΝΥΧΙΑ

Τα νύχια σπάνια υφίστανται ονυχόλυση, εγκάρσια αυλάκωση ή επωνύχια κεράτωση που δεν αντιμετωπίζονται εύκολα με διατροφικές συμβουλές και προϊόντικές θεραπείες. Σίγουρα όμως κατά την εγκυμοσύνη η ανάπτυξη τους είναι αυξημένη και ελαττώνεται αμέσως μετά τον τοκετό , οπότε και επανέρχεται στο φυσιολογικό.

ΚΑΛΟΙ

Εμφανίζονται στα σημεία όπου νεκρώνεται τοπικά το δέρμα, εξαιτίας της επαναλαμβανόμενης πίεσης και τριβής. Μπορεί να προκύψουν και ως αποτέλεσμα του τρόπου που βαδίζουμε. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν λόγω εγκυμοσύνης, εξαιτίας της επιβάρυνσης της σπονδυλικής στήλης και της επίδρασης του επιπλέον βάρους στον τρόπο βάδισης ή εξαιτίας της πτώσης του μεταταρσίου (ενός οστού του πέλματος).

Τρόποι αντιμετώπισης

Όσο είναι ακόμα στην αρχή της, μια σκλήρυνση μπορεί να υποχωρήσει με την κατάλληλη φροντίδα. Αν, όμως, αμελήσουμε και εξελιχθεί σε κάλο, τότε θα χρειαστεί μικρή τοπική χειρουργική επέμβαση (σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή), για να αφαιρεθεί από τη ρίζα. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε σκευάσματα που κυκλοφορούν στα φαρμακεία, αφού πρώτα όμως συμβουλευτούμε τον ειδικό ποδολόγο.

ΕΦΙΔΡΩΣΗ

Συμπτώματα

Υπερβολική εφίδρωση μετά από λίγο ή καθόλου καταβολή προσπάθειας. Μπορεί η εγκυος να ξυπνήσει τη νύχτα ιδρωμένη και νιώθοντας ζεστή.

Αιτίες

Οι αλλαγές των ορμονών προκαλούν διεύρυνση των υποδερμικών αιμοφόρων αγγείων, με αποτέλεσμα την αύξηση της ροής του αίματος, της θερμότητας και της εφίδρωσης. όσον αφορά την δραστηριότητα των αδένων παρατηρείται αύξηση του ιδρώτα προς το τέλος της κύησης που μπορεί να οδηγήσει σε υπερίδρωση καθώς και να συμβάλλει σε μια μορφή εκζέματος που λέγεται δυσιδρωσικό.

Θεραπεία ή πρόληψη

Χαλαρά,βαμβακερά ρούχα.

Πολλά υγρά.

Ύπνος σε δροσερό δωμάτιο.

ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΑ

Συμπτώματα

Κόκκινο, λεπιδωτό εξάνθημα στις πτυχές του δέρματος (κάτω από τους μαστούς ή τη βουβωνική χώρα).

Αιτίες

Η τριβή των επιφανειών του δέρματος μεταξύ τους.

Θεραπεία ή πρόληψη

Να αποφεύγεται το υπερβολικό βάρος.

Να διατηρούνται οι περιοχές που έχουν προσβληθεί στεγνές και καθαρές.

Αν το εξάνθημα επιμείνει ή μολυνθεί, η έγκυος να συμβουλευθεί το γιατρό της.

ΠΕΜΦΙΓΟΙΔΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Το πεμφιγοειδές της κύησης είναι σπάνια αυτοάνοση πομφολυγώδης δερματοπάθεια που σχετίζεται στενά με τα πομφολυγώδη νοσήματα της ομάδας του πεμφιγοειδούς.

Κλινική εικόνα.

Το νόσημα εκτιμάται ότι εμφανίζεται σε μία στις 40.000 - 60.000 γεννήσεις. Δεν έχει φυλετική προτίμηση, αν και σχετίζεται με τα HLA-DR3 και DR-4. Μπορεί να εμφανιστεί από την 9η εβδομάδα της κύησης έως και μία εβδομάδα μετά τον τοκετό, αλλά συνήθως παρουσιάζεται στο β' και στο γ' τρίμηνο. Μπορεί να παρουσιαστεί και σε επόμενες κυήσεις με πρωιμότερη έναρξη και εντονότερη κλινική εικόνα.

Εμφανίζεται με κνησμώδεις, ερυθματώδεις κνιδωτικές βλατίδες και πλάκες, που εξελίσσονται σε φυσαλιδοπομφολυγώδεις βλάβες πάνω σε ερυθματώδες δέρμα, αλλά πομφόλυγες μπορεί να εμφανιστούν και σε υγιές δέρμα. Οι πομφόλυγες είναι συνήθως υπό τάση. Στο 90% των ασθενών το εξάνθημα αρχικά περιορίζεται στην περιομφαλική χώρα και αργότερα επεκτείνεται στην κοιλιά, στους μηρούς, στις παλάμες και στα πέλματα. Το εξάνθημα μπορεί να γενικευθεί, αλλά το πρόσωπο και ο βλεννογόνος του στόματος σπάνια προσβάλλονται. Συνήθως υπάρχει αυτόματη ύφεση του νοσήματος προς το τέλος της κύησης, με μία μόνο

έξαρση στις 24 έως 48 ώρες μετά τον τοκετό, που μπορεί να διαρκέσει από μερικές εβδομάδες έως λίγους μήνες.

ΕΝΔΟΗΠΑΤΙΚΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η ενδοηπατική χολόσταση της κύησης χαρακτηρίζεται από χολοστατικού τύπου βιοχημικές διαταραχές, με κύρια κλινική εκδήλωση ελαφρύ ίκτερο και κνησμό. Εμφανίζεται συνήθως στο 3ο τρίμηνο της κύησης και υποχωρεί μετά τον τοκετό. Η συχνότητά της διαφέρει ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Συναντάται συχνότερα στη νότια Αμερική, ειδικά στη Χιλή, όπου παρατηρείται μέχρι και στο 10% των εγκύων. Στην Ευρώπη η συχνότητα ανέρχεται περίπου σε 1%. Αυξημένα ποσοστά εμφανίζονται σε δίδυμες κυήσεις (20% - 22%) και έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση (2,7%). Η έκβαση της νόσου συνήθως είναι καλή: η χολόσταση υποχωρεί μετά τον τοκετό εντός 2 - 10 ημερών και σπανιότερα υπάρχει περίπτωση να επιμείνει έως 80 ημέρες. Συχνότερη ενδεχόμενη επιπλοκή της νόσου είναι ο πρόωρος τοκετός. Άλλες επιπλοκές που έχουν περιγραφεί, όπως κεχρωσμένο ενάμνιο, εμβρυϊκές ταχύ- ή βραδυαρρυθμίες και ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου είναι εξαιρετικά σπάνιες. Η νόσος συνήθως υποτροπιάζει στις επόμενες εγκυμοσύνες με την ίδια καλοήγη εξέλιξη. Έχει παρατηρηθεί, αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί η σχέση της ενδοηπατικής χολόστασης της κύησης με μελλοντική εμφάνιση πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης.

ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΠΙΤΥΡΙΑΣΗ

Το

Βασικό σύμπτωμα και ίσως το μοναδικό που εμφανίζει κάποιος με ροδόχρου πιτυρίαση είναι μικρής έκτασης εξανθήματα που εμφανίζονται κυρίως στις περιοχές που καλύπτονται από πουκάμισα, ελαφρές μπλούζες και κοντά παντελόνια. Δηλαδή, τα ροζ εξανθήματα που χαρακτηρίζουν και διαφοροποιούν τη ροδόχρου πιτυρίαση από την ποικιλόχρου πιτυρίαση κάνουν την εμφάνισή τους βασικά στο θώρακα και την κοιλιά, και σε μικρότερο βαθμό στα χέρια, τα πόδια και το λαιμό. Το εξάνθημα αυτό μπορεί να εμφανιστεί και στην πλάτη. Μάλιστα, αν ο βαθμός της μόλυνσης είναι σοβαρότερος, τα εξανθήματα στην πλάτη μπορεί να παραπέμπουν σε κλαδιά δένδρου. Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, παρατηρείται και λίγη φαγούρα στα σημεία που έχουν εμφανιστεί τα εξανθήματα, η οποία όμως μπορεί να επιδεινωθεί με τον ιδρώτα και το τρέξιμο.

Τα εξανθήματα της ροδόχρου πιτυρίασης

Τα εξανθήματα της ροδόχρου πιτυρίασης είναι συνήθως στρογγυλού ή ωοειδούς σχήματος, με ανοιχτό κόκκινο - ροζ χρώμα. Τα εξανθήματα της ροδόχρου πιτυρίασης είναι ανασηκωμένα και το κέντρο τους έχει μικρές ρυτίδες. Το μέγεθός τους φθάνει μέσα σε λίγες ημέρες τα 2-6 εκατοστά και σε περίπου δύο εβδομάδες εμφανίζονται και άλλα εξανθήματα, αλλά συνήθως είναι μικρότερα.

Οι ροζ κηλίδες-εξανθήματα υποχωρούν μετά από περίπου 1,5 μήνα, αφήνοντας όμως μία δυσχρωμία στην περιοχή των εξανθημάτων η οποία και αυτή υποχωρεί μετά από κάποιο διάστημα.

ΤΕΡΜΙΘΟΣ

Στις διαταραχές που λαμβάνουν χώρα ως δομικές αλλαγές του δέρματος κατά την κύηση συμπεριλαμβάνεται και η τέρμιθος της εγκυμοσύνης που χαρακτηρίζεται από ορατές μελαχρωματικές εκβλαστήσεις από μαλακό σαρκώδες δέρμα και γίνονται ορατές σε ορισμένες περιοχές του σώματος, όπως στη μασχάλη, την τραχηλική χώρα, την υπομαστική περιοχή και τη βουβωνική χώρα ορισμένων εγκύων γυναικών. Υποχωρεί μετά τον τοκετό, υπάρχει όμως η περίπτωση να παραμείνει και τα κλινικά της σημάδια να μεγενθυθούν σε επόμενες εγκυμοσύνες. Αντιμετωπίζεται ιατρικά και επειδή δε νοσείται σε ιό δεν είναι μεταδιδόμενη.



Όσο αφορά στους σμηγματογόνους αδένες, η λειτουργία του αυξάνεται στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης και το δέρμα της εγκύου ταλαιπωρείται από αυξημένη ορατή λιπαρότητα που δύναται να οδηγήσει στην εμφάνιση ακμής. Τα φυμάτια του Montgomery (μικροί σμηγματογόνοι αδένες στη θηλαία άλω των μαστών) μεγεθύνονται και υπερτρέφονται νωρίς στην εγκυμοσύνη και εμφανίζονται ως πολλαπλές, υπερυψωμένες, καφεοειδείς βλατίδες, αποτελώντας πρώιμο σημείο εγκυμοσύνης. Το μέγεθός τους ελαττώνεται μετά τον τοκετό, ενώ μειώνεται επίσης και η υπερέκκριση των σμηγματογόνων αδένων.

Ενώ τα οιστρογόνα φαίνεται να έχουν ανασταλτική επίδραση στην παραγωγή σμήγματος, στην εγκυμοσύνη, είτε εμποδίζεται η δράση αυτών στους σμηγματογόνους αδένες, είτε ενεργοποιείται κάποιος ισχυρός σμηγματοτροπικός παράγοντας οφείλεται σε ιό δεν είναι μεταδιδόμενη.

ΟΙΔΗΜΑ

Κατά την εγκυμοσύνη εντυπωσιακή είναι συνήθως και η παρατήρηση εμφάνισης εκτεταμένου οιδήματος, που αφήνει εντύπωμα και είναι πολύ συχνό κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Επηρεάζει το πρόσωπο, κυρίως την περικογχική χώρα, καθώς επίσης και τα χέρια, τους

αστραγάλους και τα πόδια. Οίδημα βλεφάρων παρατηρείται στο 50% όλων των εγκύων γυναικών, ενώ οίδημα κάτω άκρων στο 70%. Η αιτιολογία είναι τα αυξημένα επίπεδα κυκλοφορούντων ορμονών (ωοθηκικών, πλακουντιακών και αδρενοκορτικοειδών), τα οποία οδηγούν σε αυξημένη αγγειοβρίθεια, με συνοδό κατακράτηση άλατος και ύδατος, καθώς και σε αυξημένη αγγειακή διαπερατότητα, ενώ η αύξηση του μεγέθους της μήτρας δυσχεραίνει την επαναφορά του αίματος και επιδεινώνει το οίδημα που είναι εντονότερο το πρωί και ελαττώνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Κατά τη διερεύνηση του οιδήματος είναι σημαντικό να αποκλεισθεί οποιαδήποτε παθολογική κατάσταση, ενώ η λεμφική μάλαξη μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην βελτίωση της λεμφικής παροχέτευσης και την αποσυμφόρηση του οργανισμού.

ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Προέρχονται από διάταση, αστάθεια και νέο σχηματισμό αγγείων (που υποχωρούν μετά τον τοκετό. Η αυξημένη αγγείωση εμφανίζεται στο γυναικείο κόλπο και τράχηλο, αλλά και στις παλάμες και τις ουλές. Επίσης παρατηρείται έντονη αγγειοδιαστολή που γίνεται αισθητή ακόμη και στους κίρσους. Στην άνω κοίλη φλέβα και κατά συνέπεια στις περιοχές που αρδεύονται από αυτή, όπως την περιοχή γύρω από τα μάτια παρατηρείται ακόμη πιο έντονη αγγειοδιαστολή που οδηγεί στην οιδηματώδη εμφάνιση των περιοχών και την

ευαισθητοποίηση τους σε ποσοστό που ξεπερνά το 50% και υποχωρεί 3 μήνες μετά τον τοκετό. Ερύθημα παρατηρείται επίσης στις παλάμες των περισσότερων εγκύων, που μοιάζει βιβλιογραφικά πολύ με αυτό των ηπατικών παλαμών. Οίδημα που είναι πιο εμφανές κατά τις πρώτες πρωινές ώρες δύναται να προκαλείται από άλλες αιτίες που θέτουν σε κίνδυνο την ίδια την εγκυμοσύνη και να συνυπάρχει με την εμφάνιση κιρσών από την αυξημένη αγγειοδιαστολή και φλεβική πίεση στα πυελικά αγγεία λόγω του βάρους της μήτρας.

Επίσης παρατηρείται έντονο ερύθημα σε όλο το πρόσωπο, ωχρότητα, αίσθηση θερμού ή παγωμένου σε όλο το σώμα, μαρμαροειδές δέρμα στα κάτω άκρα, επιδείνωση προϋπάρχοντος φαινομένου Raynaud και άλλων ρευματοπαθειών, δερμογραφισμός και κνίδωση κατά τη διάρκεια της κύησης.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΙ

Μια από τις πιο συνήθεις διαταραχές που χειροτερεύουν κατά την εγκυμοσύνη είναι η ατοπική δερματίτιδα, παρά το ότι έχει παρατηρηθεί σε ένα πολύ μικρό ποσοστό και ύφεση, τείνει όμως και να πρωτοεμφανιστεί σε άτομα με ατοπική προδιάθεση. Ερεθιστική δερματίτιδα στα χείλη και έκζεμα στις θηλές μπορεί να εμφανιστεί μετά τον τοκετό, ενώ η κοινή ακμή κατά την κύηση, η ιδρωταδενίτιδα ή κεχροειδές ερύθρσασμα και οι φλυκταινώδεις νόσοι γενικότερα μπορεί να επιδεινωθούν. Η ψωρίαση βελτιώνεται και αυτό οφείλεται στα υψηλά επίπεδα μιας κυτοκίνης, της ιντερλευκίνης που επιδρά θετικά στη νόσο, ενώ συχνά τα φλυκταινίδια που μπορεί να εμφανιστούν κατά το πρώτο

τρίμηνο της κύησης μπορεί να συσχετισθούν με άλλα συμπτώματα, όπως πυρετός και χρίζουν άμεσης ιατρικής βοήθειας. Οι βλεννογόνοι συχνά εμφανίζουν διαβρωτικές ή έρπουσες βλάβες, σπάνια όμως στο πρόσωπο. Υπονύχιες φλύκταινες δύναται να εμφανιστούν και να προκαλέσουν ακόμη και ονυχόλυση. Η υποασβεστιαμία, τα ελαττωμένα επίπεδα βιταμινών D, B12, λόγω υποπαραθυρεοειδισμού είναι συνήθη. Η υποασβεστιαμία χειροτερεύει την φλυκταινώδη ψωρίαση, ίσως λόγω υπολευκωματιναιμία, που συχνά μπορεί να παρατηρηθεί κατά την κύηση είτε λόγω υπάρχοντος υποπαραθυρεοειδισμού που οδηγεί σε αυξημένες απαιτήσεις για Ca⁺⁺ στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης που μπορεί να οδηγήσει σε σπασμούς, τέτανο και παραλήρημα.

ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

Κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να εμφανιστούν δερματικοί όγκοι για πρώτη φορά ή να παρατηρηθεί αύξηση του μεγέθους ή του αριθμού των ήδη υπαρχόντων, μπορεί επίσης να υπάρξει πολ/σμός των τριχοειδών ιδιαίτερα στους βλεννογόνους ανάμεσα στο 2ο και 5ο μήνα της κύησης, η γνωστή επουλίσ της κύησης. Άλλα ποικίλα οζίδια που εμφανίζονται τους όψιμους συνήθως μήνες της κύησης εξαφανίζονται συνήθως μετά τον τοκετό. Αιμαγγειώματα -ενδοθηλιώματα ιδιαίτερα στην περιοχή γύρω από τα μάτια είναι σύνηθες φαινόμενα και ενίοτε περιβάλλονται από διεσταλμένες φλέβες, ενώ συνυπάρχουν με υπερμελάγχρωση σε άλλες περιοχές του δέρματος. Τα χηλοειδή μπορεί να αναπτυχθούν κατά την κύηση καθώς και υπέρταση ή ρήξη νεφρικής αρτηρίας δύναται να

παρατηρηθούν.

Ιστολογικά τα μελανοκύτταρα αυξάνουν σε μέγεθος και εκκρίνουν αυξημένη μελανίνη με πλήρως αναπτυγμένους δενδρίτες ή αντίθετα αλλοιώσεις μελανοκυτταρικών σπύλων. Αύξηση στους υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης, που όπως είχαμε αναφέρει στο πρώτο μέρος ευθύνεται για πληθώρα μελαχρωματικών αλλοιώσεων και κακοηθών εξαλλαγών συγγενών και δυσπλαστικών σπύλων.

Από την άλλη όμως υπάρχουν ενδείξεις ότι η πολυτοκία προσφέρει προστατευτικό ρόλο στην εμφάνιση μελανώματος στις γυναίκες, ενώ από τις μελέτες των Gizin, Driscoll και Granthels διαπιστώθηκε ότι η κύηση δεν επιδρά στην 5ετή επιβίωση.

ΚΝΙΔΩΤΙΚΕΣ, ΚΝΗΣΜΩΔΕΙΣ ΒΛΑΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΠΛΑΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

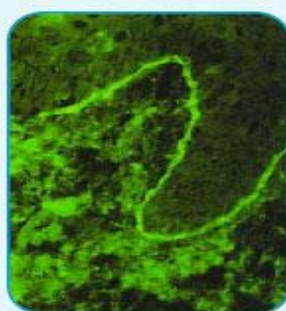
Το πολύμορφο εξάνθημα της κύησης απαντάται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης και διαρκεί από 1 έως 6 εβδομάδες. Αρχίζει συνήθως στις ραβδώσεις της κοιλιάς και αφήνει άθικτη την περιοχή γύρω από τον ομφαλό. Είναι πολύμορφο, αλλά πιο συχνά εμφανίζει κνιδωτικές βλατίδες, πλάκες, φουσαλίδες και πορφύρες. Μέσα σε λίγες ημέρες προσβάλλει τους μηρούς, τους γλουτούς και τους βραχίονες, ενώ πρόσωπο και παλάμες συνήθως όχι. Όταν η νόσος είναι διάχυτη θυμίζει συνήθως τοξικό ερύθημα και είναι εύκολα ευδιάκριτη. Καθώς υποχωρεί μοιάζει με έκζεμα με διάφορη κλινική εικόνα.

Θεωρείται ότι η ταχεία διάταση του κοιλιακού τοιχώματος στις πρωτότοκες και η ανώμαλη απόκτηση βάρους από τη μητέρα και το έμβρυο, μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο συνδετικό ιστό και να προκαλέσει τις ραβδώσεις και τη φλεγμονώδη απάντηση του οργανισμού στην κνίδωση. Άλλοι πάλι συγγραφείς θεωρούν ότι κατά το πρώτο τρίμηνο που ωριμάζει ο πλακούντας πυροδοτείτε πολ/σμός των ινοβλαστών. Κατά την κνίδωση παρατηρείται χαρακτηριστική θυλακίτιδα, ενώ στην κνήφη τα συμπτώματα αρχίζουν νωρίτερα και επιμένουν καθ' όλη την κύηση. Μπορεί δε να επανέλθει σε επόμενη κύηση. Η κατάσταση δεν επηρεάζει το έμβρυο και αντιμετωπίζεται με ιατρική συνταγή.



ΚΝΗΦΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Έχει πολλές ονομασίες και χαρακτηρίζεται από ερυθματώδεις βλατίδες, οζίδια εξανθήματα γενικότερα σε εκτατικές επιφάνειες άκρων και περιστασιακά στην κοιλιά. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε τρίμηνο της εγκυμοσύνης και να υποτροπιάσει σε



Εικόνα 5

Εντόνη γραμμική εναπόθεση κατά μήκος της ζώνης της βασικής μεμβράνης, σε ασθενή με πεμφιγοειδές της κύησης.



Εικόνα 6

Πρώιμο στάδιο πολυμόρφου, που εμφανίζει μικρές κνιδιωτικές βλατίδες μέσα στις ερυθματώδεις ραβδώσεις.

επόμενη εγκυμοσύνη.

Ιστολογικά παρατηρείτε φλεγμονώδη, κυτταρική διήθηση στο χόριο με περιστασιακές επιδερμικές αλλοιώσεις. Μπορεί να υπάρχει ατοπική προδιάθεση στο άτομο ή ενδοηπατική χολόσταση ή και τα δύο. Μπορεί όμως να μη σχετίζεται και με τίποτα από τα προλεγόμενα.

ΚΝΗΣΜΩΔΕΙΣ ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Χαρακτηρίζεται από ένα κνησμώδες εξάνθημα και περιγράφηκε σχετικά πρόσφατα η νόσος. Κλινική εικόνα έχει αναφερθεί ερυθματώδεις και θυλακικές βλατίδες από τον 4ο έως τον 9ο μήνα της κύησης.

Ιστολογικά διαπιστώνεται άσηπτη θυλακίτιδα με διαφοροδιάγνωση μικροβιακή θυλακίτιδα ή λοιμώδη. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ορμονικής διαταραχής απαραίτητα, ενώ μπορεί να συνυπάρχει ενδοηπατική χολόσταση και υποχωρεί μετά τον τοκετό.

ΕΡΠΗΣ

Ιός Απλού Ερπητα. Ο ιός του Απλού Ερπητα διακρίνεται σε 2 τύπους: - Σ? αυτόν που εντοπίζεται συνήθως στο στόμα, στη μύτη, στα βλέφαρα, στα χείλη κ.λ.π. (HSV-1) και - Σ? αυτόν που εντοπίζεται κυρίως στην περιοχή των γεννητικών οργάνων (HSV-2). Δεν είναι αποδεδειγμένο, εάν ο ιός περνά τον πλακούντα. Νεώτερες έρευνες υποστηρίζουν πως η λοίμωξη είναι δυνατή και δια μέσου του πλακούντα και ακόμα δια μέσου του μητρικού γάλακτος, αν και η δεύτερη εκδοχή αμφισβητείται σοβαρά. Δεν είναι γνωστό, τί ποσοστό παιδιών μολύνεται, όταν η μητέρα πάσχει.

Τα περισσότερα όμως, από τα μισά παιδιά απ' αυτά που μολύνονται από τον ιό τη στιγμή της γέννησης, πεθαίνουν ή παθαίνουν σοβαρές βλάβες. Σ ένα ποσοστό 75% περίπου, το έμβρυο μολύνεται κατά τη δίοδό του από το γεννητικό σωλήνα. Γι αυτό, όταν η μητέρα έχει έρπητα των έξω γεννητικών οργάνων, συστήνουν καισαρική τομή και μάλιστα όχι αργότερα από 4-6 ώρες μετά τη ρήξη του θηλακίου.



Η νόσος αναφέρεται στα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Η μόλυνση από τον έρπητα των έξω γεννητικών οργάνων επιφέρει, σε όλα σχεδόν τα παιδιά που επιζούν, ερπητική εγκεφαλίτιδα, δηλαδή μόνιμες νευρολογικές διαταραχές. Η πρόληψη της νεογνικής ερπητικής εγκεφαλίτιδας συνίσταται κυρίως, στην πρόληψη του έρπητα των έξω γεννητικών οργάνων, αλλά και του προσώπου. Ο επιχείλιος έρπητας της μητέρας είναι δυνατό να μεταδοθεί στο νεογνό, αλλά ο κίνδυνος θεωρείται μικρός.

Ποια είναι τα συμπτώματα των κονδυλωμάτων;

Μερικοί μόνο τύποι HPV προκαλούν κονδυλώματα στα γεννητικά όργανα. Άλλοι πάλι τύποι μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στα κύτταρα των επιφανειακών στιβάδων του δέρματος (μυρμηγκιές) ή του βλεννογόνου (τράχηλος της μήτρας).

Με τι μοιάζουν τα κονδυλώματα;

Τα κονδυλώματα εμφανίζονται ως προεξοχές του δέρματος με αλλαγή της αρχιτεκτονικής του. Μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά και να μοιάζουν με μικρά σπυράκια ή το συχνότερο με μικροσκοπικό κουνουπίδι. Τις περισσότερες φορές έχουν το χρώμα του δέρματος, αλλά μπορεί να είναι και λίγο λευκότερα. Δεν προκαλούν κνησμό, πόνο ή αίσθημα καύσου.

Πολλές φορές, όταν το μέγεθος των κονδυλωμάτων είναι πολύ μικρό, δεν φαίνονται με γυμνό μάτι και ονομάζονται «υποκλινικά». Στις περιπτώσεις αυτές οι πάσχοντες μπορεί να μην γνωρίζουν καν ότι φέρουν τον HPV.

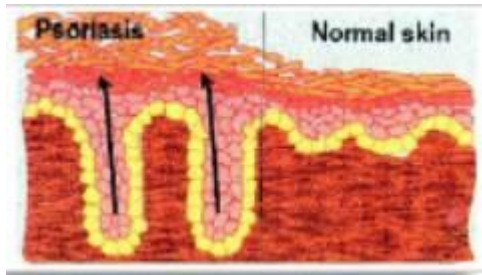
Οι τύποι του ιού που προκαλούν κονδυλώματα δεν σχετίζονται με τον καρκίνο και είναι ουσιαστικά αβλαβείς. Η παρουσία τους απλά υποδηλώνει την λοίμωξη από τον ιό.

Οι περισσότερες έγκυες γυναίκες που έχουν κονδυλώματα είναι απίθανο να παρουσιάσουν επιπλοκές ή προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της γέννησης. Λόγω των ορμονών στο σώμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα κονδυλώματα μπορούν να αυξήσουν το μέγεθος και τον αριθμό τους ή να αιμορραγήσουν.

ΨΩΡΙΑΣΗ

Η Ψωρίαση είναι μια συχνή χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια που προσβάλλει περίπου το 2% του πληθυσμού. Αν και όλες οι φυλές προσβάλλονται, υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των φυλών. Οι άνδρες & οι γυναίκες προσβάλλονται εξίσου. Η συνήθης ηλικία έναρξης είναι μεταξύ 20-35 ετών, ενώ στο 75% των ασθενών εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40 ετών. Πάντως, η ψωρίαση μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία.

Υπάρχουν πολλές μορφές ψωρίασης. Η πιο συνηθισμένη είναι η κατά πλάκας ψωρίαση (κοινή ψωρίαση), η οποία εμφανίζεται στο 80% περίπου όλων των ασθενών με ψωρίαση. Άλλες μορφές ψωρίασης είναι: η σταγονοειδής, η φλυκταινώδης, η ερυθροδερμική.



Ορμονικές αλλαγές και ψωρίαση

Οι έρευνες που έχουν αποπειραθεί να αποδείξουν τη σχέση μεταξύ ορμονικών διακυμάνσεων και ψωρίασης είναι ελάχιστες. Ωστόσο, πολλές γυναίκες δηλώνουν ότι η ψωρίασή τους βελτιώνεται κατά την περίοδο εγκυμοσύνης, ενώ παρουσιάζει ελαφριά επιδείνωση κατά την εμμηνόπαυση. Σύμφωνα με τους ειδικούς, οι αλλαγές στην ψωρίαση κατά τα διάφορα στάδια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας μπορεί να εξηγηθεί από τις ορμονικές διακυμάνσεις, ωστόσο, οι αλλαγές αυτές μπορούν επίσης να οφείλονται και σε άλλους παράγοντες που ακόμα δεν έχουν καθοριστεί.

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια δερματοπάθεια στην οποία εμπλέκονται γενετικοί, ανοσολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η ψυχολογική πίεση, ορισμένα φάρμακα και οι λοιμώξεις είναι μερικοί από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να πυροδοτήσουν την έξαρση της ψωρίασης. Οι ορμονικές αλλαγές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας μπορούν επίσης να επηρεάσουν την πάθηση, είτε πυροδοτώντας νέες εξάρσεις, είτε βελτιώνοντας τις βλάβες. Οι περισσότερες γυναίκες παρατηρούν βελτίωση στην ψωρίασή τους κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και επιδείνωση μετά τον τοκετό. Η ασθένεια συνήθως επιδεινώνεται κατά την εμμηνόπαυση, περίοδος κατά

την οποία έτσι κι αλλιώς αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισής της για πρώτη φορά.

Παρόλο που ορισμένες γυναίκες υποστηρίζουν ότι η ψωρίασή τους μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του εμμήνου κύκλου τους, καμία έρευνα δεν έχει αποδείξει μέχρι στιγμής ότι οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά τον έμμηνο κύκλο της γυναίκας επηρεάζουν τις εξάρσεις της ψωρίασης.

Ομοίως, καμία έρευνα δεν έχει αποδείξει με σαφήνεια τη θετική ή την αρνητική επίδραση των αντισυλληπτικών χαπιών.

Αιτίες πρόκλησης ψωρίασης

Ευρήματα από διάφορες μεγάλες μελέτες υποδεικνύουν ότι τόσο οι περιβαλλοντικοί όσο και οι γενετικοί παράγοντες μπορεί να εμπλέκονται στην έναρξη & την πορεία της ψωρίασης. Η οικογενειακή εμφάνιση της ψωρίασης μεταξύ οικογενειών που έχουν μια επιβεβαιωμένη διάγνωση ψωρίασης υπολογίζεται στο 35%. Οι ασθενείς κληρονομούν μόνο μια προδιάθεση προς τη νόσο. Στη συνέχεια, θα πρέπει να την πυροδοτήσει κάποιος περιβαλλοντικός παράγοντας.

Οι παράγοντες που πυροδοτούν την ψωρίαση μπορούν να είναι:

- Τραυματισμός του δέρματος
- Φάρμακα
- Ενδοκρινικοί παράγοντες
- Ψυχολογικοί παράγοντες
- Ορισμένες λοιμώξεις

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η ψωρίαση παρουσιάζει ποικιλία εικόνων. Όλες οι ψωριασικές βλάβες εμφανίζουν, σε ποικίλο βαθμό, τρία κύρια χαρακτηριστικά:

- Απολέπιση
- Πάχυνση (διήθηση)
- Φλεγμονή (ερύθημα)



Η κλασική συμμετρία, τα αργυρόχρωα λέπια, το ζωνρό κόκκινο-βυσσινί χρώμα επιτρέπουν την εύκολη διαφορική διάγνωση της ψωρίασης από άλλες δερματοπάθειες στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Περιοχές που συνήθως προσβάλλονται είναι εκείνες με παχύτερο δέρμα, όπως είναι το τριχωτό της κεφαλής, οι αγκώνες, τα γόνατα, η ιερά περιοχή, η ραχιαία επιφάνεια των μεσοδακτυλικών αρθρώσεων των χεριών. Αν και η ψωρίαση θεωρείται ως μη κνησμώδης δερματοπάθεια, η πλειοψηφία των ασθενών γρήγορα εμφανίζει τη συνήθεια του ξεσμού, με αποτέλεσμα σημαντική αύξηση του πάχους (λειχηνοποίηση) των ψωριασικών πλακών. Παρόμοια, ο καθημερινός τραυματισμός είναι δυνατό να τροποποιήσει τις βλάβες σε περιοχές όπως τα χέρια & τα πόδια.

Κατά την εγκυμοσύνη

Η ψωρίαση δεν αποτελεί απαραίτητα εμπόδιο για την εγκυμοσύνη. Ούτε επηρεάζει την ικανότητα της μητέρας να μεγαλώσει τα παιδιά της.

Πολλά από τα άτομα που υποφέρουν από ψωρίαση φοβούνται μήπως μεταδώσουν την ασθένεια στα παιδιά τους. Δεδομένου ότι η ψωρίαση δε συνιστά μεταδοτική ασθένεια, δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσής της στο παιδί μέσω των χαδιών και του θηλασμού. Ωστόσο, υπάρχει γενετική προδιάθεση για την εκδήλωση της ψωρίασης. Έρευνες έδειξαν ότι σε

περίπτωση που ο ένας από τους δύο γονείς πάσχει από ψωρίαση, το ποσοστό του κινδύνου μετάδοσης της ασθένειας ανέρχεται σε 8 με 15%, ενώ αν και οι δυο γονείς υποφέρουν από ψωρίαση, το ποσοστό ανέρχεται στο 50 με 60%.

Οι γυναίκες με ψωρίαση μπορεί να διστάζουν να μείνουν έγκυες. Αναρωτιούνται για τη φυσιολογική ανάπτυξη του μωρού τους. Θα είναι σε θέση να θηλάσουν; Θα επιδεινωθεί η κατάστασή τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης; Είναι ασφαλείς για το μωρό οι θεραπείες που λαμβάνουν;

Η θεραπεία των εγκύων χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις σοβαρής ψωρίασης. Οι περισσότερες συστηματικές θεραπείες πρέπει να διακόπτονται, καθώς υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών.

Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνουν έγκαιρα το δερματολόγο τους σχετικά με το αν σκοπεύουν να μείνουν έγκυες. Σε αυτήν την περίπτωση, ο δερματολόγος θα είναι σε θέση να εκτιμήσει αν μπορεί να συνεχιστεί η λήψη της τρέχουσας θεραπείας για την ψωρίαση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να συνταγογραφήσει νέο φάρμακο, εφόσον είναι απαραίτητο.

Οι γυναίκες που υποφέρουν από ψωριασική αρθρίτιδα ορισμένες φορές αισθάνονται μεγαλύτερο πόνο λόγω της αύξησης του βάρους τους με την εγκυμοσύνη.

Οι περισσότερες έρευνες σε εγκύους υποδεικνύουν ότι η εγκυμοσύνη επηρεάζει την ψωρίαση.

Μια αμερικάνικη έρευνα σε 248 γυναίκες με ψωρίαση είχε ως στόχο της τον προσδιορισμό των ορμονικών αλλαγών που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την εμμηνόπαυσης και μπορούν να επιδράσουν στην ψωρίαση.

Η έρευνα έδειξε ότι το 30 με 40% των γυναικών ασθενών που συμμετείχαν σε αυτή παρατήρησαν βελτίωση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους και στην πλειοψηφία τους κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Το 20% δήλωσε ότι η κατάστασή τους επιδεινώθηκε, ενώ οι υπόλοιπες δεν παρατήρησαν καμία αλλαγή. Η ίδια έρευνα έδειξε επίσης ότι η ηλικία των ασθενών και η σοβαρότητα της ψωρίασής τους δεν σχετιζόταν με οποιαδήποτε βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασής τους. Από άλλες έρευνες προκύπτει ότι η ψωρίαση βελτιώθηκε ως και στο 63% των γυναικών. Ορισμένες γυναίκες παρατηρούν σημαντική βελτίωση καθώς οι βλάβες τους «καθαρίζουν» κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η βελτίωση ή η επιδείνωση της ψωρίασης κατά την πρώτη εγκυμοσύνη μπορεί να χρησιμεύσει ως προγνωστικό μέσο για τις επόμενες εγκυμοσύνες. Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, στο 87% των γυναικών που απέκτησαν παραπάνω από ένα παιδιά, παρατηρήθηκε η ίδια αντίδραση στον οργανισμό κατά τη διάρκεια της κάθε εγκυμοσύνης.

Αν και ο λόγος για τον οποίο η ψωρίαση μπορεί να παρουσιάσει βελτίωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι απόλυτα γνωστός, έχουν προταθεί αρκετές εκδοχές. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι η αυξημένη έκκριση οιστρογόνων και προγεστερόνης προστατεύει τον οργανισμό από την ψωρίαση. Οι συγκεκριμένες ορμόνες παρουσιάζουν προσωρινή ανοσοκατασταλτική δράση, η οποία ευνοεί τις αυτοάνοσες

διαδικασίες της ψωρίασης.

Άλλοι επιστήμονες επισημαίνουν την ευεργετική δράση της κορτιζόνης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο οργανισμός εκκρίνει περισσότερη κορτιζόνη, η οποία παρουσιάζει αντιφλεγμονώδη δράση στις ψωριασικές βλάβες (παρόμοια με τη δράση της κορτιζονούχου κρέμας).

Αναμφισβήτητα, η βελτίωση των ψωριασικών βλαβών στις εγκύους οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Είναι πιθανό να οφείλεται κυρίως στα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, καθώς η συγκεκριμένη ορμόνη εκκρίνεται από τα επινεφρίδια τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. Ωστόσο, είναι επίσης πιθανό να οφείλεται και σε άλλες ουσίες που δεν έχουν ταυτοποιηθεί ακόμα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις (σε ποσοστό μικρότερο από μία στις τέσσερις γυναίκες), παρατηρείται επιδείνωση της ψωρίασης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Και πάλι οι λόγοι της επιδείνωσης αυτής παραμένουν άγνωστοι, ωστόσο πιστεύεται ότι οφείλονται σε αλλαγές στο μεταβολισμό των ορμονών, οι οποίες πιθανώς συνδέονται με παράγοντες άγχους.

Σε ορισμένες γυναίκες οι πρώτες εξάρσεις της ψωρίασης παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Θηλασμός

Οι γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που υπέφεραν από ψωρίαση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και/ή μετά τον τοκετό, δεν πρέπει να αποφεύγουν τον θηλασμό.

Μόνο οι γυναίκες που υποβάλλονται σε συστηματικές θεραπείες ή τοπικές θεραπείες σε εκτεταμένες περιοχές του δέρματός τους θα πρέπει να αποφεύγουν τον θηλασμό, εφόσον τα συγκεκριμένα φάρμακα μπορούν να περάσουν στο μητρικό γάλα και να μεταδοθούν στο παιδί

ΛΕΥΚΗ

Είναι μια κοινή επίκτητος δερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από έντονες περιγεγραμμένες αποχρωματισμένες κηλίδες.

Πρόκειται για μια διαταραχή της μελάγχρωσης όπου τα μελανοκύτταρα καταστρέφονται.



Συμπτώματα

Οι αποχρωματισμένες κηλίδες εντοπίζονται στο σώμα και είναι διαφόρων μεγεθών συνήθως σε σημεία που εκτίθενται στον ήλιο, όπως - πρόσωπο - χείλη - χέρια - πόδια - βραχίονες . Άλλες προσφιλείς περιοχές είναι οι αγκώνες - τα γόνατα - οι μαστοί - το στήρνο και περιοχές που το δέρμα περιβάλλει κοιλότητες, όπως γύρω από τα μάτια, το στόμα, τον ομφαλό, τα γεννητικά όργανα, τον πρωκτό. Αρκετά συχνά παρατηρείται αποχρωματισμός στα φρύδια, τις βλεφαρίδες και γενικά σε όλα τα έντριχα σημεία του σώματος.

Το δέρμα με τη λεύκη δεν διαφέρει σε τίποτε από το υγιές, ως προς την όψη και την αφή, παρά μόνο στην περιοχή των βλαβών, και σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζεται κνησμός και υπερίδρωση. Η λεύκη δεν ανήκει στα λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα και δεν μεταδίδεται με σωματική επαφή από τον πάσχοντα στους υγιείς.

Κατά την εγκυμοσύνη οι κηλίδες της λεύκης επεκτείνονται και το πρόβλημα μεγαλώνει. Μετά τον τοκετό οι κηλίδες παραμένουν στο ίδιο μέγεθος που είχαν στην εγκυμοσύνη.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ορισμός

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι χρόνια πολυσυστηματικό αυτοάνοσο νόσημα του συνδετικού ιστού, που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη αυτοαντισωμάτων και ανοσοσυμπλεγμάτων, τα οποία προκαλούν βλάβες κυττάρων και ιστών.

Κλινική εικόνα

Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων είναι ιδιαίτερα ευρύ. Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με προσβολή ενός ή περισσότερων οργάνων ή συστημάτων, συνήθως με εξάρσεις και υφέσεις, και είναι δυνατό να διαδράμει από ήπια έως πολύ βαριά. Εκτός των γενικών συμπτωμάτων, όπως πυρετός, καταβολή, εύκολη κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους που παρατηρούνται στο 95% των ασθενών, είναι δυνατόν να υπάρχουν εκδηλώσεις από πολλά συστήματα και όργανα:

Δέρμα και βλεννογόνοι

Τυπικό εξάνθημα προσώπου δίκην πεταλούδας

Δισκοειδές εξάνθημα

Φωτοευαισθησία

Κνίδωση

Πολύμορφο ερύθημα

Ψηλαφητή πορφύρα

Δικτυωτή πελίωση

Φαινόμενο Raynaud

Υποδερματίτιδα

Ψηλαφητή πορφύρα, περιονυχαίο ερύθημα και μικροέμφρακτα στις
ράγες των δακτύλων

Αλωπεκία

Επώδυνα έλκη στομάχου

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ

Τα ερυθήματα του λύκου κατά την εγκυμοσύνη έχουν την τάση να είναι ήπια, με κυρίαρχη την αρθρίτιδα και τις δερματικές εκδηλώσεις. Μερικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν πνευμονία, εύκολη κόπωση, ορογονίτιδα και θρομβοκυτοπενία. Από την άλλη, η έξαρση της νόσου με συμμετοχή οργάνων όπως οι νεφροί και το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορεί να συμβεί στο 46% και 5% αντίστοιχα των ασθενών. Τα ερυθήματα από το λύκο στην εγκυμοσύνη δεν είναι υπερβολικά περισσότερο συχνά απ' ότι εκτός εγκυμοσύνης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάθε γυναίκα που πρόκειται να φέρει στον κόσμο μια καινούργια ζωή είναι αναγκασμένη να βρεθεί αντιμέτωπη με πολύ μεγάλες αλλαγές όχι μόνο στο σώμα της αλλά και στο δέρμα και την γενικότερη ψυχολογία της. Όλες αυτές οι ορμονικές αλλαγές που θα πραγματοποιηθούν κατά τη διάρκεια της κύησης, ωστόσο, δεν θα είναι μόνιμες αλλά οι περισσότερες θα επανέλθουν στο φυσιολογικό μετά το πέρας της. Με την κατάλληλη φροντίδα του δέρματος οι αλλαγές δεν θα είναι έντονες και δεν θα επηρεάζουν τόσο τη μέλλουσα μητέρα. Η κύηση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που όμως στο τέλος της αποκαλύπτει το μεγαλύτερο θαύμα. ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βασική Δερματολογία & Αφροδισιολογία - Ιωάννης Χατζής
2. Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια – Εκδόσεις Αγγελάκη
3. The pregnancy bible: your complete guide to
4. pregnancy and early parenthood by Joanne stone and Keith Eddleman, MD
5. What to Expect When You're Expecting – Arlene Eisenberg (Workman/ Εκδόσεις Διόπτρα
6. <http://health.in.gr/>
- 7 <http://www.dermaline.gr>