

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή Εργασία

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ
ΠΡΟΩΡΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥΣ**

ΧΡΙΣΤΟΣ ΒΡΑΚΑΣ

2008957105

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δρ. Μαρία Δημητρίου

ΛΕΜΕΣΟΣ 2014

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή Εργασία

**Διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν σε Πρόωρους
Τοκετούς**

ΧΡΙΣΤΟΣ ΒΡΑΚΑΣ
2008957105

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Δρ. Μαρία Δημητρίου

ΛΕΜΕΣΟΣ 2014

Πνευματικά Δικαιώματα

Copyright ©Χρίστος Βρακάς [2014]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ενός αριθμού ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω την αδερφή μου Νατάσα για την πολύτιμη βοήθεια της στην σύνταξη της πτυχιακής μου εργασίας, στους γονείς μου, καθώς και την Δρ Μαρία Δημητρίου για την καθοδήγηση και υποστήριξη της .



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο πρόωρος τοκετός εξακολουθεί και σήμερα, στην ειδικότητα της Μαιευτικής να αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα. Θεωρείται σημαντικός παράγοντας που επιδρά τόσο στην ποιότητα της μετέπειτα ζωής του νεογνού όσο και στη νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Παρόλο που πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί τα τελευταία χρόνια οι παθοφυσιολογικοί και παθογενετικοί μηχανισμοί του πρόωρου τοκετού δεν έχουν γίνει πλήρως κατανοητοί.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τους πρόωρους τοκετούς. Οι στόχοι της ανασκόπησης είναι (1) η περιγραφή των χαρακτηριστικών των πρόωρων νεογνών, (2) η διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με τις επιπλοκές της κύησης.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μελέτη συστηματικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων -Science Direct, ,Google Scholar - Southern Medical Journal, General Hospital Psychiatry Journals, Medline, Cinahl, Pubmed με λέξεις κλειδιά: «Αιτίες πρόωρων τοκετών», «Αλκοόλ και προωρότητα», «Παράγοντες προωρότητας», «Παράγοντες που επηρεάζουν την κύηση». Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε από τον Νοέμβριο 2013 μέχρι τον Φεβρουάριο του 2014.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση οδήγησε στην ανεύρεση 256 άρθρων μέσω του Google Scholar σαν αρχική μηχανή αναζήτησης σε συνοδεία με τις ανάλογες λέξεις κλειδιά . Από αυτά επιλέχτηκαν 30 με βάση τους τίτλους εκ των οποίων όμως απορρίφθηκαν τα 13 μετά από ανάγνωση της περίληψης. Από το σύνολο των 17 άρθρων που παρέμειναν για αξιολόγηση εντοπίστηκε ακόμη ένα (1) σχετικό άρθρο, παρόλα αυτά μετά από πλήρη ανάλυση και των 18 άρθρων αφαιρέθηκαν 6 λόγω ασυνέπειας με τον κεντρικό σκοπό υπό μελέτη . Επιπλέον ανευρέθηκαν 3 άρθρα από τις βιβλιογραφίες παραθέσεις των ήδη υπάρχοντων άρθρων υπό μελέτη . Αφήνοντας έτσι τον τελικό αριθμό άρθρων υπό μελέτη στα 15.

Συμπεράσματα: Η πιο συχνή διάγνωση στις ενδεικνυόμενους πρόωρους τοκετούς είναι η προεκλαμψία (40%), εμβρυικό stress (25%), IUGR (10%), αποκόλληση πλακούντα (7%) και εμβρυικός θάνατος (7%).

Λέξεις-κλειδιά: «Αιτίες πρόωρων τοκετών», «Αλκοόλ και προωρότητα», «Παράγοντες προωρότητας», «Παράγοντες που επηρεάζουν την κύηση».

ABSTRACT

Introduction: Preterm labour continues today, in the specialty of Obstetrics be a serious problem. It is considered an important factor that has an impact on both the quality of later life of the new-born and neonatal mortality and morbidity. Although many researchers have investigated in recent years pathophysiological and pathogenic mechanisms of preterm labour but they are not fully understood.

Aim: The aim of this study is to engage into a critical review of the relevant literature with the sole aim to identify the causes of pre-term labour.

Material and Method: The current project was accomplished by one individual by searching databases such as : - Science Direct, Google Scholar -Southern Medical Journal, General Hospital Psychiatry Journals, Medline, Cinahl, Pubmed by using these mesh terms: "Causes of preterm birth, "" Alcohol and prematurity, "" Factors of prematurity ", "Factors affecting pregnancy" The research took place between November 2013 to February 2014.

Results: The search lead to the finding of 4,450 articles through Google Scholar as the base search engine, in combination with the key-words provided, 30 were selected based on their titles. 7 were rejected after reviewing the abstract leaving 23 articles. One more relative research was discovered. After the full analysis of the 24 articles at hand, 6 more were discarded due to inconsistency with the main research purpose, though 3 more articles were found from bibliographies on the remainder ones, marking the final number of researches used at 21.

Conclusion: The most common diagnosis in pre-term labour is preeclampsia (40%), embryotic stress (25%), IUGR (10%), placental abruption (7%) and embryotic death and embryotic death (7%).

Keywords: "Causes of preterm birth, "" Alcohol and prematurity, "" Factors of prematurity ", "Factors affecting pregnancy", "predictors of premature birth"

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες
 Περίληψη
 Abstract
 Περιεχομενα

Εισαγωγή

Κεφαலைο 1	3
Πρόωρος Τοκετος	3
1.1 Η Έννοια του Τοκετού	4
1.2 Η Έννοια του Πρόωρου Τοκετού	4
1.3 Χαρακτηριστικά Πρόωρων Νεογνών	5
1.3.1 Αναπνευστικό Σύστημα.....	6
1.3.2 Θερμοκρασία Σώματος.....	6
1.3.3 Ηπατική Ανωριμότητα.....	7
1.3.4 Έλλειψη Βιταμινών.....	7
1.3.5 Νοσήματα Νεογνών.....	8
Κεφαலைο 2	10
Αιτίες Πρόωρων Τοκετών	10
2.1 Παράγοντες που συνδέονται με Επιπλοκές της Κύησης	14
2.1.1 Πολύδυμη Κύηση.....	14
2.1.2 Αυτόματος Πρόωρος Τοκετός.....	15
2.1.3 Λοίμωξη.....	15
2.1.4 Διαβήτης.....	16
2.1.5 Σεξουαλική Δραστηριότητα στην Κύηση.....	16
2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με το Κοινωνικο-Οικονομικό Επίπεδο και τις Συνήθειες της Μήτρας	17
2.2.1 Αλκοόλ και Κατάχρηση Ουσιών.....	17
2.2.2 Κοινωνική Τάξη.....	18
2.2.3 Εκπαίδευση της Μητέρας.....	18
2.2.4 Εργασία και Φυσική Δραστηριότητα.....	18
2.2.5 Κάπνισμα.....	19
2.2.6 Έλλειψη Προγεννητικής Φροντίδας.....	19
2.2.7 Stress και Κοινωνική Υποστήριξη.....	20
2.2.8 Παχυσαρκία.....	21
2.3 Πρόληψη της Προωρότητας	22
Κεφαலைο 3	23
Αποτελεσματα	23
Κεφαலைο 4	30

Συζήτηση	30
Κεφάλαιο 5.....	32
Συμπεράσματα	32
Βιβλιογραφία	34

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεογνά που γεννιούνται πριν την συμπλήρωση της 37^η εβδομάδας καλούνται πρόωρα. Ακόμα και σήμερα το φαινόμενο της προωρότητας εξακολουθεί, παρόλο που η περιγεννητική φροντίδα έχει βελτιωθεί σημαντικά, να αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες θανάτου των νεογνών. Τα αίτια που οδηγούν στον πρόωρο τοκετό, είναι πολυσύνθετα και δεν μπορούν με ακρίβεια να καθοριστούν. Οι κυριότεροι και συνηθέστεροι παράγοντες που θεωρούνται ότι οδηγούν σε προωρότητα είναι παράγοντες που έχουν σχέση με το ιστορικό της γυναίκας που κυοφορεί, οι τυχόν επιπλοκές κατά την κύηση, και οι παράγοντες που έχουν σχέση με κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της εγκύου (WHO 1996).

Οι επιπλοκές των πρόωρων έχουν αρχίσει να μειώνονται σημαντικά καθώς η συνεχής πρόοδος της μαιευτικής διασφαλίζει για την συνεχή παρακολούθηση του μωρού κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Τα πρόωρα βρέφη παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα υγείας στο αναπνευστικό σύστημα, στο νευρικό και σε άλλα συστήματα με αποτέλεσμα μελλοντικά να παρουσιάζονται διάφορες αναπηρίες και μεγάλη θνησιμότητα.

Η εργασία, λοιπόν, έχει σαν στόχο της τη μελέτη των αιτιών αυτών που οδηγούν σε πρόωρους τοκετούς. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο διερευνώνται σημαντικές για την εργασία έννοιες, όπως είναι αυτή του τοκετού και του πρόωρου τοκετού. Επίσης, περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των νεογνών που έχουν προέλθει από πρόωρους τοκετούς.

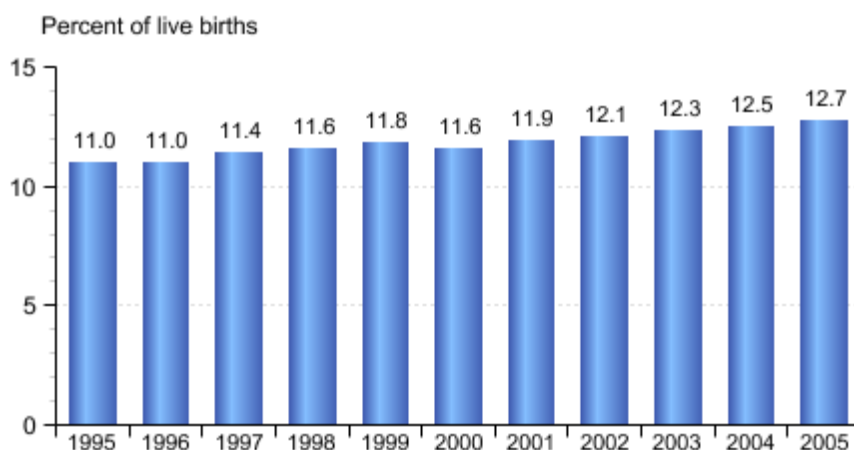
Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στα αίτια των πρόωρων τοκετών. Αφού μελετηθούν αναλυτικά τα αίτια αυτά, δίνονται και κάποια μέτρα σχετικά με την πρόληψη της προωρότητας. Στο τρίτο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τέταρτο έχουμε την συζήτηση.

Ο πρόωρος τοκετός παραμένει ένα μεγάλο μαιευτικό πρόβλημα στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Ως πρόωρος τοκετός ορίζεται αυτός που συνοδεύεται με ρυθμικές συστολές μήτρας και τραχηλικές αλλαγές, πριν τις 37 εβδομάδες κύσεως.

Αποτελεί την δεύτερη αιτία νεογνικής νοσηρότητας στις ΗΠΑ, μετά τις συγγενείς ανωμαλίες και αιτία των πιο πολλών πρόωρων γεννήσεων. Περιέργως η συχνότητα του πρόωρου τοκετού έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία, παγκοσμίως (βλ. διάγραμμα 1).

Το 2005, 1 στα 8 νεογνά (12,7%) είχαν γεννηθεί πρόωρα στις ΗΠΑ. Ο συνολικός αριθμός πρόωρων τοκετών 522.913, που αντιπροσωπεύει το 12, 7% του συνόλου.

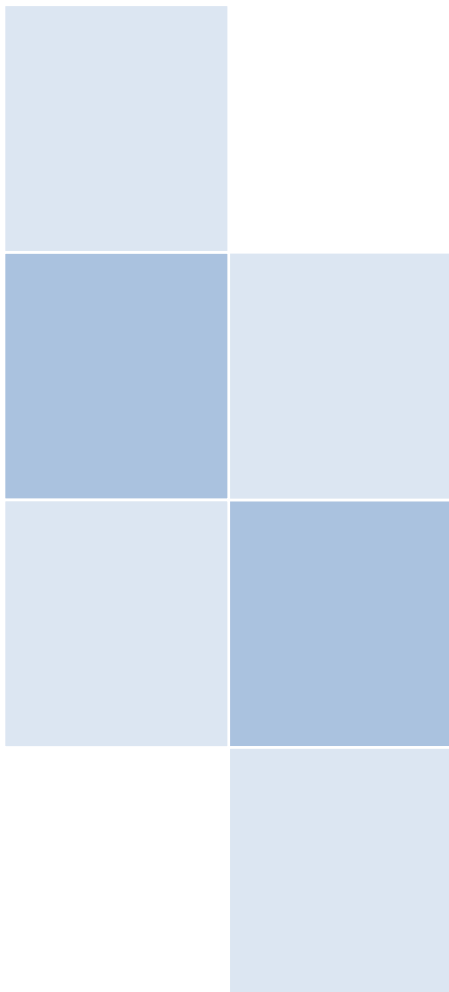
Διάγραμμα 1: Ποσοστά ζώντων γεννήσεων από πρόωρο τοκετό στις ΗΠΑ.



Ο πρόωρος τοκετός μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σαν “αυτόματος” και σαν “ενδεικνυόμενος”. Ο αυτόματος πρόωρος τοκετός αντιπροσωπεύει το 80% των περιπτώσεων. Εδώ περιλαμβάνονται ο πρόωρος τοκετός (40%), η πρόωρος ρήξη υμένων (35%), ή σχετικές καταστάσεις (5%). Ο ενδεικνυόμενος πρόωρος τοκετός, από την άλλη, αποτελεί το 20% των πρόωρων τοκετών των ΗΠΑ και των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών, και συνοδεύεται από ιατρικές και μαιευτικές καταστάσεις, που προκαλούν σοβαρό κίνδυνο στην μάνα (π.χ. μητρική σήψη ή υποξία), στο έμβρυο (π.χ. φτωχά ρυθμισμένο μητρικό διαβήτη ή IUGR) και στους δύο (π.χ. υπέρταση στην μάνα, προδρομικό πλακούντα ή αποκόλληση πλακούντα) αν η κύηση συνεχισθεί. Η πιο συχνή διάγνωση στις ενδεικνυόμενους πρόωρους τοκετούς είναι η προεκλαμψία (40%), εμβρυικό stress (25%), IUGR (10%), αποκόλληση πλακούντα (7%) και εμβρυικός θάνατος (7%). Από τα απαγορευμένα φάρμακα στην εγκυμοσύνη, η κοκαΐνη ειδικότερα συνδέεται με πρόωρο τοκετό. Το μητρικό άσθμα έχει συνδεθεί με πρόωρο τοκετό στο παρελθόν αλλά οι τελευταίες μελέτες, δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ σοβαρού άσθματος και πρόωρου τοκετού, ή χαμηλού βάρους νεογνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ



1.1 Η Έννοια του Τοκετού

Το σύνολο των μηχανικών και λειτουργικών φαινομένων, που έχουν ως αποτέλεσμα την έξοδο του παιδιού και των εξαρτημάτων του (πλακούντας, θυλάκιο, ομφαλίδα) από τις γεννητικές οδούς της μητέρας μετά τον 6ο μήνα της εγκυμοσύνης ονομάζεται τοκετός.

Κατά τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, οι ακανόνιστες, διαλείπουσες συστολές της μήτρας των πρώτων μηνών γίνονται κανονικότερες, συχνότερες και εντονότερες. Ο ρυθμικός χαρακτήρας των συστολών της μήτρας σηματοδοτεί την έναρξη της διαδικασίας αποχωρισμού από τον μητρικό οργανισμό και της εκβολής του ώριμου προϊόντος της σύλληψης. Ο τοκετός διαιρείται σε τρία στάδια: Το πρώτο στάδιο (διαστολή) ολοκληρώνεται όταν ο τράχηλος της μήτρας διασταλεί τόσο όσο να επιτρέπει την είσοδο της κεφαλής του παιδιού, δηλαδή όταν αποκτήσει διάμετρο 9-10 εκατοστών. Το δεύτερο στάδιο (εξώθηση) τελειώνει με την εκβολή του παιδιού από τον γεννητικό σωλήνα της μητέρας. Το τρίτο στάδιο (υστεροτοκία) λήγει με την έξοδο του πλακούντα και την παύση της αιμορραγίας από τα αγγεία της μήτρας (Blencowe et al 2013).

Σύμφωνα με τον WHO (1996), φυσιολογικός τοκετός είναι αυτός που “ξεκινάει αυθόρμητα, μεταξύ της 37ης και 42ης εβδομάδας της κύησης. Από την αρχή μέχρι το τέλος του δεν υπάρχουν εμφανείς κίνδυνοι, το νεογνό γεννιέται σε ινιακή προβολή και μετά το τοκετό η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση”. Ενώ σύμφωνα με τους RCOG, RCM (2007), φυσιολογικός τοκετός είναι “ο τοκετός χωρίς πρόκληση (προσταγλανδίνες, οκυτοκίνη, τεχνητή ρήξη θυλακίου), χωρίς χρήση γενικής, ραχιαίας ή επισκληριδίου αναλγησίας πριν ή κατά τη διάρκεια του, χωρίς εφαρμογή περινεοτομής, χωρίς χρήση συκίας ή εμβρυσουλκού και καισαρικής τομής” (WHO 1996).

1.2 Η Έννοια του Πρόωρου Τοκετού

Κάθε τοκετός που λαμβάνει χώρα σημαντικά νωρίτερα από την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού ονομάζεται πρόωρος τοκετός. Ως πρόωρος τοκετός ορίζεται ο τοκετός που επισυμβαίνει σε λιγότερο από 37 εβδομάδες μετά την σύλληψη. Κάποια πιθανή αιτία (συνήθως πολλαπλή κύηση, τοξιναιμία ή υπέρταση στην μητέρα, ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα ή συγγενείς διαμαρτίες του εμβρύου) μπορεί να ανευρεθεί στο 40% έως 60% των πρόωρων τοκετών. Κακή υγεία, υγιεινή και διατροφή της μητέρας αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανιστεί προωρότητα. Ατυχήματα και οξείες νόσοι της μητέρας δεν αποτελούν

σημαντική αιτία. Οι κύριες ειδικές αιτίες θανάτου στα πρόωρα βρέφη είναι οι αναπνευστικές δυσχέρειες, οι λοιμώξεις και οι αυτόματες αιμορραγίες, ιδιαίτερα στον εγκέφαλο ή τους πνεύμονες. Εάν δοθεί η κατάλληλη φροντίδα, περίπου 85% όλων των γεννηθέντων ζώντων πρόωρων βρεφών επιβιώνουν. Αυτά που έχουν μεγαλύτερο βάρος κατά την γέννηση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης (Μαμόπουλος, 2008).

Η προωρότητα πρέπει να διαχωρίζεται από την ενδομήτρια καθυστέρηση στην αύξηση, όπου το βάρος και η ανάπτυξη είναι κάτω τού φυσιολογικού για την αντίστοιχη εμβρυϊκή ηλικία. Υπολογίζεται ότι 1,5% έως 2% όλων των νεογέννητων έχουν βάρος κατά την γέννηση σημαντικά κάτω από εκείνο που αναλογεί στην εμβρυϊκή τους ηλικία. Συχνά είναι υπεύθυνη η ανεπάρκεια της διαπλακουντιακής διατροφής από διάφορες αιτίες. Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν εμβρυϊκές λοιμώξεις και μερικές συγγενείς ανωμαλίες. Γενικά νεογέννητα με βάρος κάτω από 2.400 γραμμάρια, αλλά που έχουν κυοφορηθεί περισσότερο από 37 εβδομάδες, θεωρούνται ότι έχουν καθυστέρηση της αύξησης παρά προωρότητα. (Μαμόπουλος, 2008).

1.3 Χαρακτηριστικά Πρόωρων Νεογνών

Τα πρόωρα και δυσώριμα βρέφη διαφέρουν τόσο μεταξύ τους όσο και με τα φυσιολογικά. Προέχει σ' αυτά τα βρέφη η δυσαναλογία μεταξύ του όγκου της κεφαλής σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα. Μετά, επειδή το δέρμα είναι πολύ λεπτό και ο υποδόριος ιστός αρκετά μειωμένος, όλο το σώμα φαίνεται περισσότερο ασθενικό. Τα μάτια προβάλλουν και η ράχη έχει μια χαρακτηριστική διάπλαση και ένα πλάτειασμα κύρια στη βάση.

Σε αυτά τα βρέφη, τόσο στα πρόωρα όσο και στα δυσώριμα, αν και κατά τη στιγμή της γέννησης φαίνονται ζωνρά και υγιή, στην πραγματικότητα τα όργανά τους δεν έχουν αναπτυχθεί τελείως και δυσκολεύονται να εκτελέσουν το έργο τους στην εξωμήτρια ζωή. Αυτό συμβαίνει κύρια για τους πνεύμονες, το συκώτι, τους νεφρούς. Πράγματι, λίγες μέρες μετά τη γέννηση όταν παρουσιάζεται ο φυσιολογικός ίκτερος των νεογνών, στα βρέφη αυτά εύκολα μειώνεται η ζωηρότητά τους, φαίνονται απαθή και το κλάμα τους είναι αδύνατο. Η αναπνοή τους φτάνει μέχρι την κατάσταση της κρίσης άπνοιας, δηλαδή για μικρά χρονικά διαστήματα απουσιάζει η αναπνοή και συχνά στις ανώτερες αναπνευστικές οδούς (φάρυγγα, λάρυγγα) συσσωρεύονται μεγάλες ποσότητες εκκριμάτων (de Jongh et al 2014).

1.3.1 Αναπνευστικό Σύστημα

Τα αίτια της ανώμαλης αναπνοής του πρόωρου εντοπίζονται κυρίως στην κακή λειτουργία των πνευμόνων. Μπορεί πράγματι να πρόκειται για μιαν ατελή ανάπτυξη της κοιλότητας με τυφλό άκρο, που κλείνει τους τελευταίους κλάδους των βρόγχων ή κυψελίδων και στην επιφάνεια των κυψελίδων μπορεί να είναι ελλιπής η παρουσία μιας ειδικής ουσίας (σουρφακτάνης), η οποία βοηθάει στην αύξηση της επιφάνειας. Ή μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος ή των νευρικών κέντρων που καθοδηγούν την αναπνοή.

Αυτές οι βλάβες προκαλούνται από κακή οξυγόνωση αυτών των νευρικών κέντρων κατά τη διάρκεια ενός τοκετού αρκετά παρατεταμένου και δύσκολου. Ο ανώμαλος τοκετός (δυστοκία) μπορεί να είναι η αιτία του καλούμενου «σύνδρομο της μεγίστης αναπνοής», κατά το οποίο το νεογνό στη δυσχέρειά του, προσπαθεί να οξυγονωθεί εισπνέοντας υπερβολικές ποσότητες αμνιακού υγρού, που, φτάνοντας στους πνεύμονες, μειώνουν την ικανότητα των κυψελίδων για οξυγόνωση του αίματος. Σε αυτήν την περίπτωση το νεογνό δυσκολεύεται πολύ από τις πρώτες μόλις στιγμές της γέννησής του. Το χρώμα του δέρματος είναι κυανό, μερικές φορές μαύρο (κυανωτικό), η αναπνοή είναι πολύ δύσκολη και η καρδιά χτυπά με μεγαλύτερη βραδύτητα και με μειωμένη ένταση. Σε αυτά τα τυπικά σημεία της νεογνικής ασφυξίας μπορούν να προστεθούν σημεία βλάβης των νευρικών κέντρων, όπως τρέμουλο, σπασμοί, έλλειψη μυϊκού τόνου. Ο ιατρός, που είναι προσεκτικός στην ακρόαση των πνευμόνων αυτού του βρέφους, αντιλαμβάνεται αμέσως την παρουσία του υγρού στις κυψελίδες και την κακή διάταση και οξυγόνωση κατά τις αναπνευστικές κινήσεις. (Sehat Z et al 2013)

Άλλη αιτία της κακής λειτουργίας του αναπνευστικού συστήματος στα πρόωρα είναι ότι οι αναπνευστικοί μύες (μύες του θώρακα) είναι περισσότερο αδύναμοι απ' ό,τι στα φυσιολογικά νεογνά και αυτό συντελεί στην επιβάρυνση της όλης κατάστασης. (Sehat Z et al 2013)

1.3.2 Θερμοκρασία Σώματος

Η θερμοκρασία του σώματος μειονεκτεί έναντι εκείνης του περιβάλλοντος και δεν ακολουθεί τις διάφορες αυξομειώσεις σε αυτό. Αυτό οφείλεται στην ανωριμότητα των συστημάτων που ελέγχουν τη θερμοκρασία του σώματος και στο γεγονός ότι η επιφάνεια του

σώματος στα πρόωρα είναι σε αναλογία μεγαλύτερη εκείνης των φυσιολογικών νεογνών. Αυτό επιτείνει τη σπατάλη της θερμότητας και της υγρασίας με τον ιδρώτα από το δέρμα (Cobo T et al 2012).

1.3.3 Ηπατική Ανωριμότητα

Η ανωριμότητα του νεογνού αφορά και τη λειτουργικότητα των οργάνων όπως συμβαίνει με το ήπαρ, το οποίο δεν καταφέρνει να συνθέσει και να εξουδετερώσει διαμέσου της χολής, όλη χολερυθρίνη που κυκλοφορεί. Η χολερυθρίνη, προϊόν διάσπασης της αιμοσφαιρίνης, μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο επίπεδο του νευρικού συστήματος του νεογνού, μια που μεγάλες ποσότητες από αυτή μπορούν με μεγάλη ευκολία να περάσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, να αποθηκευτούν και βλάψουν ειδικούς σχηματισμούς του εγκεφάλου. Έτσι, εκτός από το κιτρινωπό χρώμα του δέρματος και των βλεννογόνων, θα έχουμε έμετο, επίμονη μυϊκή ατονία και υπερβολική υπνηλία (Cobo T et al 2012).

1.3.4 Έλλειψη Βιταμινών

Επειδή τις τελευταίες εβδομάδες της ενδομήτριας ζωής το έμβρυο συγκεντρώνει ουσίες, που θα του χρειαστούν να αντιμετωπίσει την πρώτη περίοδο της εξωμήτριας ζωής, υπάρχουν παθολογικές εκδηλώσεις που οφείλονται στην έλλειψη αυτών των ουσιών. Πράγματι, εάν η περίοδος της κύησης ελαττωθεί για οποιαδήποτε αιτία, π.χ. από έναν πρόωρο τοκετό, το έμβρυο δεν προλαβαίνει να δημιουργήσει επαρκή αποθέματα σε βιταμίνες, μεταλλικά άλατα ή ουσίες που να του δίνουν θερμίδες, όπως η γλυκόζη. Π.χ. όταν τις πρώτες ώρες της ζωής το νεογνό αρχίζει να καταναλώνει τη γλυκόζη που έχει αποθηκεύσει κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής αυτό μπορεί να προκαλέσει κρίση (υπογλυκαιμική) οφειλόμενη σε μια πιθανή έλλειψη αυτής της ουσίας. Τα σημεία με τα οποία εκδηλώνεται αυτή η κρίση είναι σπασμοί, τίναγμα των άνω και κάτω άκρων, συσπάσεις και ακανόνιστη τελείως αναπνοή. Επειδή αυτά τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν σαν αποτέλεσμα και άλλων ασθενειών, η διαφορική διάγνωση μεταξύ αυτών και της κυρίως υπογλυκαιμικής κρίσης μπορεί να είναι πολύ δύσκολη. Παρ' όλα αυτά πρέπει να προσπαθήσουμε να εξαφανίσουμε τα συμπτώματα με τη χορήγηση ζάχαρης (γλυκόζης) ενδοφλεβίως. Ένα άλλο παράδειγμα της έλλειψης παραγόντων που το έμβρυο συγκεντρώνει τις τελευταίες εβδομάδες της ενδομήτριας ζωής είναι η αναιμία από έλλειψη σιδήρου, που συνήθως εκδηλώνεται στο 2ο ή 3ο τρίμηνο της ζωής (Cobo T et al 2012).

1.3.5 Νοσήματα Νεογνών

1.3.5.1 Υαλοειδής Μεμβράνη

Μια από τις πιο συχνές ασθένειες, μα πάνω απ' όλα από τις πιο σοβαρές, είναι εκείνη της υαλοειδούς μεμβράνης. Πρόκειται για πολύ επικίνδυνη πνευμονική ασθένεια, που συνίσταται στην ανικανότητα των κυψελίδων να διαταθούν φυσιολογικά τη στιγμή της γέννησης, όταν το βρέφος προσπαθεί για πρώτη φορά να εισπνεύσει αέρα στους πνεύμονες. Η αιτία οφείλεται στην έλλειψη μιας ουσίας που στο φυσιολογικό βρέφος καλύπτει τα τοιχώματα των κυψελίδων (surfactant). Οι πνεύμονες του πρόωρου δεν είναι σε θέση να παράγουν σε επαρκή ποσότητα αυτήν την ουσία- το αίμα του επομένως δεν καταφέρνει να οξυγονωθεί επαρκώς εξαιτίας της αδυναμίας του πνεύμονα να διαταθεί. Αυτή η έλλειψη οξυγόνου αφορά όλους τους ιστούς και ειδικά τα αγγειακά τοιχώματα, που γίνονται περισσότερο διαπεραστικά. Αυτό συμβαίνει και στις κυψελίδες, όπου από τα αιμοφόρα αγγεία διαπηδά υλικό που πάει και εναποτίθεται στην επιφάνειά τους: πρόκειται για μια πρωτεϊνική ουσία, το ινώδες, που πήζοντας μετατρέπεται σε ένα υλικό που λέγεται υαλίνη. Επομένως, στη θέση του surfactant οι κυψελίδες των πρόωρων νεογνών είναι καλυμμένες από υαλώδες υλικό που τείνει να σχηματίσει μεμβράνες από τις οποίες προέρχεται και το όνομα της ασθένειας. Κοντά σ' αυτές τις κυψελίδες, που είναι ανίκανες να διαταθούν και να οξυγονωθούν, υπάρχουν άλλες κυψελίδες αρκετά υγιείς, ώστε να καταφέρνουν να διαταθούν, μα σ' αυτήν την περίπτωση η διάτασή τους επέρχεται κατά τρόπο όχι φυσιολογικό για να καλύψει την έλλειψη διάτασης των γειτονικών κυψελίδων (αντιρροπιστικό εμφύσημα). Γενικά οι πνεύμονες φαίνεται να έχουν συμπιεσθεί και το βρέφος είναι κυανωτικό από την αναπνευστική δυσχέρεια. Εγκαθίσταται έτσι ένας φαύλος κύκλος όπου η μειωμένη οξυγόνωση του αίματος επιδεινώνει ακόμη περισσότερο την κατάσταση στο πνευμονικό πεδίο, αυξάνοντας την ποσότητα του ινώδους, το οποίο εναποτίθεται στις κυψελίδες. Η ασθένεια επομένως είναι περισσότερο σοβαρή και πρόωμη όσο περισσότερο πρόωρο είναι το νεογνό. Συνήθως στα νεογνά πάνω από 500 gr εμφανίζεται μετά την πρώτη ημέρα της ζωής του και εάν επιβιώσει το παιδί μετά την τρίτη με τέταρτη μέρα, ο επιφανειακός παράγοντας επανεμφανίζεται και ο πνεύμονας αρχίζει να επαναδιατείνεται και να οξυγονώνεται (Al Riyami et al 2013).

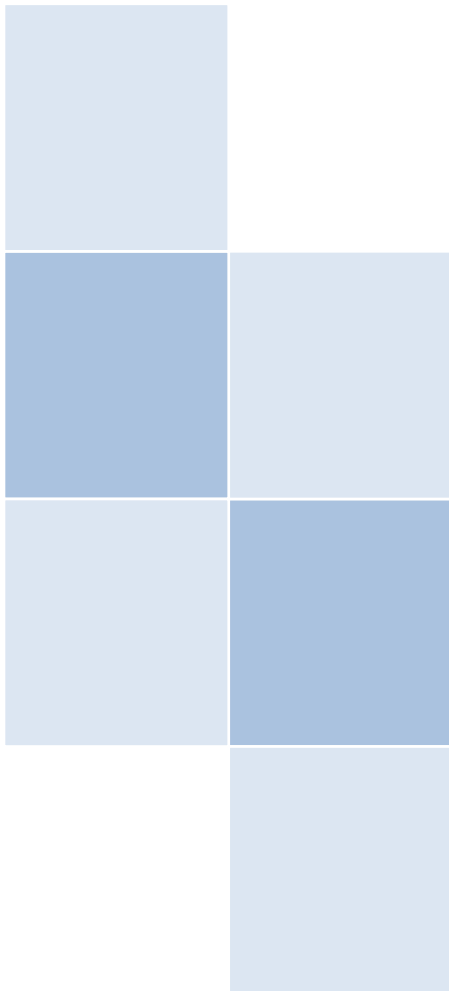
1.3.5.2 Μικροβιακές Λοιμώξεις

Εκτός της ασθένειας της υαλοειδούς μεμβράνης, υπάρχουν και άλλες αναπνευστικές λοιμώξεις με συχνότητα σαφώς μεγαλύτερη. Κυρίως πρόκειται για πνευμονίες και βρογχοπνευμονίες, με κυρίαρχες τις μικροβιακές λοιμώξεις. Και σ' αυτήν την περίπτωση τα συμπτώματα είναι συνηθισμένα και όχι χαρακτηριστικά. Το βρέφος πάντα φαίνεται όχι ζωηρό, τρώει λιγότερο και μειώνεται το βάρος του. Το μοναδικό σημάδι της πνευμονικής προσβολής είναι η αύξηση της συχνότητας των αναπνοών κατά λεπτό (ταχύπνοια). Με την επέκταση της λοίμωξης το βρέφος εμφανίζεται κυανωτικό, εξαιτίας της κακής οξυγόνωσης του αίματος. Η θεραπεία αυτών των μικροβιακών λοιμώξεων συνίσταται στη στενή παρακολούθηση του πρόωρου, με τη χορήγηση οξυγόνου, τη χρήση αντιβιοτικών ευρείας δράσης και αποσκοπεί στην πρόληψη πιθανών δευτεροπαθών επιπλοκών, όπως οι βακτηριακές επιμολύνσεις που θα χειροτέρευαν μια ήδη άσχημη κατάσταση. (Cobo T et al 2012)

Το πρόωρο, ακόμη περισσότερο από το φυσιολογικό νεογνό, είναι ευαίσθητο σε εκείνους τους μικροοργανισμούς που στο λίγο μεγαλύτερο βρέφος είναι συνήθως ανίκανοι να προκαλέσουν ασθένεια. Οι εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό είναι, επίσης, πολύ συχνές. (Blencow et al 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ



Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τους πρόωρους τοκετούς. Οι στόχοι της ανασκόπησης είναι (1) η περιγραφή των χαρακτηριστικών των πρόωρων νεογνών, (2) η διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με τις επιπλοκές της κύησης.

Στόχοι: Η παροχή εμπειριστατωμένης, αντικειμενικής και αξιόπιστης ενημέρωσης για τις αιτίες πρόωρου τοκετού.

Υλικό και μέθοδος: Για να εντοπιστούν τα άρθρα που θα συμπεριλαμβάνονταν στη βιοβιβλιογραφική ανασκόπηση διερευνήθηκε η βάση δεδομένων EBSCOhost Web, η οποία προσφέρει δυνατότητα ταυτόχρονης αναζήτησης σε πολλές βάσεις που έχουν σχέση με τις επιστήμες υγείας όπως, Academic Search Complete, CINAHL, Health Source-Consumer Edition, Health Source – Nursing/ Academic Edition, Medline και Medline Complete καθώς και βάσεις δεδομένων Scopus και Science Direct. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν οι όροι “Causes of preterm birth, "" Alcohol and prematurity, "" Factors of prematurity ", "Factors affecting pregnancy", "predictors of premature birth" σε συνδυασμούς (National Library of Medicine, 2011). Επίσης έγινε αναζήτηση στις ελληνικές βάσεις δεδομένων Ιατρική Βιβλιογραφία Ιπποκράτης και ΙΑΤΡΟΤΕΚ on-line, χρησιμοποιώντας τις αντίστοιχες με τους πιο πάνω όρους ελληνικές λέξεις-κλειδιά, δηλαδή «Αιτίες πρόωρων τοκετών», «Αλκοόλ και προωρότητα», «Παράγοντες προωρότητας», «Παράγοντες που επηρεάζουν την κύηση». Πέραν τούτου, μελετήθηκε η βιβλιογραφία των επιλεγμένων άρθρων, ώστε να εντοπιστούν περαιτέρω κατάλληλα άρθρα, τα οποία πιθανόν να μην είχαν ανακτηθεί κατά την αρχική αναζήτηση με τις πιο πάνω λέξεις-κλειδιά.

Τα κύρια κριτήρια συμπερίληψης ενός άρθρου στην ανασκόπηση ήταν:

- Να είχε δημοσιευτεί από το 2008 και μετά, δηλαδή τα τελευταία 5 χρόνια, αφού οι εξελίξεις σε θέματα επιστημών υγείας είναι τόσο ραγδαίες, ώστε πιο ενημερωμένη να είναι η πληροφόρηση που παρέχεται από τα πιο σύγχρονα άρθρα.
- Να είναι γραμμένο στην ελληνική ή στην αγγλική γλώσσα.
- Να αφορά γυναίκες με πρόωρο τοκετό

Παράλληλα, αποκλείστηκαν τα άρθρα που :

- Ήταν δημοσιευμένα σε μη επιστημονικά περιοδικά.
- Ήταν ανασκοπήσεις και όχι έρευνες.
- Έγιναν με πολύ μικρό δείγμα.

Πρόκειται για μελέτη συστηματικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων - Science Direct, Informa Healthcare, Elsevier, Ncbi, The New England Journal of Medicine, Google Scholar -Southern Medical Journal, General Hospital Psychiatry Journals, Medline, Cinahl με λέξεις κλειδιά: «Αιτίες πρόωρων τοκετών», «Αλκοόλ και προωρότητα», «Παράγοντες προωρότητας», «Παράγοντες που επηρεάζουν την κύηση». Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε από τον Νοέμβριο 2013 μέχρι τον Φεβρουάριο του 2014.

Αποτελέσματα:

Η διαδικασία συστηματικής αναζήτησης στις βάσεις δεδομένων, όπως έχει περιγραφεί πιο πάνω οδήγησε στην ανάκτηση 256 άρθρων. Από αυτά αποκλείστηκαν 216 άρθρα με βάση τον τίτλο, ενώ άλλα 17 δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση επειδή μετά από ανάγνωση τις περίληψης ή του κειμένου κρίθηκαν ότι δεν συνάδουν με τα κριτήρια επιλογής. Αποκλείστηκαν επίσης 12 άρθρα που ήταν ανασκοπήσεις αντί για έρευνες ή γιατί αφορούσαν προβλήματα που εμφάνισαν οι μητέρες και τα νεογνά μετά τον πρόωρο τοκετό και που δεν εμπίπτουν στον σκοπό της έρευνας. Από τις παραθέσεις εντοπίστηκε ακόμη 1 σχετικό άρθρο. Κάποια άρθρα αναφέρονταν στους παράγοντες της νοσηρότητας και θνησιμότητας των νεογνών. Στην συνέχεια εξετάστηκε η βιβλιογραφία των επιλεγμένων άρθρων και εντοπίστηκαν ακόμα 3 άρθρα τα οποία προστέθηκαν στο σύνολο, με τον τελικό αριθμό να φτάνει τα 15. Η διαδικασία επιλογής των άρθρων φαίνεται στο διάγραμμα 2 στις επόμενες σελίδες

Τα βρέφη που γεννιούνται πριν την καθορισμένη ημερομηνία με βάση την ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσης ονομάζονται πρόωρα. Καθώς συχνά η προωρότητα αυτή συνδέεται με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, βάρος που είναι κατώτερο του φυσιολογικού, και επειδή αυτό το χαμηλό βάρος είναι δείκτης ενός νεογνού ιδιαίτερα ευαίσθητου και που έχει ανάγκη από παρακολούθηση καθ' όλα ειδική, συνηθίζεται να ορίζονται σαν πρόωρα τα

νεογνά των οποίων το βάρος κατά τη γέννησή τους δεν ξεπερνά τα 2.500 γραμ. (Chiabi et al 2013). Οι αιτίες της προωρότητας περιλαμβάνουν μια σειρά από ελαττώματα της μήτρας: Μπορεί δηλαδή να πρόκειται για μια ανωμαλία του σχήματος, που εμφανίζεται κατά τη γέννηση ή πάλι για μια ανικανότητα ή ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας να κρατήσει το έμβρυο, κάποια ανωμαλία του πλακούντα τέτοια που να οδηγήσει σε μια πρόωρη αποκόλληση, ή πάλι σε ανώμαλη θέση του εμβρύου στη μήτρα. Το ίδιο και ο πρόωρος τοκετός μπορεί να προκληθεί από τον υπερβολικό όγκο των προϊόντων της κύησης όπως συμβαίνει με τη δίδυμη κύηση, από μιαν ανώμαλη αύξηση του αμνιακού υγρού, ή από έναν όγκο μήτρας που συνυπάρχει με την εγκυμοσύνη (Blencowe et al., 2013).

Είναι σαφές ότι όλες οι ανωτέρω αιτίες επιδεινώνονται από οποιοδήποτε τραυματικό ατύχημα ή από έλλειψη ανάπαυσης της εγκύου. Παράδειγμα οι γυναίκες που δουλεύουν σε εργασίες, με μεγάλο άγχος, έχουν περισσότερη πιθανότητα πρόωρου τοκετού ή αποβολής (η λεγόμενη «λευκή αποβολή»). Γι' αυτό σε πολλά κράτη, μπήκε σε εφαρμογή ένας νόμος υπέρ των εργαζόμενων μητέρων, σύμφωνα με τον οποίο κατά τη διάρκεια της περιόδου της εγκυμοσύνης μέχρι επτά μήνες μετά τον τοκετό δεν πρέπει να εκτίθενται σε μεταφορές, στην ανύψωση βάρους, ούτε σε οποιαδήποτε άλλη εργασία που είναι επικίνδυνη και κουραστική (Tinloy J 2010).

Άλλοι παράγοντες είναι πιο ειδικά συνδεμένοι στην «ανωριμότητα», δηλαδή στη γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους (κατώτερο των 2.500 γραμ.). Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται οι χρόνιες ασθένειες της μητέρας: Σοβαρές παθήσεις της καρδιάς, των νεφρών, ενδοκρινικές διαταραχές. Η σύφιλη και πιο σπάνια η πνευμονική φυματίωση δεν είναι συνηθισμένες αιτίες της ανωριμότητας (Sehat Z et al 2013).

Άλλος παράγοντας μπορεί να είναι η ανεπαρκής ή δυσανάλογη διατροφή της εγκύου, πάνω απ' όλα κατά τους τελευταίους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης. Και οι διεγερτικές ουσίες όπως το τσάι ή ο καφές λαμβανόμενες σε υπερβολικές ποσότητες μπορούν να αποτελέσουν αίτια ανωριμότητας. Άλλη αιτία, αρκετά συχνή που πρέπει να υπογραμμιστεί είναι το κάπνισμα. Το τσιγάρο με τη γνωστή αγγειοσυσταλτική δράση της νικοτίνης στα αιμοφόρα αγγεία και επομένως και πάνω στον πλακούντα κάνει δύσκολη την ανταλλαγή τροφών μεταξύ του παιδιού και της μητέρας (McCarthy et al 2013).

Μερικές φορές το νεογνό γεννιέται με ένα βάρος υπερβολικά κατώτερο εκείνου που έπρεπε να είχε μετρώντας τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (9 μήνες συμπληρωμένοι). Αυτά τα νεογνά καλούνται δυσώριμα και σε αντίθεση με τα ανώριμα διατηρούν ένα μήκος αρκετά

ανάλογο της ηλικίας της εγκυμοσύνης. Οι αιτίες αυτής της μειωμένης ανάπτυξης του εμβρύου κατά την ενδομήτρια ζωή είναι, όπως για την προωρότητα, πλακουντιακής προέλευσης (ανωμαλίες έκφυσης του πλακούντα, δυσπλασίες του πλακούντα κτλ.), εμβρυϊκής (διαμαρτίες περί τη διάπλαση, οφειλόμενες στη γεννητική, ιάσεις, δίδυμη κύηση κτλ.), μητρικής (αγγειακές διαταραχές, ελλιπής διατροφή, έλλειψη επαρκούς οξυγόνωσης, όπως το να κατοικείς σε μεγάλο υψόμετρο, χρόνιες ασθένειες, υπερβολικό κάπνισμα κτλ.) (McCarthy et al 2013).

2.1 Παράγοντες που συνδέονται με Επιπλοκές της Κύησης

2.1.1 Πολύδυμη Κύηση

Από το σύνολο των κυήσεων οι δίδυμες κυήσεις καταλαμβάνουν το 1,2% του συνόλου. Από αυτές το 50% θα τερματίσουν πριν την ολοκλήρωση των εβδομάδων κύησης, και το 40% θα γεννήσει πρόωρα.

Στην πολύδυμη κύηση σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία της μητέρας και ο τόκος. Σύμφωνα με τους Butler και Alberman (1969) οι νεαρές μητέρες οι οποίες έχουν ηλικία κάτω από είκοσι χρονών έχουν μεγάλη πιθανότητα να χάσουν και τα δύο παιδιά ενώ οι πρωτότοκες υπάρχει πιθανότητα να χάσουν το ένα από τα δίδυμα (Haghighi et al 2013).

Αιτία κατά την πολύδυμη κύηση, για τον πρόωρο τοκετό, είναι η υπερδιάταση της μήτρας. Υπάρχει πιθανότητα η μεγάλη παραγωγή προσταγλανδινών να είναι αιτία για την πρόκληση του πρόωρου τοκετού. Μπορεί επίσης από μηχανική απόφραξη εξαιτίας του πλακουντιακού οιδήματος, να εμποδίζεται η ροή δια μέσου του μιομητρίου (Haghighi et al 2013).

Έχει επίσης εντοπιστεί ότι οι γυναίκες οι οποίες σταμάτησαν τα αντισυλληπτικά φάρμακα από το στόμα, λίγους μήνες πριν την σύλληψη να έχουν μεγάλη πιθανότητα δίδυμης κύησης. Συμπερασματικά θα πρέπει να ακολουθείται προσεχτική παρακολούθηση κατά την δίδυμη κύηση, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Κυρίως στις περιπτώσεις αυτές έχει παρατηρηθεί ότι σημαντικός παράγοντας είναι η επαρκής ανάπαυση της εγκύου. (Tinloy J et al 2014)

2.1.2 Αυτόματος Πρόωρος Τοκετός

Η πρόγνωση του πρόωρου τοκετού είναι εφικτή όταν παρατηρηθεί διαστολή και βράχυνση του τραχήλου της μήτρας και όταν υπάρχουν μητρικές συστολές. Μεγάλη προσοχή έχει δοθεί στην διαφοροποίηση ανάμεσα στον αυτόματο τοκετό που ξεκινάει με συστολές της μήτρας και εκείνου που ξεκινάει με πρόωρη ρήξη των μεμβρανών.

Αναφέρεται ότι είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των τοκετών με πρόωρη ρήξη των μεμβρανών από τους τοκετούς με μητρικές συστολές. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι η πρόωρη ρήξη των αμνιακών μεμβρανών είναι αιτία για το 1/3 των πρόωρων γεννήσεων. Η συντηρητική αγωγή της πρόωρης ρήξης μεμβρανών ή του πρόωρου τοκετού δεν έχει φέρει αποτελέσματα. Όταν προηγηθεί η ρήξη ο τοκετός, με μεγάλη πιθανότητα, ξεκινάει λίγες ώρες αργότερα, ενώ γίνεται μεγαλύτερη η πιθανότητα, όταν είναι πιο κοντά στον τερματισμό η κύηση.

Στις τελειόμηνες κύσεις η τεχνική ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών χρησιμοποιούνται για την έναρξη του τοκετού ή όταν πρόκειται να γίνει τεχνική διακοπή της κύησης στον δεύτερο μήνα. (Al Riyami et al 2013)

2.1.3 Λοίμωξη

Η λοίμωξη κατά τη διάρκεια ή μετά τον τοκετό, συνηθέστερα αναφέρεται σε λοίμωξη της μήτρας και των περιβαλλόντων ιστών. Η βαρύτητά της ποικίλει από μέτρια έως βαριά-απειλητική για τη ζωή. Κάποιες από τις βαρύτερες λοιμώξεις μπορούν να εμφανιστούν εντός λίγων ωρών από τον τοκετό και είναι συχνά ευκαιριακές, χωρίς να σχετίζονται με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου. Απαιτείται επαγρύπνηση, έγκαιρη διάγνωση και επιθετική αντιμετώπιση (Cobo T et al 2012).

Οι συχνότερα ευρισκόμενοι μικροοργανισμοί είναι οι στρεπτόκοκκοι της ομάδας B, άλλοι τύποι στρεπτόκοκκων, η *Cardnerella vaginalis*, η *Escherichia coli*, τα *Bacteroides* και *Peptostreptococcus* sp. Η λοίμωξη από κλωστηρίδια ή στρεπτόκοκκο της ομάδας A μπορεί να οδηγήσει σε ταχέως επιδεινούμενη προσβολή των μαλακών μορίων (υποδόριος ιστός, μυς ή μυομήτριο). Τα αποστήματα συνήθως περιλαμβάνουν τόσο αερόβια όσο και αναερόβια βακτήρια, όπως τα *Bacteroides* sp. (*Bacteroides bivius*, *disiens* ή *fragilis*). Σε ποσοστό περίπου 50% των ανιουσών λοιμώξεων από τη μήτρα εμπλέκονται τα *Chlamydia trachomatis*. Παράγοντες κινδύνου από λοίμωξη είναι η καισαρική τομή (10-20πλάσια αύξηση του

κινδύνου), επεμβατικές μέθοδοι στη διάρκεια του τοκετού, πρόωμη ρήξη των υμένων, και πρόωρος τοκετός. (Clowse et al 2013).

2.1.4 Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή της κύησης προσβάλλοντας τα 2/3 των ασθενών. Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο μητρικών επιπλοκών (διαβητική κετοξέωση, γλυκοζουρία, υπεργλυκαιμία, υδράμνιο, προεκλαμψία, υπερτασική νόσος της κύησης, πρόωρος τοκετός, αμφιβληστροειδοπάθεια, λοιμώξεις της ουροποιητικής οδού, ατονία της μήτρας). Τα νεογνά διαβητικών μητέρων παρουσιάζουν τριπλάσιο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών (3-6%) σε σχέση με αυτά των μη διαβητικών μητέρων (1 - 2%). Οι συχνότερες εξ' αυτών είναι οι δυσπλασίες της καρδιάς και των άκρων. Άλλες εμβρυϊκές επιπλοκές περιλαμβάνουν θάνατο του εμβρύου, υδράμνιο, υπερχολερυθριναιμία, υπασβεστιαίμια, υπογλυκαιμία, μακροσωμία, πολυκυτταραιμία, προωρότητα, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και αυτόματη αποβολή (Spiegler J et al 2013).

Στόχοι αντιμετώπισης του σακχάρου είναι η αποκατάσταση των επιπέδων γλυκόζης στον ορό κατά το δυνατό πλησιέστερα στο φυσιολογικό, μέσω ενός συνδυασμού δίαιτας, άσκησης και χορήγησης ινσουλίνης (σε επιλεγμένες ασθενείς). Βέλτιστα αποτελέσματα επιτυγχάνονται εφόσον η αντιμετώπιση του διαβήτη ξεκινήσει πριν την εγκυμοσύνη, απαιτείται δε κατάλληλη εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς της. Στις γυναίκες με προϋπάρχοντα διαβήτη που καθίστανται έγκυες εφιστάται η προσοχή στην ανάγκη αυστηρού ελέγχου και συχνότερης παρακολούθησης. Στις γυναίκες με νεοδιαγνωσθέντα διαβήτη δίνονται γενικές οδηγίες σχετικά με τη νόσο και την ιδιαίτερη φυσιολογία του διαβήτη κύησης. (Spiegler J et al 2013).

2.1.5 Σεξουαλική Δραστηριότητα στην Κύηση

Έχουν γίνει μελέτες για την επίδραση που έχει στη διάρκεια της κύησης η σεξουαλική δραστηριότητα. Οι περισσότερες αναφέρουν ότι εάν η σεξουαλική δραστηριότητα υπάρχει τους τελευταίους μήνες της κύησης υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί πρόωρος τοκετός. Επίσης έχει αναφερθεί ότι η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει ενδομήτρια λοίμωξη ή να μολύνει το αμνιακό υγρό (Βαϊδάκης, 2005).

2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με το Κοινωνικο-Οικονομικό Επίπεδο και τις Συνήθειες της Μητέρας

Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί μια νόσο με χαρακτήρα και βαθιά κοινωνική αρχή που κυρίως ενεργεί βλαπτικά στην εργαζόμενη τάξη, στις πολύτοκες και νέες γυναίκες και στους οικονομικά ασθενέστερους. Σχετικές ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι μεγαλύτερο ποσοστό προωρότητας συναντάται σε οικογένειες που ο πατέρας είναι άνεργος, ή που εργάζεται ως ανειδίκευτος εργάτης. Επίσης κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που έχουν σχέση με την πρόωρη γέννηση αποτελούν η μικρή ηλικία της μητέρας και η μη κατάλληλη διατροφή την περίοδο της κύησης. (Blencowe H et al 2013)

2.2.1 Αλκοόλ και Κατάχρηση Ουσιών

Το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο αποτελεί ένα σύνδρομο που απαντάται σε νεογνά των οποίων οι μητέρες καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ανωμαλίες περιλαμβάνουν δομικές δυσπλασίες (κατά κύριο λόγο στο πρόσωπο), υπολειπόμενη ανάπτυξη, και νευρολογικές ανωμαλίες περιλαμβανομένης και της διανοητικής καθυστέρησης. Δεν φαίνεται να υπάρχει κατώτερο όριο ασφαλείας σε ότι αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, ούτε φαίνεται οι δράσεις του να περιορίζονται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο της κύησης. Η βαρύτητα των βλαβών δείχνει να είναι ανάλογη με την ποσότητα και τη διάρκεια της έκθεσης στο αλκοόλ. Κλινικά αναγνωρίσιμες επιδράσεις δεν απαντώνται συνήθως με περιστασιακή έκθεση σε ποσότητες μικρότερες από 1 oz/ημέρα, μολονότι απόλυτη ασφάλεια δεν εξασφαλίζεται ακόμα και με τέτοια ποσότητα (McCarthy et al 2013).

Η συχνότητα προωρότητας εξαιτίας της κατανάλωσης του αλκοόλ, έχει προκαλέσει αρκετές διαφωνίες. Υποστηρίζεται ότι οι βαρείς πότες εμφανίζουν υψηλό ποσοστό προωρότητας. Έρευνα έχει δείξει ότι το ποσοστό προωρότητας είναι τριπλάσιο ανάμεσα στις γυναίκες που έπιναν δύο ή πιο πολλά ποτά την ημέρα. Αντίθετα έρευνες στην Αυστραλία και την Αμερική έδειξαν ότι δεν υπάρχει καμία επίδραση. (McCarthy et al 2013).

2.2.2 Κοινωνική Τάξη

Η κοινωνική τάξη αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για μη φυσιολογική έκβαση της κύησης άσχετα από τον αριθμό των τοκετών, την ηλικία και την κοινωνική τάξη της μητέρας. Επίσης είναι ένας παράγοντας κατά τον οποίο ένας γιατρός δεν μπορεί να πάρει κάποια προληπτικά μέτρα αφού η κοινωνική τάξη που ανήκει η μητέρα δεν μπορεί να αλλάξει. Πρέπει όμως να μελετηθεί με λεπτομέρεια αφού αποτελεί μεταβλητή του πρόωρου τοκετού και να βρεθούν σημεία τα οποία ενδεχομένως μπορεί να υποστούν προληπτική επέμβαση (Blencowe H et al 2013)

2.2.3 Εκπαίδευση της Μητέρας

Η βιβλιογραφία αναφέρει συχνά ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας και του πρόωρου τοκετού. Οι γυναίκες που έχουν μεγαλύτερα χρόνια φοίτησης και καλύτερο εισόδημα παρουσιάζουν μικρότερη ποσοστό προωρότητας. Παράδειγμα οι γυναίκες εκπαιδευτικοί έχουν πολύ χαμηλό ποσοστό προωρότητας. Γυναίκες, με κακή διαβίωση, μικρή μόρφωση, και έντονη κόπωση, παρουσιάζουν πρόωρο τοκετό με μεγαλύτερη πιθανότητα. (Chiabi A et al 2013)

2.2.4 Εργασία και Φυσική Δραστηριότητα

Ένας συσχετισμός που συχνά παραβλέπεται είναι η συσχέτιση της πρόωρης γέννησης και της φυσικής άσκησης. Με την φυσική άσκηση μπορούν να προκληθούν συσπάσεις της μήτρας και πρόωρος τοκετός.

Όσον αφορά τη δραστηριότητα, το κολύμπι, τα σπορ και την εργασία, ένας καλός γενικός κανόνας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι ότι όλα επιτρέπονται, αρκεί να μην κουράζουν υπερβολικά και να επιτρέπουν στη μητέρα να μπορεί να ξεκουράζεται όταν αισθάνεται την ανάγκη. Έτσι, οι δουλειές του σπιτιού μπορεί να συνεχιστούν κανονικά, αρκεί να αποφεύγονται οι πιο βαριές δουλειές ή εκείνες που προκαλούν στρες. Το κολύμπι είναι πολύ χρήσιμο.

Στην κοιλιά της εγκύου υπάρχει μια ύπαρξη που έχει ανάγκη οξυγόνου και η καλύτερη και καταλληλότερη τροφοδοσία είναι δυνατή με τη δραστηριοποίηση ακριβώς της κυκλοφορίας του αίματος, διαμέσου της φυσικής άσκησης, και ακόμα καλύτερα, εάν γίνεται στον καθαρό αέρα και σε υγιεινά κλίματα. Η φυσική άσκηση, τόσο χρήσιμη, πρέπει πάντως να είναι ανάλογη με τις συνήθειες που είχε η έγκυος πριν την εγκυμοσύνη. Εάν δεν ήταν

συνηθισμένη σε καμιά φυσική άσκηση, θα πρέπει να τις αρχίσει βαθμιαία, και σ' αυτήν την περίπτωση είναι ιδανικοί οι περίπατοι. Πάντως, πρέπει να μάθει να σταματά μια δραστηριότητα πριν ακόμα αισθανθεί κούραση και όχι μετά. Όσον αφορά το αυτοκίνητο όλα εξαρτώνται από το πώς αισθάνεται η έγκυος όταν κάθεται στο τιμόνι. Μόνες αντενδείξεις είναι: απειλές έκτρωσης ή πολύ προχωρημένη εγκυμοσύνη, με την έννοια ότι οι δονήσεις του οχήματος, οι οφειλόμενες στο οδόστρωμα, πολλές φορές πολύ ανώμαλο, μπορεί να κρύβουν άγνωστα αποτελέσματα. Τα ιδανικά μέσα μεταφοράς, όσον αφορά τα μακρινά ταξίδια, είναι το τρένο και το αεροπλάνο, γιατί είναι μειωμένες οι δονήσεις και γιατί κουράζουν λιγότερο. Πάντως, κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων εβδομάδων εγκυμοσύνης, είναι καλό να αποφεύγονται οι μετακινήσεις από τον τόπο όπου θα πρέπει να γίνει ο τοκετός (Tinloy J et al 2014).

2.2.5 Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι σημαντικός παράγοντας για πρόωρο τοκετό, και στην περίπτωση που δεν μπορεί να κοπεί τελείως, πρέπει να ελαττωθεί σημαντικά. Έχει παρατηρηθεί ότι οι έγκυες που καπνίζουν περίπου είκοσι τσιγάρα την ημέρα, να γενούν μεταξύ 24-34 εβδομάδες. Σε πολλές περιπτώσεις επίσης, ευθύνεται το κάπνισμα για την παρουσία αιμορραγίας, ρήξης μεμβρανών, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα αλλά και αυτόματης αποβολής και θνησιγενούς εμβρύου. Είναι, επίσης, αιτία για την πρόληψη βάρους από την έγκυο κατά την εγκυμοσύνη και αύξηση βάρους του εμβρύου (Spiegler et al 2013).

2.2.6 Έλλειψη Προγεννητικής Φροντίδας

Η σχέση μεταξύ της πρόωρης γέννησης και της έλλειψης προγεννητικής φροντίδας είναι μεγάλη. Η προγεννητική φροντίδα μειώνει σε μεγάλο ποσοστό τον πρόωρο τοκετό αν και οι καθοριστικοί παράγοντες που προκαλούν αυτή την κατάσταση δεν έχουν θεμελιωθεί καλά.

Όταν μια γυναίκα ανακαλύπτει ότι είναι έγκυος είναι καλό να υποβάλλεται σε ορισμένες εξετάσεις και να κάνει ορισμένες επισκέψεις ελέγχου στο γιατρό. Ο σκοπός αυτών είναι, από τη μια πλευρά να διατηρήσει η μητέρα την καλύτερη κατάσταση με τρόπο ώστε να φέρει σε πέρας χωρίς προβλήματα την εγκυμοσύνη και να κάνει ένα υγιές παιδί, και από την άλλη ο γιατρός να αναγνωρίσει αμέσως πιθανές ανωμαλίες της εγκυμοσύνης ή να αποφύγει μερικές επιπλοκές που μπορούν να προβλεφθούν. Όλα αυτά γίνονται με μια πρώτη πολύ

προσεκτική εξέταση μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου μήνα εγκυμοσύνης. Θα ακολουθήσουν μηνιαίες επισκέψεις στο γιατρό που θα είναι πιο σύντομες. Προς τον όγδοο μήνα, αντίθετα, αυτές οι επισκέψεις στο γιατρό θα γίνουν πιο συχνές, κάθε δυο εβδομάδες ή αν είναι αναγκαίο κάθε μια (Al Riyami et al 2013).

Κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης, ο μαιευτήρας θα πρέπει να μάθει ένα γενικό και πλήρες ιστορικό της ασθενούς με σκοπό να ανακαλύψει οποιοδήποτε γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη. Γι' αυτό ερευνά το «παρελθόν» της γυναίκας, δηλαδή συλλέγει το «ιστορικό» της π.χ. τον τύπο εργασίας που ακολουθεί ή τις συνήθειες της διατροφής της, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στη γενική κατάσταση της υγείας της. Όσον αφορά την ιστορία της εγκύου, ανατρέχοντας στην ημερομηνία της τελευταίας εμμηνορρυσίας, ο γιατρός υπολογίζει την πιθανή ημερομηνία του τοκετού, έχοντας υπόψη ότι ο κανονικός κύκλος κάνει λιγότερο απροσδιόριστη αυτήν την ημερομηνία. (Al Riyami et al 2013).

2.2.7 Stress και Κοινωνική Υποστήριξη

Είναι γνωστό ότι η ψυχική διάθεση διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, οι έγκυες διακατέχονται μερικές περιόδους από στιγμές ευεξίας, και άλλοτε από στιγμές σύγκρουσης και άρνησης για την αλλαγή στο σώμα τους που είναι κάτι που δεν μπορούν να ελέγξουν. Θα πρέπει η αλλαγή αυτή να γίνει δεκτή και καταληπτή ώστε η κάθε μια να εκφράσει τους φόβους και την άγνοιά της της, και να ζητήσει μια βοήθεια και απάντηση στους φόβους της. Η γνώση αυτών των αλλαγών στο σώμα και τα συναισθήματα σε αυτή την περίοδο, είναι επιτακτική και μπορεί να γίνει ακόμα πιο σπουδαία σε ότι αφορά την προετοιμασία για τον τοκετό. Στον τομέα αυτό, η έγκυος που έχει άγνοια για τις αλλαγές που θα της συμβούν και για τις ωδίνες του τοκετού, μπορεί την στιγμή εκείνη να καταληφθεί από πανικό, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να συνεργαστεί με το μαιευτικό προσωπικό, κάνοντας τον τοκετό δύσκολο. Εξάλλου, ο φόβος της προετοιμασίας του τοκετού, και οι ωδίνες μπορεί να μεγαλοποιήσουν τον πόνο και να αισθανθεί γρήγορα η γυναίκα εξάντληση.

Επίσης αναφέρεται ότι στις γυναίκες με πρόωρο τοκετό το στρες είναι μεγαλύτερο. Επίσης αναφέρουν ότι η απουσία κοινωνικής υποστήριξης και οι συνθήκες ζωής αποτελούν παράγοντα που συνδέουν τον πρόωρο τοκετό με το κοινωνικό μειονέκτημα. (Blencowe H et al 2013)

2.2.8 Παχυσαρκία

Τα φυσικά χαρακτηριστικά της μητέρας αποτελούν παράγοντα πρόκλησης πρόωρου τοκετού. Κατά την εγκυμοσύνη η παχυσαρκία εμφανίζεται και εγκαθίστανται με κάποια συχνότητα. Οι αιτίες μπορεί να προέρχονται από σοβαρό λόγο ή να είναι διάφορες. Κατά την εγκυμοσύνη η διατροφή πολλές φορές γίνεται ακατάστατη, εξαιτίας της λανθασμένης γνώσης υγιεινής που τις περισσότερες φορές οφείλεται στην άποψη ότι μια έγκυος πρέπει να τρώει υπερβολικά εξαιτίας του βρέφους που περιμένει. Η ακατάστατη διατροφή μπορεί επίσης να οφείλεται σε διαφοροποίηση της ψυχικής ισορροπίας η οποία πολλές φορές αυτή την περίοδο είναι εύθραυστη. (de Jongh et al 2014)

Υπάρχει επίσης και η παχυσαρκία που συνοδεύεται από προδιαβητική κατάσταση. Στις εγκυμοσύνες ο τύπος αυτός της παχυσαρκίας γίνεται περισσότερο έντονος. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η παχυσαρκία θεωρείται μια πραγματική πάθηση αφού υπερφορτώνεται η καρδιά. Το μυοκάρδιο στην φάση αυτή υποβάλλεται σε εντονότερο στρες και σε συνδυασμό με την παχυσαρκία η καρδιά εντείνει τον ρυθμό με τον οποίο πρέπει να δουλεύει ευνοώντας την υπερτροφία του καρδιακού ιστού που μετατρέπεται εύκολα σε στηθάγχη, σε καρδιακό έμφραγμα ή καρδιακή ανεπάρκεια (de Jongh et al 2014).

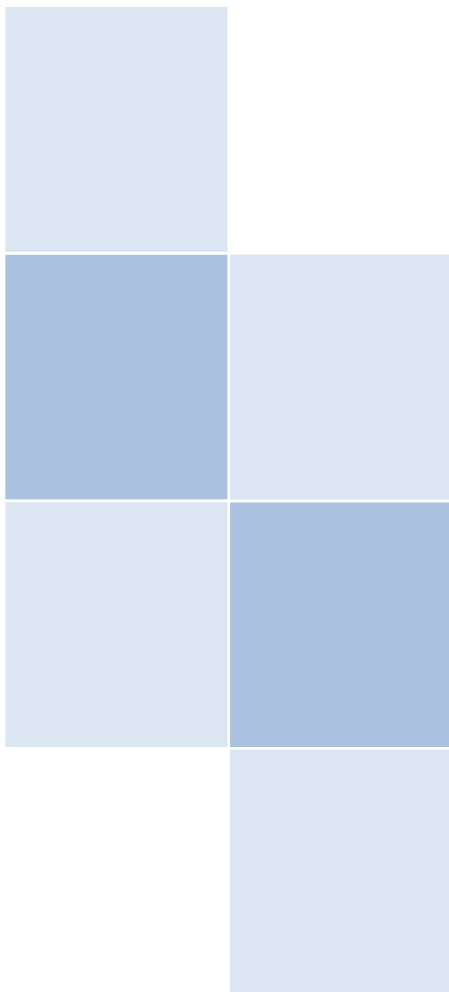
Η πλειάδα των επιπλοκών που είναι δυνατόν να σχετίζεται με την ύπαρξη του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), τόσο μικροαγγειακών (αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια και νευροπάθεια) όσο και μακροαγγειακών (στεφανιαία νόσος, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια), αλλά και η συχνά προοδευτικά επιδεινούμενη πορεία του ίδιου του σακχαρώδους διαβήτη, κάνουν επιτακτική τη συχνή παρακολούθηση των διαβητικών εγκύων για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών. Το ευχάριστο είναι ότι η καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος αλλά και της υπέρτασης, της δισλιπιδαιμίας, της παχυσαρκίας, η διακοπή του τσιγάρου, η μυϊκή άσκηση και η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, είναι σε θέση να μειώσει και να ελέγξει τον κίνδυνο των επιπλοκών. Η παχυσαρκία και η προδιαβητική κατάσταση με ευκολία αντανακλώνονται στο έμβρυο, με αποτέλεσμα το μωρό να έχει μεγάλες διαστάσεις και να εκβάλλεται με δυσκολία κατά τον τοκετό. Στη συνέχεια λόγω της εξάντλησης των μυϊκών ινών της μήτρας, μπορεί να μειωθούν οι μητρικές συστολές σε συχνότητα. και να εξαφανιστούν (de Jongh et al 2014).

2.3 Πρόληψη της Προωρότητας

Η προφύλαξη και πρόληψη της προωρότητας είναι ένα πρόβλημα μαιευτικό. Πριν από όλα, για να αποφευχθεί η γέννηση βρεφών πριν την καθορισμένη ημερομηνία της κύησης, είναι απαραίτητο να γίνονται επισκέψεις κάθε μήνα από την έγκυο στο μαιευτήρα, που να του επιτρέπουν να παρακολουθεί με περισσότερη προσοχή την κύηση, τον κίνδυνο ανεπάρκειας του τραχήλου, δίδυμης κύησης, τοξιναιμίας κ.τ.λ. Είναι ανάγκη να επιμένει κανείς στην αναγκαιότητα της ανάπαυσης που πρέπει να ακολουθείται, και στη λήψη μιας ισορροπημένης διαίτας που επιτρέπει έμβρυο να κάνει τις αναγκαίες αποθηκεύσεις για την εξωμήτρια ζωή. Οι κανόνες υγιεινής κατά την κύηση πρέπει να τηρούνται σχολαστικά. Έχει διαπιστωθεί ότι όπου πραγματοποιούνται αυτοί έχουμε μια σημαντική μείωση της προωρότητας και της περιγεννητικής θνησιμότητας (το γάλα έχει μειωμένη περιεκτικότητα σιδήρου που είναι απαραίτητο στοιχείο), Στο πρόωρο, μπορεί να συνυπάρχει και έλλειψη της βιταμίνης Κ. Εάν μ' αυτά συνυπάρξει και έλλειψη της βακτηριδιακής χλωρίδας του εντέρου, που είναι υπεύθυνη για τη σύνθεση της βιταμίνης Κ, και ατελής σύνθεση των πρωτεϊνικών παραγόντων της πήξης από το συκώτι και τα δύο τυπικά των πρώτων ημερών της ζωής, θα έχουμε εύκολα αιμορραγικά φαινόμενα, όπως το αιμάτωμα του ομφαλού, οι διάφορες εκχυμώσεις στους ιστούς, η παρουσία αίματος στα κόπρανα και στα ούρα. Μπορούμε να έχουμε και έλλειψη της βιταμίνης D που εκδηλώνεται με αλλοιώσεις του σκελετού που μπορεί να συνδυαστούν με κρίση σπασμών τετανικού τύπου, λόγω έλλειψης ασβεστίου (σπασμοφιλία). Άλλες εκδηλώσεις, τυπικές του πρόωρου, τις πρώτες μέρες της ζωής του είναι η τάση προς οξέωση (Μαμόπουλος, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

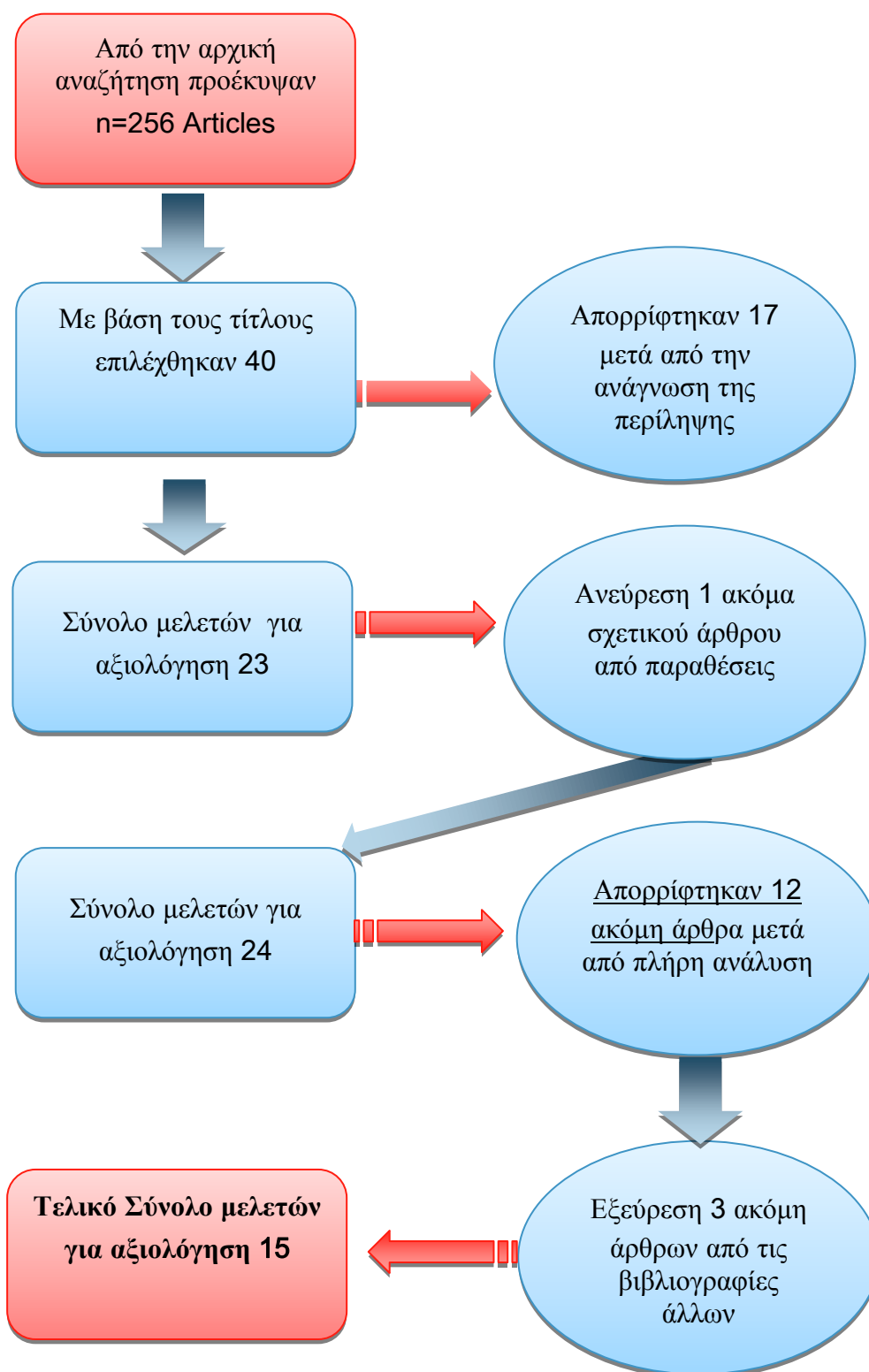


Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση θέματος μέσω επιστημονικών μηχανών αναζήτησης, όπως το Google Scholar, βάσει διαφόρων λέξεων κλειδιών, καθώς και σε διάφορα βιβλία, περιοδικά και σημειώσεις, ώστε να καταγραφούν δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με το θέμα. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν αρχικά ήταν: τοκετός, πρόωρος τοκετός, εγκυμοσύνη, προβλήματα τοκετών, κ.α.

Αφού συγκεντρώθηκαν όλα τα επιθυμητά στοιχεία, διαχωρίστηκαν και “κρατήθηκαν” πληροφορίες που είχαν να κάνουν με τους τοκετούς, τα προβλήματά τους και πιο συγκεκριμένα τα προβλήματα που δημιουργούνται ύστερα από πρόωρους τοκετούς. Οι πηγές αυτές εκτίνονται από το 2003 έως και το 2013. Από το σύνολο των 21 μελετών, ο μεγαλύτερος αριθμός προέρχεται από την Ελλάδα και μόνο 2 είναι ξενόγλωσσες. Οι μελετές αυτές ήταν κυρίως βιβλιογραφικές με μικρό αριθμό αυτών να αναφέρονται σε ποσοτικές έρευνες, άλλων ερευνητών.

Στη συνέχεια μελετήθηκαν οι εν λόγω πληροφορίες ώστε να γίνει το θέμα όσο πιο κατανοητό γινόταν και βάσει των πηγών αυτών άρχισε να γίνεται η σύνθεση και συγγραφή της εργασίας.

Διάγραμμα 2: Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της συστηματικής βιβλιογραφικής αναζήτησης.



	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΕΤΟΣ ΧΩΡΑ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ	ΔΕΙΓΜΑ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
1	de Jongh BE, Paul DA, Hoffman M, Locke R.	2009 Ηνωμένες Πολιτείες	Φάκελλοι Ασθενών	11,711 γεννήσεις	Η μητρική παχυσαρκία αύξησε τις πιθανότητες προωρότητας στον ευρύτερο πληθυσμό (Ασιατικής και όχι Ισπανικής καταγωγής). Η έρευνα κατέδειξε επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ εθνοτικών ομάδων σε ότι αφορά περιστατικά πρόωρου τοκετού. Έγινε έρευνα στη στατιστική ανάλυση να ληφθούν υπόψη σταθερές μεταβλητές όπως υπέρταση, διαβήτης, ασφαλιστική κάλυψη, προηγούμενες γέννες και κάπνισμα.
2	Clowse ME, Wallace DJ, Weisman M, James A, Criscione-Schreiber LG, Pisetsky DS.	2011 Ηνωμένες Πολιτείες	Μετρήσεις μεταξύ των 20ης και 28ης εβδομάδων κύησης	40	Στις γυναίκες με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (SLE) με ήπια ή/και μέτρια δραστηριότητα της ασθένειας, τα επίπεδα οιστραδιόλης και ουρικό οξύ στα μέσα της κύησης μπορεί να προβλέψουν τον πρόωρο τοκετό.
3	Chiabi A, Mah EM, Mvondo N, Nguetack S, Mbuagbaw L, Kamga KK, Zhang S, Mboudou E, Tchokoteu PF, Mbond E.	2011 Καμερούν	Διατηρηματικές μελέτες φακέλων ασθενών για χρονικό διάστημα 8 χρόνων.	28, 320 φάκελλοι	Τα κύρια αίτια θανάτων πρόωρων νεογνών είναι οι μολύνσεις (27,6%), νεογνική ασφυξία (11.9%) και εκ γενετής δυσπλασίες (10.3%).
4	Vladutiu CJ, Marshall SW, Poole C, Casteel C, Menard MK, Weiss HB.	2001-2008 Ηνωμένες Πολιτείες	Μελέτη κοορτής	878,546	Συγκρούσεις κατά τη διάρκεια οδήγησης την περίοδο της εγκυμοσύνης είναι στατιστικώς υψηλά συσχετισμένες με αυξανόμενα ποσοστά αρνητικών αποτελεσμάτων εγκυμοσύνης. Πολλαπλές συγκρούσεις συσχετίζονται με ακόμη μεγαλύτερα ποσοστά αρνητικών αποτελεσμάτων εγκυμοσύνης. Το αποτέλεσμα της σύγκρουσης ήταν ακόμη πιο επιβλαβές όταν οι γυναίκες δεν έφεραν ζώνη ασφαλείας.
5	Al Riyami N, Al-Ruheili I, Al-Shezaw F, Al-Khabori M.	2006-2011 Ομάν	Μελέτη κοορτής	44	Ταυτόχρονα ποσοστά μόλυνσης ήταν υψηλά σε ασθενείς που παρουσίασαν κρίσιμης μορφής πρόωρη ρήξη μεμβρανών. Την ίδια στιγμή κανείς από τους αρχικούς παράγοντες δεν υπέδειξαν την αναγκαιότητα καισαρικής τομής (αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές μπορεί να εξηγείται λόγω του μικρού δείγματος)

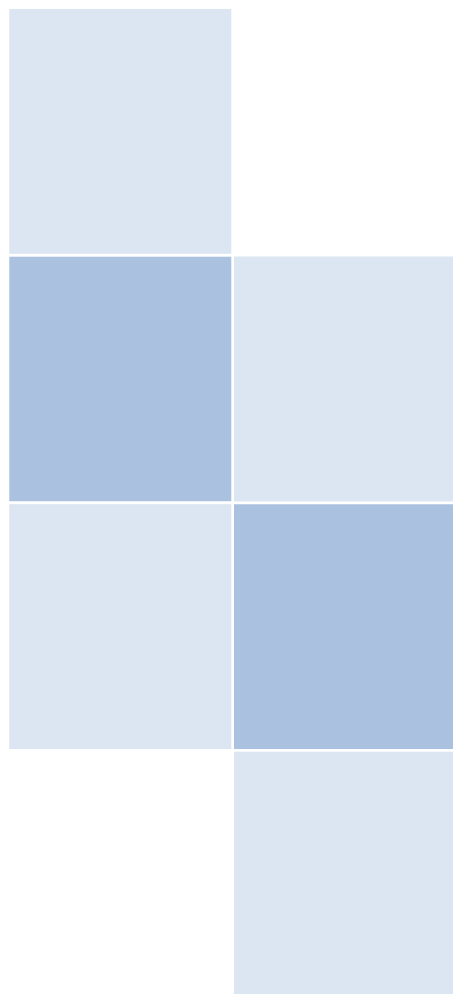
	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΕΤΟΣ ΧΩΡΑ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ	ΔΕΙΓΜΑ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
6	Cobo T, Kacerovsky M, Holst RM, Hougaard DM, Skogstrand K, Wennerholm UB, Hagberg H, Jacobsson B.	2012 Σουηδία	Μελέτη κοορτής	66 μετρήσεις	Το αμνιακό υγρό είναι ο καλύτερος βιοχημικός δείκτης για να προβλέψει την μικροβιακή εισβολή στην αμνιακή κοιλότητα σε γυναίκες με κρίσιμης μορφής πρόωρη ρήξη μεμβρανών. Η φλεγμονή στο άμνιο δεν δύναται να προβλέψει το περιστατικό του ξαφνικού πρόωρου τοκετού σε χρονικό διάστημα επτά ημερών από πρόωρη ρήξη μεμβρανών.
7	Di Renzo GC, Giardina I, Rosati A, Clerici G, Torricelli M, Petraglia F; Italian Preterm Network Study Group.	Ιταλία 2010	Εμπειρική διατηρηματική μελέτη και μελέτη παρατήρησης	7634	Υπάρχουν ιδιόμορφοι παράγοντες κινδύνου για ξαφνικούς πρόωρους τοκετούς στο υπό μελέτη πληθυσμό. Η μελέτη κατέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του πρόωρου τοκετού με τα εξής: δείκτης μάζας σώματος, εργοδότηση, προηγούμενες εκτρώσεις, προηγούμενους πρόωρους τοκετούς και προηγούμενοι καισαρικοί τοκετοί.
8	McCarthy FP, O'Keeffe LM, Khashan AS, North RA, Poston L, McCowan LM, Baker PN, Dekker GA, Roberts CT, Walker JJ, Kenny LC.	Ιρλανδία 2011	Μελέτη κοορτής	5,628	Η κατανάλωση αλκοόλης κατά τα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης ήταν επικρατούσες στην κοορτή των πολύτοκων γυναικών. Δεν παρουσιάστηκε στατιστική σημαντική σχέση μεταξύ κύησης και κατανάλωσης αλκοόλης. Παρουσιάστηκε όμως μερική συσχέτιση για τους παράγοντες «διάρκεια κύησης», «χαμηλό βάρος γέννησης», «προεκλαμψία» και «ξαφνικός πρόωρος τοκετός».
9	Tinloy J, Chuang CH, Zhu J, Pauli J, Kraschnewski JL, Kjerulff KH	Ηνωμένες Πολιτείες 2012	Μετρήσεις στο πεδίο	3,006	Στη μελέτη που αφορούσε γυναίκες στον πρώτο τοκετό, δεν συσχετίστηκε με νοσοκομειακή περίθαλψη για πρόωρο τοκετό. Τα αποτελέσματα όμως κατέδειξαν συσχέτιση με μειωμένη πιθανότητα τοκετού με καισαρική τομή.

	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΕΤΟΣ ΧΩΡΑ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ	ΔΕΙΓΜΑ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
10	Spiegler J, Stichtenoth G, Weichert J, König IR, Schlaud M, V D Wense A, Olbertz D, Gurth H, Schiffmann JH, Bohnhorst B, Gortner L, Herting E, Göpel W; German Neonatal Network, GNN.	Γερμανία 2012	Πολυκεντρική μελέτη	1577 νεογνά	Ο πρόωρος τοκετός φαίνεται να συσχετίζεται με την υπέρταση κυήσεις και συναφή προβλήματα για περίπου το 25% των πολύ χαμηλού βάρους νεογνών.
11	Yamamoto M, Feigenbaum SL, Crites Y, Escobar GJ, Yang J, Ferrara A, Lo JC.	Ιαπωνία 2012	Μελέτη κοορτής	908	Ένα υψηλότερο ποσοστό γυναικών με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών γέννησαν πρόωρα (12.9%) συγκρινόμενες με γυναίκες χωρίς σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Στην πλειοψηφία τους οι περιπτώσεις αφορούσαν ξαφνικούς τοκετούς.
12	Βαϊδάκης Νίκος	Ελλάδα 2005	Βιβλιογραφική ανασκόπηση, Μελέτη γραφείου	-	Το βιβλίο αυτό γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης των βιο-ψυχο-κοινωνικών παραμέτρων που διαμορφώνουν τη σεξουαλικότητα, η οποία, με τη σειρά της, αποτελεί το βασικό τμήμα της προσωπικότητας. Κύριο όργανο ρύθμισης της σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι ο εγκέφαλος. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται η φυσιολογία της σεξουαλικής λειτουργίας, οι διαταραχές της, καθώς και οι μεταβολές της με την πάροδο της ηλικίας. Θεμελιώδους σημασίας για την πορεία μιας σχέσης είναι τα ψυχολογικά δυναμικά που αναπτύσσονται από το μετασχηματισμό του ατόμου σε ζεύγος, οι συγκρούσεις που εμφανίζονται και η ενδεχόμενη ανάληψη γονεϊκών ρόλων. Με αυτές τις έννοιες, αφιερώνεται ένα κεφάλαιο στο ρόλο της σεξουαλικής λειτουργίας στο πλαίσιο του γάμου.

	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΕΤΟΣ ΧΩΡΑ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ	ΔΕΙΓΜΑ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
13	A. M. Μαμόπουλος	Ελλάδα 2008	Συστηματική ανασκόπηση	-	<p>Το 6 έως 12% των νεογνών γεννιούνται πριν την 37^η εβδομάδα της κύησης. Η προωρότητα αυξάνει τόσο την προγεννητική θνησιμότητα όσο και τη νοσηρότητα αυτών των νεογνών. Ο Μαιευτήρας πρέπει να επιλέξει έναν τρόπο τοκετού τέτοιο που να επιβαρύνει όσο το δυνατό λιγότερο το επερχόμενο νεογνό, προκειμένου να του εξασφαλίσει τις καλύτερες δυνατές προοπτικές επιβίωσης.</p> <p>Στο άρθρο αυτό, παρουσιάζεται μια ανασκόπηση των δεδομένων που αναφέρονται στην επίδραση που μπορεί να έχουν οι διάφοροι μαιευτικοί χειρισμοί και πράξεις που πραγματοποιούνται στη διάρκεια του τοκετού στην άμεση κι απώτερη υγεία ενός νεογνού που γεννήθηκε πρόωρα.</p>
14	Sehat Z, Goshetasbi A, Taheri Amin M.	Ιράν 2012	Μελέτη κοορτής	700	<p>Η αύξηση στην εντερική πρωτεΐνη Α και ανασταλτίνη Α και η παράλληλη μείωση των επιπέδων ορού συζευγμένων οιστρογόνων κατά τη δεύτερη τριμηνία της εγκυμοσύνης αυξάνουν την πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Επιπλέον στην παρούσα μελέτη οι ερευνητές τονίζουν την αναγκαιότητα για μεγαλύτερα δείγματα</p>
15	Haghighi L, Najmi Z, Barzegar SH, Barzegar N.	Ιράν 2012	Μελέτη κοορτής	676	<p>Το αντρικό φύλο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πρόωρο τοκετό μεταξύ των μονήρων κυήσεων. Την ίδια στιγμή στην κύηση διδύμων η επίδραση του φύλου στους πρόωρους τοκετούς δεν έχει ακόμη ξεκαθαριστεί. however, in twin pregnancies, the effect of sex on PTB is not yet clear.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

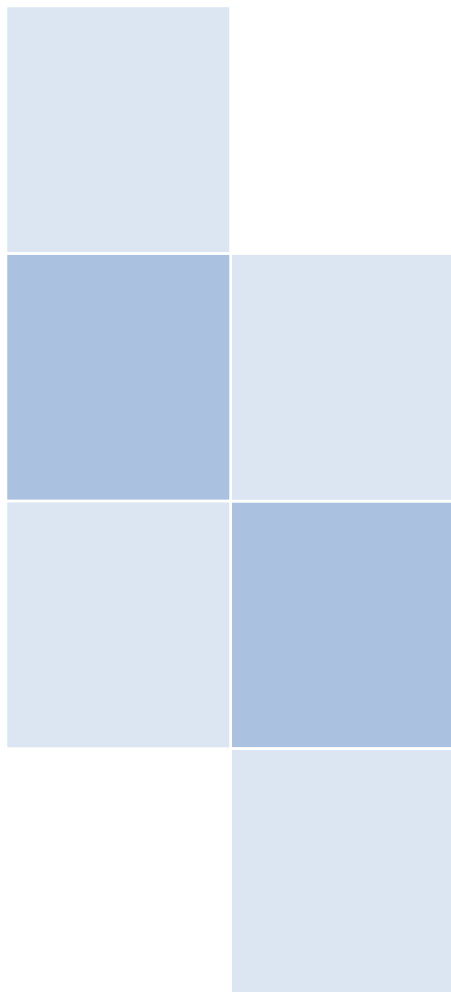


Το γεγονός ότι η παρούσα ανασκόπηση περιορίστηκε στην Ελληνική και σε μικρό βαθμό στην Αγγλική γλώσσα αποτελεί περιορισμό της εργασίας αφού δεν έχει διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν μελέτες δημοσιευμένες σε άλλες γλώσσες και χώρες οι οποίες δεν εντοπίστηκαν. Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αρχικά είχε βρεθεί ένας μεγάλος αριθμός πηγών, οι οποίες στη συνέχεια βάσει κριτηρίων επιλογής που τέθηκαν μειώθηκαν, καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα, κάποιες έρευνες δεν ήταν αποκλειστικά για πρόωρους τοκετούς ή για τοκετούς γενικότερα.

Τέλος, οι περισσότερες έρευνες δεν επιχείρησαν ποσοτική σύνθεση των αποτελεσμάτων, αλλά προτίμησαν την απλή καταγραφή είδη υπάρχουσων θεωριών και ερευνών. Αυτό ίσως οφείλεται στη μεγάλη ανομοιογένεια των ποσοτικών μελετών ως προς το σχεδιασμό και τα εργαλεία μέτρησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

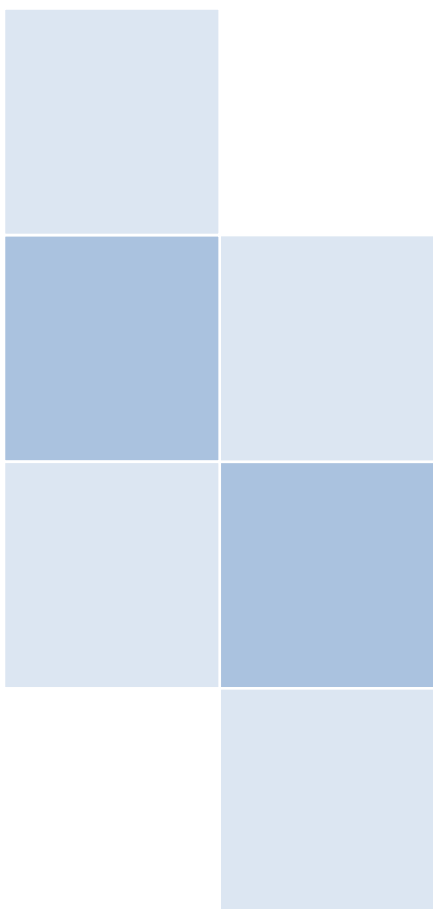


Εάν η πρόωρη ρήξη υμένων αρχίσει πριν την 37η εβδομάδα της κύησης θα έχουμε πρόωρο τοκετό. Τα πρόωρα βρέφη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων και της αναπηρίας και της πνευματικής ανάπτυξης. Αυτό συμβαίνει γιατί ένα αναπτυσσόμενο μωρό κατά τις τελευταίες εβδομάδες και μήνες αναπτύσσεται σημαντικά. Πολλά συστήματα οργάνων, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφάλου, των πνευμόνων, του ήπατος αναπτύσσεται πλήρως τις τελευταίες ημέρες.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η προωρότητα παρά την μεγάλη πρόοδο της νεογνολογίας και της προγεννητικής ιατρικής αποτελεί σοβαρό παράγοντα βρεφικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα αίτια που οδηγούν στην προωρότητα δεν έχουν ακόμα καθοριστεί και αποτελούν ένα πολυσύνθετο παράγοντα. Μερικές φορές ο πρόωρος τοκετός προκαλείται επίτηδες, στην περίπτωση που το έμβρυο μέσα στην μήτρα της εγκύου δεν έχει σωστή ανάπτυξη, εξαιτίας της γήρανσης του πλακούντα κ.α. Στις πιθανές επίσης αιτιολογίες αναφέρονται και οι διάφορες λοιμώξεις. Παράγοντες επίσης που προδιαθέτουν τον πρόωρο τοκετό είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η κακή διατροφή, το σάκχαρο, κ.α.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Βαϊδάκης, Ν. (2005). *Η Σεξουαλική Συμπεριφορά του Ανθρώπου*. Αθήνα: Βήτα.
2. Μαμόπουλος, Α.Μ. (2008). Τρόπος τοκετού και έκβαση των πρόωρων νεογνών. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 20.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Al Riyami, N., Al-Ruheili, I., Al-Shezaw, F. & Al-Khabori, M. 2013, "Extreme preterm premature rupture of membranes: risk factors and fetomaternal outcomes", *Oman medical journal*, vol. 28, no. 2, pp. 108-111.
2. Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A., Kinney, M. & Lawn, J. (2013). Born too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm
3. Chiabi, A., Mah, E.M., Mvondo, N., Nguetack, S., Mbuagbaw, L., Kamga, K.K., Zhang, S., Mboudou, E., Tchokoteu, P.F. & Mbond, E. 2013, "Risk factors for premature births: a cross-sectional analysis of hospital records in a Cameroonian health facility", *African Journal of Reproductive Health*, vol. 17, no. 4, pp. 77-83.
4. Clowse, M.E., Wallace, D.J., Weisman, M., James, A., Criscione-Schreiber, L.G. & Pisetsky, D.S. 2013, "Predictors of preterm birth in patients with mild systemic lupus erythematosus", *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 72, no. 9, pp. 1536-1539.
5. Cobo, T., Kacerovsky, M., Holst, R.M., Hougaard, D.M., Skogstrand, K., Wennerholm, U.B., Hagberg, H. & Jacobsson, B. 2012, "Intra-amniotic inflammation predicts microbial invasion of the amniotic cavity but not spontaneous preterm delivery in preterm prelabor membrane rupture", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 91, no. 8, pp. 930-935.
6. de Jongh, B.E., Paul, D.A., Hoffman, M. & Locke, R. 2014, "Effects of pre-pregnancy obesity, race/ethnicity and prematurity", *Maternal and child health journal*, vol. 18, no. 3, pp. 511-517.
7. Haghghi, L., Najmi, Z., Barzegar, S.H. & Barzegar, N. 2013, "Twin's sex and risk of pre-term birth", *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 33, no. 8, pp. 823-826.
8. McCarthy, F.P., O'Keeffe, L.M., Khashan, A.S., North, R.A., Poston, L., McCowan, L.M., Baker, P.N., Dekker, G.A., Roberts, C.T., Walker, J.J. & Kenny, L.C. 2013, "Association between maternal alcohol consumption in early pregnancy and pregnancy outcomes", *Obstetrics and gynecology*, vol. 122, no. 4, pp. 830-837.

9. Sehat, Z., Goshetasbi, A. & Taheri Amin, M. 2013, "Investigating association between second trimester maternal serum biomarkers and pre-term delivery", *Iranian journal of reproductive medicine*, vol. 11, no. 2, pp. 127-132.
10. Spiegler, J., Stichtenoth, G., Weichert, J., Konig, I.R., Schlaud, M., V D Wense, A., Olbertz, D., Gurth, H., Schiffmann, J.H., Bohnhorst, B., Gortner, L., Herting, E., Gopel, W. & German Neonatal Network, G. 2013, "Pregnancy risk factors for very premature delivery: what role do hypertension, obesity and diabetes play?", *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 288, no. 1, pp. 57-64.
11. Tinloy, J., Chuang, C.H., Zhu, J., Pauli, J., Kraschnewski, J.L. & Kjerulff, K.H. 2014, "Exercise during pregnancy and risk of late preterm birth, cesarean delivery, and hospitalizations", *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, vol. 24, no. 1, pp. e99-e104.
12. Vladutiu, C.J., Poole, C., Marshall, S.W., Casteel, C., Menard, M.K. & Weiss, H.B. 2013, "Pregnant driver-associated motor vehicle crashes in North Carolina, 2001-2008", *Accident; Analysis and Prevention*, vol. 55, pp. 165-171.
13. Yamamoto, M., Feigenbaum, S.L., Crites, Y., Escobar, G.J., Yang, J., Ferrara, A. & Lo, J.C. 2012, "Risk of preterm delivery in non-diabetic women with polycystic ovarian syndrome", *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, vol. 32, no. 10, pp. 770-776.