

ΑΠΟ ΤΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Π Ρ Ο Ρ Ο Τ Η Τ Α
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΕΥΓΕΝΙΑ ΝΙΚ. ΜΑΡΑΓΚΑΚΗ
ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 1995

ND=5284

ΑΠΟ ΤΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ



- 9 Ιουλ. 1996

Π Ρ Ο Ω Ρ Ο Τ Η Τ Α
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΕΥΓΕΝΙΑ ΝΙΚ. ΜΑΡΑΓΚΑΚΗ
ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 1995

<i>Η ημερομηνία αιτήσεως του υποψηφίου</i>	: 12.5.1986
<i>Η ημερομηνία ορισμού 3μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής</i>	: 13.5.1986
<i>Τα μέλη της 3μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής</i>	: Καθηγητής Κ. Παπαδάτος Επικ. Καθηγητής Χ. Σταυρινάδης Επικ. Καθηγήτρια Γ. Λιάπη-Αδαμίδα
<i>Η ημερομηνία ορισμού του θέματος</i>	: 27.3.1987
<i>Η ημερομηνία καταθέσεως της διδακτορικής διατριβής</i>	: 8.3.1995

<i>Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής</i>	: Χαρ. Προνκάκης
<i>Τα μέλη της 7μελούς Εξεταστικής Επιτροπής</i>	: Καθηγητής Κ. Παπαδάτος Καθηγητής Χ. Καττάμης Καθηγητής Π. Ζούρλας Επικ. Καθηγητής Χ. Σταυρινάδης Επικ. Καθηγήτρια Γ. Λιάπη-Αδαμίδα Επικ. Καθηγήτρια Ε. Μάνδυλα-Σφάγγου Επικ. Καθηγητής Κ. Παππάς
<i>Βαθμός με τον οποίο έγινε δεκτή η Διατριβή</i>	: "Λίαν καλώς"

ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΟΣ ΟΡΚΟΣ

ΚΕΙΜΕΝΟ



ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΕΥ-
ΜΕΝΟΣ, ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ
ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΕΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ. ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ
ΔΙΔΑΞΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΤΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ
ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΟΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗ-
ΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΑΥΤΟΥ ΑΔΕΛΦΕΥΣΙΣΙΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΕΙΝ
ΑΡΡΕΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΞΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΧΡΗΖΩΣΙ ΜΑΝ-
ΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΕΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ
ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗ-
ΣΕΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΤΟΙΣ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΞΑΝΤΟΣ ΚΑΙ
ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΕΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣ ΤΕ ΚΑΙ ΟΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ
ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ ΔΙΑΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ'
ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ
ΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ ΕΙΡΕΕΙΝ ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ
ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΜΟΝ ΟΥΔΕ ΥΦΙΓΗΣΟΜΑΙ ΕΥΜΒΟΥΛΙΗΝ
ΤΟΙΗΝΔΕ ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ.
ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ
ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΜΟΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ
ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙΝ ΠΡΗΕΩΣ ΤΗΣΔΕ ΕΣΘΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ
ΕΣΙΩ, ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ
ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟ-
ΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΙΩΝ,
ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ. Α Δ' ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Η ΙΔΩ Η
ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ
ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΣΘΑΙ ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ. ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ
ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ
ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΕΥΓΧΕΟΝΤΙ ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧ-
ΝΗΣ, ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟ-
ΝΟΝ ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΕΟΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΟΣ ΟΡΚΟΣ

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ



ΟΡΚΙΖΟΜΑΙ ΣΤΟΝ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΑΣΚΛΗΠΙΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΝΑΚΕΙΑ ΚΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΘΕΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΕΣ, ΠΟΥ ΒΑΖΩ ΜΑΡΤΥΡΕΣ, ΟΤΙ ΘΑ ΕΚΠΛΗΡΩΣΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΜΟΥ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ, ΑΥΤΟ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΟΥ, ΟΤΙ ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΕΚΕΙΝΟΝ ΠΟΥ ΜΟΥ ΔΙΔΑΞΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΑΥΤΗΣ, ΣΟΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΤΟΝΕΙΣ ΜΟΥ, ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΝ ΚΑΝΩ ΚΟΙΝΩΝΟ ΤΟΥ ΒΙΟΥ ΜΟΥ, ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΔΙΚΑ ΜΟΥ, ΟΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ, ΤΟΥΣ ΑΠΟΓΟΝΟΥΣ ΤΟΥ ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΩΣ ΑΔΕΛΦΟΥΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΥΣ ΔΙΔΑΞΩ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΑΥΤΗ, ΑΝ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΜΑΘΟΥΝ, ΧΩΡΙΣ ΜΙΣΘΟ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑ. ΟΤΙ ΘΑ ΜΕΤΑΔΩΣΩ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥΣ ΚΑΝΟΝΕΣ, ΤΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΓΙΟΥΣ ΜΟΥ, ΣΤΟΥΣ ΓΙΟΥΣ ΤΟΥ ΔΙΔΑΣΚΑΛΟΥ ΜΟΥ ΚΑΙ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΧΟΥΝ ΣΥΝΔΕΘΗ ΜΑΖΙ ΜΟΥ, ΜΕ ΟΡΚΟ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ, ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ ΑΛΛΟ.

ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΩ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΩΦΕΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ, ΟΣΟ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΜΟΥ, ΚΑΙ (ΥΠΟΣΧΟΜΑΙ ΟΤΙ) ΘΑ ΤΟΥΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΩ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΑΔΙΚΙΑ.

ΔΕΝ ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΣΩ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ, ΟΣΟ ΚΑΙ ΑΝ ΠΑΡΑΚΛΗΘΩ, ΟΥΤΕ ΘΑ ΥΠΟΔΕΙΞΩ ΤΕΤΟΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΗ. ΕΠΙΣΗΣ ΔΕΝ ΘΑ ΔΩΣΩ ΣΕ ΔΥΝΑΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΕΚΤΡΩΤΙΚΟ. ΑΓΝΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΗ ΘΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΜΟΥ. ΔΕΝ ΘΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΩ ΟΠΟΣΔΗΠΟΤΕ ΑΥΤΟΥ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΠΕΤΡΑ, ΑΛΛΑ ΘΑ ΑΦΗΣΩ ΤΗΝ ΠΡΑΞΗ ΑΥΤΗ ΣΤΟΥΣ ΕΞΑΣΚΗΜΕΝΟΥΣ. ΣΕ ΟΣΑ ΣΠΙΤΙΑ ΠΡΟΣΚΑΛΟΥΜΑΙ, ΘΑ ΜΠΑΙΝΩ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ, ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΜΑΚΡΙΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΘΕΛΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΔΙΚΙΑ, Η ΙΑΛΛΗ ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟ ΠΑΝΤΩΝ ΜΑΚΡΙΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΣΕ ΣΩΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ Η ΔΟΥΛΩΝ.

ΟΣΑ ΔΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΘΑ ΔΩ Η ΘΑ ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ, ΟΣΑ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΚΟΙΝΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΞΩ, ΘΑ ΤΑ ΑΠΟ-ΣΙΩΠΩ, ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΝΤΑΣ ΟΤΙ ΑΥΤΑ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΑ ΜΥΣΤΙΚΑ. ΟΣΟ ΛΟΙΠΟΝ ΘΑ ΤΗΡΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΜΟΥ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΔΕΝ ΘΑ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΙΑΖΩ, ΕΙΘΕ ΝΑ ΠΕΤΥΧΑΙΝΩ ΣΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΜΟΥ, ΕΧΟΝΤΑΣ ΚΑΛΟ ΟΝΟΜΑ ΠΑΝΤΟΤΕ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ· ΕΑΝ ΟΜΩΣ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΩ ΚΑΙ ΓΙΝΩ ΕΠΙΟΡΚΟΣ, ΝΑ ΠΑΘΩ ΤΑ ΑΝΤΙΘΕΤΑ.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελ.
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
2. ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ	5
3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ	6
3.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	6
3.1.1. Αυτόματη και προκλητή αποβολή	6
3.1.2. Ιστορικό πρόωρου τοκετού	7
3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	7
3.2.1. Πολύδυμη κύηση	7
3.2.2. Παράγοντες που συνδέονται με κακή πορεία κύησης-προγραμματισμένος πρόωρος τοκετός	9
3.2.3. Αυτόματος πρόωρος τοκετός	11
3.2.4. Λοίμωξη	13
3.2.5. Αντισύλληψη και πρόωρος τοκετός	15
3.2.6. Σεξουαλική δραστηριότητα στην κύηση	15
3.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ	16
3.3.1. Κοινωνική τάξη	17
3.3.2. Εκπαίδευση της μητέρας	18
3.3.3. Εργασία και φυσική δραστηριότητα	18
3.3.4. Εθνικότητα - Φυλή	20
3.3.5. Οικογενειακή κατάσταση	20
3.3.6. Ηλικία της μητέρας και σειρά κυήσεων	21
3.3.7. Διαστάσεις μητέρας (ύψος - βάρος)	22
3.3.8. Κάπνισμα	23
3.3.9. Ακοόλ και κατάχρηση ουσιών	24
3.3.10. Stress και κοινωνική υποστήριξη	24
3.3.11. Ελλειψη προγεννητικής φροντίδας	25
4. ΑΠΩΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΩΡΩΝ	26
5. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	26

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ	28
2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ [Πίνακες - Σχήματα]	31
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	53
Περίληψη	61
Summary	64
Βιβλιογραφία	66
Παραρτήματα	

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

- ΟΝΟΜΑ : ΜΑΡΑΓΚΑΚΗ Ν. ΕΥΓΕΝΙΑ
- ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : 30-5-1947
- ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : Αθήνα
- ΣΠΟΥΔΕΣ - ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ : Πτυχίο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών 1972
- Νοέμβριος 1972 - Ιούνιος 1974 : Υπηρεσία Υπαίθρου στο Αγροτικό Ιατρείο Λαωπίας - Βοιωτίας
- Αύγουστος 1974 - Δεκέμβριος 1975 : Ειδικευομένη στον χρόνο της Παθολογίας, Εσωτερική Βοηθός της Παθολογικής Κλινικής του ΔΘΙΜ (Διαγνωστικό Θεραπευτικό Ινστιτούτο ΜΕΤΑΞΑ) και κατόπιν Εσωτερική Βοηθός της Αιματολογικής Κλινικής του ιδίου Νοσοκομείου.
- Ιανουάριος 1976 - Μάρτιος 1976 : Προκαταρκτική εκπαίδευση Παιδιατρικής Ειδικότητας στο Κέντρο Βρεφών "ΜΗΤΕΡΑ".
- Μάιος 1976 - Ιούνιος 1978 : Ειδικευομένη στην Παιδιατρική στο Νοσοκομείο Παιδών "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ" Παιδιατρική Κλινική. Τίτλος Ειδικότητας Παιδιατρικής μετά από επιτυχείς εξετάσεις.
- Αύγουστος 1978 - Φεβρουάριος 1979 : Άμισθη Ειδικευμένη Παιδιάτρος του Νεογνολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ".
- Μάρτιος 1979 - Μάρτιος 1981 : Εσωτερική Βοηθός της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παιδών "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ".
- Μάιος 1981 - Απρίλιος 1986 : Εσωτερική Βοηθός της Α' Εντατικής Μονάδας Νεογνών του Νοσοκομείου Παιδών "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ".
- Απρίλιος 1986 - Σεπτέμβριος 1990 : Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ του Νεογνολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ". Από Μάρτιο έως Αύγουστο 1990 : εκπαίδευση επί έξι μήνες στον "Μηχανικό αερισμό υψηλής συχνότητας στα νεογνά" στο McGill University SMBD Jewish General Hospital, Department of Neonatology, Montreal, Quebec, Canada.

Σεπτέμβριος 1990 - μέχρι σήμερα : Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ στο Κ.Υ. Βάρης, του
Ασκληπιείου Βούλας.
Από τον Σεπτέμβριο 1994 εκπαίδευση στο
"Μηχανικό αερισμό υψηλής συχνότητας στα
νεογνά" στην Εντατική Μονάδα Νεογνών του
ΠΓΝΝ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ".

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Ελληνικά

- "Αποικιομός τραχείας νεογνών με μικρόβια, μετά διασωλήνωση από την μήτη και το στόμα". Χ. Κώσταλος, Ε. Μαραγκάκη, Ζ. Πατρώνα, Γ. Παπαζήσης. Παιδιατρική, 48:122-126, 1985.

Από την Α' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Νοο. Παίδων "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ".

2. Ξενόγλωσσα

- "Antenatal Betamethasone and risk of infection in infants less than 1500g". Maragakis E, Papageorgiou A. Pediatric Research, (April) 29:284A, 1991. McGill University, the SMBD Jewish General Hospital, Department of Neonatology, Montreal, Quebec, Canada.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. Ελληνικά Συνέδρια

- "Τα αντιβιοτικά στην καθημερινή πράξη". Επιστημονικό Συμπόσιο Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου παίδων "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ", Κέρκυρα 1977.
- "Διαγνωστικά προβλήματα". 21ο Παιδιατρικό Συμπόσιο Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Παίδων ΑΓ. ΣΟΦΙΑ, Αθήνα 1981.

- *"Η διασωλήνωση των νεογνών και η σχέση της με την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών στο αναπνευστικό σύστημα"*. Ε. Μαραγκάκη, Ζ. Πατρώνα, Χ. Κώσταλος. 21ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό συνέδριο, Κώς 1983.
- *"Προετοιμασία και σταθεροποίηση του νεογνού πριν από την μεταφορά"*. Σεμινάριο Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, από το Νεογνολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, Αθήνα 2-7 Ιουνίου 1986.
- *"Η πρακτική της ανάνηψης με Μάσκα, Ασκό και Τραχειακή Διασωλήνωση"*. Σεμινάριο Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, από το Νεογνολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, Κύπρος 24-27 Σεπτεμβρίου 1986.
- *"Συνηθισμένα προβλήματα του νεογνέννητου κατά τις πρώτες ημέρες της ζωής"*. Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο μαιών, από το Νεογνολογικό τμήμα του Νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, Αθήνα 13-14 Φεβρουαρίου 1987.
- *"Σταθεροποίηση και μεταφορά του προβληματικού νεογνέννητου"*. Συμπόσιο περιγεννητικής ιατρικής από το Νεογνολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ στο Παναρκαδικό Γενικό Νοσ. Τρίπολης, 30 Απριλίου 1988.
- *"Συγγενής διάταση των κοιλιών του εγκεφάλου"*. Α. Καπίκη, Ε. Μαραγκάκη, Κ. Παπάς. Τμήμα Νεογνολογίας Π.Γ.Ν. Αθηνών ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ.. 26ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ιωάννινα 1988.
- *"Ικτερος στο τελειόμηνο νεογνέννητο"*. Ο.Οικονομίδου, Ε.Μαραγκάκη, Κ.Παπάς. Τμήμα Νεογνολογίας Π.Γ.Ν. Αθηνών ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ.. 26ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ιωάννινα 1988.

2. Διεθνή Συνέδρια

- *"Antenatal Betamethasone (B) and risk of infection in infants < 1500g"*
Eugenia Maragakis and Apostolos Papageorgiou,
McGill University, the SMBD Jewish General Hospital, Department of Neonatology. Montreal, Quebec, Canada.
Annual Meeting of the American Society for Pediatric Research, New Orleans, April 28, 1991.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η προωρότητα είναι από τα πλέον δύσκολα προβλήματα της περιγεννητικής ιατρικής.

Ο πρόωρος τοκετός είναι σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας περιγεννητικής θνησιμότητας και νεογνικής νοσηρότητας.

Η αιτιολογία της προωρότητας είναι πολυσύνθετη και συχνά οι παράγοντες που προδιαθέτουν σ' αυτήν είναι δύσκολο ή αδύνατο να καθοριστούν.

Η παρούσα μελέτη έγινε με σκοπό την αξιολόγηση των διαφόρων παραγόντων, που μπορεί να προδιαθέσουν σε πρόωρο τοκετό και επομένως έχει στόχο την πρόληψη του προβλήματος της προωρότητας.

Η συλλογή του υλικού της μελέτης έγινε από το Μαιευτικό-Γυναικολογικό Κέντρο Αθηνών "ΕΛΕΝΑ ΕΛ. BENIZEΛΟΥ" και το Μαιευτήριο "ΜΗΤΕΡΑ".

Στο πρώτο μέρος της μελέτης παρατίθενται γενικά στοιχεία με βάση την πρόσφατη και παλαιότερη διεθνή βιβλιογραφία, που αφορούν στους παράγοντες κινδύνου προωρότητας και την πρόληψη αυτής.

Τα αποτελέσματα και η στατιστική τους αξιολόγηση αναλύονται στο ειδικό μέρος της μελέτης, και τα τελικά συμπεράσματα σχολιάζονται στο τέλος.

Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Σ. Πετρεζάκη Υπεύθυνη του Νεογνολογικού τμήματος του Μαιευτηρίου "ΜΗΤΕΡΑ" για την σημαντική της βοήθεια στη συγκέντρωση του υλικού στο Μαιευτήριο "ΜΗΤΕΡΑ" ως και για την πολύτιμη καθοδήγησή της στην εκπόνηση αυτής της μελέτης.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Δρ. κ. Ι. Σοφαιζή, Διευθυντή του Νεογνολογικού Τμήματος του Μαιευτικού-Γυναικολογικού Κέντρου Αθηνών "ΕΛΕΝΑ ΕΛ. BENIZEΛΟΥ" για την βοήθειά του στην συγκέντρωση του υλικού στο εν λόγω κέντρο.

Ευχαριστώ θερμά τον επίκουρο Καθηγητή της παιδιατρικής κ. Χ.Κώσταλο, Διευθυντή του Νεογνολογικού τμήματος του Γ.Π.Ν.Π. "ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του κατά την συγγραφή του κειμένου.

Ευχαριστώ θερμότατα τον Υφηγητή-Επίκουρο Καθηγητή της Β' παιδ. κλ. Παν/μίου Αθηνών κ. Κ. Παπά, Διευθυντή του Νεογνολογικού τμήματος του Μαιευτικού-Γυναικολογικού Κέντρου Αθηνών "ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" για την πολύτιμη βοήθειά του κατά τη συγγραφή της παρούσας μελέτης.

Τέλος θερμές ευχαριστίες οφείλω στην στατιστικολόγο κα Σαραφίδου για τη βοήθειά της στη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων της μελέτης αυτής.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόωρο καλείται κάθε νεογνό που γεννιέται πριν από την 37η εβδομάδα κύησης ανεξάρτητα από το βάρος γέννησής του. [Anderson 1977; Johnson και Dubin 1980; Papiernik και συν. 1985; Main 1991].

Η κλινική και νευρολογική εξέταση του νεογνού είναι αναγκαία για τον κατά το δυνατό ακριβέστερο καθορισμό της διάρκειας της κύησης. [Papiernik 1984].

Είναι γνωστό ότι η προωρότητα εξακολουθεί να είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες της νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, παρά τη σημαντική πρόοδο της περιγεννητικής ιατρικής και της νεογνολογίας, τις τελευταίες δεκαετίες. [Ritchie και McClure 1979; Herron και συν. , 1982; Huddleston 1982; Papiernik και συν. 1985; Lamont 1986; Hill και Gookin 1992].

Οι Rush και Segal. (1978), έδειξαν ότι ο πρόωρος τοκετός ήταν υπεύθυνος για το 81% της πρώιμης νεογνικής θνησιμότητας, που δεν οφειλόταν σε θανατηφόρες συγγενείς ανωμαλίες. Ο Wheeler (1994) αναφέρει ότι στις ΗΠΑ η προωρότητα αφορά στο 10% όλων των γεννήσεων και σχετίζεται με το 83% των περιγεννητικών θανάτων.

Η αιτιολογία της προωρότητας είναι πολυσύνθετη και συχνά τα αίτια που προδιαθέτουν σ' αυτήν δεν μπορούν να καθοριστούν επακριβώς. [Lamont 1986].

Βάσει της βιβλιογραφίας οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε προωρότητα κατατάσσονται σε τρεις ομάδες:

1. Παράγοντες που σχετίζονται με το γυναικολογικό ιστορικό.
2. Παράγοντες που συνδέονται με επιπλοκές της κύησης.
3. Παράγοντες που σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την μητέρα [Jansson 1966; Kaminski και συν. 1973; Goujard και συν. 1974; Papiernik και συν. 1985].

Η συνεχής πρόοδος της μαιευτικής έχει μειώσει τις επιπλοκές των προώρων, με την καλλίτερη παρακολούθηση του εμβρύου κατά την διάρκεια της κύησης και με την αύξηση των καισαρικών τομών. [Johnson 1980; Myoung και συν. 1992].

Νεότερες εξελίξεις στη φαρμακευτική αγωγή, που αναστέλλει την εξέλιξη του τοκετού, έχουν σημαντικά συμβάλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της προωρότητας. [Spearing 1979; Niebyl και συν. 1980; Johnson και Dubin 1980].

Παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει σημειωθεί στην Νεογνολογία τις τελευταίες δύο δεκαετίες και την εξαιρετική βελτίωση της νεογνικής φροντίδας, το πρόβλημα των επιπλοκών της προωρότητας εξακολουθεί να είναι μεγάλο. Εκτός αυτού, η μεγάλη αύξηση του κόστους της εντατικής νοσοκομειακής φροντίδας του πρόωρου νεογνού είναι ένας ακόμη παράγοντας, που κάνει επιτακτική την ανάγκη πρόληψης του πρόωρου τοκετού. [Pomerance και συν. 1978; Boyle και συν. 1983; Pariernik 1984].

Είναι επίσης γνωστό ότι η σχέση μητέρας-παιδιού είναι δυνατό να διαταραχθεί σοβαρά, με την παραμονή του νεογνού στη μονάδα εντατικής φροντίδας, στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της ζωής του. [Larsen 1979; Johnson και Dubin 1980].

Τα πρόωρα νεογνά παρουσιάζουν κίνδυνο σοβαρών προβλημάτων από το κεντρικό νευρικό σύστημα, το αναπνευστικό και τα άλλα συστήματα, με αποτέλεσμα υψηλή θνητότητα, αλλά και σωματική μελλοντική αναπηρία σ' αυτά που επιβιώνουν. [Lubchenco και συν. 1972].

Στη χώρα μας το πρόβλημα της προωρότητας, σε σύγκριση με άλλες προηγμένες χώρες, φαίνεται να είναι οξύτερο αν ληφθεί υπ' όψη η υπογεννητικότητα που επικρατεί στον τόπο μας (λιγότερες από 100.000 γεννήσεις το χρόνο) οπότε η αυξημένη απώλεια νεογνών, εξ' αιτίας της προωρότητας επιτείνει ακόμη περισσότερο το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.

Για όλους τους σοβαρούς λόγους που προαναφέρθηκαν θεωρείται επιτακτική η ανάγκη της σωστής αξιολόγησης των παραγόντων που προδιαθέτουν σε προωρότητα. [Pariernik 1984].

Ο καθορισμός της αιτιολογίας του αυτόματου πρόωρου τοκετού αποβλέπει στην έγκαιρη αναγνώριση των κύσεων υψηλού κινδύνου. Γι' αυτόν τον σκοπό έχουν προταθεί διάφορα

ουσστήματα αξιολόγησης των παραγόντων που προδιαθέτουν σε πρόωρο τοκετό. [Papiernik 1969; Fedrick 1976; Creasy 1980; Guzick και συν. 1984; Mueller-Heubach και συν. 1989; Owen και συν. 1990; Gjerdingen 1992; Lefevre 1992].

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η καλλίτερη προσέγγιση για τη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας και της νεογνικής νοσηρότητας είναι η πρόληψη του πρόωρου τοκετού. [Fedrick και Anderson 1976; Johnson και Dubin 1980; Herron και συν. 1982; Papiernik και συν. 1985].

2. ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΡΩΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Ο πρόωρος τοκετός συμβαίνει σε ποσοστό 7-10% όλων των τοκετών και αιτιολογεί περισσότερο από τα 2/3 της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, που δεν έχει σαν αιτία συγγενείς ανωμαλίες. [Kaltreider και Kohl 1980; Conik και Creasy 1986].

Γενικά τα ποσοστά της προωρότητας έχουν παραμείνει σχετικά σταθερά, σε αναπτυγμένες χώρες τα τελευταία 10-20 χρόνια.

Στην Αμερική, Αγγλία, Ουαλία και Νορβηγία υπήρξε μικρή ή καμμία μεταβολή του ποσοστού προωρότητας. [Hoffman και Bakketeig 1984; Kessel και Berendes 1984; MacFarlane και Mugford 1984; Paneth 1986].

Ελάττωση του ποσοστού προωρότητας παρατηρήθηκε κυρίως, σε τοπικό επίπεδο. Έτσι το ποσοστό του πρόωρου τοκετού στο Aberdeen της Σκωτίας μειώθηκε από 9,3% όλων των γεννήσεων μεταξύ 1951-1955, σε 6,8% μεταξύ 1976-1980. [Hall 1985].

Σε επίπεδο χώρας, εξαίρεση, στη σταθερότητα του ποσοστού προωρότητας, αποτελεί η Γαλλία, όπου οι πρόωρες γεννήσεις μειώθηκαν από 8,2% σε 5,6% μεταξύ 1972-1981. Η μείωση αφορά στις μικρότερες των 34 εβδομάδων κύησης γεννήσεις. [Papiernik και συν. 1985].

Στην Ελλάδα, όπως απέδειξε με κάθε ακρίβεια η Πανελλήνια Περιγεννητική έρευνα [Τζουμάκα-Μπακούλα 1984], το ποσοστό πρόωρου τοκετού επί απλών γεννήσεων ήταν 7,8% και 8,6% επί του συνόλου των γεννήσεων.

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΩΩΡΟΤΗΤΑΣ

3.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

3.1.1. Αυτόματη και προκλητή αποβολή (έκτρωση)

Μία σχέση φαίνεται να υπάρχει, μεταξύ ιστορικού πρόωρης διακοπής της κύησης και πρόωρης γέννησης, σε πολλές περιπτώσεις. Μεταξύ γυναικών που γέννησαν πρόωρα και που δεν είχαν προηγούμενη γέννηση ζώντος νεογνού, το 28,9% είχε μία προηγούμενη προκλητή αποβολή. [Moriyama και Hirokawa 1966]. Μελέτες έχουν δείξει μία αυξημένη συχνότητα πρόωρου τοκετού μετά από προκλητή αποβολή (έκτρωση). [Pantelakis και συν. 1973; Harlap και Davies 1975; Keirse 1978; Obel 1979]. Έχει ακόμη αναφερθεί ότι επαναλαμβανόμενη έκτρωση στο πρώτο τρίμηνο της κύησης δημιουργεί αυξημένο κίνδυνο για τις κυήσεις που θα ακολουθήσουν. [Keirse 1979; Jakobovits και συν. 1979]. Έχει όμως αναφερθεί ότι ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού, που ακολουθεί έκτρωση στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης. [Keirse και συν. 1978]. Ακόμη έχει συζητηθεί αν, ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού είναι μεγαλύτερος όταν έχει προηγηθεί έκτρωση με αναρροφητική τεχνική στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Όμως, καθώς έχουν δείξει μελέτες, η συχνότητα του πρόωρου τοκετού είναι αυξημένη είτε μετά από αυτόματη αποβολή ή έκτρωση με απόξεση. [Papaevangelou, Vrettos, Papadatos, και συν. 1973]. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, δεν υπάρχει καμία βλαπτική επίδραση της προηγούμενης προκλητής αποβολής, σε επόμενη κύηση. [Hogue 1975; Daling και Emanuel 1975, 1977; Van der Slikke και Treffers 1978; Hogue και συν. 1982].

Τελικά, υπάρχει ομοφωνία ως προς την συσχέτιση αριθμού προηγούμενων αποβολών και προωρότητας. Ένα ιστορικό περισσότερων της μίας εκτρώσεων, είτε αποβολής σε προχωρημένη κύηση, αυξάνει τον κίνδυνο προωρότητας σε επόμενες κυήσεις. [World Health Organization 1978; Berkowitz και συν. 1983]. Δεν είναι βέβαιο εάν η έκτρωση οδηγεί σε έναν τύπο ανεπάρκειας του τραχήλου της μήτρας, αλλά αν γίνει στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, θεωρείται ότι προδιαθέτει σ' αυτήν. [Grimes και Cates 1979].

3.1.2. Ιστορικό πρόωρου τοκετού

Είναι γνωστό ότι, ένα ιστορικό πρόωρου τοκετού, είναι ο πιο αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας, αυξημένου κινδύνου, για πρόωρο τοκετό σε επόμενες κυήσεις. [Baird 1962; Donnelly και συν. 1964; North 1966; Fedrick και Anderson 1976; Funderburk και συν. 1976; Clewell 1979; Berkowitz 1981].

Το ιστορικό πρόωρου τοκετού συνδέεται με κίνδυνο υποτροπής, σε ποσοστό 25%-60% περίπου και ο κίνδυνος αυξάνει με τον αριθμό των πρόωρων τοκετών. [Freeman και συν. 1969; Keirse 1979; Kaltreider και Kohl 1980; Bakketeig και Hoffman 1981]. Ενώ σε άλλη μελέτη το ποσοστό κινδύνου υποτροπής φθάνει το 38%, και αναφέρεται ότι με ένα ιστορικό πρόωρου τοκετού και μία ή δύο αποβολές, ο κίνδυνος να ακολουθήσει πρόωρος τοκετός αυξάνει ακόμα περισσότερο. [Creasy και Herron 1981].

Ο Roumeau-Rouquette και συν (1979), αναφέρουν ότι το ποσοστό των πρόωρων τοκετών, πριν από τις 259 ημέρες, αυξάνει πολύ όταν υπάρχει ιστορικό προηγούμενου τοκετού χαμηλού βάρους ($\leq 2500\text{g}$) και μάλιστα με τάση υποτροπής.

Ο Roumeau-Rouquette και συν (1978), βρήκαν ότι ο προηγούμενος τοκετός θνητογενούς εμβρύου είναι ένας ακόμη σοβαρός παράγοντας αυξημένου κινδύνου πρόωρου τοκετού στις επόμενες κυήσεις, ενώ οι Fedrick και Anderson (1976) έχουν αναφέρει ότι τέτοιος κίνδυνος μπορεί να παρουσιαστεί μόνο μετά από δύο θνητογενείς ή νεογνικούς θανάτους.

Τέλος οι Sanjose και Roman (1991), αναφέρουν ότι ο προηγούμενος περιγεννητικός θάνατος βρέθηκε να είναι ισχυρός προγνωστικός δείκτης, για γέννηση πρόωρου και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνού.

3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

3.2.1. Πολύδυμη κύηση

Οι δίδυμες κυήσεις αντιπροσωπεύουν το 1,2% περίπου του συνολικού αριθμού των κυήσεων και το 2,4% περίπου όλων των γεννήσεων. [Heluin και Pariernik 1981; Lumley 1993]. Σε περίπου 50% ανέρχεται το ποσοστό των πολύδυμων κυήσεων, που θα τερματίσουν αυτόματα πριν τις 36 εβδομάδες κύησης [Rush και συν. 1976], ενώ γύρω στο 40% ανέρχεται

το ποσοστό της πρόωρης γέννησης στην πολύδυμη κύηση κατά τους [Heluin και Pariernik 1981; Lumley 1993].

Η μικρή ηλικία της μητέρας, ο τόκος (π.χ. πρωτότοκος) και τα μονοωγενή έμβρυα, σχετίζονται με πρόωρη γέννηση, σε πολύδυμη κύηση. Δεν υπάρχουν άλλοι εμφανείς παράγοντες, που να επιτρέπουν την γρήγορη αναγνώριση των διδύμων κυήσεων, σε υψηλό κίνδυνο για πρόωρο τοκετό. [Weekes και συν. 1977].

Επειδή οι μητέρες ηλικίας κάτω των είκοσι χρόνων που συνήθως είναι πρωτοτόκες, καταλήγουν συχνά σε πρόωρο τοκετό, είναι δικαιολογημένο εν μέρει το εύρημα των Butler και Alberman (1969), ότι οι πρωτοτόκες μητέρες έχουν μεγάλη πιθανότητα να χάσουν το ένα από τα δίδυμα παιδιά τους και οι μητέρες κάτω των είκοσι χρόνων έχουν πιθανότητα, μία στις πέντε, να χάσουν και τα δύο παιδιά τους.

Ο μηχανισμός που είναι υπεύθυνος για πρόωρο τοκετό, στην πολύδυμη κύηση, φαίνεται να είναι η υπερδιάταση της μήτρας. [Brown και Dixon 1963; Csapo 1975; Huddleston 1982]. Είναι πιθανόν η αυξημένη παραγωγή προσταγλανδινών, που είναι αποτέλεσμα της αυξημένης συσταλτικότητας του μυομητρίου, να ευθύνεται για πρόκληση πρόωρου τοκετού στην πολύδυμη κύηση. [Csapo 1975]. Αλλά είναι επίσης πιθανό να εμποδίζεται η ροή δια μέσου του μυομητρίου, εξ' αιτίας πλακουντιακού οιδήματος από μηχανική απόφραξη. Στην περίπτωση αυτή η δυσλειτουργία των λυσοσωμάτων, με αποτέλεσμα την υποξία, πρέπει να δίνει μια εξήγηση για την αρχή των συσπάσεων της μήτρας. [Huddleston 1982].

Οι Houlton και συν (1982), παρατήρησαν επίσης ότι σε πρόωρους δίδυμους τοκετούς, τα επίπεδα της οιστριόλης στο πλάσμα του αίματος ήταν σημαντικά υψηλότερα, αλλά αυτό δεν έδειξε να έχει προγνωστική αξία.

Έχει αναφερθεί ακόμη ότι, γυναίκες που έκαναν σύλληψη σε δύο μήνες από την παύση χορήγησης αντιουλληπτικών φαρμάκων από το στόμα, είχαν διπλάσιο αριθμό διδύμων, σ' αυτές τις κυήσεις. [Bracken 1979].

Επομένως θα πρέπει οι δίδυμες κυήσεις να παρακολουθούνται προσεκτικά, γνωρίζοντας ότι ο πρόωρος τοκετός μπορεί να μειωθεί αν η διάγνωση διδύμων γίνει νωρίς στην κύηση και εάν υπάρξει ένα σωστό πρόγραμμα παρακολούθησης. [Heluin και Pariernik 1981]. Έχει συζητηθεί ότι επαρκής ανάπαυση στη διάρκεια της κύησης συχνά

προλαμβάνει την πρόωρη γέννηση σε περίπτωση δίδυμης κύησης. [Brown και Dixon 1963].

3.2.2. Παράγοντες που συνδέονται με κακή πορεία της κύησης και προγραμματισμένος πρόωρος τοκετός

Οι παράγοντες που προκαλούν επιπλοκές στην πορεία της κύησης με αποτέλεσμα πρόωρο τοκετό, μπορεί να αφορούν την μητέρα, την μήτρα, τον πλακούντα, το έμβρυο ή να είναι ιατρογενείς (προγραμματισμένος πρόωρος τοκετός). [Bakketeig και Hoffman 1981; Committee to study for prevention of low birth weight 1985; Μανταλενάκης 1985].

Πίν. 1: Οι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό είναι:

<u>Μητρικοί:</u>	Σοβαρές συστηματικές νόσοι Ενδοκρινείς διαταραχές Τραυματισμοί Σεξουαλική δραστηριότητα Ιστορικό πρόωρου τοκετού Φλεγμονή γεννητικών οργάνων Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
<u>Εμβρυοπλακουντιακοί:</u>	Γενετικές ανωμαλίες Εμβρυϊκός θάνατος Αποκόλληση πλακούντα Προδρομικός πλακούντας Υπερδιάταση μήτρας
<u>Μητριαίοι:</u>	Συγγενείς ανωμαλίες μήτρας Λοίμωξη Ογκοι μητέρας (ινομώματα) Ρήξη υμένων Τραύμα τραχήλου
<u>Ιατρογενείς:</u>	Λαθεμένη εκτίμηση για πρόκληση τοκετού [Μανταλενάκης 1985]

Ο πρόωρος τοκετός συνδέεται με αιμορραγία κατά τη διάρκεια της κύησης, [Butler και Bonham 1963], η οποία είναι μία επιπλοκή που τείνει να ξανασυμβεί σε επόμενες κυήσεις, [Bakketeig και Hoffman 1981]. Οι Hewitt και Newnham (1988), αναφέρουν ότι η αιμορραγία πριν από τον τοκετό συνδέεται με περισσότερο από 20% των αυτομάτων πρόωρων τοκετών. Η αιμορραγία κατά τη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου τριμήνου της κύησης εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες που έχουν εμπειρία δύο ή τριών προκλητών αποβολών ή ενός προηγούμενου πρόωρου τοκετού. [Harlap και Davies 1975; World Health Organization 1978].

Συγγενείς ανωμαλίες του γεννητικού συστήματος της μητέρας δεν είναι συνηθισμένες, συνδέονται όμως με 16-18% ποσοστό προωρότητας. [Capraro και συν. 1968]. Στη Νότια Αφρική ο Craig (1973) έδειξε ότι επαναλαμβανόμενος πρόωρος τοκετός είναι συνηθισμένος μεταξύ γυναικών με συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας και ανέφερε ποσοστό προωρότητας 62% σ' αυτές τις περιπτώσεις. Συγγενείς ανωμαλίες του τραχήλου της μήτρας οδηγούν σε ανεπάρκεια σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως έχει περιγραφεί σε γυναίκες που έκαναν τοπική θεραπεία με διεθυστιλβεστρόλη. [Goldstein 1978; Kaufman και συν. 1977].

Είναι γνωστό ότι η ανεπάρκεια του τραχήλου ευθύνεται για πολλούς πρόωρους τοκετούς αλλά είναι δύσκολο να καθοριστεί ο ακριβής ρόλος της. [Main 1991]. Οι μετατραυματικές ενδομήτριες συμφύσεις έχουν συνδεθεί με αυξημένη συχνότητα προωρότητας. [Forssman 1965].

Μία μελέτη έχει δείξει ότι, η κουραστική δουλειά στην καθημερινή ζωή, προκαλεί σε μεγάλη συχνότητα αιμορραγία στην κύηση. Μελετώντας το νοσηλευτικό προσωπικό ενός Νοσοκομείου οι Estryn και συν (1978), έδειξαν ότι οι γυναίκες που έκαναν οκλήρη δουλειά παρουσίασαν αιμορραγία στην κύηση. Αιμορραγία πριν τον τοκετό από προδρομικό πλακούντια, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντια ή παθολογική πρόσφυση αυτού, συνδέεται με πρόωρη γέννηση. [Roberts 1970].

Ο προδρομικός πλακούντιας είναι η παλαιότερη γνωστή αιτία πρόωρου τοκετού. [Brown και Dixon 1963]. Σε μερικές δημοσιεύσεις έχει συνδεθεί με αιμορραγία πριν από τον τοκετό και με πρόωρο τοκετό. Όμως ο προδρομικός πλακούντιας, δεν μπορεί να είναι η

κύρια εξήγηση της σχέσης πρόωρου τοκετού με αιμορραγία του πρώτου ή δεύτερου τριμήνου της κύησης. [Papiernik 1984].

Η πρόβλεψη της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα, είναι δυνατό να μη γίνει, εάν ο πλακούντας δεν εξεταστεί προσεκτικά. Μία πρόσφατη ανασκόπηση από τους Savitz και συν (1991), βρήκε ότι ο προγραμματισμένος πρόωρος τοκετός περιλαμβάνει το 18,7-28,8% των περιπτώσεων σε δεκαέξι διαφορετικές μελέτες, κυρίως νοσοκομειακών σειρών.

Σε περιπτώσεις συστηματικών νόσων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση κ.λ.π, ο πρόωρος τοκετός είναι μερικές φορές ιατρογενής. Περιτονίτιδα, χειρουργική κοιλιά ή τραυματισμός και αποκόλληση πλακούντα, συχνά έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση μητρικών συσπάσεων, εξ' αιτίας της απελευθέρωσης προσταγλανδινών από τις ιστικές κακώσεις. [Huddleston 1982]. Πολυϋδράμιο, ολιγοϋδράμιο, χολόσταση, συστηματική ινώδης νόσος είναι επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου εκ μέρους του πλακούντα άφ'ενός και της μητέρας αφ'ετέρου, ενώ από το έμβρυο είναι ανωμαλίες, όπως ανεγκεφαλία που συνδέεται με πολυϋδράμιο, ή νεφρική αγενεσία,- που φαίνεται να οδηγούν σε πρόωρο τοκετό. [Hornebier και Swaab 1973; Ratten και συν. 1973; Lumley 1993].

Τέλος, η αναιμία όπως αναφέρεται από τους Kaltreider και Johnson (1976), συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο τοκετού με χαμηλό βάρος γέννησης. Έξ' άλλου μπορεί να προκληθεί πρόωρος τοκετός από λαθεμένο υπολογισμό της ηλικίας κύησης από τον μαιευτήρα. Η κεφαλομειρία του εμβρύου με υπερήχους και ο έλεγχος της ωριμότητας των πνευμόνων περιορίζουν τη συχνότητα ιατρικών οφθαλμάτων. [Μανιαλενάκης 1985].

3.2.3. Αυτόματος πρόωρος τοκετός

Τα κλινικά σημεία που βοηθούν στην πρόγνωση του πρόωρου τοκετού είναι: α) η βράχυνση και διαστολή του τραχήλου της μήτρας και β) οι μητρικές συστολές. [Wood και συν. 1965]. Έχει δοθεί αυξημένη προσοχή στην προσπάθεια της διαφοροποίησης μεταξύ του αυτόματου τοκετού που αρχίζει με συστολές της μήτρας και εκείνου που αρχίζει με πρόωρη ρήξη των μεμβρανών. Υπάρχει η εντύπωση ότι, είναι πιθανόν μία ασθενής να εκτεθεί σε διάφορους παράγοντες που συσχετίζονται με τη μία ή την άλλη διεργασία και ότι η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών δεν έχει σαφή αιτιολογία. [de Haas και συν. 1991].

Σε μία μελέτη οι White και συν (1986), βρήκαν ότι το ποσοστό των τοκετών που ακολουθούν την πρόωρη ρήξη των μεμβρανών, ήταν μεγαλύτερο αυτών που άρχισαν με μητρικές συστολές. Μεταξύ των γυναικών που είχαν άθικτες μεμβράνες, οι άνύπανδρες και οι έφηβοι υπερείχαν σε σχέση με το σύνολο των πρωτοτόκων, ενώ μεταξύ αυτών με πρόωρη ρήξη των μεμβρανών, η κατανομή της ηλικίας και η κατάσταση γάμου ήταν όμοια με αυτήν σε όλες τις πρωτοτόκες.

Η πρόωρη ρήξη των αμνιακών μεμβρανών προηγείται σε ποσοστό 25% των περιπτώσεων πρόωρου τοκετού. [Ziatnik 1972]. Άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι ευθύνεται για το 1/3 περίπου όλων των πρόωρων γεννήσεων. [Arias και Tomich 1982]. Οι Main και συν (1985), παρατήρησαν ότι η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών και η αποτυχία της τοκόλυσης είναι οι πιο συνηθισμένοι δείκτες πρόωρου τοκετού. Μεταξύ ασθενών υψηλού κινδύνου που είχαν 17% ποσοστό προωρότητας, η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών προηγήθηκε στο 40% των περιπτώσεων. Σε ποσοστό 30% οι πρόωρες γεννήσεις ήταν αποτέλεσμα μητρικών ή εμβρυϊκών αιτιών, ενώ το υπόλοιπο 30% ήταν αποτέλεσμα της αποτυχίας της τοκολυτικής θεραπείας. Σε ασθενείς που βρίσκονται σε αγωγή υπό παρακολούθηση, μόνο 15% αυτών που είχαν πρόωρη ρήξη των μεμβρανών πριν από την 37η εβδομάδα κύησης, θα συνεχίσουν την κύησή τους πέρα από μία επιπλέον εβδομάδα. [Druzin και συν. 1986]. Μεγάλη αναλογία γυναικών με πρόωρο τοκετό, είτε δεν ήταν υποψήφιες για τοκολυτική θεραπεία ή συνέχισαν τον τοκετό παρά τη μεσολάβηση της θεραπείας. [Ziatnik 1972; Minkoff 1983].

Η συντηρητική αγωγή του πρόωρου τοκετού ή της πρόωρης ρήξης των μεμβρανών δεν έχει επιτύχει. Εάν η ρήξη προηγηθεί, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ο τοκετός να αρχίσει 24 ώρες μετά, ενώ η πιθανότητα γίνεται μεγαλύτερη, όσο η κύηση είναι πιο κοντά στον τερματισμό. Η πρόωρη ρήξη μεμβρανών φαίνεται ότι οδηγεί σε αστάθεια των λυσοσωμάτων και την παραγωγή προσταγλανδινών.

Η τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αρχίσει ο τοκετός στις τελειόμηνες κυήσεις ή προκειμένου για τεχνητή διακοπή της κύησης στο δεύτερο τρίμηνο, με ενστάλαξη σκληρών ουσιών, που προκαλούν διάσπαση της μεμβράνης. [Huddleston 1982].

Η αιτιολογική ετερογένεια της πρόωρης ρήξης των μεμβρανών μπορεί να εξηγήσει τα απογοητευτικά αποτελέσματα κάποιων προγραμμάτων πρόληψης της προωρότητας στην Αμερική που εστιάζουν στην γρήγορη διάγνωση και την έντονη θεραπεία της αυξημένης δραστηριότητας της μήτρας. [Main και συν. 1985; Tucker και συν. 1991].

3.2.4. Λοίμωξη

Από επιδημιολογική άποψη, ένα κύριο θέμα που αφορά στο συσχετισμό της λοίμωξης με την πρόωρη γέννηση, είναι η χρονική σειρά αυτών, δηλαδή αν η λοίμωξη προηγείται ή είναι επακόλουθο του πρόωρου τοκετού και της πρόωρης ρήξης των μεμβρανών. Σε ορισμένες μελέτες έχει αναφερθεί, ότι η λοίμωξη έχει αιτιολογικό ρόλο στην πρόωρη ρήξη των μεμβρανών και τον πρόωρο τοκετό. [Daikoku και συν. 1981; Bobitt και συν. 1981; Toth και συν. 1988]. Βασισμένες στην ιστολογική εξέταση των εμβρυϊκών μεμβρανών, μερικές μελέτες έδειξαν, ότι η λοίμωξη μπορεί να είναι αιτιολογικός παράγοντας πρόωρης γέννησης, ακόμη και αν απουσιάζουν κλινικά σημεία μητρικής λοίμωξης. [Benirschke 1960; Bobitt και Ledger 1977; Naeye και Peters 1978; Korenbrot και συν. 1984].

Οι Perkins και συν (1988), επισήμαναν ότι αν το διάστημα μεταξύ αυτόματης ρήξης μεμβρανών και τοκετού είναι ≤ 6 ώρες, μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα να είναι η φλεγμονή του χοριοαμνιακού περιβάλλοντος, αιτία του πρόωρου τοκετού που δεν απαντάει στην τοκόλυση. Οι Hameed και συν (1984), ανέφεραν ότι η σιωπηλή χοριοαμνιονίτιδα είναι σημαντικός παράγοντας του μη επιπλεκόμενου πρόωρου τοκετού, που δεν απαντάει στις συμβατικές μεθόδους τοκολυτικής θεραπείας. Αντίθετα οι Duff και συν (1987), υποστήριξαν ότι η υποκλινική ενδοαμνιακή λοίμωξη είναι μία σπάνια αιτία πρόωρου τοκετού.

Η λοίμωξη του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, πριν από την κύηση, μπορεί να είναι αποτέλεσμα ασυμπτωματικού βακτηριακού αποικισμού της κοιλότητας της μήτρας. [Toth και συν. 1986]. Αυτοί οι οργανισμοί είναι δυνατό να πολλαπλασιασθούν και να προκαλέσουν κλινική λοίμωξη στη διάρκεια της κύησης. Η προσβολή των πλακουντιακών μεμβρανών και του αμνιακού υγρού μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια του κυήματος.

Ο πρόωρος τοκετός που προκαλείται από μία λοίμωξη μπορεί να είναι αποτέλεσμα αιματογενούς μικροβιακής μεταφοράς στο έμβρυο, όπως στη λοίμωξη με Λιστέρια. Σ' αυτή την περίπτωση το υπεύθυνο μικρόβιο βρίσκεται σε αιμοκαλλιέργειες και όχι στο κοιλιακό επίχρισμα. Πυρετός μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό χωρίς να προσβάλει το έμβρυο. Οξεία χολοκυστίτιδα χωρίς βακτηριαιμία ή οξεία πνευμονοφρίτιδα είναι δυνατόν να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό. [Pariernik 1984].

Λοιμώξεις ενδομήτριες, που προκαλούν ρήξη των μεμβρανών ή εξωμήτριες λοιμώξεις (πνευμονοφρίτιδα- πνευμονία) μπορούν να προκαλέσουν πρόωρες συσπάσεις ιδιαίτερα αν η γυναίκα παρουσιάζει συστηματική νόσο με πυρετό. Είναι πιθανό η παραγωγή προσταγλανδινών να προκαλεί αυτόν το συσχετισμό και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι αποτέλεσμα της επίδρασης των ισχυρών βακτηριακών φωσφολιπασών, στα φωσφολιπίδια της μεμβράνης. [Bejar και συν. 1981]. Επίσης έχει αναφερθεί, στην ίδια μελέτη ότι μερικοί βακτηριακοί οργανισμοί μπορούν να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό, με τις υψηλής δραστηριότητας A2 φωσφολιπάσες, που οδηγούν σε αυξημένη σύνθεση προσταγλανδινών. [Bejar και συν. 1981].

Ο ρόλος των ενδοτραχηλικών λοιμώξεων φαίνεται να είναι ενδιαφέρων στην αιτιολογία σοβαρών πρόωρων τοκετών, αλλά δεν έχει ερευνηθεί αρκετά σε επιδημιολογικές μελέτες. [Hawkinson και Shulman 1966; Naeye και Blanc 1970; Baker και συν. 1975; Rebello και συν. 1975]. Έχει αναφερθεί ότι οι καλλιέργειες του τραχήλου της μήτρας για μυκόπλασμα είναι συχνά θετικές μεταξύ ασθενών που γεννούν πρόωρα. Αυτό, όπως αναφέρεται φαίνεται να έχει σχέση με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. [Kundsin και Driscoll 1970]. Σε κάποιες μελέτες αναφέρεται ότι βακτηρίδια μικρής τοξικότητας (χλαμύδια, μυκόπλασμα) είναι ιδιαίτερα παθογόνα για τη μητέρα αλλά και για το νεογνό. [Schacter 1978; Kundsin και συν. 1981]. Η λοίμωξη με λιστέρια μονοκυτταρογεννητική (monocytogenes) αν και σπάνια, μπορεί να επιπλακεί με πρόωρη γέννηση. [Halliday και Hirata 1979].

Μία προοπτική μελέτη επιβεβαίωσε σημαντική αύξηση του αυτόματου πρόωρου τοκετού σε γυναίκες που έφεραν στον κόλπο *Gardnerella Vaginalis* και *Ureoplasma Urealyticum*, κυρίως μεταξύ 22-28 εβδομάδων κύησης. [McDonald και συν. 1992]. Επομένως η

μικροβιολογική εξέταση του κόλπου, νωρίς στην κύηση, μπορεί να βοηθήσει την αξιολόγηση των γυναικών σε κίνδυνο πρόωρου τοκετού. [Minkoff και συν. 1984]. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Romero και συν (1991), μετά από επιδημιολογική μετανάλυση. Όπως αν υπάρχει υπόστρωμα νεφρικής νόσου ή οξείας πυελονεφρίτιδας, ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού γίνεται ακόμη μεγαλύτερος. [Wren, 1970].

3.2.5. Αντιούλληψη και πρόωρος τοκετός

Μία σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ότι υπάρχει μεταξύ πρόωρου τοκετού και της χρήσης αντιουλληπτικών μέσων στο εσωτερικό της μήτρας. Πιθανολογήθηκε η σχέση αντιούλληψης-λοίμωξης, δεν αναφέρθηκε όμως ο τύπος της αντιούλληψης και η χρονική περίοδος (αμέσως πριν την κύηση ή στο παρελθόν) της χρήσης των αντιουλληπτικών μεθόδων. [Lee και συν. 1983; Dailing και συν. 1985; Toth και συν. 1988].

3.2.6. Σεξουαλική δραστηριότητα στην κύηση

Κάθε παράγοντας που είναι δυνατόν να προδιαθέτει σε προωρότητα θα πρέπει να διερευνηθεί. Η επίδραση της σεξουαλικής δραστηριότητας στη διάρκεια της κύησης, έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές, που αναφέρουν ότι αν αυτή υπάρχει στην τελευταία περίοδο της κύησης, μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό. [Goodlin και συν. 1971; Solberg και συν. 1973; Wagner και συν. 1976; Perkins 1979].

Οι Naeye και Peters (1980), βρήκαν μία αυξημένη συχνότητα πρόωρης ρήξης μεμβρανών, μεταξύ εγκύων με πρόσφατο ιστορικό σεξουαλικής δραστηριότητας. Ενώ έχει αναφερθεί ότι η σεξουαλική δραστηριότητα συμβάλλει στην μόλυνση του αμνιακού υγρού και η μεγάλη συχνότητα μπορεί να προκαλέσει ενδομήτρια λοίμωξη. [Naeye 1979]. Αντίθετα άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα δεν προκαλεί πρόωρο τοκετό και δεν θα έπρεπε να αποθαρρύνεται κατά τη διάρκεια της κύησης χωρίς επιπλοκές. [Rayburn και Wilson 1980]. Οι Georgakopoulos και συν (1984), αναφέρουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη συχνότητα σεξουαλικής επαφής ή οργασμού μεταξύ γυναικών που είχαν πρόωρο ή τελειόμηνο τοκετό.

Οι Toth και συν (1988), υποστηρίζουν στην μελέτη τους ότι η σεξουαλική δραστηριότητα δεν φαίνεται να επηρεάζει την έκβαση της κύησης, αλλά σχετίζεται έντονα με ανάπτυξη βακτηρίων στον τράχηλο της μήτρας. Η σεξουαλική δραστηριότητα θεωρείται ενδιάμεσος παράγοντας πρόωρου τοκετού, [Naeye και Ross 1982; McDonald και συν. 1992], αλλά δεν έχει επιβεβαιωθεί προς το παρόν σημαντική συσχέτιση μεταξύ προωρότητας και σεξουαλικής δραστηριότητας. [Lumley και Astbury, 1989].

3.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ο πρόωρος τοκετός θεωρείται μια νόσος με βαθειά κοινωνική αρχή και χαρακτήρα, που προσβάλλει περισσότερο την πτωχή, εργαζόμενη τάξη και κυρίως τις νέες και πολυτόκες γυναίκες. [Debre και συν. 1934]. Οι κλασσικές επιδημιολογικές συνδέσεις της πρόωρης γέννησης έχουν παραμείνει σταθερές στην Ευρώπη και Βόρεια Αμερική τα τελευταία 25 χρόνια και αφορούν στη χαμηλή οικονομική κατάσταση και την κοινωνική μειονεκτικότητα. [Lumley 1993]. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο αριθμός των προώρων γεννήσεων αυξάνει με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με βάση την μόρφωση και την οικονομική κατάσταση. [Creasy και Herron 1981]. Ο σχετικός δείκτης προωρότητας ήταν μεγαλύτερος για πρόωρα 28-31 εβδομάδων κύησης, που γεννήθηκαν από πατέρες με απασχόληση ανειδίκευτου, σε σχέση με εκείνους που η απασχόλησή τους ήταν εξειδικευμένου τύπου. Ήταν δε ακόμη μεγαλύτερος ο σχετικός δείκτης προωρότητας, όταν ο πατέρας ήταν άνεργος ή οι γονείς ανύπανδροι. [MacFarlane και συν. 1988].

Σε κάποιες μελέτες φαίνεται ότι, παράγοντες κοινωνικοοικονομικοί που συνδέονται με πρόωρη γέννηση είναι η μικρή και μεγάλη ηλικία της μητέρας και η πτωχή διατροφή στην αρχή της κύησης (βάρος <50kg). [Illsley και Thomson 1976; Fedrick και Anderson 1976]. Στις ΗΠΑ, γέννηση χαμηλού βάρους παρατηρείται συχνότερα σε μητέρες πρωτοτόκους ή μητέρες με περισσότερες από τέσσερες γεννήσεις, όχι λευκές, ανύπανδρες, με χαμηλή μόρφωση και κοντού αναστήματος. [Hemminki και Starfield 1976]. Οι Garn και συν

(1977) προσπάθησαν να διαφοροποιήσουν την επίδραση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της φυλής στην συχνότητα προωρότητας, και υποστήριξαν ότι υπάρχει γεννητική επίδραση και ειδικοί φυλετικοί κανόνες για την προωρότητα. Άλλοι ερευνητές στα πλαίσια του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου περιλαμβάνουν την πτωχή διατροφή, τον μεγάλο αριθμό των κύσεων και τοκετών της μητέρας, καθώς και το κάπνισμα μεγάλου αριθμού τσιγάρων, σαν προδιαθεσικούς παράγοντες πρόωρου τοκετού. [Meyer 1977; Kaltreider και Kohl 1980]. Σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι στα πλαίσια του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, το χαμηλό βάρος της μητέρας πριν από την κύηση, η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους στην διάρκεια της κύησης, η σιέρηση ελεύθερου χρόνου για φυσική δραστηριότητα, [Berkowitz 1981; Editorial 1981], ως και η αρνητική στάση προς την κύηση αυξάνει τον κίνδυνο του πρόωρου τοκετού. [Laukaran και Van den Berg 1980]. Οι Weener και Young (1974), βρήκαν ότι ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού αυξήθηκε όταν οι γυναίκες αδυνατούσαν να προσδιορίσουν το χρόνο σύλληψης. Επίσης φαίνεται πως οι γυναίκες με περιορισμένη ιατρική παρακολούθηση και άρνηση ιατρικών συμβουλών ήταν συχνά μεταξύ αυτών που γέννησαν πρόωρα. [Papiernik και Schneider 1975].

3.3.1. Κοινωνική τάξη

Η προωρότητα είναι μία κοινωνική νόσος, που με πολλούς τρόπους δέχεται έντονες επιδράσεις από την κοινωνική τάξη της μητέρας. Οι κοινωνικές απόψεις δεν πρέπει να αποσυνδέονται από την έκβαση της πρόωρης γέννησης. [Papiernik 1984]. Πολλοί συγγραφείς έχουν βρει ότι, αυτός ο συσχετισμός συνδέεται με το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού. Εθνικά δεδομένα δείχνουν αναμφίβολα αποτελέσματα σ' αυτό το σημαντικό σημείο, όπως στην Αγγλία όπου η προωρότητα συνδέεται σιενά με την κοινωνική τάξη. [Butler και Bonham 1963], και αυτό επιβεβαιώθηκε περισσότερο από μία δεκαετία αργότερα, από μία όμοια μελέτη όλων των γεννήσεων, στην διάρκεια μιας εβδομάδας. [Chamberlain και συν. 1975]. Το φαινόμενο βρέθηκε να είναι αληθινό για την Αμερική [Garn και συν. 1977], και για τη Γαλλία σε ευρεία Εθνική κλίμακα. [Roumeau-Rouquette και συν. 1978], και σε νοσοκομειακούς πληθυσμούς. [Roumeau-Rouquette και συν. 1979]. Η κοινωνική τάξη της μητέρας είναι ένας παράγοντας κινδύνου για κακή

έκβαση της κύησης ανεξάρτητα από την ηλικία, τον αριθμό των τοκετών και το δυσμενές ιστορικό αναπαραγωγής της μητέρας και την κοινωνική τάξη του πατέρα. [Sanjose και Roman 1991]. Αν εξετάσει κανείς το θέμα επιφανειακά φαίνεται ότι, η κοινωνική τάξη είναι απρόσιτη για κάθε προληπτικό μέτρο ή προληπτική πολιτική, επειδή ο κλινικός δεν μπορεί μεταβάλλει την κοινωνική τάξη που ανήκει η έγκυος γυναίκα. Όμως κάθε αρνητική θέση δεν είναι η σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος. Αντίθετα η κοινωνική τάξη πρέπει να μελετηθεί λεπτομερειακά αφού αποτελεί θεμελιώδη μεταβλητή του πρόωρου τοκετού. Το κοινωνικό επίπεδο δεν είναι ένας απλός παράγοντας, αλλά ένα σύμπλεγμα στοιχείων που πρέπει να διακριθούν και να μελετηθούν ώστε, να βρεθούν τα σημεία στα οποία είναι πιθανή η προληπτική επέμβαση. [Papiernik 1984].

3.3.2. Εκπαίδευση της μητέρας

Η προωρότητα συνδέεται με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας καθώς αυτό προσδιορίζεται με τα χρόνια φοίτησης. Αυτή η στενή σχέση, μεταξύ πρόωρου τοκετού και φοίτησης της μητέρας, είναι καλά γνωστή και αναφέρεται σε αρκετή βιβλιογραφία. [Garn και συν. 1977]. Σε ομάδες της ίδιας κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ως προς το εισόδημα, το ποσοστό προωρότητας είναι χαμηλότερο σε γυναίκες που έχουν το μεγαλύτερο χρόνο φοίτησης. Οι δασκάλες είναι μία ομάδα με το χαμηλότερο ποσοστό προωρότητας. [Papiernik 1984]. Γυναίκες που ανήκουν σε χαμηλή κοινωνική τάξη με μικρή ή καμμία μόρφωση, κακή διαβίωση, έντονη κόπωση, παράγοντες που συχνά σημειώνονται σε ιστορικό εγκύων που είχαν πρόωρο τοκετό, πράγματι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα πρόωρης γέννησης. [Papiernik και Kamminski 1974].

3.3.3. Εργασία και φυσική δραστηριότητα

Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ βαρείας φυσικής άσκησης και πρόωρης γέννησης, ένας συσχετισμός που συχνά παραβλέπεται. Η παρατήρηση ότι, η φυσική άσκηση μπορεί να προκαλέσει συσπάσεις της μήτρας και αρχή πρόωρου τοκετού είναι πολύ παλιά. [Pinard 1895]. Αυτό επιβεβαιώθηκε από τους [Debre και συν. 1934 και Stewart 1955] που έδειξαν ότι η αυξημένη φυσική δραστηριότητα, σαν αποτέλεσμα είτε μισθωμένης εργασίας ή

εργασίας στο σπίτι, συνδέεται με πρόωρο τοκετό. Ο Raiha (1959), πρότεινε ανάπαυση και περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας σαν βασική μέθοδο πρόληψης πρόωρου τοκετού.

Ο Pariernik (1969) και οι Pariernik και Hult (1973), βρήκαν ότι η αυξημένη κινητικότητα στο σπίτι και η έντονη φυσική προσπάθεια στην εργασία, επικρατούσαν περισσότερο μεταξύ των γυναικών με πρόωρο τοκετό και ακόμη ότι το σήκωμα βαρών και η εργασία σε μηχανές που κινούνται, αύξανε τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Η σχέση μεταξύ δύσκολης εργασίας και πρόωρου τοκετού, αναφέρεται επίσης, στην έρευνα του νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείου του Παρισιού από τους Estryn και συν (1978). Η φυσική άσκηση και το είδος της εργασίας (στάση του σώματος στην διάρκεια της εργασίας, χρήση μηχανών, περιβαλλοντικός θόρυβος) μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό. [Mamelle και συν. 1981]. Η έρευνα των Mamelle και συν (1984), που αναγνώρισε μεγάλη συσχέτιση προωρότητας με πηγές κουραστικής απασχόλησης, επιβαιώθηκε από άλλες έρευνες στον Καναδά και την Αμερική. [McDonald και συν. 1988; Teitelman και συν. 1990]. Όμως μια μελέτη στο Λονδίνο, βασισμένη σε μικρό πληθυσμό, δεν βρήκε κάποιο συσχετισμό μεταξύ φόρτου εργασίας και μείωσης της διάρκειας της κύησης. [Rabkin και συν. 1990]. Ενώ σε μια μεγάλη μελέτη στη Γουατεμάλα βρέθηκαν συσχετισμοί της χειρονακτικής εργασίας με πρόωρη γέννηση και γέννηση νεογνών μειωμένης αύξησης. [Launer και συν. 1990].

Αντίθετα οι Klebanoff και συν (1990), δεν βρήκαν σημαντική επίδραση του φόρτου εργασίας στην προωρότητα εκτός από μία αξιοσημείωτη αύξηση, όταν η μητέρα εργαζόταν περισσότερο από εκατό ώρες την εβδομάδα. Οι Schaumburg και Olsen (1992), σε μία μελέτη φαρμακευτικών υπαλλήλων στην Δανία, συμπέραναν ότι ο κίνδυνος χαμηλού βάρους ή πρόωρης γέννησης ήταν μικρότερος μεταξύ αυτών, εξ' αιτίας της κοινωνικής τάξης και του περιορισμού του καπνίσματος στην διάρκεια της κύησης. Δύο ακόλουθες μικρές μελέτες αναγνώρισαν μία αύξηση του πρόωρου τοκετού μεταξύ γυναικών, που ασκούσαν έντονα στο τρίτο τρίμηνο της κύησης. [Clapp και Dickstein 1984; Kulpa και συν. 1987]. Ενώ κανονική ή ήπια φυσική δραστηριότητα (περπάτημα, κολύμπι) συνδέθηκε με τριπλάσια μείωση των ποσοστών προωρότητας. [Berkowitz και συν. 1982].

3.3.4. Εθνικότητα - Φυλή

Η φυλή μπορεί να είναι ενδιαφέρον στοιχείο της προωρότητας όπως έδειξαν στην Αμερική οι Garh και συν (1977). Απέφεραν ότι οι μαύρες γυναίκες έχουν εννέα ημέρες μικρότερης διάρκειας κύηση από τις λευκές, με διπλάσιο ποσοστό προωρότητας. Είναι δύσκολο να καθοριστούν τα στοιχεία που μπορεί να είναι υπεύθυνα γι' αυτή τη διαφορά. Είναι εμφανές ότι κοινωνικοί λόγοι συμμετέχουν στην εξήγηση, γιατί οι μαύρες γυναίκες στην Αμερική είναι ανύπανδρες, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ως προς τα χρόνια φοίτησης, και ασχολούνται με σκληρή εργασία.

Οι Toth και συν (1988) υποστήριξαν ότι η φυλή δεν είναι σημαντικός παράγοντας αύξησης της προωρότητας. Έχει βρεθεί ότι η διαφορετική εθνικότητα δεν επηρεάζει την προωρότητα. Το ποσοστό προωρότητας π.χ. μεταξύ μητέρων διαφόρων Εθνικοτήτων στην Αυστραλία δεν ήταν διαφορετικό. Εξαίρεση παρουσίασαν μόνο οι μητέρες που γεννήθηκαν στην Πολωνία και Ινδία, που είχαν σημαντικά αυξημένα ποσοστά γεννήσεων εξαιρετικά πρόωρων νεογνών, τα οποία ήσαν υπεύθυνα για τον υψηλότερο δείκτη προωρότητας [Lumley 1993].

3.3.5. Οικογενειακή κατάσταση

Ο συσχετισμός της οικογενειακής κατάστασης με την προωρότητα διαφέρει στις ομάδες διαφόρων ηλικιών. Για γυναίκες ηλικίας <25 χρονών φαίνεται ότι η οικογενειακή κατάσταση (π.χ. εάν είναι πανδρεμένες, ζουν με ένα σύντροφο ή μόνες) δεν σχετίζεται με προωρότητα. Το ίδιο ισχύει και για τις ανύπανδρες μητέρες γενικά. [Lumley 1993].

Οι ανύπανδρες μητέρες ήταν σε ψηλό κίνδυνο να αποκτήσουν ένα μικρού βάρους γέννησης για την ηλικία κύησης νεογνό (SGA), ενώ οι πανδρεμένες ένα πρόωρο νεογνό. [Sanjose και Roman 1991]. Αντίθετα σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι, οι ανύπανδρες μητέρες σε ένα μαύρο, πτωχό πληθυσμό στις ΗΠΑ βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο πρόωρου τοκετού. [Johnson και Dubin, 1980, Wen και συν. 1990].

Οι ανεπιθύμητες κύσεις είναι σημαντική πηγή χαμηλού βάρους γεννήσεων. Οι Zelnik και Kantner (1977), υπολόγισαν ότι εάν οι νεαρές μητέρες 15-19 χρονών, που είχαν ανεπιθύμητες κύσεις, είχαν κάνει χρήση αντιούλληλης, ο αριθμός των τοκετών θα είχε

μειωθεί αισθητά. Οι Morris και συν (1973), υπολόγισαν την επίδραση της πρόληψης των ανεπιθύμητων κυήσεων, στα ποσοστά των χαμηλού βάρους γεννήσεων και κατέληξαν ότι, οι ομάδες που δεν είχαν προγραμματίσει την κύησή τους, είχαν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά χαμηλού βάρους γεννήσεις, σε σχέση με τις προγραμματισμένες. Μετά την εφαρμογή των προγραμμάτων εκλεκτικής έκτρωσης παρατηρήθηκε μείωση των πρόωρων τοκετών. [Rovinski 1973].

3.3.6. Ηλικία της μητέρας και αριθμός κυήσεων

Η ηλικία της μητέρας και ο αριθμός των κυήσεων καθώς και ο συνδυασμός αυτών αποτελούν παράγοντες κινδύνου πρόωρης γέννησης. Οι Fedrick και Anderson (1976), υποστήριξαν ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας μητέρες, κυρίως μετά τα 35 χρόνια έχουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν πρόωρο τοκετό. Αντίθετα σε άλλες μελέτες αναφέρεται η ηλικία της μητέρας σε συνδυασμό με τη σειρά κύησης. Γυναίκες ηλικίας <20 χρόνων και >34 χρόνων, πρωτοτόκες και εκείνες με ≥ 3 τοκετούς, ήταν σε αυξημένο κίνδυνο να έχουν δυσμενή έκβαση κύησης. [Johnson και Dubin 1980; Sanjose και Roman 1991]. Στην μελέτη της Lumley (1993), αναφέρεται ότι, γυναίκες ηλικίας <20 χρόνων έχουν αυξημένο ποσοστό προωρότητας, αυξανόμενης της σειράς κύησης. Σε όλες τις άλλες ηλικίες, η πρωτοτόκος συνδέεται με υψηλότερο ποσοστό προωρότητας από τη δεύτερη ή τρίτη στη σειρά γέννηση, με έναν ελαφρά αυξημένο κίνδυνο για την τέταρτη κατά σειρά γέννηση στην ίδια γυναίκα. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται, ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην γέννηση πρόωρου νεογνού στις ηλικίες 20-34 χρόνων. Νεώτερες γυναίκες έχουν ελαφρά υψηλότερα ποσοστά, γυναίκες 34-39 μεγαλύτερο κίνδυνο, ενώ γυναίκες 40 χρόνων και πάνω ακόμη μεγαλύτερο. Από μελέτες που έγιναν σε μαύρες μητέρες εφήβους, συμπέραναν ότι η εφηβική ηλικία παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα πρόωρων τοκετών, χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών, καθώς και περιγεννητικών θανάτων. [Brown και συν. 1991; Nnatu 1992]. Πολλές δημοσιεύσεις έχουν δείξει ότι στην εφηβική ηλικία υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό προωρότητας και πολύ μικρού βάρους γέννησης νεογνών. [Donnelly και συν. 1964; Fedrick και Anderson 1976; Clewell 1979]. Αυτό είναι συνηθισμένο, στις νέες γυναίκες που δεν έχουν καμιά κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη και

προσπαθούν να αποκρύψουν την κύησή τους. Αντίθετα, για τις έφηβες που αρνήθηκαν μια προκλητή αποβολή και επιθυμούν να διατηρήσουν την κύηση, η πρόγνωση διαφέρει. Όταν μπορούν να προστατευθούν από την ηθική και κοινωνική απομόνωση και εάν η κύηση παρακολουθείται σωστά, τα ποσοστά προωρότητας είναι τόσο χαμηλά, όσο στον φυσιολογικό πληθυσμό. [Papiernik και Tresmontant 1984].

3.3.7. Διαστάσεις της μητέρας (ύψος-βάρος)

Τα φυσικά χαρακτηριστικά της μητέρας αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου πρόωρου τοκετού. Το χαμηλό βάρος της μητέρας στην αρχή της κύησης συνδέεται στενά με αυτόματο πρόωρο τοκετό. [Fedrick και Anderson 1976]. Όταν το βάρος της μητέρας είναι $\leq 50\text{kg}$ ή το ύψος $< 1,50\text{m}$, οι κίνδυνοι πρόωρου τοκετού αυξάνουν και μάλιστα το ποσοστό προωρότητας διπλασιάζεται σε γυναίκες με ύψος $1,52\text{m}$ σε σχέση με γυναίκες ψηλότερες των $1,72\text{m}$. Σε νεώτερες μελέτες αναφέρεται ότι, ο συσχετισμός του ύψους και του βάρους της μητέρας με τον πρόωρο τοκετό είναι ασαφή ευρήματα. Στη Σκωτία υπήρχε αυξημένος κίνδυνος εξαιρετικά πρόωρων γεννήσεων, μεταξύ γυναικών με ύψος $< 1,60\text{m}$ αλλά δεν υπήρχε κάτι ανάλογο σε σχέση με άλλους παράγοντες [MacFarlane και συν. 1988].

Στην Αλαμπάμα της Αμερικής δεν υπήρχε σημαντική σχέση ύψους μητέρας και πρόωρου τοκετού, αλλά το μικρό βάρος της μητέρας και η μικρή και πολύ μεγάλη πρόσληψη βάρους στην διάρκεια της κύησης, έδιναν σημαντικά αυξημένα ποσοστά προωρότητας. [Wen και συν. 1990]. Το χαμηλό βάρος της μητέρας αλλά όχι το ύψος ήταν σημαντικός παράγοντας κινδύνου για πρόωρο τοκετό στη Βραζιλία. [Barros και συν. 1992].

Ο δείκτης μάζας σώματος (Quetelet Index) αναφέρεται σαν ο ακριβέστερος δείκτης καλής σωματικής διάπλασης, αντιπροσωπεύει το μέσον ηγλικό του βάρους δια του ύψους στο τετράγωνο και εκφράζεται με εκατοστιαία αναλογία. [Kafatos και συν. 1981].

$$\text{(βάρος(kg)/ύψος}^2\text{(m}^2\text{))}$$

Επαρκής και κατάλληλη λήψη θερμίδων ενδιαφέρει αρχικά για την ικανοποιητική έκβαση της γονιμοποίησης, ενώ υπάρχουν επιδημιολογικά δεδομένα, που δείχνουν ένα συσχετισμό μεταξύ πτωχής διατροφής της εγκύου και πρόωρου τοκετού. Θα πρέπει να υπάρχει διαιτητική συμβουλευτική στην κύηση και αν είναι δυνατό πριν τη σύλληψη. [Raiha και συν. 1956].

3.3.8. Κάπνισμα

Το κάπνισμα έχει συσχετιστεί με πρόωρο τοκετό, καθώς και με μειωμένη αύξηση του εμβρύου και είναι συνετό να ενθαρρύνεται η μείωση, αν δεν είναι δυνατή η παύση του καπνίσματος, για τους πιο πάνω λόγους. [Meyer και Tonascia 1976]. Έχει παρατηρηθεί μια αύξηση των προώρων τοκετών μεταξύ 24-34 εβδομάδων κύησης σε καπνίστριες και μάλιστα μεγαλύτερη σε εκείνες με κάπνισμα >20 τσιγάρων την ημέρα. [Meyer 1977]. Το κάπνισμα του τσιγάρου εκτός του συσχετισμού με πρόωρο τοκετό και της επίδρασης στην αύξηση του εμβρύου, αυξάνει τον κίνδυνο αυτόματης αποβολής, θνητογενούς εμβρύου, νεογνικού θανάτου και επιπλοκών της κύησης. Η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών, η αιμορραγία, ο προδρομικός πλακούντας και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είναι συνηθισμένες επιπλοκές μεταξύ καπνιστριών. Ο κίνδυνός του περιγεννητικού θανάτου, φαίνεται ότι αυξάνει μεταξύ καπνιστριών χαμηλού κοινωνικού επιπέδου, με μεγάλο αριθμό κύσεων και αυτών που παρουσιάζουν αναιμία. [Population Reports Issues in World Health 1979].

Άλλοι μελετητές αναφέρουν ότι το κάπνισμα παρουσιάζει δυσμενή επίδραση στην πρόσληψη βάρους από την μητέρα κατά την κύηση, καθώς και στην αύξηση του εμβρύου. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα μικρότερα σωματομετρικά (μήκος, βάρος και περίμετρος κεφαλίου) των νεογνών όταν οι μητέρες είναι βαριές καπνίστριες. [Davies και συν. 1976]. Οι Toth και συν (1988), αντίθετα υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα συνδέεται με χαμηλό βάρος γέννησης αλλά όχι με προωρότητα. Η επίδραση της αγχώδους ζωής και του φτωχού ψυχοκοινωνικού προφίλ, στην έκβαση της κύησης, γίνεται και μέσω του καπνίσματος. [Newton και Hunt 1984; Zuckerman και συν. 1989; McCormick και συν. 1990; Cliver και συν. 1992].

3.3.9. Αλκοόλ και κατάχρηση ουσιών

Υπάρχει ουσιαστική διαφωνία ως προς τις επιδράσεις του αλκοόλ στον πρόωρο τοκετό. Οι Rosset και συν (1978), παρατήρησαν υψηλή συχνότητα προωρότητας στους βαρείς πότες αλκοόλ. Σε μια μελέτη βρέθηκε τριπλάσια αύξηση του πρόωρου τοκετού μεταξύ γυναικών που έπιναν δύο ή περισσότερα ποτά την ημέρα. [Berkowitz και συν. 1982]. Αντίθετα σε τρεις μεγάλες μελέτες στην Αμερική και Αυστραλία δεν βρέθηκε καμμία επίδραση. [Lumley και συν. 1985; Bell και Lumley 1989; Wen και συν. 1990]. Μία υπηρεσία που εδρεύει σε Νοσοκομείο της Αμερικής βρήκε ένα συσχετισμό της σμίκρυνσης της περιόδου της κύησης, με κατανάλωση αλκοόλ πριν από την κύηση αλλά όχι κατά την διάρκεια. [Hingson και συν. 1982]. Τέλος οι Toth και συν (1988), υποστηρίζουν ότι η χρήση αλκοόλ και η κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών είχαν μόνο ελαφρά αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, ο αριθμός όμως του δείγματος ήταν μικρός. Έτσι το ερώτημα παραμένει αδιευκρίνιστο.

3.3.10. Stress και κοινωνική υποστήριξη

Η άποψη που υπήρχε ότι τα συναισθήματα της μητέρας και τα γεγονότα που προκαλούν άγχος, μπορούσαν να προκαλέσουν βλάβη στο έμβρυο, έπαψε να ευοισταθεί στο τέλος του 19ου αιώνα. Το ενδιαφέρον έχει αυξηθεί πάλι για τον πιθανό ρόλο του άγχους, αφού περιγράφηκαν νευροενδοκρινολογικοί και άλλοι μηχανισμοί, με τους οποίους οι μεταβολές που γίνονται στη μητέρα, είναι δυνατόν να μεταβάλουν το εμβρυϊκό περιβάλλον. [Oakley και συν. 1982]. Οι Lederman και συν (1977,1978), υπέθεσαν ότι, η ανησυχία έπρεπε να προκαλεί μία αύξηση στην ενδογενή έκκριση της επινεφρίνης, η οποία με τη σειρά της μπορούσε να επηρεάσει τη συσταλτικότητα της μήτρας. Όμως βρήκαν ότι τα υψηλά επίπεδα επινεφρίνης συνδέθηκαν με μειωμένη συσταλτική δραστηριότητα της μήτρας.

Οι Newton και συν (1979), και Lobel και συν (1992), αναφέρουν ότι το stress της μητέρας ήταν μεγαλύτερο σε γυναίκες με πρόωρο τοκετό. Έχει συζητηθεί ότι οι δύσκολες συνθήκες ζωής και η απουσία κοινωνικής υποστήριξης, πρέπει να είναι οι παράγοντες κλειδιά που συνδέουν το κοινωνικό μειονέκτημα με τον πρόωρο τοκετό. [Oakley και συν.

1992]. Μελέτες που έχουν γίνει στην Αμερική έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ άγχους, έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης, ανησυχίας, καταπίεσης, χρήσης τσιγάρων, αλκοόλ και άλλων ουσιών και χαμηλού βάρους γέννησης, αλλά δεν υπάρχει συσχετισμός ειδικά με πρόωρο τοκετό. [Zuckerman και συν. 1989; McCormick και συν. 1990; Cliver και συν. 1992]. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι αυξημένη κοινωνική υποστήριξη στην κύηση, που παρέχεται με διάφορους τρόπους, δεν μείωσε την πρόωρη γέννηση, ή την περιγεννητική θνησιμότητα. [Elbourne 1991].

3.3.11. Έλλειψη προγεννητικής φροντίδας

Η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα της μητέρας αποτελεί ένα παράγοντα σημαντικής αύξησης της εμβρυϊκής, περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας. [Ryan και συν. 1980]. Υπάρχει μία σταθερή σχέση μεταξύ πρόωρου τοκετού και ανύπαρκτης ή καθυστερημένης προγεννητικής φροντίδας της μητέρας, ώστε στην Αμερική η συμβουλευτική πολιτική για μείωση της συχνότητας του χαμηλού βάρους γέννησης και πρόωρου νεογνού, έκανε την προγεννητική φροντίδα προτεραιότητα. [Committee to study the prevention of low birth weight 1985; Public Health Service 1989].

Οι Showstack και συν (1984), Tyson και συν (1990), δεν βρήκαν να υπάρχει ωφέλιμη επίδραση της προγεννητικής φροντίδας σε γεννήσεις <30ης εβδομάδας κύησης. Η εξέταση της προγεννητικής φροντίδας που χρησιμοποιείται ειδικά σε κύσεις <28 εβδομάδων, αφήνει αδιευκρίνιστα τα στοιχεία εκείνα της φροντίδας, που επιδρούν αποτελεσματικά στην πρόληψη της προωρότητας. Έτοι προγράμματα πρόληψης προωρότητας που περιλαμβάνουν συστηματική προγεννητική φροντίδα, δεν έχουν βρεθεί αποτελεσματικά. [Lumley 1991]. Είναι όμως ευρέως αποδεκτό ότι η προγεννητική φροντίδα μπορεί και πρέπει να μειώνει το ποσοστό του πρόωρου τοκετού, αν και οι καθοριστικοί παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση αυτή δεν είναι καλά θεμελιωμένοι. [Lefevre 1992].

4. ΑΠΩΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΩΡΩΝ

Όπως είναι γνωστό, η προωρότητα αποτελεί σημαντική ηγή σοβαρών άμεσων προβλημάτων στο νεογνό και απώτερων προβλημάτων στο παιδί. Η ανωριμότητα των συστημάτων του πρόωρου νεογνού αυξάνει τον κίνδυνο των επιπλοκών.

Η πιθανότητα που έχουν τα πρόωρα νεογνά να αναπτύξουν νοητική αναπηρία μελλοντικά, είναι αυξημένη. Υπάρχουν μερικοί παράγοντες, που δημιουργούν μεγαλύτερο κίνδυνο αναπτυξιακής μειονεκτικότητας όπως, η εξαιρετικά πρόωρη γέννηση (<750g), η σοβαρή χρόνια πνευμονική νόσος και η σοβαρή ενδοκοιλιακή αιμορραγία, που έχουν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα εγκεφαλικής παράλυσης και νοητικής καθυστέρησης, από τα πρόωρα χωρίς αυτούς τους παράγοντες. [Mayes και συν. 1983; Papile και συν. 1983; Stewart και συν. 1987; Shankaran και συν. 1989; Hack και Fanaroff 1989; Vohr και συν. 1991; Allen 1991]. Νεογνά με περισσότερους παράγοντες κινδύνου γενικά εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο αναπηρίας, από τα νεογνά με ένα μόνο παράγοντα. Η γρήγορη αναγνώριση, για παιδιά σε κίνδυνο να αναπτύξουν αναπηρία, έχει μεγάλη σημασία γιατί έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την έκβαση, με υπηρεσίες αποκατάστασης και εκπαίδευσης. [Levy και Hyman, 1993].

5. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Είναι αναγκαίο να θυμηθεί κανείς ότι, οι μέθοδοι όπως η περίδεση του τραχήλου και τα β-συμπαθομιμητικά φάρμακα απέτυχαν στη λύση του προβλήματος του πρόωρου τοκετού. Οι περισσότεροι από τους παράγοντες κινδύνου για προωρότητα εξακολουθούν να υφίστανται (ηλικία, κοινωνική τάξη, προηγούμενος πρόωρος τοκετός, αιμορραγία στην κύηση, δίδυμη κύηση, υπέρταση, υδράμνιο). Ο κίνδυνος του πρόωρου τοκετού είναι μεγαλύτερος όταν η γυναίκα εμφανίζει ορισμένους παράγοντες κινδύνου, όπως ένα μαιευτικό ιστορικό πρόωρου τοκετού ή αποβολής. Στα πλαίσια της πρόληψης είναι σημαντικό η ίδια η γυναίκα να γνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου προωρότητας.

Η πρόληψη θα πρέπει να πληροί τρεις βασικούς στόχους:

- α) Καθορισμό και αναγνώριση, με επιδημιολογικές μελέτες, του πληθυσμού υψηλού κινδύνου.
- β) Πολιτική βασισμένη στην ανάλυση των κυριοτέρων αιτίων των πρόωρων τοκετών και τις κατάλληλες τεχνικές. Αυτό απαιτεί οργάνωση ειδικών υπηρεσιών (προγεννητική φροντίδα, συμβουλευτική).
- γ) Τα προληπτικά μέτρα να αναθεωρούνται και οι επεμβάσεις να αναλύονται και να συνεκτιμώνται ως προς το κόστος. [Pariernik 1978, 1984; Lefevre 1992].

Η συχνότητα του πρόωρου τοκετού είναι αυξημένη σε αστικό πληθυσμό. Όμως βελτιωμένος καθορισμός των διαφόρων στοιχείων του προβλήματος έχει βοηθήσει στην καλύτερη αντίληψη αυτού. Τελικά γίνεται συνεχής προσπάθεια για αναζήτηση νέων τρόπων διευθέτησης αυτού του σοβαρού εθνικού προβλήματος. [Creasy 1993].

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν συνολικά 468 ζεύγη μητέρων-νεογεννητών (απλές κύησεις). Η εξέταση περιελάμβανε: α) τη λήψη εκτενούς ιστορικού της μητέρας, β) τη κλινική εξέταση του νεογέννητου ως και γ) την αξιολόγηση της ηλικίας κύησης με την μέθοδο Dubowitz. Στα 468 νεογέννητα περιλαμβάνονται 309 πρόωρα (με ηλικία κύησης $\leq$ 37 εβδ.) και 159 τελειόμηνα (με ηλικία κύησης 37-42 εβδ). [σχήματα 1 και 2]

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ (παράρτημα Α)

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ (παράρτημα Β)

3. ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (παράρτημα Γ)

Με τα άθροισμα όλων των παραμέτρων το σύνολο της βαθμολογίας ήταν:

Καλές συνθήκες	:	15
Μέτριες συνθήκες	:	9-14
Κακές συνθήκες	:	<9

Για τον καθορισμό των κοινωνικών τάξεων αρχικά έγινε κατάταξη των επαγγελματιών, των χρόνων εκπαίδευσης και του εισοδήματος σε ομάδες. Στην συνέχεια η κάθε ομάδα χωριστά βαθμολογήθηκε από 1-7 ανάλογα με την κατάταξη.

4. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΜΗΤΕΡΑΣ

1. Επιοτήμονες
2. Παραεπιοτήμονες
3. Ελεύθεροι επαγγελματίες*
4. Καλλιτέχνες
5. Ανώτεροι υπάλληλοι
6. Μέσοι υπάλληλοι
7. Κατώτεροι υπάλληλοι
8. Τεχνικοί - μηχανικοί
9. Ειδικευμένοι τεχνίτες
10. Εργάτες
11. Άλλα
12. Νοικοκυρές

*Ίδε παράρτημα Δ

5. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΠΑΤΕΡΑ

1. Επιοτήμονες
2. Παραεπιοτήμονες*
3. Ελεύθεροι επαγγελματίες (εκτός επισημόνων)
4. Καλλιτέχνες
5. Ανώτεροι υπάλληλοι
6. Μέσοι υπάλληλοι
7. Κατώτεροι υπάλληλοι
8. Τεχνικοί - μηχανικοί
9. Ειδικευμένοι τεχνίτες
10. Εργάτες
11. Άλλα

*Ίδε παράρτημα Δ

6. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΤΑΞΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ- ΜΟΡΦΩΣΗ-ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ-ΜΟΡΦΩΣΗ-ΕΙΣΟΔΗΜΑ			
ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (ομάδα)	ΠΑΙΔΕΙΑ (χρόνια εκπαίδευσης)	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ (Χιλ. Δρχ)
1	1	>15	>251
2	2+3	13-15	201-250
3	4+5	10-12	151-200
4	6+7	7-9	101-150
5	8	4-6	76-100
6	9	1-3	50-75
7	10+11	0	<50

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΤΑΞΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ
I	3-6
II	7-10
III	11-14
IV	15-18
V	18-21

Κατάταξη κοινωνικών τάξεων ανάλογα με επάγγελμα, μόρφωση και μηνιαίο εισόδημα.

Τελικά αποφασίστηκε η δημιουργία πέντε κοινωνικών τάξεων με βάση τρεις παραμέτρους: επάγγελμα πατέρα, μόρφωση και εισόδημα όπως αναφέρεται στον πίνακα.

Όσο μικρότερη η βαθμολόγηση, τόσο ανώτερη η κοινωνική τάξη.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο χρονικό διάστημα της μελέτης, το σύνολο των γεννήσεων στα δύο μαιευτήρια ήταν 4375.

- 1) Από αυτές οι 4045 αφορούσαν σε τελειόμηνα νεογνήνητα και οι 330 σε πρόωρα νεογνήνητα.
- 2) Με βάση το σύνολο των γεννήσεων ο αριθμός των εξετασθέντων προώρων (309) αντιπροσωπεύει το 93,6% του συνόλου των προώρων γεννήσεων και ο αριθμός των εξετασθέντων τελειομήνων (159) το 3,9% του συνόλου των τελειομήνων γεννήσεων.
- 3) Το γενικό ποσοστό προωρότητας κατά την περίοδο της μελέτης βρέθηκε 7,54% στα δύο μαιευτήρια.
- 4) Η στατιστική ανάλυση έγινε με την μέθοδο χ^2 , και Fisher's exact test.
Από την ανάλυση των επιμέρους παραμέτρων βρέθηκαν τα ακόλουθα:

1. Η συσχέτιση γέννησης παιδιού με βάρος $\leq 2500\text{g}$ με προηγούμενη γέννηση χαμηλού βάρους νεογνήνητου φαίνεται στον πίν. 1.1.

Πίνακας 1.1.

ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
	$\leq 2500\text{g}$	$> 2500\text{g}$	ΣΥΝΟΛΟ
$\leq 2500\text{g}$	41 (87%)	6 (13%)	47
$> 2500\text{g}$	112 (66%)	58 (34%)	170

Από τον πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση νεογνήνητου με χαμηλό βάρος γέννησης, με προηγούμενη γέννηση χαμηλού βάρους ($\leq 2500\text{g}$), που είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0.01$).

Όπως φαίνεται στον πίνακα το ποσοστό γέννησης νεογνού με βάρος $\leq 2500\text{g}$ είναι μεγαλύτερο (87%) όταν έχει προηγηθεί γέννηση της ίδιας κατηγορίας, σε σύγκριση με το ποσοστό χαμηλού βάρους νεογνού (66%) όταν δεν υπάρχει προηγούμενο παιδί με χαμηλό βάρος γέννησης.

2. Σχέση πρόωρου τοκετού και αποβολής και τεχνητής έκτρωσης

Η συσχέτιση της προωρότητας με προηγούμενες αποβολές φαίνεται στο πίν. 2.1.

Πίνακας 2.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ-ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	226 (73%)	83 (27%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	138 (87%)	21 (13%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι στα πρόωρα υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό προηγούμενων αποβολών ή εκτρώσεων (27%) συγκριτικά με τα τελειόμηνα (13%). Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ πρόωρου τοκετού και προηγούμενων αποβολών ή εκτρώσεων ($p=0.001$).

Συσχέτιση πρόωρου τοκετού και αριθμού αποβολών - εκτρώσεων.

Στον πίν. 2.2 αναγράφονται οι γεννήσεις πρόωρων και τελειομήνων ανάλογα με τον αριθμό προηγούμενων αποβολών - εκτρώσεων.

Πίνακας 2.2.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΒΟΛΩΝ-ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ			
	0	1-2	≥ 3	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	140 (45,5%)	116 (37,5%)	53 (17%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	96 (60,5%)	53 (33,5%)	10 (6%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό των περιπτώσεων με ≥ 3 αποβολές-εκτρώσεις μεταξύ των γυναικών που γέννησαν πρόωρο (17%) ήταν συγκριτικά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ των γυναικών που γέννησαν τελειόμηνα (6%). Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0.01$) μεταξύ αριθμού εκτρώσεων και πρόωρου τοκετού.

3. Σχέση πρόωρου τοκετού και πορείας της κύησης.

Η συσχέτιση της προωρότητας με την πορεία της κύησης φαίνεται στον πίν. 3.1.

Πίνακας 3.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΠΟΡΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ		
	ΚΑΛΗ	ΚΑΚΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	77 (25%)	232 (75%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	111 (69,5%)	48 (30,5%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό των κυήσεων με κακή πορεία (75%) είναι μεγαλύτερο μεταξύ των πρόωρων τοκετών, συγκριτικά με το ποσοστό κυήσεων με κακή πορεία (30,5%) μεταξύ των τελειομήνων. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και κακής πορείας της κύησης ($p < 0.001$).

Η συσχέτιση προωρότητας και αιμορραγίας κατά την κύηση φαίνεται στον πίν. 3.2.

Πίνακας 3.2.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	173 (56%)	136 (44%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	134 (84,5%)	25 (15,5%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό της αιμορραγίας κατά την κύηση είναι μεγαλύτερο (44%) στην ομάδα που γέννησε πρόωρα συγκριτικά με το ποσοστό στην ομάδα που γέννησε τελειόμηνα (15,5%). Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.0001$) μεταξύ πρόωρων και τελειομήνων.

Η συσχέτιση προωρότητας και προδρομικού πλακούντα φαίνεται στον πίν. 3.3.

Πίνακας 3.3.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΡΟ	294 (95%)	15 (5%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	159 (100%)	0	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η προωρότητα σχετίζεται με τον προδρομικό πλακούντα.

Και οι δεκα πέντε μητέρες που είχαν προσδρομικό πλακούντα γέννησαν πρόωρα.

$2P = 6.32 \times 10^{-3}$ μετά από Fischer's exact test.

Η συσχέτιση προωρότητας και πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα φαίνεται στον πίν. 3.4.

Πίνακας 3.4.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΠΡΩΡΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΡΟ	286 (92,5%)	23 (7,5%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	159 (100%)	0	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η προωρότητα σχετίζεται με την πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Και οι είκοσι τρεις μητέρες που είχαν πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα γέννησαν πρόωρα. Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα ήταν συχνότερη στην ομάδα με πρόωρο τοκετό συγκριτικά με την ομάδα των τελειομήνων.

$2P = 7.56 \times 10^{-3}$ μετά από Fischer's exact test.

Η συσχέτιση προωρότητας και ύπαρξης εμέτων κατά την κύηση φαίνεται στον πίν. 3.5.

Πίνακας 3.5.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΕΜΕΤΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	209 (67,5%)	100 (32,5%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	111 (70%)	48 (30%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό των εμέτων κατά την κύηση δεν διαφέρει στις δύο ομάδες προώρων (32,5%) και τελειομήνων (30%). Δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ πρόωρου τοκετού και εμέτων κατά την κύηση ($p > 0.05$).

Η συσχέτιση προωρότητας και υπέρτασης κατά την κύηση φαίνεται στον πίν. 3.6.

Πίνακας 3.6.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	297 (96%)	12 (4%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	156 (98%)	3 (2%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά υπέρτασης κατά την κύηση στις δύο ομάδες, προώρων (4%) και τελειομήνων (2%).

$2P = 0.632$ μετά από Fisher's exact test.

Η συσχέτιση της προωρότητας με την πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών φαίνεται στον πίν. 3.7.

Πίνακας 3.7.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΠΡΟΩΡΗ ΡΗΞΗ ΕΜΒΡΥΪΚΩΝ ΜΕΜΒΡΑΝΩΝ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	173 (56%)	136 (44%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	119 (75%)	40 (25%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι στην ομάδα των προώρων τοκετών το ποσοστό της πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών μεμβρανών είναι μεγαλύτερο (44%) συγκριτικά με την ομάδα των τελειομήνων (25%). Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα δύο ποσοστά. $P < 0.001$.

4. Ηλικία Μητέρας

Η συσχέτιση της προωρότητας με την ηλικία της μητέρας φαίνεται στον πίν. 4.1.

Πίνακας 4.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ (ΧΡΟΝΙΑ)			
	16-19	20-31	32-45	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	12 (4%)	198 (64%)	99 (32%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	11 (7%)	124 (78%)	24 (15%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό των μητέρων ηλικίας 32-45 χρόνων είναι μεγαλύτερο στην ομάδα των προώρων (32%) συγκριτικά με την ομάδα των τελειομήνων (15%). Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και της ηλικίας αυτής των μητέρων. ($p < 0.005$). [σχήματα 3 και 4].

5. Αριθμός τοκετού και κύησης. Σειρά γέννησης και χαμηλό βάρος.

Η συσχέτιση του χαμηλού βάρους γέννησης νεογνού με τον αριθμό τοκετού ή κύησης καθώς και με την σειρά γέννησης του παιδιού φαίνεται στους πίν. 5.1., 5.2., 5.3.

Πίνακας 5.1.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ		
	≤ 2500g	> 2500g	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟΤΟΚΟΣ	145 (69,5%)	63 (30,5%)	208
ΔΕΥΤΕΡΟΤΟΚΟΣ	106 (71,5%)	42 (28,5%)	148
ΤΡΙΤΟΤΟΚΟΣ	44 (71%)	18 (29%)	62
≥ ΤΕΤΑΡΤΟΤΟΚΟΣ	28 (80%)	7 (20%)	35

Από τον πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχει διαφορά στα ποσοστά χαμηλού βάρους ≤ 2500g γέννησης νεογνού σε σχέση με την τάξη τοκετού ($p > 0.50$).

Πίνακας 5.2.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ		
	≤ 2500g	> 2500g	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΗ	87 (67,5%)	42 (32,5%)	129
ΔΕΥΤΕΡΗ	75 (69,5%)	33 (30,5%)	108
ΤΡΙΤΗ	62 (69,5%)	27 (30,5%)	89
ΤΕΤΑΡΗ	35 (76%)	11 (24%)	46
> ΤΕΤΑΡΤΗ	64 (79%)	17 (21%)	81

Από τον πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχει διαφορά στα ποσοστά χαμηλού βάρους ≤ 2500g γέννησης νεογνού σε σχέση με την τάξη κύησης ($p > 0.50$).

Πίνακας 5.3.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ		
	$\leq 2500\text{g}$	$> 2500\text{g}$	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟ ΠΑΙΔΙ	144 (69%)	64 (31%)	208
ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΑΙΔΙ	105 (71%)	43 (29%)	148
ΤΡΙΤΟ ΠΑΙΔΙ	44 (71%)	18 (29%)	62
>ΤΕΤΑΡΤΟ ΠΑΙΔΙ	28 (80%)	7 (20%)	35

Από τον πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στα ποσοστά χαμηλού βάρους $\leq 2500\text{g}$ νεογνού σε σχέση με την σειρά γέννησης παιδιού ($p > 0.50$).

6. Επάγγελμα της μητέρας

Η συσχέτιση προωρότητας με το επάγγελμα της μητέρας φαίνεται στον πίν. 6.1.

Πίνακας 6.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΝΟΙΚΟΚΥΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	124 (40%)	185 (60%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	49 (31%)	110 (69%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι τα ποσοστά αναφορικά με το επάγγελμα της μητέρας δεν διαφέρουν συγκριτικά μεταξύ προώρων και τελειομήνων ($p = 0.186$).

7. Εκπαίδευση της μητέρας και του πατέρα

Η συσχέτιση της προωρότητας με την εκπαίδευση της μητέρας και του πατέρα φαίνεται στον πίν. 7.1, 7.2.

Πίνακας 7.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ			
	≤ 12	13-15	> 15	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	250 (81%)	19 (6%)	40 (13%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	117 (73,5%)	11 (7%)	31 (19,5%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η εκπαίδευση της μητέρας δεν επηρεάζει σημαντικά την προωρότητα ($p > 0.10$).

Πίνακας 7.2.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ				
	Μέχρι 6η τάξη Δημοτικού	Μερικές τάξεις Γυμν. ή απόφοιτος Τεχνικής ή επαγγελματ. σχολής	4-6 τάξεις Γυμνασίου	Ανώτερη ή Ανώτατη σχολή	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	121 (39%)	91 (29,5%)	88 (28,5%)	9 (3%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	76 (47,5%)	32 (20%)	45 (28,5%)	6 (4%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η εκπαίδευση του πατέρα δεν επηρεάζει σημαντικά την προωρότητα ($p > 0.10$).

8. Βαθμολόγηση Διαβίωσης

Η συσχέτιση της προωρότητας με την βαθμολόγηση της διαβίωσης δηλαδή των συνθηκών διαμονής φαίνεται στον πίν. 8.1.

Πίνακας 8.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ			
	8-13	14	15	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	20 (6,5%)	87 (28%)	202 (65,5%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	9 (6%)	56 (35%)	94 (59%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι τα ποσοστά των συνθηκών διαβίωσης στις δύο ομάδες προώρων και τελειομήνων δεν διαφέρουν συγκριτικά. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και συνθηκών διαβίωσης ($p = 0.453$).

9. Κοινωνική Τάξη

Η συσχέτιση της προωρότητας με την κοινωνική τάξη φαίνεται στον πίν. 9.1.

Πίνακας 9.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ			
	I + II	III	IV + V	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	79 (25,5%)	125 (40,5%)	105 (34%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	64 (40,5%)	60 (37,5%)	35 (22%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι μεταξύ των προώρων τοκετών υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό των χαμηλών κοινωνικών τάξεων (34%) συγκριτικά με το ποσοστό μεταξύ των τελειομήνων (22%). Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και κοινωνικής τάξης ($p < 0.01$).

10. Βάρος μητέρας και δείκτης μάζας σώματος (Quetelet index).

Η συσχέτιση της προωρότητας με το βάρος της μητέρας πριν την κύηση φαίνεται στον Πίνακα 10.1, ενώ με τον δείκτη Quetelet που είναι ακριβέστερος δείκτης διάπλασης από το βάρος σώματος φαίνεται στον πίν. 10.2.

Πίνακας 10.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΒΑΡΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (KG)		
	20 - 60 kg	60 - 100 kg	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	196 (63,5%)	113 (36,5%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	114 (72%)	45 (28%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το βάρος της μητέρας πριν από την κύηση δεν σχετίζεται με την προωρότητα ($p>0.05$).

Πίνακας 10.2

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΔΕΙΚΤΗΣ QUETELET		
	έως 24%	πάνω από 24%	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	218 (70,5%)	91 (29,5%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	128 (80,5%)	31 (19,5%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι ο δείκτης Quetelet δεν σχετίζεται με την προωρότητα. ($p>0.05$).

11. Η αντιούλληψη

Η σχέση προωρότητας με τη λήψη αντιουλληπτικών μέτρων φαίνεται στον πίν. 11.1

Πίνακας 11.1

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	87 (28%)	222 (72%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	51 (32%)	108 (68)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι τα ποσοστά της χρήσης αντιουλληπτικών μεθόδων στις δύο ομάδες είναι συγκριτικά παρόμοια. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και χρήσης αντιουλληπτικών μεθόδων ($p = 0.426$).

12. Σεξουαλική Δραστηριότητα.

Η συσχέτιση της προωρότητας με την συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας φαίνεται στον πίν. 12.1.

Πίνακας 12.1.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ		
	ΚΑΘΟΛΟΥ ή ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	198 (64%)	111 (36%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	83 (52%)	76 (48%)	159

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η συχνή σεξουαλική δραστηριότητα στη διάρκεια της κύησης, δεν αποτελεί παράγοντα για πρόωρο τοκετό. Αντίθετα βρέθηκε ότι στην ομάδα των προώρων, το ποσοστό της συχνής σεξουαλικής δραστηριότητας ήταν σημαντικά μικρότερο (36%) συγκριτικά με αυτό στην ομάδα των τελειομήνων (48%).

13. Κάπνισμα

346 μητέρες δεν κάπνιζαν (74,9%) στην παρούσα κύηση.

116 μητέρες κάπνιζαν (25,1%) στην παρούσα κύηση.

36 μητέρες από τις 116 απάντησαν ότι κάπνιζαν και στις προηγούμενες κυήσεις (31%).

6 μητέρες δεν απάντησαν στην ερώτηση αν κάπνιζαν (σ' αυτή την κύηση). Από αυτές οι 4 είχαν πρόωρο τοκετό και οι 2 τελειόμηνο τοκετό.

Η συσχέτιση της προωρότητας με το κάπνισμα της μητέρας φαίνεται στον πίν. 13.1.

Πίνακας 13.1.

ΝΟΕΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	226 (74%)	79 (26%)	305
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	120 (76,5%)	37 (23,5%)	157

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό των γυναικών που κάπνιζαν μεταξύ αυτών που γέννησαν πρόωρα ήταν (26%) ενώ μεταξύ αυτών που γέννησαν τελειόμηνα ήταν (23,5%).

Η συσχέτιση βάρους γέννησης νεογνού και καπνίσματος μητέρας φαίνεται στον πίν. 13.2

Πίνακας 13.2

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΟΕΓΕΝΝΗΤΟΥ (G)		
	ΜΕΧΡΙ 2000g	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 2000g	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	117 (34%)	229 (66%)	346
ΝΑΙ	54 (46,5%)	62 (53,5%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η διαφορά της αναλογίας παιδιών με βάρος μέχρι 2000g μεταξύ της ομάδας μητέρων που κάπνιζαν (46.5%) και της ομάδας μητέρων που δεν κάπνιζαν (34%) είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0.05$).

Η συσχέτιση της προωρότητας με τη συχνότητα του καπνίσματος της μητέρας φαίνεται στον πίν. 13.3

Πίνακας 13.3

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ		
	ΣΥΝΕΧΩΣ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	42 (54%)	36 (46%)	78
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	22 (58%)	16 (42%)	38

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό των μητέρων που κάπνιζαν συνεχώς για την ομάδα που γέννησε πρόωρα ήταν 54% ενώ για την ομάδα που γέννησε τελειόμηνα 58%. Η διαφορά στα ποσοστά των δύο ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p > 0.50$).

Από τις 116 μητέρες που απάντησαν ότι κάπνιζαν στην κύηση, οι 109 αναφέρθηκαν στον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν.

Η συσχέτιση προωρότητας και βαρύτητας καπνίσματος φαίνεται στον πίν. 13.4

Πίνακας 13.4

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ		
	< 10 τσιγάρα	> 10 τσιγάρα	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	51 (72%)	20 (28%)	71
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	30 (79%)	8 (21%)	38
ΣΥΝΟΛΟ	81 (74%)	28 (26%)	109

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό των μητέρων που κάπνιζαν λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα ήταν 74% (72% στην ομάδα των προώρων και 79% στην ομάδα των τελειομήνων).

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και βαρύτητας καπνίσματος ($p < 0.50$).

Η συσχέτιση της καλής ή όχι πορείας της κύησης με το κάπνισμα φαίνεται στον πίν.
13.5

Πίνακας 13.5

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΠΟΡΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ		
	ΚΑΛΗ	ΟΧΙ ΚΑΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	120 (35%)	226 (65%)	346
ΝΑΙ	43 (37%)	73 (63%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η καλή ή κακή πορεία της κύησης δεν σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας ($p = 0.724$).

Η συσχέτιση των εμέτων κατά την κύηση με το κάπνισμα της μητέρας φαίνεται στον
πίν. 13.6

Πίνακας 13.6

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΕΜΕΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	227 (65,5%)	119 (34,5%)	346
ΝΑΙ	74 (64%)	42 (36%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η ύπαρξη εμέτων κατά την κύηση δεν σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας ($p = 0.905$).

Η συσχέτιση της υπέρτασης κατά την κύηση με το κάπνισμα της μητέρας φαίνεται στον
πίν. 13.7

Πίνακας 13.7

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	317 (91,5%)	29 (8,5%)	346
ΝΑΙ	111 (95,5%)	5 (4,5%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η υπέρταση κατά την κύηση δεν σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας ($p = 0.21$).

Η συσχέτιση των αιμορραγιών κατά την κύηση με το κάπνισμα της μητέρας φαίνεται στον πίνακα 13.8

Πίνακας 13.8

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΥΠΑΡΞΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	329 (95%)	17 (5%)	346
ΝΑΙ	112 (96,5%)	4 (3,5%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η ύπαρξη αιμορραγιών κατά την κύηση δεν σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας ($p=0.699$).

Η συσχέτιση του προδρομικού πλακούντια με το κάπνισμα της μητέρας φαίνεται στον πίν. 13.9.

Πίνακας 13.9

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	336 (97%)	10 (3%)	346
ΝΑΙ	112 (96,5%)	4 (3,5%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι ο προδρομικός πλακούντας δεν σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας ($p=0.907$).

Η συσχέτιση της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντια με το κάπνισμα της μητέρας φαίνεται στον πίνακα 13.10

Πίνακας 13.10

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΠΡΩΩΡΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	330 (95,5%)	16 (4,5%)	346
ΝΑΙ	111 (95,5%)	5 (4,5%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντια δεν σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας ($p=0.909$).

Η συσχέτιση της πρόωρης ρήξης του θυλακίου με το κάπνισμα της μητέρας φαίνεται στον πίνακα 13.11

Πίνακας 13.11

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΠΡΟΩΡΗ ΡΗΞΗ ΘΥΛΑΚΙΟΥ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΧΙ	209 (60,5%)	137 (39,5%)	346
ΝΑΙ	74 (64%)	42 (36%)	116

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η πρόωρη ρήξη του θυλακίου δεν σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας ($p=0.59$).

14. Ψυχολογικό stress

Η συσχέτιση της προωρότητας με το ψυχολογικό stress φαίνεται στους πίν. 14.1, 14.2.

Πίνακας 14.1

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ STRESS ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ					
	Δεν Απάντησαν	Στενοχωρήθηκε Λίγο	Στενοχωρήθηκε και πήρε φάρμακα	Πήγεσε ψυχίατρο	Πήγεσε ψυχιατρικό νοσοκομείο	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	226 (72,8%)	80 (25,8%)	3 (1%)	0 (0%)	1 (0,3%)	309
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	129 (81%)	27 (17%)	3 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	159
ΣΥΝΟΛΟ	355	107	6	0	1	468

Πίνακας 14.2

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ STRESS ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ		
	Στενοχωρήθηκε Λίγο	Στενοχωρήθηκε και αντέδρασε ενεργητικά	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	80 (95%)	4 (5%)	84
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	27 (90,5%)	3 (9,5%)	30

Από τους πίνακες φαίνεται ότι το ψυχολογικό stress τουλάχιστον υπό την έννοια που ερευνήθηκε στο δείγμα της μελέτης δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά το ποσοστό προωρότητας ($p > 0.05$). Ακόμη και με Fisher's exact test δεν είναι σημαντική η σχέση.

15. Ιατρική παρακολούθηση

Από τις 292 μητέρες που απάντησαν στην σχετική ερώτηση οι 248 (85%) είχαν ιατρική παρακολούθηση ενώ οι 44 (15%) δεν είχαν παρακολούθηση.

Η συσχέτιση της προωρότητας με την ιατρική παρακολούθηση φαίνεται στον πίν. 15.1.

Πίνακας 15.1

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	25 (12,5%)	172 (87,5%)	197
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	19 (20%)	76 (80%)	95
ΣΥΝΟΛΟ	44 (15%)	248 (85%)	292

Όπως φαίνεται στον πίνακα το ποσοστό της ιατρικής παρακολούθησης στην ομάδα των μητέρων που γέννησαν πρόωρο (87,5%) δεν διαφέρει συγκριτικά με εκείνων που γέννησαν τελειόμηνο (80%). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ιατρική παρακολούθηση της μητέρας κατά την κύηση και την προωρότητα ($p=0.144$).

Η συσχέτιση της προωρότητας με τη συχνότητα της ιατρικής παρακολούθησης φαίνεται στον πίνακα 15.2

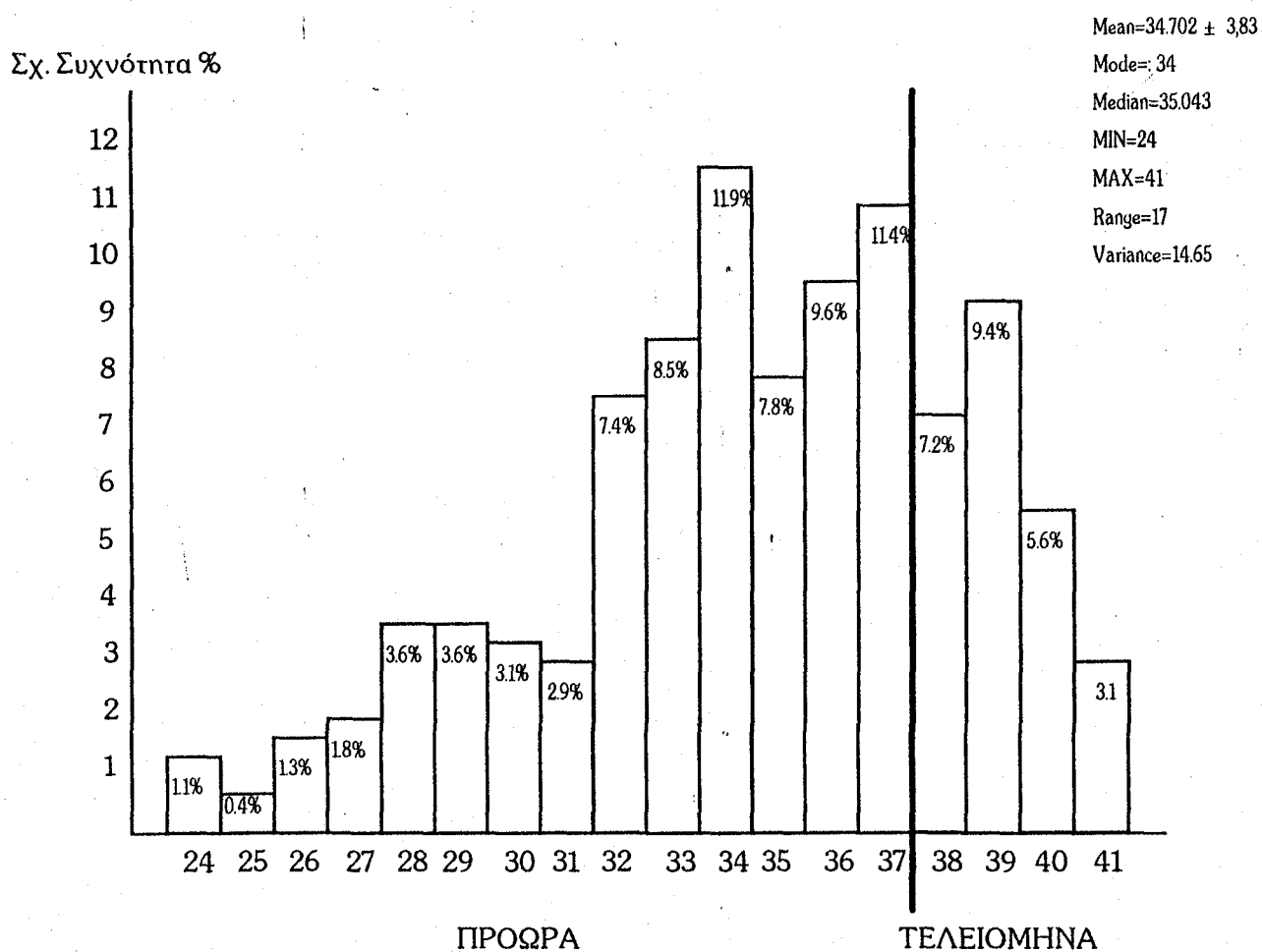
Πίνακας 15.2

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ (ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ				
	Συχνότερα από μία φορά το μήνα	Κάθε μήνα	Κάθε 2-3 μήνες	Αραιότερα από μία φορά στους 3 μήνες	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΟΩΡΟ	15 (9%)	140 (81%)	12 (7%)	5 (3%)	172
ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΟ	9 (12%)	57 (76%)	6 (8%)	3 (4%)	75
ΣΥΝΟΛΟ	24 (10%)	197 (80%)	18 (7%)	8 (3%)	247 +1 δεν απάντησε

Από τον πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και συχνότητας της ιατρικής παρακολούθησης ($p=0.792$).

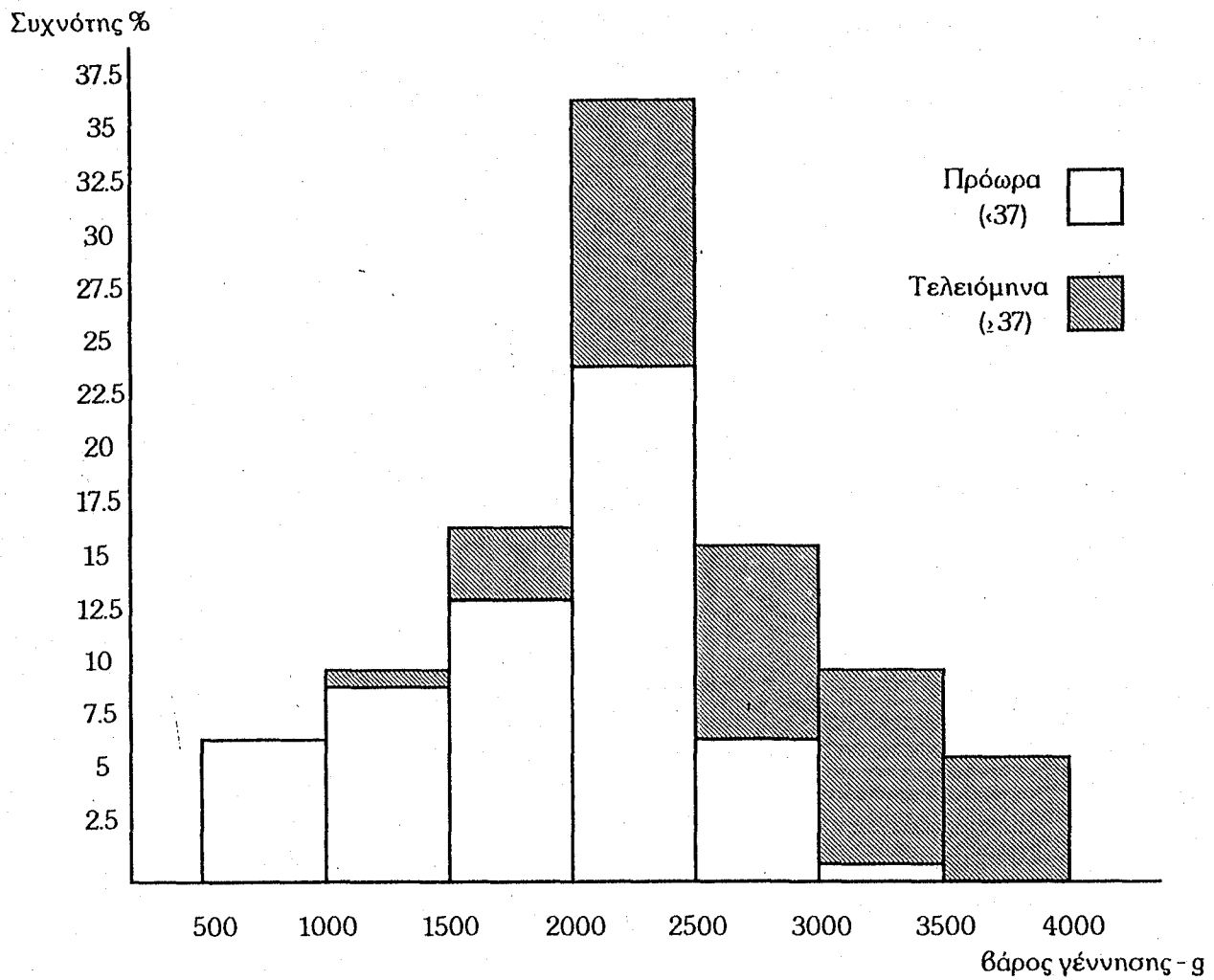
Σχήμα 1.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

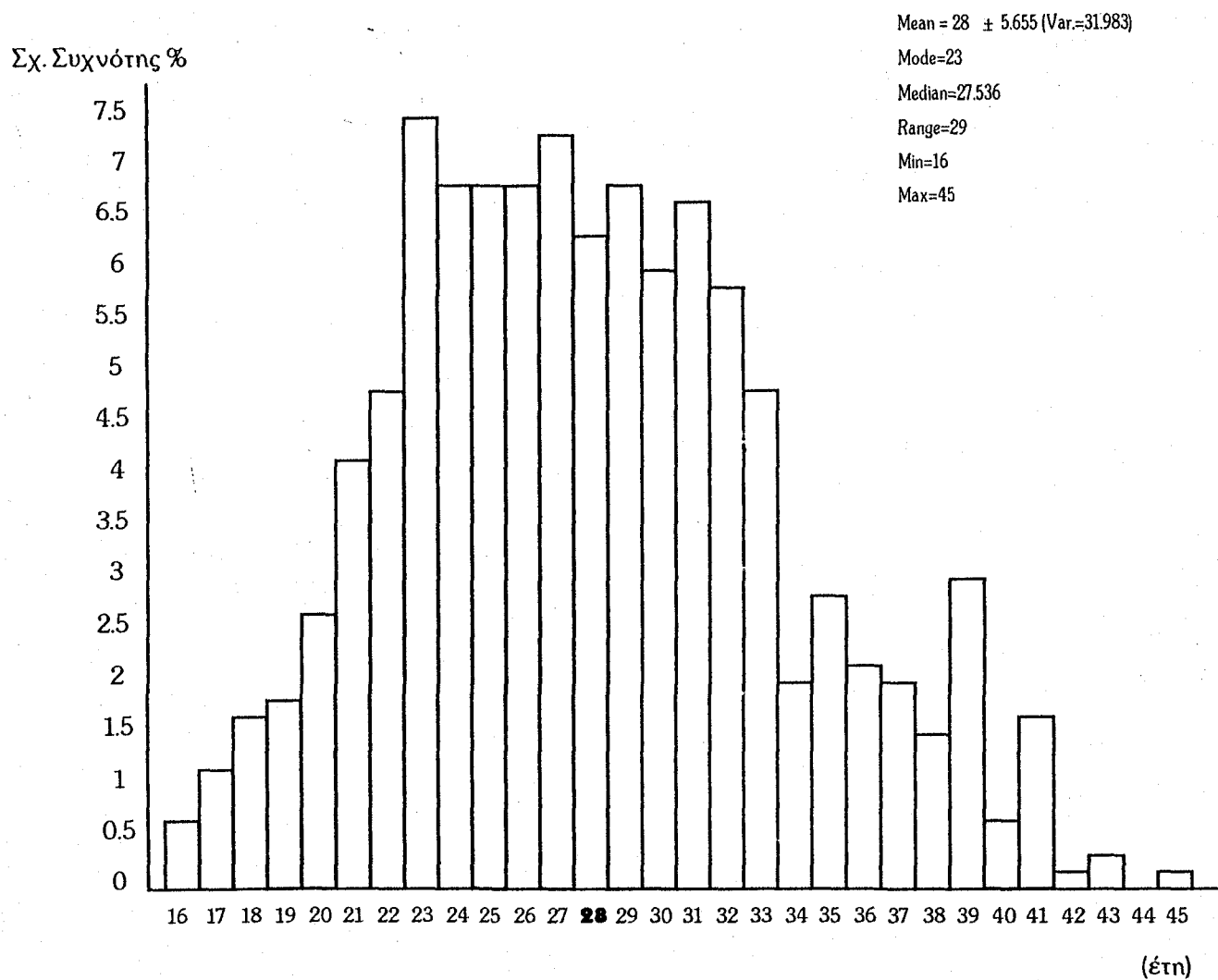


Σχήμα 2.

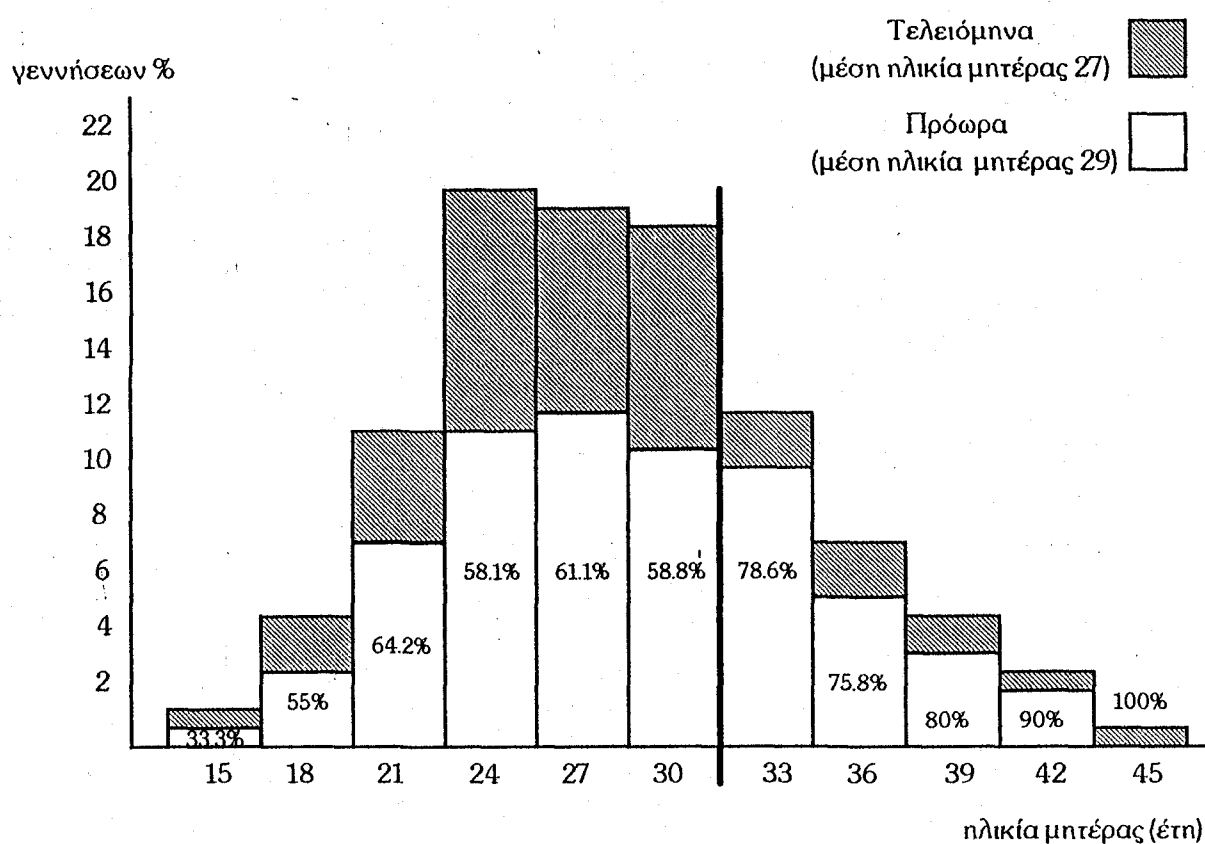
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ



Σχήμα 3. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ



Σχήμα 4. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ



Το σχήμα δείχνει ότι το ποσοστό προωρότητας αυξάνει στις μεγάλες ηλικίες. Όπως φαίνεται το ποσοστό αυτό δεν διαφέρει σημαντικά στις διάφορες ομάδες ηλικιών μέχρι την ηλικία των 31 ετών, αλλά μετά τα 31 αυξάνει σημαντικά.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Όπως είναι γνωστό η προωρότητα αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα νεογνικής θνησιμότητας και βρεφικής νοσηρότητας, παρά την σημαντική πρόοδο της περιγεννητικής ιατρικής και της νεογνολογίας τις τελευταίες δεκαετίες. Η αιτιολογία της προωρότητας είναι πολυσύνθετη και τα αίτια που προδιαθέτουν σε προωρότητα δεν μπορούν να καθοριστούν. [Lamont 1986]. Οι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό είναι:

1. παράγοντες που σχετίζονται με το γυναικολογικό ιστορικό.
2. που συνδέονται με επιπλοκές της κύησης, και
3. που σχετίζονται με το κοινωνιoοικονομικό επίπεδο. [Pariernik και συν. 1985].

Η παρούσα κλινική μελέτη είχε σκοπό την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου της προωρότητας με απώτερο σκοπό την πρόληψη. Μετά από την λήψη ενός λεπτομερειακού ιστορικού της μητέρας, την κλινική εξέταση του νεογνού και την αξιολόγηση της ηλικίας κύησης, συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν αρκετοί από τους παράγοντες κινδύνου προωρότητας που αναφέρονται στην βιβλιογραφία.

Είναι γνωστό ότι, ένα ιστορικό προηγούμενου πρόωρου τοκετού είναι ο πιο αξιόπιστος δείκτης προωρότητας στις επόμενες κυήσεις [Baird 1962; Donnely και συν. 1964; North 1966; Freeman και Graves 1969; Fedrick και Anderson 1976; Funderburk και συν. 1976; Clewell 1979; Kaltreider και Kohl 1980; Berkowitz 1981; Creazy και Herron 1981].

Οι Roumeau-Rouquette και συν (1979) υποστηρίζουν ότι η συχνότητα πρόωρου τοκετού αυξάνει πολύ, όταν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης γέννησης χαμηλού βάρους. Στην μελέτη αυτή βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ γέννησης νεογνού με βάρος $\leq 2500\text{g}$ και προηγούμενου νεογνού της ίδιας κατηγορίας, με την έννοια ότι στην ομάδα των μητέρων με προηγούμενη γέννηση μικρού βάρους παιδιού, βρέθηκε υψηλότερο ποσοστό γεννήσεων χαμηλού βάρους συγκριτικά με την ομάδα μητέρων που δεν είχαν τέτοιο ιστορικό.

Μία σχέση αυξημένης συχνότητας πρόωρου τοκετού και ιστορικού τεχνητής έκτρωσης έχει σημειωθεί. [Pantelakis και συν. 1973; Harlap και Davies 1975; Keirze 1978; Obel 1979]. Ενώ άλλοι ερευνητές δεν διαχωρίζουν την αποβολή από την έκτρωση, στη συσχέτιση με την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης προωρότητας μελλοντικά. [Papaevangelou, Vrettos, Papadatos και συν. 1973]. Υπάρχει ομοφωνία στην συσχέτιση αφ' ενός μεν του μεγάλου αριθμού εκτρώσεων και αφ' ετέρου της χρονικής περιόδου της κύησης που επιτελείται η αποβολή, με την προωτότητα. [World Health Organization 1978; Berkowitz και συν. 1983].

Τέλος υπάρχουν ερευνητές που αρνούνται την συσχέτιση του πρόωρου τοκετού με τις προηγούμενες αποβολές ή εκτρώσεις. [Hogue 1975; Daling και Emanuel 1975, 1977; Van der Slikke και Treffers 1978; Hogue και συν. 1982].

Στην μελέτη αυτή βρέθηκε στατιστικά, σημαντική σχέση μεταξύ αποβολής ή έκτρωσης και πρόωρου τοκετού. Μεταξύ των μητέρων που γέννησαν πρόωρα, το ποσοστό προηγούμενων αποβολών, ήταν διπλάσιο από αυτό μεταξύ μητέρων που γέννησαν τελειόμηνα. Η στατιστικά σημαντική αυτή διαφορά μάλιστα βρέθηκε ότι σχετίζεται με τον αριθμό των αποβολών στο ιστορικό της μητέρας. Μητέρες με τρεις ή περισσότερες αποβολές στο ενεργητικό τους εμφάνισαν αυξημένη συχνότητα πρόωρων τοκετών.

Όταν στην πορεία της κύησης εμφανιστούν επιπλοκές τότε μπορεί να προκληθεί πρόωρος τοκετός [Bakketeig και Hoffman 1981; Committee to study for prevention of low birth weight 1985].

Είναι γνωστό ότι η αιμορραγία στην διάρκεια της κύησης, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της, συνδέεται με πρόωρο τοκετό [Butler και Bonham 1963; Capraro και συν. 1968; Bakketeig και Hoffman 1981; Hewitt και Newnham 1988]. Ο προδρομικός πλακούντας θεωρείται η παλαιότερη γνωστή αιτία πρόωρου τοκετού [Bown και Dixon 1963], και από τις σημαντικότερες αιτίες αιμορραγίας στην κύηση, που σχετίζεται με προωρότητα [Papiernik 1984]. Μία άλλη σημαντική αιτία αιμορραγίας στην κύηση, που συνδέεται με πρόωρο τοκετό είναι η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα [Roberts 1970]. Η αποκόλληση του πλακούντα πριν από τον τοκετό είναι δυνατόν να μη διαγνωσθεί αν ο πλακούντας δεν εξετασθεί προσεκτικά [Savitz και συν. 1991].

Το σύνδρομο της υπερέμεσης είναι μία από τις επιπλοκές της κύησης και είναι δυνατόν αν η αντιμετώπισή της δεν είναι σωστή, να καταλήξει ακόμη και στην τεχνητή διακοπή της κύησης [Μανταλενάκης 1985].

Συστηματικές νόσοι όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση κ.λ.π. συνδέονται με πρόωρο τοκετό που μπορεί να είναι και ιατρογενής [Huddleston 1982].

Στην μελέτη αυτή εξετάστηκε η συσχέτιση της κακής πορείας της κύησης, με την προωρότητα και βρέθηκε ότι ποσοστό των πρόωρων τοκετών μετά από κακή πορεία της κύησης είναι μεγαλύτερο από αυτό των τελειόμηνων τοκετών.

Ως προς την αιμορραγία στην κύηση, υπάρχει άμεση συσχέτιση αιμορραγιών και προωρότητας. Στην ομάδα που γέννησε πρόωρα, το ποσοστό αιμορραγίας ήταν πολύ μεγαλύτερο. Από τον έλεγχο της σχέσης προδρομικού πλακούντα και προωρότητας, στην μελέτη αυτή, και οι δέκα πέντε μητέρες με προδρομικό πλακούντα γέννησαν πρόωρα. Ακόμη βρέθηκε ότι η προωρότητα ήταν συχνότερη στην ομάδα μητέρων με πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.

Οι έμετοι στην κύηση δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την προωρότητα. Τα ποσοστά εμέτων κατά την κύηση, στις ομάδες μητέρων με γέννηση πρόωρων ή τελειόμηνων ήσαν παρόμοια.

Η υπέρταση δεν βρέθηκε να σχετίζεται με προωρότητα. Τα ποσοστά υπέρτασης κατά την κύηση στις ομάδες μητέρων που γέννησαν πρόωρα ή τελειόμηννα, δεν διέφεραν σημαντικά.

Η αιτιολογία της πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών μεμβρανών είναι ασαφής [Huddleston 1982; de Haas και συν. 1991], ενώ φαίνεται ότι προηγείται στις περισσότερες περιπτώσεις πρόωρου τοκετού [Arias και Tomich 1982; Main και συν. 1985; White και συν. 1986].

Στην μελέτη αυτή βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών μεμβρανών και προωρότητας. Το ποσοστό της πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών μεμβρανών είναι μεγαλύτερο στην ομάδα των πρόωρων συγκριτικά με την ομάδα των τελειόμηνων.

Σε πολλές μελέτες αναφέρεται ότι γυναίκες στην εφηβική ηλικία τείνουν να γεννήσουν πρόωρα ή SGA νεογνά [Donnelly και συν. 1964; Fedrick και Anderson 1976;

Clewell 1979; Brown και συν. 1991; Nnatu 1992] ιδιαίτερα αν οι νέες αυτές γυναίκες δεν έχουν κοινωνική ή οικογενειακή υποστήριξη [Papiernik και Tresmontant 1984].

Σε άλλες μελέτες υποστηρίζεται ότι γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 20 χρόνων και μεγαλύτερης των 34 χρόνων έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, όταν είναι πρωτοτόκες ή με περισσότερους από τρεις τοκετούς [Johnson και Dubin 1980; Sanjose και Roman 1991] και ότι δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά πρόωρου τοκετού μεταξύ γυναικών ηλικίας 20-34 χρόνων [Lumley 1993].

Στην παρούσα μελέτη η συχνότητα προωρότητας βρέθηκε μεγαλύτερη στις μεγάλες ηλικίες μεταξύ 32-45 χρόνων. Το ποσοστό δεν διέφερε στις ομάδες ηλικιών μέχρι τα τριάντα αλλά βρέθηκε αυξημένο στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αριθμού τοκετού ή κύησης ή και της σειράς γέννησης του παιδιού και του μικρού βάρους γέννησης $\leq 2500g$.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι, ο αριθμός των πρόωρων τοκετών αυξάνει με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, με βάση τη μόρφωση και την οικονομική κατάσταση [Creazy και Herron, 1981]. Η προωρότητα θεωρείται κοινωνική νόσος, που με πολλούς τρόπους δέχεται έντονες επιδράσεις από την κοινωνική τάξη, που ανήκει ο ασθενής [Butler και Bonham 1963; Roumeau-Rouquette και συν. 1978, 1979; Papiernik 1984; Sanjose και Roman 1991].

Η πρόωρη γέννηση συνδέεται έντονα με το μορφωτικό επίπεδο όπως αυτό προσδιορίζεται με τον αριθμό των χρόνων εκπαίδευσης [Garn και συν. 1977]. Το ποσοστό του πρόωρου τοκετού έχει βρεθεί αυξημένο σε γυναίκες με μικρή ή καμμία μόρφωση [Papiernik και Kaminski 1974] ενώ στις γυναίκες με μεγαλύτερο χρόνο σπουδών το ποσοστό προωρότητας είναι χαμηλότερο [Papiernik 1984].

Σε πολλές μελέτες έχει συσχετιστεί η έντονη φυσική άσκηση και η δύσκολη εργασία, με αυξημένο ποσοστό προωρότητας, εξαιτίας της πρόκλησης ουσπάσεων της μήτρας [Papiernik και Hult 1973; Estryn και συν. 1978; Mamelle και συν. 1981, 1984; MacDonald και συν. 1988; Teitelman και συν. 1990], ενώ σε άλλες μελέτες υποστηρίζεται ότι η κανονική και ήπια δραστηριότητα συνδέεται με μείωση του ποσοστού προωρότητας. [Bercowitz και συν. 1982].

Στην παρούσα μελέτη, η εξέταση των πιο πάνω αναφερομένων παραμέτρων κοινωνικοοικονομικής φύσης, έδειξε ότι η εκπαίδευση της μητέρας δεν βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την προωρότητα. Ένα χαμηλότερο ποσοστό προωρότητας βρέθηκε στην ομάδα με περισσότερα από 15 χρόνια εκπαίδευσης, όχι όμως σημαντικά χαμηλότερο, ενώ η εκπαίδευση του πατέρα δεν έδειξε να σχετίζεται με την προωρότητα.

Ως προς το επάγγελμα της μητέρας, δεν φάνηκε αυτό να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την προωρότητα. Τα ποσοστά του επαγγέλματος της μητέρας δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ προώρων τοκετών ή τελειομήνων.

Γενικά, οι συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας δεν επηρεάζουν σημαντικά την προωρότητα. Τα ποσοστά συνθηκών διαβίωσης συγκριτικά μεταξύ των ομάδων πρόωρων και τελειομήνων τοκετών δεν διαφέρουν. Εντούτοις, ο συνδιασμός των ανωτέρω αναφερομένων παραγόντων, έδειξε ότι πράγματι η κοινωνική τάξη επηρεάζει σημαντικά την προωρότητα, με την έννοια ότι οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό προωρότητας σε σχέση με τις υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Το μικρό μέγεθος της μητέρας (βάρος - ύψος) έχει συσχετισθεί, στην βιβλιογραφία, με αυξημένο ποσοστό προωρότητας [Fedrick και Anderson 1976]. Κάποιες μελέτες αναφέρονται μεμονωμένα στο μικρό βάρος [Wen και συν. 1990; Barros και συν. 1992], ενώ άλλες μόνο στο μικρό ύψος σε σχέση με την προωρότητα [MacFarlane και συν. 1988].

Στην μελέτη αυτή η συσχέτιση του βάρους της μητέρας, πριν την κύηση, με την γέννηση πρόωρου νεογνού, έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο αυτών παραμέτρων.

Ο δείκτης μάζας σώματος (Quetelet Index), $\frac{\text{βάρος (kg)}}{\text{ύψος}^2(\text{m}^2)}$ που είναι ο ακριβέστερος δείκτης καλής σωματικής διάπλασης [Kafatos και συν. 1981], έδειξε ότι δεν είχε στατιστικά σημαντική σχέση με την προωρότητα.

Έχει αναφερθεί ότι η λοίμωξη μπορεί να είναι αιτιολογικός παράγοντας πρόωρου τοκετού ακόμη και όταν απουσιάζουν τα κλινικά σημεία μητρικής λοίμωξης [Benirschke 1960; Naeyee και Peters 1978; Korenbrot και συν. 1984].

Άλλοι μελετητές αναφέρονται στην σχέση της προωρότητας με α) τη λοίμωξη του γεννητικού συστήματος, με κλινική συμπτωματολογία στην κύηση [Toth και συν. 1986],

β) με λοίμωξη που προκαλεί αιματογενή διασπορά στο έμβρυο [Pariernik 1984], γ) με ενδομήτριες λοιμώξεις που προκαλούν ρήξη μεμβρανών, δ) εξωμήτριες λοιμώξεις με εμφάνιση συστηματικής νόσου [Bejar και συν. 1981], στ) με ενδοτραχηλικές λοιμώξεις που προκαλούν πρόωρο τοκετό [Hawkinson και Shulman 1966; Naeye και Blanc 1970; Baker και συν. 1975].

Η σχέση μεταξύ πρόωρου τοκετού και χρήσης αντιουλληπτικών μεθόδων έχει αναφερθεί σε κάποιες μελέτες και πιθανόν σχετίζεται με πρόκληση λοίμωξης, χωρίς όμως να αναφέρεται το είδος και η χρονική περίοδος της χρήσης των αντιουλληπτικών μεθόδων [Lee και συν. 1983; Toth και συν. 1988].

Στην μελέτη αυτή δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ προωρότητας και χρήσης αντιουλληπτικών μέσων.

Ως προς την επίδραση της σεξουαλικής δραστηριότητας στην κύηση, αυτή έχει μελετηθεί από αρκετούς ερευνητές, που την συσχετίζουν α) με την χρονική περίοδο της κύησης [Goodlin και συν. 1971; Solberg και συν. 1973; Wagner και συν. 1976; Perkins 1979], β) με την συχνότητα της επαφής [Naeye και Peters 1980] ή ακόμη γ) και με την πιθανότητα λοίμωξης του αρνιακού υγρού [Naeye 1979] για να αιτιολογήσουν πρόωρο τοκετό. Αντίθετα, σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση σεξουαλικής δραστηριότητας και προωρότητας [Toth και συν. 1988] ή της συχνότητας σεξουαλικής δραστηριότητας και προωρότητας [Georgakopoulos και συν. 1984].

Στη μελέτη μας βρέθηκε ότι η σεξουαλική δραστηριότητα κατά την κύηση δεν συνδέεται με πρόωρο τοκετό. Το ποσοστό της συχνής σεξουαλικής δραστηριότητας των μητέρων είναι μεγαλύτερο μεταξύ αυτών που γέννησαν τελειόμηνα συγκριτικά με τις πρόωρες γεννήσεις.

Το κάπνισμα το οποίο έχει συσχετισθεί με πρόωρο τοκετό και μειωμένη αύξηση του εμβρύου [Meyer και Tonascia 1977; Meyer 1977] αυξάνει την πιθανότητα α) αυτόματης αποβολής, β) της γέννησης θνητογενούς εμβρύου, γ) νεογνικού θανάτου και δ) κακής πορείας της κύησης. Η πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών μεμβρανών, η αιμορραγία, ο προδρομικός πλακούντας και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, είναι συνηθισμένες επιπλοκές σε καπνίστριες [Population Reports Issues in World Health, 1979].

Η παρούσα μελέτη δεν έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση καπνίσματος και προωρότητας. Όμως βρέθηκε σημαντική διαφορά στην αναλογία παιδιών με μικρό βάρος γέννησης μεταξύ των μητέρων που κάπνιζαν και εκείνων που δεν κάπνιζαν. Ακόμη στην μελέτη αυτή φάνηκε ότι η σχέση συχνότητας καπνίσματος μητέρας και προωρότητας δεν ήταν στατιστικά σημαντική καθώς και η σχέση βαρύτητας καπνίσματος και προωρότητας. Δεν βρέθηκε δηλαδή σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας που κάπνιζαν ≤ 10 τσιγάρα ή περισσότερα από 10 τσιγάρα. Τέλος στο δείγμα της μελέτης βρέθηκε ότι το κάπνισμα δεν σχετίζεται με την καλή ή όχι πορεία της κύησης ούτε με την παρουσία επιπλοκών αυτής όπως έμετος, αιμορραγία, προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, πρόωρη ρήξη θυλακίου, λοίμωξη ή με υπέρταση της μητέρας.

Η άποψη για αλληλεπίδραση άγχους της μητέρας και βλάβης του εμβρύου έπαψε να ευσταθεί στο τέλος του 19ου αιώνα. Όμως υπάρχει καινούργιο ενδιαφέρον για την πιθανή επίδραση του άγχους στην μεταβολή του εμβρυϊκού περιβάλλοντος με νευροενδοκρινολογικούς μηχανισμούς [Oakley και συν. 1979] και στην πρόκληση πρόωρου τοκετού [Newton και συν. 1979; Lobel και συν. 1992]. Άλλοι μελετητές υποστήριξαν τη συσχέτιση άγχους και χαμηλού βάρους γέννησης. [Zuckerman και συν. 1989; McCormick και συν. 1990; Cliver και συν. 1992].

Το ψυχολογικό stress, τουλάχιστον, με την έννοια που ερευνήθηκε στο δείγμα της μελέτης αυτής δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την συχνότητα εμφάνισης πρόωρου τοκετού.

Υπάρχει σταθερή συσχέτιση μεταξύ πρόωρου τοκετού και ανύπαρκτης ή καθυστερημένης προγεννητικής παρακολούθησης της μητέρας [Committee to study the prevention of low birth weight, 1985; Public Health Service, 1989]. Άλλοι μελετητές βρήκαν ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της προγεννητικής φροντίδας, στην μείωση της συχνότητας προωρότητας [Lumley 1991]. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι η προγεννητική φροντίδα μπορεί και πρέπει να μειώσει το ποσοστό προωρότητας [Papiernik 1985].

Στην μελέτη αυτή εξετάστηκε η συσχέτιση πρόωρου τοκετού και ιατρικής παρακολούθησης της μητέρας και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση

μεταξύ ιατρικής παρακολούθησης της μητέρας ή της συχνότητας αυτής και πρόωρου τοκετού.

Το πρόβλημα της προωρότητας γίνεται σοβαρότερο εξαιτίας του αυξημένου κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας του πρόωρου νεογνού [Pomerance και συν. 1978; Boyle και συν. 1983; Pariernik 1984], επιβαρύνοντας σοβαρά το κράτος.

Στη συνέχεια με τα απώτερα προβλήματα αναπτυξιακής ανικανότητας που μπορεί να εμφανίσει ένα πρόωρο νεογνό [Mayes και συν. 1983; Stewart και συν. 1987; Hack και Fanaroff 1989; Allen 1991], δημιουργείται επιπλέον επιβάρυνση με την ανάγκη στήριξης των ατόμων αυτών εκ μέρους του κράτους.

Σε ανεπτυγμένα κράτη όπου το ποσοστό των γεννήσεων νεογεννήτων χαμηλού βάρους έχει φθάσει σε πολύ χαμηλά επίπεδα, αυτό αποτελεί τον δείκτη της αποτελεσματικότητας των μέτρων που λαμβάνονται για την προστασία της μητρότητας. Στην Γαλλία όπου από το 1971 εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα πρόληψης της προωρότητας, το ποσοστό των γεννήσεων χαμηλού και κυρίως πολύ χαμηλού βάρους μειώθηκε σημαντικά, ακόμη και σε περιοχές που κατοικούνται κατά πλειοψηφία από ομάδες πληθυσμού πολύ χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου [Pariernik 1985].

Επειδή η προωρότητα στη χώρα μας ευρίσκεται σε αρκετά υψηλό επίπεδο (8,6%) όλων των γεννήσεων, η αναγνώριση των παραγόντων που ευθύνονται για την γέννηση πρόωρων και η λήψη απαραίτητων προληπτικών μέτρων, θα συμβάλει σημαντικά στην βελτίωση της νεογνικής και βρεφικής νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και στον περιορισμό των αναπηριών σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί σοβαρή αιτία περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου του πρόωρου τοκετού και επομένως έχει στόχο την πρόληψη του προβλήματος της προωρότητας.

Εξετάσθηκαν συνολικά 468 ζεύγη μητέρων-νεογνών από δύο μαιευτήρια της Αθήνας. Η εξέταση περιέλαβε: Λήψη εκτενέστατου ιστορικού από την μητέρα, την κλινική εξέταση του νεογνού και την αξιολόγηση της ηλικίας κύησης αυτού κατά Dubowitz.

Τα συμπεράσματα της μελέτης ήσαν τα εξής:

1. Ιστορικό πρόωρου τοκετού: Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ ιστορικού προηγούμενου μικρού βάρους γέννησης νεογνών και νέας γέννησης μικρού βάρους ($p < 0.01$).
2. Αυτόματη και προκλητή αποβολή: Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ πρόωρου τοκετού και προηγούμενων αποβολών ή εκτρώσεων της μητέρας ($p = 0.001$). Αυτή η σχέση βρέθηκε ότι οφείλεται στον αριθμό αποβολών στο ιστορικό της μητέρας. Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ πρόωρου τοκετού και μεγάλου αριθμού (≥ 3) εκτρώσεων ($p < 0.01$).
3. Κακή πορεία της κύησης: Μεταξύ πρόωρου τοκετού και κακής πορείας της κύησης βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0.001$).
 - 3.1. Η αιμορραγία κατά την κύηση συσχετίζεται σημαντικά με τον πρόωρο τοκετό ($p < 0.0001$).
 - 3.2. Ο προδρομικός πλακούντας εμφανίζει σημαντική συσχέτιση με τον πρόωρο τοκετό ($2p = 6.32 \times 10^{-3}$).
 - 3.3. Ο πρόωρος τοκετός ήταν συχνότερος στην ομάδα μητέρων με πρόωρη αποκόλληση πλακούντα ($2p = 7.56 \times 10^{-3}$).
 - 3.4. Οι έρμετοι κατά την κύηση δεν συνδέονται με πρόωρο τοκετό.

- 3.5. Η υπέρταση κατά την κύηση δεν έδειξε ότι σχετίζεται με πρόωρο τοκετό.
- 3.6. Η πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών εμφάνισε άμεση συσχέτιση με πρόωρο τοκετό ($p < 0.001$).
4. Ηλικία της μητέρας: Η συχνότητα πρόωρου τοκετού ήταν μεγαλύτερη στις μεγάλες ηλικίες (32-45 χρ.) της μητέρας ($p < 0.005$), ενώ δεν διέφερε στις μεσαίες ομάδες ηλικιών.
5. Αριθμός τοκετού-κύησης και σειρά γέννησης: Δεν βρέθηκε να υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ μικρού βάρους γέννησης νεογέννητου και αριθμού τοκετού ή κύησης ή και σειράς γέννησης του παιδιού.
6. Επάγγελμα της μητέρας: Ο πρόωρος τοκετός δεν επηρεάστηκε από το επάγγελμα της μητέρας.
7. Εκπαίδευση της μητέρας και του πατέρα: Ο πρόωρος τοκετός δεν επηρεάστηκε από την εκπαίδευση της μητέρας ή του πατέρα.
8. Συνθήκες διαβίωσης: Η συσχέτιση προωρότητας και βαθμολόγησης των συνθηκών διαβίωσης της οικογένειας δεν ήταν σημαντική.
9. Κοινωνική τάξη: Ο πρόωρος τοκετός έδειξε ότι επηρεάζεται σημαντικά από την κοινωνική τάξη, με την έννοια ότι το ποσοστό προωρότητας είναι αυξημένο στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις ($p < 0.01$).
10. Βάρος της μητέρας: Το βάρος της μητέρας πριν από την κύηση δεν έδειξε να επηρεάζει την προωρότητα. Ο δείκτης Quetelet, που είναι ακριβέστερος δείκτης καλής σωματικής διάπλασης, δεν συσχετίζεται με την προωρότητα.
11. Αντιούλληψη: Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ πρόωρου τοκετού και αντιουληπτικών μεθόδων.
12. Σεξουαλική δραστηριότητα: Η σεξουαλική δραστηριότητα κατά την κύηση δεν συνδέεται με τον πρόωρο τοκετό. Μεταξύ πρόωρου τοκετού και συχνότητας της σεξουαλικής δραστηριότητας βρέθηκε ότι το ποσοστό της συχνής σεξουαλικής δραστηριότητας είναι μικρότερο στην ομάδα των προώρων συγκριτικά με τα τελειόμehνα.

13. Κάπνισμα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ προωρότητας και καπνίσματος και ότι το κάπνισμα δεν προκαλεί επιπλοκές κατά την κύηση. Υπάρχει όμως σημαντική συσχέτιση μεταξύ μικρού βάρους γέννησης νεογέννητου και καπνίσματος της μητέρας ($p<0.05$).
14. Ψυχολογικό stress: Όπως ερευνήθηκε το ψυχολογικό stress της μητέρας στο δείγμα της μελέτης αυτής, δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά την συχνότητα εμφάνισης πρόωρου τοκετού.
15. Ιατρική παρακολούθηση κατά την κύηση: Η ιατρική παρακολούθηση της μητέρας κατά την κύηση δεν έδειξε ότι συσχετίζεται με πρόωρο τοκετό.

S U M M A R Y

Preterm labor contributes to the major causes of perinatal morbidity and mortality.

The purpose of this study was to evaluate the risk factors of premature labor and to contribute in the prevention of prematurity.

A total of 468 couples (mothers-infants) from two different Departments of Obstetrics and Gynecology of Athens were examined.

The examination consisted of: a detailed medical history of the mother, a clinical examination of the newborn and a gestational age evaluation based on Dubowitz test.

The results of this study were as following:

1. Previous preterm birth: A significant association was found between a previous small birth weight newborn and a new small birth weight newborn ($p < 0.01$).
2. Spontaneous and induced abortion: Preterm birth is significantly related to previous spontaneous and legal abortions ($p = 0.001$). This correlation was attributed to the number of the mother's previous abortions. An important connection was also found between preterm birth and a large number (≥ 3) of abortions ($p < 0.01$).
3. Complicated pregnancy: Generally, there was a statistically significant association between premature labor and a complicated pregnancy ($p < 0.001$).
 - 3.1. During pregnancy, *uterine bleeding* is significantly associated with preterm labor ($p < 0.0001$).
 - 3.2. *Placenta previa* is strongly connected with preterm birth ($2p = 6.32 \times 10^{-3}$).
 - 3.3. Preterm delivery was more frequent in the group of mothers with *abruptio placentae* ($2p = 7.56 \times 10^{-3}$).
 - 3.4. *Vomiting during pregnancy* is not associated with preterm birth.
 - 3.5. *Hypertension during pregnancy* does not indicate an association with preterm birth.
 - 3.6. *Premature rupture of membranes* presented a direct correlation with preterm labor ($p < 0.001$).

4. Maternal age: Preterm labor was more frequent in women between the ages of 32-45 years old ($p < 0.005$) in comparison to the middle group of age.
5. Parity, gravidy and birth order: No significant correlation was found between small birth weight and parity, gavidy or birth order of the baby.
6. Mother's profession: Preterm birth was not affected by the mother's profession.
7. Educational level of Mother and Father: Preterm labor was not affected by the mother's or father's education.
8. Living conditions: The correlation between prematurity and the living conditions of the family was not significant.
9. Social Status: Preterm labor is significantly influenced by social status and is associated with a high percentage of prematurity in low social classes ($p < 0.01$).
10. Mother's weight: Mother's weight before pregnancy did not show to have a direct influence on prematurity. The Quetelet Index, which is an accurate index of good body formation, is not connected with prematurity.
11. Contraception: No statistically significant correlation between premature labor and contraceptives was found.
12. Sexual activity: Sexual activity during pregnancy is not connected with premature labor. Also, between premature birth and frequency of sexual activity was found that the percentage of frequent sexual activity was less in the group of premature babies than in the group of mature babies.
13. Smoking: The present study showed that no significant correlation was found between prematurity and smoking, and that smoking does not also cause any complications during pregnancy. A significant association was found between a low birth weight (2000g) and mother's smoking ($p < 0.05$).
14. Psychological stress: As our findings showed in this study, maternal psychological stress during pregnancy had no effect on premature birth.
15. Medical examination during pregnancy: Medical examination of the mother during pregnancy had no correlation on premature labor.

B I B L I O G R A P H I A

Allen MC. (1991). Prematurity. In: Capture AJ, Accardo PJ, (eds). Developmental Disabilities in infancy and childhood. Baltimore, Paul H, Brookes Publishing Co., p 87.

Anderson ABM. (1977). Preterm labour: "Definition". In: Anderson ABM, Beard RW, Brudenell JM, Dunn PM, (eds). Preterm Labour Proceedings of the Fifth Study Group, of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, p2.

Arias F., Tomich P. (1982). Aetiology and outcome of low birth weight and preterm infants. *Obstet. Gynecol.*, 60:277-281.

Baird D. (1962). Environmental and obstetrical factors in prematurity: with special reference to experience in Aberdeen. *Bulletin of World Health Organization*. 26: 291-295.

Baker CJ., Barret FF., Yow MD. (1975). The influence of advancing gestation on group B streptococcal colonization in pregnant women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 122:820-823.

Bakketeig LS., Hoffman HJ. (1981). Epidemiology of preterm birth: results from a longitudinal study of births in Norway. In: Preterm Labour (ed). Elder MG. and Hendricks CG. Sevenoaks, Kent: Butterworths, pp 17-46.

Barros FC., Huttly SRA., Victoria GG, et al. (1992). Comparison of the causes and consequences of prematurity and intrauterine growth retardation: a longitudinal study in Southern Brazil. *Pediatrics*, 90:238-244.

Bejar R., Curbelo V., Davis D., Gluck L. (1981). Premature labor: II. Bacterial sources of phospholipase. *Obstet. Gynecol.*, 57:479-481.

Bell R., Lumley J. (1989). Cigarette smoking and alcohol consumption by pregnant women in Victoria. *Community Health Studies*. 14:484-491.

Benirschke K. (1960). Routes and Types of infections in the fetus and the newborn. *Am. J. Dis. Child.*, 90:714-721.

Berkowitz GS. (1981). An epidemiologic study of preterm delivery. *Am. J. Epidemiol.* 113:81-92.

Berkowitz GS., Harlap S., Beck GJ., Freeman DH. (1983). Early gestational bleeding and pregnancy outcome: a multivariate analysis, *Inter. J. Epidemiol.*, 12:165-173.

Berkowitz GS., Kelsey JL., Holford TR, et al. (1982). Physical activity and the risk of spontaneous preterm labor. *J. Reprod. Med.* 28:581-585.

Bobitt JR., Hayslip CC, Danato JD. (1981). Amniotic fluid infection as determined by transabdominal amniocentesis in patients with intact membranes in premature labor. *Am J. Obstet. Gynaecol.* 140:947-951.

Bobitt JR., Ledger WJ. (1977). Unrecognized amnionitis and prematurity. A preliminary report. *J. Reprod. Med.* 19(1): 8-12.

Boyle MJ, Torrance GW., Sinclair JC, Horwood AP. (1983). Economical Evaluation of neonatal intensive care of very low birth weight infants. *N. Engl. J. Med.* 308:1330-1336.

Bracken MB. (1979). Oral contraception and twinning. An epidemiologic study. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* 133:432-434.

Brown EJ., Dixon HG. (1963). Twin pregnancy. *J. Obstet. Gynaecol.* 70:251-257.

Brown HL., Fan YD., Gonsoulin WJ. (1991). Obstetric complications in young teenagers. *South Med. J.* 84(1):46-48.

Butler NR. Bonham DG. (1963). Perinatal mortality. First Report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey. E. and S. Livingstone, Edinburgh. pp.115-145

Butler NR., Alberman ED. (1969). Perinatal problems. Second Report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey. E and S Livingstone, Edinburgh, pp 122-140.

Capraro VJ., Chuang JT, Randall CL. (1968). Improved fetal salvage after metroplasty. *Obstet. Gynecol.* 31: 97-103.

Chalmers I. (1977). Antenatal identification of patients "at risk" of preterm labour. In: Anderson ABM, Beard RW, Brudenell JM, Dunn PM, (eds). *Preterm labour: Proceedings of the fifth Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 1977: 17-28.

Chamberlain R., Chamberlain G., Howlett B, Clareaux A. (1975). In: *British births 1970, Vol. 1. "The first week of Life"*. London: William Heinemann Medical Books, p. 51.

Clapp JF., Dickstein S. (1984). Endurance exercise and pregnancy outcome. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 16:556-562.

Clewell WH. (1979). Prematurity. *J Reprod. Med.* 23(5):237-244.

Cliver S., Goldenberg RL., Cutter CR., et al. (1992). The relationship among psychosocial profile maternal size and smoking in predicting fetal growth retardation. *Obstet. Gynecol.* 80:262-267.

Committee to study the prevention of low birth weight. Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine (1985). *Preventing Low Birth Weight*. Washington: National Academy Press.

Conik B., Creasy RK. (1986). Preterm labor, it's diagnosis and management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 154:3-7.

Craig C JT. (1973). Congenital abnormalities of the uterus and fetal wastage. *S. Afric. Med. J.* 47:2000-2005.

Creasy RK. (1980). System for predicting spontaneous preterm birth. *Obstet. Gynecol.*, 55:695-696.

Creasy RK. (1993). Preterm birth prevention. Where are we? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 168(4):1223-1230.

Creasy RK., Herron MA (1981). Prevention of preterm birth. *Semin. Perinatol.*, 5(3):295-302.

Csapo AI. (1975). The "seesaw" theory of the regulatory mechanism of pregnancy. Letter to the Editor. *Am J. Obstet. Gynecol.* 121: 578-581.

Daikoku NH., Kaltreider DF., Johnson TRB., et al. (1981). Premature rupture of membranes and preterm labor: Neonatal infection and perinatal mortality rates. *Obstet. Gynecol.* 58:417-425.

Daling JR., Weiss NS., Metc B.J., et al. (1985). Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *N. Engl. J. Med.* 312:937-941.

Daling JR., Emanuel I. (1977). Induced abortion and subsequent outcome of pregnancy in a series of American women. *N. Engl. J. Med.* 277: 1241-1245.

Daling JR., Emanuel J. (1975). Induced abortion and subsequent outcome of pregnancy. A matched cohort study. *Lancet* II: 170-172.

Davies DP., Gray OP., Ellwood PC, Abernethy M. (1976). Cigarette smoking in pregnancy: Association with maternal weight gain and fetal growth. *Lancet* I: 385-387.

De Haas I., Harlow BL., Cramer DW., et al. (1991). Spontaneous preterm birth: a case control study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 165:1290-1296.

Debre R., Jouannon P., Cremien-Alcan MT. (1934). Enquete internationale sur la mortalite toeto-infantile (organisee sous les auspices du Comite d'Hygiene de la Societe des Nations). *Revue d'Hygiene*, 1:6-32. Αναφέρεται από τον Papiernik E. (1984)

Donnelly JF., Flowers CE., Creadick RN., et al. (1964). Maternal, foetal and environmental factors in prematurity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 88:918-931.

Druzin ML., Toth M., Ledger WJ. (1986). Non intervention in premature rupture of the amniotic membranes. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 163:5-9.

Duff P., Kopelman NJ. (1987). Subclinical Intra-Amniotic Infection in Asymptomatic Patients with refractory preterm labor. *Obstet. Gynecol.* 69:756-759.

Editorial. (1981). Precursors of preterm delivery. *Lancet* I: 1087-1088.

Elbourne DR. (1992). General social support from caregivers during pregnancy. In: Chalmers I, (ed). *Oxford Database of Perinatal Trials*, version 1.3 disk issue, Spring 1992, Record 4169.

Ellings JM., Newman RB., Hulsey TC., Bivins HA., Keenan A. (1993). Reduction in very low birth weight deliveries and perinatal mortality in a specialized multidisciplinary twin clinic. *Obstet. Gynecol.* 81:387-391.

Estryn M., Kaminski M., Franc M., et al. (1978). Grossesse et conditions de travail en milieu hospitalier. *Revue Francaise Gynecologie.* 73:(10) 625-631.

Fedrick J, Anderson ABM. (1976). Factors associated with spontaneous preterm birth. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 83:342-350.

Fedrick J. (1976). Antenatal identification of women at high risk of spontaneous preterm birth. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 83:351-354.

Forssman L. (1965). Post-traumatic intrauterine synechiae and pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 26:710-713.

Freeman MG., Falog BS., Graves WL. (1969). Risk of premature delivery among indigent Negro women based on past reproductive performance. *Obstet. Gynecol.* 34: 648-654.

Funderburk SJ., Guthrie D., Meldrum D. (1976). Suboptimal pregnancy outcome among women with prior abortions and premature births. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 126:55-60.

Garn SM., Shaw HA., McCabe KD. (1977). Effects of socioeconomic status and race on weight-defined and gestational prematurity in the United States. In: *The Epidemiology of Prematurity* Reed DM., Stanley FJ.(eds) Baltimore, Munich. Urban and Schwarzenbery. pp 127-144.

Georgakopoulos PA., Dodos D., Mechleris D. (1984). Sexuality in pregnancy and premature labour. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 91:891-893.

Gjerdingen DK. (1992). Premature labor Part I: Risk assesment, etiologic factors and diagnosis. *J. Am. Board Fam. Pract.* 5:495-509.

Goldstein DP. (1978). Incompetent cervix in offspring exposed to diethylstilbestrol in utero. *Obstet. Gynecol. Surv.* 52:73S-75S.

Goodlin RC., Keller DW., Raffin M. (1971). Orgasm during late pregnancy. Possible deleterious effects. *Obstet. Gynecol.* 38:916-920.

Goujard J., Hennequin JF., Kaminski M., et al. (1974). Prevision de la prematurite et du poids de naissance en debut de grossesse. *Journal Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction.* 3:45-59.

Grimes DA., Cates W. (1979). Complications from legally induced abortion: A review. *Obstet. Gynecol. Surv.* 34:177-191.

Guzick DS., Daikoku NH., Kaltreider DF. (1984). Predictability of pregnancy outcome in preterm delivery. *Obstet. Gynecol.* 63:645-650.

Hack M., Fanaroff AA. (1989). Outcomes of extremely low-birth-weight infants between (1982-1988). *N. Engl. J. med.* 321:1642-1647.

Hall MH. (1985). Incidence and distribution of preterm labour. In: Beard BW. and Sharp F. (eds). *Preterm labour and it's consequences. Proceeding of the 13th Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. p.34.

Halliday HL., Hirata T. (1979). Perinatal listeriosis - a review of 12 patients. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 133: 405-410.

Hameed C., Tejani N., Verma UL., Archbald F. (1984). Silent choriamnionitis as a cause of preterm labor refractory to tocolytic therapy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 149:726-730.

Harlap S., Davies M. (1975). Late sequelae of induced abortion: Complications and outcome of pregnancy and labor. *Am. J. Epidemiol.*, 102: 217-224.

Hawkinson JA., Shulman H. (1966). Prematurity associated with cervicitis and vaginitis during pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 94:898-902.

Heluin G., Papiernik E. (1981). Prematurite et gemelite. Communication, Jerusalem.

Hemminski E., Starfield B. (1976). Prevention of low birth weight and preterm births. Literature review and suggestions for research policy. *Milbank Mem. Fund. Q.* 56: 339-361.

Herron MA., Katz M., Creasy RK. (1982). Evaluation of preterm birth prevention Program: Preliminary Report. *Obstet. Gynecol.*, 59(4):452-456.

Hewitt B., Newnham JP. (1988). A review of the complications leading to the delivery of infants of very low birth weight. *Med. J. Australia.* 149:234-242.

Hill WC., Gookin KS. (1992). Home uterine activity monitoring. *Clin. Perinatol.* 19(2):333-343.

Hingson R., Alpert JJ., Day N., et al. (1982). Effects of maternal drinking and marijuana use on fetal growth and development. *Pediat.*, 70:539-549.

Hoffman HJ., Bakketeig LS. (1984). Risk factors associated with the occurrence of preterm birth. *Clin. Obstet. Gynecol.* 27:539-552.

Hogue CG. (1975). Low birth weight subsequent to induced abortion: A historical prospective study at 948 women in Skopje, Yugoslavia. *Am. J. Obstet Gynaecol.*, 1:675-681.

Hogue CJR., Cates W., Tietze C. (1982). The effects of induced abortion on subsequent reproduction. *Epidemiol. Rev.* 4:66-94.

Hornebier WJ., Swaab DF. (1973). The influence of anencephaly upon intrauterine growth of fetus and placenta ad upon gestation length. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commw* 80:577-587.

Houlton MCC., Marivate M., Philpott RH. (1982). Factors associated with preterm labour and changes in the cervix before labour in twin pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 89(3):190-194.

Huddleston JF. (1982). Preterm labor. *Clin. Obstet. Gynecol.* 25(1): 123-136.

Illsley R., Thompson B. (1976). Social characteristics identifying women at risk for premature delivery. In: Turnbull AC, Woodward FP (eds). *Prevention of Handicap Through Antenatal Care*. Amsterdam, Associated Scientific Publishers, pp. 149-155.

Jakobovits A., Kaminetzky HA., Iffy L., et al. (1979). Induced abortion and perinatal statistics experience in Hungary. In: Kaminetsky HA and Iffy L. (eds): *New Techniques and Concepts in Maternal and Fetal Medicine*, New York, Van Nostrand Reinhold Co. pp. 335-355.

Jansson I. (1966) Aetiological factors in prematurity. *Acta Obst. Gynecol. Scand.* 45:279-301.

Johnson JW., Dubin NH. (1980) Prevention of preterm birth. *Clin. Obstet. Gynecol.* 23(1):51-73.

Johnson JWC. (1980). Obstetrical aspects of preterm delivery. *Clin. Obstet. Gynecol.* 23:15-16.

Kaltreider F.D., Johnson JWC. (1976). Patients at high risk for low birth weight delivery. *Am. J. Obstet Gynecol.* 124: 251-255.

Kaltreider FD., Kohl S. (1980). Epidemiology of preterm delivery *Clin. Obstet. Gynecol.* 23(1): 17-31.

Kaminski M., Goujard J., Rumeau-Rouquette C. (1973). Prediction of low birth weight and prematurity by a multiple regression analysis with material characteristics known since the beginning of the pregnancy. *Inter. J. Epidemiol.* 2: 195-204.

Kaufman R.H., Binder G.L., Gray P.M., Adam E. (1977). Upper genital tract changes associated with an in utero exposure to D.E.S. *Am. J. Obstet Gynecol.* 128: 51-59.

Keirse MJNC. (1979). Epidemiology of preterm labour. In: Keirse MJNC, et al (eds): *Human Parturition*. The Hague, Boston, London, Martinus Nijhoff Publishers, p.219.

Keirse MJNC., Rush RW., Anderson ABM.,Turnbull AC. (1978). Risk of preterm delivery in patients with previous preterm delivery and/or abortion *Br. J. Obstet Gynaecol.* 85:81-85.

Kessel SS., Berendes HW. (1984). The changing pattern of low birth weight in the United States 1970-1980. *J. Am. Med. Assoc.* 251: 1978-1982.

Klebanoff MA., Shiono PH., Rhoads GG. (1990). Outcomes of pregnancy in a national sample of resident physicians. *N. Engl. J. Med.*, 323: 1040-1045.

Korenbrot CC., Aalto LH., Laros RK.Jr. (1984). The cost-effectiveness of stopping preterm labor with Beta-adrenergic treatment. *N. Engl. J. Med.* 310:691-696.

Kundsin RB., Driscoll SG., Pelletier PA. (1981). *Ureoplasma Urealyticum* incriminated in perinatal morbidity and mortality. *Science*, 213:474-476.

Kundsin RB., Uriscoll SG. (1970). *Mycoplasmas* and Human reproductive failure. *Surg. Gynecol Obstet.* 131: 89-92.

Kulpa PJ., White BM., Visscher R. (1987). Aerobic exercise in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 156:1395-1403.

Kafatos A.G., Panagiotakopoulos G., Pantelakis S. et al. (1981). Cardiovascular Risk Factor status of Greek Adolescents in Athens. *Prevent. Med.*, 10: 173-186.

Lamont RF. (1986). The management of preterm labour *Clin. Obstet. Gynaecol.* 13 (2):231-246.

Larsen FJ. (1979). The significance of preterm birth. *Danish Med. Bull.*, 26:(3) 105-106.

Laucaran VH., Van Den Berg BJ. (1980). The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications: a cohort study of unwanted pregnancy. *Am. J. Obstet Gynecol.* 136: 374-379.

Launer LJ., Villar J., Kestler E et al. (1990). The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: a prospective study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 97: 62-70.

Lederman RP., Lederman E., Work B.A., et al. (1978). The relationship of maternal anxiety plasma catecholamines and plasma cortisol to progress in labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 132:495-499.

Lederman RP., McCann DS., Work B., et al. (1977). Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last trimester pregnancy and labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 129:5-8.

Lee NC., Rubin GL., Ozy HW., et al. (1983). Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet. Gynecol.* 62:1-6.

Lefevre ML. (1992). Preventing the complications of preterm birth. *Am. Fam. Phys.*, 46(2):441-448.

Levy SE., Hyman SL. (1993). Pediatric assessment of the child with developmental delay. *Ped. Clin. N. Amer.*, 40(3):465-477.

Lobel M., Dunkel-Schetter C., Scrimshaw SC. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity, a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Heath Psychol.* 11(1):32-40.

Lubchenko L.O., Delivoria - Papadopoulos M., Searls D. (1972). Long-term follow-up studies of prematurely born infants. II Influence of birth weight and gestational age on sequelae. *J. Pediatr.*, 80(3):509-512.

Lumley J. (1991). Preventing and managing prematurity. *Intern. J. Technol. Assess. Health Care*, 7:460-467.

Lumley J., Astbury J. (1989). Advice for pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M. and Keirse MJNC (eds). *Effective care in pregnancy and child birth*. vol. 1, Oxford University Press. pp. 237-254.

Lumley J., Correy JF., Newman NM., et al. (1985). Cigarette smoking, alcohol consumption and fetal outcome in Tasmania 1981-1982. *Austr. N. Zealand J. Obstet. Gynaecol.* 25: 33-40.

Lumley J. (1993). The epidemiology of preterm birth. *Bailliere's Clin. Obstet. Gynecol.*, 7:477-498.

Μανιαλενάκης Σ. (1985). Σύνοψη Μαιευτικής & Γυναικολογίας, (Γρ. Παρισσιανός).

MacFarlane A., Cole S., Johnson A., Botting B. (1988). Epidemiology of birth before 28 weeks of gestation. *Br. Med. Bull.*, 44: 861-891.

MacFarlane AJ., Mugford M. (1984). *Birth counts: statistics of pregnancy and child birth*. London: HMSO.

Main DM. (1991). "Prevention of preterm birth". In: *Diseases of newborn*, Schaffer and Avery (ed). 6th edition, W.B. Saunders Co., pp. 87-92.

Main DM., Cabbe S.G., Richardson D., et al. (1985). Can preterm deliveries be prevented. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 151: 892-898.

Mamelle N., Laumon B., Lazar P. (1984). Prematurity and occupational activity during pregnancy. *Am. J. Epidemiol.*, 119: 309-322.

Mamelle N., Munoz F., Collin D., et al. (1981). Fatigue professionnelle et prematurite. *Archives Francaises des Maladies. Professionnelles*, 42: 205-210.

Mayes L., Perkett E., Stahlman MT., et al. (1983). Severe Bronchopulmonary dysplasia: A retrospective review. *Acta Paediatr. Scand.* 72: 225-229.

McCormick MC., Brooks-Gunn J., Shorter T., et al. (1990). Factors associated with smoking in low income pregnant women: relationship to birth weight stressful life events, social support, health behaviors, and mental distress. *J. Clin. Epidemiol.*, 43:441-448.

McDonald AD., Mc Donald JC., Armstrong B. et al. (1988). Prematurity and work in pregnancy. *Br. J. Indust. Med.*, 45: 56-62.

McDonald HM., O' Loughlin JA., Jolley P. et al. (1992). Prenatal microbiological risk factors associated with preterm birth. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 99:190-196.

Meyer MB. (1977). Effects of maternal smoking and altitude on birth weight and gestation. In: Reed DM., Stanley FJ. (eds): *The epidemiology of prematurity Urban and Schwarzenberg*. pp. 81-104.

Meyer MB., Tonascia JA. (1977). Maternal smoking, pregnancy complications and perinatal mortality. *Am. J. Obst. Gynecol.* 128(5):494-502.

Minkoff H. (1983). Prematurity: Infection as an etiologic factor. *Obst. Gynecol.* 62:137-144.

Minkoff H., Grunebaum AN., Schwarz RH., et al. (1984). Risk factors for prematurity and premature rupture of membranes a prospective study of the vaginal flora in pregnancy. *Am. J. Obstet Gynecol.* 150:965-972.

Moriyama Y., Hirokawa O. (1966). Harmful effects of induced abortion. *Family Planning Federation of Japan, Tokyo*, pp.64-73.

Morris NM., Udry JR., Chase CL. (1973). Reduction of low birth weight rates by the prevention of unwanted pregnancies. *Am. J. Public Health* 63:935-938.

Mueller-Heubach E., Guzick DS. (1989). Evaluation of risk scoring in a preterm birth prevention study of indigent patients. *Am. J. Obst. Gynaecol.* 160: 829-837.

Myoung OCK AHN., Kwang YUL CHA., Phelan J.P. (1992). The low birth weight infant: Is there a preferred route of delivery? *Clin. Perinatol*, 19(2):411-423.

Naeye RL. (1979). Coitus and associated amniotic fluid infections. *N. Engl. J. Med.* 301:1198-1200.

Naeye RL., Blanc W.A. (1970). Relation of poverty and race to antenatal infection. *New Engl. J. Med.* 283: 555-560.

Naeye RL., Peters EC (1978). Amniotic fluid infection with intact membranes leading to fetal death. A prospective study. *Paediat.* 61:171-177.

Naeye RL., Peters EC (1980). Causes and consequences of premature rupture of the fetal membranes. *Lancet*, 1:192-194.

Naeye RL., Ross S. (1982). Coitus and chorioamnionitis: a prospective study. *Early Human Develop.* 6:91-97.

Newton R.W., Webster P.A., Binu P.S., et al., (1979). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *Br. Med. J.* 2:411-413.

Newton RW., Hunt LP (1984). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *Br. Med. J.* 288:1191-1194.

Niebyl JR., Blake D.A., White RD., et al. (1980). The inhibition of premature labor with indomethacin. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 136:1014-1019.

Nnatu S. (1992). Obstetric performance of teenage mothers in Nigeria. *J. Foetal Med.* 12 (1-4):47-50.

North A.F. (1966). Small-for-dates Neonates. I: Maternal, Gestational, and Neonatal Characteristics. *Pediatr.*, 38:1013-1019.

Oakley A., MacFarlane A., Chalmers I. (1982). Social class, stress and reproduction. In: Rees AR and Purcell M. (eds). *Disease and the Environment*, Chichester: John Wiley, pp.11-50.

Obel E. (1979). Pregnancy complications following legally induced abortion with special reference to abortion techniques. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 58: 147-152.

Owen J., Goldenberg RL., Davis RO., et al. (1990). Evaluation of a risk scoring system as a predictor of preterm birth in an indigent population. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 163: 873-879.

Paneth N. (1986). Recent trends in preterm delivery rates in the United States. In: Papiernik E, Breart G- Spira N (eds). *Prevention de la Naissance Prematuree Colloque. Inserm*, 138:15-30.

Pantelakis S.N., Papadimitriou G.C., Doxiadis S.A. (1973). Influence of induced and spontaneous abortions on the outcome of subsequent pregnancies. *Am. J. Obstet. Gynec.* 116:799-805.

Papaevangelou G., Vrettos A.S., Papadatos C., et al. (1973). The effect of spontaneous and induced abortion on prematurity and birth weights. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commw* 80: 418-422.

Papiernik E., Bouyer J., Dreyfus J., et al. (1985). Prevention of preterm birth: a perinatal study in Haguenau, France. *Pediatr.* 76:154-158.

Papiernik E (1969). Le coefficient de risque d'accouchement prematurite. *Presse Medicale*, 77: 793-794.

Papiernik E. (1978). Morts perinatales evitables par une action prenatale. *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.* 7:605-610.

Papiernik E. (1984). Prediction of the preterm baby. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 11: 315-336.

Papiernik E. (1984). Proposals for a programmed prevention policy of preterm birth. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 27: 614-635.

Papiernik E., Hult A.M. (1973). A prospective study of the prevention of prematurity and dysmaturity. *Perinatal Med. Band. IV*: 325-330.

Papiernik E., Kaminski M. (1974). Multifactorial study of the risk of prematurity at 32 weeks of gestation. I.A. study of the frequency of 30 predictive characteristics. *J. Perinatal Med.*, 2(1): 30-36.

Papiernik E., Schneider L. (1975). Etiologie de la prematurite. *Gynaekol Rundsch.* 15(1): 6-12.

Papiernik E., Trensmontant R. (1984). Prevention primaire veritable de la naissance prematuritee. *Arch. Franc. Pediatr.* 41(4):237-240.

Papile LA., Munisick-Bruno G., Schaefer A. (1983). Relationship of cerebral intraventricular hemorrhage and early childhood neurologic handicaps. *J. Pediatr.*, 103:273-277.

Parry Jones E., Priya S. (1976). A study of the elasticity and tensile strength of fetal membranes and of the relation of the area of the gestational sac to the area of the uterine cavity. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 83: 205-212.

Perkins R.P (1979). Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 134: 498-505.

Perkins R.P., Zhou S.M., Butler C., et al. (1988). Histologic chorioamnionitis in pregnancies of various gestational ages. II: Implications in preterm labor. *Am. J. Perinat.*, 5 (4):300-303.

Pinard A. (1895). Note pour servir al' histoire de la puericulture. *Bulletin de la Societe de Medecine et d' Hygiene. Professionnelle XVIII*, 326-332. Αναφέρεται από τον Papiernik E. (1984).

Pomerance JJ., Ukrainski CT., Ukra R., et al. (1978). Cost of living for infants weighing 1000g or less at births. *Pediatr.*, 61: 908-910.

Population report issues in World Health: Series L, Number 1. (1979). Tobacco-hazards to health and human reproduction. Population Information Program. Johns Hopkins University. Baltimore, Md., March.p.23.

Public Health Service (1989). Caring for our future: the content of perinatal care. Report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Washington: Public Health Service. Department of Health and Human Services.

Rabkin CS., Anderson HR., Bland JM., et al. (1990). Maternal activity and birth weight: a prospective, population-based study. *Am. J. Epidemiol.* 131: 522-531.

Raiha CE (1959). Prematurity: its social consequences and our possibilities of decreasing the number of premature babies. *Biology Neonatal I*: 113-129.

Raiha CE., Lind J, Johansson C., et al. (1956). Relationship of premature birth to heart volume and hemoglobin percent in pregnant women. *Ann. Paediatric. Fenn.* 2: 69. Anó Creasy and Herron (1981).

Ratten GJ., Beischer NA., Fortune DW. (1973). Obstetric complications when the fetus has a Potter's syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 115: 890-895.

Rayburn WF., Wilson EA. (1980). Coital activity and premature delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 137: 972-974.

Rebello R., Green F.H. Y., Fox H. (1975). A study of the secretory immune system of the female genital tract. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 82: 812-816.

Ritchie K., McClure G. (1979). Prematurity. *Lancet*, II: 1227-1229.

Roberts G. (1970): Unclassified antepartum, hemorrhage incidence and perinatal mortality in a community. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commw.* 77: 492-495.

Romero R., Avila C., Brekue CA., Morotti R. (1991). The role of systemic and intrauterine infection in preterm parturition. *Annals of the NY Academy of Sciences.* 622: 355-375.

Rosett HL., Quellette EM., Weiner L., et al. (1978). Therapy of heavy drinking during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 51:41-45.

Roumeau-Rouquette C., Breart G., Du Mazaubrun C., et al. (1978). Evolution de la pathologie perinatale et de la prevention en France. *Enquetes nationales. Inserm.* 1972-1976. *J. Gynecol. Obstet. Biolog. Reprod.* 7:1905-1916.

Roumeau-Rouquette C., Breart G., Du Mazaubrun C., et al. (1979). Naitre en France. *Enquetes nationales sur la grossesse et l'accouchement 1972-1976, Inserm.* Paris, 1:89.

Rovinski JJ. (1973). Impact of a permissive abortion stature on Community Health Care. *Obstet. Gynecol.* 41:781-787.

Rush RW., Segal ML. (1978). The effect of preterm delivery on perinatal mortality. *Br. Obstet. Gynaecol.*, 85: 806-811.

Rush RW., Keirse MJNC., Howat P et al. (1976). Contribution of preterm delivery to perinatal mortality. *Br. Med. J. II*: 965-968.

Ryan MG., Sweeney JP., Solola SA. (1980). Prenatal care and pregnancy outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 137: 876-881.

Sanjose SD., and Roman E (1991). Low birth weight, preterm and small for gestational age babies in Scotland 1981-1984. *Epidemiol. Commun. Health.* 45(3): 207-210.

Savitz DA., Blackmore CA., Thorp JM. (1991). Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 164: 467-471.

Schacter J. (1978). Chlamydial infections. *N. Engl. J. Med.* 298: 428-434.

Schaumburg I., Olsen J. (1991). Birth weight and gestational age among children of Danish pharmacy assistants. *J. Epidemiol. Commun. Health.* 45(1): 49-51.

Shankaran S., Koepke T., Woldt E., et al. (1989). Outcome after posthemorrhagic ventriculomegaly in comparison with mild hemorrhage without ventriculomegaly. *J. Pediatr.* 114: 109-114.

Showstack JA., Budetti PP., Minkler D. (1984). Factors associated with birth weight: an exploration on the roles of prenatal care and length of gestation. *Am. J. Public Health.* 74:1003-1008.

Solberg DA., Butler J., Wagner NN. (1973). Sexual behavior in pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 288: 1098-1103.

Spearing G (1979). Alcohol, indomethacin and salbutamol: a comparative trial of their use in preterm labor. *Obstet. Gynecol.* 53:171-174.

Stewart AL (1955). A note on the obstetric effects of work. *Br. J. Prevent. Social Med.* 9:159-161.

Stewart AL., Reynolds E.O.R., Hope PL., et al. (1987). Probability of neurodevelopmental disorders estimated from ultrasound appearance of brains of very preterm infants. *Dev. Med. Child Neurol.* 29:3-11.

Τζουμάκα-Μπακούλα Χ (1984). Πανελλήνια Περιγεννητική έρευνα. Διατριβή για Υψηλούς Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

Teitelman AM., Welch LS., Hellenbrand KG., et al. (1990). Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight. *Am. J. Epidemiol.* 131:104-113.

Toth A., Lesser ML., Brooks-Toth C., et al. (1986). Outcome of subsequent pregnancies following antibiotic therapy after primary or multiple spontaneous abortions. *Surg. Gynecol. Obstet.* 163: 243-250.

Toth M., Wtkin SS, Ledger W., et al. (1988). The role of infection in the etiology of preterm birth. *Obstet. Gynecol.*, 71: 723-726.

Tucker JM., Goldenberg RL., Davies RO., et al. (1991). Etiologies of preterm birth in an "indigent population": is prevention a logical expectation? *Obstet. Gynecol.* 77:343-387.

Tyson J., Guzik D., Rosenfield CR., et al. (1990). Prenatal care evaluation and cohort analyses. *Pediatr.*, 85:195-204.

Van der Slikke JW., Treffers PE. (1978). Influence of induced abortion on gestational duration in subsequent pregnancies. *Br. Med. J.*, 1:270-272.

Vohr BR., Garcia-Coll C., Lobato D., et al. (1991). Neurodevelopmental and medical status of low birth weight survivors of bronchopulmonary dysplasia at 10 to 12 years of age. *Dev. Med. Child Neurol.* 33: 690-697.

Wagner NN., Butler JC., Sanders JP. (1976). Prematurity and orgasmic coitus during pregnancy: Data on a small sample. *Fertil. Steril.* 27: 911-913.

Weekes ARL., Menzies DN., West CR. (1977). Spontaneous premature birth in twin pregnancy. *Br. Med. J.* 2:16-18.

Weener WH., Young EB. (1974). Nonspecific data at last menstrual period: an indication of poor reproductive outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 120: 1071-1079.

Wen SW., Goldberg RL, Cutter GR., et al. (1990). Intrauterine growth retardation and preterm delivery: perinatal risk factors in an indigent population. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 162: 213-218.

Wheeler DG. (1994). Preterm birth prevention. *Journal of Nurse - Midwifery.* 39(2): 66S-80S.

White DR., Hall MH., Campbell DM. (1986). The etiology of preterm labour. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 93: 733-738.

Wood C., Bannerman R.H.O., Booth RT., et al., (1965). The prediction of premature labor by observation of the cervix and external topography. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 91: 396-402.

World Health Organization (1978). Task force on the sequelae of abortion: the association of induced abortion with adverse outcome in subsequent pregnancy. In: *Risk Benefits and Controversies in Fertility Control*. Maryland:Harper and Row. pp. 368-389.

Wren BG (1970). Subclinical renal infection and prematurity. *Obstet. Gynecol. Survey.* 25:1045-1047.

Zelnik M., Kantner JE. (1977). Sexual and contraceptive experience of young unmarried women in the United States 1976 and 1971. *Fam. Plann. Respect.* 9(2): 55-56, 58-63, 67-71.

Ziatnik FJ (1972). The applicability of labor inhibition to the problem of prematurity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 113(5): 704-706.

Zuckerman B., Amaro H., Bauchner H., et al. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationships to poor healthy behaviours. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 160: 1107-1111.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΟΝΟΜΑ » ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ (Ε Ε)

ΗΛΙΚ. ΜΗΤ. <17 ¹ 17-25 ² 25-32 ³ 32-40 ⁴ >40 ⁵

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ

ΣΥΝΟΙΚΙΑ - ΠΟΛΗ

ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΧΩΡΑΣ - ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (ΣΕ ΚΙΛΑ) - ΥΨΟΣ (ΣΕ ΕΚΑΤ.)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :

ΜΗΤΕΡΑΣ

ΠΑΤΕΡΑ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΠΑΤΕΡΑ (Ε Ε)

ΧΡΟΝΟΣ ΤΕΛΕΣΕΩΣ ΓΑΜΟΥ (ΜΜΕΕ)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ:

Άνύπαντρη

¹

Παντρεμένη 1 φορά

²

Παντρεμένη 2 ή περισσότερες φορές

³

Χωρισμένη

⁴

Χήρα

⁵

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΕΩΣ ΖΕΥΓΟΥΣ

ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕΝΕΙ:

Μόνο του

☐ 1

Με τούς γονεῖς τοῦ πατέρα

☐ 2

Με τούς γονεῖς τῆς μητέρας

☐ 3

Ἡ μητέρα μόνη

☐ 4

Η ΜΗΤΕΡΑ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ;

(Στὸ δίπλα τετραγωνίδιο σημειώστε) 1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

Ἐὰν ΝΑΙ ἔχει βοηθό; (Στὸ δίπλα τετραγωνίδιο) 1=ΟΧΙ, 2=ΝΑΙ

ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

Σὲ διαμέρισμα ἑνὸς δωματίου

☐ 1

Σὲ » δύο δωματίων

☐ 2

Σὲ » τριῶν »

☐ 3

Σὲ » τεσσάρων »

☐ 4

Σὲ » περισσοτέρων »

☐ 5

Σὲ μονοκατοικία

☐ 6

ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΧΩΡΟΙ:

Τουαλέτα

☐ 1

Λουτρό

☐ 2

Ἀποχωρητήριο με ὑδραυλική ἐγκατάσταση

☐ 3

Ἄλλα εἶδη ἀποχωρητηρίου

☐ 4

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΣΠΙΤΙΟΥ

Ἐπάρχει ἰδιαίτερος χώρος κουζίνας

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

Ἐπάρχει ἠλεκτρισμός

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

Ἐπάρχει ψυγεῖο

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

Ἐπάρχει τρεχούμενο νερό

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

Ἐπάρχει τηλεόραση

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

Ἐπάρχει τηλέφωνο

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΕ ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΔΡΑΧΜΕΣ

Σε τί θέση νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο;

LUX ¹ Α' ² ΒΑ' ³ ΒΒ' ⁴ ΒΓ' ⁵

Ποιός πληρώνει;

Το ζευγάρι

Άσφαλιστικός φορέας όλα τα έξοδα

Άσφαλιστικός φορέας μέρος των εξόδων

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Δεν πήγε σχολείο

Πήγε στο δημοτικό 1-3 τάξεις

Απόφοιτος δημοτικού > 3 τάξεις

Πήγε στο γυμνάσιο 1-3 τάξεις

Απόφοιτος γυμνασίου > 3 τάξεις

Απόφοιτος ανώτερας σχολής

Απόφοιτος ανωτάτης σχολής

Απόφοιτος τεχνικής σχολής

Απόφοιτος επαγγελματικής σχολής

ΣΥΝΗΘΕΣ ΜΕΣΟ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΩΣ:

Με τα πόδια

Με ιδιωτικό αυτοκίνητο

Με λεωφορείο

Με τραίνο

ΠΑΤΕΡΑ	ΜΗΤΕΡΑΣ
¹	¹
²	²
³	³
⁴	⁴
⁵	⁵
⁶	⁶
⁷	⁷
⁸	⁸
⁹	⁹

¹
²
³
⁴

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ — ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΛΗΣΤΙ Η ΜΗΡΕΡΑ ΣΗΜΕΡΑ Η ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΑΠΟ:

		ΣΗΜΕΡΑ	ΠΡΙΝ
01	Καρδιοπάθεια	☐	☐
02	Καρδιακή ανεπάρκεια	☐	☐
03	Υπέρταση (Διαστ.)90 - Συστολ.)150)	☐	☐
04	Βρογχικό Άσθμα	☐	☐
05	Άλλη νόσο του αναπν. συστήματος	☐	☐
06	Χρόνια σπειραματονεφρίτιδα	☐	☐
07	Όξεία πυελονεφρίτιδα	☐	☐
08	Νεφρική ανεπάρκεια	☐	☐
09	Κυστίτιδα	☐	☐
10	Κολπίτιδα	☐	☐
11	Τραχηλίτιδα	☐	☐
12	Ουρολοίμωξη	☐	☐
13	Άναιμία Hb<10 gr	☐	☐
14	Λευχαιμία	☐	☐
15	Δρεπανοκυτταρική αναιμία	☐	☐
16	Μεγαλοβλαστική αναιμία	☐	☐
17	Φυματίωση	☐	☐
18	Ήπατίτιδα	☐	☐
19	Είλεψιδα	☐	☐
20	Διαβήτης	☐	☐
21	Νόσος του Addison	☐	☐
22	Νόσος του θυροειδούς	☐	☐
23	Μεταβολικό νόσημα	☐	☐
24	Αφροδίσιο νόσημα	☐	☐
25	Κληρονομική νόσος του Κ.Ν.Σ.	☐	☐
26	Εpileψία	☐	☐
27	Τοξοπλάσμωση	☐	☐
28	Λιστερίωση	☐	☐
29	Μυκόπλασμα	☐	☐
30	Άλλη λοίμωξη γενικά	☐	☐
31	Άλλη νόσος γενικά	☐	☐

από άντιστατικό τετραγωνίδιο

X

Σε καταφασική απόπτωση σημειώσε

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΑΡΧΙΣΕ Η ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ; (2 ΨΗΦΙΑ)

Είχε άνωμαλίες; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Έάν ΝΑΙ ποιές;

Μηνορραγία

Μητρορραγία

Άραιομηνόρροια

Συχνομηνόρροια

Έκανε θεραπεία για αυτές; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Έάν ΝΑΙ ποιά;

Όρμονοθεραπεία

Δοκιμαστική απόξεση

ΕΙΧΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Έάν Ναί Ποιά τά αίτια τής στειρότητας :

Άνωμαλίες σπέρματος συζύγου

Σεξουαλικές άνωμαλίες

Ένδοκρινολογικά προβλήματα

Προβλήματα ώορηξίας

Κυστίτιδα

Κολπίτιδα

Τραχηλίτιδα

Άνατομική άνωμαλία αναπαραγωγικού συστήματος

Έκανε θεραπεία γιαυτό;

Καμμία θεραπεία

Συντηρητική »

Με όρμόνες

Έγχείρηση

ΕΚΑΝΕ ΠΟΤΕ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΓΙΑ :

Ίνομύωμα μήτρας

Κύστη ωοθηκών

Διόρθωση ανωμαλιών μήτρας

Διόρθωση ανωμαλιών σάλπιγγος

Άλλο γυναικολογικό πρόβλημα

ΕΚΑΝΕ ΑΛΛΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ :

1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Ποιά ;

Σκωληκοειδεκτομή

Βαρθολίνες

Άλλη

ΕΚΑΝΕ ΑΛΛΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ :

1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Ποιά ;

.....

.....

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ

Ποιά ;

Λήψη χαπιού

Ένδομητρικό σπείραμα

Άνδρικό προφυλακτικό

Μέθοδος ρυθμού

Διακεκομμένη συνουσία

Άλλο

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ — ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΟΥ ΕΡΕΥΝΗΣ
ΕΙΧΕ ΚΑΛΗ ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ.

1 ☐ NAI 2 ☐ OXI

Ἐὰν ΟΧΙ σὲ ποιῶ ἀπ' αὐτῆς

είχε : Έμετο

Αιμορραγία

Χαμηλές ορμόνες

Λοίμωξη

Ὑπέρταση

Λευκωματουρία

Πρόωρη ρήξη θυλακίου

Προδρομικὸν πλακοῦντι

Πρόωρη αποκόλληση πλακοῦντα

Ἄλλη ἐπιπλοκή

[illegible]

ΕΙΧΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Κάθε πόσο, 1 (1 μήνα) 2 Κάθε μήνα

3. ☐ κάθε 2-3 μήνες 4. ☐ > 3 μήνες

ΕΙΧΕ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

α) Αυτόματες 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

β) Παλινδρομες 1 ☐ OXI 2 ☐ NAI

σὲ ποιὰ ἐγκυμοσύνη

1η
2η
3η
4η

σὲ ποιοῖ
μῆνα

παροῦσα

АУТОМ.	ПАЛІНА.

ЕКАНЕ ПОТЕ

α) Προκλητή διακοπή κυήσεως

1 ☐ ΟΧΙ, 2 ☐ ΝΑΙ Πόσες ☐

Σὲ ποιά ἐγκυμοσύνη

1η
2η
3η
4η

Σὲ ποιοῖ
μῆνα
κυήσεως

β) Ἀμνιοκέντηση

1 ☐ OXI 2 ☐ NAI

ΠΡΟΚΑΤ. ΔΙΑΚΟΠΗ	ΛΗΨΙΟΕ- ΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΤΟΚΕΤΟΙ

Τόπος τοκετού : 1 = Νοσοκομείο, 2 = Κλινική, 3 = Σπίτι

Χρόνος τοκετού (ΜΜ ΕΕ)

Μήνας κυήσεως

Φυσιολ. αυτόματη έναρξη τοκετού=1, Προκλητός τοκετός=2

Μονόδυμη κύηση=1, Πολύδυμη κύηση=2

Φυσιολ. τοκετός=1, Ίσχυϊακή προβολή=2, Καισ. τομή=3
Έμβρυουλκία=4, Βεντούζα=5

Ἀνώμαλο σχῆμα

Γεννήθηκε καλά 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Βάρος γεννήσεως (κιλά $\pm$ 1 δεκαδικό)

Τὸ παιδί Ζεῖ :

Τὸ παιδί εἶναι καλὸν ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

[illegible]

α) Πάσχει από [1ο παιδί] β) Πέθανε από

1ο παιδί	
2ο »	
3ο »	
4ο »	
5ο *	

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ — ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΙΧΕ ΚΑΛΗ ΠΟΡΕΙΑ Σ' ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ 1 ☐ ΝΑΙ 2 ☐ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ παρουσίασε: 1 = Έμετο, 2 = Αίμορραγία, 3 = Χαμηλές όρμόνες, 4 = Λοίμωξη, 5 = Υπέρταση
6 = Λευκοματουρία, 7 = Πρόωρη ρήξη θυλακίου, 8 = Προδρομικό πλακούντα, 9 = Πρόωρη αποκόλληση
πλακούντα, 10 = Άλλα.

ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΣΕ ΓΙΑΤΡΟΣ Σ' ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Κάθε πόσο; 1 = < 1 μήνα, 2 = κάθε μήνα, 3 = κάθε 2-3 μήνες, 4 = > 3 μήνες

Σε ποιά μήνα πριν από τον τοκετό πήγε για τελευταία φορά στο γιατρό;

ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΕΙ ΣΤΟ ΚΡΕΒΒΑΤΙ ΓΙΑ :

Αυτή την εγκυμοσύνη	1 ☐	ΟΧΙ	2 ☐	ΝΑΙ
Τήν 1η »	1 ☐	ΟΧΙ	2 ☐	ΝΑΙ
Τήν 2η »	1 ☐	ΟΧΙ	2 ☐	ΝΑΙ
Τήν 3η »	1 ☐	ΟΧΙ	2 ☐	ΝΑΙ
Τήν 4η »	1 ☐	ΟΧΙ	2 ☐	ΝΑΙ
Τήν > 4η »	1 ☐	ΟΧΙ	2 ☐	ΝΑΙ

2 έβδ.	>2 έβδ.	3 μήνες	>3 μήνες

ΕΙΧΕ ΣΥΡΑΦΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Σε ποιά εγκυμοσύνη 1, 2, 3, 4, σ' αυτή (5)

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕ ΑΛΛΟ ΤΡΟΠΟ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΕΩΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ Ποιό.....

ΕΠΑΙΡΝΕ Σ' ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ :

Σπασμολυτικά 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ. Για πόσο καιρό : 1ο τρίμ. ☐ 2ο τρίμ. ☐ 3ο τρίμ. ☐

Όρμόνες 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ Ποιές..... Για πόσους μήνες.....

Κορτιζόνη 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ | Στη διάρκεια της έγκυμοσύνης = 1
Όταν άρχισαν συμπτώματα προώρου τοκετού = 2

Αντιβιοτικά 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ | Ποιά : 1.....2.....3.....
Πόσες μέρες Γιατί

Άλλα φάρμακα : 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ Ποιά 1..... 2..... 3.....

Σ' ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ :

Είχε σεξουαλικές σχέσεις; 1 ☐ ΟΧΙ, 2 ☐ ΣΠΑΝΙΑ 3 ☐ ΣΥΧΝΑ

Εργαζόταν στη διάρκεια της; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ το 1ο 3μηνο 3 ☐ το 6μηνο 4 ☐ Μέχρι τέλοι

Είχε τραυματισμό από : 1 ☐ πτώση 2 ☐ Ατύχημα 3 ☐ Βίαιη κάκωση

Είχε ψυχολογικό «Stress»; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ.

Εάν ΝΑΙ : 1 ☐ Στενοχωρήθηκε λίγο 2 ☐ Στενοχωρήθηκε και πήρε φάρμακα από μόνη της
3 ☐ Πήγε σε ψυχίατρο 4 ☐ Πήγε σε ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Κάπνιζε; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Εάν ΝΑΙ : 1 ☐ συνεχώς 2 ☐ περιοδικά 3 ☒ και στις προηγούμενες έγκυμοσύνες
4 ☐ Σ' αυτή την έγκυμοσύνη

Πόσα τσιγάρα την ημέρα; 1 = >10, 2 = >10, 3 = 20

Έκανε χρήση αλκοόλ; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Εάν ΝΑΙ 1 ☐ Μικρή, 2 ☐ Μέτρια, 3 ☐ Μεγάλη

Έκανε χρήση ναρκωτικών; 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ Ποιών.....

Ήταν επιθυμητή ή έγκυμοσύνη 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Ζήτησε έκτρωση 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Δεν έκανε έκτρωση γιατί : 1 ☐ Άλλαξε γνώμη 2 ☐ Δεν της το επέτρεψαν

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ — ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΠΡΩΩΡΩΝ

1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ. Έάν ΝΑΙ σε ποιόν;

1 ☐ Στην ίδια 2 ☐ Σε αδελφή της 3 ☐ Σε αδελφές της

4 ☐ Σε αδελφή του πατέρα 5 ☐ Σε αδελφές του πατέρα 6 ☐ Σε άλλο συγγενή

ΥΠΑΡΧΕΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ RHESUS: 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Έγινε ποτέ ένδομήτριος αφαιμαγγομετάγγιση (ΑΦΜ) 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Έκανε αντί - D σφαιρίνη για πρόληψη της άσυμβατότητας 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

ΕΧΕΙ ΠΟΤΕ ΓΕΝΝΗΣΕΙ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Υπάρχει οικογενειακό Ιστορικό γεννήσεως παιδιών με συγγενείς ανωμαλίες 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

ΖΟΥΣΕ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ 1 ☐ Στην πρωτεύουσα, 2 ☐ Σε πόλη >10.000 κατοίκους

3 ☐ Σε κομόπολη 4 ☐ Σε χωριό

ΗΡΘΕ ΝΑ ΓΕΝΝΗΣΕΙ 1 ☐ Στην κλινική, 2 ☐ Στο νοσοκομείο

1 ☐ Τυχαία, 2 ☐ Από μόνη της, 3 ☐ Γιατί εργάζεται ο γιατρός της,

4 ☐ Τήν έστειλαν γιατί είχε προβλήματα;

Ποιά.....

ΠΟΣΟ ΒΑΡΟΣ (ΣΕ ΚΙΛΑ) ΠΗΡΕ:

Σ' αυτή την έγκυμοσύνη

Στήν 1η »

Στήν 2η »

Στήν 3η »

Στήν 4η »

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ — ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ 1 ☐ Νοσοκ 2 ☐ Κλινική 3 ☐ Υγειον. Σταθμός 4 ☐ Σπίτι
ΦΥΛΟ 1 ☐ Αγόρι 2 ☐ Κορίτσι

ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ (ΗΗΜΜΕΕ)

ΒΑΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ (σε γραμμάρ.)

Λ.Η.Τ (ΗΗΜΜΕΕ)

Τ.Ε.Ρ. (ΗΗΜΜΕΕ)

ΗΜΕΡΑ ΖΩΗΣ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΣΤΗΚΕ ☐ Η.Κ σε εβδομ. (Έξέταση κατά Dubowitz) *

ΕΙΔΟΣ ΚΥΗΣΕΩΣ: 1 ☐ Μον. 2 ☐ Δίδ. 3 ☐ Τρίδ. 4 ☐ Πολύδ.

ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ: 1 ☐ Φυσ. 2 ☐ Καισ. Τομή 3 ☐ Έμβρυουλκία 4 ☐ Ισχυϊακή 5 ☐ Βεντούζα
ΑΜΕΣΩΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ:

Φαινόταν φυσιολογικό 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Έκλαψε άμέσως 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Ήταν κυανωτικό 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Ήταν ζωηρό 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Βαθμολογία νεογέννητου κατά Apgar (Έαν υπάρχει) 1 ☐ Στο 1', 2 ☐ Στο 5'

Μπήκε σε θερμοκοιτίδα 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ Πόσες μέρες ☐

Πήρε Ο₂ 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ Πόσες μέρες ☐

Κατάσταση νεογέννητου επίσκοπικά: 1 ☐ Φυσιολ. 2 ☐ Συγγενείς ανωμαλίες

Ποιές

Κλινική εξέταση 1 ☐ Φυσιολ. 2 ☐ Όχι φυσιολ. Σχόλιο:

Διατροφή 1 ☐ Μητρικό 2 ☐ Έξανθρωποποιημένο 3 ☐ 12 %

Έπιπλοκές διατροφής 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ ποιές

Βάρος σώματος (σε γραμ.). Μήκος σώματος (σε εκατ.). Περίμετρος κεφαλιού (σε εκατ.).

Παρουσίασε ίκτερο 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ Έλαφρό 3 ☐ Μέτριο 4 ☐ Έντονο

Έκανε (ΑΦΜ) 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ

Άρρώστησε 1 ☐ ΟΧΙ 2 ☐ ΝΑΙ Πότε (μέρες ζωής). Για πόσο (σε μέρες)

Από τί

Έκβαση 1 ☐ Καλή 2 ☐ Έπιπλοκές. Ποιές:

Θάνατος: Από τί:

* Ίδε πίσω σελίδα.

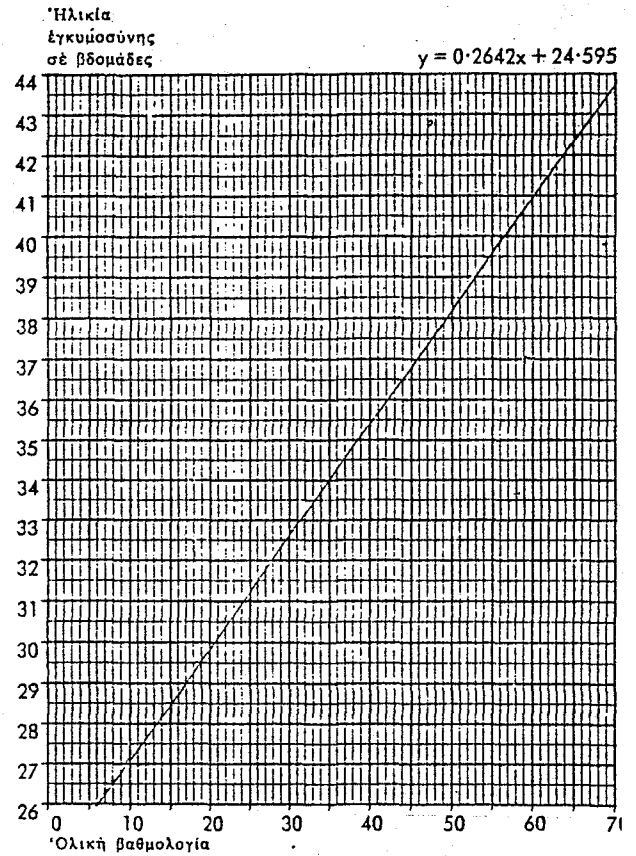
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

(κατά Dubowitz3)

ΚΡΙΤΗΡΙΑ

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ

	0	1	2	3	4	5
"ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ"	1. Θέση					
	2. Σημείο παραθύρου					
	3. Γωνία ραχιαίας κάμψης ποδιού					
	4. Έπαναφορά βραχίονα					
	5. Έπαναφορά ποδιού					
	6. Ίγνυακή γωνία					
	7 Χειρισμός φτέρνας - αυτιού					
	8. Σημείο περιλαίμιου					
	9. Καθυστέρηση κεφαλιού					
	10. Κοιλιακή ανάρτηση					
"ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ"	1. Οίδημα					
	2. Ύψη δέρματος					
	3 Χρώμα δέρματος					
	4 Διαφάνεια δέρματος					
	5. Χνουδι					
	6. Γραμμώσεις (πτύχωση) πέλματος					
	7. Σχηματισμός θηλών					
	8. Μέγεθος μαστών					
	9. Σχήμα αυτιών					
	10. Σταθερότητα αυτιών					
	11. Γεννητικά όργανα					
Όλική βαθμολογία						



Ηλικ. έγκυμ.:..... εβδομάδες

Χαρακτηρισμός: ΤΕΛΕΙΟΜΑΝΟ—

ΠΡΟΩΡΟ—

ΜΓΗ—

(περιγράψτε με έντονη γράμωση την κατηγορία στην οποία ανήκει το νεογέννητο).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΕΩΣ ΖΕΥΓΟΥΣ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΜΕΝΕΙ:

Μόνο του

☐ 1

Με τούς γονείς του πατέρα

☐ 2

Με τούς γονείς της μητέρας

☐ 3

☐ 98

Ή μητέρα μόνη

☐ 4

Η ΜΗΤΕΡΑ ΛΕΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ:

(Στὸ δίπλα τετραγωνίδιο σημειώστε) 1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

☐ 99

Εάν ΝΑΙ έχει βοηθό; (Στὸ δίπλα τετραγωνίδιο) 1=ΟΧΙ, 2=ΝΑΙ
ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

☐ 100

Σε διαμέρισμα ενός δωματίου

☐ 1

Σε » δύο δωματίων

☐ 2

Σε » τριῶν »

☐ 3

Σε » τεσσάρων »

☐ 4

Σε » περισσότερων »

☐ 5

☐ 101

Σε μονοκατοικία

☐ 6

ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΧΩΡΟΙ:

Τουαλέτα

☐ 1

Λουτρό

☐ 2

Αποχωρητήριο με υδραυλική εγκατάσταση

☐ 3

☐ 102

Άλλα είδη αποχωρητηρίου
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΣΠΙΤΙΟΥ

☐ 4

Υπάρχει ιδιαίτερος χώρος κουζίνας

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

☐ 103

Υπάρχει ηλεκτρισμός

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

☐ 104

Υπάρχει ψυγείο

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

☐ 105

Υπάρχει τρεχούμενο νερό

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

☐ 106

Υπάρχει τηλεόραση

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

☐ 107

Υπάρχει τηλέφωνο

1 = ΟΧΙ, 2 = ΝΑΙ

☐ 108

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΠΑΤΕΡΑ - ΜΗΤΕΡΑ

ΠΑΡΑΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ

Βοηθός χημικού
Υπομηχανικός - πολιτ.
Ηλεκτρονικός
Υπαλ. ηλεκτρ. υπολογιστών
Τεχνολόγος τροφίμων
Τεχνολόγος καθηγητής
Marketing
Προγραμματιστής αναλυτής
Εργοδότης - Μηχανολόγος
Έχει τεχνικό γραφείο
Ναυπηγός
Μηχανικός πλοίων
Υπάλληλος φαρμ. εταιρείας
Βιοτέχνης θερμοσιφώνων
Εργοδότης Χημικός
Τοπογράφος Σχολής Δοξιάδη

ΠΑΡΑΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ

Προϊστ. αδελφή
Δασκάλα - Λόγου
Παρασκευάστρια
Φοιτ. ΚΑΤΕΕ
Υπομηχανικός
Marketing
Μαία