

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Είδη και Επιπλοκές τοκετού σε δύο ηλικιακές ομάδες
εγκύων <21 και >40 ετών»**

Καρελλά Κυριακή Α.Μ. 6177

Παπαγεωργίου Χάιδω Α.Μ. 6688

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Πατελάρου Αθηνά

Ηράκλειο, 2020

Περίληψη

Εισαγωγή - Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, σε βιβλιογραφικό επίπεδο, η αύξηση της ηλικίας της μητέρας για απόκτηση παιδιού, συνδέεται με αυξημένους κινδύνους για επιπλοκές της εγκυμοσύνης. Όχι μόνο είναι η αυθόρμητη σύλληψη δύσκολη, αλλά και διάφορες άλλες προγεννητικές και μεταγεννητικές επιπλοκές όπως αποβολή, προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης κύησης, αιμορραγία πριν τον τοκετό και βρέφη χαμηλού βάρους γέννησης, είναι πιο συχνές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σκοπός - Βασικός σκοπός της εν λόγω εργασίας είναι η διερεύνηση των ειδών και τύπων επιπλοκών στην εγκυμοσύνη σε γυναίκες εγκύους κάτω των 21 και μεγαλύτερες των 40 ετών.

Μεθοδολογία - Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που διεξήχθη το Φεβρουάριο του 2019 βάσει του ηλεκτρονικού αρχείου της Γυναικολογικής – Μαιευτικής Κλινικής του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου για το χρονικό διάστημα για τα έτη 2009-2018. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έχει χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα - Παρατηρείται ότι οι περισσότερες γυναίκες από 14-39 ετών παρουσίασαν επιπλοκές κατά τον τοκετό τους και έκαναν καισαρική λόγω δυσαναλογίας, ενώ οι περισσότερες γυναίκες από 40-56 ετών παρουσίασαν επιπλοκές λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής. Διαπιστώνεται μέσα από το στατιστικό συσχετισμό ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τοκετών που είχε η μητέρα με το βάρος που γεννήθηκε το παιδί. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η μια μεταβλητή, μειώνεται η άλλη όπως επίσης ότι σε σχέση με τα κιλά του μωρού στις πρωτοτόκες, μειώνονται στις δευτεροτόκες, τριτότοκες και ούτω καθεξής. Ωστόσο, στο συγκεκριμένο δείγμα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς οι μέσοι όροι στα κιλά είναι σχετικά κοντά. Τέλος, διαπιστώνεται ότι τα κιλά των μωρών των γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ήταν μεγαλύτερα από εκείνες που γέννησαν με καισαρική τομή. Οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είχαν επιπλοκές σε σχέση με τις πιο νέες γυναίκες και ότι οι γυναίκες που είχαν

παραπάνω από έναν τοκετό, είχαν επιπλοκές σε σχέση με τις πρωτοτόκες γυναίκες.

Συμπεράσματα - Δεδομένου ότι οι γυναίκες μεγαλύτερες των 40 διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών σε σύγκριση με την νεότερη ομάδα, θα πρέπει να ενημερώνονται για συχνές προγεννητικές επισκέψεις και θα πρέπει να τηρούνται υπό στενή παρακολούθηση ιατρού γυναικολόγου. Η αυξημένη παρακολούθηση της μητέρας και του εμβρύου θα εξασφαλίσει ένα καλύτερο περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Λέξεις Κλειδιά – *Εγκυμοσύνη, Επιπλοκές, Ηλικία, Νεογνό, Τοκετός*

Abstract

Introduction – The increase of the maternal age for childbearing, it is associated with an increased risk of pregnancy complications, according to research results. Not only it is spontaneous conception difficult, but various other prenatal and postnatal complications such as miscarriage, pre-eclampsia, gestational diabetes mellitus, pre-partum hemorrhage and low birth weight infants are more common during pregnancy.

Purpose - The main purpose of this dissertation, it is to report on the collection, evaluation and discussion of data relevant to the analysis of data on the types and types of pregnancy complications in pregnant women under 21 and over 40 years of age.

Methodology – This is a retrospective study conducted in February 2019 based on the electronic file of the Gynecology - Obstetrics Clinic of the Venizelos Hospital of Heraklion for the period for the years 2009-2018. For the statistical analysis of the data, the statistical program SPSS 22.0 has been used.

Results – It is observed that most women aged 14-39 experienced complications during childbirth and had cesarean imbalances, while most women aged 40-56 experienced complications due to premature cesarean section. It can be seen from the correlation that there is a negative correlation between the number of births the mother had and the weight the baby was born. This means that as one variable increases, the other decreases as well as that in relation to baby pounds in the primates, they decrease in the secondary, tertiary, and so on. However, in the specific sample there is no statistically significant difference as the averages in pounds are relatively close. Finally, it can be seen see that the birth weight of babies born to normal births was greater than those born with caesarean section. It is also seen that older women had complications compared to younger women and that women who had more than one birth had complications with primiparous women.

Conclusion - As the older age women are at greater risk of complications compared to the younger group, they should be informed of frequent prenatal visits and should be closely monitored by a gynecologist. An increased maternal and fetal monitoring will ensure a better perinatal outcome.

Key Words – Age, *Birth, Complications, Infant, Pregnancy*

Ευχαριστίες

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην Καθηγήτριά μου και επιβλέπουσα της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας Κα. Πατελάρου Αθηνά, για την πολύ μεγάλη βοήθεια της κατά την διάρκεια της έρευνας μου. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Γυναικολόγο Μαιευτήρα Κο. Βελεγράκη Αλέξανδρο.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε όλους τους ειδικούς αλλά και εκείνους που ασχολούνται με το θέμα του τοκετού καθώς και των προβλημάτων που προκύπτουν στα στάδια της συγκεκριμένης διαδικασίας και πως αντιμετωπίζονται μέσω της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα και με απώτερο σκοπό την επίτευξη της κατάστασης υγείας τόσο της λεχώνας όσο και των βρεφών.

Επίσης, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλους εκείνους τους εργαζομένους οι οποίοι απασχολούνται σε πλήρη ή μερική βάση στις διάφορες ιατρικές επιχειρήσεις και οι οποίοι προσέφεραν σημαντικότερες πληροφορίες σχετικά με την φαρμακευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων κατά το τοκετό και την αποκατάσταση υγείας των λεχώνων. Τέλος, θα επιθυμούσαμε να αποστείλουμε τις ευχαριστίες μας στα μέλη της οικογενείας μας αλλά και τους φίλους μας, οι οποίοι όλο αυτόν τον καιρό της προετοιμασίας της συγκεκριμένης εργασίας αλλά και έρευνας μας στήριξαν σε υπέρτατο βαθμό.

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| Εισαγωγή | 8 |
| Βιβλιογραφική Ανασκόπηση | 9 |
| Κεφάλαιο 1 ^ο – Ορισμός και Χαρακτηριστικά Επιπλοκών Τοκετού σε Γυναίκες Ηλικίας Κάτω των 21 και Μεγαλύτερες των 40 Ετών Καθώς και Συνήθης Επιπλοκές σε Εγκύους | 10 |
| 1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά του Φυσιολογικού Τοκετού | 10 |
| 1.1.1 Θέσεις που Λαμβάνει το Έμβρυο Κατά τον Φυσιολογικό Τοκετό..... | 11 |
| 1.2 Ορισμός και Χαρακτηριστικά Τοκετού που Γίνεται με Καισαρική Τομή | 12 |
| 1.2.1 Λόγοι Εκτέλεσης Καισαρικής στην Εμβρυογένεση..... | 12 |
| 1.3 Ορισμός και Χαρακτηριστικά Επιπλοκών Τοκετού..... | 13 |
| 1.4 Συνήθης Επιπλοκές Κατά τον Τοκετό | 14 |
| 1.4.1 Προβλήματα στο Τοκετό | 16 |
| 1.4.2 Αναποτελεσματικές Συσπάσεις..... | 16 |
| 1.4.3 Δακτύλιος της Σύσφιξης..... | 17 |
| 1.4.4 Πυελογεννητικός Σωλήνας..... | 17 |
| 1.4.5 Σχήμα και Μέγεθος της Πυέλου | 17 |
| 1.4.6 Θέσεις που Λαμβάνει το Μωρό Κατά τον Τοκετό..... | 18 |
| 1.4.7 Θέση Ισχιακής Προβολής..... | 18 |
| 1.4.8 Τοκετός με Ισχιακή Προβολή | 18 |
| 1.4.9 Επιπλοκές που Μπορούν να Παρουσιαστούν Μετά το Τοκετό και Αντίστοιχη Φαρμακευτική Αγωγή | 19 |
| 1.4.10 Θερμοβλεβίτιδα..... | 20 |
| 1.5 Προβλήματα Μετά το Τοκετό..... | 21 |
| 1.5.1 Κολπική Αιμορραγία..... | 21 |
| 1.5.2 Αίτια Κολπικής Αιμορραγία | 22 |
| 1.5.3 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση για Έλεγχο της Κολπικής Αιμορραγίας | 22 |
| 1.5.4 Αφαίρεση του Πλακούντα..... | 23 |
| 1.5.5 Ανεστραμμένη Μήτρα | 23 |
| 1.5.6 Ρήξη του τραχήλου | 24 |
| 1.5.7 Λοίμωξη Ουροποιητικού Συστήματος | 24 |
| 1.6 Επιδημιολογικά Δεδομένα για Επιπλοκές και Πρόωρους Τοκετούς στην Ελλάδα..... | 24 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2. | Κεφάλαιο 2 ^ο –Συνήθης Επιπλοκές σε Εγκύους Καθώς και Έρευνες για τα Είδη και τις Επιπλοκές στις Ηλικιακές Ομάδες έως 21 και Μεγαλύτερες των 40 Ετών | 26 |
| 2.1 | Επιπλοκές Τοκετού Λόγω Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης | 26 |
| 2.1.1 | Γενικός Ορισμός Σακχαρώδη Διαβήτη και Διαβήτη Κύησης..... | 27 |
| 2.1.2 | Παράγοντες Κινδύνου για Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης..... | 27 |
| 2.1.3 | Θεραπευτική Αντιμετώπιση Σακχαρώδους Διαβήτη Κύησης | 32 |
| 2.1.4 | Εκπαίδευση και Ενημέρωση της Διαβητικής Εγκύου | 33 |
| 2.2 | Λιποβαρή Νεογνά | 33 |
| 2.2.1 | Αιτίες Λιποβαρών Νεογνών | 34 |
| 2.3 | Πρωρότητα..... | 36 |
| 2.3.1 | Αιτιολογικοί Παράγοντες του Πρόωρου Τοκετού..... | 38 |
| 2.3.2 | Περιπτώσεις που Ευνοούν την Πρόωρη Γέννηση Νεογνών | 38 |
| 2.3.3 | Έρευνες για τις Επιπλοκές σε Έγκυες Γυναίκες Ηλικίας έως 21 και Μεγαλύτερες των 40 Ετών | 42 |
| 2.4 | Περιπτώσεις Προβλημάτων Προεκλαμψίας – Εκλαμψίας | 50 |
| | Ερευνητικό Μέρος..... | 53 |
| 3. | Κεφάλαιο 3 ^ο – Μεθοδολογία..... | 53 |
| 3.1 | Σκοπός της Εργασίας..... | 53 |
| 3.2 | Μέθοδος Συλλογής Βιβλιογραφικών Δεδομένων Έρευνας Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. | |
| 3.3 | Μέθοδος Συλλογής Αριθμητικών (Ποσοτικών) Δεδομένων Έρευνας ... | 53 |
| 3.4 | Στατιστική Επεξεργασία Αποτελεσμάτων..... | 53 |
| 3.5 | Ηθική Δεοντολογία | 53 |
| 4. | Κεφάλαιο 4 ^ο – Αποτελέσματα Έρευνας..... | 55 |
| 4.1 | Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος | 55 |
| 4.2 | Επιμέρους Αποτελέσματα..... | 55 |
| 4.3 | Συσχετίσεις Ερωτήσεων Έρευνας..... | 67 |
| | Συζήτηση..... | 77 |
| 5.1 | Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα..... | 80 |
| | Συμπεράσματα..... | 81 |
| | Ελληνική Βιβλιογραφία..... | 83 |
| | Αγγλική Βιβλιογραφία..... | 84 |

Εισαγωγή

Ο τοκετός χαρακτηρίζεται ως μια διαδικασία και ο χρόνος που χρειάζεται και απαιτείται για την έξοδο του κάθε εμβρύου και του πλακούντα από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας στο τέλος της εγκυμοσύνης της. Η διάρκεια του τοκετού εξαρτάται βέβαια από πολλούς παράγοντες. Στις πρωτοτόκες γυναίκες διαρκεί περισσότερες ώρες και κατά μέσο όρο 6-8 ώρες ενώ στις πολύτοκες λιγότερο (Wilson et al., 2008).

Συνήθως όμως οι νεότερες γυναίκες μπορούν και γεννούν πιο σύντομα. Επίσης, σχετικοί παράγοντες οι οποίοι αφορούν το έμβρυο και τις σχέσεις του με τη λεκάνη της μητέρας, δύνανται να αυξάνουν ή να ελαττώνουν αντίστοιχα τη διάρκεια του τοκετού. Τέτοιοι παράγοντες είναι το μέγεθος του εμβρύου σε σύγκριση με τις διαστάσεις της λεκάνης. Ως παράδειγμα μπορεί να σημειωθεί η περίπτωση όπου ένα μεγάλο κεφάλι θέλει περισσότερο χρόνο για να γεννηθεί φυσιολογικά. Επίσης σημαντικός παράγοντας στην εξέλιξη του κάθε τοκετού είναι και η ποιότητα του τραχήλου εάν δηλαδή ο τράχηλος είναι σκληρός ή μαλακός και το πόσο συχνά έρχονται και το πόσο διαρκούν οι ωδίνες της μήτρας (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Απάντηση επίσης για το πότε αρχίζει ο τοκετός είναι βέβαιο ότι δεν μπορεί να δοθεί. Με το πέρασμα όμως των ημερών και ενώ η ημερομηνία για τη γέννηση του παιδιού θα πλησιάζει, θα υπάρξουν κάποια σημάδια προειδοποίησης για το ξεκίνημα του τοκετού. Τα σημάδια αυτά είναι οι ωδίνες της μήτρας, η αιματηρή βλέννα και η ρήξη του θυλακίου (Weiss, Malone, Emig, et al., 2004).

Δυστυχώς όμως η διαδικασία ενός τοκετού δεν είναι πάντα μια εύκολη υπόθεση, αφού μπορεί να επιφέρει αντίστοιχα προβλήματα στις διάφορες φάσεις του τοκετού και όπου σε εκείνες τις περιπτώσεις η χρήση φαρμακευτικής βοήθειας κρίνεται ως απαραίτητη. Οι διαδικασίες λοιπόν των φάσεων του τοκετού καθώς και τα προβλήματα που μπορούν να επέλθουν

αναλόγως της ηλικίας των γυναικών, αποτελούν αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Κεφάλαιο 1^ο – Ορισμός και Χαρακτηριστικά Επιπλοκών Τοκετού σε Γυναίκες Ηλικίας Κάτω των 21 και Μεγαλύτερες των 40 Ετών Καθώς και Συνήθης Επιπλοκές σε Εγκύους

1.1 Ορισμός και Χαρακτηριστικά του Φυσιολογικού Τοκετού

Ως φυσιολογικός τοκετός αποκαλείται, η διαδικασία και το σύνολο των ακολουθιών που οδηγούν στη έξοδο του εμβρύου και του πλακούντα από τον πυελογεννητικό σωλήνα της εγκύου και από το αιδοίο, στο τέλος της περιόδου της εγκυμοσύνης (Cunnington, 2001). Ο τοκετός θεωρείται μια φυσιολογική διαδικασία, μία στιγμή ουσιαστικά αξέχαστη στη ζωή της γυναίκας. Την εμπειρία του τοκετού, τη βιώνει διαφορετικά η κάθε γυναίκα, αλλά και σε κάθε μία από τις γέννες που μπορεί να έχει στη διάρκεια της ζωής της. Η εξέλιξη των διαδικασιών - ακολουθιών ενός τοκετού ωστόσο, είναι απρόβλεπτη. Εντούτοις η γυναίκα μπορεί να προετοιμαστεί με το να γνωρίζει την τυπική «εικόνα» ενός φυσιολογικού τοκετού (Matsuda et al., 2011).

Ως φυσιολογικός τοκετός λαμβάνεται επίσης ο τοκετός που ξεκινάει με φυσικό τρόπο και όχι σε προκαθορισμένη χρονική στιγμή, μεταξύ της 37ης ως την 42η εβδομάδας κύησης και από την αρχή μέχρι το τέλος του, δεν υπάρχουν εμφανείς κινδύνους. Το παιδί γεννιέται σε μια ινιακή προβολή και μετά τη γέννα, η μητέρα και το νεογνό βρίσκονται σε μια καλή φυσική κατάσταση. Σε έναν φυσιολογικό τοκετό, οι γιατροί προσπαθούν, όσο μπορούν να αποφύγουν οποιαδήποτε παρέμβαση, είτε φαρμακευτικά είτε με τεχνικό τρόπο (Tsikouras, Daforoulou, Trypsianis, et al, 2016).

Ο τοκετός λαμβάνεται ως φυσικός, όταν ξεκινά με φυσικό τρόπο και όχι σε προκαθορισμένη χρονική στιγμή. Προκαλούμενος χαρακτηρίζεται, όταν ο γιατρός –γυναικολόγος προκαλέσει την έναρξη του. Προγραμματισμένος, όταν εκτελεστεί προγραμματισμένα και χωρίς παθολογική ένδειξη σε κάποια προγραμματισμένη χρονική περίοδο (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009). Ως φυσιολογικός όταν εξελιχθεί χωρίς βοήθεια ιατρικού προσωπικού και τέλος

κατευθυνόμενος, όταν εξελιχθεί υστέρα από φαρμακευτική αγωγή, ή όταν προκληθεί με κολπική ή κοιλιακή επέμβαση (Matsuda et al., 2011).

Ένας τοκετός επίσης μπορεί να χαρακτηριστεί ως οξύς, όταν στην πρωτότοκο, εξελιχθεί σε χρονικό διάστημα μικρότερο των τριών ωρών και ως παρατεινόμενος, όταν εξελιχθεί σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 18 ωρών. Επίσης πρόωρος, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 28η-37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και πρώιμος, όταν εξελιχθεί ανάμεσα στην 20η-27η εβδομάδα της εγκυμοσύνης (Cunnington, 2001). Τα στοιχεία λοιπόν που χαρακτηρίζουν ένα φυσιολογικό τοκετό, αναφέρονται σχετικά ως εξής:

- Η χρονική διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Η ομαλή εξέλιξη του
- Η διαστολή του τραχήλου της μήτρας
- Η φυσιολογική θέση και εξώθηση του εμβρύου
- Ετοιμότητα τραχήλου και μυομητρίου
- Τα ζωτικά σημεία μητέρας – εμβρύου βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα
- Χωρίς την ύπαρξη τραυματισμών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την μητέρα ή το έμβρυο.
- Άγχος και πόνος της μητέρας

1.1.1 Θέσεις που Λαμβάνει το Έμβρυο Κατά τον Φυσιολογικό Τοκετό

Στη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού, το έμβρυο βρίσκεται συνήθως με το κεφάλι προς τα κάτω και κοιτώντας την πλάτη της λεχώνας. Στη θέση αυτή, το κεφάλι μπορεί επίσης να περάσει από τον πυελογεννητικό σωλήνα εύκολα. Αν η θέση του εμβρύου είναι μη φυσική, για παράδειγμα με το κεφάλι προς τα κάτω, αλλά να «βλέπει» προς την κοιλιά της γυναίκας, τότε το κεφάλι του εμβρύου μπορεί να μην «κατεβεί» στο χαμηλότερο τμήμα της πυέλου πριν αρχίσει ο τοκετός ή μπορεί να κατεβεί, αλλά όχι σε όλο το μήκος της διαδρομής (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

1.2 Ορισμός και Χαρακτηριστικά Τοκετού που Γίνεται με Καισαρική Τομή

Αποτελεί γεγονός πως κάθε γυναίκα που βρίσκεται σε περίοδο εγκυμοσύνης, ελπίζει σε μια σύντομη διαδικασία τοκετού και εξώθηση χωρίς επιπλοκές - εύκολες συσπάσεις και μερικές πιέσεις. Αλλά δεν λειτουργεί πάντα με αυτόν τον τρόπο. Ορισμένα μωρά πρέπει να γεννηθούν με καισαρική τομή. Ακόμα κι αν μια γυναίκα ελπίζει για μια φυσική γέννηση του εμβρύου από το κόλπο της γυναίκας, μπορεί ο γυναικολόγος να την βοηθήσει να ηρεμήσει από μερικούς σχετικούς φόβους για να μάθει γιατί και πώς εκτελούνται οι καισαρικές τομές, αλλά μόνο σε περίπτωση που τα γεγονότα δεν κυλίσουν όπως έχει προγραμματιστεί (Tsikouras, Dafopoulos, Trypsianis, et al, 2016).

Μια καισαρική τομή λοιπόν, είναι η χειρουργική γέννηση ενός μωρού που συνεπάγεται την τομή του κοιλιακού τοιχώματος και της μήτρας της μητέρας. Επιπλέον, οι μητέρες μπορούν να επιστρέψουν νωρίτερα στο σπίτι και να ανακάμψουν ταχύτερα μετά από μια κοιλιακή γέννηση (Matsuda et al., 2011). Ωστόσο, η καισαρική τομή μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες που κινδυνεύουν από επιπλοκές στη διάρκεια του τοκετού, να αποφεύγουν επικίνδυνες καταστάσεις με φυσιολογική γέννηση και μπορούν να οδηγήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Smith, Pell, 2001).

Η καισαρική τομή γίνεται από μαιευτήρες γιατρούς που φροντίζουν έγκυες γυναίκες πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη γέννηση και παρόλο που όλο και περισσότερες γυναίκες επιλέγουν τις μαίες για να γεννήσουν τα μωρά τους, οι μαίες οποιουδήποτε τίτλου αδειοδότησης, δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να εκτελέσουν χειρουργικές επεμβάσεις με καισαρική τομή (Raatikainen et al., 2016).

1.2.1 Λόγοι Εκτέλεσης Καισαρικής στην Εμβρυογένεση

Ορισμένες επεμβάσεις με καισαρική τομή, μπορούν να γίνουν σε προγραμματισμένη βάση εάν ο γιατρός γνωρίζει ότι μια φυσιολογική γέννηση, θα ήταν επικίνδυνη για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου (Raatikainen et al., 2016). Ένας γιατρός-γυναικολόγος λοιπόν, μπορεί να προγραμματίσει την

εκτέλεση μιας καισαρικής τομής για την γέννηση ενός εμβρύου, εάν (Salihu, Sharma, Peters, 2006):

- ✓ Το έμβρυο βρίσκεται στο ισχίο (πόδι ή κάτω) ή σε εγκάρσια (πλάγια) θέση στη μήτρα
- ✓ Το έμβρυο έχει ορισμένες γενετικές ανωμαλίες (όπως ο σοβαρός υδροκεφαλμός)
- ✓ Η μητέρα έχει προβλήματα με τον πλακούντα, όπως όταν ο πλακούντας βρίσκεται πολύ χαμηλά στη μήτρα και καλύπτει τον τράχηλο
- ✓ Η μητέρα διακατέχεται από μια ιατρική κατάσταση που θα μπορούσε να κάνει μια κοιλιακή γέννα επικίνδυνη για τον εαυτό της ή το έμβρυο - όπως ο ιός HIV ή μια ενεργή περίπτωση του έρπητα των γεννητικών οργάνων
- ✓ Η μητέρα είχε προηγουμένως χειρουργική καισαρική τομή στη μήτρα της ή κάποια προγενέστερη χειρουργική τομή λόγω άλλης αιτίας

1.3 Ορισμός και Χαρακτηριστικά Επιπλοκών Τοκετού

Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης, είναι προβλήματα υγείας που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της περιόδου κύησης (Raatikainen et al., 2016). Μπορούν να περιλαμβάνουν την υγεία της μητέρας, την υγεία του μωρού ή/και τα δύο. Ορισμένες γυναίκες έχουν προβλήματα υγείας που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και άλλες γυναίκες έχουν προβλήματα υγείας προτού να μείνουν έγκυες, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε επιπλοκές κατά τη διάρκεια της περιόδου κύησης. Έτσι λοιπόν είναι πολύ σημαντικό για τις γυναίκες να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να μειώσουν τον κίνδυνο επιπλοκών εγκυμοσύνης (Matsuda et al., 2011).

Τα συμπτώματα και οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης κυμαίνονται από ήπιες και ενοχλητικές ταλαιπωρίες έως σοβαρές, μερικές φορές απειλητικές για τη ζωή,

ασθένειες. Μερικές φορές μπορεί να είναι δύσκολο για μια γυναίκα να καθορίσει ποια συμπτώματα είναι φυσιολογικά και ποια όχι.

Τα προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να περιλαμβάνουν σωματικές και διανοητικές καταστάσεις που επηρεάζουν την υγεία της μητέρας ή του μωρού. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να προκληθούν ή να επιδεινωθούν από την εγκυμοσύνη. Πολλά προβλήματα είναι ήπια και δεν προχωρούν. Ωστόσο, όταν το κάνουν, μπορεί να βλάψουν τη μητέρα ή το μωρό της. Λάβετε υπόψη ότι υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κάθε εγκυμοσύνη και γέννηση, είναι διαφορετική και μπορεί να προκύψουν προβλήματα. Εάν προκύψουν επιπλοκές, οι πάροχοι μπορούν να βοηθήσουν παρακολουθώντας στενά την κατάσταση και παρεμβαίνοντας, όπως είναι απαραίτητο (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

1.4 Συνήθης Επιπλοκές Κατά τον Τοκετό

Οι συνήθης επιπλοκές που παρουσιάζονται σε έγκυες γυναίκες πριν ή/και μετά το τοκετό, εμφανίζονται σχετικά ως εξής (Romero, et al., 2007)

- ✓ Διαδικασία γέννησης που δεν εξελίσσεται. Μερικές φορές οι συσπάσεις εξασθενούν, ο τράχηλος δεν διαστέλλεται αρκετά ή έγκαιρα ή η κάθοδος του βρέφους στο σημείο γέννησης δεν εκτελείται ομαλά. Εάν η σχετικά διαδικασία δεν εξελίσσεται, ένας νοσηλευτής μπορεί να δώσει στις γυναίκες φάρμακα για να αυξήσουν τις συστολές και να επιταχύνουν την εργασία, ή η γυναίκα μπορεί να χρειαστεί μια καισαρική τομή.
- ✓ Σκισμές στη περιοχή του κόλπου. Ο κόλπος μιας γυναίκας και οι περιβάλλοντες ιστοί είναι πιθανό να σκιστούν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας γέννησης. Μερικές φορές οι σκισμές αυτές επουλώνονται από μόνες τους.
- ✓ Προβλήματα με τον ομφάλιο λώρο. Ο ομφάλιος λώρος μπορεί να πιαστεί σε ένα χέρι ή πόδι καθώς το βρέφος ταξιδεύει μέσω του καναλιού γέννησης. Συνήθως, παρεμβαίνει ένας πάροχος εάν το καλώδιο τυλιχτεί γύρω από το λαιμό του βρέφους, συμπιεστεί ή βγαίνει πριν το βρέφος.

- ✓ Μη φυσιολογική καρδιακή παλμική συχνότητα του μωρού. Πολλές φορές, ένας μη φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός κατά τη διάρκεια της γέννησης, δεν σημαίνει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης θα ζητήσει πιθανώς από τη γυναίκα να αλλάξει θέσεις για να βοηθήσει το βρέφος να λάβει περισσότερη ροή αίματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως όταν τα αποτελέσματα των δοκιμών παρουσιάζουν μεγαλύτερο πρόβλημα, η γέννηση ίσως πρέπει να γίνει αμέσως. Σε αυτή την περίπτωση, η γυναίκα είναι πιο πιθανό να χρειαστεί επείγουσα καισαρική τομή, ή ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να χρειαστεί να κάνει μια επισειδοτομή για να διευρύνει το άνοιγμα του κόλπου για γέννηση.
- ✓ Σπάσιμο Νερών πριν το Αναμενόμενο. Η διαδικασία συνήθως ξεκινά από μόνη της εντός 24 ωρών από το σπάσιμο των νερών στο κόλπο της γυναίκας. Εάν το νερό της εγκύου διακοπεί πριν από τις 34 εβδομάδες εγκυμοσύνης, η γυναίκα θα παρακολουθείται στο νοσοκομείο. Η μόλυνση μπορεί να αποτελέσει μείζονα ανησυχία αν το νερό της γυναίκας σπάσει νωρίς και η διαδικασία τοκετού δεν ξεκινά από μόνη της (Cunnington, 2001).
- ✓ Περιγεννητική ασφυξία. Η περίπτωση αυτή συμβαίνει όταν το έμβρυο δεν έχει αρκετό οξυγόνο στη μήτρα ή το βρέφος δεν έχει αρκετό οξυγόνο κατά τη διάρκεια της εργασίας ή της παράδοσης ή αμέσως μετά τη γέννηση.
- ✓ Δυστοκία ώμου. Σε αυτή την περίπτωση, το κεφάλι του βρέφους βγήκε από τον κόλπο, αλλά ένας από τους ώμους βρίσκεται ακόμα κολλημένος στο εσωτερικό του κόλπου.
- ✓ Υπερβολική αιμορραγία. Αν η γέννηση έχει ως αποτέλεσμα σκισίματα στη μήτρα ή εάν η μήτρα δεν συστέλλεται για να βγάλει τον πλακούντα, μπορεί να προκληθεί σοβαρή αιμορραγία. Παγκοσμίως, η αιμορραγία αυτή είναι η κύρια αιτία θανάτου της μητέρας. Το NICHD έχει υποστηρίξει μελέτες για τη διερεύνηση της χρήσης της ουσίας misoprostol για τη μείωση της αιμορραγίας, ειδικά σε περιοχές με χαμηλή κατανάλωση οικονομικών πόρων για την υγεία.

1.4.1 Προβλήματα στο Τοκετό

Οι περισσότεροι τοκετοί εξελίσσονται χωρίς σχεδόν καθόλου περιπλοκές. Είναι δυνατόν όμως να παρουσιαστούν κάποιες φορές συγκεκριμένα προβλήματα. Αυτά μπορεί να είναι οι αδύναμες ή ανεπαρκείς συσπάσεις που μπορεί να επιβραδύνουν ή να σταματήσουν την πρόοδο του τοκετού. Μερικές φορές όμως και λόγω της θέσης και του μεγέθους του μωρού, η διάβασή του μέσα από την πύελο είναι δύσκολη ή αδύνατη. Στη διάρκεια του κάθε τοκετού, οι συσπάσεις της μήτρας μπορούν κανονικά ν' ακολουθούν ένα καλά συντονισμένο σχήμα και ν' αρχίζουν στο επάνω μέρος της μήτρας. Αν οι συσπάσεις βέβαια δεν είναι συντονισμένες ή αν είναι πάρα πολύ ασθενείς για να έχουν αποτέλεσμα, η πρόοδος του τοκετού να μεταβάλλεται (Romero, et al., 2007).

1.4.2 Αναποτελεσματικές Συσπάσεις

Στη διάρκεια του κάθε τοκετού, οι συσπάσεις καμιά φορά αρχίζουν στο μέσο της μήτρας και ουσιαστικά εξαπλώνονται με ένα ακανόνιστο τρόπο. Οι συσπάσεις αυτές είναι το ίδιο συχνές αλλά και επώδυνες, όσο και οι συντονισμένες, αλλά μπορεί να μην προκαλέσουν διαστολή του τραχήλου η πρόοδος του τοκετού θα είναι αργή. Αν οι συσπάσεις βέβαια παραμείνουν ανώμαλες, μπορεί να χρειαστεί καισαρική τομή και προτού ν' αγχωθεί το μωρό. Οι συσπάσεις που είναι πάρα πολύ αδύνατες, μπορεί καμιά φορά να ενισχυθούν με ρήξη των μεμβρανών του νεογνού (Oyelese, Ananth, 2010).

Θα πρέπει να σημειωθεί βέβαια πως οι αδύναμες συσπάσεις μπορούν επίσης να ενισχυθούν με χορήγηση στη μητέρα του φαρμάκου ωκυτοκίνη, μιας ορμόνης η οποία τονώνει τις συσπάσεις. Μερικές φορές βέβαια στη διάρκεια του τοκετού, οι συσπάσεις είναι εκείνες που αρχίζουν ομαλά και μετά σταματούν με απότομο τρόπο. Πριν ο υπεύθυνος ιατρός δώσει ωκυτοκίνη με σκοπό ν' αρχίσουν πάλι οι συσπάσεις, ο γιατρός είναι εκείνος που ελέγχει με σκοπό να βεβαιωθεί ότι το μωρό έχει τη σωστή στάση και ότι δεν υπάρχει παραμόρφωση της πυέλου της γυναίκας ή άλλοι παράγοντες που μπορεί να εμποδίσουν τη διάβαση του μωρού (Romero, et al., 2007).

1.4.3 Δακτύλιος της Σύσφιξης

Σε κάποιες γυναίκες, οι μύες στο μέσο τμήμα της μήτρας συσπώνται, δημιουργώντας έτσι το λεγόμενο δακτύλιο σύσφιξης. Η σύσφιξη αυτή η συγκεκριμένη μπορεί βέβαια να εμποδίσει τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας ή αν όμως συμβεί στο δεύτερο στάδιο του τοκετού, τότε μπορεί να εμποδίσει το μωρό να κατέβει ακόμη πιο κάτω. Μια καισαρική τομή όμως είναι συνήθως απαραίτητη σε αυτές τις περιπτώσεις.

1.4.4 Πυελογεννητικός Σωλήνας

Κάποιες φορές ωστόσο και παρά τις ισχυρές συσπάσεις της μήτρας, ο τράχηλος δε διαστέλλεται σωστά. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να προκληθεί από ίνωση δηλαδή τον ιστό ουλής και αν η γυναίκα έχει υποστεί μια εκτεταμένη εγχείρηση στον τράχηλο ή από ινομύματα και μη καρκινικούς όγκους στον τράχηλο. Μπορεί βέβαια να απαιτηθεί και μια καισαρική τομή για τη γέννηση του μωρού αντίστοιχα (Salihu, Sharma, Peters, 2006).

1.4.5 Σχήμα και Μέγεθος της Πυέλου

Κάποιες ενδεχόμενες ανωμαλίες της πυέλου είναι ικανές να σταματήσουν τη δίοδο του μωρού στον πυελογεννητικό σωλήνα και το διάστημα που εκτείνεται από τον τράχηλο ως το άνοιγμα του κόλπου αντίστοιχα. Η οστεομαλακία η οποία είναι η εξασθένηση των οστών που προκαλείται από έλλειψη βιταμίνης D, μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στο μέγεθος και σχήμα της πυέλου μιας γυναίκας κατά την κύηση (Smith, Pell, 2001).

Επίσης, ένα προηγούμενο κάταγμα ενός οστού της πυέλου μπορεί εξίσου ν' αλλάξει το σχήμα της πυέλου μιας γυναίκας. Το μέγεθος της πυέλου της γυναίκας σε σχέση με το μέγεθος του κεφαλιού του μωρού είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την ευκολία του τοκετού και της γέννησης. Αν η πυέλος της γυναίκας είναι επίσης πολύ μικρή με σκοπό να επιτρέψει στο μωρό να περάσει, είτε λόγω της δομής των οστών της πυέλου, είτε επειδή το μωρό είναι πολύ μεγάλο, το μωρό δεν μπορεί να «κατέβει» αρκετά, ώστε να εμπεδωθεί το κεφάλι του στην είσοδο του πυελογεννητικού σωλήνα, οπότε θα χρειαστεί καισαρική τομή έτσι ώστε να γεννηθεί το μωρό.

1.4.6 Θέσεις που Λαμβάνει το Μωρό Κατά τον Τοκετό

Στη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού, το μωρό βρίσκεται συνήθως με το κεφάλι προς τα κάτω και κοιτώντας την πλάτη της γυναίκας. Στη θέση αυτή, το κεφάλι μπορεί επίσης να περάσει από τον πυελογεννητικό σωλήνα εύκολα. Αν η θέση του μωρού είναι αφύσικη για παράδειγμα με το κεφάλι προς τα κάτω, αλλά να «βλέπει» προς την κοιλιά της γυναίκας, τότε το κεφάλι του μωρού μπορεί να μην «κατεβεί» στο χαμηλότερο τμήμα της πυέλου πριν αρχίσει ο τοκετός ή μπορεί να κατεβεί, αλλά όχι σε όλο το μήκος της διαδρομής.

1.4.7 Θέση Ισχιακής Προβολής

Στα πρώτα στάδια της κάθε εγκυμοσύνης, το έμβρυο βρίσκεται σε θέση ισχιακής προβολής και με το κεφάλι προς τα επάνω. Την 36η εβδομάδα βέβαια έχει συνήθως γυρίσει με το κεφάλι προς τα κάτω. Αν δε γυρίσει μέχρι τότε, είναι πιθανό να μη γυρίσει μόνο του. Ο εκάστοτε γιατρός μπορεί να προσπαθήσει να γυρίσει το έμβρυο, ώστε το κεφάλι να βλέπει προς τα κάτω, με χειρισμούς στην κοιλιά της γυναίκας. Όμως, αν με τον τρόπο αυτό το έμβρυο μπορεί να στρίβει εύκολα, τότε μπορεί ν' αλλάξει και πάλι θέση πριν τον τοκετό. Υπάρχει επίσης κίνδυνος βλάβης του πλακούντα, όταν γυρνάει το έμβρυο (Weiss, Malone, Emig, et al., 2004).

1.4.8 Τοκετός με Ισχιακή Προβολή

Για ένα μεγάλο αριθμό μωρών τα οποία γεννιούνται με ισχιακή προβολή, διεξάγεται καισαρική τομή, λόγω βέβαια των κινδύνων που υπάρχουν για το μωρό και τη μητέρα. Ένα μωρό το οποίο γεννιέται με ισχιακή προβολή αλλά και κολπικά, διαθέτει αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού κατά τη διάρκεια της γέννησης, καθώς βέβαια και ανεπαρκούς παροχής οξυγόνου, λόγω πρόπτωσης του ομφάλιου λώρου.

Ο κάθε γιατρός μελετάει πολλούς παράγοντες, με σκοπό ν' αποφασίσει αν πρέπει να γίνει απόπειρα να γεννηθεί το μωρό κολπικά. Για παράδειγμα, μπορεί βέβαια να χρησιμοποιηθεί υπερηχογράφημα, με σκοπό να καθοριστεί αν το μωρό είναι αρκετά μικρό, ώστε να περάσει μέσα από την πύελο. Το μωρό αντίστοιχα παρακολουθείται σε όλη τη διάρκεια του τοκετού και ο κάθε

γιατρός θα είναι έτοιμος να διεξάγει καισαρική τομή, αν ωστόσο υπάρχουν σημάδια ότι το μωρό «αγχώνεται» ή αν ο τοκετός δεν προχωράει ομαλά σε μια συγκεκριμένη περίπτωση (Gotsch, Romero, Kusanovic, et al., 2007).

1.4.9 Επιπλοκές που Μπορούν να Παρουσιαστούν Μετά το Τοκετό και Αντίστοιχη Φαρμακευτική Αγωγή

Τα προβλήματα τα οποία πιθανόν μπορούν να παρουσιαστούν μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό, είναι πολλά και αρκετές φορές έχουν τη δυνατότητα να διαταράσσουν τη τόσο αναγκαία και μετά τον τοκετό ηρεμία. Πολλές φορές ωστόσο δύναται να περικλείουν σημαντικούς κινδύνους ακόμη και για την ίδια της ζωής της λεχώνας. Θα μπορούσε βέβαια κανείς να τα χωρίσει στις καταστάσεις οι οποίες εμφανίζονται μετά το τοκετό και σ'αυτές που εμφανίζονται μετά από λίγα 24ωρα μέχρι και την υπόλοιπη διάρκεια της Λοχείας, δηλαδή τις 40 ημέρες (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Θα πρέπει να σημειωθεί πως αμέσως μετά την έξοδο του παιδιού, υπάρχει το στάδιο της φάσης της υστεροτοκίας και κατά το οποίο εξέρχεται ο πλακούντας αλλά και οι εμβρυικοί υμένες, το ύστερο. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις όπου ο πλακούντας δεν «αποκολλάται» αφού θεωρείται στιφρός ή διεισδυτικός πλακούντας και το γεγονός αυτό οφείλεται συνήθως στο ότι έχει εμφυτευτεί σε σημείο στο οποίο προϋπήρχε μια σημαντική ουλή στο τοίχωμα της μήτρας και η οποία μπορεί να έχει προκύψει από τη προηγούμενη καισαρική τομή, μια ινομυωματεκτομή, απόξεση κλπ. Σ'αυτές τις καταστάσεις λοιπόν χρειάζεται η επέμβαση του Μαιευτήρα για το λόγο ότι η μήτρα δε συσπάτε και υπάρχει κίνδυνος σοβαρής αιμορραγίας (Baud, Greub, 2011).

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός πως η ατονία της μήτρας και αμέσως μετά το τοκετό θεωρείται μια σοβαρή επιπλοκή αλλά και η φαρμακευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι άμεση ώστε να συσπαστεί η μήτρα. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται λοιπόν φάρμακα ενώ σε μη ανταπόκριση είναι δυνατόν να χρειαστεί επέμβαση όπως απολίνωση αγγείων, με μαιευτική υστερεκτομή αλλά και μεταγγίσεις αίματος. Άλλες αιτίες αιμορραγίας αμέσως μετά το τοκετό είναι διάφορες κακώσεις του τράχηλου, κόλπου, κλειτορίδας, περινέου που συμβαίνουν κατά την έξοδο του παιδιού.

Βέβαια η συνεργασία μεταξύ Μαιευτήρα, Εγκύου και μαίας θεωρείται απαραίτητη ώστε να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό τα συγκεκριμένα προβλήματα. Ένας τοκετός ο οποίος εξελίσσεται αβίαστα αλλά και με υπομονή θα μειώσει σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης τέτοιων επιπλοκών. Σ' αυτό το σημείο, θα πρέπει να σημειωθεί πως η παρουσία της Μαίας είναι ωστόσο καθοριστική. Η έγκυος ωστόσο θα πρέπει να γνωρίζει τι πρόκειται να συμβεί και πως θα πρέπει να αντιδράσει σε κάθε στάδιο του τοκετού, να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό της και να συνεργάζεται αρμονικά (Wilson et al., 2008).

Μετά το τοκετό, ο Μαιευτήρας θα πρέπει να ελέγχει προσεκτικά τα εσωτερικά αλλά και εξωτερικά γεννητικά όργανα γυναίκας. Τέλος, θα πρέπει να γίνεται συρραφή της περινεοτομίας και να παραμένει για παρακολούθηση προληπτικά για δύο ώρες στην αίθουσα τοκετών. Με αυτή τη διαδικασία βέβαια ελαχιστοποιείται η συχνότητα της εμφάνισης επιπλοκών.

1.4.10 Θρομβοφλεβίτιδα

Οι φλέβες, οι κίρσοι των κάτω άκρων και οι θρομβομένες φλέβες, δημιουργούν συνθήκες ιδανικές για την ανάπτυξη μικροβίων και ιδιαίτερα αναερόβιων με συνέπεια τη θρομβοφλεβίτιδα. Η επέκταση της φλεγμονής προκαλεί ουσιαστικά μεγάλες και σοβαρές θρομβώσεις, ακόμα και σηπτικά έμβολα σ' όλο το σώμα της λεχώνας όπως πνευμονική εμβολή κλπ. Οι κίρσοι στα πόδια προδιαθέτουν βέβαια για την εμφάνιση της θρομβοφλεβίτιδας. Τα τοπικά βέβαια σημάδια της πάθησης είναι η ερυθρότητα όπως οίδημα – πρήξιμο - πόνος και θερμότητα. Για να προλάβει κανείς τέτοιες καταστάσεις, η έγκυος η οποία πάσχει από κίρσους των κάτω άκρων, φοράει ειδικά ελαστικά καλσόν, ενώ πολλές φορές χορηγούνται προληπτικά φάρμακα με αντιπηκτική αγωγή (Baud, Greub, 2011).

Κατά τη διάρκεια του τοκετού θα πρέπει οι έγκυες στα πόδια να φορούν ειδικά ελαστικά καλσόν, εφόσον χρειάζεται οι γιατροί να χορηγούν μια υποδορίως αντιπηκτική θεραπεία. Ένα άλλο σημείο που θα πρέπει να προσέχουν οι λεχώνες είναι η γρήγορη κινητοποίηση τους. Οι γυναίκες θα πρέπει να σηκώνονται γρήγορα από το κρεβάτι τους, ακόμα και μετά από την καισαρική

τομή. Είναι ουσιαστικά ο καλύτερος τρόπος για να προλάβει κανείς τις επιπλοκές της λοχείας αντίστοιχα. Η γρήγορη κινητοποίηση της λεχώνας μπορεί και μειώνει επίσης τις πιθανότητες εμφάνισης των ουρολοιμώξεων.

Μετά το τοκετό βέβαια, η ουροδόχος κύστη, έχει «χαλαρώσει» και δεν λειτουργεί σωστά. Πολλές φορές μάλιστα τραυματίζεται κατά τη διάρκεια της εξόδου του εμβρύου. Οι προσωπικές συμβουλές προς τις γυναίκες που γεννούν είναι τρεις Πρώτον να σηκώνονται κάθε 2-3 ώρες για μικρή βόλτα έξω από το δωμάτιο και αφού πρώτα «κρεμάσουν» τα πόδια τους για ένα λεπτό ώστε να μη ζαλιστούν, δεύτερον να επισκέπτονται τη τουαλέτα για ούρηση κάθε φορά που σηκώνονται και τρίτον να πίνουν πολύ νερό 4,5 lt ημερησίως και τις δύο πρώτες ημέρες κυρίως (Oyelese, Ananth, 2010).

1.5 Προβλήματα Μετά το Τοκετό

1.5.1 Κολπική Αιμορραγία

Μια περίπτωση αιμορραγίας από τον κόλπο και μετά τον τοκετό θεωρείται τις περισσότερες φορές ως άκρως φυσιολογική. Αφού γεννηθεί το μωρό, οι συσπάσεις των μυών της μήτρας είναι αυτές προκαλούν την αποκόλληση του πλακούντα από τα τοιχώματα της μήτρας. Αφού βέβαια αποβληθεί ο πλακούντας, οι μύες αυτοί συνεχίζουν να συσπώνται και αυτό διενεργείται για το λόγο πως οι συσπάσεις προκαλούν το κλείσιμο των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούσαν τον πλακούντα (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Ως εκ τούτου, η ποσότητα της κάθε κολπικής αιμορραγίας μπορεί μειώνεται σταδιακά και συνήθως σταματάει 5 με 6 εβδομάδες μετά τη γέννηση. Αν η διαδικασία αυτή δεν προχωράει φυσιολογικά, μπορεί να προκληθεί υπερβολική αιμορραγία. Μια βαριά κολπική αιμορραγία μέσα στις 24 πρώτες ώρες είναι ασυνήθιστη επιπλοκή και μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για τη ζωή, αν δεν αντιμετωπιστεί γρήγορα. Οι ασθενείς θα πρέπει αμέσως να καλούν το γιατρό τους, αν έχετε οποιοδήποτε σημάδι ανώμαλης κολπικής αιμορραγίας και προκειμένου να χορηγείται η αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή (Gotsch, Romero, Kusanovic, et al., 2007).

1.5.2 Αίτια Κολπικής Αιμορραγίας

Το βίαιο σκίσιμο των ιστών των γεννητικών οργάνων καθώς και η ρήξη των τοιχωμάτων της μήτρας, είναι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν μια μεγάλη αιμορραγία και αμέσως μετά τη γέννηση. Επίσης υπερβολική αιμορραγία μπορεί να παρουσιαστεί και στην περίπτωση όπου ο πλακούντας ή τα τμήματά του παραμείνουν αντίστοιχα στη μήτρα ή αν δε συσπάτε μετά την αποβολή του πλακούντα από την εγκυμονούσα. Μια βαριά κολπική αιμορραγία, που αρχίζει περισσότερο από ένα 24ωρο μετά τον τοκετό, μπορεί επίσης να προκληθεί από κομμάτι του πλακούντα και ο οποίος έχει παραμείνει στη μήτρα ή από λοίμωξη της μήτρας (Baud, Greub, 2011).

1.5.3 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση για Έλεγχο της Κολπικής Αιμορραγίας

Μια υπερβολική αιμορραγία κάποια φορά μπορεί να παρουσιάζεται επειδή η μήτρα δε συσπάτε αμέσως μετά από την αποβολή του πλακούντα. Το συγκεκριμένο πρόβλημα μπορεί βέβαια να συμβεί μετά από ένα τοκετό μακράς διάρκειας και για το λόγο πως οι μύες της μήτρας δεν μπορούν πλέον να συσπαστούν. Μπορεί επίσης να συμβεί αν η μήτρα έχει συσταλθεί υπερβολικά λόγω της υπερβολικής ποσότητας αμνιακού υγρού, ενός μεγάλου μωρού, πολλαπλής γέννας ή πολλών προηγούμενων τοκετών (Metzger, 2007).

Επίσης, μια κολπική αιμορραγία μπορεί επίσης να είναι υπερβολική, αν ο πλακούντας ήταν προσκολλημένος στο κάτω μέρος της μήτρας. Οι συσπάσεις στο κάτω μέρος της μήτρας δεν είναι τόσο ισχυρές όσο οι συσπάσεις στο επάνω μέρος και μπορεί να μην είναι επαρκείς για να κλείσουν τα αιμοφόρα αγγεία στα οποία ήταν προσκολλημένος ο πλακούντας. Για να σταματήσει την αιμορραγία, ο γιατρός θα προσπαθήσει να ενισχύσει τις συσπάσεις κάνοντας μασάζ στην κοιλιά και χορηγώντας ωκυτοκίνη αντίστοιχα ως μέσο φαρμακευτικής αγωγής.

1.5.4 Αφαίρεση του Πλακούντα

Αν οι φυσικές συσπάσεις των μυών της μήτρας δεν είναι αρκετά ισχυρές, τότε ο πλακούντας μπορεί να μην αποβληθεί ή κάποιο τμήμα του πλακούντα και μπορεί να μην «ξεκολλήσει» από τα τοιχώματα της μήτρας. Τα κομμάτια ιστού από τον πλακούντα που παραμένουν στη μήτρα μπορεί να εμποδίσουν περαιτέρω συσπάσεις της, που είναι απαραίτητες για να «κλείσουν» τα αιμοφόρα αγγεία. Η χορήγηση ωκυτοκίνη, τονώνοντας τις συσπάσεις της μήτρας, βοηθάει στην αποβολή του πλακούντα. Αν δεν πετύχει η θεραπεία αυτή και θα ακολουθηθεί φαρμακευτική αγωγή, όπου ο γιατρός θα δώσει στη γυναίκα παυσίπονα φάρμακα και μετά θ' αφαιρέσει τον πλακούντα. Η τεχνική που περιγράφεται παραπάνω χρησιμοποιείται, επίσης, για ν' αφαιρεθούν τυχόν κομμάτια του πλακούντα που παραμένουν στη μήτρα (Metzger, 2007).

1.5.5 Ανεστραμμένη Μήτρα

Σε κάποιες σπάνιες περιπτώσεις, η έλξη του ομφάλιου λώρου και με σκοπό ν' αφαιρεθεί ο πλακούντας, όταν είναι ακόμα προσαρμοσμένος στα τοιχώματα της μήτρας, μπορεί να γυρίσει τη μήτρα μέσα-έξω όπου η κορυφή της μήτρας τραβιέται προς τα κάτω, μέσα στον κόλπο, κατάσταση που λέγεται ανεστραμμένη μήτρα. Χρησιμοποιώντας αντίστοιχα μια γενική αναισθησία, ο γιατρός μπορεί να σπρώχνει τη μήτρα, μέσω του κόλπου και προς τα επάνω (Baud, Greub, 2011).

Ο γιατρός λοιπόν θα πρέπει να βάζει ένα χέρι στην κοιλιά της γυναίκας και πιάνει την κορυφή της μήτρας μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων. Θα πρέπει επίσης να εισάγει το άλλο χέρι του στον κόλπο και μετά αποχωρίζει τον πλακούντα από τα τοιχώματα της μήτρας. Επίσης, όταν ο πλακούντας χωριστεί εντελώς από τα τοιχώματα της μήτρας, ο γιατρός τον αφαιρεί. Μετά, θα πρέπει να εξετάζει τον πλακούντα με προσοχή, για να βεβαιωθεί ότι έχουν αφαιρεθεί όλοι οι ιστοί. Για να προληφθεί πιθανή μόλυνση, είναι δυνατόν χορηγηθούν αντιβιοτικά φάρμακα ως ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή.

1.5.6 Ρήξη του τραχήλου

Σε κάποιες σπάνιες περιπτώσεις, ο τράχηλος μπορεί να τραυματιστεί κατά τον τοκετό. Οι ιστοί του τραχήλου μπορεί να υποστούν ρήξη, αν ο τοκετός προχωράει πολύ γρήγορα ή αν χρησιμοποιήθηκε εμβρυουλκός. Μια ρήξη θα κλείσει με ράμματα, για να προληφθούν προβλήματα σε μελλοντικές εγκυμοσύνες, όπως ανεπάρκεια του τραχήλου - ανικανότητά του να παραμείνει κλειστός στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

1.5.7 Λοίμωξη Ουροποιητικού Συστήματος

Η εισαγωγή του καθετήρα στην ουροδόχο κύστη, για να την αδειάσει στη διάρκεια του τοκετού, αυξάνει τον κίνδυνο λοίμωξης του ουροποιητικού. Αν ο γιατρός των ασθενών υποψιάζεται ότι έχετε πάθει λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος μετά τη γέννηση, τότε μπορεί να γίνει ανάλυση ούρων και να χορηγηθούν τα αντίστοιχα αντιβιοτικά φάρμακα ενδεδειγμένα για τη συγκεκριμένη περίπτωση (Metzger, 2007).

1.6 Επιδημιολογικά Δεδομένα για Επιπλοκές και Πρόωρους Τοκετούς στην Ελλάδα

Στον Ελλαδικό χώρο, η συχνότητα εμφάνισης ενός πρόωρου τοκετού, αγγίζει περίπου το 10% των συνολικών γεννήσεων ετησίως (Tsikouras, Daforoulos, Trypsianis, et al, 2016). Η *ανωριμότητα* του εμβρυϊκού οργανισμού και η έκθεση στη συνέχεια του νεογνού σε λοιμογόνους παράγοντες, αυξάνουν δραματικά τα επίπεδα θνησιμότητας και οδηγούν στη μελλοντική παρουσία σωματικών και νευρολογικών επιπλοκών. Έτσι, το επίπεδο διαβίωσης ενός πρόωρου νεογνού, μειώνεται και η εκδήλωση χρόνιων παθήσεων, αυξάνεται. Δυστυχώς σήμερα, τα πρόωρα νεογνά καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιατρικών ασθενών σε ολόκληρη την Ευρώπη πέραν της Ελλάδας (Tsikouras, Daforoulos, Trypsianis, et al, 2016).

Αποφαίνεται ότι τα επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με την προωρότητα νεογνών, παρουσιάζουν μια παρατεταμένη αύξηση ιδίως τις δύο (2) τελευταίες δεκαετίες. Ενώ στα τέλη του περασμένου αιώνα το ποσοστό κυμαινόταν από 6 έως 7%, των συνολικών περιπτώσεων γεννήσεων, σήμερα

έχει ξεπεράσει τα επιτρεπτά όρια και υπολογίζεται ότι είναι μεγαλύτερο του 12% (αξίζει να αναφερθεί ότι η Αμερική που διαθέτει ακριβέστερο αρχείο γεννήσεων δηλώνει ότι το ποσοστό της αγγίζει το 20%) (Tsikouras, Dafopoulos, Trypsianis, et al, 2016).

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι στα 10 παιδιά που γεννιούνται σήμερα, τα 1-2 είναι πρόωρα ή σε παγκόσμιο επίπεδο αυτό εκφράζεται με απόλυτους αριθμούς πως ετησίως γεννιούνται σε όλο τον κόσμο 15.000.000 πρόωρα νεογνά από τα οποία 500.000 γεννιούνται σε Ευρωπαϊκές χώρες (Baud, Greub, 2011). Στατιστικά, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία που αξιολογούνται διαπιστώνεται ότι η προωρότητα καταδεικνύει αυξητικό ρυθμό κατά τα τελευταία 10 χρόνια σε ολόκληρη την Ευρώπη και αυτή η αρνητική εξέλιξη αναμένεται να συνεχίσει και τα επόμενα χρόνια (Tsikouras, Dafopoulos, Trypsianis, et al, 2016).

Τέλος, το 40% των συνολικών θανάτων που πραγματοποιήθηκαν πριν τα 5 έτη αναφέρονταν σε νεογνά που βρίσκονταν περίπου στις 28 ημέρες ζωής. Το μεγαλύτερο μερίδιο θνησιμότητας καλύπτει επιπλοκές προωρότητας που εμφανίστηκαν πριν τις 37 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης του εμβρύου ή από την παρουσία μη αναμενόμενων διαταραχών κατά την διεξαγωγή του τοκετού. (Πολυχρονίδης, 2010).

2. Κεφάλαιο 2^ο –Συνήθης Επιπλοκές σε Εγκύους Καθώς και Έρευνες για τα Είδη και τις Επιπλοκές στις Ηλικιακές Ομάδες έως 21 και Μεγαλύτερες των 40 Ετών

2.1 Επιπλοκές Τοκετού Λόγω Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι, ως γνωστόν, μια χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας, γλυκοζουρίας και, σε βαριές μορφές, δυνατόν να μεταπέσει σε διαβητική κετοξέωση, λόγω σχετικής ή απόλυτης έλλειψης ινσουλίνης. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί την πιο συχνή ενδοκρινική επιπλοκή της κύησης και την πιο συχνή πάθηση που συνοδεύει την κύηση μετά την αναιμία και την υπέρταση (Παπαντωνίου, 2000).

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μοναδική ευκαιρία για ομαδικό προ-συμπτωματικό έλεγχο (screening) για τις γυναίκες που θα αναπτύξουν αργότερα διαβήτη, γιατί επηρεάζει τον μεταβολισμό των υδατανθράκων προς την κατεύθυνση της υπεργλυκαιμίας και για το λόγο αυτό 3-5% των εγκύων εκδηλώνουν παθολογική καμπύλη σακχάρου. Η έγκαιρη διάγνωση του προϋπάρχοντος ή λανθάνοντος διαβήτη είναι πολύ σημαντική στην κύηση. (Παπαντωνίου, 2000).

Η διαβητική κετοξέωση αποτελεί άμεσο κίνδυνο για τη ζωή του εμβρύου, ενώ η υπεργλυκαιμία στην περίοδο της σύλληψης ενέχεται για εξαπλάσια εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών της μέσης γραμμής (midling birth defects) και ευθύνεται για το 40% της περιγεννητικής θνησιμότητας. Η περιγεννητική θνησιμότητα πριν την ανακάλυψη της ινσουλίνης μπορούσε να ξεπεράσει το 60% και η μητρική θνησιμότητα έφτανε το 30%. Σήμερα με τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, η πιθανότητα σύλληψης και η διατήρηση της κύησης στην καλά ελεγχόμενη διαβητική γυναίκα βρίσκεται σχεδόν στα φυσιολογικά επίπεδα, η περιγεννητική θνησιμότητα έπεσε κάτω από 5% και η μητρική θνησιμότητα είναι παρόμοια με εκείνη των μη διαβητικών εγκύων. (Παπαντωνίου, 2000).

2.1.1 Γενικός Ορισμός Σακχαρώδη Διαβήτη και Διαβήτη Κύησης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μια σύνθετη διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων που προκαλείται πρωταρχικά από μια μερική ή ολική έλλειψη της έκκρισης της ινσουλίνης, από τα β-κύτταρα του παγκρέατος ή από μειωμένο αριθμό υποδοχέων ινσουλίνης στις μεμβράνες των κυττάρων και έχει αντίκτυπο στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών και των λιπών. Αυτή η έλλειψη, ανεπάρκεια, μειωμένη δράση της ινσουλίνης ή η μειωμένη ευαισθησία των ιστών στη δράση της έχει σαν αποτέλεσμα την υπεργλυκαιμία, γλυκοζουρία.

Ο μυϊκός ιστός αδυνατεί να χρησιμοποιήσει τη γλυκόζη με αποτέλεσμα την απελευθέρωση αμινοξέων ενώ από τον λιπώδη ιστό απελευθέρωση λιπαρών οξέων που ο ηπατικός μεταβολισμός τους προκαλεί συσσώρευση κετονοσωμάτων, δηλαδή, παθολογικό μεταβολισμό υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών (Λυκερίδου, 2002).

Ως διαβήτης της κύησης, ορίζεται η ποικίλου βαθμού παθολογική διαταραχή στην ανοχή των υδατανθράκων, η οποία, για πρώτη φορά, εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο διαβήτης της κύησης συνήθως γίνεται πιο ήπιος ή εξαφανίζεται μετά τον τοκετό. Η καμπύλη ανοχής γλυκόζης που στη διάρκεια της κύησης είναι παθολογική, μετά την κύηση γίνεται φυσιολογική (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Η συχνότητα του διαβήτη της εγκυμοσύνης ανέρχεται σε ένα ποσοστό 1-2,5% επί όλων των κυήσεων και η συχνότητα αυτή είναι 10 φορές μεγαλύτερη από τη συχνότητα των περιπτώσεων εκείνων στις οποίες ο διαβήτης είχε εκδηλωθεί προ της εγκυμοσύνης. Παρά τις προόδους που έχουν πραγματοποιηθεί στην αντιμετώπιση των διαβητικών εγκύων, ο διαβήτης της εγκυμοσύνης παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για τη μητέρα και το έμβρυο (Κοφίνης, 2003, Ιατράκης, 2004).

2.1.2 Παράγοντες Κινδύνου για Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης

Εκτίμηση για σακχαρώδη διαβήτη κύησης πρέπει να γίνεται στην πρώτη προγεννητική επίσκεψη, παρότι δεν υπάρχει ακόμα και σήμερα ομοφωνία στο

ποιες γυναίκες πρέπει να ελέγχονται. Γυναίκες με ένα ή περισσότερα κλινικά χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου σακχαρώδη διαβήτη κύησης, όπως παχυσαρκία προ της κύησης (>90 κιλά) ή υπερβολική αύξηση βάρους στην κύηση, ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη σε συγγενείς πρώτου βαθμού, ιστορικό παθολογικής δοκιμασίας ανοχής στη γλυκόζη, ύπαρξη γλυκοζουρίας σε δύο τουλάχιστον περιπτώσεις ή σε μία περίπτωση πριν από τη 16^η εβδομάδα, βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό (ενδομήτριος θάνατος, μακροσωμία, συγγενείς διαμαρτίες), προχωρημένη ηλικία μητέρας, υπέρταση, πολυτοκία (>4 κηύσεις), υπέρβαρα νεογνά (>4.500 gr), επίμονη μυκητιασική κολπίτιδα, αγγειακές βλάβες, νεφροπάθεια στην κύηση, επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις, πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία διαλογής το συντομότερο δυνατό (Baud, Greub, 2011).

Αν είναι αρνητική, επανελέγχονται μεταξύ των 24-28 εβδομάδων κύησης διότι η μη ανοχή στη γλυκόζη εκδηλώνεται, γενικά, μετά από αυτή την ηλικία κύησης. Γυναίκες μέτριου κινδύνου πρέπει να ελέγχονται επίσης στις 24-28 εβδομάδες. Περιπτώσεις με χαμηλό κίνδυνο δεν απαιτούν δοκιμασία γλυκόζης αλλά αυτές περιορίζονται σε γυναίκες με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: ηλικία <25 ετών, φυσιολογικό σωματικό βάρος πριν από την εγκυμοσύνη, αλλά αύξηση του βάρους κατά τη διάρκειά της, μέλος μιας εθνικότητας με χαμηλή συχνότητα σακχαρώδη διαβήτη κύησης, αρνητικό ιστορικό για: παθολογική δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης, σακχαρώδη διαβήτη σε συγγενείς πρώτου βαθμού, επιπλοκές κατά τη διάρκεια προηγούμενης εγκυμοσύνης και τοκετού (Ιατράκης, 2004, Κοφίνης, 2003, Παπαδημητρίου, Μαστρομηνάς, Σιδέρης, 1989).

Η επίδραση του διαβήτη στην εγκυμοσύνη είναι βλαπτική για τη μητέρα και το έμβρυο και ορισμένες από τις παρατηρούμενες επιπλοκές είναι χαρακτηριστικές της επιδράσεως της μεταβολικής αυτής ανωμαλίας πάνω στη μητέρα και στο κύημα. Ορισμένες από τις επιπλοκές αυτές είναι οι εξής (Metzger, 2007):

Επιπλοκές στη Μητέρα

- ☐ Προεκλαμψία
- ☐ Υδράμνιο

- ☒ Διαβητική νεφροπάθεια
- ☒ Διαβητική νευροπάθεια
- ☒ Ουρολοιμώξεις
- ☒ Μονιλίαση - Αιδιοκολπίτιδα
- ☒ Υπερέμεση
- ☒ Αυτόματες εκτρώσεις
- ☒ Πρόωρος τοκετός
- ☒ Αμφιβληστροειδοπάθεια
- ☒ Διαβητική οξέωση
- ☒ Μετεγχειρητικές Λοιμώξεις και Λοιμώξεις μετά από Κολπικό Τοκετό
- ☒ Αιμορραγία μετά τον Τοκετό

Επιπλοκές στο Έμβρυο

- ☒ Συγγενείς ανωμαλίες
- ☒ Μακροσωμία
- ☒ Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας
- ☒ Υπογλυκαιμία
- ☒ Υποασβεστιαμία
- ☒ Υπερχολερυθριναιμία
- ☒ Υπέρβαρα έμβρυα και νεογνά

Η σωστή παρακολούθηση της διαβητικής εγκύου, με τις κατάλληλες οδηγίες και την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης μειώνει την περιγεννητική θνησιμότητα και το ποσοστό των νεογέννητων με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας. Ενώ, παλαιότερα, σε σακχαρώδη διαβήτη στη διάρκεια της κύησης, γινόταν προγραμματισμένες καισαρικές τομές αρκετά νωρίτερα από το τέλος της κύησης, σήμερα η σωστή παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου και η διαπίστωση της έλλειψης δυσπραγίας του μαζί με την έλλειψη επιπλοκών από τη μητέρα μπορεί να οδηγήσει σε φυσιολογικό τοκετό στο τέλος της κύησης. (Κεφαλογιάννης, 2003).

Ο σχεδιασμός κάθε θεραπευτικού προγράμματος που αφορά στις διαβητικές έγκυες, έχει ως σκοπό η μητρική και η βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα, να παραμείνουν σε επίπεδα ίδια με εκείνα των μη διαβητικών εγκύων. Καλή

ρύθμιση πριν τη σύλληψη, κατά την διάρκεια της οργανογένεσης, σε ολόκληρη την εγκυμοσύνη και κατά τον τοκετό, σε όλες τις διαβητικές έγκυες, είναι η επιδίωξη, για να υπάρξει αίσια έκβαση της κύησης. (Κεφαλογιάννης, 2003)

A) Φροντίδα της Διαβητικής Εγκύου πριν από τη Σύλληψη

Η σύγχρονη αντιμετώπιση της διαβητικής γυναίκας που ενδιαφέρεται να αποκτήσει παιδί, πρέπει να αρχίζει πριν από τη σύλληψη. Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης αυτής περιλαμβάνονται συμβουλές για τη δίαιτα, το κάπνισμα και τη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων. Το σημαντικότερο όμως τμήμα της φροντίδας πριν από τη σύλληψη είναι ο ακριβής προσδιορισμός της μεταβολικής ισορροπίας και η επίτευξη επιπέδων γλυκόζης ορού γύρω από τα φυσιολογικά όρια. (Ρούσσος, 1997).

Για την επιτυχία αυτών των στόχων είναι απαραίτητο να γνωρίζει η διαβητική γυναίκα την εξελικτική πορεία του σακχαρώδη διαβήτη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου. Επίσης, πρέπει να ενημερώνεται από τους γιατρούς, ώστε η ίδια στο σπίτι να μετράει το σάκχαρό της με ειδικές συσκευές μέτρησης και να μεθοδεύει την καλή ρύθμισή του. Για την προετοιμασία, λοιπόν, της διαβητικής γυναίκας για εγκυμοσύνη είναι χρήσιμα τα εξής:

- α) Η αυτορύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη με τη μέτρηση του σακχάρου με ειδικές συσκευές (σακχαρόμετρα),
- β) Η συστηματική ινσουλινοθεραπεία,
- γ) Η εξατομίκευση της δοσολογίας της ινσουλίνης,
- δ) Η προσεκτική εφαρμογή της ενδεδειγμένης διατροφής,
- ε) Ο καθορισμός του χρόνου γευμάτων και του μικρού γεύματος προ του ύπνου,
- στ) Ο σχεδιασμός της φυσικής δραστηριότητας και της σωματικής άσκησης,
- ζ) Η πρόσληψη υδατανθράκων και γλυκαγόνης στην υπογλυκαιμία,
- η) Ο περιορισμός του stress

B) Φροντίδα της Διαβητικής Εγκύου κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης

Η παρακολούθηση της διαβητικής εγκύου πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών που θα περιλαμβάνει το μαιευτικό προσωπικό και το διαβητολόγο. Ο διαβητολόγος, πιθανόν και σε συνεργασία με διαιτολόγο, πρέπει να δώσει ακριβείς οδηγίες για τη διαίτα και τον ακριβή έλεγχο του σακχάρου στο αίμα έτσι ώστε να μπορεί η ίδια η γυναίκα να παρακολουθεί το σάκχαρο των ούρων και του αίματος μόνη της. Σημασία έχει η ενημέρωση της διαβητικής γυναίκας και του στενού περιβάλλοντός της για πιθανές επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη στην ίδια (όπως πιθανότητα παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της κύησης) και στο έμβρυο (αυξημένος κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών, παραμονή του νεογέννητου στην μονάδα εντατικής θεραπείας, κληρονομική επιβάρυνση της νόσου στο παιδί) (Ιατράκης, 2004).

Γ) Υπερηχογραφική και Εργαστηριακή Παρακολούθηση Εμβρύου

Εντατική παρακολούθηση του εμβρύου και της πλακουντιακής λειτουργίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποτελούν βασική προϋπόθεση για την καλή έκβαση της εγκυμοσύνης. Η τελευταία δεκαετία ήταν η περίοδος που αναπτύχθηκε το μεγάλο ενδιαφέρον για τη μελέτη και καθιέρωση στην κλινική πράξη των διαφόρων μεθόδων παρακολουθήσεως του εμβρύου. (Διακομανώλης, 1989). Οι διάφοροι τρόποι παρακολούθησης του εμβρύου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα.

| | |
|-----------------------------|--|
| Κλινικές Μέθοδοι | <p>Ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως.</p> <p>Αίσθηση των πρώτων σκιρτημάτων του εμβρύου.</p> <p>Εκτίμηση του μεγέθους της μήτρας με δακτυλική εξέταση στην αρχή της εγκυμοσύνης.</p> <p>Εκτίμηση της περιφέρειας της κοιλίας με εκατοστόμετρο.</p> <p>Ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου.</p> <p>Συχνότητα εμβρυϊκών σκιρτημάτων.</p> |
| Βιοχημικές Μέθοδοι | <p>A-εμβρυϊκή σφαιρίνη</p> <p>Οιστριόλη-Ελεύθερη οιστριόλη στο πλάσμα(E₃)</p> <p>Πλακουντιακό γαλακτογόνο (H.P.L.)</p> |
| Ηλεκτρονικές μέθοδοι | <p>Υπέρηχοι</p> <p>Oxytocin Challenge test(O.C.T.)</p> <p>Nonstress test (N.S.T.)</p> |

Πηγή: Διακομανώλης, 1989

2.1.3 Θεραπευτική Αντιμετώπιση Σακχαρώδους Διαβήτη Κύησης

Η αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να γίνει σε συνεργασία του διαβητολόγου -παθολόγου, του διαιτολόγου, του μαιευτήρα, της μαίας και της ίδιας της ασθενούς, μετά από κατάλληλες οδηγίες. Η θεραπευτική προσέγγιση αυτών των κυήσεων περιλαμβάνει την αυτο-μέτρηση της γλυκόζης (home blood glucose monitoring - HBGM), διαιτητικές παρεμβάσεις, αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και, σε περίπτωση αποτυχίας των ανωτέρω, φαρμακευτική παρέμβαση με σκοπό την επίτευξη των γλυκαιμικών στόχων. Ο θεραπευτικός στόχος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης HAPO, είναι τιμές γλυκόζης νηστείας, 1 ώρας μεταγευματικά και 2 ώρες μεταγευματικά < 95, < 140 και < 120 mg/dl, αντίστοιχα (Metzger, 2008).

Ως πιθανή εναλλακτική θεραπεία έχουν αναδειχθεί κατά τα τελευταία έτη, οι από του στόματος χορηγούμενοι υπογλυκαιμικοί παράγοντες, όπως η μετφορμίνη και η δεύτερης γενιάς σουλφονουλουρία γλιπουρίδη. Όσον αφορά στις μακροπρόθεσμες συνέπειες των τελευταίων στα έμβρυα, μελέτες έχουν αναδείξει ότι δεν προκαλούν τερατογένεση ή άλλες άμεσες βλάβες στα, παρ'

όλο που η μετορμίνη διέρχεται, σε κάποιο βαθμό, τον πλακούντα. Στη μελέτη MIG, σύγκριση μεταξύ δύο ομάδων γυναικών, μίας που λάμβανε μετορμίνη με ή χωρίς προσθήκη ινσουλίνης και μίας δεύτερης που λάμβανε αποκλειστικά ινσουλίνη, δεν ανέδειξε σημαντική διαφορά στο γλυκαιμικό έλεγχο της μητέρας ή στη συχνότητα εμφάνισης νεογνικών ή μητρικών 70 επιπλοκών. Επίσης, στην ίδια μελέτη δεν αναδείχθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στα έμβρυα - νεογνά, οι οποίες να μπορούσαν να αποδοθούν στη χορήγηση μετορμίνης (Weiss, Malone, Emig, et al., 2004).

2.1.4 Εκπαίδευση και Ενημέρωση της Διαβητικής Εγκύου

Σωστή, πλήρης ενημέρωση και εκπαίδευση της διαβητικής εγκύου στα προβλήματα που αφορούν την εγκυμοσύνη με σκοπό να προληφθούν οι επιπλοκές από τη μητέρα και να ανιχνευθεί έγκαιρα η δυσχέρεια του εμβρύου, είναι υψίστης σημασίας. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή του ενδομήτριου θανάτου αλλά και την αποφυγή του πρόωρου τοκετού. (Κεφαλογιάννης, 2003).

Πολύ σημαντικές είναι οι συστηματικές και προγραμματισμένες επισκέψεις της εγκύου σε ειδικό διαβητολογικό κέντρο με την συνεργασία μιας ομάδας γιατρών. Οι επισκέψεις αυτές ανάλογα με την βαρύτητα της περιπτώσεως γίνονται κάθε 1-2 εβδομάδες μέχρι την 28^η εβδομάδα της κυήσεως και εν συνεχεία κάθε 5-10 ημέρες. Κάθε φορά γίνεται έλεγχος του σακχάρου, οξύνης και γενικά κλινική εκτίμηση της καταστάσεως της εγκύου. Κάθε 1-2 μήνες γίνεται προσδιορισμός της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. (Λυκερίδου, 2002)

2.2 Λιποβαρή Νεογνά

Ένα βρέφος που γεννιέται υπερβολικά μικρό, συνήθως λιγότερο από το 10% του κανονικού βάρους, θεωρείται λιποβαρές. Ο λέξη λιποβαρής (μερικές φορές χρησιμοποιείται και το ελλιποβαρής) σημαίνει ελλιπής ως προς το βάρος (το λίπος προέρχεται από το λείπω και όχι από το λίπος). Ένα νεογνό μπορεί να θεωρηθεί λιποβαρές όταν το βάρος γέννησης είναι κάτω από 2.500 γραμμάρια μετά από 37 εβδομάδες κύησης. Το λιποβαρές μωρό δεν έχει την

ίδια ποσότητα λίπους στο σώμα του με τα κανονικά σε μέγεθος νεογνά. Έτσι το βρέφος δυσκολεύεται να διατηρήσει τη φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος του και το επίπεδο του σακχάρου στο αίμα. Εκτιμάται σήμερα ότι 1 στα 10 παιδιά γεννιούνται λιποβαρή κι ένας λόγος γι' αυτό είναι ότι τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι πρόωρες γεννήσεις (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Η καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη συμβαίνει όταν το έμβρυο δε λαμβάνει αρκετή τροφή από τη μητέρα μέσω του πλακούντα. Στη συνέχεια, πολλά λιποβαρή παιδιά μεγαλώνουν αργά καθ' όλη τη διάρκεια τουλάχιστον της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Μπορεί επίσης να παρουσιάσουν κάποια καθυστέρηση στην πνευματική τους ανάπτυξη. Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν γιατροί που υποστηρίζουν ότι το να ζυγίζει ένα παιδί λιγότερο από το φυσιολογικό είναι πιο καταστρεπτικό για την υγεία από το να είναι υπέρβαρο.

Το εξαιρετικά χαμηλό βάρος ενός βρέφους συνδέεται με πολλά μελλοντικά προβλήματα υγείας. Τα μωρά που ζυγίζουν αρκετά κάτω από το κανονικό (λιγότερο από 1.500 γραμμάρια κατά τη γέννησή τους) συνήθως δεν φτάνουν στο επιθυμητό ύψος, δεν είναι ιδιαίτερα κοινωνικά και έχουν χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις. Επίσης έχουν αυξημένη θνησιμότητα ως ενήλικες, λόγω καρδιακών παθήσεων και διαβήτη. Τα κορίτσια που γεννιούνται λιποβαρή, έχουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν αργότερα πρόβλημα γονιμότητας (Baud, Greub, 2011).

2.2.1 Αιτίες Λιποβαρών Νεογνών

Πολλές συνθήκες και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής μπορεί να προκαλέσουν καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη. Μία έγκυος μητέρα που δεν τρέφεται σωστά ή δεν μπορεί να πάρει επαρκές βάρος, κινδυνεύει να γεννήσει ένα μικρό βρέφος. Μία γυναίκα που καπνίζει, που κάνει χρήση ναρκωτικών ή πίνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ έχει επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες να γεννήσει λιποβαρές βρέφος. Διάφορα χρόνια νοσήματα, όπως είναι η καρδιαγγειακή νόσος, ο λύκος ή η υπέρταση της μητέρας, βάζουν επίσης το μωρό σε κίνδυνο.

Καταστάσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και μπορεί να προκαλέσουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του βρέφους είναι: ανωμαλίες του πλακούντα και του ομφάλιου λώρου, εμβρυϊκές λοιμώξεις ή διαμαρτίες περί την διάπλαση και την παρουσία περισσότερων του ενός εμβρύων. Η έρευνα έχει εντοπίσει διάφορους λόγους για τους οποίους ένα μωρό μπορεί να έχει χαμηλό βάρος.

1. Η πολύδυμη κύηση
2. Το κάπνισμα
3. Η εργασία της μητέρας στο τέλος της εγκυμοσύνης
4. Η ατμοσφαιρική ρύπανση
5. Το αλκοόλ
6. Η καφεΐνη
7. Η ακρυλαμίδα: Το ακρυλαμίδιο (ακρυλαμίδα) είναι μια ουσία που σχηματίζεται όταν ορισμένες τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες μαγειρεύονται σε υψηλές θερμοκρασίες. Βρίσκεται κυρίως στις τηγανητές πατάτες, τα τσιπς, τα μπισκότα, τα δημητριακά πρωινού αλλά και στον καφέ. Μια διεθνής μελέτη που περιελάβανε 1.100 έγκυες γυναίκες και τα μωρά τους έδειξε ότι το ακρυλαμίδιο αποτελεί αιτία λιποβαρών μωρών. Η διαφορά βάρους ανάμεσα σε νεογνά των οποίων οι μητέρες εκτέθηκαν σε υψηλές ποσότητες ακρυλαμιδίου και σε εκείνα των οποίων οι μητέρες είχαν χαμηλή έκθεση στην ουσία έφθανε τα 132 γραμμάρια, ενώ η διαφορά στην περίμετρο της κεφαλής έφθανε τα 0,32 εκατοστά. Τα παιδιά που γεννιούνται με χαμηλό βάρος λόγω πολύ πρόωρου τοκετού, δεν κινδυνεύουν περισσότερο μόνο από σωματικά προβλήματα, αλλά και από ψυχικά (Metzger, 2007).

Ο αυξημένος κίνδυνος εκτείνεται από την παιδική έως τη μέση ηλικία, σύμφωνα με μια νέα διεθνή επιστημονική μελέτη. Οι ερευνητές, με επικεφαλής την Κάρεν Μάθιουσον του καναδικού Πανεπιστημίου ΜακΜάστερ, μελέτησαν (μετα-ανάλυση) στοιχεία από 41 έρευνες, που συνολικά αφορούσαν 2.712 άτομα που είχαν γεννηθεί πολύ λιποβαρή και 11.127 που είχαν γεννηθεί με κανονικό βάρος. Η μελέτη κάλυψε μια περίοδο 26 ετών (1990-2016) σε 12 χώρες. Η νέα μελέτη επιβεβαιώνει προηγούμενα ευρήματα και δείχνει ότι ακόμη και έως την ηλικία των 40 ετών τα άτομα αυτά κινδυνεύουν πολύ

περισσότερο με διάφορα ψυχικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ντροπαλότητα, μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα κ.α.

Στην παιδική και εφηβική ηλικία τους, έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς και κοινωνικής προσαρμογής. Επειδή τα προβλήματα αυτά εκδηλώνονται στα πρόωρα γεννημένα παιδιά οπουδήποτε στον κόσμο, οι επιστήμονες θεωρούν ότι οφείλονται σε νευροβιολογικούς παράγοντες λόγω της ανεπαρκούς ανάπτυξής τους μέσα στη μήτρα της μητέρας τους. Πάντως, σύμφωνα με τους ερευνητές, πολλά από τα λιποβαρή νεογνά ποτέ στη ζωή τους δεν θα εμφανίσουν τέτοια προβλήματα.

2.3 Προωρότητα

Με την έννοια της Προωρότητας Νεογνών, δηλώνεται ο τοκετός ενός εμβρύου που έχει πραγματοποιηθεί νωρίτερα από την 37η εβδομάδα κύησης. Για να αναγνωρισθεί μια κύηση φυσιολογική θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί 40 εβδομάδες κυοφορίας του εμβρύου. Επειδή δεν μπορούν να δοθούν στη Δημόσια Υγεία σαφή δεδομένα που αφορούν στην ακριβέστερη διάρκεια μιας κύησης, έχει καθιερωθεί ως αξιόπιστο και διεθνές κριτήριο Προωρότητας η τιμή του βάρους που γεννιέται το νεογνό. Έτσι όταν το βάρος γέννησης είναι ίσο ή μικρότερο των 2500kg., ανεξάρτητα από την περίοδο κύησης, το νεογνό ονομάζεται ως πρόωρο. (Friedrich, 2010).

Η Πρόωρη γέννηση αποτελεί σε παγκόσμιο επίπεδο την κυριότερη αιτία θανάτου στα νεογνά, ιδίως για ηλικίες που διανύουν τις 4 πρώτες εβδομάδες ζωής μετά τον τοκετό και ευθύνεται για περισσότερους από 1 εκατομμύριο νεογνικούς θανάτους ετησίως. Επιπλέον, οι επιπτώσεις των πρόωρων γεννήσεων αποτελούν την δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά την πνευμονία σε παιδιά, μικρότερα των 5 ετών. Η ευθύνη της παραπάνω καταγραφής στηρίζεται και αιτιολογείται από την ανάπτυξη των μελλοντικών διαταραχών που υποκρύπτει η Προωρότητα. Είναι μια πολύπλοκη κατάσταση, η οποία ενώ δεν στηρίζεται σε σαφείς αιτιολογίες ωστόσο παρέχει αξιόλογη βάση για προληπτική διερεύνηση (Friedrich, 2010).

Σύμφωνα με την ηλικία κύησης και γέννησης του εμβρύου, τα πρόωρα νεογνά διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Εξαιρετικά πρόωρα δηλώνονται νεογνά με ηλικία κύησης μικρότερη των 28 εβδομάδων, πολύ πρόωρα αποτελούν τα βρέφη με γέννηση εντός του χρονικού διαστήματος 28-32 εβδομάδες ενώ μετρίως έως όψιμα πρόωρα είναι τα νεογνά με ηλικία κύησης από 32 μέχρι και 37 εβδομάδων. Ο ακριβής μηχανισμός εκδήλωσης μιας πρόωρης γέννησης είναι δύσκολα ανιχνεύσιμος διότι το 50% περίπου των συνολικών περιστατικών παρουσιάζονται με άγνωστη αιτία. Σημαντική ενέργεια ωστόσο, είναι η κατηγοριοποίηση και ταυτοποίηση μιας σειράς παραγόντων που αποτελούν προδιάθεση του πρόωρου τοκετού (όπως ιστορικό και σωματική υγεία εγκύου κατά την κύηση - αναφορά δημογραφικών παραγόντων).

Συμπληρωματικά και ενδεικτικά στοιχεία προωρότητας αποτελούν:

- ◆ Το μήκος κεφαλής-πτέρνας (τιμή μικρότερη των 32cm)
- ◆ Το κεφαλομηριαίο μήκος (τιμή μικρότερη των 47cm)
- ◆ Η μετωπιαίο-ινιακή περιφέρεια (τιμή μικρότερη των 33cm)
- ◆ Η μετωπιαίο-ινιακή διάμετρος (τιμή μικρότερη των 11,5cm)
- ◆ Τέλος, το πηλίκο της περιφέρειας του θώρακα και προς την περιφέρεια της κεφαλής (τιμή μικρότερη των 93cm)

Η προωρότητα αποτελεί μια μάστιγα στην γυναικεία φύση, εάν λάβει κανείς υπόψη του ότι το ενδεχόμενο επιβίωσης των νεογνών που γεννήθηκαν σε νωρίτερο χρόνο επηρεάζεται και εξαρτάται από το επίπεδο της ωριμότητας που έχει αναγνωρισθεί, την κλινική εικόνα που φέρει το νεογνό όπως επίσης και την ποιότητα της ιατρικής - νοσηλευτικής φροντίδας που του παρέχεται. Οφείλει κανείς να τονίσει ότι η προωρότητα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου κατά τη νεογνική περίοδο ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας σε βρέφη με βάρος σώματος μικρότερο των 2500Kg υπολογίζεται ότι είναι 17 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τα νεογνά που ζύγισαν πάνω από 2500kg. (Friedrich, 2010).

Ο μη φυσιολογικός πνευμονικός αερισμός, η προσβολή του νεογνού από λοιμογόνο παράγοντα, η παρουσία ενδοκρανιακής αιμορραγίας, η εμφάνιση πηκτικών διαταραχών και τέλος οποιαδήποτε χρωμοσωμική ανωμαλία αποτελούν σήμερα τις σημαντικότερες διαταραχές που όταν συμπίπτουν με

την προωρότητα οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας των νεογνών (Friedrich, 2010).

2.3.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες του Πρόωρου Τοκετού

Μέχρι σήμερα δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί με σαφήνεια ποια ακριβώς είναι η αιτιολογία ή ο μηχανισμός δράσης που οδηγεί μια γυναίκα να γεννήσει πριν την αναμενόμενη και προγραμματισμένη ημερομηνία, είτε το πρόβλημα προέρχεται από την ίδια είτε από το έμβρυο. Έτσι λοιπόν, παρουσιάζεται ένα ευρύ πλαίσιο πολυάριθμων διαταραχών (μαιευτικές - γυναικολογικές, παθολογικές ή ανατομικές δυσλειτουργίες) τα οποία εμπλέκονται ή προδιαθέτουν σε σημαντικό βαθμό την αύξηση ενός πρόωρου τοκετού. Οι επαγγελματίες υγείας (ιατρικό - νοσηλευτικό - μαιευτικό προσωπικό) υποστηρίζουν ότι το 25 με 50% των κρουσμάτων προωρότητας δεν συνηγορούν προς ένα συγκεκριμένο γεγονός αλλά στηρίζονται σε παράγοντες παθήσεων που αλληλοεπιδρούν στην ηλικία κύησης. (Edenhofer, 2010).

2.3.2 Περιπτώσεις που Ευνοούν την Πρόωρη Γέννηση Νεογνών

Γνωστότερες καταστάσεις που έχουν αποδειχθεί ότι μπορεί να *πυροδοτήσουν* την πρόωρη γέννηση ενός εμβρύου είναι οι εξής (Andolf, Thorsell, Källén, 2013):

ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

- ❖ Παρουσία υπέρτασης κατά την κύηση
- ❖ Προδρομικός πλακούντας
- ❖ Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- ❖ Εμβρυοπλακουντιακή ανεπάρκεια
- ❖ Πολύδυμη κύηση
- ❖ Υδράμνιο ή ολιγάμνιο
- ❖ Πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων
- ❖ Γενετικές διαταραχές

- ❖ Εκδήλωση χωροκατακτητικών εξεργασιών στην περιοχή των έσω γεννητικών οργάνων (ινομύματα, όγκοι ωοθήκης)
- ❖ Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στη μήτρα (Edenhofer, 2015).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- ❖ Εμφάνιση συστηματικών ασθενειών
- ❖ Δυσλειτουργίες Ενδοκρινικού συστήματος
- ❖ Παρατεταμένες λοιμώξεις του Ουροποιητικού συστήματος
- ❖ Φλεγμονές εντοπισμένες στα γεννητικά όργανα της γυναίκας
- ❖ Σκωληκοειδίτιδα
- ❖ Χολοκυστίτιδα (Edenhofer, 2015)

ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

- ❖ Δυσμορφία και ανικανότητα του τραχήλου της μήτρας
- ❖ Συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας (Edenhofer, 2015),

ΕΠΙΠΛΕΟΝ:

- ❖ Μείωση της τιμής της προγεστερόνης και αύξηση της τοπικής παραγωγής προσταγλανδινών.
- ❖ Επιβαρυσμένο ιστορικό μητέρας από παρελθοντικές εκτρώσεις, αποβολές ή πρόβλημα προσωρινής στειρότητας.
- ❖ Ηλικιακό επίπεδο εγκύου
- ❖ Διαταραγμένο ψυχολογικό - οικονομικό υπόβαθρο διαβίωσης της εγκύου (κακές συνθήκες επιβίωσης, εγκατάσταση αγχώδους συμπεριφοράς, stress)
- ❖ Κάπνισμα ή κατανάλωση ουσιών που εθίζουν τον οργανισμό και προκαλούν συμπτώματα εξάρτησης
- ❖ Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών
- ❖ Ανθυγιεινή διατροφή ή παχυσαρκία
- ❖ Δυσλειτουργίες στα οργανικά συστήματα νεογνών

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Το πρόωρο νεογνό, ακριβώς μετά τη γέννηση του, παρουσιάζει την σημαντικότερη αναπνευστική δυσλειτουργία, η οποία θα πρέπει άμεσα να

αντιμετωπιστεί. Καλείται Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας και η εκδήλωση του πυροδοτείται λόγω της ανωριμότητας των πνευμόνων να τελέσουν μια φυσιολογική αναπνοή και της απόρροιας που ακολουθεί από την έλλειψη του επιφανειοδραστικού παράγοντα (ελαττώνεται η επιφανειακή τάση των τοιχωμάτων των κυψελίδων και εμποδίζει την μεταξύ τους σύμπτωση). (Middleton, 2006),

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ο μεγαλύτερος αριθμός πρόωρων νεογνών παρουσιάζουν ανοιχτό αρτηριακό πόρο, παρόλα αυτά όμως σε ποσοστό 75% στην πορεία της ζωής του δείχνει να κλείνει από μόνος του. Με τον αρτηριακό πόρο βοηθάτε η κυκλοφορία του αίματος όχι μόνο κατά την εμβρυική του ηλικία αλλά και μετά την λήξη του τοκετού. Επιπλοκές της συγκεκριμένης καρδιακής διαταραχής είναι η πνευμονική συμφόρηση και η καρδιακή κάμψη. (Middleton, 2006)

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η μεγαλύτερη αιτία αύξησης της θνησιμότητας των πρόωρων νεογνών, οφείλεται στην εγκεφαλική αιμορραγία, η οποία αποτελεί την πιο επικίνδυνη νευρολογική διαταραχή. Θεωρείται ένα πρόβλημα άμεσης εκδήλωσης αν σκεφτεί κανείς ότι αναπτύσσεται μέχρι και την 4η ημέρα ζωής του νεογνού. Για να προκληθεί σοβαρή εγκεφαλική βλάβη θα πρέπει να προκληθεί μεγάλου βαθμού αιμορραγία, η οποία θα είναι ικανή να προκαλέσει μέχρι και υδροκεφαλία. (Middleton, 2006)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ

Η σίτιση του νεογνού δέχεται ορισμένες διαταραχές καθότι μια σειρά θρεπτικών συστατικών παρουσιάζονται δύσπεπτες τόσο στην πέψη όσο και στην απορρόφηση τους (κυρίως λίπος και λακτόζη). Σε αυτό συμβάλλει η μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη των αντανεκλαστικών του θηλασμού, της κατάποσης και του βήχα καθώς και η μικρή χωρητικότητα του στομάχου. Λόγω των παραπάνω, το νεογνό κινδυνεύει να εκδηλώσει νεκρωτική εντεροκολίτιδα, μια ισχαιμικού τύπου διαταραχή του εντέρου, που εντοπίζεται κυρίως σε πρόωρα με σωματικό βάρος μικρότερο των 1500 k g. (Middleton, 2006)

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Μια από τις πιο γνωστές διαταραχές του αίματος είναι η αναιμία. Η παρουσία της οφείλεται είτε στο βραχύ χρόνο ζωής των ερυθροκυττάρων είτε στη μειωμένη παραγωγή τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να πυροδοτείτε λόγω των επαναλαμβανόμενων αιμοληψιών και της ταυτόχρονης ένδειξης του οργανισμού σε εξασθενημένο σίδηρο. Σπάνια, εκδηλώνεται σε πρόωρο νεογνό η αιμορραγική διάθεση, η οποία αιτιολογείται από την μειωμένη παραγωγή παραγόντων πήξης από το ανώριμο ήπαρ και χρήζει άμεσης παρέμβασης (κυρίως χορήγηση βιταμίνης Κ). (Middleton, 2006)

ΆΛΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

Επιμέρους προβλήματα αποτελούν η αδυναμία του πρόωρου νεογνού για διατήρηση της σωματικής του θερμοκρασίας (οφείλεται στην ατελής λειτουργία των ομοιοστατικών μηχανισμών παραγωγής και αποβολής της θερμότητας), η ανάπτυξη οιδημάτων - μη επαρκούς ενυδάτωσης και η εκδήλωση οξέωσης λόγω νεφρικής ανωριμότητας και τέλος η προσβολή του νεογνού από λοιμογόνους παράγοντες λόγω του εξασθενημένου ανοσοποιητικού συστήματος (Middleton, 2006).

Συνηθέστερες παθολογικές διαταραχές που εμπλέκονται σε θέματα προωρότητας

- ◊ Ιδιοπαθές σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας
- ◊ Άπνοια
- ◊ Βρογχοπνευμονική δυσπλασία
- ◊ Ίκτερος
- ◊ Αναιμία
- ◊ Λοιμώξεις
- ◊ Ανοικτός βοτάλειος πόρος
- ◊ Αμφιβληστροειδοπάθεια των πρόωρων
- ◊ Εγκεφαλική αιμορραγία

Θεραπευτική προσέγγιση τοκετού

Εφ' όσον έχει τεθεί η διάγνωση του πρόωρου τοκετού, η απόφαση για τον τρόπο αντιμετώπισής του εξαρτάται από την εκτίμηση των ωδίνων και των

ευρημάτων από την γυναικολογική εξέταση (εξάλειψη τραχήλου, διαστολή) καθώς και από την παρουσία ή όχι αντενδείξεων αναστολής του τοκετού. Η αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού συνιστάται σε προσπάθεια αναστολής των συσπάσεων της μήτρας και συγχρόνως σε προσπάθεια ωρίμανσης των πνευμόνων του εμβρύου προς αποφυγή εμφάνισης του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας στο νεογνό. Η αναστολή των συσπάσεων επιτυγχάνεται με την χορήγηση διαφόρων φαρμακευτικών τοκολυτικών σκευασμάτων (Negri, 2001).

2.3.3 Έρευνες για τις Επιπλοκές σε Έγκυες Γυναίκες Ηλικίας έως 21 και Μεγαλύτερες των 40 Ετών

Σε σχετική μελέτη που έγινε σε 28 χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, προκύπτει ότι το λιγότερο 1,25 εκατομμύρια έφηβες, μένουν έγκυες κάθε χρόνο, και από αυτές μισό εκατομμύριο περίπου θα οδηγηθούν σε έκτρωση, ενώ γύρω στις 750.000 θα γίνουν τελικώς μητέρες σε εφηβική ηλικία. Οι ΗΠΑ εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης από όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες και η Μ. Βρετανία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Στοιχεία από αναφορά της Unicef το 2011, δείχνουν ότι στην Αμερική, το ποσοστό των γεννήσεων στην εφηβική ηλικία, αγγίζει το 52.1% και είναι τέσσερις φορές πιο πάνω από το αντίστοιχο ποσοστό που αφορά τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 2012 σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από το National Center for Health Statistics των ΗΠΑ, συνέβησαν 757.000 κυήσεις σε έφηβες ηλικίας 15-18 ετών. Το 82% των κυήσεων στην εφηβική ηλικία, που προκύπτουν τα τελευταία δύο χρόνια, όπως αναφέρεται από την ίδια πηγή, είναι κυήσεις απρόσμενες. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στις έφηβες σήμερα, υπερβαίνει σε αριθμό τις 800.000 ετησίως (Matsuda et al., 2011).

Στην Ευρώπη, η Μεγάλη Βρετανία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη και σε αντίθεση με την πτώση του ποσοστού εφηβικής εγκυμοσύνης, που καταγράφεται στις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στη Μ. Βρετανία το αντίστοιχο ποσοστό παραμένει σχετικά σταθερό, ειδικά στις εφήβους ηλικίας από 16 ετών και κάτω.

Το 2012 ο αριθμός των εφηβικών κυήσεων στη Μ. Βρετανία ήταν 46.745 από τις οποίες το 50% κατέληξε στη γέννηση ενός παιδιού, προκαλώντας έτσι το γεγονός η Μ. Βρετανία να έχει ένα ποσοστό εφηβικών γεννήσεων, διπλάσιο από εκείνο της Γερμανίας, τριπλάσιο από της Γαλλίας και έξι φορές περισσότερο από τις Σκανδιναβικές χώρες. Το 2004 το ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στη Μ. Βρετανία ήταν της τάξης του 41.5/1000 έφηβες ηλικίας 15-17 ετών. Σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως στη Σουηδία και στη Γαλλία, τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης εμφανίζονται πολύ χαμηλότερα, σε σχέση με αυτά της Μ. Βρετανίας και των Η.Π.Α. (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Αντίστοιχα, στην Ελλάδα το 2007, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας κάτω των 18 ετών, με 76 από αυτές τις γεννήσεις, να αφορούν έφηβες κάτω των 15 ετών. Ουσιαστικά το χρονικό διάστημα 2000-2007, παρατηρείται μικρή αύξηση στις γεννήσεις από έφηβες κάτω των 15 ετών.

Ο αριθμός των καταγεγραμμένων γεννήσεων σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα το έτος 2013 σχεδόν διπλασιάζεται, ανέρχεται στις 92 γεννήσεις, ενώ το έτος 2015 παρουσιάζει μια μικρή μείωση, παρόλα αυτά όμως παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή μεταξύ 15-19 ετών και εκεί όπως αναμένεται εμφανίζεται αυξημένος αριθμός γεννήσεων που ετησίως για το ίδιο χρονικό διάστημα 2000-2007 φτάνει περίπου τις 3.500 χιλιάδες με πολύ μικρή διαφοροποίηση ανά έτος. Η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει βέβαια μειωθεί την τελευταία εικοσαετία, γεγονός που μάλλον συνδέεται με την αύξηση των αμβλώσεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Εκτός των ανωτέρω ωστόσο, σημειώνεται πως ο τοκετός σε νεαρή (ηλικίας κάτω των 21 ετών) ή προχωρημένη ηλικία μητέρας (ηλικίας άνω των 40 ετών) συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων περιγεννητικών μητρικών αποτελεσμάτων, όπως η αιμορραγία μετά τον τοκετό, η εκλαμψία και η δυσφαγία των κεφαλοπηγγιών, καθώς και οι δυσμενείς οι περισσότερες περιπλοκές παραμένουν ανεξάρτητες από σημαντικούς γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες όπως η φτώχεια, η ανεπαρκής προγεννητική

φροντίδα και / ή η αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Άλλες κλινικές μελέτες βασισμένες στον πληθυσμό που χρησιμοποιούν τα τρέχοντα δεδομένα για να εξετάσουν τις συσχετίσεις της ηλικίας της μητέρας με επιπλοκές από την γέννηση εμβρύων, χρειάζονται για να συμβάλουν στην οριοθέτηση της συμβολής της μητρικής ηλικίας στην περιγεννητική μητρική νοσηρότητα. Αυτά τα ευρήματα θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη διαχείριση των κινδύνων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ειδικά όταν τα σημεία και τα συμπτώματα των επιπλοκών μπορούν να παρακολουθούνται από τον κλινικό ιατρό ή / και την έγκυο γυναίκα. Η ηλικία της μητέρας επηρεάζει την εγκυμοσύνη από τη σύλληψη μέχρι την γέννηση του νεογνού (Baud, Greub, 2011). Οι ιατρικές ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση που συμβαίνουν με την αυξανόμενη ηλικία, αυξάνουν τους κινδύνους εγκυμοσύνης που σχετίζονται με την ηλικία.

Η γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία και τον κίνδυνο αποβολών, προβληματικών κυήσεων, χρωμοσωμικών ανωμαλιών και αυξήσεων συγγενών ανωμαλιών. Το δεύτερο ήμισυ της περιόδου της εγκυμοσύνης, μπορεί να περιπλέκεται από την προεκλαμψία, τον διαβήτη της κύησης (GDM), τον περιορισμό της ενδομήτριας ανάπτυξης (IUGR) και την αιμορραγία πριν τον τοκετό (Cunnington, 2001). Υπάρχει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης με επιπλοκές, με καισαρική τομή και μετά τον τοκετό με εμφάνιση αιμορραγίας, μεταξύ αυτών των γυναικών. Τα νεογνά επηρεάζονται λόγω πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης του εμβρύου.

Επίσης έχουν διεξαχθεί μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο για την ανάλυση των επιδράσεων της προχωρημένης μητρικής ηλικίας στην έκβαση της εγκυμοσύνης. Καθώς ο αριθμός των γυναικών με προχωρημένη ηλικία μητέρας αυξάνεται, δηλαδή άνω των 40 ετών, διεξήχθη μια ενδελεχή μελέτη παρατήρησης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων εγκυμοσύνης σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω. Η εγκυμοσύνη σε προχωρημένη ηλικία της μητέρας, συνδέεται με αυξημένους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο. Διάφορες μελέτες έχουν αναλύσει αυτό το αποτέλεσμα. Η εν λόγω μελέτη

διεξήχθη για να αξιολογήσει το περιγεννητικό αποτέλεσμα σε αυτή την ομάδα γυναικών στο νοσοκομείο (Raatikainen et al., 2016).

Μεταξύ των 1.263 εγκύων γυναικών περιλαμβάνονται 111 γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω (9,63%), οι περισσότερες ήταν διαφορετικών εθνικοτήτων (91%). Φαίνεται ότι η πλειοψηφία τους είχε το πρώτο παιδί πριν από την ηλικία των 20 ετών, καθυστερώντας τη δεύτερη και τις επόμενες εγκυμοσύνες. Οι γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω βρέθηκαν να έχουν υψηλότερα ποσοστά υποβοηθούμενης σύλληψης, 12,6%, σε σύγκριση με 3,5% γυναίκες άνω των 40 ετών ($p = 0,00$). Αυτές οι γυναίκες είχαν ανταποκριθεί μόνο στην πρόκληση ωορρηξίας (είτε με κιτρικό κλομιφαίνιο είτε με λετροζόλη) και δεν χρειάστηκαν άλλες επιλογές όπως η IUI / IVF ET (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Στην ίδια μελέτη σημειώνεται πως οι απώλειες στην πρώιμη εγκυμοσύνη ήταν σημαντικά υψηλότερες στις γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω, δηλαδή περίπου 18,9% σε σύγκριση με 10,5% στις γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών ($p = 0,00$). Ωστόσο, δεν μπορούσε να αποδοθεί σε κάποια συγκεκριμένη αιτία, όπως η ανεφυσιολογία, καθώς οι καρυοτυπίες αποστέλλονταν μόνο σε λίγες γυναίκες. Πολλές από τις μελέτες έχουν βρει υψηλότερο ποσοστό ανευπλοειδισμού μεταξύ αποβολών σε γυναίκες με προχωρημένη μητρική ηλικία.

Το συνολικό ποσοστό συγγενών ανωμαλιών ήταν χαμηλό (0,95%), μόνο δύο συγγενείς ανωμαλίες παρατηρήθηκαν στις γυναίκες 40 ετών και άνω: η μία ήταν μια συγγενής διαφραγματική κήλη και η άλλη ήταν ανοικτή σπειροειδή διφρίτιδα. Αυτός ο ρυθμός συγγενών ανωμαλιών είναι πολύ χαμηλότερος από τα αναφερόμενα στοιχεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται και πάλι στον μικρότερο πληθυσμό της μελέτης (Romero, et al., 2007).

Σε διαφορετική μελέτη, σημειώνεται πως οι υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης ήταν σημαντικά υψηλότερες στις γυναίκες 40 ετών και άνω. Μεταξύ αυτών των γυναικών μεταξύ 40 και 45 ετών που είχαν κύηση, μόνο δύο γυναίκες χρειάστηκαν πρόωρη επαγωγή λόγω σοβαρής προεκλαμψίας. Μια εξ αυτών γέννησαν κανονικά, ενώ μια άλλη κύηση απαιτούσε μια καισαρική τομή. Δύο γυναίκες είχαν ενδομήτριο περιορισμό ανάπτυξης (IUGR) ως επιπλοκή της προεκλαμψίας. Καμία δεν ανέπτυξε εκλαμψία στην

ομάδα μελέτης, ενώ ένας ασθενής από γυναίκες κάτω των 40 ετών, ανέπτυξε εκλαμψία (Tsikouras, Daforoulos, Trypsianis, et al, 2016).

Ωστόσο, η συχνότερη εμφάνιση υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, αναφέρθηκε σε διάφορες μελέτες. Ο πλακούντας θεωρείται αιτία προγεννητικής αιμορραγίας σε υψηλότερο ποσοστό σε γυναίκες με προχωρημένη ηλικία, δηλαδή άνω των 40 ετών. Αυτός ο υψηλότερος ρυθμός αύξησης, δεν μπορούσε να εξηγηθεί από άλλες αιτίες όπως η προεκλαμψία. Επίσης σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ο αυξημένος κίνδυνος προγεννητικού πλακούντα με την πρόοδο της μητρικής ηλικίας. Παρόλο που η βιβλιογραφία έχει αναφέρει άλλες επιπλοκές, οι πρόωρες γεννήσεις και ο πλακούντας σε γυναίκες με προχωρημένη ηλικία, δεν αναφέρονται πάντα ως στατιστικά σημαντικές στη κάθε μελέτη (Raatikainen et al., 2016)

Η μεταγενέστερη εγκυμοσύνη είναι η συνηθέστερη αιτία για την πρόκληση επιπλοκών σε γυναίκες με προχωρημένη ηλικία (από 40 ετών και άνω). Η συχνότητα της καισαρικής τομής δεν είναι σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την πλειονότητα της βιβλιογραφίας όπου σημειώθηκαν υψηλότερα ποσοστά καισαρικής τομής. Ωστόσο, ο λόγος αυτής της παρατήρησης δεν αποδεικνύεται. Η πιο συνηθισμένη ένδειξη για την καισαρική τομή στη μελέτη, είναι η προηγούμενη καισαρική τομή. Πολλοί από αυτούς συσχετίστηκαν με άλλες μαιευτικές επιπλοκές όπως σακχαρώδης διαβήτης κύησης και προεκλαμψία. Άλλοι λόγοι ήταν η μη πρόοδος και η εμβρυϊκή δυσφορία.

Ωστόσο, η τάση για εγκυμοσύνη σε μεγαλύτερη ηλικία, δηλαδή από τα 40 έως τα 50 έτη, μοιάζει να συνεχίζεται, με περισσότερες γυναίκες όπου έχουν μωρά από τις γυναίκες στις ηλικίες έως των 20 ετών. Υπάρχουν περισσότεροι κίνδυνοι που συνδέονται με την εγκυμοσύνη και τη γέννηση καθώς αυξάνεται η ηλικία της μητέρας. Πρόσφατα στοιχεία από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) δείχνουν ότι το 2016, για πρώτη φορά σε τρεις δεκαετίες, τα ποσοστά γεννήσεων των γυναικών ηλικίας 40 έως 44 ξεπέρασαν τα ποσοστά των γεννήσεων στις γυναίκες ηλικίας 25 έως 29 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες (Matsuda et al., 2011).

Η μέση ηλικία που οι γυναίκες έχουν το πρώτο τους παιδί είναι αυτή τη στιγμή περίπου 28 ετών. Οι ειδικοί συχνά επικεντρώνονται στη μέση ή μέση ηλικία μητέρας λόγω των γεννητικών αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την ηλικία της μητέρας, όπως οι πολλαπλές γεννήσεις και οι συγγενείς αναπηρίες. Οι μελέτες αναφέρουν ότι οι άνθρωποι μπορούν να καθυστερήσουν τη γονική μέριμνα μέχρι τα 40 ή σε μεγαλύτερη ηλικία για διάφορους λόγους. Οι λόγοι αυτοί περιλαμβάνουν τις γυναίκες που φθάνουν σε ανώτερα επίπεδα εκπαίδευσης, την καθιέρωση της σταδιοδρομίας τους, βελτιωμένες μεθόδους αντισύλληψης, κοινωνικές και πολιτιστικές μετατοπίσεις που έχουν αφήσει τις γυναίκες να μην αισθάνονται έτοιμες να έχουν παιδιά, έλλειψη παιδικής μέριμνας, χαμηλά επίπεδα παροχών, άκαμπτες πολιτικές στο χώρο εργασίας, και της ανεργίας.

Έτσι λοιπόν οι έγκυες γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών και που έχουν το πρώτο τους μωρό έχουν ονομαστεί ως προχωρημένη μητρική ηλικία ή μεγαλύτερες μητέρες. Ο όρος "προχωρημένη ηλικία" έχει αρνητικές συνέπειες για κάποια γυναίκα μόλις 40 ετών (Baud, Greub, 2011).

Έχει διαπιστωθεί βέβαια πως η γονιμότητα μειώνεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με την ηλικία. Οι γυναίκες γενούν συνήθως υγιή μωρά καθ' όλη τη δεκαετία των 40 χρόνων τους και μετά. Η ηλικία των 40 ετών είναι απλώς μια εποχή που ορισμένοι κίνδυνοι καθίστανται πιο άξια συζήτησης. Ενώ οι κίνδυνοι αυτοί γίνονται ελαφρώς πιο πιθανό μετά την ηλικία των 40 ετών, αυτό δεν σημαίνει ότι θα έχουν σημαντικό αντίκτυπο σε όλους τους ηλικίας τους στα μέσα της δεκαετίας των 40 ετών τους (Raatikainen et al., 2016).

Καθώς τα θηλυκά άτομα μεγαλώνουν, η πιθανότητα να μείνουν έγκυες μειώνεται λόγω του μειούμενου αριθμού των εναπομενόντων ωαρίων και της μειωμένης ποιότητάς τους. Η γονιμότητα μειώνεται επίσης στους άνδρες με την ηλικία λόγω της μείωσης του αριθμού των σπερματοζωαρίων, της κινητικότητας και του όγκου του σπέρματος. Αυτοί οι παράγοντες που συνδέονται με την ηλικία μπορούν να δυσκολεύουν τις γυναίκες να μείνουν έγκυες.

Μια μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο *The New England Journal of Medicine*, διαπίστωσε ότι μεταξύ των γυναικών που έλαβαν τεχνητή γονιμοποίηση, το 74% των ατόμων κάτω των 31 ετών ήταν έγκυες μέσα σε ένα χρόνο. Ωστόσο, αυτό μειώθηκε στο 61% των ατόμων ηλικίας μεταξύ 31 και 34 ετών και μειώθηκε περαιτέρω στο 54% των γυναικών ηλικίας 40 ετών και άνω (Cunnington, 2001).

Ορισμένοι γενετικοί κίνδυνοι παρουσιάζονται πιο συχνά στην εγκυμοσύνη καθώς οι γυναίκες γερνούν, είναι ο ρυθμός αύξησης γέννησης ενός μωρού με το σύνδρομο Down επιταχύνει με την ηλικία της μητέρας. Ενώ ο ρυθμός εμφάνισης ενός εμβρύου που έχει σύνδρομο Down κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης των 10 εβδομάδων είναι 1 στα 1.064 στην ηλικία των 25 ετών, αυτό αυξάνεται σε 1 στους 686 σε ηλικία 30 και 1 σε 240 έως την ηλικία των 40 ετών. Στην ηλικία των 40 ετών και άνω, το ποσοστό του συνδρόμου Down αυξάνεται ακόμη σε 1 στους 53 και σε 1 στους 19 έμβρυα στην ηλικία των 45 ετών. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε στο *Nature Communications* έθεσε ως στόχο να διερευνήσει γιατί οι μεγαλύτερες μητέρες έχουν αυξημένο κίνδυνο να γεννήσουν παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες που χαρακτηρίζονται από ανώμαλους αριθμούς χρωμοσωμάτων (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Ερευνητές από το Κολέγιο Ιατρικής του Albert Einstein του Πανεπιστημίου Yeshiva στη Νέα Υόρκη έμαθαν ότι η γενετική διαδικασία του ανασυνδυασμού θα μπορούσε να είναι υπεύθυνη για τον αυξημένο κίνδυνο συνθηκών όπως το σύνδρομο Down. Ο ανασυνδυασμός είναι η διαδικασία στην οποία τα ζεύγη χρωμοσωμάτων ανταλλάσσουν γενετικό υλικό προτού διαχωριστούν. Η ομάδα διαπίστωσε ότι σε μεγαλύτερες σε ηλικία μητέρες, η διαδικασία ανασυνδυασμού μπορεί να είναι λιγότερο ρυθμισμένη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μη φυσιολογικό αριθμό χρωμοσωμάτων σε σεξουαλικά κύτταρα ή σε μεγάλες χρωμοσωμικές αναδιατάξεις.

Εκτός των ανωτέρω όμως, μια επιπλοκή που συμβαίνει στην ηλικία των 40 έως 50 ετών σε έγκυες γυναίκες, είναι η αποβολή. Ο κίνδυνος αποβολής αυξάνεται σταδιακά με την ηλικία της μητέρας. Οι έρευνες που δημοσιεύθηκαν

στο BMJ έδειξαν ότι ο κίνδυνος αποβολής είναι περίπου 8,9% για τις γυναίκες ηλικίας 20 έως 24 ετών και αυξάνεται σε 74,7% για άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω. Η φθίνουσα ποιότητα των γυναικών αυγών θεωρείται υπεύθυνη για τα υψηλότερα ποσοστά αποβολής (Raatikainen et al., 2016). Στις γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω, τα έμβρυα έχουν οκτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να εισπνεύσουν αμνιακό υγρό στην κυκλοφορία του αίματος τους, μια επιπλοκή που μπορεί να προκαλέσει μια απειλητική στιγμή για τη ζωή αλλεργική αντίδραση, σύμφωνα με τη μελέτη (Tsikouras, Daforoulou, Trypsianis, et al, 2016).

Οι μητέρες ηλικίας 40 ετών και άνω είναι σχεδόν 16 φορές πιο πιθανό να έχουν νεφρική ανεπάρκεια και σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν από μαιευτικό σοκ, όταν τα όργανα δεν έχουν αρκετό αίμα και οξυγόνο, σύμφωνα με τη μελέτη. Αυτές οι γυναίκες έχουν επίσης σχεδόν πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες είτε να έχουν επιπλοκές από παρεμβάσεις που έγιναν για να βοηθήσουν στην παράδοση του μωρού είτε να γίνουν δεκτές στις μονάδες εντατικής θεραπείας (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Εκτός των ανωτέρω ωστόσο, αναφέρονται κίνδυνοι από την εγκυμοσύνη για γυναίκες κάτω των 20 ετών. Πολλές γυναίκες περιμένουν μέχρι τα 30 έτη στη ζωή τους για να αποκτήσουν παιδιά. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα ποσοστά γεννήσεων για τις γυναίκες των 20 ετών βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα εδώ σε 4 δεκαετίες. Αλλά μια μεγαλύτερη μητέρα, 40 ετών και άνω, μπορεί να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές όπως (Raatikainen et al., 2016):

- ☐ Αποβολή
- ☐ Γενετικές ανωμαλίες
- ☐ Υψηλή πίεση του αίματος
- ☐ Διαβήτη κύησης
- ☐ Δύσκολη εγκυμοσύνη

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι ενώ υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για επιπλοκές εγκυμοσύνης σε γυναίκες άνω των 40 ετών, τα μωρά σε μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες μπορεί να μην έχουν περισσότερα

προβλήματα από τα μωρά των νεότερων γυναικών. Αυτό είναι πιθανότερο όταν οι γυναίκες λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα και γεννούν σε μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης έτοιμη να φροντίσει για μητέρες και βρέφη υψηλού κινδύνου (Metzger, 2007).

Τέλος, ο κίνδυνος για προβλήματα χρωμοσωμάτων αυξάνεται με την ηλικία της μητέρας. Η πιθανότητα να έχει ένα παιδί με σύνδρομο Down αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Ο κίνδυνος είναι περίπου 1 στους 1.250 για μια γυναίκα που συλλαμβάνει μέχρι την ηλικία των 20 ετών. Αυξάνεται σε περίπου 1 στους 100 για μια γυναίκα που συλλαμβάνει στην ηλικία των 40 ετών και άνω. Οι κίνδυνοι μπορεί να είναι μεγαλύτεροι. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλά στατιστικά στοιχεία αναφέρουν μόνο γεννήσεις παιδιών που έχουν επιζήσει ύστερα από προβλήματα. Δεν σημειώνουν εγκυμοσύνες με προβλήματα χρωμοσωμάτων που δεν ολοκληρώθηκαν λόγω απώλειας εγκυμοσύνης (Raatikainen et al., 2016).

Μετά από ένα παιδί με σύνδρομο Down, η πιθανότητα για μια μητέρα να έχει ένα άλλο μωρό με σύνδρομο Down, είναι υψηλότερο. Μετά την ηλικία των 40 ετών, ο κίνδυνος επανεμφάνισης του συνδρόμου Down σχετίζεται με την ηλικία της μητέρας κατά την παράδοση. Τα περισσότερα μωρά με σύνδρομο Down γεννιούνται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών έχουν περισσότερα μωρά από τις γυναίκες άνω των 35 ετών (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Τέλος, αναφέρεται ο κίνδυνος για αποβολή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μερικές μελέτες έχουν δείξει μεγαλύτερη πιθανότητα αποβολής σε παλαιότερες μητέρες. Για όλες τις γυναίκες, περίπου οι μισές αποβολές του πρώτου τριμήνου, συμβαίνουν εξαιτίας ενός προβλήματος χρωμοσωμάτων στο μωρό. Ο κίνδυνος προβλημάτων χρωμοσωμάτων αυξάνεται με την ηλικία της μητέρας. Έτσι, η αποβολή είναι επίσης πιο πιθανή.

2.4 Περιπτώσεις Προβλημάτων Προεκλαμψίας – Εκλαμψίας

Η περίπτωση της προεκλαμψίας συνήθως συμβαίνει μετά την 20η εβδομάδα της κύησης, στην πρώτη εγκυμοσύνη και σχεδόν πάντα στην ολοκλήρωσή της σε πολύτοκες γυναίκες. Η περίπτωση της προεκλαμψίας μπορεί να χαρακτηρίζεται ως ήπια ή σοβαρή. Στην ήπια αυτή μορφή, η συστολική αρτηριακή πίεση γνωστή με τα αρχικά ως ΣΑΠ, είναι μεγαλύτερη των 140 mmHg και βέβαια μικρότερη των 160 mmHg, η δε ΔΑΠ είναι μεγαλύτερη των 90 mmHg και μικρότερη των 110 mmHg με συνοδό ήπια πρωτεϊνουρία μικρότερη ή ίση των 5 gr/24h (Metzger, 2007).

Στη σοβαρή μορφή όμως προεκλαμψίας η ΣΑΠ αλλά και η ΔΑΠ είναι άνω των 160 mmHg και 110 mmHg αντίστοιχα, η πρωτεϊνουρία μεγαλύτερη των 5 gr/24h, τα αιμοπετάλια λιγότερα των 100.000/mm³ και είναι εμφανής η μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία και η άνοδος των ηπατικών ενζύμων όπως SGOT ή SGPT. Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης πως άλλα συμπτώματα της σοβαρής προεκλαμψίας είναι η επίμονη κεφαλαλγία, διαταραχές της όρασης, πνευμονικό οίδημα και επιγαστραλγία. Η προεκλαμψία όμως πάντοτε σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο της μητέρας και του εμβρύου και μπορεί να εξελιχθεί σε εκλαμψία με απειλητικούς για τη ζωή σπασμούς. Η προεκλαμψία υποχωρεί 24 με 48 ώρες μετά τον τοκετό. Σε μικρό ποσοστό, εκλαμψίας μετά τον τοκετό, με υπέρταση, πρωτεϊνουρία και σπασμούς, μπορεί να συμβεί μέχρι και 10 ημέρες μετά τον τοκετό (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Οι ασθενείς με σταθερή, ήπια προεκλαμψία θα πρέπει να παρακολουθούνται μέχρι να διαπιστωθεί συγκεκριμένη ωριμότητα του αναπνευστικού συστήματος του εμβρύου ή βέβαια μέχρι την ολοκλήρωση 37 εβδομάδων κύησης, οπότε ωριμάζει ο εγκέφαλος. Ωστόσο δεν απαιτείται χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής σ' αυτές τις υποομάδες ασθενών. Η περίπτωση της σοβαρής προεκλαμψίας και όταν εξελιχθεί ταχέως, θα μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια απορρύθμιση της κατάστασης, τόσο της εγκύου, όσο και του εμβρύου (Baud, Greub, 2011).

Οι ασθενείς με σοβαρή προεκλαμψία που διανύουν ή ολοκληρώνουν την 34η εβδομάδα κύησης, θα πρέπει να οδηγούνται στη διενέργεια τοκετού αμέσως. Οι γυναίκες με σοβαρή προεκλαμψία που βρίσκονται στην 24η - 34η εβδομάδα της κύησης, είναι υποψήφιας για νοσοκομειακή νοσηλεία, κλινοστατισμό, 24ωρη ενδοφλέβια χορήγηση MgSO₄ για προφύλαξη από σπασμούς, έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, παρακολούθηση του εμβρύου και χορήγηση κορτικοστεροειδών για επιτάχυνση της ωρίμανσης του αναπνευστικού συστήματος του (Metzger, 2007).

Οι ενδείξεις βέβαια για πρόωρο τοκετό, περιλαμβάνουν την περίπτωση της εκλαμψίας, την ανθεκτική και σοβαρή υπέρταση και παρά τη χορήγηση μέγιστων δόσεων τριών διαφορετικών αντιυπερτασικών φαρμάκων, τη συμπλήρωση των 34 εβδομάδων κύησης και την εμφάνιση συνδρόμου HELLP με αιμόλυση, αύξηση τρανσαμινασών αλλά και μείωση αιμοπεταλίων. Βέβαια και λόγω του υπάρχοντος κινδύνου για την έγκυο και το έμβρυο, η κάθε παρακολούθηση θα πρέπει να διεξάγεται σε τριτοβάθμια εξειδικευμένα κέντρα και υπό στενή παρακολούθηση. Ο πρώτιστος σκοπός της θεραπείας θα πρέπει να είναι η πρόληψη των εγκεφαλικών επιπλοκών, καθώς και η μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κάτω των 126 mmHg, αλλά όχι χαμηλότερη των 105 mmHg και της διαστολικής μεταξύ 90 και 105 mmHg.

Ως αρχική θεραπεία θα πρέπει να συνιστάται η χορήγηση Hydralazine ενδοφλεβίως ανά 5 mg ανά 20 min, μέχρι συνολικής δόσης 20 mg. Αν δεν υπάρξει αποτέλεσμα, ή εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες στην εγκυμονούσα όπως ταχυκαρδία, κεφαλαλγίες, ναυτία που μπορούν να δοθούν Labetalol σε 20 mg ενδοφλεβίως ή Nifedipine 10 mg από του στόματος (Baud, Greub, 2011).

Ερευνητικό Μέρος

3. Κεφάλαιο 3^ο – Μεθοδολογία

3.1 Σκοπός της Εργασίας

Βασικός σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των ειδών και των επιπλοκών στην σε δύο ηλικιακές ομάδες εγκύων <21 και >40 ετών.

3.2 Είδος Μελέτης

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που διεξήχθη το Φεβρουάριο του 2019 βάσει του ηλεκτρονικού αρχείου της Γυναικολογικής – Μαιευτικής Κλινικής του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου για το χρονικό διάστημα για τα έτη 2009-2018. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έχει χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

3.3 Στατιστική Επεξεργασία Αποτελεσμάτων

Αυτό το οποίο διεξήχθη ως προς την στατιστική επεξεργασία των συλλεγόμενων δεδομένων, ήταν οι ερευνήτριες να εισάγουν όλες τις μεταβλητές των δεδομένων στη βάση δεδομένων του SPSS 22.0 και κατόπιν να υπολογίσουν τη στατιστική περιγραφική ανάλυση και ποσοστά των μεταβλητών. Επίσης, χρησιμοποιούνται διαφορετικές στατιστικές μέθοδοι για συσχετίσεις ερωτήσεων και την συζήτηση πιο σύνθετων αποτελεσμάτων έρευνας.

3.4 Ηθική Δεοντολογία

Η παρούσα έρευνα θα υλοποιηθεί σε πλήρη συμμόρφωση ως προς τον νέο νόμο General Data Protection Regulation (GDPR) [EU 2016/679] 25.5.2018 περί ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Πριν την υλοποίηση της διασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες από τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Τα

δεδομένα που συλλέχθηκαν είναι ανώνυμα, η χρήση αυτών έγινε αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας, ενώ πρόσβαση σε αυτά είχαν μόνο οι κύριοι ερευνητές. Οι συμμετέχοντες έχουν συναινέσει και έχουν ενημερωθεί πλήρως ότι η διαδικασία είναι ανώνυμη, προσωπικά τους στοιχεία και απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, και ανά πάσα ώρα και στιγμή θα μπορούν να αποχωρήσουν. Τα δεδομένα των συμμετεχόντων, έχουν χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έχουν τύχει ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο, έχει τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

4. Κεφάλαιο 4^ο - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος

Το 82,5% των γυναικών είχαν καταγωγή από την Ελλάδα και το υπόλοιπο 17,5% είχαν καταγωγή από άλλες χώρες.

Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 25 χρόνια. Η μικρότερη γυναίκα ήταν 14 χρονών και η μεγαλύτερη 56 χρονών. συγκεκριμένα, το 13,4% αφορούσαν το 2009, το 12,5% το 2011, το 12,3% το 2016, το 10,9% το 2017, το 10,7% το 2012, το 9,7% το 2013, το 7,8% το 2014, το 6,2% το 2015 και το υπόλοιπο 4,9% το 2018. Το 58,1% των γυναικών γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και το υπόλοιπο 41,9% με καισαρική τομή.

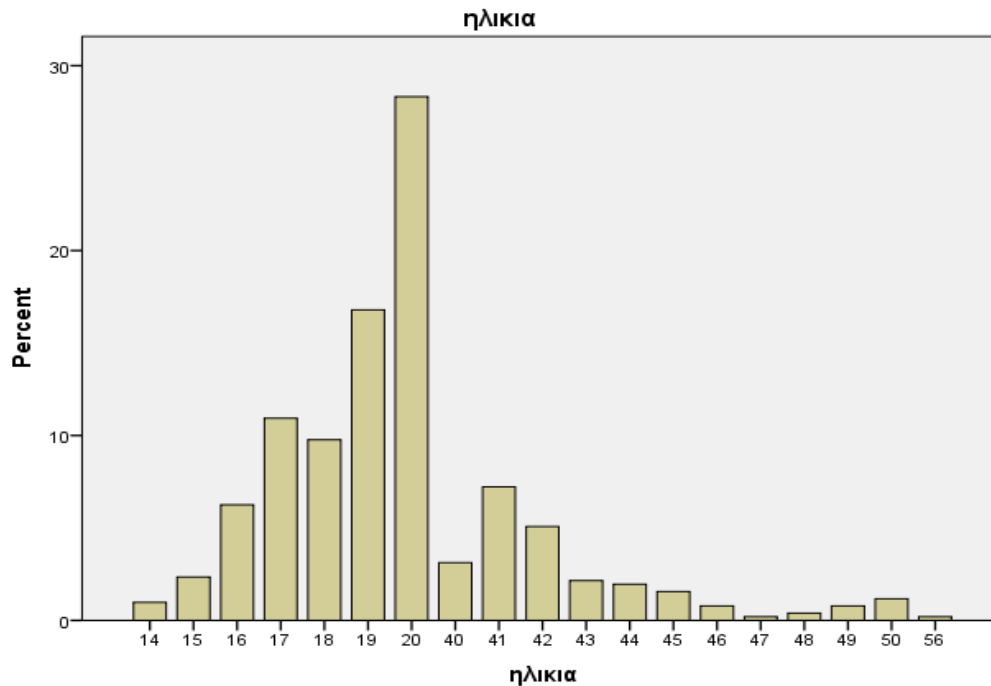
4.2 Επιμέρους Αποτελέσματα

Ηλικία

Στον Πίνακα 1 και στο Γράφημα 1 παρουσιάζονται στοιχεία για τις ηλικίες των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1 – Ηλικία Συμμετεχόντων

| Descriptive Statistics | | | | | |
|------------------------|-----|---------|---------|-------|----------------|
| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
| Ηλικία | 512 | 14 | 56 | 24,51 | 10,682 |
| Valid N (listwise) | 512 | | | | |



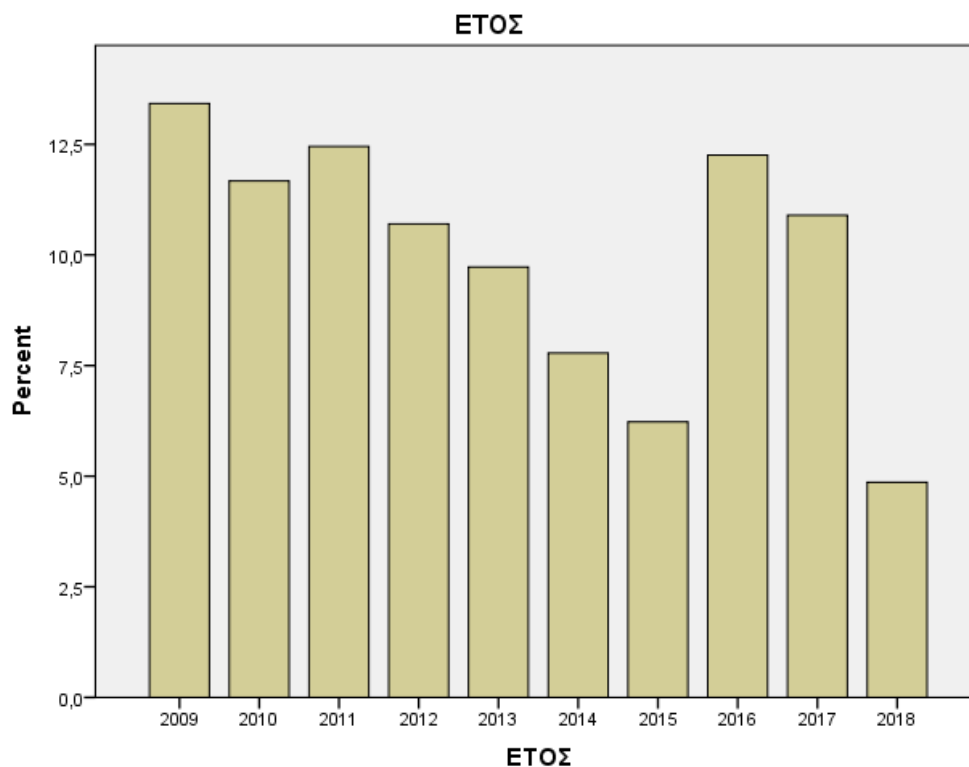
Γράφημα 1 – Ηλικία Γυναικών

Χρονική Περίοδος

Στο **Γράφημα 2** και στον **Πίνακα 2**, παρουσιάζονται οι χρονικές περίοδοι που διενεργήθηκαν τοκετών. Πιο συγκεκριμένα, το 13,4% αφορούσαν το 2009, το 12,5% το 2011, το 12,3% το 2016, το 10,9% το 2017, το 10,7% το 2012, το 9,7% το 2013, το 7,8% το 2014, το 6,2% το 2015 και το υπόλοιπο 4,9% το 2018.

Πίνακας 2 – Χρονικές Περίοδοι Τοκετών Συμμετεχόντων

| | | ΕΤΟΣ | | | |
|-------|------|-------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 2009 | 69 | 13,4 | 13,4 | 13,4 |
| | 2010 | 60 | 11,7 | 11,7 | 25,1 |
| | 2011 | 64 | 12,5 | 12,5 | 37,5 |
| | 2012 | 55 | 10,7 | 10,7 | 48,2 |
| | 2013 | 50 | 9,7 | 9,7 | 58,0 |
| | 2014 | 40 | 7,8 | 7,8 | 65,8 |
| | 2015 | 32 | 6,2 | 6,2 | 72,0 |
| | 2016 | 63 | 12,3 | 12,3 | 84,2 |
| | 2017 | 56 | 10,9 | 10,9 | 95,1 |
| | 2018 | 25 | 4,9 | 4,9 | 100,0 |
| Total | | 514 | 100,0 | 100,0 | |



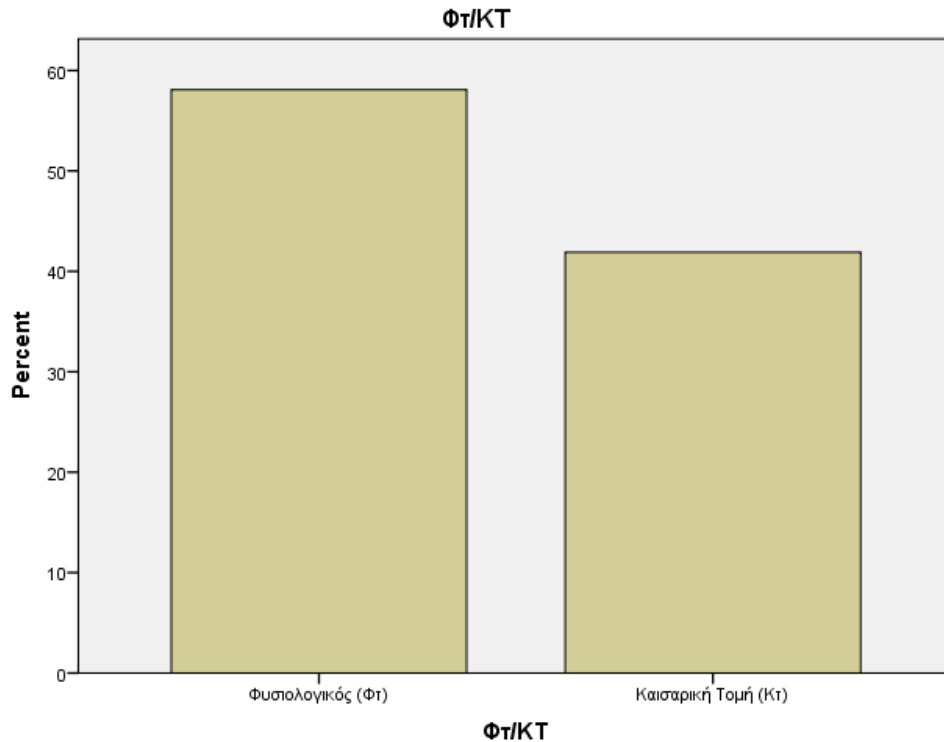
Γράφημα 2 – Χρονικοί Περίοδοι Τοκετών

Είδος Τοκετού

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3 και το Γράφημα 3, Το 58,1% των γυναικών γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και το υπόλοιπο 41,9% με καισαρική τομή.

Πίνακας 3 – Είδη Τοκετών Συμμετεχόντων

| | | Φυσιολογικός τοκετός /Καισαρική Τομή | | | |
|---------|---------------------|--------------------------------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Φυσιολογικός (Φτ) | 298 | 58,0 | 58,1 | 58,1 |
| | Καισαρική Τομή (Κτ) | 215 | 41,8 | 41,9 | 100,0 |
| | Total | 513 | 99,8 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,2 | | |
| Total | | 514 | 100,0 | | |



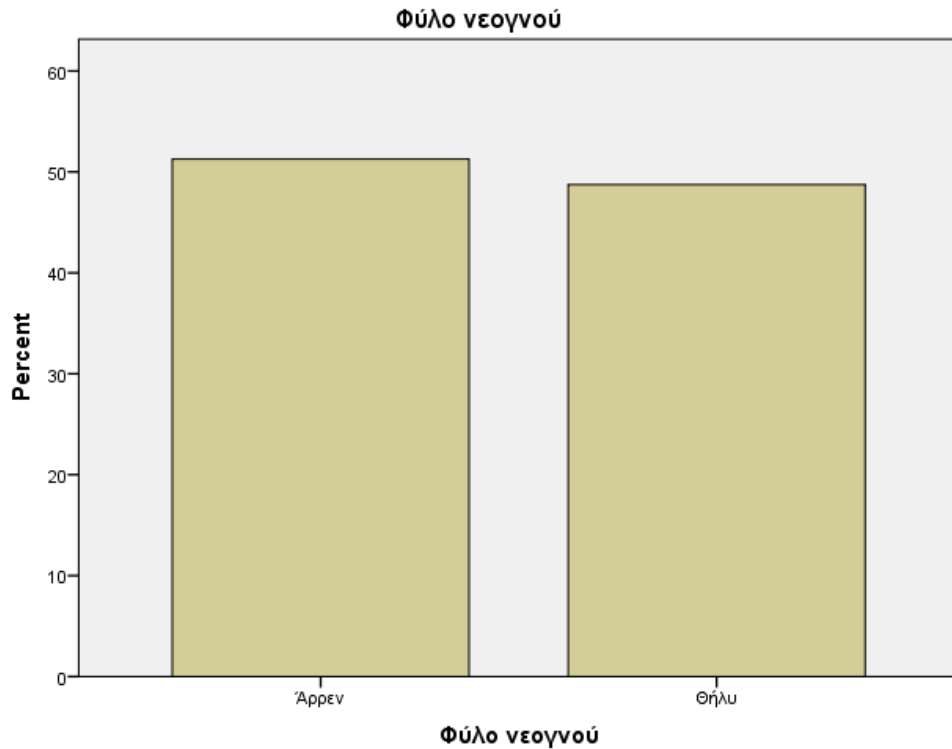
Γράφημα 3 – Αριθμός Φυσιολογικών Τοκετών vs. Καισαρικής Τομής

Φύλο Νεογνού

Σύμφωνα με το **Γράφημα 4** και τον **Πίνακα 4**, Το 51,3% των νεογνών ήταν αγόρια και το υπόλοιπο 48,7% ήταν κορίτσια.

Πίνακας 4 – Φύλου 1^{ου} Μωρού Συμμετεχόντων

| | | Φύλο νεογνού | | | |
|---------|--------|--------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Άρρεν | 263 | 51,2 | 51,3 | 51,3 |
| | Θήλυ | 250 | 48,6 | 48,7 | 100,0 |
| | Total | 513 | 99,8 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,2 | | |
| Total | | 514 | 100,0 | | |



Γράφημα 4 – Φύλο Νεογνού

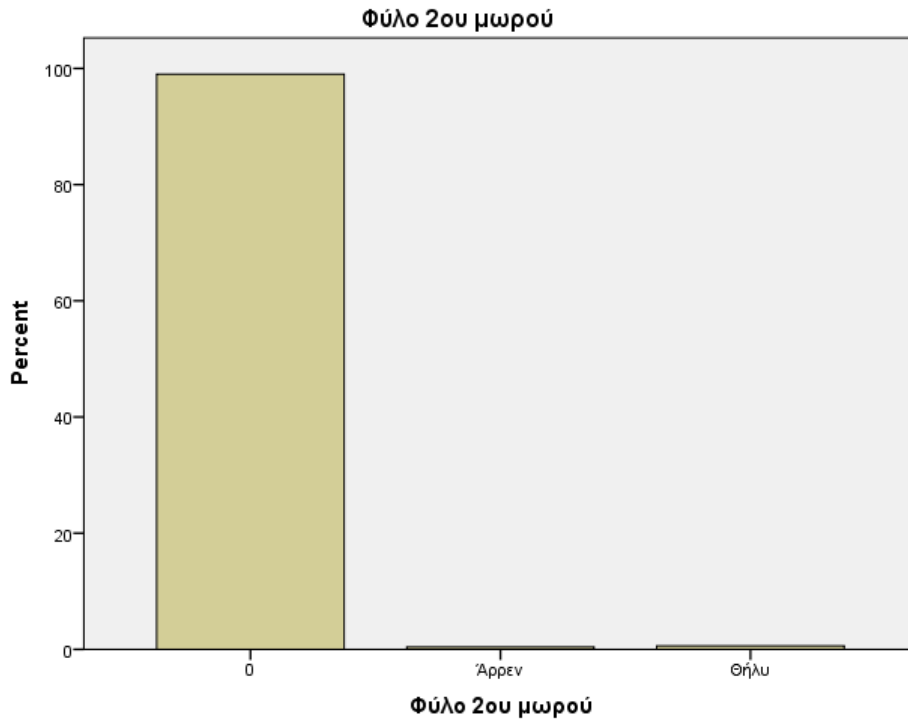
Φύλο 2ου μωρού

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5**, στο δείγμα μας υπήρχαν 5 περιπτώσεις δίδυμης κύησης εκ των οποίων οι 3 ήταν κορίτσια και τα υπόλοιπα 2 αγόρια.

Πίνακας 5 – Φύλου 2^{ου} Νεογνού

Φύλο 2ου μωρού

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 0 | 509 | 99,0 | 99,0 | 99,0 |
| Άρρεν | 2 | ,4 | ,4 | 99,4 |
| Θήλυ | 3 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| Total | 514 | 100,0 | 100,0 | |



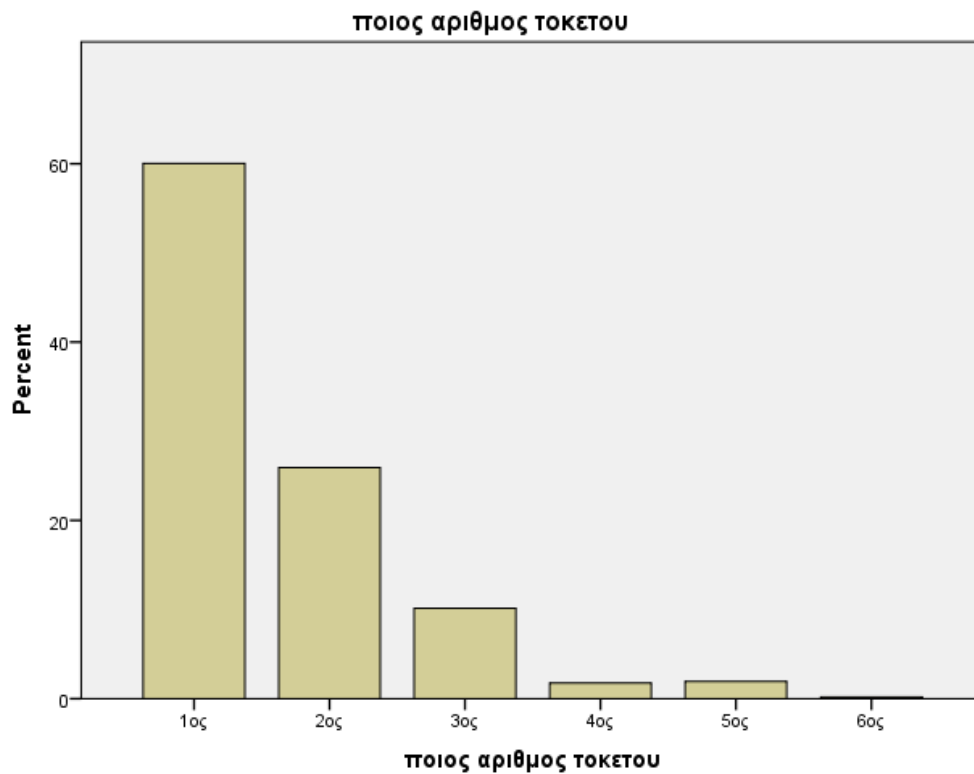
Γράφημα 5 – Φύλο 2^{ου} Νεογνού

Αριθμός τοκετού

Σύμφωνα με τον Πίνακα 6 και το Γράφημα 6, το 60% των γυναικών ήταν πρωτοτόκες, το 25,9% δευτεροτόκες και το 10,1% τριτόκες. Το υπόλοιπο 3,9% αθροιστικά, ήταν γυναίκες που γεννούσαν για τέταρτη, πέμπτη και έκτη φορά.

Πίνακας 6 – Αριθμός Τοκετών

| | | ποιος αριθμός τοκετού | | | |
|---------|--------|-----------------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 1ος | 308 | 59,9 | 60,0 | 60,0 |
| | 2ος | 133 | 25,9 | 25,9 | 86,0 |
| | 3ος | 52 | 10,1 | 10,1 | 96,1 |
| | 4ος | 9 | 1,8 | 1,8 | 97,9 |
| | 5ος | 10 | 1,9 | 1,9 | 99,8 |
| | 6ος | 1 | ,2 | ,2 | 100,0 |
| | Total | 513 | 99,8 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,2 | | |
| Total | | 514 | 100,0 | | |

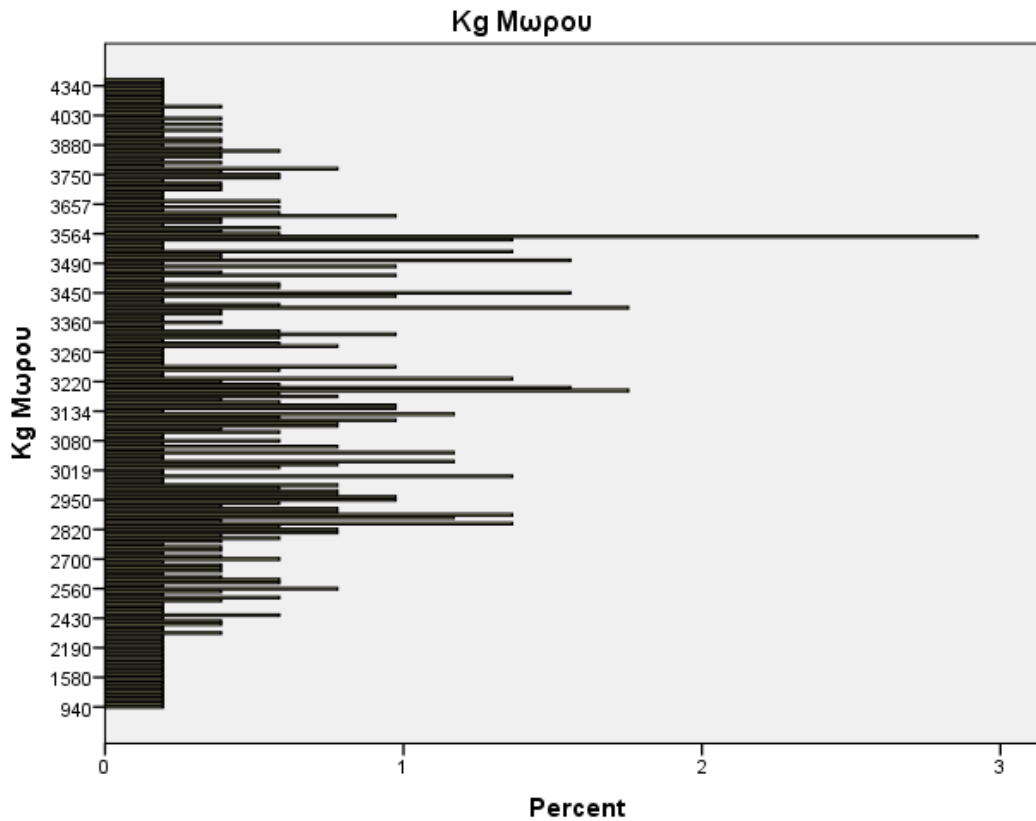


Γράφημα 6 - Αριθμός Τοκετών Γυναικών

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 7** και το **Γράφημα 7**, ο μέσος όρος των κιλών των μωρών που γεννήθηκαν ήταν 3168 κιλά με Τυπική Απόκλιση τα 520 gr. Το ελαφρύτερο μωρό που γεννήθηκε ήταν 940 gr και το βαρύτερο 4430 Kg.

Πίνακας 7 – Κιλά (Βάρος) Νεογνού

| Descriptive Statistics | | | | | |
|-------------------------------|-----|---------|---------|---------|----------------|
| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
| Kg Μωρού | 513 | 940 | 4430 | 3167,60 | 520,376 |
| Valid N (listwise) | 513 | | | | |



Γράφημα 7 – Κιλά (Βάρος) Νεογνού

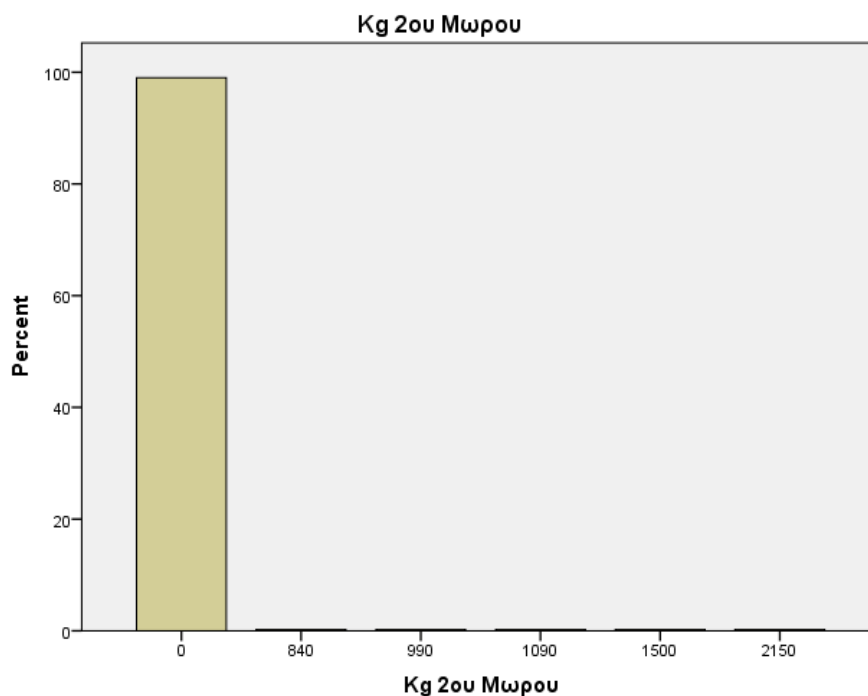
Κιλά 2^{ου} Νεογνού

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 8** και το **Γράφημα 8**, τα μωρά που γεννήθηκαν από δίδυμη κύηση ήταν από 840 gr έως 2150 Kg.

Πίνακας 8 – Κιλά (Βάρος) 2^{ου} Νεογνού

Kg 2ου Μωρου

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 508 | 98,8 | 99,0 |
| | 840 | 1 | ,2 | 99,2 |
| | 990 | 1 | ,2 | 99,4 |
| | 1090 | 1 | ,2 | 99,6 |
| | 1500 | 1 | ,2 | 99,8 |
| | 2150 | 1 | ,2 | 100,0 |
| | Total | 513 | 99,8 | 100,0 |
| Missing | System | 1 | ,2 | |
| Total | | 514 | 100,0 | |



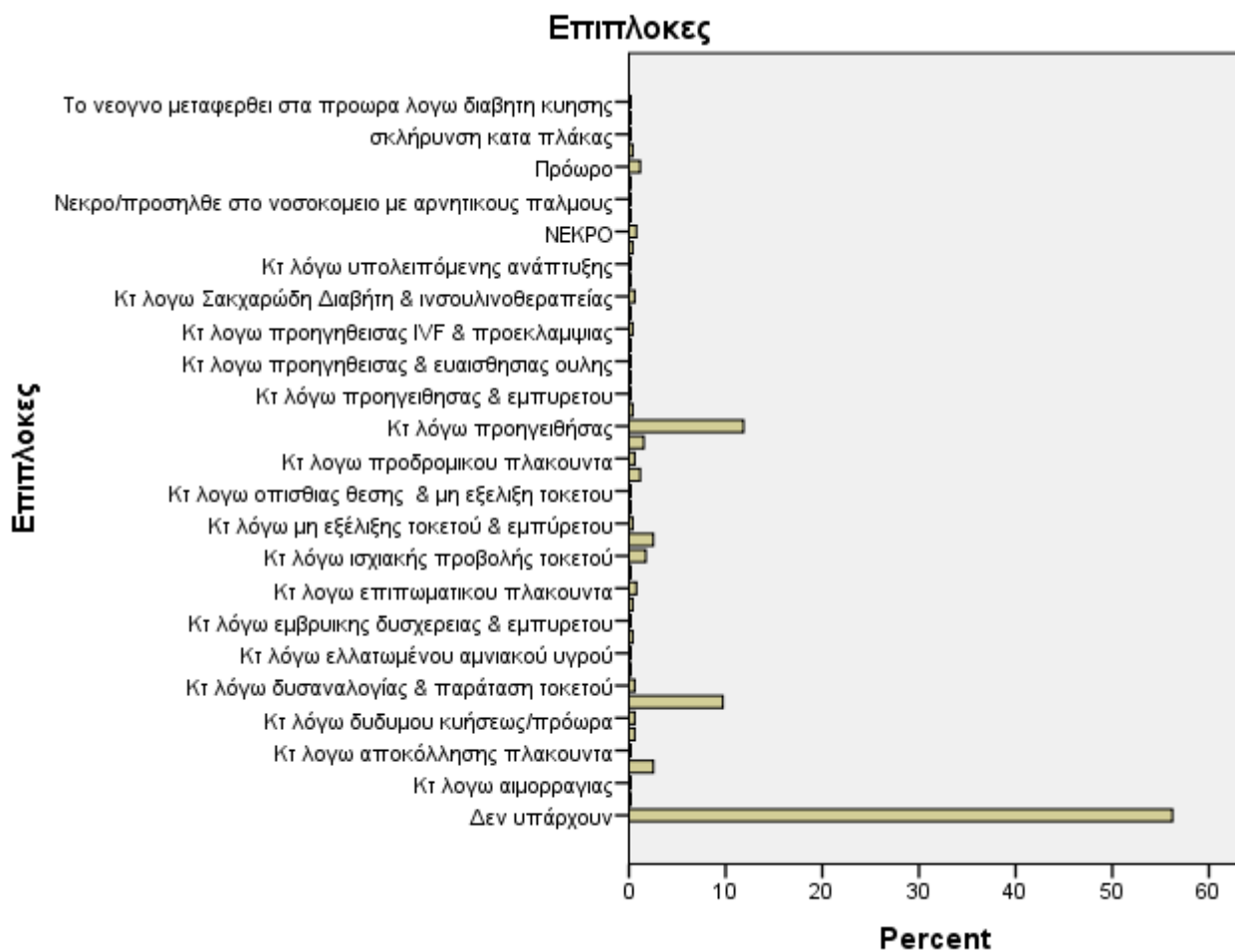
Γράφημα 8 – Κιλά (βάρος) 2^{ου} Νεογνού

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 9** και το **Γράφημα 9**, πάνω από τις μισές γέννες δεν προέκυψαν επιπλοκές και συγκεκριμένα στο 56,2%. Το 11,9% των γυναικών υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω προ ηγηθείσας γέννας, το 9,7% υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω δυσαναλογίας και το 2,5% υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω αλλοίωσης παλμών και άλλο ένα ίδιο ποσοστό υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω μη εξέλιξης τοκετού. Το 1,8% των περιπτώσεων υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής τοκετού, το 1,6% λόγω προεκλαμψίας, το 1,2% λόγω παράτασης κύησης και άλλο ένα ίδιο ποσοστό γέννησαν τα μωρά τους πρόωρα.

Πίνακας 9 – Επιπλοκές των Συμμετεχόντων κατά τις Γέννες

| | | Επιπλοκές | | | |
|-------|--|------------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Δεν υπάρχουν | 289 | 56,2 | 56,2 | 56,2 |
| | ερρηγγενο κεχρωσμένο | 1 | ,2 | ,2 | 56,4 |
| | Κτ λόγω αιμορραγίας | 1 | ,2 | ,2 | 56,6 |
| | Κτ λόγω αλλοίωσης παλμών | 13 | 2,5 | 2,5 | 59,1 |
| | Κτ λόγω αποκόλλησης πλακουντα | 1 | ,2 | ,2 | 59,3 |
| | Κτ λόγω διπλής περιτύλιξης | 3 | ,6 | ,6 | 59,9 |
| | Κτ λόγω διδύμου κυήσεως/πρώωρα | 3 | ,6 | ,6 | 60,5 |
| | Κτ λόγω δυσαναλογίας | 50 | 9,7 | 9,7 | 70,2 |
| | Κτ λόγω δυσαναλογίας & παράταση τοκετού | 3 | ,6 | ,6 | 70,8 |
| | Κτ λόγω εγκάρσιας προβολής | 1 | ,2 | ,2 | 71,0 |
| | Κτ λόγω ελαττωμένου αμνιακού υγρού | 1 | ,2 | ,2 | 71,2 |
| | Κτ λόγω εμβρυικής δυσχέρειας | 2 | ,4 | ,4 | 71,6 |
| | Κτ λόγω εμβρυικής δυσχερείας & εμπυρετου | 1 | ,2 | ,2 | 71,8 |
| | Κτ λόγω εντόνων συσπάσεων | 2 | ,4 | ,4 | 72,2 |
| | Κτ λόγω επιπωματικού πλακουντα | 4 | ,8 | ,8 | 73,0 |
| | Κτ λόγω HIV | 1 | ,2 | ,2 | 73,2 |
| | Κτ λόγω ισχιακής προβολής τοκετού | 9 | 1,8 | 1,8 | 74,9 |
| | Κτ λόγω μη εξέλιξης τοκετού | 13 | 2,5 | 2,5 | 77,4 |
| | Κτ λόγω μη εξέλιξης τοκετού & εμπύρετου | 2 | ,4 | ,4 | 77,8 |
| | Κτ λόγω οπίσθιας θέσης | 1 | ,2 | ,2 | 78,0 |
| | Κτ λόγω οπίσθιας θέσης & μη εξέλιξη τοκετού | 1 | ,2 | ,2 | 78,2 |
| | Κτ λόγω παράτασης κύησης | 6 | 1,2 | 1,2 | 79,4 |
| | Κτ λόγω προδρομικού πλακούντα | 3 | ,6 | ,6 | 80,0 |
| | Κτ λόγω προεκλαμψίας | 8 | 1,6 | 1,6 | 81,5 |
| | Κτ λόγω προηγεθίσας | 61 | 11,9 | 11,9 | 93,4 |
| | Κτ λόγω προηγεθίσας & διδύμου κυήσεως/πρώωρα | 2 | ,4 | ,4 | 93,8 |
| | Κτ λόγω προηγεθίσας & εμπυρετου | 1 | ,2 | ,2 | 94,0 |
| | Κτ λόγω προηγεθίσας & διδύμου κυήσεως | 1 | ,2 | ,2 | 94,2 |
| | Κτ λόγω προηγεθίσας & ευαισθησίας ουλής | 1 | ,2 | ,2 | 94,4 |
| | Κτ λόγω προηγεθίσας & ισχιακής προβολής | 1 | ,2 | ,2 | 94,6 |

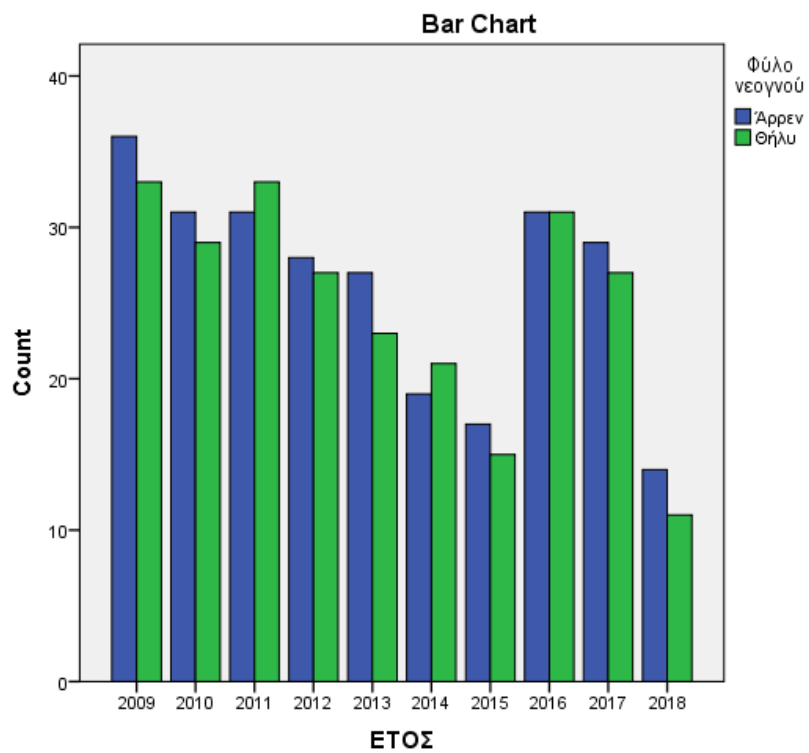
| | | | | |
|---|-----|-------|-------|-------|
| Κτ λόγω προηγηθείσας IVF & προεκλαμψιας | 2 | ,4 | ,4 | 94,9 |
| Κτ λόγω Σακχαρώδη Διαβήτη | 1 | ,2 | ,2 | 95,1 |
| Κτ λόγω Σακχαρώδη Διαβήτη & ινσουλινοθεραπείας | 3 | ,6 | ,6 | 95,7 |
| Κτ λόγω υπέρτασης | 1 | ,2 | ,2 | 95,9 |
| Κτ λόγω υπολειπόμενης ανάπτυξης | 1 | ,2 | ,2 | 96,1 |
| λόγω εμβρυικής δυσχέρειας-παράταση κύησης | 2 | ,4 | ,4 | 96,5 |
| ΝΕΚΡΟ | 4 | ,8 | ,8 | 97,3 |
| Νεκρό/ εντόνωσ κεχρωσμένο | 1 | ,2 | ,2 | 97,5 |
| Νεκρό/προσήλθε στο νοσοκομείο με αρνητικούς παλμούς | 1 | ,2 | ,2 | 97,7 |
| οζιγάμνιο & Σακχαρώδης Διαβήτη | 1 | ,2 | ,2 | 97,9 |
| Πρόωρο | 6 | 1,2 | 1,2 | 99,0 |
| πρόωρο/κτ λόγω προηγηθείσας | 2 | ,4 | ,4 | 99,4 |
| σκλήρυνση κατά πλάκας | 1 | ,2 | ,2 | 99,6 |
| το έμβρυο μεταφερθει στο ψυγείο & παραμένει στη διαθεση του νοσοκ | 1 | ,2 | ,2 | 99,8 |
| Το νεογνό μεταφερθει στα πρόωρα λόγω διαβήτη κύησης | 1 | ,2 | ,2 | 100,0 |
| Total | 514 | 100,0 | 100,0 | |



Γράφημα 9 – Επιπλοκές των Συμμετεχόντων Κατά τη Γέννα

Πίνακας 10 – Πίνακας Διπλής Εισόδου Μεταβλητών Έτος & Φύλο Νεογνού

| | | Φύλο νεογνού | | Total |
|-------|------|--------------|------|-------|
| | | Αρρεν | Θήλυ | |
| ΕΤΟΣ | 2009 | 36 | 33 | 69 |
| | 2010 | 31 | 29 | 60 |
| | 2011 | 31 | 33 | 64 |
| | 2012 | 28 | 27 | 55 |
| | 2013 | 27 | 23 | 50 |
| | 2014 | 19 | 21 | 40 |
| | 2015 | 17 | 15 | 32 |
| | 2016 | 31 | 31 | 62 |
| | 2017 | 29 | 27 | 56 |
| | 2018 | 14 | 11 | 25 |
| Total | | 263 | 250 | 513 |

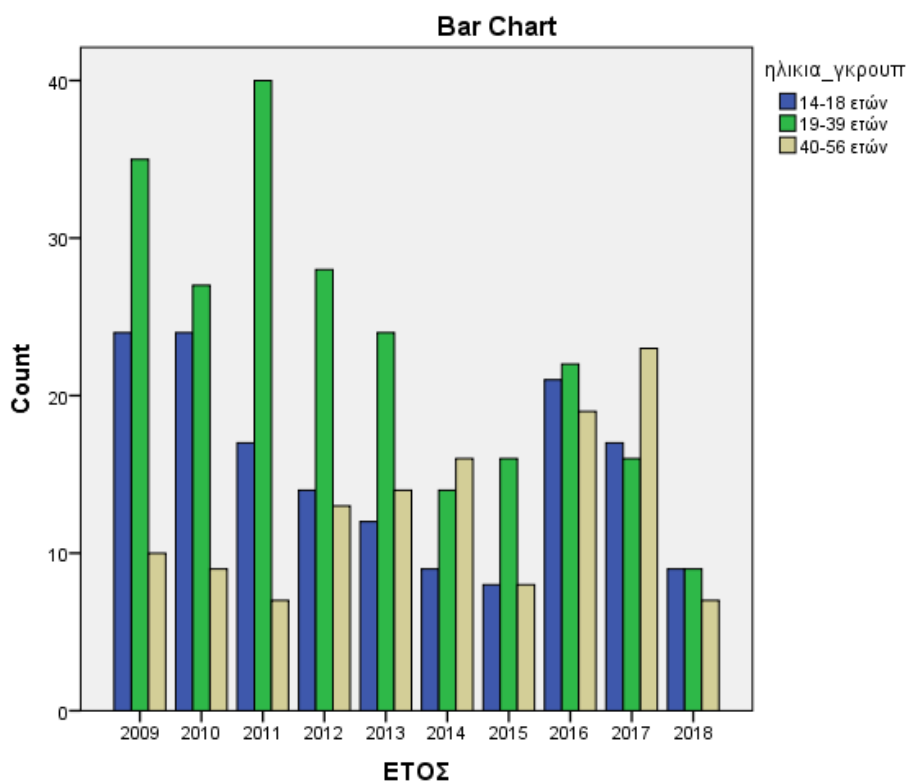


Γράφημα 10- Διπλής Εισόδου Μεταβλητών Έτος & Φύλο Νεογνού

Στον Πίνακα 11 και το Γράφημα 11 οι ηλικίες των γυναικών που γέννησαν ανά έτος.

Πίνακας 11 - Διπλής Εισόδου Μεταβλητών Έτος & Ηλικία μητέρας

| | | ηλικια_γκρουπ | | | Total |
|-------|------|---------------|---------------|---------------|-------|
| | | 14-18 ετών | 19-39 ετών | 40-56 ετών | |
| ΕΤΟΣ | 2009 | 24 | 35 | 10 | 69 |
| | 2010 | 24 | 27 | 9 | 60 |
| | 2011 | 17 | 40 | 7 | 64 |
| | 2012 | 14 | 28 | 13 | 55 |
| | 2013 | 12 | 24 | 14 | 50 |
| | 2014 | 9 | 14 | 16 | 39 |
| | 2015 | 8 | 16 | 8 | 32 |
| | 2016 | 21 | 22 | 19 | 62 |
| | 2017 | 17 | 16 | 23 | 56 |
| | 2018 | 9 | 9 | 7 | 25 |
| Total | | 155 | 231 | 126 | 512 |

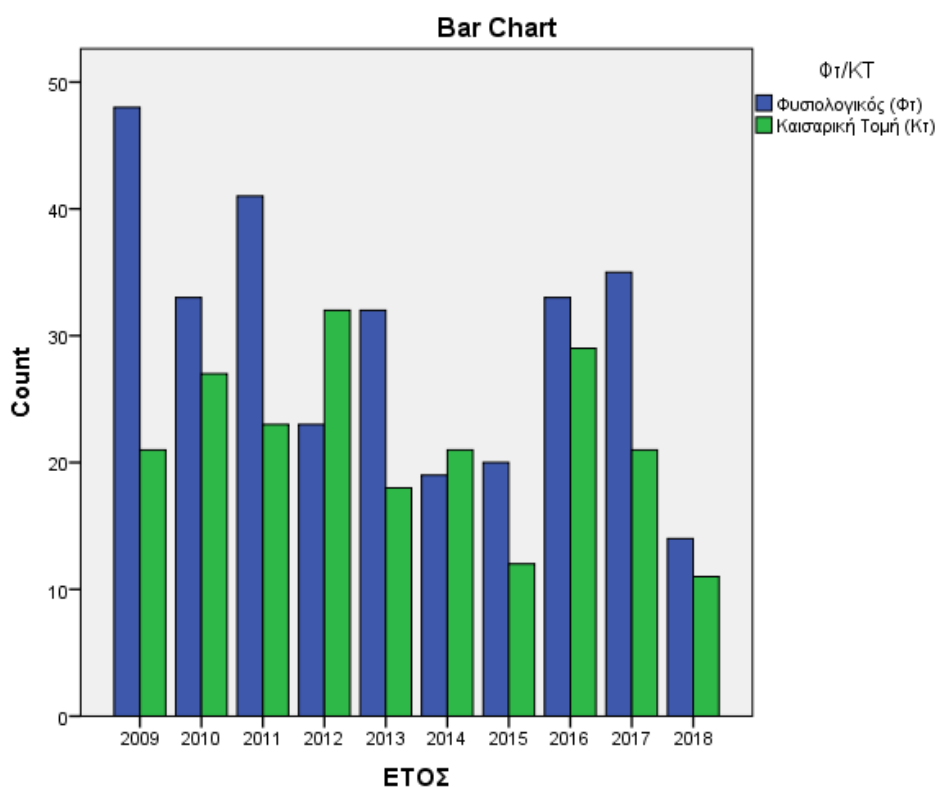


Γράφημα 11 - Διπλής Εισόδου Μεταβλητών Έτος & Ηλικία μητέρας

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 12** και το **Γράφημα 12** παρουσιάζονται αναλυτικά το είδος των τοκετών που είχαμε ανά έτος.

Πίνακας 12 - Διπλής Εισόδου Μεταβλητών Έτος & Είδος τοκετού

| | | ΦΤ/ΚΤ | | Total |
|-------|------|-------------------|---------------------|-------|
| | | Φυσιολογικός (ΦΤ) | Καισαρική Τομή (Κτ) | |
| ΕΤΟΣ | 2009 | 48 | 21 | 69 |
| | 2010 | 33 | 27 | 60 |
| | 2011 | 41 | 23 | 64 |
| | 2012 | 23 | 32 | 55 |
| | 2013 | 32 | 18 | 50 |
| | 2014 | 19 | 21 | 40 |
| | 2015 | 20 | 12 | 32 |
| | 2016 | 33 | 29 | 62 |
| | 2017 | 35 | 21 | 56 |
| | 2018 | 14 | 11 | 25 |
| Total | | 298 | 215 | 513 |



Γράφημα 12 - Διπλής Εισόδου Μεταβλητών Έτος & Είδος τοκετού

Χρησιμοποιείται επίσης το στατιστικό τεστ χ^2 για να δούμε αν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των μεταβλητών. Έχουμε την μεταβλητή Ηλικία ανά ομάδα

με το είδος των επιπλοκών που είχαν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού τους.

Από τον πίνακα του chi-square test βλέπουμε ότι υπάρχει συσχέτιση καθώς $p < 0,05$. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι οι περισσότερες γυναίκες από 14-39 ετών παρουσίασαν επιπλοκές κατά τον τοκετό τους μέσω καισαρικής, ενώ οι περισσότερες γυναίκες από 40-56 ετών παρουσίασαν επιπλοκές λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής.

Πίνακας 13 - Συσχέτιση Ηλικίας μητέρας με εκείνες που είχαν επιπλοκές κατά τον τοκετό

| ηλικια_γκρουπ * Επιπλοκές Crosstabulation | | | | | | | | | | | |
|---|------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------------|--------|------------------------------|-------|--------------------------|
| Count | | | | | | | | | | | |
| | | Κτ λόγω μη εξέλιξη τοκετού | Κτ λόγω προηγηθείσας | Κτ λόγω Σακχαρώδη Διαβήτη | Λόγω δυσαναλογίας | Κτ λόγω προεκλαμψίας | Κτ λόγω προηγηθείσας & Διδύμου κύησης | Πρώωρο | Κτ λόγω εμβρυικής δυσχερείας | Νεκρό | Κτ λόγω αλλοίωσης παλμών |
| ηλικια_γκρουπ | 14-18 ετών | 8 | 8 | 0 | 27 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| | 19-39 ετών | 6 | 17 | 0 | 23 | 4 | 1 | 4 | 0 | 3 | 6 |
| | 40-56 ετών | 1 | 38 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 0 |
| Total | | 15 | 63 | 1 | 53 | 8 | 3 | 9 | 3 | 6 | 13 |

Πίνακας 14 - Συσχέτιση Ηλικίας μητέρας και σχετικής ομάδας τοκετού που ανήκαν

| ηλικια_γκρουπ * Επιπλοκές Crosstabulation | | | | | | | | | | | |
|---|------------|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|------|
| Count | | | | | | | | | | | |
| | | Κτ λόγω ισχιακής προβολής τοκετού | Κτ λόγω παράτασης κύησης | Κτ λόγω Σακχαρώδη Διαβήτη & ινσουλινοθεραπείας | Κτ λόγω επιπωματικού πλακουντα | Κτ λόγω διπλής περιτύλιξης | Κτ λόγω εντονων συσπασσεων | Κτ λόγω προδρομικού πλακουντα | Λόγω εμβρυικής δυσχερείας-παράταση κύησης | Κτ λόγω διδυμου κνήσεως/πρώωρα | Άλλο |
| ηλικια_γκρουπ | 14-18 ετών | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | 19-39 ετών | 4 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | 40-56 ετών | 3 | 1 | 5 | 4 | 0 | 0 | 3 | 2 | 3 | 6 |
| Total | | 9 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 12 |

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 158,485 ^a | 40 | ,000 |
| Likelihood Ratio | 155,048 | 40 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 14,903 | 1 | ,000 |
| N of Valid Cases | 511 | | |

a. 51 cells (81,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

Στον **Πίνακα 15** παρατηρείται αρνητική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τοκετών που είχε η μητέρα με το βάρος που γεννήθηκε το παιδί. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η μια μεταβλητή, μειώνεται η άλλη.

Πίνακας 15 – Διενέργεια Συσχετισμού Αριθμός Τοκετού και Κιλά Νεογνού

| | | ποιος αριθμος τοκετου | Kg Μωρου |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|
| ποιος αριθμος τοκετου | Pearson Correlation | 1 | -,089 [*] |
| | Sig. (2-tailed) | | ,043 |
| | N | 513 | 513 |
| Kg Μωρου | Pearson Correlation | -,089 [*] | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,043 | |
| | N | 513 | 513 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Κάναμε επίσης ανάλυση διακύμανσης προκειμένου να εξετάσουμε περαιτέρω το παραπάνω μας εύρημα.

Πίνακας 16 - Συσχέτιση Ηλικίας μητέρας με εκείνες που είχαν επιπλοκές κατά τον τοκετό

Kg Μωρου

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|----------------|-----|---------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | 1ος | 308 | | |
| 2ος | 133 | 3110,09 | 592,109 | 51,342 | 3008,53 | 3211,65 | 940 | 4400 |
| 3ος | 52 | 3155,83 | 482,536 | 66,916 | 3021,49 | 3290,17 | 1130 | 3780 |
| Πάνω από τρεις | 20 | 2983,90 | 555,739 | 124,267 | 2723,81 | 3243,99 | 1980 | 3910 |
| Total | 513 | 3167,60 | 520,376 | 22,975 | 3122,46 | 3212,74 | 940 | 4430 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι σε σχέση με τα κιλά του μωρού στις πρωτοτόκες, μειώνονται στις δευτεροτόκες, τριπότοκες και ούτω καθεξής. Ωστόσο, στο δείγμα μας δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς οι μέσοι όροι στα κιλά είναι σχετικά κοντά ($p > 0,05$). Ωστόσο είναι ένα συμπέρασμα. Στη συνέχεια κάνουμε σύγκριση μέσων όρων.

Πίνακας 17 – Διενέργεια Συσχετισμού Κιλά Μωρού με Είδος Τοκετού

| | ΦΤ/ΚΤ | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|----------|---------------------|-----|---------|----------------|-----------------|
| Kg Μωρού | Φυσιολογικός (Φτ) | 298 | 3225,62 | 414,510 | 24,012 |
| | Καισαρική Τομή (Κτ) | 215 | 3087,18 | 631,055 | 43,038 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι τα κιλά των μωρών των γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ήταν μεγαλύτερα από εκείνες που γέννησαν με καισαρική τομή.

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|----------|-----------------------------|---|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Kg Μωρου | Equal variances assumed | 20,510 | ,000 | 2,996 | 511 | ,003 | 138,436 | 46,205 | 47,660 | 229,212 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,809 | 343,952 | ,005 | 138,436 | 49,283 | 41,502 | 235,370 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας $t(343,952)=2,809$, $p=,005$.

Πίνακας 19 – Διενέργεια Συσχετισμού Ηλικίας Μητέρας και Ύπαρξης ή Όχι Επιπλοκών

| | | Υπήρξαν επιπλοκές; | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------|-----|--------------------|-----|-------|----------------|-----------------|
| ηλικια | Ναι | | 224 | 27,13 | 11,912 | ,796 |
| | Όχι | | 288 | 22,47 | 9,130 | ,538 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είχαν επιπλοκές σε σχέση με τις πιο νέες γυναίκες.

Πίνακας 20

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--|--|---|------|------------------------------|----|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------------|--------|------|-------|---------|------|-------|------|-------|-------|
| ηλικια | Equal variances assumed | 95,388 | ,000 | 5,017 | 510 | ,000 | 4,665 | ,930 | 2,838 | 6,492 |
| | Equal variances not assumed | | | 4,856 | 407,288 | ,000 | 4,665 | ,961 | 2,777 | 6,554 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας $t(407,288)=4,856$, $p=,00$.

Πίνακας 21 – Διενέργεια Συσχετισμού Αριθμός Τοκετού και Ύπαρξης ή Όχι Επιπλοκών

| | Υπήρξαν επιπλοκές; | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|------------------------|--------------------|-----|------|----------------|-----------------|
| αριθμός_τοκετού_γκρουπ | Ναι | 225 | 1,71 | ,908 | ,061 |
| | Όχι | 289 | 1,49 | ,755 | ,044 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι γυναίκες που είχαν παραπάνω από έναν τοκετό, είχαν επιπλοκές σε σχέση με τις πρωτοτόκες γυναίκες.

Πίνακας 22 – Διενέργεια Συσχετισμού Αριθμός Τοκετού και Ύπαρξης ή Όχι Επιπλοκών

| | Levene's Test for Equality of Variances | t-test for Equality of Means | | | | | | | | |
|-------------------------|---|------------------------------|------|-------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| αριθμός_τοκετο_ύ_γκρουπ | Equal variances assumed | 10,346 | ,001 | 2,981 | 512 | ,003 | ,219 | ,073 | ,075 | ,363 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,914 | 432,636 | ,004 | ,219 | ,075 | ,071 | ,366 |

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας $t(432,636)=2,914$, $p=,004$.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, σε βιβλιογραφικό επίπεδο, η αύξηση της ηλικίας της μητέρας για απόκτηση παιδιού, συνδέεται με αυξημένους κινδύνους για επιπλοκές της εγκυμοσύνης. Όχι μόνο είναι η σύλληψη δύσκολη, αλλά και διάφορες άλλες προγεννητικές και μεταγεννητικές επιπλοκές όπως η αποβολή, η προεκλαμψία, ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης, η αιμορραγία πριν τον τοκετό και τα βρέφη χαμηλού βάρους γέννησης, είναι πιο συχνά ως φαινόμενα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Gotsch, Romero, Kusanovic, et al., 2007).

Δεδομένου ότι οι γυναίκες των παραπάνω κατηγοριών, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών σε σύγκριση με μια νεότερη ηλικιακά ομάδα, θα πρέπει να ενημερώνονται για συχνές προγεννητικές επισκέψεις και θα πρέπει να τηρούνται υπό στενή παρακολούθηση ενός ιατρού γυναικολόγου. Η αυξημένη παρακολούθηση της μητέρας και του εμβρύου, θα εξασφαλίσει ένα καλύτερο περιγεννητικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, για να μελετηθούν καλύτερα αυτά τα αποτελέσματα σε γυναίκες με προχωρημένη μητέρα ηλικία, άνω των 40 ετών, απαιτείται μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος με γυναίκες διαφορετικών ηλικιακών ομάδων (Metzger, 2007).

Συνοπτικά, φαίνεται ότι μπορεί να υπάρξει μια πραγματική βιολογική επίδραση πολύ νεαρής ηλικίας στην πρώτη εγκυμοσύνη (<18 ετών) στην υγεία των βρεφών, λόγω του αυξημένου κινδύνου πρόωρου τοκετού. Τα στοιχεία ότι η νεαρή ηλικία της μητέρας αυξάνει τον κίνδυνο μητρικής αναιμίας για παράδειγμα, είναι επίσης αρκετά ισχυρή, αν και οι πληροφορίες σχετικά με άλλα θρεπτικά αποτελέσματα και τη μητρική νοσηρότητα / θνησιμότητα είναι λιγότερο σαφείς. Πολλές από τις διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των μεγαλύτερων σε ηλικία εφήβων σε σχέση με τα αποτελέσματα των βρεφών μπορεί να οφείλονται σε κοινωνικοοικονομικές ή συμπεριφορικές διαφορές, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα / περιοχή (Locksmith, Duff, 2001).

Σε σχετική μελέτη που έγινε σε 28 χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, προκύπτει ότι το λιγότερο 1,25 εκατομμύρια έφηβες μένουν έγκυες κάθε χρόνο, και από αυτές μισό εκατομμύριο περίπου θα οδηγηθούν σε έκτρωση, ενώ γύρω στις 750.000 θα γίνουν τελικώς έφηβες μητέρες. Οι ΗΠΑ εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης από όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες και η Μ. Βρετανία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Στοιχεία από αναφορά της Unicef το 2011, δείχνουν ότι στην Αμερική, το ποσοστό των εφηβικών γεννήσεων αγγίζει το 52.1% και είναι τέσσερις φορές πιο πάνω από το αντίστοιχο ποσοστό που αφορά τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 2012 σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από το National Center for Health Statistics των ΗΠΑ, συνέβησαν 757.000 κυήσεις σε έφηβες ηλικίας 15-18 ετών. Το 82% των εφηβικών κυήσεων που προκύπτουν τα τελευταία δύο χρόνια, όπως αναφέρεται από την ίδια πηγή, είναι κυήσεις απρόσμενες. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στις έφηβες σήμερα, υπερβαίνει σε αριθμό τις 800.000 ετησίως (Matsuda et al., 2011).

Στην Ευρώπη, η Μ. Βρετανία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη και σε αντίθεση με την πτώση του ποσοστού εφηβικής εγκυμοσύνης, που καταγράφεται στις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στη Μ. Βρετανία το αντίστοιχο ποσοστό παραμένει σχετικά σταθερό, ειδικά στις εφήβους ηλικίας από 16 ετών και κάτω.

Το 2012 ο αριθμός των κυήσεων στην εφηβική ηλικία στη Μ. Βρετανία, ήταν 46.745 από τις οποίες το 50% κατέληξε στη γέννηση ενός παιδιού, προκαλώντας έτσι το γεγονός η Μ. Βρετανία να έχει ένα ποσοστό εφηβικών γεννήσεων, διπλάσιο από εκείνο της Γερμανίας, τριπλάσιο από της Γαλλίας και έξι φορές περισσότερο από τις Σκανδιναβικές χώρες. Το 2004 το ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στη Μ. Βρετανία ήταν της τάξης του 41.5/1000 έφηβες ηλικίας 15-17 ετών. Σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως στη Σουηδία και στη Γαλλία, τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης εμφανίζονται πολύ χαμηλότερα, σε σχέση με αυτά της Μ. Βρετανίας και των Η.Π.Α. (de Vienne, Creveuil, Dreyfus, 2009).

Εκτός των ανωτέρω ωστόσο, σημειώνεται πως ο τοκετός σε νεαρή (ηλικίας κάτω των 21 ετών) ή προχωρημένη ηλικία μητέρας (ηλικίας άνω των 40 ετών) συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων περιγεννητικών μητρικών αποτελεσμάτων, όπως η αιμορραγία μετά τον τοκετό, η εκλαμψία και η δυσφαγία των κεφαλοπηγιών, καθώς και οι δυσμενείς οι περισσότερες περιπλοκές παραμένουν ανεξάρτητες από σημαντικούς γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες όπως η φτώχεια, η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα και / ή η αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Επίσης έχουν διεξαχθεί μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο για την ανάλυση των επιδράσεων της προχωρημένης μητρικής ηλικίας στην έκβαση της εγκυμοσύνης. Καθώς ο αριθμός των γυναικών με προχωρημένη ηλικία μητέρας αυξάνεται, δηλαδή άνω των 40 ετών, διεξήχθη μια ενδελεχή μελέτη παρατήρησης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων εγκυμοσύνης σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω. Η εγκυμοσύνη σε προχωρημένη ηλικία της μητέρας, συνδέεται με αυξημένους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο. Διάφορες μελέτες έχουν αναλύσει αυτό το αποτέλεσμα. Η εν λόγω μελέτη διεξήχθη για να αξιολογήσει το περιγεννητικό αποτέλεσμα σε αυτή την ομάδα γυναικών στο νοσοκομείο (Raatikainen et al., 2016).

Σε διαφορετική μελέτη, σημειώνεται πως οι υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης ήταν σημαντικά υψηλότερες στις γυναίκες 40 ετών και άνω. Μεταξύ αυτών των γυναικών μεταξύ 40 και 45 ετών που είχαν κύηση, μόνο δύο γυναίκες χρειάστηκαν πρόωρη επαγωγή λόγω σοβαρής προεκλαμψίας. Μια εξ αυτών γέννησε κολπικά, ενώ μια άλλη κύηση απαιτούσε μια καισαρική τομή. Δύο γυναίκες είχαν ενδομήτριο περιορισμό ανάπτυξης (IUGR) ως επιπλοκή της προεκλαμψίας. Καμία δεν ανέπτυξε εκλαμψία στην ομάδα μελέτης, ενώ ένας ασθενής από γυναίκες κάτω των 40 ετών, ανέπτυξε εκλαμψία (Tsikouras, Dafopoulos, Trypsianis, et al, 2016).

Πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι μεταξύ των γυναικών που έλαβαν τεχνητή γονιμοποίηση, το 74% των ατόμων κάτω των 31 ετών ήταν έγκυες μέσα σε ένα χρόνο. Ωστόσο, αυτό μειώθηκε στο 61% των ατόμων ηλικίας μεταξύ 31

και 34 ετών και μειώθηκε περαιτέρω στο 54% των γυναικών ηλικίας 40 ετών και άνω (Cunnington, 2001).

Τέλος, ο κίνδυνος για προβλήματα χρωμοσωμάτων αυξάνεται με την ηλικία της μητέρας. Η πιθανότητα να έχει ένα παιδί με σύνδρομο Down αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Ο κίνδυνος είναι περίπου 1 στους 1.250 για μια γυναίκα που συλλαμβάνει μέχρι την ηλικία των 20 ετών. Αυξάνεται σε περίπου 1 στους 100 για μια γυναίκα που συλλαμβάνει στην ηλικία των 40 ετών και άνω. Οι κίνδυνοι μπορεί να είναι μεγαλύτεροι. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλά στατιστικά στοιχεία αναφέρουν μόνο ζωντανές γεννήσεις. Δεν σημειώνουν εγκυμοσύνες με προβλήματα χρωμοσωμάτων που έληξαν λόγω απώλειας εγκυμοσύνης (Raatikainen et al., 2016).

Ωστόσο ως προς τα αποτελέσματα της στατιστικής έρευνας από μέρους των φοιτητριών και η οποία αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, σημειώνεται πως το 60% των γυναικών ήταν πρωτοτόκες, το 25,9% δευτεροτόκες και το 10,1% τριτοτόκες. Το υπόλοιπο 3,9% αθροιστικά, ήταν γυναίκες που γεννούσαν για τέταρτη, πέμπτη και έκτη φορά.

Σύμφωνα με τα ποσοτικά στοιχεία, ο μέσος όρος των κιλών των μωρών που γεννήθηκαν ήταν 3168 κιλά με Τυπική Απόκλιση τα 520 gr. Το ελαφρύτερο μωρό που γεννήθηκε ήταν 940 gr και το βαρύτερο 4430 Kg.

Επίσης σημειώνεται πως πάνω από τις μισές γέννες δεν προέκυψαν επιπλοκές και συγκεκριμένα στο 56,2%. Το 11,9% των γυναικών υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω προ ηγηθείσας γέννας, το 9,7% υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω δυσαναλογίας και το 2,5% υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω αλλοίωσης παλμών και άλλο ένα ίδιο ποσοστό υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω μη εξέλιξης τοκετού. Το 1,8% των περιπτώσεων υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής τοκετού, το 1,6% λόγω προεκλαμψίας, το 1,2% λόγω παράτασης κύησης και άλλο ένα ίδιο ποσοστό γεννήσαν τα μωρά τους πρόωρα

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι οι περισσότερες γυναίκες από 14-39 ετών παρουσίασαν επιπλοκές κατά τον τοκετό τους και έκαναν καισαρική λόγω δυσαναλογίας, ενώ οι περισσότερες γυναίκες από 40-56 ετών παρουσίασαν επιπλοκές λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής.

Διαφαίνεται λοιπόν μέσα από τις συσχετίσεις, ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τοκετών που είχε η μητέρα με το βάρος που γεννήθηκε το παιδί. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η μια μεταβλητή, μειώνεται η άλλη. Επίσης, προκύπτει ότι σε σχέση με τα κιλά του μωρού στις πρωτοτόκες, μειώνονται στις δευτεροτόκες, τριτοτόκες και ούτω καθεξής. Ωστόσο, στο δείγμα μας δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς οι μέσοι όροι στα κιλά είναι σχετικά κοντά. Ωστόσο είναι ένα συμπέρασμα. Στη συνέχεια κάνουμε σύγκριση μέσω των όρων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας ωστόσο, συμφωνούν με εκείνα των ερευνών που αναφέρουν πως τόσο οι νεότερες όσο και οι μεγαλύτερες έγκυες γυναίκες είχαν αυξημένες πιθανότητες πρόωρης παράδοσης, κακή εμβρυϊκή ανάπτυξη, εμβρυϊκή δυσφορία και σοβαρή προεκλαμψία (Goldenberg, Hauth, Andrews, 2000). Για ορισμένες επιπλοκές, τα πρότυπα κινδύνου διέφεραν για τις νεότερες και τις μεγαλύτερες γυναίκες. Οι μικρότερες γυναίκες εμφάνιζαν αυξημένες πιθανότητες για chorioamnionitis και ενδομητρίτες, ενώ οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζονταν να έχουν μειωμένη ή αμελητέα διαφορά στις αποδόσεις αυτών των λοιμώξεων συγκριτικά με τα άτομα ηλικίας 25-29 ετών (Goldenberg, Hauth, Andrews, 2000).

Οι μεγαλύτερες γυναίκες είχαν αυξημένες πιθανότητες υπέρτασης με εγκυμοσύνη ή υπέρθεση προεκλαμψίας, ενώ οι νεότερες γυναίκες είχαν μειωμένη ή αμελητέα διαφορά στις αποδόσεις για αυτές τις επιπλοκές έναντι των 25-29 ετών. Για την πλειονότητα των σημαντικών συσχετισμών, οι πιθανότητες επιπλοκών αυξήθηκαν καθώς η ηλικία της μητέρας μετατοπίστηκε προς τις δύο κατευθύνσεις μακριά από την ομάδα αναφοράς ηλικίας 25-29 ετών. Επιπλέον, ο αριθμός των σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ ηλικίας και επιπλοκών, ήταν σχετικά συγκρίσιμος στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες όπως στις νεότερες ομάδες (Fong, et al., 2013).

Τα ευρήματά από τη βιβλιογραφία επίσης, επεκτείνουν την υπάρχουσα επιστημονική βιβλιογραφία, υπογραμμίζοντας ότι η νεαρή ηλικία συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες μόλυνσης από το στόμα (μέχρι και 5 φορές αυξημένες πιθανότητες για ενδομητρίτιδα μεταξύ των γυναικών που ήταν 11-14 ετών). Οι πιθανότητες μειώνονται όσο αυξάνεται η ηλικία της γυναίκας. Η επίδραση δόσης-απόκρισης που έχει η ηλικία στις πιθανότητες μόλυνσης της χοριοαμμωνιτίδας και της ενδομητρίτιδας κατά τη διάρκεια της εργασίας και της παράδοσης υποστηρίζει παρελθούσες μελέτες^{11,37-39} και έχει μεγάλη κλινική σημασία (Andolf, Thorsell, Källén, 2013).

Τα βακτήρια από ενδομήτριες λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούν να βλάψουν το έμβρυο μέσω συστηματικής φλεγμονής (σύνδρομο φλεγμονώδους αντίδρασης εμβρύου) και να προκαλέσουν βλάβη σε πολλαπλά όργανα. Υπάρχουν επίσης αυξανόμενα στοιχεία σχετικά με τον πιθανώς αποτρεπτικό ρόλο της ενδομήτριας μόλυνσης στην πρόωρη γέννηση. Οι οδοί που οδηγούν στην ενδομήτρια μόλυνση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι πλήρως κατανοητές. Οι αυξημένες πιθανότητες τόσο για τη χοριοαμμωνιτίδα όσο και για την ενδομητρίτιδα θα μπορούσαν να οφείλονται σε ένα ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα νεαρών γυναικών που τις καθιστά πιο ευαίσθητες στη μόλυνση της μήτρας (Fong, et al., 2013).

5.1 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Μια μελλοντική έρευνα βάσει των ανωτέρω στοιχείων μελέτης, θα μπορούσε να αναφέρεται σχετικά στη συλλογή, αξιολόγηση και συζήτηση στοιχείων που θα τοποθετούνται στο πλαίσιο της ανάλυσης των δεδομένων το θέμα των ειδών και τύπων επιπλοκών στην εγκυμοσύνη σε γυναίκες εγκύους άνω των 21 ετών και μικρότερες των 40 ετών και να συγκριθούν με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας για γυναίκες ηλικίας κάτω των 21 και μεγαλύτερες των 40 ετών.

Συμπεράσματα

Τα στάδια του φυσιολογικού τοκετού, αναφέρονται να είναι τρία (3) και αυτά είναι γνωστά ως το στάδιο διαστολής του τραχήλου, το στάδιο κάθοδος - έξοδος του εμβρύου, και τρίτον η έξοδος του εμβρύου. Στη διάρκεια του κάθε τοκετού, οι συσπάσεις καμιά φορά αρχίζουν στο μέσο της μήτρας και ουσιαστικά εξαπλώνονται με ένα ακανόνιστο τρόπο.

Οι συσπάσεις αυτές είναι το ίδιο συχνές αλλά και επώδυνες, όσο και οι συντονισμένες, αλλά μπορεί να μην προκαλέσουν διαστολή του τραχήλου η πρόοδος του τοκετού θα είναι αργή. Αν οι συσπάσεις βέβαια παραμείνουν ανώμαλες, μπορεί να χρειαστεί καισαρική τομή και προτού ν' αγχωθεί το μωρό. Η περίπτωση της προεκλαμψίας συνήθως συμβαίνει μετά την 20η εβδομάδα της κύησης, στην πρώτη εγκυμοσύνη και σχεδόν πάντα στην ολοκλήρωσή της σε πολύτοκες γυναίκες.

Η περίπτωση της προεκλαμψία μπορεί να χαρακτηρίζεται ως ήπια ή σοβαρή. Στην ήπια αυτή μορφή, η συστολική αρτηριακή πίεση γνωστή με τα αρχικά ως ΣΑΠ, είναι μεγαλύτερη των 140 mmHg και βέβαια μικρότερη των 160 mmHg, η δε ΔΑΠ είναι μεγαλύτερη των 90 mmHg και μικρότερη των 110 mmHg με συνοδό ήπια πρωτεϊνουρία μικρότερη ή ίση των 5 gr/24h.

Μια υπερβολική αιμορραγία κάποια φορά μπορεί να παρουσιάζεται επειδή η μήτρα δε συσπάτε αμέσως μετά από την αποβολή του πλακούντα. Το συγκεκριμένο πρόβλημα μπορεί βέβαια να συμβεί μετά από ένα τοκετό μακράς διάρκειας και για το λόγο πως οι μύες της μήτρας δεν μπορούν πλέον να συσπαστούν. Μπορεί επίσης να συμβεί αν η μήτρα έχει συσταλθεί υπερβολικά λόγω της υπερβολικής ποσότητας αμνιακού υγρού, ενός μεγάλου μωρού, πολλαπλής γέννας ή πολλών προηγούμενων τοκετών. Επίσης, τα ακριβή αίτια που προκαλούν τον πρόωρο τοκετό τις περισσότερες φορές δεν είναι γνωστά. Υπάρχουν όμως και ποικίλοι παράγοντες στην εμβρυο-πλακουντο-μητρική μονάδα, η παρουσία των οποίων σε μια κύηση προδιαθέτει στην εμφάνιση πρόωρου τοκετού.

Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα ο περιορισμός της αιμορραγίας από την πλακουντιακή άλω επιτυγχάνεται με ισχυρή σύσπαση των μυϊκών ινών του μυομητρίου. Παράγοντες που μπορεί να παρεμποδίσουν τον φυσιολογικό αυτό μηχανισμό της αιμόστασης αποτελούν η υπερδιάταση της μήτρας λόγω πολύδυμης κύησης, υδραμνίου ή μακροσωμίας του εμβρύου, η πολυτοκία, η χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα, τα ινομυώματα της μήτρας, η δυστοκία και η παράταση του τοκετού.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ιατράκης Γ.Μ., (2004). Σακχαρώδης Διαβήτης στη Διάρκεια της Κύησης, στο βιβλίο *Μαιευτικής*, εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα, 365-374
- Καραγιάννης Β.Θ., (1997). Αντιμετώπιση της Διαβητικής Γυναίκας πριν από τη Σύλληψη, *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, τεύχος 4, (τόμος 9): 332-336
- Κοφίνης Α.Ι., (2003). Διαβήτης της Κύησης, *Σακχαρώδης Διαβήτης Θεωρία-Πράξη*, υπεύθυνος έκδοσης Χ.Δ. Τούντας, Αθήνα, 1201-1206
- Λυκερίδου Κ., (2002). Σακχαρώδης Διαβήτης, στο βιβλίο *Μαιευτική-Σημειώσεις στην Κύηση Υψηλού Κινδύνου*, Αθήνα 2, 127-141
- Λυκερίδου Κ., (2002). Σακχαρώδης Διαβήτης, *Μαιευτική-Σημειώσεις στην Κύηση Υψηλού Κινδύνου*, Αθήνα, 142-144
- Παπαντωνίου Ν.Ε., (2000). Σακχαρώδης Διαβήτης και Κύηση, *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία*, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα, 173-175
- Παπαδημητρίου Α., Μαστρομηνάς Μ., Σιδέρης Ι, (1989). Ο διαβήτης και η Κύηση Σήμερα: Όχι Πλέον Κακή Πρόγνωση για τη Μητέρα και το Έμβρυο ή το Νεογνό», *Ιατρικά Χρονικά*, τεύχος 11, (τόμος ΙΒ'): 923-930
- Πολυχρονίδης, Ι. (2010). *Δημόσια Υγεία και Υγειονομική Πολιτική*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Friedrich, J., (2010). *Οδηγός μητρότητας: Θηλασμός*, Εκδότης Μάλλιαρης Α.Ε. Παιδεία, Θεσσαλονίκη
- Edenhofer, I., (2015). *Μητρότητα - Οδηγός για την νέα μητέρα*, Εκδότης Μαλλιάρης Παιδεία, Αθήνα
- Middleton W. (2006). *Υπερηχοτομογραφία*, Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα

Negri R., (2001), *Το νεογνό στη μονάδα εντατικής θεραπείας*, Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα

Αγγλική Βιβλιογραφία

Andolf E, Thorsell M, Källén K. (2013). Caesarean section and risk for endometriosis: a prospective cohort study of Swedish registries. *BJOG*; 120(9):1061–1065

Bateman BT, Shaw KM, Kuklina EV, Callaghan WM, Seely EW, Hernández-Díaz S. (2012). Hypertension in women of reproductive age in the United States: NHANES 1999–2008. *PLoS One*; 7(4): e36171

Baud D, Greub G. (2011). Intracellular bacteria and adverse pregnancy outcomes. *Clin Microbiol Infect*; 17(9):1312–1322

Baud D, Regan L, Greub G. (2008). Emerging role of chlamydia and chlamydia-like organisms in adverse pregnancy outcomes. *Curr Opin Infect Dis.*; 21(1):70–76

Bai J, Wong FWS, Bauman A, Mohsin M. (2002). Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*; 186(2):274–278

Cunnington AJ. (2001). *What's so bad about teenage pregnancy?* *J Fam Plann Reprod Health Care*;27(1):36–41

Danel I, Berg C, Johnson CH, Atrash H. (2003). Magnitude of maternal morbidity during labor and delivery: United States, 1993–1997. *Am J Public Health*; 93(4):631–634

Fong A, Chau CT, Pan D, Ogunyemi DA. (2013). Clinical morbidities, trends, and demographics of eclampsia: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol*; 30(13):539–535.

- Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. (2000). Mechanisms of disease - intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med.*; 342:1500–1507
- Gotsch F, Romero R, Kusanovic JP, et al. (2007). The fetal inflammatory response syndrome. *Clin Obstet Gynecol*; 50:652–683
- Gonçalves LF, Chaiworapongsa T, Romero R. (2002). Intrauterine infection and prematurity. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*; 8:3–13
- Heaman MI, Newburn-Cook CV, Green CG, Elliott LJ, Helewa ME. (2008). Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. *BMC Pregnancy Childbirth*; 8:15.
- Hoffman MC, Jeffers S, Carter J, Duthely L, Cotter A, González-Quintero VH. (2007). Pregnancy at or beyond age 40 years is associated with an increased risk of fetal death and other adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol*;196(5): e11–e13
- Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. (2000). Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol.*; 96:962–966
- Johnson HL, Ghanem KG, Zenilman JM, Erbeding EJ. (2011). Sexually transmitted infections and adverse pregnancy outcomes among women attending inner city public sexually transmitted diseases clinics. *Sex Transm Dis*; 38(3):167–171
- Locksmith G, Duff P. (2001). Infection, antibiotics, and preterm delivery. *Semin Perinatol*; 25(5): 295–309.
- Matsuda Y, Kawamichi Y, Hayashi K, Shiozaki A, Satoh S, Saito S. (2011). Impact of maternal age on the incidence of obstetrical complications in Japan. *J Obstet Gynaecol Res*; 37(10):1409–1414

- Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJK, Kirmeyer S, Matthews TJ, et al. (2011). Births: final data for 2009. *Natl Vital Stat Rep*; 60:1–70
- Metzger BE. (2007). Long-term outcomes in mothers diagnosed with gestational diabetes mellitus and their offspring. *Clin Obstet Gynecol*; 50:972–979
- Matsuda Y, Kawamichi Y, Hayashi K, Shiozaki A, Satoh S, Saito S. (2011). Impact of maternal age on the incidence of obstetrical complications in Japan. *J Obstet Gynaecol Res*;37(10):1409–1414
- Misra DP, Guyer B, Allston A. (2003). Integrated perinatal health framework: a multiple determinants model with a life span approach. *Am J Prev Med*; 25:65–75
- Olsen MA, Butler AM, Willers D, Gross GA, Devkota P, Fraser VJ. (2010). Risk factors for endometritis after low transverse cesarean delivery. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 31:69–77
- O'Malley KJ, Cook KF, Price MD, Wildes KR, Hurdle JF, Ashton CM. (2005). Measuring diagnoses: ICD code accuracy. *Health Serv Res*; 40(5):1620–1639
- Oyelese Y, Ananth CV. (2010). Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol.*; 53(1):147–156
- Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. (2006). Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health*; 16:157–161
- Romero R , Espinoza J , Gonçalves LF , Kusanovic JP, Friel L, Hassan S. (2007). The role of inflammation and infection in preterm birth. *Semin Reprod Med*; 25:21–39

- Rayburn WF. Maternal and fetal effects from substance use. (2007). *Clin Perinatol*; 34:559–571.
- Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. (2016). Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health*; 16:157–161
- Salihu HM, Sharma PP, Peters S. (2006). Twinning and risk of stillbirth subtypes in pediatric mothers. *Twin Res Hum Genet*; 9(5):673–676
- Smith GC, Pell JP. (2001). Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ*, 323(7311):7476.
- Sorof JM, Lai D, Turner J, Poffenbarger T, Portman RJ. (2004). Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children. *Pediatrics*; 113:475–482
- Tsikouras P, Dafopoulos A, Trypsianis G, et al. (2012). Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 25:1606– 1611
- Weiss JL, Malone FD, Emig D, et al. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate-a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*; 190(4):1091–1097
- Wilson RE, Alio AP, Kirby RS, Salihu HM. (2008). Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. *Arch Gynecol Obstet*, 278(3):231–6
- de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. (Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 147:151–156