



ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΠΡΩΡΩΝ ΒΡΕΦΩΝ

Πρώωρο παιδί με την πραγματική σημασία της λέξεως ονομάζεται εκείνο που γεννιέται προτού συμπληρωθή ή 40ή έβδομας της έγκυμοσύνης.

Έν τούτοις ένα παιδί που γεννιέται 8. ταν έχη συμπληρωθή ολόκληρος ή έγκυμοσύνη, μπορεί να είναι μικρό και άνωριμο, όπως συχνά συμβαίνει εις την δίδυμο κύηση.

Τό παιδί που γεννήθηκε στο τέρας της έγκυμοσύνης διατρέχει τους ίδιους κινδύνους μ' ένα παιδί του αυτού βάρους, τό όποιον όμως είναι πρόωρο.

Γι' αυτούς ακριβώς τους λόγους ή Διεθνής Συνέλευσις της Γενεύης, τό 1937, καθώρισε ως πρώωρο τό παιδί εκείνο τό όποιον κατά την γέννησίν του έχει βάρος 2.500 γραμ. και κάτω, άσχετως πρòς την διάρκειαν της έγκυμοσύνης.

Γενικώς σήμερα είναι παραδεδεγμένον ότι 50% των πρώωρων γεννήσεων όφείλονται σέ τοξιναιμία της κύησης, συγγενείς διαμαρτίας, πρόδρομο πλακοϋντα, δίδυμο και πολύδυμο κύηση, καρδιοπαθή μητέρα και συφιλίδα.

Πέραν όμως αυτού, ένα υπόλοιπον 50% των πρώωρων γεννήσεων δέν έχει έξακριβωμένη αιτιολογία. Και γι' αυτό πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν την σχέσηιν που υπάρχει μεταξύ πρώωρου τοκετού και κακών κοινωνικών συνθηκών διαβιώσεως.

Ό Eastman, στις Ένωμένες Πολιτείες, παρατήρησε ότι τό ποσοστόν πρώωρων τοκετών σ' ένα μεγάλο Νοσοκομείο ήταν πολύ μεγαλύτερο σέ θαλάμους 3ης θέσεως άπό ό,τι σέ έπιτόκους θέσεων, άκόμη δέ μέγαλύτερο σέ μαύρες γυναίκες.

Σέ Άγγλικές Στατιστικές αναφέρεται

ότι τό ποσοστόν γεννήσεως πρώωρων στις άπορες τάξεις ήταν 7,6%, ενώ στις εύπορότερες τάξεις κατέρχεται σέ 4,8%. Παρ' ήμιν, άπό Στατιστική του Μαιευτηρίου «Μαρίνα Ήλιάδη» που καλύπτει τους τοκετούς μιας δεκαετίας, ήτοι 1947-1957, τό γενικόν ποσοστόν γεννήσεως πρώωρων άνέρχεται σέ 6,5%.

Έπίσης τό ποσοστόν των θανάτων ήταν πολύ μεγαλύτερο στην πρώτη παρά στην δευτέρα κατηγορία. Άναφορικά, τέλος, πρòς τό ποσοστό πρώωρων σέ πολυτόκους, παρατηρήθη ότι τουτο αυξάνεται μετά τόν δεύτερο τοκετό στις γυναίκες έργατών, ενώ στις μητέρες εύπορωτέρων τάξεων διατηρείται τό χαμηλό επίπεδον και στους έπομένους τοκετούς.

Σύμφωνα με έργασίες διαφόρων έρευνητών, οι όποιοι έμελέτησαν την επίδρασιν των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της μητέρας επί του βάρους του έμβρύου κατά τόν τοκετό, παρατηρήθη σχέσις μεταξύ πρωιμότητος έμβρύου και των άκολούθων καταστάσεων :

- 1) Μητρικό ανάστημα.
- 2) Μητρική διαίτα κατά την έγκυμοσύνη.
- 3) Έξώγαμος έγκυμοσύνη.
- 4) Παρακολούθησις της έπιτόκου.
- 5) Έργασία της μητέρας κατά την διάρκειαν της έγκυμοσύνης.

Μητρικό ανάστημα: Ό Baird (τό 1949) συνέκρινε τό ανάστημα και την γενικήν κατάστασιν γυναικών που γέννησαν σέ ιδιωτικές Κλινικές, με γυναίκες που γέννησαν σέ Νοσοκομείο, και βρήκε ότι υπάρχει κάποια σχέσηιν ως πρòς την γέννη-

σιν προώρων νεογνῶν, δηλαδή υποστηρίζει ότι αὐτὴ εἶναι συχνότερη στὶς κοντύτερες γυναῖκες, τῶν ὁποίων τὸ ἀνάστημα εἶναι κάτω ἀπὸ 1,60 ἕκ.

Γενικῶς βρέθηκε ὅτι οἱ ψηλότερες γυναῖκες ἦταν υγιέστερες, συμπεραίνει ὅμως ὅτι πολλὲς ἀπὸ τὶς κοντὲς γυναῖκες εἶναι ἔτσι ὄχι ἀπὸ κληρονομικότητα ἀλλὰ γιὰτὶ δὲν εἶχανε καλὴ διατροφή κατὰ τὰ χρόνια τῆς ἀναπτύξεώς των.

Ἐπίσης οἱ Douglas καὶ Mogford (1953) παρατήρησαν τὴν σχέσιν μεταξύ προώρου τοκετοῦ καὶ κοντοῦ ἀναστήματος τῆς μητέρας.

Τέλος δὲ ὁ Thomson (1955), ἀναφέρει περιπτώσεις στὶς ὁποῖες ὑπάρχει μὴ μικρὴ ἀλλὰ πολὺ σημαντικὴ συσχέτισις ἀναστήματος μητέρας καὶ βάρους ἐμβρύου. Δὲν θεωρεῖ ὅμως ὅτι τὸ ἀνάστημα μόνον μπορεῖ νὰ εἶναι αἰτία τοῦ χαμηλοῦ ἐμβρυϊκοῦ βάρους.

Μητρικὴ διαίτα κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνη: Ὑπάρχουν πολλοὶ ποὺ υποστηρίζουν ὅτι ἡ διαίτα τῆς μητέρας κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνη ἐπηρεάζει σημαντικὰ τὸ βᾶρος τοῦ ἐμβρύου.

Ἐτσι, στὴν ἐργασία τοῦ Ebbs (1942), ἀπὸ τὸν Καναδᾶ, τὸ ποσοστὸν προώρων ἀνευρέθη 8% σὲ μίαν ομάδα γυναικῶν ποὺ ἐθεωρήθη ὅτι εἶχαν κακὴ διατροφή, 2,2% σὲ μίαν ομάδα γυναικῶν τῶν ὁποίων ἡ διαίτα ἐπλουτίσθη κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης, καὶ 3% σὲ μίαν ομάδα τῶν ὁποίων ἡ διατροφή ἐθεωρήθη ἱκανοποιητικὴ καὶ δὲν ἐπηρευζήθη.

Ἐν τούτοις ὑπάρχουν ἄλλοι συγγραφεῖς οἱ ὁποῖοι υποστηρίζουν ὅτι τὸ ἐπίπεδον διατροφῆς μιᾶς ἐγκύου γυναίκας εἶναι «ἐνας ἀσήμαντος ὁδηγὸς γιὰ τὸ βᾶρος τοῦ παιδιοῦ».

Τὰ ἀποτελέσματα μαζικῆς κακῆς διατροφῆς τῆς μητέρας ὅσον ἀφορᾷ τὸ βᾶρος τοῦ ἐμβρύου ἐμελετήθησαν σὲ χῶρες ποὺ ὑπέφεραν ἀπὸ τὸν πόλεμον καὶ ἀπὸ ἀσιτία.

Ἐτσι, κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς πολιορκίας τοῦ Leningrad (1941-1942) τὸ ποσοστὸν προώρων τοκετῶν ἀνῆλθε ἀπὸ 7% σὲ 23%, καὶ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς χειρότερης περιόδου, στὶς ἀρχὲς τοῦ 1942,

ἔφθασε στὰ 41,2%. Τοῦτο ἀποδόθηκε ὄχι μόνον σὲ ἀσιτία τῶν μητέρων, ἀλλὰ καὶ σὲ ἀσυνήθη σωματικὴ ἐξάντληση, καθὼς καὶ στοὺς συνεχεῖς βομβαρδισμούς.

Ἐν τούτοις στὴν Ὀλλανδία, ὅταν τὸ πρόβλημα τῆς διατροφῆς κατὰ τὴν κατοχὴ ἦταν ὀξύ, τὸ ποσοστὸν προώρων τοκετῶν σὲ ἀστικὲς περιοχὰς δὲν αὐξήθηκε σημαντικὰ, ἀν καὶ ὁ μέσος ὁρος ἐμβρυϊκοῦ βάρους κατὰ τὴν γέννησιν ἠλαττώθη.

Μία παρομοία πτώσις ἐμβρυϊκοῦ βάρους ἐσημειώθη καὶ εἰς τὴν Νορβηγίαν κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς κατοχῆς. Ἐτσι, ἐν κατακλιεῖδι, ἡ σχετικῶς μικρὰ πτώσις ἐμβρυϊκοῦ βάρους σὲ περιπτώσεις μαζικῆς κακῆς διατροφῆς εἶναι ἄξια προσοχῆς.

Ἐξώγαμος ἐγκυμοσύνη: Γενικῶς εἶναι παραδεκτὸν ὅτι τὸ ποσοστὸν προώρων τοκετῶν σὲ ἐξώγαμες μητέρες εἶναι ἠϋξημένο. Ἀπὸ μίαν ἐργασία τῆς Drillien (1956), τὸ ποσοστὸν βρέθηκε 8,7% ἐν συγκρίσει μὲ 6,4% σὲ ὑπανδρες γυναῖκες.

Ἡ ἐπίδρασις τοῦ ἐξωγάμου παράγοντος στὴν γέννησιν προώρων παιδιῶν παρατηρήθη καὶ ἀπὸ τὸν Toverud (1933), ὁ ὁποῖος ἐμελέτησε τὶς περιπτώσεις ἐνὸς μεγάλου Νοσοκομείου τοῦ Ὁσλο.

Παρακολούθησις τῆς ἐγκυμοσύνης: Ἀπὸ μίαν μεγάλη στατιστικὴν ποὺ ἐγίνε στὴν Ἀγγλίαν, βρέθηκε ὅτι γενικῶς οἱ μητέρες προώρων εἶχαν ἐπωφεληθῆ λιγώτερον ἀπὸ τὰ ὑπάρχοντα μέσα παρακολούθησεως τῆς ἐγκυμοσύνης (Antenatal Care) παρὰ οἱ μητέρες ἐκεῖνες ποὺ γέννησαν στὸ τέρμα.

Μεταξὺ ἐργαζομένων γυναικῶν, τὸ ποσοστὸν προώρων σὲ πρωτοτόκες ἦταν 5,8%, σ' αὐτὲς ποὺ παρηκολουθοῦντο κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνη καὶ 10,5% σὲ γυναῖκες ποὺ εἶχαν ἀνεπαρκῆ παρακολούθησιν.

Ἐργασία κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης: Ἀπὸ στατιστικῆς παρατηρήθη ὅτι τὸ ποσοστὸν τῶν προώρων τοκετῶν ἦταν πολὺ μεγάλο σὲ πρωτοτόκες οἱ ὁποῖες εἰργάζοντο κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνες τῆς ἐγκυμοσύνης.

Ἐτσι 35% ἀπὸ τὶς ἐργαζόμενες γυναῖκες, οἱ ὁποῖες εἶχαν πρόωρον τοκετό,

είργάζοντο κατά τις τελευταίες 10 εβδομάδες πρὸ τοῦ τοκετοῦ.

Ἐπίσης παρετηρήθη ὅτι ἡ ἔλλειψις βοήθειας στὶς οἰκιακὰς ἐργασίαι προάγει τὴν πρωιμότητα τοῦ τοκετοῦ. Ἔτσι μεταξύ ἐργαζομένων γυναικῶν σὲ ἓνα Νοσοκομεῖο, ἐ-

κείνες οἱ ὁποῖες εἶχαν βοήθεια στὴν οἰκιακὴ τους ἐργασία κατά τοὺς τελευταίους 3 μῆνας τῆς ἐγκυμοσύνης παρουσίασαν ποσοστὸ πρῶρων τοκετῶν 7,5⁰/₀, ἐνῶ σὲ γυναῖκες οἱ ὁποῖες δὲν ἐβροηθῶντο, τὸ ποσοστὸ πρῶρων τοκετῶν ἀνῆλθε σὲ 10,7⁰/₀.

A. Γ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ

Ἐπιμελητὴς Α' Μαιευτικῆς Κλινικῆς
Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ἡλιάδη»

ΔΙΕΘΝΗ ΝΕΑ

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

Toronto, Καναδάς.—Υπὸ τοῦ I. Mann (Μαιευτικὸν Τμήμα Γενικοῦ Νοσοκομεῖου τοῦ Toronto) ἀνεκοινώθη κατὰ τὸ Ἐτήσιον Συνέδριον τῆς Καναδικῆς Ἱατρικῆς Ἑταιρείας (Quebec, Καναδάς), ὅτι ἡ ὀφειλομένη εἰς ἀναπνευστικὴν δυσχέρειαν θνησιμότης τῶν νεογνῶν δύναται νὰ μειωθῇ σημαντικῶς διὰ τῆς χρήσεως νεοσιτῆ ἐπινοηθέντος σωληνίσκου ἀναρροφῆσεως τῆς βλέννης καὶ μηχανήματος ὀξυγονώσεως τῶν πνευμόνων ὑπὸ σταθερὰν πίεσιν. Αἱ προηγούμεναι μέθοδοι δὲν προσέδωκαν τὴν δυνατότητα μηχανικῆς ἀποφράξεως τῆς τραχείας καὶ τῶν βρόγχων ὑπὸ βλέννης. Ὁ ἀνωτέρω σωληνίσκος ἀναρροφῆσεως ἀποτελεῖ σημαντικὴν πρόοδον, καθ' ὅσον οὗτος εἰσάγεται ἀπ' εὐθείας ἐντὸς τῶν ἀναπνευστικῶν ὁδῶν, ἐπιτρέπων οὕτω πληρεστέραν ἀφαίρεσιν τῆς βλέννης ἐκ τοῦ κατωτέρου τμήματος τοῦ ἀναπνευστικοῦ δένδρου καὶ ἐπομένως καλυτέραν ὀξυγονώσιν. (89ον Ἐτήσιον Συνέδριον, Καναδικὴ Ἱατρικὴ Ἑταιρεία, Quebec, Καναδάς.)

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

Mexico City, Μεξικόν.—Δι' ἀνακοινώσεως τοῦ ἐνώπιον τῆς Μεξικανικῆς Ἑταιρείας Φαρμακολογικῶν καὶ Θεραπευτικῶν Μελετῶν ἐπὶ τῆς γυναικολογίας, μαιευτικῆς καὶ στειρότητος (Πόλις τοῦ Μεξικοῦ) ὁ M. Urrutia Ruiz ἐτόνισεν ὅτι ἐπὶ ἀγόνου γάμου πρέπει νὰ μελετῶνται ἀμφότερα τὰ μέλη τοῦ ζεύγους. Ὁ ἀνωτέρω συνιστᾷ τὰς κάτωθι ἐξετάσεις διὰ τὴν διάγνωσιν τῆς στειρότητος τοῦ θήλεος. Κατὰ τὴν πρώτην ἐπίσκεψιν λαμβάνεται τὸ Ιστορικόν, γίνονται λεπτομερῆς κλινικὴ ἐξέτασις καὶ ἐκτελοῦνται κοινὰ ἐργαστηριακὰ ἐξετάσεις, ὡς μικροβιολογικὴ ἐξέτασις τοῦ ἐκκρίματος τοῦ τραχήλου καὶ τοῦ κόλπου. Κατὰ τὴν δευτέραν ἐπίσκεψιν, ἥτις πρέπει νὰ δριστεθῇ μεταξύ 9ης καὶ 12ης ἡμέρας τοῦ ἐμμηνορροϊκοῦ κύκλου, ἐκτελεῖται ὑστερομέτρησης, δοκιμασία διαπερατότητος τῶν σαλπίγγων, μέλητη τοῦ pH τῆς βλέννης τοῦ τραχήλου τῆς μή-

τρας καὶ τοῦ κόλπου, κρυστάλλωσις καὶ δοκιμασία κατὰ Huhner. Τέλος, μεταξύ 26ης καὶ 28ης ἡμέρας τοῦ κύκλου, πρέπει νὰ ἐκτελεθῇ ἐνδομήτριος βιοψία καὶ ὑστεροσαλπιγγογραφία, καθὼς ἐπίσης κολποσκόπησις, δοκιμασία κατὰ Miller-Kurczock, κυτταρολογικὴ ἐξέτασις τοῦ κολπικοῦ ἐκκρίματος καὶ λήψις καμπύλης θερμοκρασίας τοῦ ὄρθου. Κατὰ τὸν ἐρευνητὴν, μόνον διὰ τοιαύτης λεπτομεροῦς μελέτης εἶναι δυνατὴ ἡ ἀκριβὴς διαπίστωσις τῶν αἰτιῶν τῆς στειρότητος, ἣτις θὰ ὀδηγήσῃ εἰς κατάλληλον θεραπείαν. (Μεξικανικὴ Ἑταιρεία Φαρμακολογικῶν καὶ Θεραπευτικῶν Μελετῶν, Πόλις τοῦ Μεξικοῦ, Μεξικόν.)

Kingston, Ontario, Καναδάς.—Κατ' ἀνακοινώσιν τοῦ De Saint Victor (Τμήμα Μαιευτικῆς, Πανεπιστήμιον τῆς Ottawa), κατὰ τὸ Πέμπτον Ἔτος Μετεκπαιδευτικῶν Μαθημάτων (Πανεπιστήμιον Queen Kingston), ἡ ἀξίησις τῆς συχνότητος ἐκτελέσεως καισαρικῆς τομῆς κατέστη δυνατὴ χάρις εἰς τὴν βελτίωσιν τῆς ἐγχειρητικῆς τεχνικῆς, τὴν καλυτέραν ἀναισθησίαν, τὰς τραπέζας αἵματος καὶ τὰ ἀντιβιοτικά. Κατὰ τὸν ἀνωτέρω ἐρευνητὴν, ἡ ἐπέμβασις ἐπιβάλλεται κατὰ 90⁰/₀ ἐπὶ τῶν ἐξῆς 8 κυρίως ἐνδείξεων: 1) δυσαναλογία πυέλου κεφαλῆς ἐμβρύου, 23-53⁰/₀, 2) προηγηθεῖσα καισαρικὴ τομή, 2-33⁰/₀, 3) αἱμορραγία, συνήθως λόγω προδρόμου πλακοῦντος, 1-17⁰/₀, 4) τοξιναιμία 3,5-11⁰/₀, 5) δυσχερὴς τοκετὸς κατὰ τὸ παρελθόν, 1-9,7⁰/₀, 6) ἀδράνεια τῆς μήτρας, 2-7⁰/₀, 7) ἠλικιωμένη πρωτοτόκος, 1,3-4,4⁰/₀, 8) κακὴ προβολή, 3,5-4,4⁰/₀. Τὸ καρκίνωμα καὶ αἱ ἀνωμαλίας τοῦ τραχήλου καὶ τῆς μήτρας ἀποτελοῦν ἐπίσης ἐνδείξεις, ἐνῶ ὁ πρὸ τῆς γεννήσεως θάνατος τοῦ ἐμβρύου εἶναι συνήθως ἀντένδειξις. Ὁ Saint Victor ἐτόνισεν ὅτι αἱ ἀπόλυτοι ἐνδείξεις καισαρικῆς τομῆς εἶναι σπάνιαι καὶ ὅτι ἐπὶ ἐκάστης περιπτώσεως πρέπει νὰ ἐκτιμᾶται μετὰ προσοχῆς τὸσον ὅ ἐκ τῆς ἐπεμβάσεως ὅσον καὶ ὁ ἐκ τοῦ διὰ τοῦ κόλπου τοκετοῦ κίνδυνος. (Πέμπτον Ἔτος Μετεκπαιδευτικῶν Μαθημάτων, Πανεπιστήμιον Queen Kingston, Καναδάς.)