

ERKEN DOĞUM

Dr. Necdet Alaca (*)

Erken; zamanında ve zamanından sonra sona eren gebelikler arasındaki hudutları Martius şöyle ayırmaktadır:

Abortus: 28. haftaya kadar.

Partus İmmaturus: Olgun olmayan çocukla birlikte erken doğum.

Partus Prematurus: Olgun olan çocukla birlikte erken doğum.

Partus Suotempore: Zamanındaki doğum.

Partus Serotimus: Sürmatüre doğum, olgun veya fazla olgun çocukla birlikte olan doğum.

Martius, düşüğü 28. haftaya kadar hesap etmektedir. Eröen doğumu ise 29 dan 38. haftaya kadar olan vakalarda belirtmektedir.

Bugünkü olanaklarla 28. haftadan önce doğmalarına karşın yaşamış çocuklara düşük olarak bakmak biraz sakıncalı olmaktadır. Böyle vakalar göz önünde tutulursa REİD'in yaptığı definasyon daha doğru gibi akla gelmektedir.

Bu tasnife artık birçok kliniklerde 1000 Gr. nın altında doğmasına karşın, yaşayan bir çok çocukların varlığını gözönüne alarak, hatta literatürde 450 Gr. olmasına karşın hayatta tutulan bir olayda yayınlandığına göre *Pre-Viable* grubunuda eklemek zorunluluk haline gelmiştir.

Grup	Gebelik süresi	Uzunluğu	Ağırlığı
1. Non-Viable (Abortus)	20. Haftaya kadar	23 cm. az	300 Gr. az
2. Pre-Viable	21-28 Hafta	23-34 cm	300-999 Gr.
3. Viable (Prematüre)	29-35 Hafta	35-47 cm	1000-2500 Gr.
4. Matüre	36-43 Hafta	48-ve daha yukarı	2500 Gr.dan faz.
5. Postmatüre	43 Haftadan fazla	—	—

(*) Şişli Hastanesi I. Kadın-Doğum Kl. Şefi

2500 Gr. dan daha aşağı olarak dđnyaya gelen çocuklar 1948 de toplanan Dđnya sağlık örgütünün önerilerine uyularak erken doğum olarak kabul edilirler. Bu definasyon yalnızca klinik değil istatistik yönünden de değer taşır.

şöyleki bir klinik veya bir memlekette Perinatal bebek ölümleri hakkındaki istatistikler ancak bunların arasındaki erken doğumları bilmekle daha doğru olarak değerlendirebilirler.

Erken doğumlar olgunluk derecesine göre değil de, yalnızca gebelik süresi (hafta olarak) dikkate alınıp değerlendirilirse her gebeliğin başlangıcını kesin olarak bilme güçlüğü ortaya çıkar. Ve birçok güçlükleri de beraberinde getirir. Bu bakımdan gebeliğin yalnızca takvim süresine göre yapılacak bir tasnifi pratik değildir. Bunun için objektif olarak elle tutulabilir bir kriter olarak yeni doğanın ağırlığı dikkate alınmaktadır. Prematüre doğumların sıklığı çok çeşitli olarak bildirilmektedir. Eski alınan istatistikler %2,5-%25 arasında değişmektedir.

Butler ve Bonharm tarafından yayınlanan İngiliz istatistiklerine göre sıklık %6,7 olarak belirtilmiştir.

Erken Doğumların nedenleri:

Erken doğumların ancak %40-%50 sinin nedenlerinin açıklığa kavuşturulması olanağı vardır. Her ne kadar erken doğuma neden olan çeşitli faktörler bilinirse de bunların bireylere uygulanarak exsact olarak herhangi bir vakadaki nedeni söylemek çok kez olanak dışıdır.

Buna karşın nedenleri bilmek ve ortaya çıkarmak erken doğumlara engel olabilmek içinde tek zorunluluktur.

Perinatal Mortalite de %60-%70 oranında erken doğumlar rol oynadığına göre, Perinatal bebek ölümlerinin sayısını azaltmak için en önce erken doğumlara engel olmak gerekir.

Nedenleri; Maternal, Fetal ve çevre faktörlerine göre ayırabiliriz.

Erken doğumlarda Maternal nedenler olarak annenin yaşının büyük bir rolü vardır.

20 yaşından daha küçük annelerde erken doğum oranları 20-29 yaş arasındaki annelere karşın %50-%100 daha fazladır.

Erken doğumlara neden olan faktörler arasında Parite'de oldukça önem taşır. Pirimiparlarda erken doğum oranı en fazladır.

Unnerus ve Backman irtaklaşa olarak şaşılacak şekilde annenin kalp volümü ile erken doğumlar arasında bir ilişkinin varlığını ortaya koymuşlardır.

Kalp volümünün ortalama değeri erken doğumlarda 584 ± 8 ml. Normal doğumlarda ise 669 ± 5 ml. olarak istatistiklerde araştırılmış ve kesin olarak belirlenmiştir.

704 vak'ada:

<i>Doğan Bebeğin Ağırlığı</i>	<i>Annenin kalp volümü</i>
2500 Gr. altında	584 ml.
2500 Gr.	609 ml.
3000 Gr.	653 ml.
3500-3999 Gr.	699 ml.
4000 Gr. üstünde	722 ml.

bulunmuştur.

Unnerus ve Beackman, annenin boyu ve ağırlığının da yeni doğanın ağırlığına etkisini araştırmışlardır. Signifikant bir farkı yalnız annenin ağırlığında bulmuşlardır.

Buna göre:

<i>Zamanında Doğanlar</i>	<i>Erken Doğanlar</i>
Annenin kan volümü	669 ± 5 584 ± 8 ml.
Annenin ağırlığı	$65,2 \pm 0,4$ Kg. $61,2 \pm 0,7$ Kg.
Annenin boyu	$161,0 \pm 0,3$ cm. $160,1 \pm 0,4$ Cm.

Diğer taraftan Donnely ve çalışma arkadaşları ile Baird'ın açıklamalarında annenin boyunun erken doğumlarda elle tutulur bir faktör olduğunu iddia ederler. Açıklamalarında boyları 160 cm. den az olan annelerde erken doğum oranı %6, 6-%19 buna karşın 170 cm. den daha fazla olan annelerde %4-%10 arasında olduğunu tespit etmişlerdir.

Erken doğum nedenleri arasında İsthme-Cervical İnsufisans'ı da hesaba katmak gerekir.

Bu neden özellikle Habutuelle erken doğumlarda oldukça büyük önem taşırlar.

Palmer, Lacomme ve Lash ile Shirodkar'ın inceleme ve araştırmalarından sonra Etyolojik nedenleri daha da açıkça ortaya çıkmıştır.

Habutuelle erken doğumların nedenleri arasında nadiren habutuelle Placenta İnsufisans'ını da belirtmek gerekir. Böyle vakalarda erken doğum yaptırılmazsa çoğu kez ani olarak bebek ölümleri görülür.

Douglas erken doğum nedenleri arasına (örneğin iki yıl aradan az) sık doğumları da katar.

Annenin beslenmesi sorununun erken doğumlara etkisi konusunda fikirler değişiktir.

1963 de *Terris* kusursuz olarak yaptığı araştırmalara göre annenin günde 50 Gr. dan az protein aldığı vak'alarda erken doğumlara beslenmenin direk etkisi vardır.

Annenin sigara kullanması eskiden beri bilinen bir etkidir. Son zamanlarda yeniden yapılan araştırmalar bu kanının doğruluğunu ortaya tekrar koymuştur' *Simpson'a* göre sigara kullananlarda erken doğum oranı aşağı yukarı iki kat daha fazladır. İçilen sigara dedi ne kadar fazla ise erken doğum olasılığı o kadar artmaktadır.

Frazier ve arkadaşlarının Prospektiv olarak yaptıkları bir araştırmada erken doğum oranlarını sigara kullananlarda kullanmayanlara karşın %64 olarak daha fazla bulmuşlardır.

Geç gebelik Toxicose'ları erken doğumlara neden olabilmektedirler. Böyle vak'alarda erken doğum oranı daha fazladır.

Placenta anomalileri ve doğum öncesi kanamaları da erken doğum oranlarını arttıran faktörler arasındadır.

Bebeğin Uterus içindeki duruş anomalileri'nin de örneğin makad'i gelişlerde, yan gelişlerde erken doğum oranları çok yüksektir.

Annenin gebelik esnasında geçirdiği *infection hastalıkları* erken doğumlara neden olabilirler.

Pyelonephritis erken doğum oranlarını üç katına çıkarabilir. *Rubeol'a* göre *Pyelonephritis* geçirenlerde erken doğum sıklığı %34 den daha fazladır.

Epidemik Hepatitis'lerde erken doğumlar daha sıktır.

Tedavi edilmeyen Lues'te Oehme erken doğum sıklığını %23,8 olarak bulmuştur.

Paul'a göre *Konnetal Toxplasnose'da* erken doğum nedenleri arasında sayılmaktadır.

Bebeğe ait nedenler:

Bunlar arasında *çoğul gebelikleri* özellikle anımsatmak gerekiyor.

Döring ve Fink 11300 ikiz olarak doğan bebeklerin %57'de doğum ağırlığını 2500 Gr. ve daha az olarak bulmuşlardır. Ortalama ağırlık ikiz gebeliklerde 2449 Gr. olarak belirlenmiştir.

Erken doğanlarda *Anomalilere* sık rastlanır. *Donneli* ve arkadaşlarına göre erken doğanlarda anamali sıklığı zamanında doğanlara göre 3-4 kat daha fazladır.

Kan grupları ve faktörleri uyumsuzluğunun neden olup olamayacağı sorusu *Thomas* tarafından olumsuz olarak yanıtlandırılmaktadır.

Donnelly'e göre kan grubu uyumsuzlukları hafif te olsa erken doğum sıklığında bir yükseklik vardır.

Çevre faktörleri arasından ekonomik faktörler erken doğumları etkileyen nedenlerin başında gelir.

Donnelly ve çalışma arkadaşları North-Carolina'da yaşayan bütün anneleri 4 gruba ayırmışlar ve incelemişlerdir.

- 1 — İyi durumda olan beyazlar.
- 2 — Kötü durumda olan beyazlar.
- 3 — İyi durumda olan renkli ırktan olanlar.
- 4 — Kötü durumda olan renkli ırktan olanlar.

Çok interasan olan sonuçlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Erken doğum sıklıkları ekonomik durumları en kötü olanlar arasında en iyi durumda olanlara karşın 3 kat daha fazla olarak bulunmuştur.

Ekonomik durumlara göre:

	<i>Beyazlar</i>				<i>Totale</i>
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	
<i>Doğum Adedi</i>	12035	10091	3940	3845	29561
<i>Erken doğanlar</i>	603	879	526	513	2521
<i>Yüzde olarak oranı</i>	5,0	8,7	13,3	14,7	8,5

Erken doğumlarda rol oynayan bir faktörde gebelik süresince gebenin bakımındır.

Aşağıdaki tablodan da anlaşılacağına göre, en fazla erken doğumlar gebelik süresince kontrol edilmeyenlerde, en az ise iyi bir şekilde kontrol edilenlerde rastlanmaktadır.

Tablodaki (A) en iyi şekilde kontrol altında tutulan gebe grubunu, (B) yetersiz kontroldaki gebe gurubunu, (C) hiç kontrol edilme-

yen, (D) ise München Üniversitesi kadın-doğum kliniğine gelen gebe grubunu göstermektedir.

Kontrol altındaki gebeler:	(A)	(B)	(C)	(D)
<i>Doğum adedi</i>	657	1056	152	158
<i>Erken doğumlar</i>	39	139	27	11
<i>% olarak sonuç</i>	5,9	13,3	17,8	6,9

Ekonomik koşullar dışında gebenin yaşamındaki hızlilik ve stres'lerinde oldukça önemli şekilde erken doğumlara neden olduğunu da eklemek gerekir.

Normalden az gramajlı normalden az boyda çocukların normal bir gebelik süresi sonunda da doğduğu bilinir. Böyle vak'alarda bir *Fetal retardiorung*dan söz edilir.

Büyüme bozukluğu ve büyümeme en fazla bir *Plecanta insufizens'*ine bağlanır.

Butler'e göre erken doğumların 1/3 ünde çocukta bir büyüme retar'ı tam olarak hesaplamak gerekir. Zira bu gibi vak'alarda bebeğin boyu ve kilosu beklenenden daha da aşağıdadır.

Erken doğanlarda yaşama olanakları:

Erken doğanlarda yaşam sürelerinin azaldığı bilinen bir gerçektir. Bu tür doğanlarda (Perinatal çocuk ölüm oranının %60-70 şini) ölüm oranı yüksektir.

İstatistiklerin ayrı ayrı çeşitli sonuçlar göstermesi nedeni ile erken doğanların ölüm oranlarını kesin olarak vermek güçtür. Kadın ve çocuk kliniklerinin verdiği rakamlar genellikle değişiktir.

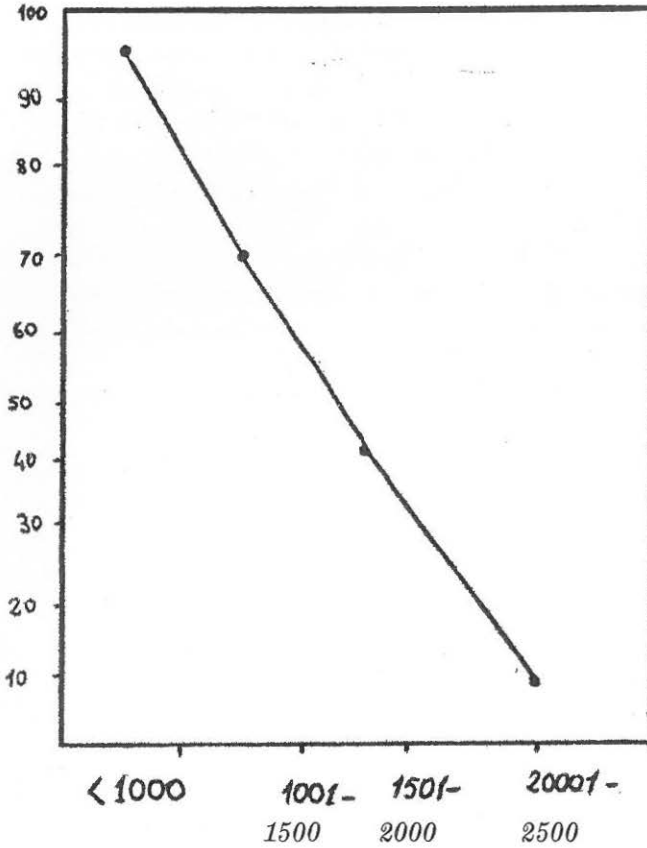
Erken doğanları dört sınıfa ayırarak, her sınıf için ayrı ayrı mortalite oranlarını vermek genellikle daha kolaydır ve bir çok büyük kliniklerde yöntem haline gelmiştir.

Erken doğanlarda Perinatal mortalitenin doğum ağırlığı ile ilişkisini gösterir çizelge.

(Butler ve Bonham'a göre)

Boston-Lying Hospital'den Reid'in bildirdiği sonuçlar oldukça sağlıklıdır.

1000 Gr. dan aşağı olarak doğan bebeklerin irade yaşama olanakları %7-%25 arasında değişmektedir. İngiliz istatistikleri bütün erken doğanlarda *mortalite oranlarını* %26,4 olarak göstermektedirler.



Erken doğum Proflaksi'si

Perinatal total Mortalitenin yüksek oluşu erken doğumlara bağlı olduğu için Proflaktik olarak erken doğumlar için önlemler alınarak bunların oluşmasına engel olunursa Perinatal Mortalitede de azalma olacağı tabiidir. Bu bakımdan Proflaksi oldukça önemlidir.

İlk önce bütün gebelerin İntensiv olarak kontrol edilmeleri ön koşuldur.

Erken doğumlarda nedenlerden önemli olan bir faktörde çalışan anne adaylarının kendileridir. Bilindiği gibi doğum öncesi dinlenme süresi işçi statüsüne bağlı olanlarda (6), memurlarda 3 haftadır. Birçok editörlerin kanısına göre 8 hafta olmalıdır.

Diğer nedenlerden biri de gebelik sırasında geçirilen akut ve kronik hastalıklardır. Septom göstermeyen Pyelo-nephritlere özellikle

dikkat etmek gerekir. Beslenme özellikle protein alınmasına, sigara kullanılmamasına gebelerin dikkati çekilmelidir. Bir gebelik Toxicose'nun, bebeğin geliş anomalilerinin, birden fazla gebeliklerin erken tanısı ve böyle olayların daha İntensiv kontrolü pek tabii erken doğumların neden olduğu Perinatal mortaliteyi düşürebilir.

Böyle vak'aların olanaklar ölçüsünde erken Hospitalizesi oldukça yararlar sağlar.

Büyük myom nüvelerinin enükleasyone büyük cervix yırtıklarında emmet yöntemi portio plastikleri ve cervix infüziyansında shrodkar ve benzeri operatif önlemlerin alınması da erken doğumların prof-laxi'sinde düşünülen yöntemlerdendir.

Erken doğum tehdidinde alınacak ilk önlem hastanın mutlak yatak istirahati ve Kuhabitation yasağıdır.

Uterus'un Kontraktion'larının oluşmasını da söylemek ve bunu önlemek için Medicamentöz tedbirler arasında eskiden Tentürd'Opi-um 3x15 damla verilmesi önerilirdi. Benzodizepam günde 4x10 mg. gereksinim halinde günde 100 mg. a kadar verilmesi önerilir. Bu yüksek dozlar verilirse bile gerek annede gerekse bebekte istenmeyen etkilerin olduğu bugüne kadar gözlenmemiştir. Yine son zamanlarda çeşitli Tokolitik ilaçlar verilmesinde gerek direkt gerek inderkt tokometri ile, uterusun kontraksiyonlarının ortadan kalktığını kesin olarak tesbit etmek olanağı oluşmuştur.

Bishoz ve Wonterez yayınlarında Uterus kontraksiyonlarının önlenmesinde olağan üstü sonuçları *İsoxoupurine* ile elde etmişlerdir. Bu konuda bir haftaya varan mutlak Uterus hareketsizliğinin elde edildiğini iç ve dış Tokometri ile de ölçerek gözlemlediklerini belirtirler. Bu Medikamentin kan basıncını azaltan ve Tachiekardie yapan etkilerinin olduğunu da burada söylemek gerekiyor. Fakat verilen İsoptin ile bu etkileri kısmen de olsa ortadan kaldırmak olanağı vardır.

Biz beş yıldan beri Boehring firmasının olarak önce TH 1165 adı altında çıkardığı Preparat'ı kullanıyorduk ve pisaya bu preparat *Pertusistin* olarak çıkmıştır. Ampul ve tabletleri vardır. Ampuller infizyon şeklinde initial olarak kullanıldıktan sonra sağıtıma tabletlerle devam edilir.

Yine bu yakınarda Thomece Laboratuvarı *Pre-par* adlı bir preparat çıkarmıştır. Kullanma tarzı pertusistin gibidir.

Uterusu yumuşatma etkisi Pregesteronda'da vardır. Yüksek dozlarda (haftada en aşağı 500 mg.) 3. aya kadar sağlık verilir.

Bazı müellifler Plesenta'dan salgılanan Pregesteron miktarının zaten yeterli derecede yüksek olduğunu bundan dolayı böyle yüksek dozlarda progesteron vermenin bir anlamı olmadığını belirtip bu türlü progesteron sağıtımını şüphe ile karşılarlar.

Erken doğumlarda doğum yönetimi

Olanaklar ölçüsünde doğumu kolaylaştıran önlemlerin alınması erken doğan bebeklerin kaybının azalmasında özellikle önemli bir rol oynar. Doğum işlemi kullarılan ilaçlara dikkat etmek gerekir. Örneğin normal doğumlarda kullarılan Barbütirat'ların erken doğumlarda Asphyxie oranlarını dört kat (4) daha fazla arttırdığı saptanmıştır.

Açılma ve atılma devrelerinde fetal oxijeni azaltabilecek doğumu kolaylaştıran bütün önlemlerden vazgeçmek gerekir.

Erken doğanlarda Anoxi miktarı normal doğanlara karşın 12 kat daha fazladır. Kullarılagelen Analgetica ve varkotikalar her ne kadar direkt olarak bir Hypoxie'ye veya Anoxie'ye neden olmazlarsa da, Postpartum akciğer solunumunda İndirekt yoldan bir hipoxie ve anoxieye neden olabilirler.

Bu bakımdan teneffüs (solunum) deprasyonu nedeni ile erken doğumlarda olanaklar ölçüsünde aynı şekilde Anelgetika ve narkotikalar kullarılmamalıdır.

Bu durum doğum yapacak hastaya anlayacağı şekilde anlatılmak ve olanaklar ölçüsünde psişik yollardan doğumun kolaylaşmasına etkide bulunulmalıdır.

Briscol'nun gözlemlerine göre 1500-2000 gr. arasındaki bebeklerin doğumunda kullarılacak doğum anestezi mortaliteyi 2 katına çıkaracaktır. Erken doğumlarda tehlikesiz ve komplike olmayan bir anestezi tarzı isteniyorsa en iyisi *Pudental Blok*'tur.

Anestezinin diğer formları bu arada, *lumbal*, *kaudal*, peridural anestezi ve Sattelblok'unda erken doğumlarda aneljezi olarak kullarılması metod olarak önerilmektedir. Pek tabii bu sonuncu metodların kullarılması için muhtelif işlemlere ihtiyaç vardır ve pudental blok kadar da tehlikesiz değillerdir.

Tazyik ve oxijen azlığına çok hassas olan yeni doğanlarda ilk olarak travma'nın minima olmasını sağlamak gerekir eğer doğum çabuk ve kolay ilerliyorsa örneğin bir çoğul gebede, operativ önlemlerden alikonulmak gerekir. Buna karşın çıkış devresinde bir uzama olu-

yorsa zamanında hatta (erken) yapılacak Episiotomie'nin büyük yararları vardır. Bu da yeterli gelmiyorsa pelvis çıkımında forceps kullanılabilir.

Erken dünyaya gelen bebeğe uygulanan forceps'in bir travmaya neden olup olmayacağı konusundaki sorun *Kelly*'nin pelvis çıkımında çocuk başına uygulanan forceps nedeni ile kafatasına olan basınç, bir ağrınıninkine eşit olduğunu isbatlamasından sonra artık sorun olmaktan çıkmıştır. Eğer doğumun ilerlemesinde bir gecikme varsa düşünmeden forceps uygulanabilir.

Brisco'nun çıkardığı istatistiklere dayanan tabeladan da anlaşılacağı gibi, Sectio erken doğumlar için hiç bir zaman en az travmatik metod olarak kabul edilmemelidir.

Pediatir'lara göre de vaginal yoldan yapılan doğumlar yeni doğanlar için daha elverişli olmaktadır.

Akciğerlerden ve bronşlardan expression nedeni ile sıvının çıkması ve placenta'dan bebeğe kordonun geç bağlanarak yeterli miktarda kanın iletilmesinin sağlanabilmesi nedenleri ile vaginal yoldan doğumun avantajlarının olduğu bilinir.

Bugün bilinmektedir ki oksijen yetersizliği ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Bu bakımdan erken doğumlarda olanaklar el verdiği ölçüde oksijen yetersizliğine engel olacak bir yöntem seçilmelidir.

Erken doğanların doğumdan hemen sonraki bakımı:

Bu bakımdan post-partal bebek ölümlerinin ve daha sonra bu nedenle doğabilecek geç komplikasyonların oluşmasına engel olabilmesi bakımından hekimin en önemli ödevlerinden biridir.

İşin ideali erken doğum olurken doğumhanede yalnız tecrübeli doğum hekimi değil, bir neonatolog ve bakımı sonradan üzerine alacak bebek hekiminin de bulunmasıdır. Pratikte ideal yol tatbik edilemediğine göre doğumu yöneten doğum hekiminin, doğumdan hemen sonra oluşacak problemlerle (örneğin, aspiration, Asphexie sağtımı gibi) ilgilenilmesi ve bu bakımdan bilgili olması gerekmektedir.

Boggs her erken doğumda solunum yollarının aspiration'unun yapılmasının koşul olduğunu ileri sürer.

En iyi aspiration, bugünkü narkoz aletlerinde genellikle mevcut özel aspiratörlerle yapılabilmektedir.

Aspiration doğumdan hemen sonra daha göbek bağlanmadan yapılmak ve negatif basınç 200 mm. Hg. da tutulmalıdır.

Erken veya geç olarak göbeğin bağlanmasını yararları bugün henüz kesin olarak ortaya konamamıştır. Göbeğin bağlanmasının bir iki dakika geciktirilmesi bebek için kan hacminin, vücut ağırlığının %4-%5 oranında artması anlamını taşır. Bundan başka placentadan bebeğe geçen kan arterial kan olduğu için bebek bakımından kordonun geç bağlanmasının yararlı olduğunun açık olduğunu söyleyenler vardır.

Söykky'ye göre Spontan solunumun oluşabilmesinde akciğerlerin açılmasında bebeğin dolaşım sisteminde dolaşan kanın hacmi ile bir Korrelation vardır. Bu bakımdan da kordonun geç bağlanmasının yararları açıktır.

Diğer yandan 340 erken yeni doğan bebeklerin yarısının kordonu erken doğan diğer yarısının geç bağlandığı halde post-natal mortalitede her iki grupta da farklılık göstermemiştir.

Sectio ile yapılan doğumlarda, placenta ile bebek arasındaki hacme dayanan değişiklik nedeni ile pek tabii olarak önce kordon bebeğe doğru birkaç kez sıvazlandıktan sonra geç bağlanmalıdır.

Erken doğarlarda kanama eğiliminin yüksek oluşu nedeni ile profilaktik olarak (K) vitamini verilmesi önerilir. 1 mg. sentetik vitamin (K) doğumdan hemen sonra verilmelidir.

Bundan önce daha doğum yapmamış anneye profilaktik olarak (K) vitamini verilmesi tezi pek revaşa değildir.

Pek tabii erken doğumun takibi bu konuda özellikle tecrübeli bir pediatr tarafından yapılmalıdır.

Erken doğumlarda morbitite ve mortalite

Erken doğumların şansları her ne kadar yukarıda belirttiğimiz önlemlere bağlı ise de genel olarak bu olasılık, miadında doğumlara karşın yüksek değildir.

Bu mortalite yüksekliği yalnız perinatal değil de, doğumlardan 6-12 ay sonrasına kadar dahi mortalitede yükseklik vardır. Bu aradaki bebeklerde İntercial Pnouvmonie'ye yakalanma sıklığının mortalitede rolünün olduğunu belirtmek gerekiyor.

Müller mortaliteyi erken doğarlarda ve miadında doğarlarda karşılaştırmış ve aşağıdaki sonuçları bulmuştur.

Doğumdan sonra Kaç aylık olduğu	1	2	3	4	5	6	7-8
<i>Miadında doğanlarda</i>							
% olarak	9,7	3,1	2,6	2,1	1,7	1,2	0,66
<i>Erken doğanlarda</i>							
mortalite % de	2,76	11,6	7,7	5,3	3,2	2,1	0,76
<i>Erken doğanlarda</i>							
ölüm kat olarak	21x	7,3x	3x	2,5x	1,9x	1,8x	1,2x

Bir çok araştırmalar erken dünyaya gelenlerin sonraki gelişmelerinde hatta askerlik çağında bile gelişmelerinde bir gerileme olduğunu belirlemişlerdir.

Rauramo okul çağında bulunanların diğerlerinden az olan çocukların grubunda dünyaya erken gelmişlerin çokluğuna dikkati çekmiştir. Özellikle vücut ve zeka gelişmesinde dünyaya erken ve az ağırlıkla gelmiş çocuklarda geri kalmışlık daha çoktur.

Dirillen dünyaya 1360 gr. ve daha az ağırlıkla dünyaya gelmiş çocukların 50 tanesinden daha sonra muayene'ler yapmış ve bu türlü çocukların ancak yarısının normal okullara gidebildiklerini tesbit etmiştir. Bu çocukların %78'i çevre ile ilgilerinde güçlüklerle karşılaştığı belirlenmiştir.

Lubchenio 1300 gr. ağırlığında doğmuş 63 çocuğu 10 yıl sonra muayene etmiş ve bunların %68 inde *central sinir sisteminde* bozukluklar tesbit etmiştir. Bozukluğun nedeni doğum komplikasyonları bebeğin asphexieinden ziyade doğum anındaki ağırlığa bağlıdır.

Bu çocukların %30'u normal gelişme göstermekte okula ve çevreye uyum sağlayabilmektedirler.

Bütün bunlar hekimin mutlaka ne yapıp yapıp erken doğumu önlemesi gerektiğini göstermektedir.

Özet

Erken doğumların, definition'u sebepleri, erken doğanların yaşama koşulları ve olasılıkları, erken doğumun profilaksisi, erken doğumda alınacak önlemler hakkında bilgi verilmektedir.

Summary

Text is concerning,
Definition, ethiology, profilaxy and direction of «prematuro labor» also living condition and mortality of the premature new born.

LITERATUR

G.K. Döring: Frühgeburt, Gynäkologie und Geburtshilfe, Band II Georg Thieme Verlag.

H. Martius : Lehrbuch der Geburtshilfe Georg Thieme Verlag.

H. Lau: Frühgeburt, Frühreife, Unreife, Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Band I. Urban Schwarzenberg Verlag.