

Σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Από την γνώση στην πρόληψη

Κύρλεση Μαρία

Μαία, Τμήμα Μαιευτικής, Αλεξάνδρειο Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

DOI: 10.5281/zenodo.3259391

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου είναι μία από τις κυριότερες αιτίες βρεφικής θνησιμότητας. Ορίζεται ως ο ξαφνικός θάνατος ενός βρέφους ηλικίας κάτω του ενός έτους, ο οποίος παραμένει ανεξήγητος μετά από ενδελεχή έρευνα, συμπεριλαμβανομένης μιας πλήρους αυτοψίας, της σκηνής του θανάτου και της επανεξέτασης του κλινικού ιστορικού.

Σκοπός: Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας και των παραγόντων κινδύνου του συνδρόμου καθώς και η γνώση και εφαρμογή των στρατηγικών πρόληψης.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση μελετών στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Centers for Disease Control and Prevention, NHS choices καθώς και της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής.

Αποτελέσματα: Παράγοντες υψηλού κινδύνου θεωρούνται η προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης, η πρηνής θέση ύπνου, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, η υπερθέρμανση, οι μαλακές επιφάνειες και τα χαλαρά κλινοσκεπάσματα καθώς και η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ από τους γονείς. Μερικές συστάσεις για την μείωση της συχνότητας του συνδρόμου είναι η αύξηση του μητρικού θηλασμού, η ύπτια θέση κατά τον ύπνο, η αποφυγή χρήσης μαξιλαριών και μαλακών στρωμάτων, καθώς και έκθεσης των βρεφών στους βλαπτικούς παράγοντες του καπνού.

Συμπεράσματα: Κρίνεται αναγκαία η συνέχιση των ερευνών και η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και γονέων.

Λέξεις Κλειδιά: Σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, πρηνής θέση, μητρικός θηλασμός.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κύρλεση Μαρία, Ελλησπόντου 9 Νεάπολη 56728 Θεσσαλονίκη, Τηλ. Επικοινωνίας: 6995203385, E-mail: mariakirlesi@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 18, Issue3 (July – September 2019)

REVIEW

Sudden infant death syndrome. From knowledge to prevention

Kirlesi Maria

Midwife, Midwifery Department, Alexander T.E.I. Thessaloniki, Greece

DOI: 10.5281/zenodo.3259391

ABSTRACT

Introduction: The Sudden infant death syndrome is one of the main causes of infant mortality. SIDS is defined as the sudden death of an infant under 1 year of age, which remains unexplained after a thorough case investigation, including performance of a complete autopsy, examination of the death scene, and review of the clinical history.

Aim: The understanding of the pathophysiology, risk factors of the syndrome and knowledge and implementation of prevention strategies.

Methodology: Review of studies on database Pubmed, Centers for Disease Control and Prevention, NHS Choices and American Academy of Pediatrics.

Results: High risk factors are the prematurity, low birth weight, prone sleep position, exposure to passive smoking, overheating, the soft surface, loose blankets and use of drugs and alcohol from parents. Some recommendations to reduce frequency of syndrome are the increase of the breastfeeding, the nonprone position during the sleep, avoiding use pillows and soft mattresses and exposure of infants to harmful factors of cigarettes.

Conclusions: Continuing research and training of health professionals and parents is necessary.

Keywords: Sudden infant death syndrome, prone position, breastfeeding.

Corresponding Author: Kirlesi Maria, Address: Ellispontou 9 Neapoli 56728, Thessaloniki, Phone Number: 6995203385, E-mail: mariakirlesi@gmail.com



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου ή SIDS (sudden infant death syndrome), αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας υγιών βρεφών παγκοσμίως. Η πρώτη σύγχρονη μελέτη των πιθανών παραγόντων που θα μπορούσαν να ευθύνονται για το σύνδρομο έγινε το 1956.¹ Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1950, πολλοί πίστευαν πως ο εν λόγω θάνατος προκαλούνταν από κάποιου είδους ανωμαλία στη λειτουργία της αναπνοής του βρέφους. Κατά τη διάρκεια του 1960, υπήρξαν πολλές νέες θεωρίες όπως ότι ευθύνεται ένας μη φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός ή κάποια μορφή υποξίας. Το 1963, στο πρώτο διεθνές συνέδριο SIDS στο Σιάτλ, διατυπώθηκαν περισσότερες θεωρίες, αυξάνοντας και την ευαισθητοποίηση του κοινού ως προς αυτό το θέμα.¹ Στο δεύτερο συνέδριο το 1969 είχε οριστικοποιηθεί πια ο ορισμός του φαινομένου που ονομαζόταν πλέον σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Το 1972, το SIDS το Κογκρέσο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, διεξήγαγε ακροάσεις σχετικά με το θέμα. Εισηγήθηκε την αύξηση της χρηματοδότησης ερευνών με σκοπό την παροχή στήριξης των οικογενειών που είχαν βιώσει τη δυσάρεστη εμπειρία αλλά και οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους εργαζομένους και τις κοινωνίες.¹ Περί το 1990, γίνονται μερικές από τις σημαντικότερες ενέργειες για το ιδιαίτερο

αυτό φαινόμενο. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής προσδιορίζει την πρηνή θέση ύπνου ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου και λίγο αργότερα συνιστά την ύπτια θέση ως την καταλληλότερη για τα βρέφη.¹ Επίσης, το 1991, γίνεται γνωστός ο όρος, ο οποίος επικρατεί και μέχρι σήμερα, κατά τον οποίο ως σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου θεωρείται ο ξαφνικός θάνατος ενός υγιούς βρέφους 1 μηνός έως 1 έτους που παραμένει ανεξήγητος, μετά από την απαιτούμενη ενδελεχή έρευνα, συμπεριλαμβανομένης μιας πλήρους αυτοψίας, της εξέτασης της σκηνής του θανάτου και της επανεξέτασης του κλινικού ιστορικού.¹ Την ίδια δεκαετία, ξεκινά από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και Ανθρώπινης Ανάπτυξης, η εκστρατεία "BacktoSleep", η οποία αποτέλεσε έναν παράγοντα για να μειωθούν τα ποσοστά SIDS καθώς αφορούσε την υιοθέτηση της ύπτιας θέσης κατά τη διάρκεια του ύπνου.¹ Όσον αφορά τις στατιστικές μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες, καταγράφονται 3.500 περιστατικά αιφνίδιων βρεφικών θανάτων. Αυτοί οι θάνατοι συμβαίνουν σε βρέφη μικρότερα του ενός έτους, χωρίς προφανή αιτία.² Το 2013, σύμφωνα με το CDC, η κατανομή των ποσοστού των θανάτων διακρινόταν ως εξής: το 45% χαρακτηριζόταν ως σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, το 31% ως άγνωστη αιτία και το 24% ως ασφυξία/στραγγαλισμός στο κρεβάτι.²

Σήμερα, υπάρχει η δυνατότητα γνώσης των πιθανών επιβαρυντικών παραγόντων, καθώς και των στρατηγικών πρόληψης διαμέσου της πληροφόρησης των επαγγελματιών υγείας και κυρίως του κοινού.¹

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και των συστάσεων πρόληψης του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, για την επίτευξη μείωσης της συχνότητάς του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις διεθνείς βάσεις δεδομένων Pubmed, Centers for Disease Control and Prevention, NHS choices καθώς και της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής. Όλη η ανασκόπηση επετεύχθη με αναζήτηση άρθρων ανασκόπησης και ερευνητικές εργασίες που αναφέρονται στον ορισμό του συνδρόμου, τους παράγοντες κινδύνου, την παθοφυσιολογία και την πρόληψη εμφάνισής του. Χρησιμοποιήθηκαν άρθρα και μελέτες των τελευταίων δέκα ετών στην αγγλική γλώσσα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: “σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου” πρηνής θέση” μητρικός θηλασμός”.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά, η θεωρία των τριών κοινών ευρημάτων, προβλήματα πήξης του αίματος, ενδοθωρακικές πετέχειες καθώς και την ύπαρξη υγρού σε όργανα η οποία παρείχε ελάχιστη βοήθεια ως προς την κατανόηση της παθοφυσιολογίας του συνδρόμου.³ Από την άλλη, η θεωρία της άπνοιας που προτάθηκε το 1970, θεωρήθηκε αμφισβητούμενη, καθώς αποκαλύφθηκε ότι οι θάνατοι των βρεφών είχαν προκληθεί από τις μητέρες των παιδιών.³ Οι ανωμαλίες των διαύλων ιόντων νατρίου που προκαλούν παράταση του διαστήματος των κοιλιών της καρδιάς QT έχουν συνδεθεί με το 5-10% των περιπτώσεων.⁴ Το σύνδρομο του μακρού QT είναι μια πρωτογενής ηλεκτρική νόσος της καρδιάς που χαρακτηρίζεται από αφύσικα μακρά διαστήματα QT και τάση για ανάπτυξη κολπικών και κοιλιακών ταχυαρρυθμιών.⁵ Προκαλείται από μια κληρονομική πάθηση υπεύθυνη για τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο σε άτομα με δομικά φυσιολογικές καρδιές. Το σύνδρομο μπορεί να παρουσιαστεί νωρίς στη ζωή και μερικές μελέτες υποδηλώνουν τη συσχέτισή του με τον ανεξήγητο θάνατο των βρεφών, ιδιαίτερα όταν σχετίζεται με εξωτερικούς παράγοντες όπως η ασφυξία.⁵ Επίσης η προ και μεταγεννητική έκθεση στις βλαπτικές ουσίες του καπνίσματος, αποτελεί έναν ισχυρό επιβαρυντικό παράγοντα που εξακολουθεί να συνδέεται με το σύνδρομο για



περισσότερα από 30 χρόνια και καθιστά σημαντική τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά τη γέννηση του βρέφους.⁶ Σήμερα, στην τρέχουσα βιβλιογραφία, αναφέρεται ένα μοντέλου τριπλού κινδύνου που προκύπτει από την αλληλεπίδραση κληρονομικών και ενδογενών παραγόντων σε συνδυασμό με εξωγενείς παράγοντες.⁷

Υποστηρίζεται δηλαδή ότι το βρέφος έχει κάποια υποκείμενη ευπάθεια, η οποία ενισχύεται από κάποιους άλλους παράγοντες, όπως είναι η πρηνής τοποθέτηση κατά τον ύπνο. Πολλοί ερευνητές λοιπόν, θεωρούν ότι τα βρέφη που πεθαίνουν από το σύνδρομο γεννιούνται με μία ή περισσότερες από τις προϋποθέσεις που έχουν ενοχοποιηθεί για αυτό.⁷ Η εξεύρεση της αιτίας ή των αιτιών του SIDS βρίσκεται στην βαθύτερη κατανόηση της ανάπτυξης των λειτουργιών του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος των νεογνών.

Το μοντέλο Triple-Risk: Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιείται ως μέθοδος κατανόησης των βρεφικών θανάτων από SIDS και περιγράφει τη συνύπαρξη των τριών προϋποθέσεων που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτούς.⁸ Οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι ακόλουθες: Ευάλωτο βρέφος (vulnerable infant): Ορισμένοι παράγοντες όπως ανωμαλίες των τμημάτων του εγκεφάλου που ελέγχουν την αναπνοή και τον καρδιακό ρυθμό αλλά και

γενετικές μεταλλάξεις, καθιστούν περισσότερο ευάλωτα τα νεογνά.⁸

Κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδος (critical developmental period): Κατά τους πρώτους έξι μήνες ζωής του βρέφους συμβαίνουν αλλαγές όπως στον ύπνο, την αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, τη θερμοκρασία του σώματος που μπορούν να αποσταθεροποιήσουν διάφορα συστήματα του βρέφους προσωρινά ή παροδικά.⁸ Εξωτερικοί Στρεσογόνοι Παράγοντες (outsidestressors): Τα νεογνά έρχονται αντιμέτωπα με πολλούς περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες όπως η θέση του ύπνου, οι αλλαγές της θερμοκρασίας, το κάπνισμα και ορισμένους από αυτούς αδυνατούν να τους ξεπεράσουν. Παρόλο που αυτοί οι παράγοντες άγχους δεν θεωρούνται ως μοναδικά αίτια εμφάνισης του συνδρόμου, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις πιθανότητες επιβίωσης των βρεφών.⁸ Σύμφωνα με το μοντέλο, για να θεωρηθεί ότι ο θάνατος προέρχεται από το σύνδρομο, θα πρέπει να είναι παρόντα τα τρία στοιχεία: 1) Ευπάθεια του βρέφους, όπως η προωρότητα ή το χαμηλό βάρος γέννησης.⁹ 2) Κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδος της ζωής του βρέφους με αποσταθεροποίηση συστημάτων.⁹ 3) Έκθεση του βρέφους σε έναν ή περισσότερους στρεσογόνους παράγοντες.⁹

Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες που συνδέονται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης του φαινομένου διακρίνονται σε βρεφικούς, μητρικούς και περιβαλλοντικούς.^{10,11}

Από την πλευρά του βρέφους ως παράγοντες θεωρούνται το χαμηλό βάρος γέννησης, η προωρότητα, το χαμηλό ApgarScore, η πρόσφατη ιογενής λοίμωξη, η εθνικότητα και το φύλο με μεγαλύτερη συχνότητα στα αρρένα βρέφη.^{10,11}

Οι παράγοντες από την πλευρά της μητέρας περιλαμβάνουν το κάπνισμα, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, την κακή προγεννητική φροντίδα, τη νεαρή ηλικία και την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.^{10,11}

Περιβαλλοντικοί και μη παράγοντες που επιβαρύνουν την κατάσταση είναι η συκοίμηση του βρέφους με τους γονείς στο ίδιο κρεβάτι, η υπερθέρμανση, καθώς και οι μαλακές επιφάνειες ύπνου και τα χαλαρά κλινოსκεπάσματα.^{10,11}

A) Προωρότητα

Τα πρόωρα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με τα τελειόμηνα νεογνά, καθώς υπάρχει αυξημένος συσχετισμός των πρώτων με την πρηνή θέση που εφαρμόζεται στις μονάδες νοσηλείας όπως και με την ανωριμότητα του αναπνευστικού-καρδιαγγειακού συστήματος.^{2,13}

B) Λοίμωξη

Δεν έχει βρεθεί κάποιος συγκεκριμένος μολυσματικός παράγοντας που να προκαλεί την εκδήλωση του συνδρόμου. Υποστηρίζεται όμως πως ο συσχετισμός μιας λοίμωξης με το SIDS, προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου.¹⁴

Γ) Φύλο

Σύμφωνα με έρευνες, η συχνότητα εμφάνισης είναι μεγαλύτερη στα αρρένα βρέφη, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου.^{15,16}

Δ) Κάπνισμα

Τα βρέφη μητέρων που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και μετά, διατρέχουν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με τα βρέφη μητέρων που δεν καπνίζουν με το ποσοστό των 2, 4 θανάτων ανά 1000 γεννήσεις.¹⁷ Από έρευνες που έχουν γίνει, βρέθηκε ότι τα βρέφη που πέθαναν από το σύνδρομο είχαν υψηλότερη συγκέντρωση νικοτίνης στους πνευμονικούς ιστούς. Οι χημικές ουσίες του παθητικού καπνίσματος φαίνεται να επηρεάζουν τον εγκέφαλο, με τρόπο που παρεμποδίζεται η ρύθμιση της αναπνοής.¹⁸ Εκτός από τις γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες της έκθεσης στη νικοτίνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί επίσης να προκαλέσει σημαντικές αλλοιώσεις στην παρεγκεφαλιδική χολινεργική μετάδοση σε περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται σε ζωτικές



λειτουργίες.¹⁹ Οι οικογένειες θα πρέπει να ενθαρρύνονται ώστε να καθορίζουν κανόνες για την απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους που χρησιμοποιούνται από τα παιδιά.

Ε) Αλκοόλ-Ναρκωτικά

Αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών ουσιών κατά την εγκυμοσύνη και μετά από αυτή, καθώς η προ- και μεταγεννητική έκθεση σε αυτά, αυξάνουν τον κίνδυνο. Η κατανάλωση αλκοόλ από την μητέρα κατά την κύηση αλλά και μετά από αυτή, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τους θανάτους βρεφών από το SIDS.²⁰

ΣΤ) Μοίρασμα του κρεβατιού (Συ-κοίμηση)

Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτή η τακτική σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες μπορεί να αυξήσει ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο, όπως για παράδειγμα όταν οι γονείς καπνίζουν ή καταναλώνουν αλκοόλ.²¹

Η) Στάση του ύπνου

Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου είναι η κατάσταση του ύπνου του βρέφους και συγκεκριμένα η πρηνής θέση.²²

Θ) Υπερθέρμανση κατά τη διάρκεια του ύπνου

Η υπερθέρμανση εξαιτίας της υψηλής θερμοκρασίας του χώρου αλλά και των υπερβολικών ρούχων ή σκεπασμάτων κατά τη διάρκεια του ύπνου, αυξάνουν τον κίνδυνο καθώς φαίνεται να προκαλούν βαθύ ύπνο στο βρέφος με μεγάλη δυσκολία στο να ξυπνήσει εύκολα. Οι γονείς και οι κηδεμόνες θα πρέπει να ρυθμίζουν τον θερμοστάτη σε

μία άνετη θερμοκρασία και να αποφεύγουν την υπερβολική ένδυση των παιδιών.²³

Ι) Μαλακές επιφάνειες ύπνου-χαλαρά κλινοσκεπάσματα

Σύμφωνα με μελέτες, ο ύπνος σε μαλακές επιφάνειες όπως μαλακά στρώματα και καναπέδες, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το SIDS. Όταν τα βρέφη κοιμούνται σε μαλακά κρεβάτια, ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 5 φορές και κατά 21 φορές όταν βρίσκονται σε πρηνή θέση. Συστήνεται αποφυγή της χρήσης μαλακών στρωμάτων, μαξιλαριών και χαλαρών κλινοσκεπασμάτων.²⁴

Πρόληψη

Με τη σύσταση της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής του 1992, η οποία αφορούσε την τοποθέτηση των βρεφών σε ύπτια θέση κατά τον ύπνο, σημειώθηκε σημαντική μείωση του αριθμού των περιστατικών με SIDS.²⁵

Αρκετά χρόνια μετά και συγκεκριμένα το 2011, η Ακαδημία εξέδωσε μια ενημερωμένη έκθεση, επικαιροποιώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες της σχετικά με την ασφάλεια του βρεφικού ύπνου, προσθέτοντας πληροφορίες που θα βοηθήσουν τους γονείς ώστε να δημιουργήσουν το κατάλληλο περιβάλλον ύπνου για τα βρέφη.²⁵ Έτσι λοιπόν, οι τρεις νέες σημαντικές προσθήκες της έκθεσης περιλαμβάνουν:

1)Σύσταση για την ανοσοποίηση των βρεφών, διότι έχει αποδειχθεί ότι μειώνει κατά 50% τα ποσοστά του SIDS.²⁶

2)Απαγόρευση της χρήσης μαξιλαριών στις κούνιες, διότι δεν προλαμβάνουν τους τραυματισμούς των νεογνών, αλλά αντιθέτως αυξάνουν τον πιθανό κίνδυνο ασφυξίας ή παγίδευσής τους σε αυτά.²⁷

3)Σύσταση για υποστήριξη του μητρικού θηλασμού καθώς έχει συνδεθεί με μείωση του κινδύνου από το σύνδρομο, ιδίως όταν αυτός είναι αποκλειστικός.^{28,29,30} Ο μηχανισμός πίσω από την ευεργετική επίδραση του θηλασμού εξακολουθεί να είναι ασαφής. Ωστόσο, η πιο συνηθισμένη εξήγηση είναι ότι ο κίνδυνος του συνδρόμου αυξάνεται από ικές μολύνσεις από τις οποίες μπορεί να προστατεύσει ο θηλασμός.²⁶ Η έκθεση περιλαμβάνει ακόμη τις ακόλουθες συστάσεις:

1)Το βρέφος θα πρέπει να τοποθετείται σε ύπτια θέση κατά τη διάρκεια του ύπνου.²⁶

2)Το βρέφος να τοποθετείται «πόδια στο πόδι» (legstoleg), δηλαδή τα πόδια του να ακουμπούν στο τέλος του κρεβατιού.²⁶

3)Να χρησιμοποιείται πάντοτε μια σταθερή και επίπεδη επιφάνεια ύπνου. Δεν συνιστώνται τα καθίσματα αυτοκινήτου.²⁶

4)Να μην γίνεται χρήση σφηνών και προστατευτικών στον χώρο του κρεβατιού.²⁶

5)Μαλακά αντικείμενα όπως μαξιλάρια και λούτρινα αντικείμενα να βρίσκονται έξω από τον χώρο του κρεβατιού.²⁶

6)Να αποφεύγεται η υπερθέρμανση του

βρέφους. Μια θερμοκρασία δωματίου 16-20 βαθμών Κελσίου με ελαφρύ φωτισμό, παρέχει ένα άνετο περιβάλλον ύπνου.²⁶

7)Η κουβέρτα με την οποία σκεπάζουν το νεογνό, να μην υπερβαίνει το ύψος των ώμων, ώστε το κεφάλι να μένει ακάλυπτο.²⁶

8)Οι γονείς μπορούν να έχουν το βρέφος στο ίδιο δωμάτιο, αλλά καλό θα είναι να το βάζουν για ύπνο στο δικό του κρεβατάκι.³² Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει την τοποθέτηση της κούνιας κοντά στο κρεβάτι των ενηλίκων και την κοινή χρήση δωματίων καθώς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του συνδρόμου κατά 50% κι είναι πιο ασφαλής από την κοινή χρήση κρεβατιού.³²

9)Μπορεί να γίνεται χρήση της πιπίλας κατά τη διάρκεια του ύπνου, καθώς θεωρείται πως κρατά το βρέφος σε εγρήγορση.³³

10)Οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να λαμβάνουν σωστή και τακτική προγεννητική φροντίδα.²⁶

11)Απαγορεύεται το κάπνισμα, τόσο κατά την κύηση όσο και μετά τον τοκετό.²⁶

12)Να μην γίνεται χρήση των διαφόρων συσκευών και οθονών παρακολούθησης των βρεφών που διατίθενται στην αγορά με την αιτιολογία της μείωσης του συνδρόμου καθώς δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διάφορες συσκευές παρακολούθησης συμβάλλουν σε αυτό.³⁴



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η απώλεια ενός παιδιού είναι ένα δυσάρεστο γεγονός με οποιοδήποτε τρόπο και αν συμβεί. Ιδίως, αν αυτό γίνει ξαφνικά και ανεξήγητα όπως στο σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.

Η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας σε συνδυασμό με τη διενέργεια ερευνών, βοηθούν σημαντικά στη μείωση των περιστατικών βρεφικών θανάτων, με σωστές και τεκμηριωμένες οδηγίες. Για αυτό το λόγο, θεωρείται απαραίτητη η εκπαίδευση γιατρών, επαγγελματιών υγείας, εργαζομένων στους παιδικούς σταθμούς και γονέων, όσον αφορά την επίγνωση του συγκεκριμένου συνδρόμου και την εφαρμογή των ασφαλών πρακτικών σχετικά με τον βρεφικό ύπνο. Η βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ασφαλή ύπνο του βρέφους και η παροχή εκπαίδευσης σε αυτό το θέμα μπορεί να βοηθήσει να διασφαλιστεί ότι οι γυναίκες λαμβάνουν ασφαλείς οδηγίες σε όλη τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να υπάρχει και από την πλευρά των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, ώστε να αποφευχθεί τυχόν παραπληροφόρηση του κοινού. Οι υπάρχουσες εκπαιδευτικές εκστρατείες θα πρέπει να αξιολογούνται και να επικαιροποιούνται συνεχώς με νέες μεθόδους παρέμβασης, όπως επίσης να περιλαμβάνουν τις απαραίτητες στρατηγικές, όσον αφορά

την αύξηση του μητρικού θηλασμού και την εξάλειψη της έκθεσης των βρεφών στους βλαπτικούς παράγοντες του παθητικού καπνίσματος.

Τέλος, κρίνεται αναγκαία η συνέχιση της διερεύνησης των αιτιών, παραγόντων κινδύνου και των παθοφυσιολογικών μηχανισμών του συνδρόμου μέσα από την εφαρμογή των τυποποιημένων πρωτοκόλλων και τη διενέργεια ερευνών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment and New Variables to Consider in Reducing Risk. ONLINE. 2000. Available at: <http://www.pediatrics.aappublications.org/content/116/5/1245.short>, Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sudden Unexpected Infant Death and Sudden Infant Data and Statistics. ONLINE. 2015 Available at : <http://www.cdc.gov/sids/data.htm>, Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης:14/09/2018.
3. American Family Physician. Sudden Infant Death Syndrome. ONLINE. 2009. Available at : <http://www.aafp.org/afp/2009/0515/p870>.

- html Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης:14/09/2018.
4. Sergeev V₁, Rewy F₂, Roston TM₃, Sanatani S₂, Tibbits GF₁, Claydon Tw₄. Functional characterization of a novel h ERG variant in a family with recurrent a genetic diagnosis. *Forensic Sci Int.* 2017; 84:39-45.
 5. Van Niekerk C_{1,2}, Van Deventer BS₃, Du Toit- Prinsloo L₃. Long QT syndrome and sudden unexpected infant death. *J ClinPathol* 2017; 70(9):808-813.
 6. Mitchell EA, MileradJ. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health* 2006; 21(2):81-103.
 7. Bajanowski Th, Vege A, Byard W, Kraus F, Amestad M, Bachs L, Banner J, Blair SP, Borthre A, Rognum TD. Sudden infant death syndrome- standardized investigations and classification: Recommendations. *Forensic Science International* 2007; 165(2):129-143.
 8. Wennergren G. New guidelines for reducing the risk of sudden infant death:Triple risk model provide the basis for prevention. *Lakartidningen* 2014; 111(38):1564-5.
 9. Home RSC1. Cardiovascular autonomic dysfunction in sudden infant death syndrome. *ClinAuton Res* 2018; doi:10/007/s/0286-017-0490-y.
 10. Mitchell EA, Blair PS. SIDS prevention:3000 lives saved but we can do better. *Nz Med J* 2012; 125(1359):50-7.
 11. Adams SM, Ward CE, Garcia KL. Sudden infant death syndrome. *Am Fam Physician* 2015; 91(11):778-83.
 12. Devitt M. AAP Expands Recommendations on SIDS and other sleep-Related Deaths. *Am Fam Physician* 2012; 85(9):918-923.
 13. Horne R SC, Hauck RF, Moon VR. Sudden infant death syndrome and advise for safe sleeping. *BMJ* 2015;350:h 1989.
 14. Blackwele C, Moscovis S, Hall S, Burns C, Scott RJ. Exploring the risk factors for sudden infant deaths and their role in inflammatory responses to infections. *Front Immunol* 2015; 6:44.
 15. Toro K, Sawaguchi T, Sawaguchi A, Rozsa S, Sotaryi R. Comparative analysis of differences by gender in sudden infant death syndrome in Hungary and Japan. *Forensic SciInt* 2001; 118(1): 15-9.
 16. Richardson HK, Walker AM, Horne RS. Sleeping like a baby- does gender influence infant arousability. *Sleep* 2010; 33(8): 1055-1060.
 17. Tushar S, Sullivan K, Carter J. Sudden infant death syndrome and reported maternal smoking during pregnancy. *Am J Public Health* 2006; 96(10): 1757-1759.
 18. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Seconhand Smoke. ONLINE. 2013 Available at: www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/facts_sheets/seconhand_smoke/health_effect/
-



- [index.htm](#) Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.
19. Larezzi AM1, Ferrero S_{1,2}, Roncati L_{3,4}, Pisciolli F₄, Matturi L₁, Pysiol T₄. Nicotinic Receptor Abnormalities in the Cerebellar Cortex of Sudden Unexplained Fetal and Infant Death Victims- Possible Correlation with Maternal Smoking. ASN Neuro 2017; 9(4):175909/47720582.
20. O Leavy CM, Jacoby PJ, Bartu A, D'Antoine H, Bauer C. Maternal alcohol use and sudden infant death syndrome and infant mortality excluding SIDS. Pediatrics 2013; 131(3): e 770-8.
21. American Academy of Pediatrics. Bed Sharing Remains Greatest Risk factors for sleep Related Infant Deaths. ONLINE. 2014 Available at: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/Bed-Sharing-Remains-Greatest-Risk-Factor-for-Sleep-Related-Infant-Death.aspx> Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.
22. Erdogan C₁, Turan T₂. Risky behaviors of mothers with infants on sudden infant death syndrome in Turkey. J PediatrNurs 2018; 38:e 6.
23. National Institute of Child Health and Human Development. Research on other SIDS Risk Factors. ONLINE. 2015 Available at: www.nichd.nih.gov/sts.campaign/science/
24. Centers for Disease Control and Prevention. Sudden Unexpected infant Death and Sudden infant Death Syndrome. ONLINE. 2018 Available at: <https://www.cdc.gov/sids/data.htm> Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.
25. NHS. Sudden infant death syndrome. ONLINE. 2018 Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/sudden-infant-death-syndrome-sids> Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.
26. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Sids and Other Sleep-Related Infant Deaths:Update 2016 Recommendation for a safe Infant Sleeping Environment. ONLINE. 2011 Available at: pediatrics.aappublications.org/content/128/5/1030 Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.
27. Moon RV, Fu L. Sudden infant death syndrome: an update. Pediatr Rev 2012; 33(7):314-20.
28. Venneman MM, Bajanoski T, Brinkmam B, Jorch G, Yucesan K, Sauerland C, Mitchell EA, the GESID Study Group. Does breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome. Pediatrics 2009; 123(3): e406-10.
29. Hauck FR, Thomson JM, Tanabe KO, MOON RV, Vennemann MM. Breastfeeding and

- reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta- analysis. *Pediatrics* 2011; 128(1): 103-10.
30. Aim B, Wennergren G, Mollborg P, Lagercrantz H. Breastfeeding and dummy: we have a protective effect on sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr* 2016; 105(1): 31-8.
31. American Academy of Pediatrics. How to keep Your Sleeping Baby Safe: AAP Policy Explained. ONLINE, 2015 Available at: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/sleep/Pages/A-parents-Guide-to-safe-Sleep.aspx> Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.
32. Adams SM, Ward CE, Garcia KL. Sudden infant death syndrome. *Am Fam Physician* 2009; 79 (10): 870-4.
33. Illinois Department of Public Health. Sudden Infant Death Syndrome and Infant Mortality. ONLINE. 2015 Available at: www.idph.state.il.us/sids factsheet.htm Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 14/09/2018.