

# Η Περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα τα τελευταία 15 χρόνια

Χρ. Τζουμάκα-Μπακούλα, Β. Λεκέα, Γ. Καββαδίας, Α. Μακρής, Π. Κουτσοβίτης, Ν. Ματσανιώτης

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Αλληλογραφία: Χρ. Μπακούλα,  
Παπαναστασίου 35, 15452  
Τηλ.: 2107467134, E-mail: cbakoula@med.uoa.gr

## Περίληψη

Η αδυναμία σύνδεσης του πιστοποιητικού γεννήσεως με εκείνο στην Ελλάδα, επέβαλε το σχεδιασμό Πανελληνίων, πληθυσμιακών μελετών προκειμένου να εκτιμηθεί η Περιγεννητική Θνησιμότητα (ΠΘ) και να μελετηθούν οι διαχρονικές αλλαγές των περιγεννητικών δεικτών.

Η πρώτη Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα (ΠΠΕ) πραγματοποιήθηκε σε ολόκληρη τη χώρα τον Απρίλιο του 1983, μελετήθηκαν 11059 συνεχείς, επάλληλες γεννήσεις, και κατέδειξε ότι η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν τότε 23.8‰. Η ανάλυση των δεδομένων έθεσε πολλαπλούς στόχους ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλοι τρόποι παρέμβασης.

Μετά απο 15 χρόνια (1998) η δεύτερη ΠΠΕ πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθούν μεταβολές στα βιολογικά χαρακτηριστικά του νεογνού, τους κοινωνικούς παράγοντες, τις μαιευτικές παρεμβάσεις και τα περιγεννητικά δεδομένα. Σ' αυτήν μελετήθηκαν 14549 συνεχείς γεννήσεις σε ολόκληρη τη χώρα. Η σύγκριση των δύο Πανελληνίων πληθυσμιακών, συγχρονικών μελετών κατέδειξε:

1. Η περιγεννητική θνησιμότητα υποδιπλασιάστηκε (από 24‰ το 1983 σε 10,5‰ το 1998).
2. Βρέθηκε σημαντική μετακίνηση των καμπύλων του βάρους στη γέννηση και της διάρκειας κήσεως προς τα αριστερά ( $p < 0.001$ , σε απλές κήσεις).
3. Η μαιευτική παρέμβαση αυξήθηκε σημαντικά, καθώς το ποσοστό των συνολικών καισαρικών τομών διπλασιάστηκε (31% έναντι 13%), πρόκληση τοκετού βρέθηκε στο 32%, ενώ ωκυτόκα και σπασμολυτικά φάρμακα χορηγήθηκαν στο 47%. Μόνο 6% των γυναικών γέννησαν χωρίς καμμία ιατρική παρέμβαση.
4. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του αναπαραγωγικού πληθυσμού άλλαξαν σημαντικά, καθώς το 15% των μητέρων ήταν αλλοδαπές.

Παρά τη σημαντική μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, τα ευρήματα αυτά σηματοδοτούν νέους στόχους για την περαιτέρω βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας, οι κυριότεροι των οποίων είναι:

- Περαιτέρω μείωση της ανοξίας, ιδιαίτερα στα τελειόμηνα και κανονικού βάρους νεογνά
- Επιβίωση περισσότερων νεογνών με βάρος 1500-2500 γραμμαρίων και διάρκεια κήσης 32-37 εβδομάδων, η οποία άμεσα συνδέεται με την ποιότητα της περιγεννητικής φροντίδας
- Περιορισμό στην παρέμβαση κατά τον τοκετό μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχει απόλυτη ένδειξη

• Διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

**Τα αποτελέσματα αυτά δικαιώνουν την πραγματοποίηση δυο Πανελληνίων Πληθυσμιακών Μελετών και καταδεικνύουν την ανάγκη για καλύτερη καταγραφή ζωτικών στατιστικών στοιχείων, ώστε η καταγραφή της περιγεννητικής φροντίδας και των δεικτών να είναι εφικτή.**

Λέξεις κλειδιά: Πανελλήνια περιγεννητική έρευνα - περιγεννητική θνησιμότητα, ειδική ανά βάρος στη γέννηση, ανά διάρκεια κύησης και ανά αιτία

**Εισαγωγή**

Ως περιγεννητική περίοδος ορίζεται το διάστημα από την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης έως και την 1η εβδομάδα της ζωής. Η περιγεννητική θνησιμότητα περιλαμβάνει τους θανάτους που επισυμβαίνουν κατά το διάστημα αυτό ανά χίλιες γεννήσεις.

Η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί τον πιο ευαίσθητο δείκτη της επάρκειας, ποσοτικής και ποιοτικής, των μαιευτικών και παιδιατρικών υπηρεσιών και κατ' επέκταση των υπηρεσιών υγείας συνολικά, δεδομένου ότι η φροντίδα του ευαίσθητου ζεύγους μητέρας - παιδιού αποτελεί πρωταρχικό μέλημα κάθε χώρας.

Στην Ελλάδα τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν στην περιγεννητική περίοδο είναι περιορισμένα και ασαφή. Η ανεπάρκεια του συστήματος καταγραφής οφείλεται κυρίως στη μη σύνδεση του πιστοποιητικού γεννήσεως με εκείνο του θανάτου, με εξαίρεση τα θνησιγενή, δηλαδή τα νεογνά που γεννιούνται νεκρά.

Προκειμένου να διερευνηθεί η περιγεννητική φροντίδα στη χώρα μας, η Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών διεξήγαγε την πρώτη Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα στην οποία

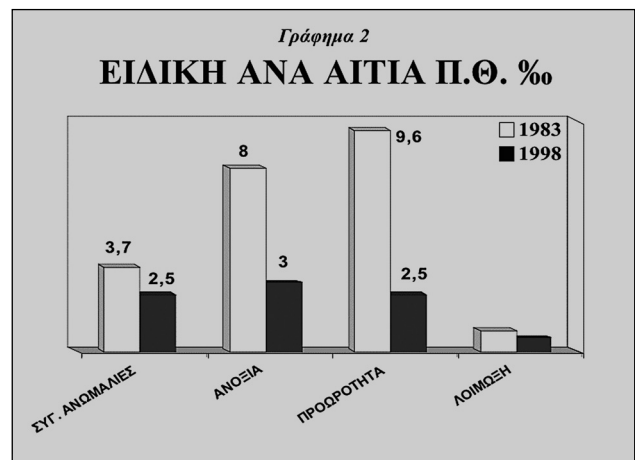
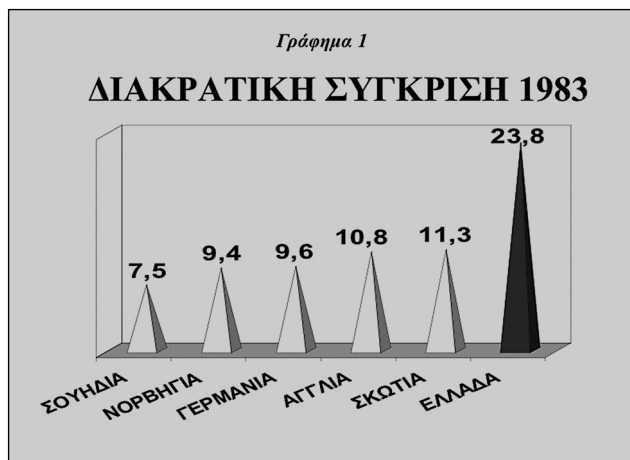
μελετήθηκαν 11.048 συνεχείς, επάλληλες γεννήσεις που έγιναν σε ολόκληρη τη χώρα τον Απρίλιο του 1983.

Υπενθυμίζεται ότι η περιγεννητική θνησιμότητα βρέθηκε τότε 24%, διπλάσια ή τριπλάσια από αυτήν άλλων ανεπτυγμένων χωρών (Γράφημα 1).

Οι περιγεννητικοί θάνατοι αφορούσαν κυρίως νεογνά με φυσιολογικό βάρος στη γέννηση, ήταν συχνότεροι την πρώτη εβδομάδα ζωής και νεκροτομικά αποδόθηκαν σε προλήψιμα αίτια, όπως η ανοξία και η λοίμωξη.

Η κατανομή του βάρους των νεογνών στη γέννηση, καθοριστικός παράγοντας για την επιβίωση, βρέθηκε σχεδόν ιδανική έτσι ώστε η υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα αποδόθηκε στην ανεπάρκεια των μαιευτικών και παιδιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας. Τέλος, η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι υπήρχε αδικαιολόγητα αυξημένη μαιευτική παρέμβαση στη διεκπεραίωση του φυσιολογικού τοκετού και πλημμελής φροντίδα και ανάνηψη του προβληματικού νεογνού.

Τα ευρήματα αυτά έθεσαν συγκεκριμένους στόχους ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλοι τρόποι πα-



Πίνακας 1

## ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ %

	1983	1998	ΜΕΙΩΣΗ
<b>ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ Π.Θ. ‰</b>	24	10,5	56%
<b>ΟΨΙΜΗ ΕΜΒΡΥΪΚΗ ‰</b>	11,5	5,8	50%
<b>ΠΡΩΙΜΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ‰</b>	12,5	4,7	62%
<b>ΕΙΔΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ Π.Θ. ‰</b>			
<b>ΑΝΑ ΒΑΡΟΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (γραμμάρια)</b>			
ξήτω απ' ό 1500	761	401	47%
1500 ίν ρ 2500	98	50	49%
απ' ό 2500 ξαίήμω	8	3	63%
<b>ΑΝΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΥΗΣΗΣ (εβδομάδες)</b>			
ξήτω απ' ό 32	551	318	42%
32 ίν ρ 37	77	35	55%
απ' ό 37 ξαίήμω	8	3	63%

ρέμβασης. Στο συντονισμό της προσπάθειας κεντρικό ρόλο είχε η Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οργάνωσε την Εθνική Συνάντηση για την Περιγεννητική Φροντίδα και τη Συνάντηση των Καθηγητών Παιδιατρικής και Μαιευτικής της χώρας με συμμετοχή εκπροσώπων από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η ερευνητική ομάδα ανακοίνωσε τα ευρήματα σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια, τα δημοσίευσε στον ελληνικό και διεθνή τύπο και τέλος συμμετείχε ενεργά σε συζητήσεις που έλαβαν χώρα στο σύνολο των μέσων μαζικής επικοινωνίας για να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη.

### Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα (ΠΠΕ) 1998

Στη 15ετία που μεσολάβησε από την πρώτη Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα έως σήμερα, παρατηρήθηκαν σημαντικές πρόοδοι στη μαιευτική και τη νεο-

γνολογία, χάρη στην αλματώδη τεχνολογική εξέλιξη και την καλύτερη ανάπτυξη και στελέχωση των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, η Ελλάδα δεν διαθέτει ακόμη αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία για την περιγεννητική θνησιμότητα, δεδομένου ότι το πρόβλημα της μη σύνδεσης των πιστοποιητικών γέννησης και θανάτου εξακολουθεί να υφίσταται.

Κατά συνέπεια κρίθηκε απαραίτητη η οργάνωση και διεξαγωγή της δεύτερης Πανελλήνιας Περιγεννητικής Έρευνας που είχε σκοπό και κίνητρο την αποτύπωση της τρέχουσας περιγεννητικής θνησιμότητας και εμμέσως την αποτίμηση του αποτελέσματος των παρεμβάσεων που συντόνιζε η Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.

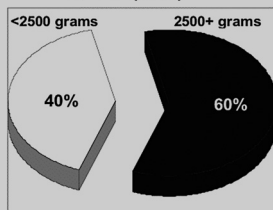
Η δεύτερη ΠΠΕ, όπως και η πρώτη, ήταν προγραμματισμένη, πληθυσμιακή και συγχρονική επιδημιολογική μελέτη και κάλυψε χωρίς επιλογή όλους τους τοκετούς που έγιναν στη χώρα μας στο διάστημα από 1ης Οκτωβρίου έως και 30ης Νοεμβρίου 1998.

Για κάθε νεογνό που γεννήθηκε σε αυτό το διάστημα ζωντανό ανεξαρτήτως βάρους ή νεκρό με ηλικία

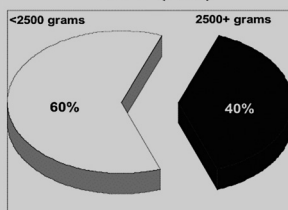
Γράφημα 3

### ΑΝΟΞΙΑ

1983 (8‰)

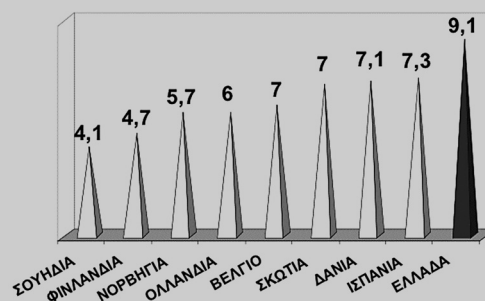


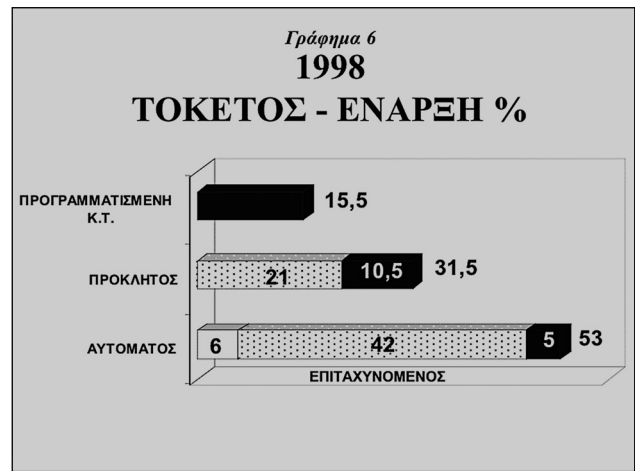
1998 (3‰)



Γράφημα 4

### ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ 1998





κύησης μεγαλύτερη των 28 εβδομάδων ή με βάρος μεγαλύτερο από 500 γραμμάρια συμπληρώθηκαν από τους ειδικά εκπαιδευμένους για την έρευνα γιατρούς ή μαίες, υπεύθυνους του τοκετού, απαντήσεις σε περισσότερα από 200 ερωτήματα. Τα ερωτηματολόγια ήταν προκωδικοποιημένα, περιείχαν τις ερωτήσεις της έρευνας του 1983 αλλά είχαν εμπλουτιστεί και με άλλες, ώστε να καλύπτονται και νέες, πρόσφατες ιατρικές πρακτικές. Καταγράφηκαν κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας, το μαιευτικό και ιατρικό ιστορικό της μητέρας, η παρακολούθηση και παθολογία της εγκυμοσύνης, η διαδικασία του τοκετού και η έκβασή του, τα ιατροβιολογικά χαρακτηριστικά του νεογνού. Κάθε νεογνό παρακολούθηθηκε την πρώτη εβδομάδα της ζωής του, έστω και αν μεταφέρθηκε σε ειδική μονάδα νοσηλείας μακριά από τη μητέρα του, ενώ υπήρχε στο ερωτηματολόγιο επιπλέον ενότητα, ειδικά για τα νεογνά που γεννήθηκαν νεκρά (θνησιγενή). Οργανωτικά βασίστηκε στο πρότυπο της πρώτης ΠΠΕ. Η ομάδα έρευνας με τη στήριξη του Υπουρ-

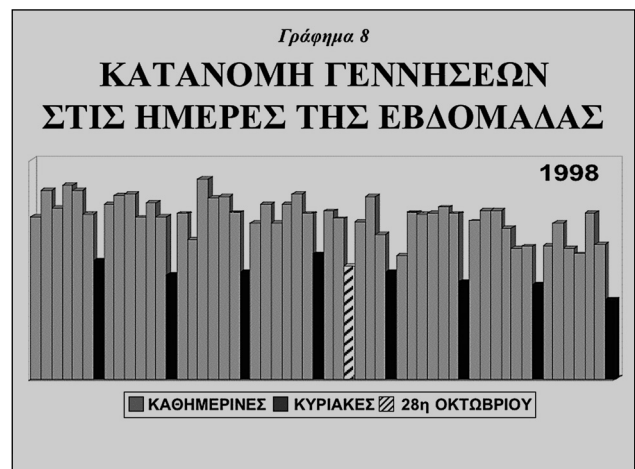
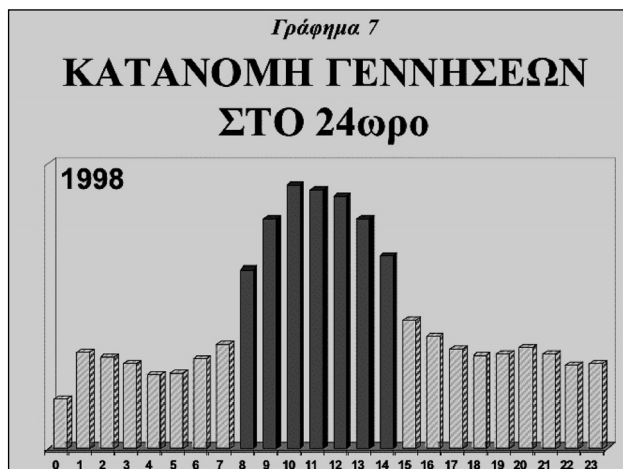
γείου Υγείας και τη συνεργασία των Κρατικών Υπηρεσιών ενημέρωσε τις διοικήσεις, τους γιατρούς και τις μαίες των μαιευτικών, νεογνικών και παιδιατρικών τμημάτων, δημοσίων ή ιδιωτικών, σε όλη τη χώρα και ζήτησε τη συμβολή τους για την ομαλή διεξαγωγή της έρευνας και την τελική επιτυχία της προσπάθειας.

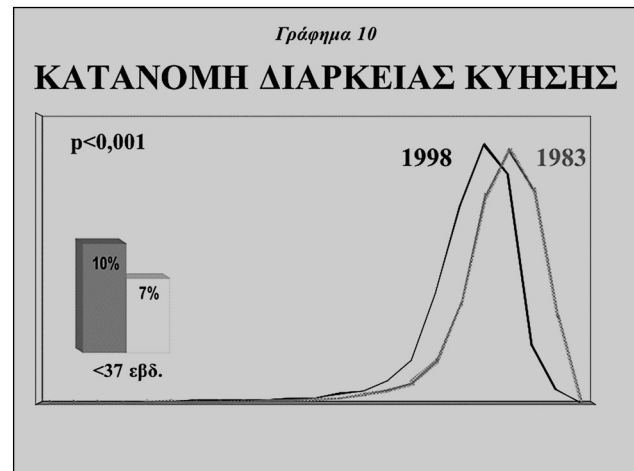
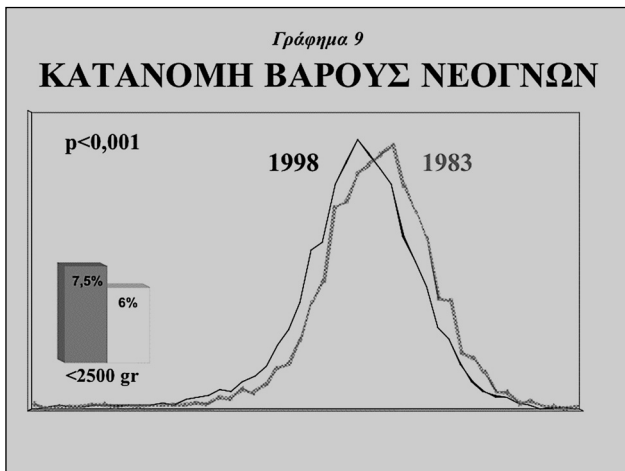
Συγκεντρώθηκαν 14549 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια για ισάριθμους συνεχείς τοκετούς (15% των γεννήσεων του έτους) που έγιναν από 14250 μητέρες σε όλη την Ελλάδα από την 1η Οκτωβρίου έως και την 30η Νοεμβρίου 1998.

### Σύγκριση των αποτελεσμάτων

Ο πληθυσμός της μελέτης, ανεπιλεκτός και αντιπροσωπευτικός του νεογνικού και αναπαραγωγικού μας πληθυσμού, έδωσε τη δυνατότητα της συγκριτικής θεώρησης των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα του 1983.

### Γενικά ευρήματα





Διαπιστώθηκε αλλαγή στη σύνθεση του αναπαραγωγικού μας πληθυσμού. Το 1983 ελάχιστες μητέρες προερχόμενες από ξένες χώρες γεννούσαν στην Ελλάδα, ενώ σήμερα οι αλλοδαπές μητέρες αποτελούν το 14,5% του συνόλου από τις οποίες οι μισές προέρχονται από την Αλβανία (7%).

Το πρόβλημα της υπογεννητικότητας πιστοποιήθηκε για άλλη μία φορά. Αντιστοιχούν 40 παιδιά λιγότερα ανά 100 οικογένειες σε σχέση με το 1983.

#### Περιγεννητική θνησιμότητα

Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ο υποδιπλασιασμός και πλέον της περιγεννητικής θνησιμότητας από 24‰ το 1983 σε 10,5‰ το 1998 (μείωση 56%).

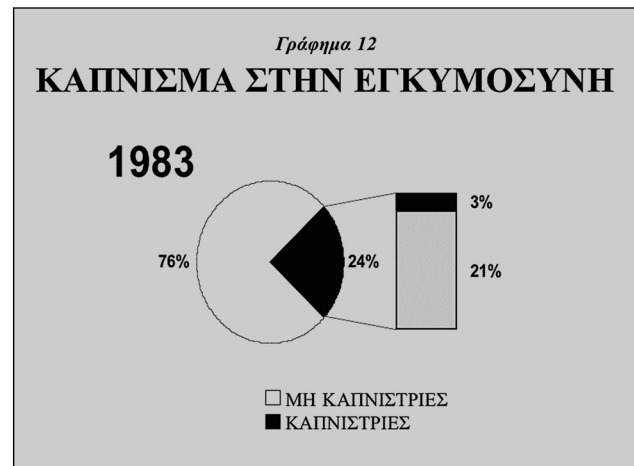
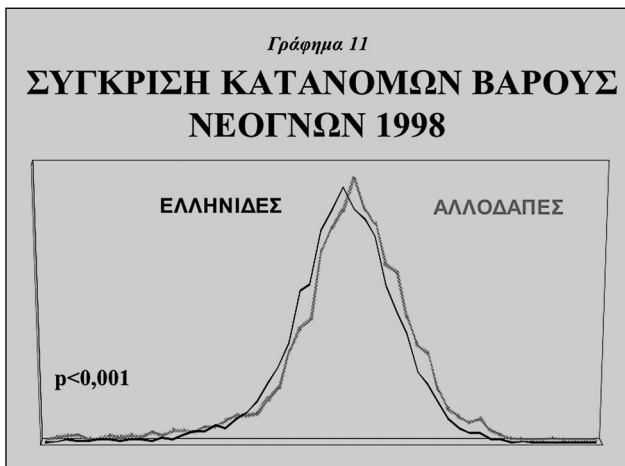
Μείωση στη θνησιμότητα παρατηρήθηκε σε όλες τις ομάδες νεογνών όπως αυτές διαμορφώνονται ως προς το βάρος στη γέννηση, τη διάρκεια κύησης και τη χρονική στιγμή επέλευσης του θανάτου, αν δηλαδή ο θάνατος επήλθε ενδομητρίως ή κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής (**Πίνακας 1**).

Η μεγαλύτερη πρόοδος σημειώθηκε στις ομάδες

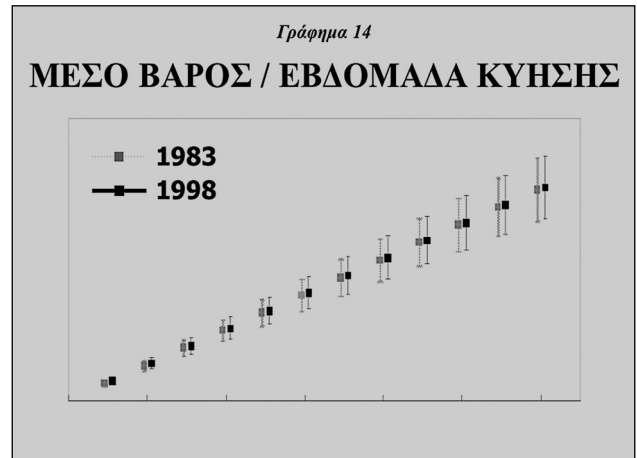
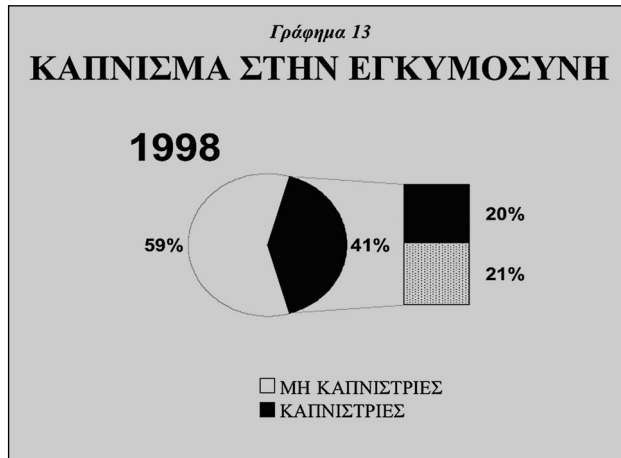
εκείνες που αποτέλεσαν στόχους παρέμβασης μετά την έρευνα του 1983, δηλαδή στα τελειώματα νεογνά (άνω των 37 εβδομάδων κύησης), στα φυσιολογικού βάρους στη γέννηση (άνω των 2500 γραμμαρίων) και στους θανάτους της πρώτης εβδομάδας ζωής (πρώιμη νεογνική θνησιμότητα), στις οποίες η μείωση υπερέβη το 60%.

Σε όλες τις κύριες ομάδες αιτιών περιγεννητικού θανάτου παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική μείωση (**Γράφημα 2**). Η μεγαλύτερη διαπιστώθηκε στις περιπτώσεις που ενοχοποιήθηκε η προωρότητα ως αιτία θανάτου (από 9,6‰ σε 2,5‰), γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην καλύτερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα και ανάνηψη του νεογνού, στη στελέχωση με εξειδικευμένους νεογνολόγους και τον προηγμένο τεχνολογικά εξοπλισμό των μονάδων εντατικής νοσηλείας νεογνών, στην ανάπτυξη τέτοιων μονάδων στην περιφέρεια και την οργάνωση δικτύου επείγουσας αερομεταφοράς των ιδιαίτερα προβληματικών νεογνών.

Σημαντική επίσης μείωση σημειώθηκε στους θανά-







τους λόγω ανοξίας (από 8‰ σε 3‰), η οποία όμως, αν και δυνητικά μπορεί να αποφευχθεί, εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία περιγεννητικού θανάτου. Το 1983 οι θάνατοι λόγω ανοξίας αφορούσαν σε ποσοστό 40% νεογνά χαμηλού βάρους στη γέννηση και σε 60% φυσιολογικού βάρους νεογνά. Το 1998 η ποσότητα αυτή αντιστράφηκε. Οι θάνατοι λόγω ανοξίας σε ποσοστό 40% νεογνών φυσιολογικού βάρους, δείχνει βελτίωση, αλλά ταυτόχρονα υποδεικνύει σημείο παρέμβασης υψηλής προτεραιότητας (**Γράφημα 3**).

Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγείται κανείς αν συγκρίνει σήμερα την περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα με εκείνη άλλων προηγμένων κρατών (**Γράφημα 4**). Με τη σύγκριση αυτή διαπιστώνεται ότι η Ελλάδα τη 15ετία που πέρασε κάλυψε σημαντική διαφορά από αυτήν που τη χώριζε από τα άλλα κράτη, όμως ακόμη υστερεί και συνεπώς η συνέχιση του έργου της παρέμβασης θεωρείται επιβεβλημένη.

### Μαίευση

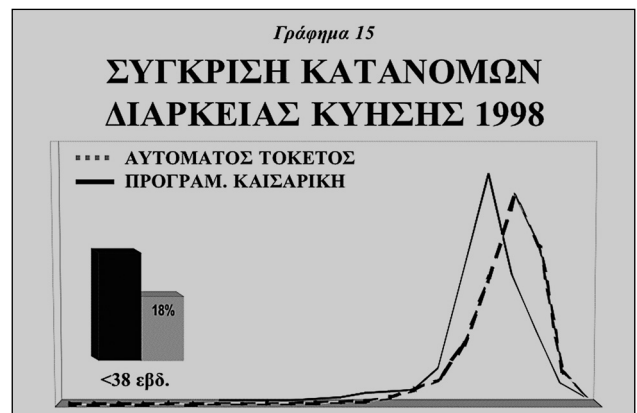
Οι καισαρικές τομές αυξήθηκαν κατακόρυφα από 13% σε 31% (**Γράφημα 5**). Από το σύνολο των καισαρικών τομών, οι μισές ήταν προγραμματισμένες και αντιπροσωπεύουν ποσοστό 15,5% των τοκετών. Πρόκληση του τοκετού διαπιστώθηκε σε ποσοστό 31,5%. Ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων αυτών καταλήγουν σε επείγουσα καισαρική τομή (10,5%). Σε έναν στους δύο τοκετούς η έναρξη είναι αυτόματη. Όμως σχεδόν όλοι επιταχύνονται με ωκυτόκα και σπασμολυτικά φάρμακα. Έτσι μόνο 6% των γυναικών γεννούν με απόλυτα φυσιολογικό τρόπο, δηλαδή με αυτόματη έναρξη και χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων (**Γράφημα 6**). Τα ποσοστά αυτά δια-

φοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με την καταγωγή της μητέρας, τον τόπο γέννησης και τον τύπο του μαιευτηρίου που γίνεται ο τοκετός. Για παράδειγμα το ποσοστό των καισαρικών τομών είναι κατά πολύ υψηλότερο στις Ελληνίδες (33%) έναντι των αλλοδαπών (24%), στην περιοχή Αθηνών - Πειραιώς - Θεσσαλονίκης (38%) σε σύγκριση με την περιφέρεια (27%) και τέλος στα μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια (39%) έναντι των υπολοίπων (29%).

Η ιατρική παρέμβαση στη διαδικασία του τοκετού αποδεικνύεται και από την κατανομή των γεννήσεων (εκτός των προγραμματισμένων καισαρικών τομών) στις ώρες της ημέρας και τις ημέρες της εβδομάδας. Διαπιστώνεται σαφής αύξηση των γεννήσεων κατά τις εργάσιμες ώρες (8 π.μ. έως 2μ.μ.) και σημαντική μείωση τις Κυριακές και τις αργίες, φαινόμενο που παρατηρείται όχι μόνο στην Ελλάδα (1983, 1998) αλλά σε μικρότερο βαθμό διεθνώς (**Γράφημα 7 & 8**). Οι διαφορές αυτές μπορούν να αποδοθούν και σε ιατρική παρέμβαση.

### Βιολογικά χαρακτηριστικά του νεογνού

Παρά την εντυπωσιακή μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, τα βιολογικά χαρακτηριστικά των νε-



ογνών μας - βάρος στη γέννηση και διάρκεια κύησης -παρουσίασαν αρνητική εξέλιξη. Υπήρξε σαφής μετατόπιση προς τα αριστερά ολόκληρης της καμπύλης του βάρους στη γέννηση, δηλαδή προς μικρότερο βάρος, σε σχέση με το 1983, με αποτέλεσμα τη στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού των χαμηλού βάρους νεογνών (<2500 γραμμάρια) από 5% το 1983 σε 7,5% το 1998 (**Γράφημα 9**). Ανάλογα ευρήματα διαπιστώθηκαν σχετικά με την κατανομή της διάρκειας κύησης, ενώ το ποσοστό γεννήσεως πρόωρων νεογνών (νεογνά <37 εβδομάδων κύησης) αυξήθηκε από 7% σε 10% (**Γράφημα 10**). Ως αποτέλεσμα των προαναφερθέντων αλλά και της διαθεσιμότητας των μονάδων εντατικής νοσηλείας νεογνών (εύκολη και άμεση πρόσβαση), τα νεογνά που μεταφέρονται σε αυτές σχεδόν διπλασιάστηκαν (από 7,8% σε 14,4%).

Η απόλυτη αριθμητική και ποσοστιαία αύξηση των ελαφρύτερων και μικρότερων σε ηλικία κύησης νεογνών, μάς προκάλεσε έντονο προβληματισμό. Μεταβολή των βιολογικών χαρακτηριστικών μιας φυλής είναι απίθανο να συμβεί σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα χωρίς την επίδραση καθοριστικού εξωγενούς παράγοντα. Τέθηκε λοιπόν το ερώτημα: Τα νεογνά μας είναι χαμηλού βάρους λόγω ελλιπούς ενδομήτριας ανάπτυξης ή γιατί είναι πρόωρα; Η απάντηση στηρίχθηκε σε συγκεκριμένες υποθέσεις. Ως πιθανά αίτια θεωρήθηκαν:

α) Η διαφορετική σύνθεση του αναπαραγωγικού πληθυσμού. Οι αλλοδαπές μητέρες καλύπτουν όντως ένα σημαντικό μέρος του, αλλά το βάρος στη γέννηση και η διάρκεια κύησης των νεογνών τους εμφανίζουν εξαιρετική κατανομή και μάλιστα είναι παρόμοια των νεογνών των Ελληνίδων του 1983 (**Γράφημα 11**).

β) Η αύξηση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Το 1983 οι καπνίστριες αποτελούσαν το 24% του αναπαραγωγικού πληθυσμού και από αυτές μόνο μία στις οκτώ συνέχιζε να καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σήμερα οι καπνίστριες έχουν σχεδόν διπλασιαστεί και αντιπροσωπεύουν το 41% του αναπαραγωγικού πληθυσμού, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι οι μισές (20%) συνεχίζουν τη βλαπτική αυτή συνήθεια και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η στάση αυτή δηλώνει μεταβολή στη νοοτροπία και σε ένα βαθμό αδιαφορία προς το κύημα που φέρουν (**Γράφημα 12 & 13**). Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες οι οποίες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ελαφρύτερα από εκείνα των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν, αλλά η διαφορά αυτή μπορεί να εξηγήσει μέρος μόνο της παρατηρηθείσας μείωσης του βάρους στη γέννηση.

ρους στη γέννηση.

γ) Πιθανή καθυστέρηση στην ανάπτυξη του κυήματος ενδομητρίως. Η συγκριτική ανάλυση της ενδομήτριας ανάπτυξης μεταξύ 1983 και 1998 ανά εβδομάδα κύησης δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (**Γράφημα 14**).

Κατά συνέπεια το μικρότερο βάρος στη γέννηση πρέπει να αποδοθεί κυρίως σε βραχύτερη διάρκεια κύησης. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε από τη διαπίστωση ότι οι προγραμματισμένες καισαρικές τομές γίνονται σε μικρότερη ηλικία κύησης από εκείνη που συμβαίνουν οι αυτόματοι τοκετοί. Συγκεκριμένα, 31% των προγραμματισμένων καισαρικών τομών γίνονται σε ηλικία κύησης μικρότερη από 38 εβδομάδες συγκριτικά με το 18% των αυτόματων τοκετών (**Γράφημα 15**).

#### **Συμπεράσματα - Νέοι στόχοι**

1. Η μεγάλη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και στην καλύτερη συνεργασία μαιευτήρων και παιδιάτρων-νεογνολόγων.

2. Η ανάπτυξη, στελέχωση και καλύτερη οργάνωση κέντρων περιγεννητικής φροντίδας στην περιφέρεια, όπου και τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, ασφαλώς έχει συμβάλει στη μείωση της της Περιγεννητικής Θνησιμότητας.

3. Η αύξηση των πρόωρων και χαμηλού βάρους νεογνών είναι πλασματική, αποτέλεσμα της πρόωρης μαιεύσεώς τους με καισαρική τομή. Έτσι εξηγείται και το γεγονός ότι τα περισσότερα δεν έχουν τη μειοπραγία των νεογνών με καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη.

4. Η χώρα μας έχει κάνει μεγάλα βήματα προόδου στον τομέα της περιγεννητικής φροντίδας αλλά υστερεί ακόμη συγκριτικά με άλλες προηγμένες χώρες και επομένως υπάρχουν σημαντικά περιθώρια περαιτέρω βελτίωσης.

Τα ευρήματα της Πανελληνίας Περιγεννητικής Έρευνας του 1998 σηματοδοτούν νέους στόχους για την περαιτέρω βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας, οι κυριότεροι των οποίων είναι:

- Περαιτέρω μείωση της ανοξίας, ιδιαίτερα στα τελειόμηνα και κανονικού βάρους νεογνά
- Επιβίωση περισσότερων νεογνών με βάρος 1500-2500 γραμμαρίων και διάρκεια κύησης 32-37 εβδομάδων, η οποία άμεσα συνδέεται με την ποιότητα της περιγεννητικής φροντίδας
- Περιορισμό στην παρέμβαση κατά τον τοκετό μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχει απόλυτη ένδειξη
- Διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Η απώλεια χιλίων νεογνών κάθε χρόνο κατά την περιγεννητική περίοδο μπορεί να περιορισθεί κατά 50% περίπου, όπως δείχνουν στοιχεία από τις πλέον προηγμένες χώρες. Η μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας είναι ηθικό και εθνικό καθήκον υψίστης προτεραιότητας. Το καθήκον αυτό οφείλουν να επιτελέσουν στο αγέρας πρωτίστως οι έλληνες μαιευτήρες και παιδίατροι αλλά και η εγκυμονούσα ελληνίδα. Η πολιτεία δεν είναι άμοιρη ευθυνών και κυρίως υποχρεώσεων.

## The National Perinatal Care

Ch. Tzoumaka-Mpakoula, V. Lekea, G. Kavvadias, A. Makris, P. Koutsovitis, N. Matsaniotis

1st Department of Paediatric Clinic, University of Athens

Correspondence: Ch. Mpakoula,  
35 Papanastasiou str., 15452  
Tel.: +30 2107467134,  
E-mail: cbakoula@med.uoa.gr

### Summary

Lack of linkage between birth and death certificates in most countries as well as in Greece necessitates the conduction of population based national studies in order to estimate the Perinatal Mortality Rate (PMR) and detect changes in perinatal indicators over the time.

The first National Perinatal Study (NPS) took place throughout the country during April 1983, enrolled 11059 consecutive births and showed a PMR as high as 23.8 ‰. The analysis of this database imposed several targets for interventions. After 15 years (1998) the second NPS was conducted to identify probable modification in biological characteristics of newborns, social factors of the family, obstetrical practices and perinatal outcome. A sample of 14549 consecutive births throughout the country was studied.

Comparison of these two nationwide population based, cross-sectional studies showed:

1. Perinatal mortality rate has been decreased by half (24‰ vs. 10,5‰), concerning mostly early neonatal deaths (13‰ vs. 5‰) and newborns of gestational age  $\geq 37$  weeks and birthweight  $\geq 2500$  gr. (8‰ vs. 3‰).
2. A significant ( $p < 0,001$ ) shift of the birthweight and the gestational age distribution curves to the left was found (singletons only). It was mainly attributed to the sharp increase (5% vs. 15%) of elective Caesarian sec-

tion rate (31% of which was performed before the 38th week of gestation) as well as to the significant increase of smoking during pregnancy (3% vs. 20%).

3. Obstetrical intervention increased greatly as the total Caesarian section rate was doubled (13% vs. 31%), induction of labour was found to be 32%, augmentation of the first and second stage of delivery reached 47% of the total. Only 6% of women gave birth without any medical intervention.

4. The demographic characteristics of the reproductive population changed remarkably since 15% of the mothers were of non-Greek origin (mostly Albanians and other economic immigrants).

### Conclusions

Considering that the biologic characteristics of greek neonates lose eventually their favorable distribution, the fall of Perinatal Mortality in Greece can be attributed to the improved perinatal care. Despite the sharp decrease of perinatal mortality, there is still ample room for improvement. The new targets for intervention can be summarized to the following:

- Further decrease in the incidence of anoxia
- Survival of more neonates with gestational age 32-37 weeks and birthweight 1500-2500 grams
- Obstetrical intervention should be limited strictly and applied only when is really indicated
- Decrease of smoking during pregnancy

These results justify the conduction of the two population based nationwide studies and imply the importance of a better registration of vital statistics in order to maintain surveillance on perinatal indicators.

### Βιβλιογραφία

1. Agapitos E et al. Primary causes of perinatal death. An autopsy of 556 cases in Greek infants. Pathology research and practice, 1986, 181: 733.
2. C. Bakoula. The Greek national perinatal survey: I: Design, methodology, case ascertainment. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 1987, 1: 43.
3. C. Bakoula et al. Birthweight specific perinatal mortality in Greece. Acta Paediatrica Scandinavica, 1990, 79: 47.
4. C. Bakoula. Assessment of the incidence of perinatal deaths in Greece using two separate sources. The third WHO report on social and biological effects on perinatal mortality, ed. J. Golding, 1990, p.389.
5. J. Lumley, C. Bakoula. Perinatal mortality in Greece and Greek-born women in Victoria. What does a "natural experiment" suggest? European journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 1993, 50: 65.