

## Περιγεννητική θνησιμότητα & νοσηρότητα

**Α. Αντσακλής**

Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας

Η περιγεννητική θνησιμότητα περιλαμβάνει τους θανάτους που λαμβάνουν χώρα στη περιγεννητική περίοδο ανά χίλιες γυναίκες και θεωρείται το πλέον κατάλληλο επιδημιολογικό εργαλείο για την εκτίμηση του αποτελέσματος της εγκυμοσύνης και τον έλεγχο της ποιότητας των Μαιευτικών και Νεογνολογικών υπηρεσιών υγείας.

Βεβαίως τα τελευταία χρόνια ο δείκτης αυτός της περιγεννητικής θνησιμότητας αμφισβητείται και τούτο λόγω των δυσκολιών που υπάρχουν στην σύγκριση του δείκτη αυτού μεταξύ των διαφόρων κρατών λόγω των διαφορετικών κριτηρίων ή δεδομένων που χρησιμοποιούν. (Πίνακας 1)

Οι ριζικές αλλαγές που έγιναν τα τελευταία χρόνια στα κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (CCEE) και στα νέα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, οδήγησαν σε οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Ένα από τα προβλήματα είναι η μεγάλη διεύρυνση του χάσματος στους δείκτες υγείας μεταξύ της Ανατολικής και Δυτικής Ευρώπης, γεγονός που αποτελεί σοβαρό πρόβλημα.

Αλλά διερωτάται κανείς, γιατί στην Ευρώπη η οποία είναι μια βιομηχανοποιημένη και λίαν ανεπτυγμένη περιοχή, θα πρέπει να ασχολούμεθα με την περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα;

Διερωτάται κανείς η μοντέρνα ιατρική, η προηγμένη τεχνολογία που χρησιμοποιείται και η συνεχώς αυξανόμενη γνώση της φυσιολογίας και παθολογίας της αναπαραγωγής δεν έλυσαν αυτά τα προβλήματα;

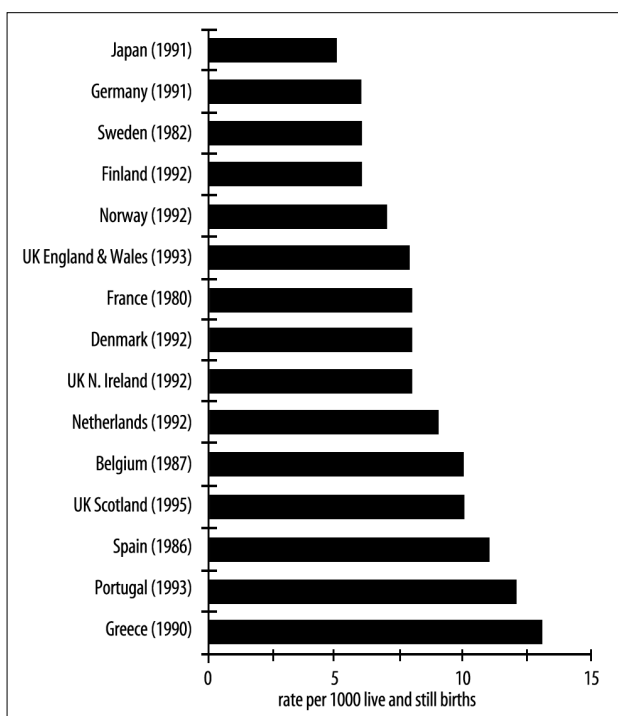
Σήμερα, πάνω από 500.000 γυναίκες κάθε χρόνο πεθαίνουν λόγω επιπλοκών που προέρχονται από την κύηση ή τον τοκετό, μια γυναίκα κάθε λεπτό,

και εκατομμύρια άλλες γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και η νοσηρότητα αυτή δημιουργεί σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.

Η διεθνής κοινότητα πρέπει να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια και να αναλάβει την δέσμευση να σταματήσει αυτή την μάστιγα.

Πράγματι, η μητρική θνησιμότητα στην Ευρώπη μέσω διαφόρων συγκεκριμένων παρεμβάσεων και

*Πίνακας 1: Περιγεννητική θνησιμότητα*



προγραμμάτων τα τελευταία 20 χρόνια, μειώθηκε προοδευτικά στους 5-10 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις. (Πίνακας 2)

Θα πρέπει κανείς να λάβει υπ' όψη ότι μέχρι το 1990 κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (Countries of Central and Easter Europe) (CCEE) καθώς και τα νέα ανεξάρτητα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Newly Independent States) (NIS) είχαν μητρική θνησιμότητα γύρω στις 40-50/100.000 γεννήσεις. (Πίνακας 3)

Από τότε στα κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης η μητρική θνησιμότητα μειώθηκε στους 15/100.000 θανάτους. Η μείωση αυτή είναι βραδύτερη στα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (35/100.000) ενώ στις πλέον πτωχές περιοχές η μητρική θνησιμότητα ακόμη βρίσκεται στις 40/100.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών.

Οι υψηλές αυτές συχνότητες, επηρεάζονται άμεσα αλλά και «δικαιολογούνται» από την πολύ υψηλή μητρική θνησιμότητα που εμφανίζεται σε απομακρυσμένες αγροτικές και ορεινές περιοχές όπου οι υπηρεσίες υγείας είναι ανεπαρκείς και δεν είναι δυνατόν να φθάσουν έγκαιρα.

Στις περιοχές αυτές οι αιμορραγίες μετά τον τοκετό, οι λοιμώξεις και ο εργώδης τοκετός είναι οι κύριες αιτίες υψηλής μητρικής θνησιμότητας.

Επιπροσθέτως οι επιπλοκές των εκτρώσεων σε μερικές από τις χώρες της Ανατολικής κυρίως Ευρώπης αποτελούν το 25% των μητρικών θανάτων.

Η μητρική θνησιμότητα στην Ουγγαρία από το 1980 μειώθηκε από 18,2 στο 12,9 ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων το 1998, και βρίσκεται στο μέσο όρο των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης αλλά πολύ υψηλότερα (δύο φορές) από το μέσο όρο Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι 6,5/100.000.

Σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η μητρική θνησιμότητα είναι χαμηλή και υπάρχει σταθερή και σημαντική μείωση σε όλες τις χώρες που αναφέρονται από το 1980.

Στην Γαλλία παρουσιάζεται η υψηλότερη μητρική θνησιμότητα μεταξύ των κρατών της Δυτικής Ευρώπης που έδωσαν στοιχεία το 1992 και είναι διπλάσια αυτής της Ευρωπαϊκής Ένωσης με 12,9 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων.

Αξιοσημείωτο επίσης θεωρείται το γεγονός ότι η μητρική θνησιμότητα από το 1989 και εντεύθεν αυξήθηκε και η αύξηση αυτή μπορεί να οφείλεται στην καλύτερη καταγραφή των περιπτώσεων.

Τελευταίες επίσης μελέτες των παραγόντων κινδύνου της μητρικής θνησιμότητας στην Γαλλία, έδειξαν ότι το 2/3 των μητρικών θανάτων θα ήταν δυνατόν να αποφευχθούν εάν γίνονταν έγκαιρα η διά-

γνωση του προβλήματος ή εάν γίνονταν καλύτερη αντιμετώπιση.

Παρά τις προόδους στην μείωση της μητρικής και της περιγεννητικής θνησιμότητας, υπάρχουν ακόμη σοβαρά προβλήματα όπως:

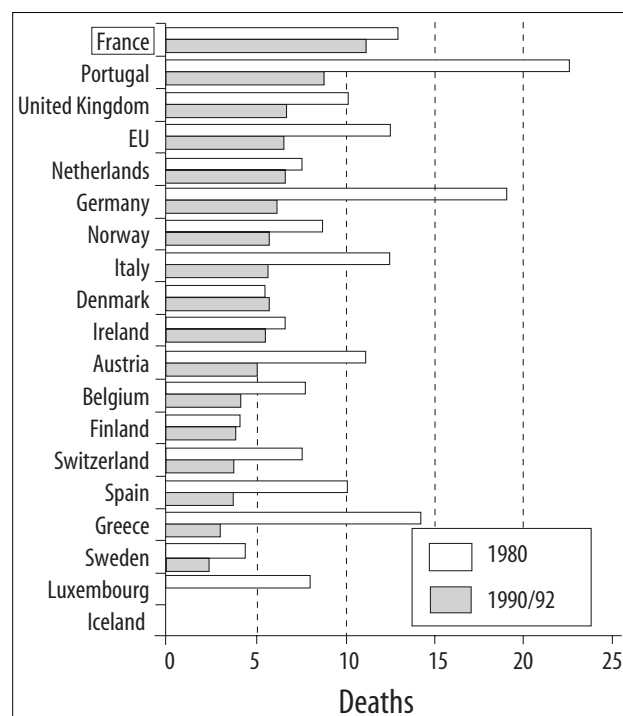
1. Η πρόβλεψη των κήσεων εκείνων που θα παρουσιάσουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα
2. Οι δοκιμασίες πληθυσμιακού ελέγχου για προγεννητική διάγνωση έχουν ευρεία εξάπλωση χωρίς τον κατάλληλο υπολογισμό και χρησιμοποιούνται από ανεκπαιδευτους ιατρούς
3. Η γέννηση ενός παιδιού έχει ιατροκοποιηθεί και η χρήση της τεχνολογίας οδήγησε σε περισσότερες επεμβάσεις.

Κατά την διάρκεια της εφηβείας, τα επεισόδια και σοβαρά προβλήματα υγείας δυνατόν να προέρχονται από ατυχήματα, ναρκωτικές ουσίες, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κηήσεις και ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες που οδηγούν σε εκτρώσεις.

Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι εγκυμοσύνη πολύ νωρίς ή πολύ αργά ή πολύ συχνά έχει αρνητική επίδραση στην υγεία της γυναίκας και έχει επίδραση και στην υγεία των προηγούμενων παιδιών ή επομένων παιδιών που θα γεννηθούν.

Η συχνότητα κηήσεων μεταξύ των εφήβων και νέων γυναικών αποτελεί ουσιαστικό δείκτη που αντικατοπτρίζει το βαθμό της σεξουαλικής διαπαιδα-

**Πίνακας 2:** Μητρικοί θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις



γώγισης καθώς και τον βαθμό χρήσης διαφόρων τρόπων αντισύλληψης. Σε μερικές χώρες υπάρχει έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγισης.

Η συχνότητα κηύσεων νέων γυναικών στην Ευρώπη είναι ακόμη υψηλή με χώρες όπως η Μ. Βρετανία και η Ισλανδία να κατέχουν τα πρωτεία ενώ την μικρότερη συχνότητα εμφανίζουν η Ολλανδία και η Ελβετία. (Πίνακας 4)

Συγκεκριμένα στην Ισλανδία το 6,3% των γεννήσεων είναι από μητέρες κάτω των 20 ετών. Αυτό βεβαίως αποτελεί σημαντική πρόοδο αν συγκρίνει κανείς τα στοιχεία αυτά με τα στοιχεία του 1980 όπου το ποσοστό αυτό ήταν 13,95%. Πάντως είναι γεγονός ότι η συχνότητα των κηύσεων μεταξύ των γυναικών στην Ισλανδία είναι υψηλή αλλά μόνο λίγες τελικά καταλήγουν σε έκτρωση.

Αν και η τάση για έκτρωση μεταξύ των νέων γυναικών αυξάνει, φαίνεται σήμερα ότι η εγκυμοσύνη σε ανύπαντρες γυναίκες έχει γίνει περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή στην Ισλανδία και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. (Πίνακας 6)

Βέβαια, η Αγγλία και η Ισλανδία έχουν πολλές κηύσεις νέων γυναικών αλλά έχουν σχετικά χαμηλό ποσοστό εκτρώσεων και αυτό πιθανόν να οφείλεται στην διαπαιδαγώγιση και στο σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών που εφαρμόζεται στις χώρες αυτές. (Πίνακας 6)

Το 1998 στην Ουγγαρία η συχνότητα κηύσεων γυναικών από 15-19 ήταν 25 ανά 1000 γυναίκες που είναι πολύ υψηλότερο από 8/1000 που είναι ο μέσος όρος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βεβαίως η συχνότητα κηύσεων και τοκετών έχει σαφώς μειωθεί τα τελευταία χρόνια, και στην Ουγγαρία η μείωση αυτή ανέρχεται στο 63%.

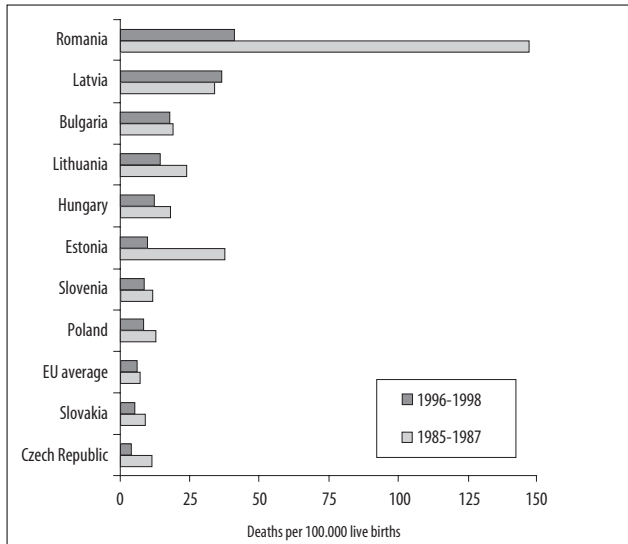
Έχει αποδειχθεί ότι οι ανεπιθύμητες κηύσεις και η έκτρωση αποτελούν την πλέον σοβαρή απειλή της υγείας των γυναικών.

Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου η έκτρωση (διακοπή κηύσης) είναι νόμιμη, οι ενδεχόμενες παρενέργειες από την επέμβαση αποτελούν σοβαρό παράγοντα μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Η συχνότητα των εκτρώσεων είναι αντιθέτως ανάλογη της ασφαλούς και αποτελεσματικής αντισύλληψης που εφαρμόζεται σε μια χώρα.

Είναι γνωστό ότι σε χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και στα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης η διακοπή κηύσης χρησιμοποιείτο σαν αντισυλληπτική μέθοδος. Ο αριθμός των εκτρώσεων στις χώρες αυτές είναι υψηλότερος αυτού της Δυτικής Ευρώπης και σε μερικές περιπτώσεις αγγίζει τον αριθμό των γεννήσεων ενίοτε δε αυξάνεται δραματικά και ξεπερνά τον αριθμό των γεννήσεων

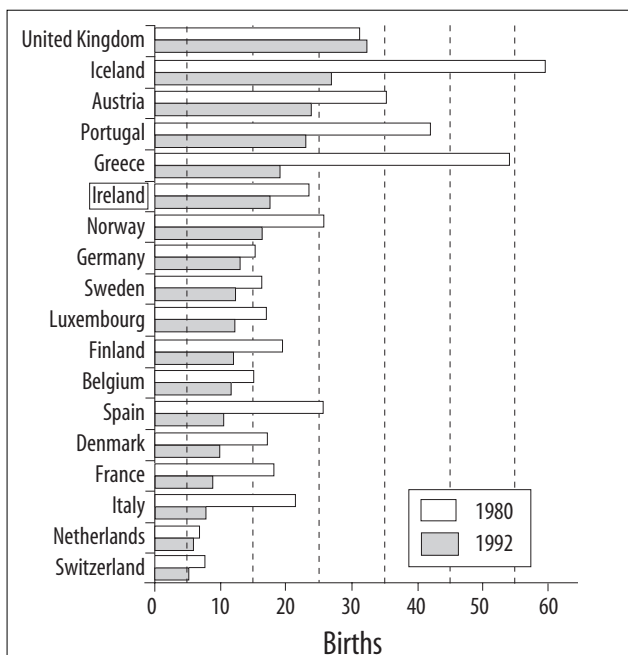
**Πίνακας 3:** Μητρική θνησιμότητα ανά 100.000 γεννήσεις σε χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης



2-3 φορές. Αλλά φαίνεται παρήγορο ότι ο ετήσιος αριθμός εκτρώσεων σε όλες τις χώρες της Ευρώπης προοδευτικά μειώνεται.

Στην Ουγγαρία, ο αριθμός μειώθηκε τα τελευταία χρόνια κατά 18% από 90.400 περιπτώσεις το 1990 σε 74.000 το 1997 και τούτο μερικώς οφείλεται στο νόμο του 1992 που πέρασε στην Βουλή της Ουγγαρίας που αφορά την «προστασία της ζωής του εμβρύου» και άλλαξε ριζικά τις συνθήκες διακοπής

**Πίνακας 4:** Γεννήσεις ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών



της κύησης.

Αλλά την ίδια περίοδο και ο αριθμός των ζώντων γυναικών μειώθηκε ανάλογα, έτσι ο αριθμός των εκτρώσεων ανά 1000 γεννήσεις παρέμεινε στα ίδια επίπεδα που είναι κάτω του μέσο όρου των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης αλλά πάντα υψηλότερος του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τελευταίες μελέτες στην Γαλλία έδειξαν ότι μεταξύ του 1987 και 1993 η συχνότητα εκτρώσεων αυξήθηκε κατά 10% και το 1993 η αναλογία εκτρώσεων προς 1000 γεννήσεις ζώντων ήταν 262 που αντιστοιχεί σε 195.000 εκτρώσεις που έγιναν σε Ιδιωτικά και Κρατικά Νοσοκομεία σε αντίθεση με 765.000 τοκετούς που έγιναν το ίδιο χρονικό διάστημα.

Όπως είπαμε η συχνότητα των εκτρώσεων είναι ως επί το πλείστον, αντιθέτως ανάλογη της ασφαλούς και αποτελεσματικής αντισύλληψης.

Η χρήση αποτελεσματικής αντισύλληψης κυμαίνεται από 60-70% σε μερικές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και σε 10% σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και σε πολλές χώρες οι οικονομικές πηγές ή η πολιτική αδυνατούν να δημιουργήσουν τις απαραίτητες μεταβολές εκείνες ώστε η αντισύλληψη να αντικαταστήσει την έκτρωση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Πολλοί από τους ασφαλείς τρόπους αντισύλληψης

είναι δυνατόν να προλάβουν την ανάπτυξη αναιμίας και την μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

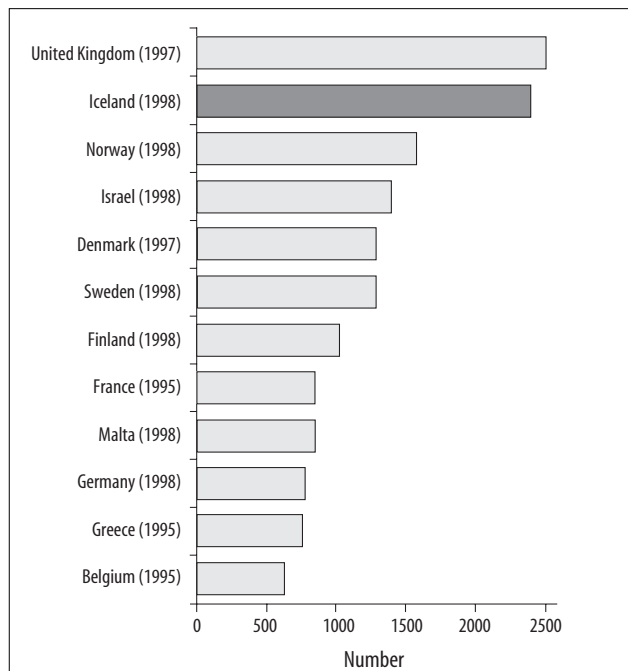
Στις αρχές της δεκαετίας του '90 σε όλες τις χώρες νέα κράτη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και την Ρωσία υπήρξε δραματική αύξηση των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων π.χ. στην Ρωσία η αύξηση της σύφιλης ήταν 15-60 φορές μεγαλύτερη και από 5-15/100.000 κρούσματα πληθυσμού το 1990 ανήλθε σε 200-500/100.000 γεννήσεις το 1996 και αναλογικά μεγαλύτερη ήταν η αύξηση στις νέες γυναίκες.

Το 1996 οργανώθηκε στο Παρίσι από την EUROCROMIC ένα Workshop το οποίο αφορούσε την οργάνωση των υπηρεσιών προγεννητικής διάγνωσης στην Ευρώπη.

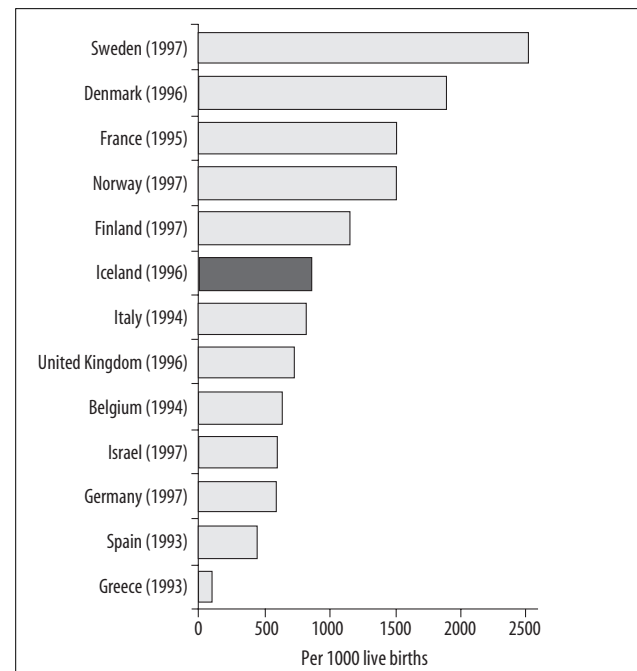
Στο Workshop αυτό έβαλαν μέρος 16 Ευρωπαϊκές Χώρες με 33 αντιπροσώπους και συζητήθηκε η κατάσταση και τα προβλήματα που υπάρχουν στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας που αφορούν την προγεννητική διάγνωση μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών.

Από την μελέτη όλων των στοιχείων, φαίνεται ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην οργάνωση και στον αριθμό των κέντρων Γενετικής σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό κάθε χώρας. Στο άκρο του πίνακα είναι η Φιλανδία με 1 κέντρο για κάθε

**Πίνακας 5:** Αριθμός κνήσεων και διακοπών κνήσεων ανά 100.000 κοριτσιών ηλικίας 10-19 ετών



**Πίνακας 6:** Εκτρώσεις ανά 1.000 γεννήσεις σε μητέρες νεώτερες των 20 ετών



1.900.000 κατοίκους. Σε 7 κράτη υπάρχουν μόνον κρατικά κέντρα Γενετικής, ενώ σε 8 κράτη υπάρχουν ιδιωτικά εργαστήρια και κρατικά Πανεπιστημιακά εργαστήρια.

Όσον αφορά την ψυχολογική υποστήριξη στις γυναίκες που κάνουν προγεννητική διάγνωση, αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο σε 4 κράτη από τα 16 που έλαβαν μέρος στην συνάντηση αυτή υπάρχει σταθερά ψυχολογική υποστήριξη γυναικών οι οποίες έρχονται αντιμέτωπες με την πιθανότητα διακοπής της κύησης μετά από παθολογικά αποτελέσματα του προγεννητικού ελέγχου.

Σε λίγα μόνον κράτη υπάρχει κάποια μορφή κεντρικής συλλογής πληροφοριών για τα κυτταρογενετικά αποτελέσματα.

Μια άλλη πληροφορία που ενδιαφέρει και δυνατόν να αποτελέσει θέμα συζήτησης είναι το γεγονός ότι το ποσοστό των κύησεων που εξετάστηκαν με επεμβατική τεχνική προγεννητικής διάγνωσης (Αμνιο – CVS) διαφέρει σημαντικά μεταξύ των κρατών.

Στην Νορβηγία και Πορτογαλία το 2,3% υποβάλλεται σε επεμβατική τεχνική ενώ αντίθετα στην Ιταλία υποβάλλεται το 14,2%.

Βεβαίως υπάρχει κατά κάποιο τρόπο συμφωνία μεταξύ των Ευρωπαϊκών Κέντρων Γενετικής για τις ενδείξεις της προγεννητικής διάγνωσης που είναι η προχωρημένη αναπαραγωγική ηλικία της μητέρας, η γέννηση προηγούμενου παιδιού με χρωμοσωμικό πρόβλημα, γονείς φορείς χρωμοσωμικών ανωμαλιών και παθολογικό υπερηχογράφημα.

Το όριο της προχωρημένης αναπαραγωγικής ηλικίας της μητέρας κυμαίνεται σε διάφορα κράτη από >35 μέχρι >38 χρονών.

Οδηγίες ποιοτικού ελέγχου των επεμβατικών τεχνι-

κών αναφέρονται σε 5 από τα 16 κράτη. Ποιοτικός έλεγχος των κυτταρογενετικών εργαστηρίων σε 6 από 16 χώρες ενώ ποιοτικός έλεγχος των υπερηχογραφικών εξετάσεων αναφέρονται σε 2 μόνον κράτη μέλη. Τέλος η Κλινική Γενετική αποτελεί επίσημη ειδικότητα στις 8 από τις 16 χώρες.

Βασίζόμενοι σε διάφορες πληροφορίες και αναλύσεις στοιχείων που αφορούν την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας και την περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα υπάρχουν τρία σοβαρά προβλήματα τα οποία απαιτούν λύση άμεσα:

1. Υπάρχουν αποκλίσεις στην ιατρική και κοινωνική προσέγγιση μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών.

Απαιτείται ομοιογενοποίηση των ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών κατά την διάρκεια της κύησης, του τοκετού και της λοχείας.

2. Υπάρχει έλλειψη ποσοτικού και ποιοτικού επισημονικού ελέγχου της περιγεννητικής φροντίδας. Απαιτείται επιστημονική εκτίμηση όλων των τεχνικών και μεθόδων που έχουν σχέση με την περιγεννητική φροντίδα σε όλα τα επίπεδα. Απαιτούνται προσπάθειες ώστε να εφαρμοσθεί η νέα και προηγμένη τεχνολογία σε όλες τις χώρες ώστε να προκύψουν καλύτερα αποτελέσματα στην περιοχή.

3. Οι δείκτες γονιμότητας στην Ευρώπη είναι χαμηλοί και αυτή η νέα δημογραφική κατάσταση προκαλεί σοβαρά κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα. Απαιτείται η ενθάρρυνση της ενεργούς συμμετοχής των γυναικών στον καθορισμό των αναγκών υγείας, στον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, στην εκτίμηση αυτών των υπηρεσιών και στην επιλογή των τρόπων που θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές.