

ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 20ΗΣ ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2000

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΡΤΕΜΙΑΔΟΥ\*

ΙΑΤΡΙΚΗ. – Ἡ Περιγεννητική φροντίδα στὴν Ἑλλάδα τὰ τελευταῖα 15 χρόνια, ὑπὸ τῶν Χρ. Τζουμάκα-Μπακούλα, Β. Λεκέα, Γ. Καβαδία, Α. Μακρῆ, Π. Κουτσοβίτη καὶ τοῦ Ἀκαδημαϊκοῦ Ν. Μатσανιώτη\*.

## Εἰσαγωγή

Ὡς περιγεννητικὴ περίοδος ὀρίζεται τὸ διάστημα ἀπὸ τὴν 28<sup>η</sup> ἐβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης ἕως καὶ τὴν 1<sup>η</sup> ἐβδομάδα τῆς ζωῆς. Ἡ περιγεννητικὴ θνησιμότητα περιλαμβάνει τοὺς θανάτους ποὺ ἐπισυμβαίνουν κατὰ τὸ διάστημα αὐτὸ ἀνὰ χίλιες γεννήσεις.

Ἡ περιγεννητικὴ θνησιμότητα ἀποτελεῖ τὸν πιὸ εὐαίσθητο δείκτη τῆς ἐπάρκειας, ποσοτικῆς καὶ ποιοτικῆς, τῶν μαιευτικῶν καὶ παιδιατρικῶν ὑπηρεσιῶν καὶ κατ' ἐπέκταση τῶν ὑπηρεσιῶν ὑγείας συνολικά, δεδομένου ὅτι ἡ φροντίδα τοῦ εὐαίσθητου ζεύγους μητέρας-παιδιοῦ ἀποτελεῖ πρωταρχικὸ μέλημα κάθε χώρας.

Στὴν Ἑλλάδα τὰ στατιστικὰ στοιχεῖα ποὺ ἀφοροῦν στὴν περιγεννητικὴ περίοδο εἶναι περιορισμένα καὶ ἀσαφῆ. Ἡ ἀνεπάρκεια τοῦ συστήματος καταγραφῆς ὀφείλεται κυρίως στὴ μὴ σύνδεση τοῦ πιστοποιητικοῦ γεννήσεως μὲ ἐκεῖνο τοῦ θανάτου, μὲ ἐξαίρεση τὰ θνησιγενῆ, δηλαδὴ τὰ νεογνά ποὺ γεννιοῦνται νεκρά.

Ἀπὸ τὸ βῆμα τῆς Ἀκαδημίας Ἀθηνῶν (Πρακτικὰ Ἀκαδημίας Ἀθηνῶν, ἔτος 1987: τόμος 62<sup>ος</sup>. Συνεδρία 2<sup>ος</sup> Ἀπριλίου 1987) παρουσιάστηκαν τὰ εὐρήματα τῆς πρώτης Πανελληνίας Περιγεννητικῆς Ἑρευνας, ἡ ὁποία διεξήχθη ἀπὸ τὴν Α' Παιδιατρικὴ Κλινικὴ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν προκειμένου νὰ διερευνηθεῖ ἡ περιγεννητικὴ φροντίδα στὴ χώρα μας.

---

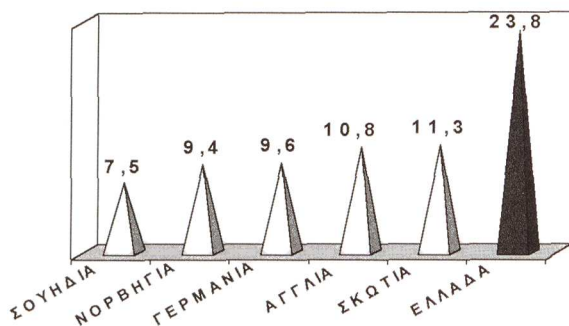
\* C. BAKOULA, V. LEKEA, G. KAVADIAS, A. MAKRIS, P. KOUTSOVITIS, N. MATSANIOTIS, *Perinatal Care in Greece during the last 15 years.*

Μελετήθηκαν τότε 11.048 συνεχείς, επάλληλες γεννήσεις που έγιναν σε ολόκληρη τη χώρα τον Άπρίλιο του 1983.

Υπενθυμίζεται ότι η περιγεννητική θνησιμότητα βρέθηκε 23.8%, διπλάσια ή τριπλάσια από αυτήν άλλων ανεπτυγμένων χωρών (Γράφημα 1). Οι περιγεννητικοί θάνατοι άφορούσαν κυρίως νεογνά με φυσιολογικό βάρος στη γέννηση, ήταν συχνότεροι την

Γράφημα 1

## ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ 1983



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 ύψηλη περιγεννητική θνησιμότητα αποδόθηκε στην ανεπάρκεια των μαιευτικών και παιδιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας.

Τέλος, η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι υπήρχε άδικαιολόγητα 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 παρέμβασης. Στο συντονισμό της προσπάθειας κεντρικό ρόλο είχε η Α΄ Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία οργάνωσε την Έθνική Συνάντηση για την Περιγεννητική Φροντίδα και τη Συνάντηση των Καθηγητών Παιδιατρικής και Μαιευτικής της χώρας με συμμετοχή εκπροσώπων από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η έρευνητική 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 άλματώδη τεχνολογική εξέλιξη και την καλύτερη ανάπτυξη και στελέχωση των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, η Ελλάδα δὲν διαθέτει ἀκόμη ἀξιόπιστα στατιστικά στοιχεία για τὴν περιγεννητικὴ θνησιμότητα, δεδομένου ὅτι τὸ πρόβλημα τῆς μὴ σύνδεσης τῶν πιστοποιητικῶν γέννησης καὶ θανάτου ἐξακολουθεῖ νὰ ὑφίσταται.

Κατὰ συνέπεια κρίθηκε ἀπαραίτητη ἡ ὁργάνωση καὶ διεξαγωγή τῆς δεύτερης Πανελληνίας Περιγεννητικῆς Ἑρευνας ποὺ εἶχε σκοπὸ καὶ κίνητρο τὴν ἀποτύπωση τῆς τρέχουσας περιγεννητικῆς θνησιμότητας καὶ ἐμμέσως τὴν ἀποτίμηση τοῦ ἀποτελέσματος τῶν παρεμβάσεων ποὺ συντόνιζε ἡ Α΄ Παιδιατρικὴ Κλινικὴ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν.

Ἡ δεύτερη ΠΠΕ, ὅπως καὶ ἡ πρώτη, ἦταν προγραμματισμένη, πληθυσμιακὴ καὶ συγχρονικὴ ἐπιδημιολογικὴ μελέτη καὶ κάλυψε χωρὶς ἐπιλογή ὅλους τοὺς τοκετοὺς ποὺ ἔγιναν στὴ χώρα μας στὸ διάστημα ἀπὸ 1<sup>ης</sup> Ὀκτωβρίου ἕως καὶ 30<sup>ης</sup> Νοεμβρίου 1998.

Γιὰ κάθε νεογνὸ ποὺ γεννήθηκε σὲ αὐτὸ τὸ διάστημα ζωντανὸ ἀνεξαρτήτως βάρους ἢ νεκρὸ μὲ ἡλικία κύησης μεγαλύτερη τῶν 28 ἐβδομάδων ἢ μὲ βάρος μεγαλύτερο ἀπὸ 500 γραμμάρια συμπληρώθηκαν ἀπὸ τοὺς εἰδικὰ ἐκπαιδευμένους γιὰ τὴν ἔρευνα γιατροὺς ἢ μαῖες, ὑπεύθυνους τοῦ τοκετοῦ, ἀπαντήσεις σὲ περισσότερα ἀπὸ 200 ἐρωτήματα. Τὰ ἐρωτηματολόγια ἦταν προκωδικοποιημένα, περιείχαν τίς ἐρωτήσεις τῆς ἔρευνας τοῦ 1983 ἀλλὰ εἶχαν ἐμπλουτιστεῖ καὶ μὲ ἄλλες, ὥστε νὰ καλύπτουν καὶ νέες, πρόσφατες ἱατρικὲς πρακτικὲς. Καταγράφηκαν κοινωνικὰ καὶ δημογραφικὰ στοιχεῖα τῆς οἰκογένειας, τὸ μαιευτικὸ καὶ ἱατρικὸ ἱστορικὸ τῆς μητέρας, ἡ παρακολούθηση καὶ παθολογία τῆς ἐγκυμοσύνης, ἡ διαδικασία τοῦ τοκετοῦ καὶ ἡ ἔκβασή του καθὼς καὶ τὰ ἱατροβιολογικὰ χαρακτηριστικὰ τοῦ νεογνοῦ. Κάθε νεογνὸ παρακολούθηθηκε τὴν πρώτη ἐβδομάδα τῆς ζωῆς του, ἔστω καὶ ἂν μεταφέρθηκε σὲ εἰδικὴ μονάδα νοσηλείας μακριὰ ἀπὸ τὴν μητέρα του, ἐνῶ ὑπῆρχε στὸ ἐρωτηματολόγιό ἐπιπλέον ἐνότητα, εἰδικὰ γιὰ τὰ νεογνὰ ποὺ γεννήθηκαν νεκρά (θνησιγενῆ).

Ὁργανωτικὰ βασίστηκε στὸ πρότυπο τῆς πρώτης ΠΠΕ. Ἡ ὁμάδα ἔρευνας μὲ τὴ στήριξη τοῦ Ὑπουργείου Ὑγείας καὶ τῆ συνεργασία τῶν Κρατικῶν Ὑπηρεσιῶν ἐνημέρωσε τίς διοικήσεις, τοὺς γιατροὺς καὶ τίς μαῖες τῶν μαιευτικῶν, νεογνικῶν καὶ παιδιατρικῶν τμημάτων, δημοσίων ἢ ἰδιωτικῶν, σὲ ὅλη τὴ χώρα καὶ ζήτησε τὴ συμβολή τους γιὰ τὴν ὁμαλὴ διεξαγωγὴ τῆς ἔρευνας καὶ τὴν τελικὴ ἐπιτυχία τῆς προσπάθειας.

Ἡ πληθυσμιακὴ αὐτὴ μελέτη ἐνισχύθηκε οἰκονομικὰ κατ' ἀποκλειστικότητα ἀπὸ τὴν Ἐπιτροπὴ Ἑρευνῶν τῆς Ἀκαδημίας Ἀθηνῶν, πρὸς τὴν ὁποία ἐκφράζονται θερμὲς εὐχαριστίες.

Συγκεντρώθηκαν 14549 συμπληρωμένα ἐρωτηματολόγια γιὰ ἰσάριθμους συνε-



χεῖς τοκετούς (15% τῶν γεννήσεων τοῦ ἔτους) ποὺ ἔγιναν ἀπὸ 14250 μητέρες σὲ ὅλη τὴν Ἑλλάδα ἀπὸ τὴν 1<sup>η</sup> Ὀκτωβρίου ἕως καὶ τὴν 30<sup>η</sup> Νοεμβρίου 1998.

### Σύγκριση τῶν αποτελεσμάτων

Ὁ πληθυσμὸς τῆς μελέτης, ἀνεπίλεκτος καὶ ἀντιπροσωπευτικὸς τοῦ νεογνικοῦ καὶ ἀναπαραγωγικοῦ μας πληθυσμοῦ, ἔδωσε τὴ δυνατότητα τῆς συγκριτικῆς θεώρησης τῶν αποτελεσμάτων μὲ τὰ ἀντίστοιχα τοῦ 1983.

### Γενικὰ εὐρήματα

Διαπιστώθηκε ἀλλαγὴ στὴ σύνθεση τοῦ ἀναπαραγωγικοῦ μας πληθυσμοῦ. Τὸ 1983 ἐλάχιστες μητέρες προερχόμενες ἀπὸ ξένες χῶρες γεννοῦσαν στὴν Ἑλλάδα, ἐνῶ σήμερα οἱ ἁλλοδαπὲς μητέρες ἀποτελοῦν τὸ 14,5% τοῦ συνόλου ἀπὸ τίς ὁποῖες οἱ μισὲς προέρχονται ἀπὸ τὴν Ἀλβανία (7%).

Τὸ πρόβλημα τῆς ὑπογεννητικότητας πιστοποιήθηκε γιὰ ἄλλη μία φορὰ. Ἀντιστοιχοῦν 40 παιδιὰ λιγότερα ἀνὰ 100 οἰκογένειες σὲ σχέση μὲ τὸ 1983.

### Περιγεννητικὴ θνησιμότητα

Τὸ πιὸ σημαντικὸ εὐρήμα ἦταν ὁ ὑποδιπλασιασμὸς καὶ πλέον τῆς περιγεννητικῆς θνησιμότητας ἀπὸ 24‰ τὸ 1983 σὲ 10,5‰ τὸ 1998 (μείωση 56%).

Μείωση στὴ θνησιμότητα παρατηρήθηκε σὲ ὅλες τίς ομάδες νεογνῶν ὅπως αὐτὲς διαμορφώνονται ὡς πρὸς τὸ βάρος στὴ γέννηση, τὴ διάρκεια κύησης καὶ τὴ χρονικὴ στιγμή ἐπέλευσης τοῦ θανάτου, ἂν δηλαδὴ ὁ θάνατος ἐπῆλθε ἐνδομητρίως ἢ κατὰ τὴν πρώτη ἐβδομάδα τῆς ζωῆς (Πίνακας 1).

Ἡ μεγαλύτερη πρόοδος σημειώθηκε στὶς ομάδες ἐκεῖνες ποὺ ἀποτελέσαν στόχους παρέμβασης μετὰ τὴν ἔρευνα τοῦ 1983, δηλαδὴ στὰ τελειόμηνια νεογνὰ (ἄνω τῶν 37 ἐβδομάδων κύησης), στὰ φυσιολογικοῦ βάρους στὴ γέννηση (ἄνω τῶν 2500 γραμμαρίων) καὶ στοὺς θανάτους τῆς πρώτης ἐβδομάδας ζωῆς (πρώιμη νεογνικὴ θνησιμότητα), στὶς ὁποῖες ἡ μείωση ὑπερέβη τὸ 60%.

Σὲ ὅλες τίς κύριες ομάδες αἰτιῶν περιγεννητικοῦ θανάτου παρουσιάστηκε στατιστικὰ σημαντικὴ μείωση (Γράφημα 2). Ἡ μεγαλύτερη διαπιστώθηκε στὶς περιπτώσεις ποὺ ἐνοχοποιήθηκε ἡ προωρότητα ὡς αἰτία θανάτου (ἀπὸ 9,6‰ σὲ 2,5‰), γεγονὸς ποὺ ἀποδίδεται κυρίως στὴν καλὺτερη καὶ ἀποτελεσματικότερη φροντίδα καὶ ἀνάνηψη τοῦ νεογνοῦ, στὴ στελέχωση μὲ ἐξειδικευμένους νεογνολόγους καὶ τὸν προηγμένο τεχνολογικὰ ἐξοπλισμὸ τῶν μονάδων ἐντατικῆς νοσηλείας νεογνῶν, στὴν ἀνάπτυξη τέτοιων μονάδων στὴν περιφέρεια καὶ τὴν ὁργάνωση δικτύου ἐπείγουσας ἀερομεταφορᾶς τῶν ἰδιαίτερα προβληματικῶν νεογνῶν.

Πίνακας 1

## ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ %

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

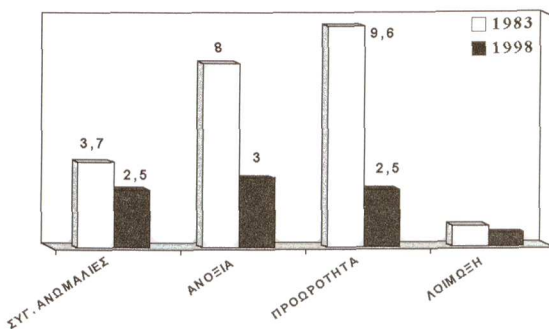
Σημαντική επίσης μείωση σημειώθηκε στους θανάτους λόγω άνοξίας (από 8‰ σε 3‰), ή όποια όμως, αν και δυνητικά μπορεί να αποφευχθεί, εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία περιγεννητικού θανάτου. Το 1983 οι θάνατοι λόγω άνοξίας αφορούσαν σε ποσοστό 40% νεογνά χαμηλού βάρους στη γέννηση και σε 60% φυσιολογικού βάρους νεογνά. Το 1998 η ποσοστιαία αυτή αντιστροφή. Οι θάνατοι λόγω άνοξίας σε ποσοστό 40% νεογνών φυσιολογικού βάρους, δείχνει βελτίωση, αλλά ταυτοχρόνα υποδεικνύει σημείο παρέμβασης ύψηλης 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.

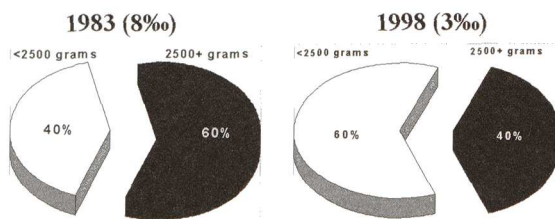
Γράφημα 2

## ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑ ΑΙΤΙΑ Π.Θ. %



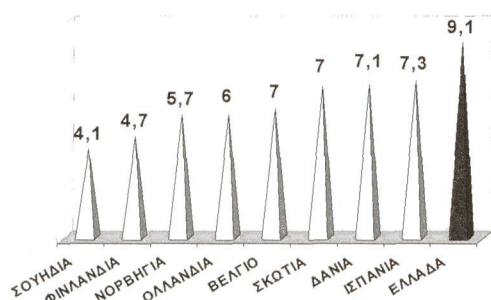
Γράφημα 3

## ΑΝΟΞΙΑ



Γράφημα 4

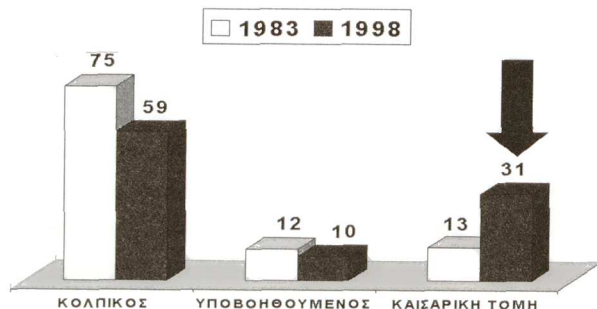
## ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ 1998



φυσιολογικό τρόπο, δηλαδή με αυτόματη έναρξη και χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων (Γράφημα 6). Τα ποσοστά αυτά διαφοροποιούνται 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 Έλληνίδες (33%) έναντι των αλλοδαπών (24%), στην περιοχή Αθηνών - Πειραιώς - Θεσσαλονίκης (38%) σε σύγκριση με την περιφέρεια (27%) και τέλος

Γράφημα 5

## ΤΟΚΕΤΟΣ - ΚΑΤΑΛΗΞΗ %



## Μαίευση

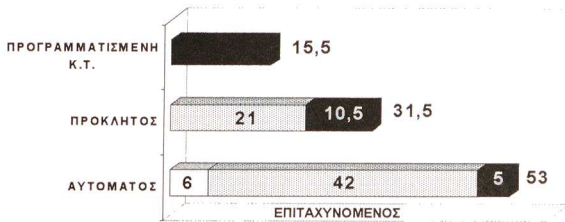
Οι καισαρικές τομές αύξηθηκαν κατακόρυφα από 13% σε 31% (Γράφημα 5). Από το σύνολο των καισαρικών τομών, οι μισές ήταν προγραμματισμένες και αντιπροσωπεύουν ποσοστό 15,5% των τοκετών. Πρόκληση του τοκετού διαπιστώθηκε σε ποσοστό 31,5%. Ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων αυτών καταλήγουν σε επείγουσα καισαρική τομή (10,5%). Σε έναν στους δύο τοκετούς ή έναρξη είναι αυτόματη. Όμως σχεδόν όλοι επιταχύνονται με ώκυτόκα και σπασμολυτικά φάρμακα. Έτσι μόνο 6% των γυναικών γεννούν με απόλυτα

στα μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια (39%) έναντι των υπολοίπων (29%).

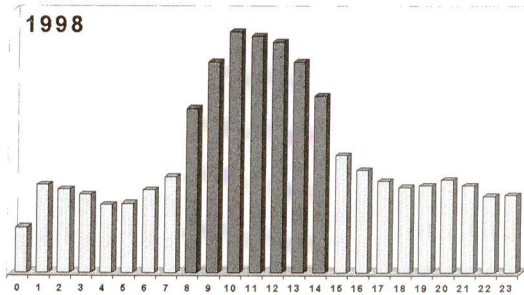
Η ιατρική παρέμβαση στη διαδικασία του τοκετού αποδεικνύεται και από την κατανομή των γεννήσεων (έκτος των προγραμματισμένων καισαρικών τομών) στις ώρες της ημέρας και τις ημέρες της εβδομάδας.



**Γράφημα 6**  
**1998**  
**ΤΟΚΕΤΟΣ - ΕΝΑΡΞΗ %**

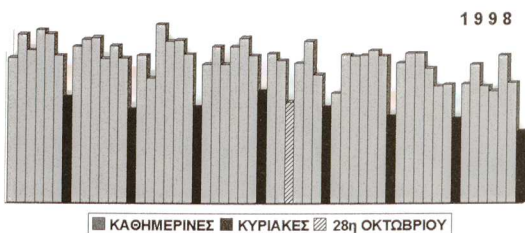


**Γράφημα 7**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ**  
**ΣΤΟ 24ωρο**



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 εύρηματα διαπιστώθηκαν σχετικά με την κατανομή

**Γράφημα 8**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ**  
**ΣΤΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ**

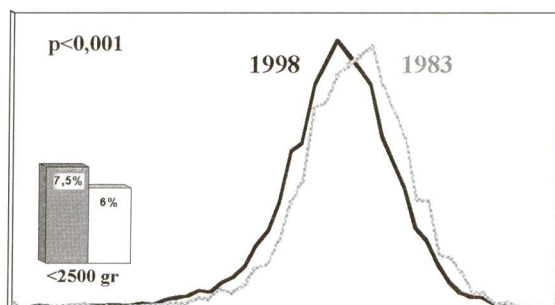


Διαπιστώνεται σαφής αύξηση των γεννήσεων κατά τις έργασιμες ώρες (8 π.μ. έως 2 μ.μ.) και σημαντική μείωση τις Κυριακές και τις άργιες, φαινόμενο που παρατηρείται όχι μόνο στην Ελλάδα (1983, 1998) αλλά σε μικρότερο βαθμό διεθνώς (Γράφημα 7 & 8). Είναι προφανές ότι οι διαφορές αυτές οφείλονται στην ιατρική παρέμβαση.

*Βιομετρικά χαρακτηριστικά του νεογνού*

Παρά την έντυπωσιακή μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, τα βιομετρικά χαρακτηριστικά των νεογνών μας—βάρος στη γέννηση και διάρκεια κύησης—παρουσίασαν αρνητική εξέλιξη. Υπήρξε σαφής μετατόπιση προς τα αριστερά 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 έντατικής νοσηλείας νεογνών (εύκολη και άμεση πρόσβαση), τα

Γράφημα 9

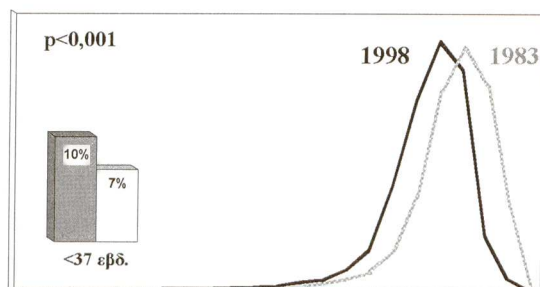
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΒΑΡΟΥΣ ΝΕΟΓΝΩΝ**

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, μās προκάλεσε έντονο προβληματισμό. Μεταβολή των βιομετρικών χαρακτηριστικών μιάς 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 έλλιπους ενδομήτριας ανάπτυξης ή γιατί είναι πρόωρα;

Η απάντηση στηρίχθηκε σε συγκεκριμένες υποθέσεις.

Γράφημα 10

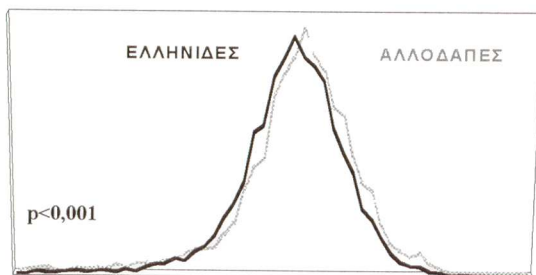
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Ός πιθανά αίτια θεωρήθηκαν:

α) Η διαφορετική σύνθεση του αναπαραγωγικού πληθυσμού. Οί άλλοδαπες 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 έγκυμοσύνη. Το 1983 οί καπνίστριες αποτελούσαν το 24% του αναπαραγωγικού πληθυσμού και από αυτές μόνο μία στις οκτώ συνέχιζε να καπνίζει κατά τη διάρκεια της έγκυμοσύνης. Σήμερα οί καπνίστριες έχουν σχεδόν διπλασιαστεί και αντιπροσωπεύουν το

Γράφημα 11

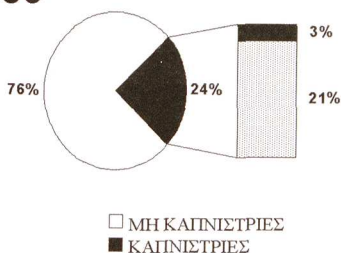
**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΩΝ ΒΑΡΟΥΣ ΝΕΟΓΝΩΝ 1998**



Γράφημα 12

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

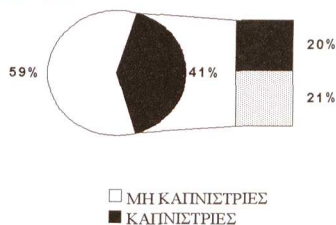
1983



Γράφημα 13

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1998



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 σέ 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.

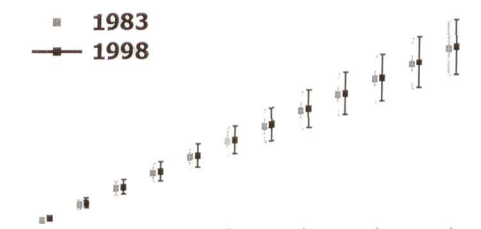
γ) Πιθανή καθυστέρηση στην ανάπτυξη του κυήματος ενδομητρίως. Η συγκριτική

ανάλυση της ενδομήτριας ανάπτυξης μεταξύ 1983 και 1998 ανά εβδομάδα κύησης δέν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (Γράφημα 14).

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

Γράφημα 14

## ΜΕΣΟ ΒΑΡΟΣ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ



*Γράφημα 15*  
**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΩΝ**  
**ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ 1998**



**Συμπεράσματα – Νέοι στόχοι**

1. Η μεγάλη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και στην καλύτερη συνεργασία μαιευτῶν και παιδιατρών-νεογνολόγων.
2. Η αύξηση τῶν προώρων και χαμηλοῦ βάρους νεογνῶν εἶναι πλασματική, ἀποτέλεσμα τῆς πρόωρης μαίευσής τους με καισαρική τομή. Ὑπάρχει ἐξήγηση καὶ τὸ γεγονός ὅτι δὲν ἔχουν τὰ μειονεκτήματα τῶν νεογνῶν με καθυστέρηση στὴν ἐνδομήτρια ἀνάπτυξη.
3. Ἡ χώρα μας ἔχει κάνει μεγάλα βήματα προόδου στὸν τομέα τῆς περιγεννητικῆς φροντίδας ἀλλὰ ὕστερεῖ ἀκόμη συγκριτικά με ἄλλες προηγμένες χώρες καὶ ἐπομένως ὑπάρχουν σημαντικά περιθώρια περαιτέρω βελτίωσης.

Τὰ εὐρήματα τῆς Πανελληνίας Περιγεννητικῆς Ἑρευνας τοῦ 1998 σηματοδοτοῦν νέους στόχους γιὰ τὴν περαιτέρω βελτίωση τῆς περιγεννητικῆς φροντίδας στὴ χώρα μας, οἱ κυριότεροι τῶν ὁποίων εἶναι:

- Περαιτέρω μείωση τῆς ἀνοξίας, ἰδιαίτερα στὰ τελειόμηνια καὶ κανονικοῦ βάρους νεογνά.
- Ἐπίδωξη περισσότερων νεογνῶν με βάρος 1500-2500 γραμμαρίων καὶ διάρκεια κύησης 32-37 ἐβδομάδων, ἡ ὁποία ἄμεσα συνδέεται με τὴν ποιότητα τῆς περιγεννητικῆς φροντίδας.
- Περιορισμὸ στὴν παρέμβαση κατὰ τὸν τοκετὸ μόνο στὶς περιπτώσεις ποὺ ὑπάρχει ἀπόλυτη ἐνδειξη.
- Διακοπὴ τοῦ καπνίσματος κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ἐγκυμοσύνης.

Ἡ ἀπώλεια χιλίων νεογνῶν κάθε χρόνο κατὰ τὴν περιγεννητικὴ περίοδο μπορεῖ νὰ περιορισθεῖ κατὰ 50% περίπου, ὅπως δείχνουν στοιχεῖα ἀπὸ τίς πλέον προηγμένες χώρες. Ἡ μείωση τῆς περιγεννητικῆς θνησιμότητας εἶναι ἠθικὸ καὶ ἐθνικὸ καθῆκον ὑψίστης προτεραιότητας. Τὸ καθῆκον αὐτὸ ὀφείλουν νὰ ἐπιτελέσουν στὸ ἀκέραιο πρωτίστως οἱ Ἕλληνες μαιευτῆρες καὶ παιδίατροι ἀλλὰ καὶ ἡ ἐγκυμονοῦσα Ἕλληνίδα. Ἡ πολιτεία δὲν εἶναι ἄμοιρη εὐθυνῶν καὶ κυρίως ὑποχρεώσεων.

## SUMMARY

**Perinatal Care in Greece during the last 15 years.**

Lack of linkage between birth and death certificates in some 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 section rate (31% of which was performed before the 38<sup>th</sup> 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 strictly limited 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.
6. Richardus JH et al. The Perinatal Mortality Rate as Indicator of Quality of Care in International Comparisons. Medical Care, 1998, 36(1): 54.