

νάληπτη. Στο εξωτερικό, η παρουσία του συζύγου είναι κάτι το απόλυτα φυσιολογικό.

Ποιό είναι όμως αυτό το άτομο που θα μάθει στη γυναίκα όλα αυτά; Αρκετές ομάδες θέλησαν να έχουν αυτό το πρόνομο. Αυτονόητο, όμως, είναι ότι θα πρέπει να είναι άτομο στο οποίο θα είναι γνωστή η διαδικασία του τοκετού, οι επιπλοκές του και ότι, θα μπορεί να συνδυάζει τα στάδια του τοκετού και τη ψυχολογική κατάσταση της εγκύου.

Επίσης, θα είναι άτομο που για τις επόμενες 40 ημέρες, θα μπορούσε να παρακολουθήσει τη γυναίκα – λεχωίδα πια – και το νεογνό. Θα πρέπει δηλαδή, να έχει ειδικές γνώσεις.

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι μιλάμε για τη μαία ή το μαιευτή, που είναι τα μονα-

δικά άτομα που έχουν την επιστημονική κατάρτιση, μετά το μαιευτήρα, και τα οποία μπορούν να υπάρξουν ως το μέσο επικοινωνίας μεταξύ γυναίκας επιτόκου και γιατρού.

Κατά καιρούς υπήρξαν προστριβές με άλλες ομάδες, αλλά τελικά μέχρι σήμερα έχει επικρατήσει – και αισθανόμαστε ικανοποίηση γι' αυτό – η γυναίκα να εμπιστεύεται τη μαία. Υπάρχει τέτοιο δέσιμο μεταξύ επιτόκου-μαίας, που, πολλές φορές, η έκβαση του τοκετού εξαρτάται απόλυτα από την παρουσία της μαίας δίπλα της.

Είναι καιρός να προσπαθήσουμε, ώστε όλες οι έγκυες, αλλά και οι μελλοντικοί πατέρες, να γνωρίσουν τη μέθοδο της ψυχοπροφυλακτικής και να την ακολουθήσουν, αν είναι δυνατόν όλοι.

Εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης Περιγεννητικής Φροντίδας

Ιωάννης Σοφατζής, Διευθυντής του Νεογνολογικού Τμήματος του Μαιευτικού - Γυναικολογικού Κέντρου Αθήνας «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

Η εκτίμηση του επιπέδου και της προόδου της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας, είναι χρήσιμο να γίνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα – κατά προτίμηση κάθε έτος – τόσο σε εθνικό και περιφερειακό, όσο και σε νοσοκομειακό επίπεδο. Η αξιολόγηση των στοιχείων, που συλλέγονται για στατιστική ανάλυση σε εθνικό επίπεδο, δίνει μια γενική αλλά αδρή εικόνα της προόδου, δεν επαρκεί όμως, για να εντοπίσει τα ιδιαίτερα προ-

βλήματα κάθε περιοχής και κάθε νοσοκομείου.

Οι πιο ουσιαστικές εκτιμήσεις και πληροφορίες αντλούνται από την αξιολόγηση των στοιχείων, που συλλέγονται σε νοσοκομειακό επίπεδο. (American Academy of Paediatrics and American College of Obstreticians and Gynecologists, 1992, Rumeau-Rouquette et al 1984).

Η εμβρυϊκή, νεογνική, περιγεννητική θνησιμότητα, η κατανομή του βάρους γέν-

νησης, η ειδική κατά ομάδα βάρους γέννησης θνησιμότητα, αποτελούν πολύ ευαίσθητους δείκτες, που κάθε ένας ξεχωριστά, αλλά και σε συνδυασμό, προσφέρονται τόσο για την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας, όσο και για την αξιολόγηση των μέτρων που λαμβάνονται από την πολιτεία, για τη βελτίωση των βιοκοινωνικών συνθηκών και για την αναβάθμιση των υπηρεσιών προγεννητικής φροντίδας.

Από το 1963, που δημοσιεύθηκε το πρώτο «Report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey», οι μελέτες γύρω από την περιγεννητική θνησιμότητα έπαψαν να αποτελούν απλές στατιστικές αναφορές και συγκρίσεις ποσοστών θνησιμότητας. Οι μελέτες αυτές, έχουν πλέον σαν στόχο την πρόληψη και γι' αυτό προσπαθούν να προσδιορίζουν κάθε φορά τους παράγοντες κινδύνου και τις αιτίες που επηρεάζουν δυσμενώς την έκβαση της εγκυμοσύνης.

Στη χώρα μας, ακόμα και σήμερα, τα επίσημα στατιστικά στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία είναι αναξιόπιστα. Η μόνη που δεν ευθύνεται για το γεγονός αυτό είναι η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, η οποία – εκ των πραγμάτων – επεξεργάζεται και αναλύει τα στοιχεία, που οι φορείς υγείας θέτουν στη διάθεσή της.

Για να γίνουν αξιολογήσιμοι και συγκρίσιμοι οι δείκτες, που εκτιμούν την πρόοδο στην Περιγεννητική Φροντίδα, θα πρέπει οι ιατροί, οι μαιές-μαιευτές, οι νοσηλεύτριες-νοσηλεύτές και οι διοικητικοί που συλλέγουν, καταγράφουν και δηλώνουν τα απαραίτητα για το σκοπό αυτό στοιχεία, να χρησιμοποιούν ενιαίους ορισμούς και να γνωρίζουν καλά το νόημα και την αξία καθε ενός δείκτη.

Προς την κατεύθυνση αυτή γίνεται, τα τελευταία χρόνια, διεθνής προσπάθεια να

υιοθετηθούν και να χρησιμοποιούνται πρώτιστα από όλους, οι Ορισμοί και Συστάσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ. 1977).

Οι Ορισμοί και Συστάσεις, που έχουν υιοθετηθεί από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στη «Διάσκεψη για την 9η Αναθεώρηση», όπως αυτοί έχουν ερμηνευθεί από τις Επιστημονικές Εταιρίες του Καναδά και της Μεγάλης Βρετανίας, έχουν ως εξής:

Γέννηση

Γέννηση είναι, ο πλήρης αποχωρισμός από τη μητέρα του ενός προϊόντος συλλήψεως (εμβρύου), που ζυγίζει 500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης.

Η επιλογή του βάρους γέννησης – 500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης – σαν κριτήριο για το διαχωρισμό μεταξύ γέννησης και αποβολής, σε αντικατάσταση της ηλικίας κύησης, διευκολύνει την καταγραφή και δήλωση των στοιχείων αυτών.

Η επιλογή αυτή, διευκολύνει ιδιαίτερα την πληρέστερη καταγραφή των γεννήσεων εμβρύων και νεογνών, που ζυγίζουν στη γέννηση κάτω από 100 γρ. και που συμβαίνει να δηλώνονται ενίοτε σαν αποβολές.

Η επιλογή άλλοτε άλλων ορισμών, έχει και θα έχει σαν αποτέλεσμα, η καταγραφή των στοιχείων αυτών να είναι πλημμελής και τα στοιχεία, που καταγράφονται, να μην είναι ομοιόμορφα, με αποτέλεσμα η στατιστική τους αξιολόγηση και σύγκριση από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και από χώρα σε χώρα, να είναι λανθασμένη.

Γέννηση ζωντανού νεογνού

Κάθε νεογνό με βάρος γέννησης

500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης, πρέπει να θεωρείται και να καταγράφεται ότι γεννήθηκε ζωντανό, όταν, μετά από τον πλήρη αποχωρισμό από τη μητέρα του αναπνέει ή παρουσιάζει οποιαδήποτε άλλη ένδειξη ζωής, όπως καρδιακούς παλμούς, σφυγμό στον ομφάλιο λώρο ή σαφή κίνηση των γραμμωτών μυών, ανεξάρτητα του εάν έχει κοπεί ο λώρος ή εάν ο πλακούντας είναι προσκολλημένος.

Συμβαίνει, όμως, να γεννηθούν ζωντανά και ενίοτε να επιβιώσουν για αρκετές ημέρες ή και να επιβιώσουν νεογέννητα, που το βάρος τους στη γέννηση είναι κάτω από 500 γρ. Κατ' εξαίρεση τα νεογέννητα αυτά, ανεξάρτητα από τη διάρκεια κύησης, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις γεννήσεις και να δηλώνονται ότι γεννήθηκαν ζωντανά.

Γέννηση νεκρού εμβρύου

Γέννηση νεκρού εμβρύου ή γέννηση θνησιγενούς ή όψιμος εμβρυϊκός θάνατος, είναι ο θάνατος που συμβαίνει πριν από τον πλήρη αποχωρισμό του εμβρύου από τη μητέρα του.

Κάθε νεογέννητο που ζυγίζει 500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης, πρέπει να θεωρείται και να καταγράφεται ότι γεννήθηκε νεκρό όταν, μετά από τον πλήρη αποχωρισμό από τη μητέρα του, δεν κάνει καμία αναπνευστική προσπάθεια και ούτε παρουσιάζει άλλα σημεία ζωής, όπως καρδιακούς παλμούς, σφυγμό στον ομφάλιο λώρο ή σαφή κίνηση των γραμμωτών μυών.

Ο ορισμός της Π.Ο.Υ., που διαχωρίζει τη γέννηση ζωντανού νεογέννητου από τη γέννηση νεκρού εμβρύου, είναι απόλυτα σαφής. Κατά συνέπεια, αποτελεί σφάλμα να καταγράφονται και να δηλώνονται ότι γεννήθηκαν νεκρά, νεογέννητα που

γεννήθηκαν «με την καρδιά μόλις πάλλουσα» και πέθαναν μέσα σε λίγα λεπτά της ζωής (συνώνυμο: ψευδοθνησιγενή).

Τα νεογέννητα αυτά, πρέπει να δηλώνονται ότι γεννήθηκαν ζωντανά και να συμπεριλαμβάνονται στην εκτίμηση της νεογενικής θνησιμότητας των Μαιευτηρίων.

Από το μέγεθος ειδικότερα της νεογενικής θνησιμότητας την πρώτη ώρα ζωής, αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες για την κατάσταση των νεογέννητων στη γέννηση και κυρίως για την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης άμεσης φροντίδας στην αίθουσα τοκετού.

Βάρος γέννησης

Βάρος γέννησης, είναι το βάρος του νεογέννητου, που μετρείται μέσα στην πρώτη ώρα της ζωής, πριν συμβεί σημαντική απώλεια βάρους μετά τη γέννηση. Όλα τα νεογέννητα, ζωντανά και νεκρά, θα πρέπει να ζυγίζονται με ακρίβεια γραμμαρίου στην Αίθουσα Τοκετού, κατά προτίμηση με ηλεκτρονικό ζυγό.

Νεογέννητο χαμηλού βάρους γέννησης

Νεογέννητο χαμηλού βάρους γέννησης, είναι το νεογέννητο με βάρος γέννησης λιγότερο από 2.500 γρ., μέχρι και τα 2.499 γρ.

Στην ομάδα των νεογέννητων χαμηλού βάρους γέννησης, συμπεριλαμβάνονται δυο τελείως διαφορετικές ομάδες νεογέννητων: Τα πρόωρα και τα τελειόμηνα νεογέννητα χαμηλού βάρους, σε αναλογία 2/3 πρόωρα και 1/3 τελειόμηνα.

Η αναλογία αυτή ισχύει μόνο για τις ανεπτυγμένες χώρες, που το ποσοστό των γεννήσεων χαμηλού βάρους δεν υπερβαίνει το 6-7%. Στις υπό ανάπτυξη χώρες, η

αναλογία αυτή διαφέρει σημαντικά.

Στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», όπου μέχρι το 1986 νοσηλεύοντο γυναίκες από όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα – σε αναλογία όπως αυτή διαμορφώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας – το ποσοστό γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού βάρους, μειώθηκε προοδευτικά από 10,4% τα έτη 1969-70, σε 5,6% τα έτη 1983-85.

Όπως απέδειξε, με κάθε ακρίβεια, η Πα-νελλήνια Περιγεννητική Έρευνα, το 1983 το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού βάρους γέννησης στη χώρα μας, ήταν πλέον μόνο 5,8%. Σε αντίθεση όμως με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, στη χώρα μας, το ποσοστό των γεννήσεων πολύ χαμηλού βάρους παραμένει υψηλό.

Νεογέννητο πολύ χαμηλού βάρους γέννησης

Νεογέννητο πολύ χαμηλού βάρους γέννησης, είναι το νεογέννητο με βάρος λιγότερο από 1.500γρ. μέχρι και τα 1.499γρ

Στα ανεπτυγμένα κράτη – όπου το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού βάρους έχει φθάσει πλέον σε πολύ χαμηλά επίπεδα – είναι το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων πολύ χαμηλού βάρους, που αποτελεί γνώμονα και δείκτη της αποτελεσματικότητας των μέτρων, που λαμβάνονται για την προστασία της μητρότητας. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται για το διαχωρισμό των ομάδων πληθυσμού, ανάλογα με το μέγεθος του περιγεννητικού κινδύνου, που διατρέχουν.

Στη Γαλλία, όπου από το 1971 εφαρμόστηκε το πρόγραμμα πρόληψης της προωρότητας, το ποσοστό των γεννήσεων χαμηλού και κυρίως πολύ χαμηλού βάρους μειώθηκε σημαντικά, ακόμα και σε περιοχές, που κατοικούνται κατά πλειοψηφία από ομάδες πολύ χαμηλού



«Η Μητέρα και το Παιδί». Έργο του Ζωγράφου – Χαράκτη Φώτη Μαστιχιάδη.

κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπως είναι οι ανθρακωρύχοι.

Το πρόγραμμα πρόληψης της προωρότητας, που εφαρμόστηκε στη Γαλλία, αλλά και αλλού, συνδυάζει μια στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης της προωρότητας, με μια προσπάθεια δευτερογενούς πρόληψης της προωρότητας.

Πρωτογενής πρόληψη της προωρότητας σημαίνει προσπάθεια να επισημανθούν – από την αρχή της εγκυμοσύνης – οι έγκυες με μεταβλητούς βιοκοινωνικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου για πρόωρο τοκετό και να τύχουν, από την αρχή της εγκυμοσύνης, ειδικής φροντίδας με βελτιωτικές πολυκλαδικές παρεμβάσεις, όταν ακόμα η εγκυμοσύνη φαίνεται να είναι φυσιολογική και πριν ακόμα εμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα απειλούμενου πρόωρου τοκετού.

Δευτερογενής πρόληψη της προωρό-

τητας σημαίνει εκπαίδευση της εγκύου στην εξακρίβωση των σημείων και συμπτωμάτων απειλούμενου πρόωρου τοκετού, ιδιαίτερα πριν από τις 31 εβδομάδες κύησης, εισαγωγή της εγκύου χωρίς καμιά καθυστέρηση στο ειδικό τμήμα εμβρυομητρικής ιατρικής, όπου γίνεται εκτίμηση του ρυθμού ανάπτυξης και των αποθεμάτων οξυγόνου του εμβρύου και τέλος, την εφαρμογή, ανάλογα με την περίπτωση, τοκόλυσης.

Στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», παρόλο που δεν εφαρμόστηκε συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόληψης της προωρότητας, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του ποσοστού των γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού αλλά και πολύ χαμηλού βάρους, από τα έτη 1977-1978 στα έτη 1983-1985. Η μείωση αυτή οφείλετο αποκλειστικά, στη μείωση των αντίστοιχων ποσοστών στις γυναίκες που νοσηλεύονται στην Α' και ΒΑ' θέση και που κατά τεκμήριο ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και απολαμβάνουν πληρέστερης προγεννητικής φροντίδας. Αντίθετα, στις γυναίκες της ΒΒ' και Γ' θέσεως, δεν παρατηρήθηκε πρόοδος.

Όπως προέκυψε από τη σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων της Πανελληνίας Περιγεννητικής Έρευνας και των δεδομένων από τη Γαλλία, ενώ η Ελλάδα και η Γαλλία έχουν περίπου το ίδιο ποσοστό γέννησης νεογέννητων χαμηλού βάρους, στη χώρα μας το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων πολύ χαμηλού βάρους, παραμένει μεγάλο και είναι 4 φορές μεγαλύτερο από αυτό της Γαλλίας.

Είναι αλήθεια ότι, η εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης της προωρότητας, δεν αποδίδει πάντοτε σε όλα τα δείγματα πληθυσμού τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Θα άξιζε όμως να εφαρμοσθεί ένα παρόμοιο πρόγραμμα και στη χώρα μας.

Νεογέννητο εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης

Νεογέννητο εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης, είναι το νεογέννητο με βάρος γέννησης λιγότερο από 1.000 γρ., μέχρι και τα 999 γρ.

Το κατώτερο όριο βάρους γέννησης, 500 γρ. που έχει υιοθετηθεί από την Π.Ο.Υ. για τις εθνικές περιγεννητικές στατιστικές και για το διαχωρισμό μεταξύ γέννησης και αποβολής, αντιστοιχεί κατά μέσο όρο σε ηλικία κύησης 22 εβδομάδων. Ο ορισμός αυτός δεν καθορίζει τα όρια βιωσιμότητας και κατά συνέπεια «το όριο 500 γρ.» και η λέξη «βιωσιμότητα», δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες.

Τα τελευταία 20 χρόνια, η πρόοδος στην Περιγεννητική Ιατρική είχε σαν αποτέλεσμα, την επιβίωση όλο και μεγαλύτερου αριθμού νεογέννητων, εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης. Το βάρος γέννησης νεογέννητων, που γεννήθηκαν ζωντανά και επέζησαν σε ποσοστό 50%, μειώθηκε από τα 1.500 γρ. στα 750 γρ. και σε ορισμένα περιγεννητικά κέντρα, το ποσοστό αυτό επιτυγχάνεται σε νεογέννητα, που ζυγίζουν 600 με 700 γρ.

Υπάρχουν μάλιστα πληροφορίες για επιβίωση ορισμένων νεογέννητων – συνήθως λιποβαρών νεογέννητων – που ζυγίζουν στη γέννηση πολύ κάτω από 600 γρ.

Υφίσταται, όμως, προβληματισμός, για τη σκοπιμότητα επιβίωσης νεογέννητων, που βρίσκονται στα ακραία όρια της βιωσιμότητας. Η στρατηγική που ακολουθείται στις περιπτώσεις αυτές, διαφέρει από χώρα σε χώρα και από μαιευτήριο σε μαιευτήριο.

Στις Η.Π.Α., εφαρμόζεται η λεγόμενη «στρατηγική αναμονής» (wait until certain) που σημαίνει παροχή εντατικής νοσηλείας σε όλα τα νεογέννητα που γεννιούνται ζωντανά, έως ότου και εφόσον η

προσπάθεια αυτή αποδειχθεί μάταιη ή απερίσκεπτη.

Στη Σουηδία, αντίθετα, εφαρμόζεται η λεγόμενη «στρατηγική αξιολόγησης της πρόγνωσης, με βάση τα στατιστικά δεδομένα επιβίωσης και ποιότητας ζωής» (statistical prognostic strategy), που στην πράξη σημαίνει άρνηση παροχής εντατικής νοσηλείας στα νεογέννητα, που ζυγίζονται στη γέννηση κάτω από 700-750 γρ.

Τέλος, στη Μεγάλη Βρετανία αλλά και στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Stanford στις Η.Π.Α., εφαρμόζεται μια ενδιάμεση στρατηγική η λεγόμενη «στρατηγική εξατομίκευσης της πρόγνωσης» (individualized prognostic strategy).

Στη χώρα μας, η στρατηγική που ακολουθείται στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι ενιαία, φαίνεται όμως να εξακολουθεί να εφαρμόζεται σιωπηλά «η στρατηγική της μη αναμονής».

Στο Μαιευτικό-Γυναικολογικό Κέντρο Αθήνας «Έλενα Ελ. Βενιζέλου», ο απειλούμενος «πρώιμος» τοκετός αντιμετωπίζεται αρκετά συχνά σαν απειλούμενη όψιμη αποβολή, με αποτέλεσμα το 42% των γεννήσεων νεογέννητων πολύ χαμηλού βάρους, να γεννιούνται νεκρά ή σε πολύ κακή κατάσταση –ψευδοθνησιγενή– και να πεθαίνουν μέσα σε λίγα λεπτά μετά τη γέννηση. Μερικές φορές μάλιστα, εφαρμόζεται και η «στρατηγική της μη ανάνηψης» στην αίθουσα τοκετού.

Με δεδομένο ότι, ακόμα και σήμερα η υπολογισμένη ηλικία κύησης και το υπολογισμένο βάρος του εμβρύου είναι αρκετά συχνά λανθασμένα, η «στρατηγική της μη αναμονής» αδικεί αρκετά έμβρυα, που διαπιστώνεται στη γέννηση ότι έχουν ηλικία κύησης ή βάρος γέννησης, που είναι συμβατά με καλή ποιότητα ζωής.

Οι όροι όπως: «έντονη ανωριμότητα», «πρωϊμότητα», «πρώιμο μη βιώσιμο», χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα, κυρίως

για να αιτιολογήσουν το θάνατο και μάλιστα σαν κύρια κατάσταση αιτίας θανάτου. Οι όροι αυτοί υπονοούν: βάρος γέννησης μικρότερο από 1.000 γρ. και διάρκεια κύησης μικρότερη από 28 εβδομάδες. Η μέση τιμή όμως του βάρους γέννησης στις 28 εβδομάδες κύησης, διαφέρει από χώρα σε χώρα και στις περισσότερες, όπως και στη χώρα μας, η μέση τιμή του βάρους γέννησης στις 28 εβδομάδες κύησης πλησιάζει τα 1.200 γρ.

Ανεξάρτητα από τη στρατηγική που ακολουθούν οι νεογνολόγοι μετά τη γέννηση, όλοι πλέον συμφωνούν, ότι σε όλες τις περιπτώσεις απειλούμενου «πρώιμου» τοκετού επιβάλλεται, η μαιευτική φροντίδα να είναι η βέλτιστη και οι συνθήκες μαιεύσης οι καλύτερες, ώστε να αποφεύγονται δυσάρεστες εκπλήξεις. Από τη γενική κατάσταση των νεογέννητων στη γέννηση, εξαρτάται πολλές φορές η μετέπειτα πορεία τους.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, όταν η νεογνική θνησιμότητα της ομάδας αυτής χρησιμοποιείται σαν δείκτης για την αξιολόγηση και σύγκριση του επιπέδου της παρεχόμενης νοσηλείας, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν όπως, «η στρατηγική» των μαιευτήρων και των νεογνολόγων, ο τόπος γέννησης και νοση-



Μεταφορά νεογνών στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» (1949).

λείας (Περιγεννητικό Κέντρο, Νοσοκομείο Παίδων) και η ηλικία του νεογέννητου κατά την εισαγωγή του στη Μ.Ε.Ν. Παιδιατρικού Νοσοκομείου.

Ηλικία της κύησης

Η διάρκεια της κύησης, μετριέται από την πρώτη ημέρα της τελευταίας φυσιολογικής εμμήνου ρύσεως και εκφράζεται σε συμπληρωμένες εβδομάδες. Για παράδειγμα, η γέννηση ενός νεογέννητου στις 280 ημέρες κύησης – μέχρι και τις 286 ημέρες κύησης – θεωρείται ότι έγινε στις 40 συμπληρωμένες εβδομάδες (δηλ. $280 : 7 = 40$ εβδομάδες + 6 ημέρες).

Είναι πλέον γνωστό και αποδεδειγμένο ότι, ο υπολογισμός της ηλικίας κύησης από την ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως είναι λανθασμένος, σε ποσοστό πάνω από 20% των περιπτώσεων. Για το λόγο αυτό, και όχι μόνο, επιβάλλεται ο υπολογισμός της ηλικίας κύησης να γίνεται συστηματικά με τη βοήθεια των υπερήχων, στις 16-18 εβδομάδες κύησης.

Πρόωρο νεογέννητο

Πρόωρο νεογέννητο, ονομάζεται το νεογέννητο που γεννήθηκε πριν συμπληρώσει 37 εβδομάδες κύησης, δηλαδή πριν τις 258 ημέρες κύησης ($258 : 7 = 36$ εβδομάδες + 6 ημέρες).

Τελειόμηνο νεογέννητο

Τελειόμηνο νεογέννητο, ονομάζεται το νεογέννητο που γεννήθηκε από τις 37 εβδομάδες – μέχρι και τις 41 πλήρεις εβδομάδες – δηλαδή από τις 259 ημέρες μέχρι και τις 293 ημέρες κύησης ($293 : 7 = 41$ εβδομάδες + 6 ημέρες).

Υπερώριμο νεογέννητο

Υπερώριμο νεογέννητο, ονομάζεται το

νεογέννητο που γεννήθηκε στις 42 εβδομάδες ή και περισσότερο.

Έμβρυο ή νεογέννητο μικρού βάρους για την ηλικία κύησης

Έμβρυο ή νεογέννητο μικρού βάρους για την ηλικία κύησης (λιποβαρές), ονομάζεται το έμβρυο ή το νεογέννητο, που το βάρος του στη γέννηση είναι μικρότερο από αυτό που αντιστοιχεί στη διάρκεια της κύησης. Στην καθημερινή κλινική πρακτική, λιποβαρές έμβρυο θεωρείται εκείνο, που το υπολογιζόμενο βάρος του εμβρύου ή το βάρος του στη γέννηση, βρίσκεται κάτω από την καμπύλη της 10ης εκατοστιαίας θέσης του διαγράμματος «της ενδομήτριας αύξησης».

Η κατάταξη όλων των εμβρύων, που το βάρος τους υπολογίζεται ότι βρίσκεται κάτω από τη 10η εκατοστιαία θέση στην κατηγορία των εμβρύων με «ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης», είναι και αυθαίρετη και παραπλανητική.

Ένα μεγάλο ποσοστό λιποβαρών εμβρύων και νεογέννητων είναι λιποβαρή από ιδιοσυστασία, λόγω φυσιολογικών γενετικών επιδράσεων. Κάθε έμβρυο έχει τη δική του έμφυτη δυναμική ανάπτυξης, η οποία καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες. Τα έμβρυα που είναι λιποβαρή λόγω ιδιοσυστασίας, δεν πάσχουν από έλλειψη λήψης θρεπτικών ουσιών και είναι απόλυτα υγιή.

Καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης

Έμβρυα με καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, είναι τα έμβρυα που στη γέννηση έχουν βάρος μικρότερο από αυτό που ήταν γενετικά καθορισμένο. Η καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, οφείλεται πάντοτε σε παθολογική



Επάνω: Το πρώτο τμήμα προώρων στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» (1947 – 1954).

Κάτω: Μεταφορά νεογνών (1960).

διεργασία που τροποποιεί την έμφυτη δυναμική ανάπτυξης του εμβρύου, μειώνοντας το ρυθμό αύξησης.

Στην καθημερινή κλινική πρακτική, έμβρυα με καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, θεωρούνται τα έμβρυα που διαπιστώνεται ότι έχουν μειωμένο ρυθμό αύξησης – όπως αυτός προσδιορίζεται από διαδοχικές μετρήσεις διαφόρων σωματομετρικών παραμέτρων του εμβρύου – και εφόσον η διαπίστωση αυτή συνδυάζεται με κάποια παθολογική διεργασία όπως συγγενείς-χρωματοσωματικές ανωμαλίες, συγγενείς λοιμώξεις ή κυρίως μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια.

Για τις περιπτώσεις μητροπλακουντιακής ανεπάρκειας με δυσφορία του εμβρύου, ο Campbell εισήγαγε το 1990 τον όρο «υποξική καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου». Αρκετά από τα έμβρυα με καθυστέρηση της ανάπτυξης ή καμιά φορά με ενδομήτρια απώλεια βάρους, δεν είναι «έμβρυα μικρού βάρους για την ηλικία κύησης», βρίσκονται όμως σε μεγάλο κίνδυνο για ενδομήτριο θάνατο, ασφυξία στη γέννηση, υποξική βλάβη του εγκεφάλου και νεογνική νοσηρότητα.

Κατά συνέπεια, οι όροι: «έμβρυο ή νεογέννητο μικρού βάρους για την ηλικία κύησης» και «έμβρυο με καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης», δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες.

Όψιμη εμβρυϊκή θνησιμότητα

Η όψιμη εμβρυϊκή θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των εμβρύων, που γεννήθηκαν νεκρά με βάρος 500 γρ. και πάνω, και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών νεογέννητων με βάρος 500 γρ. και πάνω (π.χ. 103 γεννημένα νεκρά έμβρυα : 17.215 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών X 1.000 = όψιμη εμβρυϊκή θνησιμότητα 5,89%).

Πρώιμη νεογνική θνησιμότητα

Η πρώιμη νεογνική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των θανάτων που συμβαίνουν πριν συμπληρωθούν 7 ημέρες ζωής (6 ημέρες, 23 ώρες και 59 λεπτά από τη στιγμή της γέννησης), εφόσον το βάρος γέννησής τους είναι τουλάχιστον 500 γρ. και πάνω.

Η πρώιμη νεογνική θνησιμότητα, εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων (π.χ. 105 πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι : 17.112 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων X 1.000 = πρώιμη νεογνική θνησιμότητα 6,13%).

Όψιμη νεογνική θνησιμότητα

Η όψιμη νεογνική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των θανάτων, που συμβαίνουν από τις 7 ημέρες ζωής μέχρι και τις 28 ημέρες ζωής (27 ημέρες, 23 ώρες και 59 λεπτά από τη στιγμή της γέννησης), και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων.

Ολική νεογνική θνησιμότητα

Η ολική νεογνική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των πρώιμων και όψιμων νεογνικών θανάτων, και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων.

Περιγεννητική θνησιμότητα

Η περιγεννητική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των εμβρύων που γεννήθηκαν νεκρά με βάρος γέννησης 500



Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Μαιευτηρίου «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

γρ. και πάνω, συν το σύνολο των πρώιμων νεογνικών θανάτων, δηλαδή των θανάτων, που συμβαίνουν πριν συμπληρωθούν 7 ημέρες ζωής, και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών νεογέννητων με βάρος 500 γρ. και πάνω (π.χ. 103 όψιμοι εμβρυϊκοί θάνατοι + 105 πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι : 17.215 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών X 1.000 = περιγεννητική θνησιμότητα 12,8%).

Ειδική, κατά ομάδα βάρους γέννησης θνησιμότητα

Για να υπολογισθεί, είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε την κατανομή των θανάτων και των γεννήσεων, κατά ομάδα βάρους γέννησης.

Η ειδική θνησιμότητα κατά ομάδα βάρους γέννησης, εκφράζεται στις 100 γεννήσεις (%). Όλο και πιο συχνά, τα ποσοστά αυτά αναφέρονται σε ποσοστά επιβίωσης (%).

Ο ορισμός της περιγεννητικής θνησιμότητας μειονεκτεί σε ένα σημείο. Πιο συγκεκριμένα, συνεχίζει να συμπεριλαμβάνει μόνο τους πρώιμους νεογνικούς θανάτους.

Όμως, η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια μονάδων εντατικής νοσηλείας νεογέννητων, έχει συχνά σαν αποτέλεσμα την παράταση της ζωής νεογέννητων με πολύ χαμηλό βάρος ή με συγγενείς διαμαρτίες, πέρα από τις 6 πρώτες ημέρες ζωής, χωρίς αυτό να σημαίνει, ότι τα νεογέννητα αυτά θα επιζήσουν τελικά όλα.

Αντίθετα, αρκετός αριθμός θανάτων που οφείλονται σε καταστάσεις, που έχουν προέλευση στην περιγεννητική περίοδο, συμβαίνουν πλέον μετά την πρώιμη νεογνική περίοδο, στην όψιμη νεογνική ή και στη μετανεογνική περίοδο. Ο ορισμός του δείκτη της περιγεννητικής θνησιμότητας θα πρέπει να αναθεωρηθεί.

Ο δείκτης της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαρτάται από πολλούς και διάφορους παράγοντες, που επιδρούν ο κάθε ένας ξεχωριστά και όλοι μαζί στην εγκυμοσύνη και επηρεάζουν την έκβασή της. Το μέγεθος της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαρτάται και διαμορφώνεται ανάλογα:

1. Με τα μέτρα κοινωνικής μέριμνας, που λαμβάνει η πολιτεία για την προστασία της μητρότητας, αλλά και γενικότερα.
2. Με την ποιότητα και το περιεχόμενο της προγεννητικής φροντίδας.
3. Με τη δυνατότητα που παρέχεται στην έγκυο, να προσεγγίζει κάθε φορά το κατάλληλο για την περίπτωση επίπεδο προγεννητικής φροντίδας και με την επιμέλεια με την οποία η έγκυος χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες αυτές.
4. Με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής, μαιευτικής και νεογνικής φροντίδας.

Κατά συνέπεια, η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί ένα αδρό ποσοτικό δείκτη και δεν επαρκεί σαν κριτήριο για την αξιολόγηση και σύγκριση της ποιότητας της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας.

Για να εκτιμηθεί και να αξιολογηθεί η σχετική επίδραση, που έχει η ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περιγεννητικής περίθαλψης και η σχετική επίδραση, που έχουν τα μέτρα προστασίας της μητρότητας και η προγεννητική φροντίδα στη διαμόρφωση του δείκτη της περιγεννητικής θνησιμότητας, είναι απαραίτητο κάθε αναφορά στην περιγεννητική θνησιμότητα, να συνοδεύεται και να συνδυάζεται με άλλους πιο ειδικούς δείκτες, όπως:

- Η ειδική κατά ομάδα βάρους γέννησης θνησιμότητα.

- Ο συσχετισμός της νεογνικής θνησιμότητας, με το ποσοστό των γεννήσεων ζωντανών νεογνών χαμηλού βάρους.

Η ειδική κατά ομάδα βάρους νεογνική και περιγεννητική θνησιμότητα, παρέχει περισσότερες πληροφορίες και αποτελεί τον επικρατέστερο δείκτη για την εκτίμηση της ποιότητας της νοσοκομειακής νεογνικής και περιγεννητικής φροντίδας.

Από το βαθμό συσχέτισης μεταξύ του δείκτη της νεογνικής θνησιμότητας και του ποσοστού των γεννήσεων ζωντανών νεογνών χαμηλού βάρους, παρέχονται περισσότερες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα των μέτρων προστασίας της μητρότητας και για το επίπεδο της προγεννητικής φροντίδας.

Τα στοιχεία κατανομής του βάρους γέννησης του συνόλου των γεννήσεων και η περιγεννητική θνησιμότητα κατά ομάδα βάρους γέννησης, δεν είναι γνωστά στη χώρα μας, ούτε σε εθνικό, αλλά ούτε και σε περιφερειακό και νοσοκομειακό επίπεδο, με εξαίρεση λιγοστά μαιευτήρια – και σε εθνικό επίπεδο – το έτος 1983 (Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα).

Για να ανταποκριθεί η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία στις προσδοκίες μας και να αποτυπώνει με κάθε ακρίβεια σύγχρονες εθνικές περιγεννητικές στατιστικές, θα πρέπει:

1. Να υιοθετήσουν όλοι οι φορείς υγείας ενιαίους ορισμούς.
2. Να καθιερωθεί η υποχρεωτική καταγραφή του βάρους γέννησης στις δηλώσεις γέννησης.
3. Να υιοθετηθεί το προτεινόμενο από την Π.Ο.Υ. ειδικό πιστοποιητικό αιτιών περιγεννητικού θανάτου.
4. Να γίνεται συνδυασμός, μεταξύ των στοιχείων, που καταγράφονται στις δηλώσεις γέννησης και στα ιατρικά πιστοποιητικά αιτιών θανάτου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AAP and AGOG:** Guidelines for perinatal care. Third Edition. Washington, D.C., 1992.
- Altman D. G., Hytten F. E.:** Intrauterine growth retardation: Let's be clear about it. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 1989, 96:1127.
- Erkkola R., Kero P., Seppala A., Gronroos M., Rauramo L.:** Monitoring perinatal Mortality by birth weight specific mortality rates. *Intern. J. Gynaecol. Obstet.* 1982, 20:231.
- Lee K. S., Paneth N. Gartner L.M., Pearlman N.:** The very low – birth – weight rate: Principal predictor of neonatal mortality in industrialized populations. *J. Pediat.* 1980, 97:759.
- MacFarlane A., Chalmers I., Adelstein A. M.:** The role of standardization in the interpretation of perinatal mortality rates. *Health Trends* 1980, 12:45.
- Παδιατέλλης Κ., Σοφατζής Ι., Παπαδόπουλος Κ., Αλεξάκος Λ., Ιωακείμίδου Β., Μπουρλογιάννης Χ.:** Περιγεννητική θνησιμότητα στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» από το 1969 μέχρι και το 1978. *Δελτ. Α΄ Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπιστημίου Αθηνών* 1980, 27:258.
- Rumeau-Rouquette C., du Mazaubrum C., Breart G.:** Protocol and health indicators in Naitre en France. *Doin ed., Paris* 1984, pp 1-16.
- Σοφατζής Ι., Κανάριος Ι., Ρίζα Κ., Αλεξάκος Λ., Ιωακείμίδου Β., Παδιατέλλης Κ.:** Εκτίμηση της ποιότητας της ιατρικής περιγεννητικής περιθάλψεως με τη χρησιμοποίηση τυποποιημένης περιγεννητικής θνησιμότητας. *Ιατρική* 1983, 44:399.
- Sofatzis J., Ioakimidou B.:** Perinatal statistics. *Pediatrics* 1987, 80:301.
- Τζουμάκα – Μπακούλα:** Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα. Διατριβή για Υψηγασία, Α. Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπιστημίου Αθηνών, 1984.
- WHO:** Recommendend definitions, terminology and format for statistical tablew related to perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1977, 56:247.

Παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση της Μητρικής Φροντίδας

Ελίζα Σ. Γιακουμάκη, Διδάκτωρ Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Strathclyde της Σκωτίας και Ψυχολόγος στο Μαιευτήριο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ». Συγγραφέας του βιβλίου «Η Μαγική Αγκαλιά...ένα νεογέννητο αφηγείται ένα παραμύθι αγάπης», που κυκλοφόρησε πρόσφατα από τις Εκδόσεις του Μουσικού Οίκου «Φίλιππος Νάκας».

Η μητρική φροντίδα απαιτεί μια πολύπλοκη διεργασία από ένα σύνολο ικανοτήτων και συναισθημάτων, που αν και βασίζεται στην έμφυτη τάση της μητέρας για ανταπόκριση στο μωρό της, θα εκδηλωθεί μόνον κάτω από ορισμένες συνθή-

κες. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια έχουμε ευαισθητοποιηθεί όλοι μας, όσον αφορά στη σημασία της έναρξης του μητρικού δεσμού στο πλαίσιο του μαιευτηρίου. Ένα δε από τα ουσιαστικότερα επιχειρήματα για την έναρξη του