

## Analýza perinatálnych výsledkov Bratislavského kraja za rok 1997

Miroslav Korbeľ, Miroslav Borovský, Zuzana Nižňanská, Martin Redecha, Tibor Bertold,  
Daniela Mračnová

### Analysis of Perinatal Outcome in Bratislava Region in 1997

#### Súhrn

Autori analyzujú perinatálne výsledky Bratislavského kraja za r. 1997. Celkový počet pôrodov bol 5528 a narodilo sa 5582 novorodencov. Perinatálna úmrtnosť bola 0,931 % a rektifikovaná perinatálna úmrtnosť 0,591 %. Predčasných pôrodov bolo 5,37 % a potermínových pôrodov 0,4 %. Narodilo sa 3,4 % hypotrofických novorodencov. Frekvencia cisárskeho rezu bola 15,95 %, forcepsu 0,76 % a vákuových extrakcií bolo 0,90 %. V uvedenom období bolo v kraji 4467 reprodukčných strát v I. a II. trimestri gravidity. Z toho bolo 3563 umelých prerušení gravidity v I. trimestri, 774 spontánnych potratov, 119 ektopických gravidít a v 9 prípadoch išlo o molu hydatidózu (tab. 11, cit. 27).

**Kľúčové slová:** perinatálna úmrtnosť, materská úmrtnosť, predčasný pôrod, cisársky rez, reprodukčné straty.

#### Summary

Authors analyzed perinatal outcome in Bratislava region (Slovakia) in 1997 year. In this year there were 5528 deliveries in Bratislava region and 5582 newborn were born. Maternal mortality rate was 0.018 % and perinatal mortality rate was 0.931 %. There were 5.37 % preterm and 0.4 % postterm deliveries. The caesarean section rate was 15.95 %. The number of reproductive losses was 4467 in Bratislava region in this year in the 1<sup>st</sup> and the 2<sup>nd</sup> trimester, involving 774 miscarriages and 3536 abortions. The number of ectopic pregnancies was 119 cases and that of molar pregnancies was 9 (Tab. 11, Ref. 27).

**Key words:** perinatal mortality, maternal mortality, preterm delivery, caesarean section, reproductive losses

*Prakt. Gynek., 5, 1998, č. 3.*

Vývoj pôrodnosti v Bratislavskom kraji aj v roku 1997 znamenal ďalší pokles. Žiaľ, podobne ako predchádzajúci rok, aj tento rok na analýze perinatálnych výsledkov absentovali gynekológovia primárneho kontaktu. Mladé pôrodnice nádeje Bratislavského kraja tiež nevydržali so silami až do konca. Organizátori, poučení z predchádzajúcich podujatí, vybrali na referovanie najzaujímavejšie prípady perinatálnych úmrtí, ktoré boli podrobne oponované a diskutované. Keďže sa ešte stále na Slovensku nezjednotili kritériá na posudzovanie perinatologických výsledkov, porovnávame ukazovatele, ktoré boli sledované aj v predchádzajúcom roku.

#### Pôrodnosť a vedenie pôrodu

Roku 1997 bolo v 8 pôrodniciach Bratislavského kraja – na I., II. a III. gynekologicko-pôrodnickej klinike LFUK a FN, na Klinike chorôb ženských IVZ Déerovej NsP, na Gynekologicko-pôrodnickom oddelení NsP Ružinov, na Gynekologicko-pôrodnickom oddelení NÚTaRCH, v Gynekologicko-pôrodnickej nemocnici na Partizánskej ulici v Bratislave a na Gynekologicko-pôrodnickom oddelení NsP Malacky – spolu 5528 pôrodov a narodilo sa 5582 novorodencov. V porovnaní s r. 1996 je to menej o 204 pôrodov. Klesajúca pôrodnosť, ktorá je aj na celom Slovensku, bude mať negatívny ekonomický dopad v ďalších desaťročiach. Prináša so sebou aj problémy s erudíciou nových generácií pôrodníkov a pôrodných asistentiek. To bolo možné pozorovať aj pri analýze niektorých perinatálnych úmrtí, na ktorých sa podpísala malá skúsenosť mladých pôrodníkov a čas,

I. gynekologicko-pôrodnica klinika LFUK a FN v Bratislave  
**Address:** MUDr. Miroslav Korbeľ, CSc., I. gynekologicko-pôrodnica klinika LFUK a FN, Zochova 7, 811 03 Bratislava, Slovakia

ktorý sa stratil oneskoreným privolávaním staršieho slúžiaceho pôrodníka. Na tieto skutočnosti upozornili aj Roztočil a spol., 1997.

**Viacplodových tehotností** bolo 53 (0,96 %), čo je o 6 menej ako v r. 1996.

**Predčasných pôrodov** (menej ako 37. dovŕšený gestačný týždeň – podľa ICD-10) bolo 297 (5,37 %), čo je v absolútnych číslach o 7 menej ako v r. 1996, ale v relatívnych o 0,07 % viac.

O moderných trendoch v slovenskom pôrodníctve (Holomán, 1997) hovorí aj počet pôrodov s psychofyzickou prípravou, ktorých bolo 1359 (o 263 viac ako v r. 1996). Otec bol pri pôrode v 578 prípadoch (o 92 viac ako v r. 1996).

Indukovaných pôrodov bolo 596 (o 28 menej ako v r. 1996). Tento mierny pokles indukcií sa však neprejavil na poklese frekvencie cisárskeho rezu, ktorá stúpla na 15,95 % (872 cisárskych rezov v kraji). Za povšimnutie stojí fakt, že frekvencia cisárskeho rezu nestúpa v pôrodniciach koncentrujúcich patologickú graviditu, ale v pôrodniciach, ktoré ju nekonzcentrujú.

**Tabuľka 1. Porovnanie niektorých pôrodnických ukazovateľov v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
Pôrody celkom	5732		5528	
Predčasné pôrody	304	5,30	297	5,37
Indukované pôrody	624	10,89	596	10,78
Pôrody s psychoprofylaxiou	1096	19,10	1359	24,58
Pôrody s prítomnosťou otca	486	8,50	578	10,45
Cisársky rez	888	15,50	872	15,95
Vákuový extraktor	43	0,75	50	0,90
Forceps	32	0,56	42	0,76
Iné operačné vedenie pôrodu	33	0,58	13	0,24

**Tabuľka 2. Porovnanie perinatálnej mortality v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
Pôrody celkom	5732		5528	
Novorodenci celkom	5791		5582	
Viacplodové tehotnosti	59	1,03	53	0,96
Živonarodené deti	5768	99,60	5568	99,75
Mŕtvonarodené deti	23	0,40	14	0,25
Zomreté deti do 7 dní	26	0,45	38	0,68
Perinatálne zomrelo s VVCH	14	28,57	6	11,54
Podiel novorod. s NPH na PÚ	33	67,34	38	73,08
Perinatálna úmrtnosť (v promile)	8,50		9,31	
Rektifikovaná PÚ (v promile)	6,33		5,91	

Apelujeme preto na uvážené indikácie indukcie pôrodu, ich správne vedenie a vhodné podmienky. Indukcii pôrodu by mal predchádzať oxytocínový záťažový test, Bishopovo skóre by malo byť viac ako 5, jednotlivá dávka PGE<sub>2</sub> 0,5 mg intracervikálne sa javí ako dostatočná, interval podania by nemal byť kratší ako 3 h a dlhší ako 5 h, nepodávať viac ako 2 dávky za 24 h, včas urobiť disrupciu vaku blán, nedostatočnú kontrakčnú činnosť maternice podporiť oxytocínovou infúziou, kontinuálne monitorovať pôrod, hypertonickú činnosť maternice tlmiť betamimetikami, využívať peridurálnu analgéziu. Indukciu robí u oddychnutej, informovanej rodičky nalačno (Štembera, 1997; Binder a Živný, 1997). Frekvencia vaginálnych pôrodnických operácií mierne stúpla v porovnaní s r. 1996 (tab. 1).

**Tabuľka 3. Porovnanie perinatálnej morbidity novorodencov v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
Nízka pôrodná hmotnosť	293	5,1	298	5,4
Nedonosenosť	238	4,1	286	5,2
Hypotrofia	155	2,7	187	3,4
Hypertrofia	208	3,6	210	3,8
Prenatálna dystrofia	314	5,4	119	2,2
Poterminová gravidita	22	0,4	24	0,4

**Tabuľka 4. Porovnanie niektorých ukazovateľov popôrodnej asfyxie v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
VAS-Apgar skóre 1-3b/1.min	56	0,9	67	1,2
VAS-Apgar skóre 4-6b/1.min	207	3,6	244	4,4
VAS-pH menej ako 7,25	190	3,3	252	4,6
Aspirácia plod.vody s mekóniom	1	0,02	3	0,05
IRDS	38	0,7	66	1,2

**Tabuľka 5. Porovnanie výskytu anémií, polycytémií, krvácajúcich ochorení a hyperbilirubinémií v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
Anémie	79	1,4	60	1,1
Polycytémie	14	0,2	21	0,4
Hemoragická choroba novorodenca	5	0,1	5	0,1
Hyperbilirubinémie spolu	604	10,5	574	10,4
– z toho liečené fototerapiou	592	98,0	569	99,1
– z toho liečené exsanguináciou	12	2,0	5	0,9

## Perinatálna mortalita

Perinatálna úmrtnosť (PÚ) v r. 1997 stúpila oproti roku 1996 o 0,81 %, rektifikovaná PÚ však klesla o 0,4 % (tab. 2). Na perinatálnej mortalite sa v 27 % prípadov podieľali mŕtvonarodení novorodenci a v 11,5 % vrodené vývojové chyby. Podiel novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou (NPH) na celkovej perinatálnej mortalite stúpol oproti r. 1996 o 6 % (73,08 %). Najviac novorodencov (22 – 57,8 %) zomrelo v hmotnostnej kategórii do 999 g, čo je o 4 % viac ako v r. 1996. I keď bola snaha transportovať predčasné pôrody na špecializované pracoviská in utero ( Petržalka, Kramáre), častokrát boli problémy s voľnými lôžkami, čo sa čiastočne tiež odrazilo v horších ukazovateľoch oproti r. 1996.

Problémy s prístrojovým vybavením týchto pracovísk sa ani v uplynulom roku nevyriešili, a tak nezostáva len hľadať rezervy v zlepšení spolupráce medzi lekármi primárneho kontaktu s lôžkovými zariadeniami (Chabada a spol., 1995; Huttová a spol., 1995; Redecha a spol., 1995; Rusňák a Štencl, 1995; Šuška, 1995; Višňovský a spol., 1995).

## Perinatálna morbidita

Kým v r. 1996 sa narodilo v Bratislavskom kraji 4,1 % nedonosených, 2,7 % hypotrofických a 5,1 % novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou, v roku 1997 to bolo 5,2 % nedonosených, 3,4 % hypotrofických a 5,4 % novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Hypotrofia sa hodnotila podľa Poláčkových tabuliek hmotnosti a gestačného veku (Štembera, 1979) a nízka pôrodná hmotnosť menej ako 2499 g.

Frekvencia hypotrofických plodov je na klinických pracoviskách vyššia ako na ostatných pracoviskách, čo súvisí s koncentráciou patologickej gravidity na tieto pracoviská (Poradovský a Lukačín, 1993; Lukačín, 1997).

Frekvencia potermínovej gravidity (gestačný vek viac ako 42 týždňov – podľa ICD-10) sa nezmenila, pričom niektoré pracoviská nemali žiadnu potermínovú tehotnosť počas oboch rokov! Dovolili by sme si upozorniť na publikáciu Malý a spol. (1997). Autori konštatujú, že expektačný postup pri fyziologických graviditách znižuje frekvenciu indukovaných pôrodov a tým aj cisárskych rezov, znižuje potenciálne riziko pre matku a plod, potenciálne riziko iatrogénnej prematurity, čo znamená aj zníženie ekonomických nákladov. Nie dosť dobre vieme vysvetliť výrazný pokles prenatálnej dystrofie 2,2 % v r. 1997 oproti 5,2 % v r. 1996, posudzovanej podľa Clifforda (Frič, 1974) (tab. 3).

Závažnejšie formy popôrodnej asfyxie (VAS) hodnotenej Apgarovej skóre menej ako 7 bodov sa vyskytli v r. 1996 u 4,6 % a v r. 1997 u 5,6 % novorodencov. Ani v r. 1997 sa na všetkých pôrodniciach Bratislavského kraja nepoužívalo meranie pH pupočníkovej krvi (v niektorých ústavoch to naráža na organizačné a ekonomické problémy), preto údaje majú len orientačný význam (tab. 4).

Frekvencia anémií, polycytémií, hemoragickej choroby novorodenca a hyperbilirubinémií sa veľmi nezmenila. Potešujúci bol nižší počet hyperbilirubinémií vyžadujúcich exsanguinačnú liečbu v r. 1997 (tab. 5). Keď sme minulý rok apelovali na prevenciu Rh-izoimunizácie podávaním anti-D gamaglobulínu Rh-negatívnej matke (ak má otec Rh-pozitívny faktor) v období 28.-30. gestačného týždňa (Pavliková a Cupaníková, 1996), netušili sme, ako sa zmení kategorizácia liekov (za Partobulin predpísaný na recept sa doplácá ca 340.- Sk). To si, žiaľ, veľa rodín nemôže dovoliť. Rovnako zadĺženost nemocničných lekární v niektorých obdobiach spôsobuje absenciu anti-D-gamaglobulínu na gynekologicko-pôrodných oddeleniach a klinikách, čo bude mať v budúcnosti za následok stúpanie počtu imunizovaných žien v dôsledku nepodania anti-D-gamaglobulínu!

V infekčnej morbidite novorodencov stále prevažujú purulentné konjunktivitídy, ktorých výskyt v r. 1997 klesol o 0,4 % (tab. 6). Frekvencia septických stavov sa oproti pred-

**Tabuľka 6. Porovnanie výskytu infekcií novorodencov v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
TORCH	1	0,02	1	0,02
Adnátna pneumónia	69	1,2	77	1,4
Pneumónie iné	46	0,8	34	0,6
Meningitídy	1	0,02	1	0,02
Infekcie močových ciest	30	0,52	6	0,01
Konjunktivitídy purulentné	133	2,3	104	1,9
Sepsa	14	0,24	9	0,2
Zápaly ochorenia kostí a kĺbov	7	0,12	2	0,04
Iné	31	0,54	36	0,6
Spolu	332	5,8	256	4,6

**Tabuľka 7. Porovnanie výskytu vrodených vývojových chýb novorodencov v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
VVCH				
Lebky a tváre	10	0,17	12	0,2
Kostí a spojiva	22	0,38	26	0,5
Kože	22	0,38	22	0,4
Nervového systému	4	0,07	5	0,09
Tráviaceho systému	26	0,44	18	0,3
Kardiovaskulárneho systému	58	1,0	61	1,1
Urogenitálneho systému	84	1,45	55	0,99
Aberácie chromozómov	12	0,21	8	0,14
Kombinované	6	0,1	9	0,12
Iné	-	-	2	0,04
Spolu	249	4,3	231	4,2
Prenatálne diagnostikované	21	8,43	26	11,25

chádzajúcemu roku výraznejšie nemení. Zaujímavý je však výrazný pokles uroinfekcií novorodencov v r. 1997.

Medzi vrodenými vývojovými chybami (VVCH) novorodencov dominujú počas oboch rokov chyby urogenitálneho a kardiovaskulárneho systému (tab. 7). Kým v r. 1996 bolo prenatálne diagnostikovaných 8,43 % VVCH, v r. 1997 to bolo už 11,25 %. Keďže ide, z hľadiska závažnosti, o heterogénnu skupinu VVCH, kde sú rozdielne možnosti prenatálnej diagnostiky, zaujímavý bude ďalší trend vývoja. Napriek tomu, že sme upozorňovali na povinnosť hlásenia prenatálnej diagnostikovanej VVCH, ukončenej selektívnym abortom, z 29 ukončených gravidít v II. trimestri pre VVCH, nebola hlásená ani jedna!

V pôrodníckom traumatizme sú počas oboch rokov na prvom mieste kefalhematómy a fraktúry kľúčnej kosti (tab. 8).

Napriek tomu, že na VI. diabetologických dňoch v Trenčíne, v júni 1996, bola podrobne diskutovaná problematika diabetu a tehotnosti, situácia v Bratislavskom kraji sa v r. 1997 nezlepšila, ale zhoršila (0,31 % diabetických fetopatií

**Tabuľka 8. Pôrodný traumatizmus a iné ochorenia novorodencov v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
Poškodenia kože a podkožia	27	0,47	29	0,52
Kefalhematóm (externý)	150	2,6	155	2,8
Zlomeniny kľúčnej kosti	95	1,65	84	1,5
Zlomeniny inej kosti	1	0,02	1	0,02
Poškodenie periférnych nervov	1	0,02	3	0,05
-paréza plexus brachialis	3	0,05	2	0,04
Intrakraniálne krvácanie	7	0,12	13	0,23
Diabetická fetopatia	8	0,14	17	0,31
Poruchy svalového tonusu	31	0,54	58	1,04
Drogová závislosť matky	17	0,29	23	0,4

**Tabuľka 9. Patologická gravidita Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996		1997	
	Počet	%	Počet	%
Preeklampsia	247	4,3	296	5,3
Eklampsia	2	0,03	0	0
HELLP syndróm	4	0,07	3	0,05
Diabetes mellitus I. a II. typ	36	0,63	38	0,68
Gestačný diabetes mellitus	77	1,34	71	1,25
Kardiopatie	35	0,61	34	0,61
Ochorenia močových ciest	103	1,8	78	1,4
Hepatopatie	69	1,2	58	1,04
TECH a tromboflebitída	16	0,28	15	0,26
DIC	2	0,03	0	0

oproti 0,14 % v r. 1996). Stav novorodenca závisí od metabolickej kompenzácie diabetu. Prekonceptčné nastavenie a dobrá metabolická kompenzácia diabetu v I. trimestri sú najlepšou prevenciou diabetickéj embryopatie a včasných reprodukčných strát. Ak je metabolická kompenzácia diabetu dobrá v II. aj III. trimestri rodí sa len 5,4 % makrozomických plodov. Ak je dobrá len v III. trimestri, rodí sa až 37 % makrozomických plodov (Mello, 1998).

Počet novorodencov matiek užívajúcich drogy v gravidite v r. 1997 sa oproti r. 1996 zvýšil o šesť.

## Patologická gravidita

Keď sme pred rokom konštatovali, že situácia v záchytech gestačného diabetu v Bratislavskom kraji nie je uspokojivá, tak v r. 1997 zaznamenávame ďalšie zhoršenie (tab. 9). K zlepšeniu situácie neprispelo ani nariadenie MZ SR o povinnom vyšetovaní o-GTT na vyhľadávanie cukrovky matky v 24.-28. týždni tehotnosti. Niektoré poisťovne akoby nebrali na vedomie toto nariadenie. Pritom v niektorých krajinách pri súdnych sporoch (napr. Anglicko) rodičia za neurologické poškodenie dieťaťa v súvislosti s diabetom v tehotnosti požadujú od zdravotníkov odškodné vo výške miliónov anglických libier (Dalton, 1997). Skrining GDM má aj nezanedbateľný medicínsky význam. Tamás a Kerényová, 1998 (Budapešť) sledovali súbor žien, u ktorých bol v gravidite diagnostikovaný GDM. Zistili, že po 7,5 roku sa vyvinul diabetes u 51 % žien s GDM, ktoré boli v gravidite liečené diétou a u 71 % žien, ktoré potrebovali v gravidite liečbu inzulínom.

Počet preeklampií má stúpajúci trend, pričom však klesá výskyt eklampií a HELLP syndrómu. Znova podčiarkujeme význam podávania nízkych dávok kyseliny acetylsalicylovej (podľa súčasných poznatkov zmierňujú priebeh preeklampsie) u rizikových skupín rodičiek (Korbel a spol., 1996; Danko, 1997).

Minulý rok sme konštatovali, že spektrum a frekvencia invazívnych intrauterinných vyšetrení sú limitované materiálom a technickým vybavením pracovísk vykonávajúcich prenatálnu diagnostiku. Oproti roku 1996 sa v Bratislavskom kraji v r. 1997 neurobil ani jeden odber chóriových klkov (CVS). V spektre indikácií na amniocentézu stúpol počet indikácií v skupine patologický biochemický skrining. Súvisí to so širším používaním triple-testu a problémami s jeho interpretáciou (tab. 10).

## Reprodukčné straty v I. a II. trimestri

V porovnaní s rokom 1996 sa znížil počet reprodukčných strát v I. a II. trimestri v Bratislavskom kraji o 795 (tab. 11). Veľmi potešujúcim faktom je, že na znížení sa podieľa významnou mierou pokles počtu interrupcií (o 721 menej ako v r. 1996 a o 1140 menej ako v r. 1995). Zhoršujúca sa eko-

**Tabuľka 10. Invazívne intrauterinné vyšetrenia v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996 (N)	1997 (N)
Biopsia chóriových klkov (CVS)	14	0
Amniocentézy spolu	852	825
– veková indikácia	309	315
– patologický biochemický skrining	279	314
– patologický ultrazvukový nález	32	14
– lieky a RTG v gravidite	47	23
– genetická záťaž	69	61
– psychologická indikácia	48	50
– iné...L/S,bilirubinoidy...	39	48
Placentacenzá	1	0
Kordocentéza	8	7

**Tabuľka 11. Reprodukčné straty v I. a II. trimestri v Bratislavskom kraji v r. 1996 a 1997**

Rok	1996 (N)	1997 (N)
Spontánne potraty	817	774
Umelé prerušenia tehotnosti (UPT)	4257	3536
Ektopická gravidita	126	119
Mola hydatidóza	19	9
UPT pre VVCH v II.trimestri	43	29
Spolu	5262	4467

nomická situácia v zdravotníctve nám robí problémy s objasňovaním príčin reprodukčných strát. Objasnenie reprodukčného neúspechu u ženy plánujúcej ďalšiu tehotnosť je významným psychologickým momentom, a navyše šetrí náklady na ďalšie potom už nepotrebné vyšetrenia. Nezanedbateľné sú aj poznatky z tejto oblasti pre diagnostickú a expertíznu činnosť v súdnolekárskej praxi (Vojtaššák, 1994; 1997; Vojtaššák a Böhmer, 1995; Demjénová a spol., 1997; Fiala, 1998).

## Materská úmrtnosť

V Bratislavskom kraji zomrela v r. 1997 jedna žena v kategórii B-I-3 (krvné choroby) 10 dní po pôrode (materská úmrtnosť = 0,18 ‰).

Išlo o 22-ročnú primigravidu, primiparu, ktorá bola od r. 1994 sledovaná a liečená na Klinike hematológie a transfuziológie krvi FN Bratislava (KHTK) pre pancytopéniu. Gravidita bola diagnostikovaná v 10. gestačnom týždni rajónnym gynekológom. V 16. g.t. bola pacientka hospitalizovaná na gynekologicko-pôrodnickom oddelení v rajóne. V 15., 22. a 29. g.t. bola ambulantne liečená transfúziami krvi na KHTK. Vyššie špecializované pracovisko – I. gynekologicko-pôrod-

nická klinika, bola konzultovaná hematológom prvý raz až v 34. g.t. Pacientka bola ihneď hospitalizovaná na klinike a začal sa intenzívny monitoring stavu plodu a matky. V 34. g.t. podaná ďalšia transfúzia krvi. V spolupráci s hematológmi plánovaný spontánny pôrod za prítomnosti hematológa, ktorý má odobrať materiál na transplantáciu fetálnej krvi matke. V 39. g.t. započatá indukcia pôrodu prostaglandínmi pre progredujúcu preeklampsiu. Počas indukcie akceleruje preeklampsia, preto pôrod ukončený cisárskym rezom (v ATB clone, za hematologickej substitučnej liečby a odberom materiálu na transplantáciu). Porodený novorodenec ženského pohlavia 3190 g, 49 cm, Apgarovej skóre 9/10 bodov. Včasný puerpérium komplikované zhoršujúcimi sa hematologickými parametrami (výrazný pokles trombocytov napriek substitučnej liečbe) a ARDS (adult respiratory distress syndrom). Pacientka 10. deň po operácii zomiera na ARO za príznakov respiračnej insuficiencie.

Na krajskej analýze bola smrť matky hodnotená ako neodvratiteľná napriek intenzívnej zdravotníckej starostlivosti. Z hľadiska preventívnej starostlivosti možno zazlievať gynekológovi primárneho kontaktu a rajónnemu gynekologicko-pôrodnickému oddeleniu zanedbanie konzultácie pacientky na vyššom gynekologicko-pôrodnickom pracovisku.

## Záver

Vývoj perinatologických ukazovateľov v Bratislavskom kraji v r. 1997 je charakterizovaný klesajúcou pôrodnosťou a potratovosťou, stúpaním počtu cisárskych rezov a vaginálnych operácií, zhoršením perinatálnej mortality, miernym vzostupom počtu novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou, nedonosených a hypotrofných plodov.

Kapacita perinatologických centier a ich vybavenie nestačí pokryť potreby kraja.

Narastá počet rodiacich narkomaniek.

Nezlepšuje sa záchyt gestačného diabetu a neuspokojivá je prekonceptná príprava pacientok s diabetom I. a II. typu.

Nekonzultujú sa niektoré prípady vysoko rizikových a patologických gravidít so špecializovanými pracoviskami.

## Literatúra

- Binder T., Živný J.:** Riziko indukcie porodu prostaglandínom E<sub>2</sub> podávaným intracervikálne. Čes. Gynek., 62, 1997, Suppl., s. 43–46.
- Dalton K.:** Medico-legal aspects of diabetes in pregnancy. Diab. Nutr. Metab., 10, 1997, Suppl. k č. 6, s. 9.
- Demjénová E., Malová J., Vojtaššák J., Repiská V., Ďuríková M., Böhmer D., Danihel L., Fiala P., Martanovič P.:** Vývojové chyby u samovoľných potratov a mŕtvonarodených plodov. Prakt. Gynek., 4, 1997, č. 3, s. 160–162.

- 4. Danko J.:** Starostlivosť o gravidné ženy s preeklampsiou. Lekárske listy (príloha Zdravotníckych novín), č. 1, 9. január 1997, s. 8.
- 5. Fiala P.:** Využitie poznatkov fetálnej medicíny pre diagnosticko – expertíznu súdnolekársku prax. Kandidátska dizertačná práca. LFUK Bratislava, 1998, 212 s.
- 6. Frič I.:** Prenatálna dystrofia. S. 516–522. In: Poradovský K. (ed.): Gynekológia a pôrodnictvo. 2. Patologické pôrodnictvo. Martin, Osveta 1974.
- 7. Holomáň K.:** Súčasný stav a perspektívy rozvoja pôrodnictva na Slovensku. Lekárske listy (príloha Zdravotníckych novín), č. 1, 9. január 1997, s. 1 a 6.
- 8. Huttová M., Styková Z., Hartmannová I., Chovancová D.:** Intenzívna starostlivosť o novorodencov s pôrodnou hmotnosťou pod 1500g. S. 167–172. In: Šuška P., Ponecová M. (eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
- 9. Chabada J., Zajac J., Huttová M., Drobný J., Pospechová L.:** Transport in utero. S. 144–147. In: Šuška P., Ponecová M. (eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
- 10. ICD-10.** International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, 1992, WHO, Geneve 1992.
- 11. Korbel M., Havalda A., Nižňanská Z., Redecha M., Sasko A.:** Vplyv nízkych dávok kyseliny acetylsalicylovej na priebeh preeklampsie. Slov. Gynek. Pôr., 3, 1996, č. 4, s. 138–140.
- 12. Lukačín Š.:** Intrauterinné ohrozenie rastu plodu retardáciou rastu a hypoxiou. Lekárske listy (príloha Zdravotníckych novín), č. 1, 9. január 1997, s. 6 a 12.
- 13. Malý Z., Gogela J., Matýšek P., Jr., Brunner A., Riss P.:** Expektatívni versus aktívni prístup k potermínové graviditě. Čes. Gynek., 62, 1997, Supl., s. 42–43.
- 14. Mello G.:** Insulin therapy in pregnant women with diabetes: effects on anthropometric features of full-term infants. 3rd International Symposium on Diabetes and Pregnancy, 27–29 April 1998, Rome, Italy.
- 15. Pavlíková D., Cupaniková D.:** Hemolytická choroba novorodenca v období profylaktického podávania imúnneho globulínu anti-Rh(D). Prakt. Gynek., 3, 1996, č. 2, s. 73–76.
- 16. Poradovský K., Lukačín Š.:** Skúsenosti s diagnostikou a liečbou hypotrofie plodu. Čes. Gynek., 58, 1993, Supl., s. 48–53.
- 17. Redecha M., Korbel M., Sasko A., Havalda A.:** Kvalita prenatálnej starostlivosti a predčasný pôrod. S. 36–40. In: Šuška P., Ponecová M. (eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
- 18. Roztočil A., Borek I., Pilka L.:** Diskutabilní a negativní trendy v české perinatální medicíně. Čes. Gynek., 62, 1997, Supl., s. 32–35.
- 19. Rusňák I., Štencl J.:** Perinatálna mortalita a morbidita pri predčasnom pôrode. S. 176–180. In: Šuška P., Ponecová M. (eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
- 20. Štembera Z.K. a spol.:** Risikové těhotenství a dítě. Praha, Avicenum 1979, 360 s.
- 21. Štembera Z.:** Souhrn tematické části perinatologie. Čes. Gynek., 62, 1997, Supl., s. 46–47.
- 22. Šuška P.:** Predčasný pôrod – úvod do problematiky. S. 10–14. In: Šuška P., Ponecová M. (eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
- 23. Tamas G., Kerényi Z.:** Prior gestational diabetes mellitus: predictor of the insulin resistance syndrome? 3rd International Symposium on Diabetes and Pregnancy, 27–29 April 1998, Rome, Italy.
- 24. Višňovský J., Danko J., Straka R., Durná L.:** Starostlivosť o tehotné s hroziacim predčasným pôrodom. S. 92–100. In: Šuška P., Ponecová M. (eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
- 25. Vojtaššák J.:** Samovoľný potrat z pohľadu genetiky a význam jeho vyšetrenia pre klinickú prax a výskum. Časť II: Chromozómové aberácie. Prakt. Gynek., 1, 1994, č. 2, s. 34–38.
- 26. Vojtaššák J., Böhmer D.:** Cytogenetika opakovaných samovoľných potratov. Prakt. Gynek., 2, 1995, č. 2, s. 98–101.
- 27. Vojtaššák J.:** Cytogenetika samovoľných potratov. Prakt. Gynek., 4, 1997, č. 3, s. 155–158.

Do redakcie došlo 22.5.1998.