

Analýza perinatálnych výsledkov Bratislavského kraja za rok 1996

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

Analysis of Perinatal Outcome in Bratislava Region in 1996

Súhrn

Autori analyzujú perinatálne výsledky v novozriadenom Bratislavskom kraji roku 1996. V sledovanom období v Bratislavskom kraji neumrela žiadna žena v súvislosti s tehotnosťou. Celkový počet pôrodov bol 5732 a narodilo sa 5791 detí. Perinatálna úmrtnosť bola 8,5 %, rektifikovaná perinatálna úmrtnosť 6,1 %. Predčasných pôrodov bolo 4,1 % a potermínových gravidít 0,38 %. Narodilo sa 3,64 % hypotrofických novorodencov. V uvedenom období bolo v Bratislavskom kraji evidovaných 5744 reprodukčných strát v I. a II. trimestri gravidity, z toho 812 spontánnych abortov, 4257 umelých prerušení tehotnosti, 126 ektopických gravidít a v 19 prípadoch išlo o hydatidózu molu. Z indikácie prenatálne diagnostikovanej vrodenej vývojovej chyby plodu bolo ukončených 43 tehotností v II. trimestri gravidity. Frekvencia cisárskeho rezu bola 15,5 %, forceps sa použil pri 0,56 % pôrodoch a vákuový extraktor pri 0,75 % pôrodoch (tab. 13, cit. 24).

Kľúčové slová: perinatálne výsledky, novorodenec, perinatálna mortalita, úmrtnosť matiek, reprodukčné straty.

Summary

The authors analysed perinatal outcome in the new region of West Slovakia – Bratislava region in 1996 year. In this year there were 5732 deliveries in Bratislava region and 5791 newborn were born. Perinatal mortality rate was 0.85 % and that of maternal mortality was 0 %. There were 4.1 % of preterm deliveries and 0.83 % of postterm pregnancies. The caesarean section rate was 15.5 %. The number of reproductive losses was 5744 in Bratislava region in this year in the 1st and the 2nd trimester, involving 812 miscarriages and 4257 abortions. The number of ectopic pregnancies was 126 cases and that of molar pregnancies was 19 (Tab. 13, Ref. 24).

Key words: perinatal outcome, newborn, perinatal mortality, maternal mortality, reproductive losses.

Prakt. Gynek., 4, 1997, č. 4

Po roku 1989 sa s postupnou zmenou vtedajšieho systému organizácie zdravotníctva zmenil aj spôsob analýzy materskej a perinatálnej mortality na Slovensku. Niektoré regióny postupne robili analýzy materskej a perinatálnej mortality. Na analýzach sa však zúčastňoval len užší okruh lekárov, preto výsledky a závery z analýz mali len obmedzený dosah. Rovnako to bolo aj na analýze perinatálnych výsledkov Bratislavského kraja 9. apríla 1997, na ktorej absentovali hlavne gynekológovia primárneho kontaktu. Preto sa touto cestou pokúsime zverejniť niektoré informácie a závery z analýzy perinatologických výsledkov v Bratislavskom kraji za rok 1996.

I. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a FN v Bratislave

Adresa: MUDr. M. Korbeľ, CSc., I. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a FN, Zochova 7, 811 03 Bratislava, Slovensko.

Odborní funkcionári Bratislavského kraja

Vybudovaním nového regionálneho systému boli aj v zdravotníctve dobudované nové riadiace mechanizmy. Boli ustanovení okresní a krajskí odborníci.

Krajským odborníkom pre gynekológiu a pôrodníctvo v Bratislavskom kraji bol menovaný doc. MUDr. Miroslav Borovský, CSc. (I. gyn.-pôr. klinika LFUK a FN, Zochova 7, Bratislava).

Okresnými odborníkmi pre gynekológiu a pôrodníctvo boli menovaní:

Bratislava I – prim. MUDr. Robert Paldia, CSc. (II. gyn.-pôr. klinika LFUK a FN, Šulekova 20, Bratislava)

Bratislava II – prim. doc. MUDr. Juraj Filický, DrSc., (Gyn.-pôr. odd. Ružinovskej nemocnice, Ružinovská 6, Bratislava)

Bratislava III – MUDr. Jozef Pružinec (Klinika chorôb ženských IVZ, Limbová 5, Bratislava)

Bratislava IV – MUDr. Mária Köglová (Gynekologická ambulancia, Saratovská 24, Bratislava)

Bratislava V – prim. MUDr. Jozef Zajac (III. gyn.-pôr. klinika, Antolská 11, Bratislava)

Malacky – prim. MUDr. Ján Pokorný (Gyn.-pôr. odd. NsP, Duklianskych hrdinov 34, Malacky)

Pezinok a Senec – MUDr. Peter Gaál (Gynekologická ambulancia, Hollého 2, Pezinok)

Materská úmrtnosť

Roku 1996 v Bratislavskom kraji nezmrela žiadna žena v súvislosti s tehotnosťou.

Pôrodnosť a vedenie pôrodu

Roku 1996 bolo v 8 pôrodniciach Bratislavského kraja – na I., II. a III. gynekologicko-pôrodníckej klinike LFUK a FN, na Klinike chorôb ženských IVZ Dérerovej NsP, na Gynekologicko-pôrodníckom oddelení NsP Ružinov, na Gynekologicko-pôrodníckom oddelení NÚTaRCH, v Gynekologicko-pôrodníckej nemocnici na Partizánskej ulici v Bratislave a na Gynekologicko-pôrodníckom oddelení NsP Malacky – spolu 5723 pôrodov a narodilo sa 5791 detí. Viacplodových tehotností bolo 59 (1,03 %). V porovnaní s predchádzajúcimi rokmi je aj v tomto roku klesajúci trend pôrodnosti. V Bratislave klesla pôrodnosť o 338 pôrodov oproti roku 1995 a o 522 pôrodov oproti roku 1994 (Štencel a Rusňák, 1995), čo v prie-

Tabuľka 1. Pôrodnícke ukazovatele v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
Pôrody celkom	5732	
Predčasné pôrody	304	5,30
Indukované pôrody	624	10,89
Pôrody s psychoprofylaxiou	1096	19,10
Pôrody s prítomnosťou otca	486	8,50
Cisársky rez	888	15,50
Vákuový extraktor	43	0,75
Forceps	32	0,56
Iné operačné vedenie pôrodu	33	0,58

Tabuľka 2. Perinatálna mortalita novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	počet	%
Pôrody celkom	5732	
Novorodenci celkom	5791	
Viacplodové tehotnosti	59	1,03
Živonarodené deti	5768	99,60
Mŕtvonarodené deti	23	0,40
Zomreté deti do 7 dní	26	0,45
Perinatálne zomrelo s VVCH	14	28,57
Podiel novorodencov s NPH na PÚ	33	67,34
Perinatálna úmrtnosť		8,50 %.
Rektifikovaná PÚ		6,33 %.

Tabuľka 3. Podiel novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou na perinatálnej mortalite novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

Hmotnostná kategória (g)	do 999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	spolu
Počet novorodencov s NPH (n)	28	31	57	163	279
Zomretých do 7 dní (n/%)	14/50,0	3/9,7	2/3,5	3/1,8	22/7,9
Mŕtvonarodených (n/%)	1/3,6	2/6,5	4/7,1	4/2,4	11/3,9
PÚ novorodencov s NPH (n/%)	15/53,6	5/16,2	6/10,6	7/4,2	33/11,8

behu troch rokov znamená v Bratislave takmer 10 % pokles pôrodnosti. Podobný vývoj však možno pozorovať aj v Českej republike, kde pôrodnosť roku 1994 klesla o 14 % oproti roku 1993 (Unzeitig a spol., 1995).

Predčasných pôrodov (menej ako 37. dovŕšený gestačný týždeň – podľa ICD-10) bolo 304 (5,3 %).

Indukovaných pôrodov bolo 624 (10,9 %), pričom rozdiely v ich frekvencii na jednotlivých pracoviskách sú od 5 % do 27 %.

Počet pôrodov s psychofyzickou prípravou bol 1096 (19,1 %) a v 486 prípadoch (8,5 %) bol pri pôrode prítomný otec.

Tabuľka 4. Perinatálna morbidita novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
Nízka pôrodná hmotnosť	279	4,90
Nedonosenosť	238	4,10
Hypotrofia	155	2,68
Prenatálna dystrofia	314	5,42
Hypertrofia	208	3,59
Potermínová gravidita	22	0,38

Tabuľka 5. Respiratory distress syndróm v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
VAS-Apgar skóre 1-3 b. v 1. min.	56	0,97
VAS-Apgar skóre 4-6 b. v 1. min.	207	3,59
VAS-popôrodná asfyxia – pH<7,25	190	3,28
Aspirácia plodovej vody s mekóniom	1	0,02
Prechodné tachypnoe	53	0,92
IRDS	38	0,66

Tabuľka 6. Anémie, polycytémie a krvácavé ochorenia novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
Anémie – hemolytické	16	0,28
Anémie – posthemoragické	2	0,03
Anémie – iné	61	1,06
Polycytémia	14	0,24
Hemoragická choroba novorodenca	5	0,09

Tabuľka 7. Hyperbilirubinémie novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
Liečené fototerapiou	592	10,26
Liečené exsangvináciou	12	0,21
Spolu	604	10,47

Tabuľka 8. Infekcie novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
TORCH	1	0,02
Adnatna pneumónia	69	1,20
Pneumónie iné	46	0,80
Meningitídy	1	0,02
Infekcie močových ciest	30	0,52
Zápalové ochorenia kostí a kĺbov	7	0,12
Konjunktivitídy purulentné	133	2,31
Sepsa	14	0,24
Iné	31	0,54
Spolu	332	5,76

Opäť sú tu rozdiely medzi jednotlivými pracoviskami od 0 % do 63 % v psychofyzickej príprave a od 0 % do 25 % v prítomnosti otca pri pôrode (tab. 1).

Pri vedení pôrodu možno pozorovať stúpajúci trend vo frekvencii cisárskeho rezu, ktorá dosiahla v Bratislavskom kraji 15,5 % roku 1996. Detailnejšou analýzou zisťujeme koreláciu medzi vysokým počtom indukovaných pôrodov na niektorých pracoviskách a vzostupom výskytu cisárskeho rezu. Na druhej strane je potešujúce, že na pracoviskách koncentrujúcich patologickú graviditu sa podarilo dokonca mierne znížiť výskyt cisárskeho rezu.

Výskyt vaginálnych pôrodných operácií mierne klesol v porovnaní s rokom 1995. Až budúcnosť ukáže, či je tento vývojový trend podmienený menšou erudiáciou mladšej generácie pôrodníkov alebo väčšími obavami z možného poškodenia plodu. Celková frekvencia pôrodných operácií v II. pôrodnej dobe bola 17,4 %.

Perinatálna mortalita

Pozitívny trend možno zaznamenať v znižovaní perinatálnej úmrtnosti (PÚ), ktorá bola 8,5 ‰ a rektifikovaná PÚ 6,3 ‰ (tab. 2). Na perinatálnej mortalite sa takmer polovicou prípadov (47 %) podieľali mŕtvonarodení novorodenci a v 29 % vrodené vývojové chyby. Podiel novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou (NPH) na celkovej perinatálnej mortalite bol 67,34 %. Najviac novorodencov (53,6 %) zomrelo v hmotnostnej kategórii do 999 g (tab. 3). Aj keď je snaha transportovať predčasné pôrody na špecializované pracoviská in utero, často to naráža na kapacitné problémy. Prístrojové vybavenie pracovísk určených na centralizáciu nezrelých novorodencov v súčasnosti často nestačí narastajúcim požiadavkám na špecializovanú starostlivosť. Rezervy sú aj v zlepšení spolupráce medzi lekármi primárneho kontaktu s pôrodnými zariadeniami (Chabada a spol., 1995; Huttová a spol., 1995; Redecha a spol., 1995; Rusňák a Štencľ, 1995; Šuška, 1995; Višňovský a spol., 1995).

Perinatálna morbidita

Frekvencia predčasných pôrodov má v Bratislavskom kraji klesajúcu tendenciu – roku 1996 bola 4,1 % (tab. 4). Pôrody hypotrofických novorodencov (pôrodná hmotnosť 5 a menej percentilov podľa Poláčkových tabuliek hmotnosti a gestačného veku, Štembera, 1979) tvorili 2,7 %, pôrody novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou (menej ako 2499 g) 4,9 %. Frekvencia potermínovej gravidity (gestačný vek viac ako 42 týždňov – podľa ICD-10) bola 0,38 %, pričom niektoré pracoviská nemali žiadnu potermínovú tehotnosť! Zvyčajne udávaná frekvencia potermínovej gravidity v literatúre je 3–12 % (Shaw a Paul, 1992). Pokles frekvencie potermínovej gravidity je pravdepodobne spôsobený zvýšenou pôrodnou aktivitou, ktorá sa odzrkadľuje vo zvýšenom počte indukovaných pôrodov a pravdepodobne sa zúčastňuje aj na narastajúcom počte cisárskych rezov. Paradoxný je nepomerne vyšší výskyt perinatálnej dystrofie – 5,42 % (posudzovanej podľa Clifforda, (Frič, 1974)) v po-

rovnání s nízkym počtom potermínových gravidít a hypotrofikých novorodencov.

Závažnejšie formy popôrodnej asfyxie (VAS) hodnotenej podľa Apgarovej skóre menej ako 7 bodov sa vyskytli u 4,5 % novorodencov. Nie vo všetkých pôrodniciach sa štandardne používa hodnotenie popôrodnej asfyxie meraním pH pupočníkovej krvi (Slezák a spol., 1994). Preto tento údaj v rámci Bratislavského kraja nemožno exaktne interpretovať (tab. 5).

Roku 1996 sa znížil počet prípadov hemolytických a posthemoragických anémií, polycytémii (hemoglobín viac ako 220 g/l, hematokrit viac ako 0,65 v 1. týždni života) a hemoragickej choroby novorodenca. Stúpol však výskyt anémií inej genézy (tab. 6). Frekvencia hyperbilirubinémii vyžadujúcich liečbu (10,47 %) má klesajúcu tendenciu, ale sú značné rozdiely medzi jednotlivými pracoviskami – od 3,9 % do 17,3 % (tab. 7). Za dôležitú skutočnosť považujeme primeranú prevenciu hemolytickej choroby novorodenca. Profylaktické podanie anti-D gamaglobulínu Rh-negatívnej matke (ak má otec Rh-faktor pozitívny) v období 28.–30. gestačného týždňa znižuje riziko aloimunizácie a zmierňuje priebeh novorodeneckého ikteru (Pavliková a Cupaníková, 1996). Nesmieme zabúdať ani na podanie anti-D gamaglobulínu po amniocentéze, CVS, kordocentéze, placentacentéze, serkláži, po úrazoch brucha, pri krvácaní v gravidite (ab. imminens, abrupcia placenty a podobne), po spontánnom alebo arteficiálnom potrate, evakuácii hydatidózneho moly, kyretáži pre choriokarcinóm, po ošetroaní ektopickej tehotnosti. Ak predpokladáme riziko väčšieho feto maternálneho krvného prechodu, treba dávku anti-D gamaglobulínu zvýšiť. (Za štandardný postup považujeme podanie anti-D gamaglobulínu Rh-negatívnej matke po pôrode Rh-pozitívneho novorodenca pri negatívnom Coombsom teste.)

V infekčnej morbidite novorodencov prevažujú purulentné konjunktivitídy – 2,3 %, na druhom mieste je adnatná pneumónia – 1,2 % (tab. 8). Frekvencia septických stavov sa oproti predchádzajúcemu roku výraznejšie nemení.

Medzi vrodenými vývojovými chybami (VVCH) novorodencov dominujú chyby urogenitálneho systému – 1,45 % a kardiovaskulárneho systému – 1 % (tab. 9). Aj keď by sa mohlo zdať, že prenatálna diagnostika je neuspokojivá (8,4 % prípadov diagnostikovaných prenatálne), do úvahy treba vziať, že 43 gravidít s prenatálne diagnostikovanou závažnou vrodenou vývojovou chybou plodu bolo ukončených selektívnym potratom. *Upozorňujeme na povinnosť hlásenia vrodených chýb prenatálne diagnostikovanej a ukončenej selektívnym abortom podľa Metodických pokynov ÚZIS platných na Slovensku od 1.1.1994 na predpísanom tlačíve!* Údaje uvádzané v ročenke Zdravotníckej štatistiky – Vrodené chyby nezodpovedajú reálnemu výskytu vrodených vývojových chýb na Slovensku, pretože niektoré pracoviská zabudli na túto povinnosť a nehlásili všetky indukované aborty s VVCH. Pre ilustráciu uvedieme, že za rok 1996 bolo do ÚZIS na Slovensku hlásených 94 prípadov gravidít ukončených pre pre-

Tabuľka 9. Vrodené vývojové chyby novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

VVCH	Počet	%
lebky a tváre	10	0,17
kostí a spojiva	22	0,38
kože	22	0,38
nervového systému	4	0,07
tráviaceho systému	26	0,44
dýchacieho systému	5	0,09
kardiovaskulárneho systému	58	1,00
urogenitálneho systému	84	1,45
aberrácie chromozómov	12	0,21
kombinované	6	0,10
iné	-	-
Spolu	249	4,30
Prenatálne diagnostikované	21	8,43

Tabuľka 10. Pôrodný traumatizmus a iné bližšie špecifikované ochorenia novorodencov v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
Poškodenia kože a podkožia	27	0,47
Kefalhematóm (externý)	150	2,60
Zlomeniny kľúčnej kosti	95	1,65
Zlomeniny inej kosti	1	0,02
Poškodenie periférnych nervov	1	0,02
– paréza plexus brachialis	3	0,05
Intrakraniálne krvácanie	7	0,12
Diabetická nefropatia	8	0,14
Poruchy svalového tonusu	31	0,54
Drogová závislosť matky	17	0,29

natálne diagnostikovanú VVCH plodu (osobná informácia od dr. Véghovej), pričom len v Bratislave ich bolo diagnostikovaných a ukončených 43! Tieto oficiálne (nepresné) čísla sú žiaľ hlásené aj do WHO.

V pôrodníckom traumatizme sú na prvom mieste kefalhematómy – 2,6 % a fraktúry kľúčnej kosti – 1,65 % (tab. 10). Na niektorých pracoviskách sa robí v indikovaných prípadoch sonografické vyšetrenie mozgu novorodenca, preto sa podarí zachytiť aj viac prípadov intrakraniálneho krvácania.

Nový, pre nás zatiaľ neobvyklý okruh problémov (medicínskych a ekonomických) prinášajú novorodenci matiek užívajúcich v gravidite drogy (Drobná a Huttová, 1996). Ich počet v posledných rokoch v Bratislavskom kraji narastá. Roku 1996 to bolo už 17 evidovaných prípadov.

Novorodenci hodnotení ako zdraví tvorili roku 1996 v Bratislavskom kraji len 59 % všetkých novorodencov.

Tabuľka 11. Patologická gravidita v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet	%
Preeklampsia	247	4,31
Eklampsia	2	0,03
HELLP syndróm	4	0,07
DM – I. a II. typ	36	0,63
DM gestačný	77	1,34
Kardiopatie	35	0,61
Ochorenia močových ciest	103	1,80
Hepatopatie	69	1,20
TECH a tromboflebitída	16	0,28
DIC	2	0,03
Drogová závislosť	17	0,30

Tabuľka 12. Invazívne intrauterinné vyšetrenia v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet
CVS	14
Amniocentézy spolu	852
– veková indikácia	309
– patol. biochem. skrining	271
– patologický UZV	31
– lieky a rtg v gravidite	47
– genetické príčiny	69
– psychologická infekcia	48
– iné – L/S, bilirubinoídy...	39
Placentacentéza	1
Kordocentéza	8
Intrauterinná transfúzia	-
Fétoskopia	-

Tabuľka 13. Prerušené tehotnosti v Bratislavskom kraji roku 1996.

Item	Počet
Spontánne Ab	812
UPT	4257
UPT – zdravotná indikácia	487
GEU	126
Mola hydatidosa	19
UPT pre VVCH v II. trimestri	43

Patologická gravidita

Po zavedení skriningu výrazne vzrástla záchytnosť gestačného diabetu. Vestníkom MZ SR 1997 čiastka 3–4 na strane 38 *Preventívne prehliadky v odbore gynekológia a pôrodnice*

– *odborné usmernenie* je stanovené povinné vyšetrenie – “orálny glukózový test na vyhľadávanie cukrovky matky v 24.–28. týždni tehotnosti”. Neštátni gynekológovia primárneho kontaktu však narážajú na problém preplácania tohto skriningového vyšetrenia poisťovňami. Záchytnosť gestačného diabetu v Bratislavskom kraji (1,34 %) hodnotíme ako neuspokojivú, pretože jej reálna frekvencia by mala byť podľa štatistických predpokladov približne dvojnásobná (Hagay a Reece, 1993; Andělová, 1994; Tošerová a spol., 1996). Frekvencia kardiopatií (0,6 %) zodpovedá predpokladanému výskytu v našej populácii (tab. 11). Na špecializovaných pracoviskách sa v tejto skupine vysoko rizikových rodičiek dosahujú perinatologické výsledky porovnateľné s ostatnou populáciou (Korbel, 1995). Oproti roku 1995 pozorujeme nárast počtu preeklampií, ale na druhej strane pokles výskytu syndrómu HELLP. V ambulantnej praxi odporúčame podávať nízke dávky kyseliny acetylosalicylovej v rizikových skupinách rodičiek, ktoré podľa súčasných poznatkov zmierňujú priebeh preeklampsie (Korbel a spol., 1996).

Spektrum a frekvencia invazívnych intrauterinných vyšetrení (tab. 12) sú limitované materiálovým a technickým vybavením pracovísk vykonávajúcich prenatálnu diagnostiku.

Štandardizáciou výučby ultrazvukovej (UZV) diagnostiky v gynekológii a pôrodníctve a stanovením kritérií pre jednotlivé stupne kvalifikácie v UZV diagnostike (Kleskeň, 1996, 1997) sa vytvárajú predpoklady pre skvalitnenie prenatálnej diagnostiky VVCH. V tejto oblasti vidíme určité rezervy pre zlepšenie perinatálnych výsledkov a ekonomických úspor pre štát.

Reprodukčné straty v I. a II. trimestri

Reprodukčné straty v I. a II. trimestri tvorili v sledovanom roku 5744 prípadov, z toho 812 bolo spontánnych potratov, v 19 prípadoch išlo o hydatidóznou molu, v 126 prípadoch o ektopickú graviditu a 43 tehotností bolo prerušených v II. trimestri pre diagnostikovanú vrodenú vývojovú chybu plodu. Umelých prerušení tehotnosti bolo 4257 (v Bratislave je to pokles o 419 oproti roku 1995) z toho v 487 prípadoch zo zdravotnej indikácie (tab. 13). V období, keď na Slovensku zaznamenávame výrazný pokles pôrodnosti, považujeme za dôležité objasnenie etiopatogenézy každého spontánneho potratu u ženy plánujúcej ďalšiu tehotnosť (Vojtaššák, 1994; Vojtaššák a Böhmer, 1995).

Záver

Vývoj perinatologických ukazovateľov v Bratislavskom kraji roku 1996 je charakterizovaný klesajúcou pôrodnosťou a potratovosťou, ktorá je sprevádzaná miernym poklesom perinatálnej úmrtnosti.

Stúpa frekvencia cisárskeho rezu a klesá frekvencia vaginálnych operácií.

V praxi sa začína dôslednejšie uplatňovať zásada vedenia predčasného pôrodu (najmä pôrody plodov s extrémne NPH) v perinatologických centrách. Kapacita a vybavenie týchto centier však často nestačia na pokrytie potrieb kraja.

Narastá počet rodiacich narkomaniiek.

Zhoršuje sa záchytnosť gestačného diabetu a neuspokojivá je prekoncepčná príprava pacientok s diabetom I. a II. typu.

Zlepšuje sa prenatálna diagnostika VVCH, hoci i tu máme ešte značné rezervy.

Ako nepriaznivý jav v poslednom období stále častejšie pozorujeme upúšťanie od konzultácií prípadov vysokorizikových a patologických gravidít na špecializovaných pracoviskách zo strany neštátnych gynekológov. Tento fenomén ("homba za bodmi") sa môže v budúcnosti nepriaznivo premietnuť do materskej a perinatálnej úmrtnosti.

Literatúra

1. **Andělová K.:** Těhotenství a diabetes. AMI-REPORT, 1994, č. 4–5, s. 36–40.
2. **Drobná H., Huttová M.:** Novorodenec matky závislej na drogách – neonatálny abstinenčný syndróm. Prakt. Gynek., 3, 1996, č. 3, s. 149–154.
3. **Frič I.:** Prenatálna dystrofia. S. 516–522. In: Poradovský K. (Ed.): Gynekológia a pôrodnictvo. 2. Patologické pôrodnictvo. Martin, Osveta 1974.
4. **Hagay Z.J., Reece E.A.:** Diabetes mellitus in pregnancy. S. 982–1020. In: Reece E.A. a spol. (Eds.): Medicine of the fetus and mother. Philadelphia, J.B. Lippincott Company 1992.
5. **Huttová M., Styková Z., Hartmannová I., Chovancová D.:** Intenzívna starostlivosť o novorodencov s pôrodnou hmotnosťou pod 1500 g. S. 167–172. In: Šuška P., Ponecová M. (Eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
6. **Chabada J., Zajac J., Huttová M., Drobný J., Pospechová E.:** Transport in utero. S. 144–147. In: Šuška P., Ponecová M. (Eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
7. **ICD-10.** International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Geneva, WHO 1992.
8. **Kleskeň P.:** Systém vzdelávania v oblasti ultrazvukového vyšetrenia. Janssen-Cilag, INFO, č. 4, 1996, s. 1–6.
9. **Kleskeň P.:** Štandardizovaná výuka ultrazvukovej diagnostiky – súvislosti s problematikou štandardizácie a certifikácie v medicíne. Med. Monitor, 3, 1997, s. 25–26.
10. **Korbel M.:** Špecializovaná starostlivosť o rodičky s kardiopatiami a jej vplyv na reprodukčné výsledky. Prakt. Gynek., 2, 1995, č. 4, s. 197–200.
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. **Pavlíková D., Cupaníková D.:** Hemolytická choroba novorodenca v období profylaktického podávania imúnneho globulínu anti-Rh(D). Prakt. Gynek., 3, 1996, č. 2, s. 73–76.
13. **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.
14. **Rušňák I., Štencel J.:** Perinatálna mortalita a morbidita pri predčasnom pôrode. S. 176–180. In: Šuška P., Ponecová M. (Eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
15. **Shaw K., Paul R.:** Postterm pregnancy. S. 1469–1481. In: Reece E.A. a spol. (Eds.): Medicine of the fetus and mother. Philadelphia, J.B. Lippincott Company 1992.
16. **Slezák P., Sečkárová R., Záhumenský J.:** Objektívny stav novorodenca po pôrode ako konečné zhodnotenie funkcie placenty. S. 92–95. In: Holomáň K. (Ed.): Placenta •94. Bratislava, SAP 1994.
17. **Štembera Z.K. a spol.:** Risikové těhotenství a dítě. Praha, Avicenum 1979, 360 s.
18. **Štencel J., Rusňák I.:** Prevencia a liečba predčasného pôrodu. S. 88–91. In: Šuška P., Ponecová M. (Eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
19. **Šuška P.:** Predčasný pôrod – úvod do problematiky. In: Šuška P., Ponecová M. (Eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
20. **Tošerová E., Korbel M., Lištiaková D., Mračnová D.:** Gestačný diabetes mellitus pred a po zavedení skriningu. S. 19. In: Abstraktá zo VI. diabetologických dní v Trenčíne 20.–22.6.1996.
21. **Unzeitig V., Buček R., Drábková M., Kříž J., Petrenko M.:** Bakteriální profil předčasného porodu a jeho vývoj od roku 1989. S. 41–44. In: Šuška P., Ponecová M. (Eds.): Predčasný pôrod. Bratislava, SAP 1995.
22. **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.
23. **Vojtaššák J.:** Samovoľný potrat z pohľadu genetika a význam jeho vyšetrenia pre klinickú prax a výskum. Časť II: Chromozómové aberácie. Prakt. Gynek., 1, 1994, č. 2, s. 34–38.
24. **Vojtaššák J., Böhmer D.:** Cytogenetika opakovaných samovoľných potratov. Prakt. Gynek., 2, 1995, č. 2, s. 98–101.

Do redakcie došlo 20.9.1997.