

17

Magyar Nőorvosok Lapja 56, 225—233 1993.

A szülészeti ellátás mennyiségi és minőségi mutatói Kelet-Magyarország három megyéjében 1988 és 1990 között

**TÓTH-PÁL ERNŐ DR., SZABÓ GYÖRGYNÉ DR.,
PAPP CSABA DR., TÓTH ZOLTÁN DR., TÖRÖK OLGA DR.,
PAPP ZOLTÁN DR.**

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Papp Zoltán dr.), és a Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Lampé László dr.) közleménye

Kulcsszavak: perinatális statisztika, perinatális mortalitás, középidejű magzati veszteség.

A genetikai vizsgáló módszerek bevezetésével lehetőség nyílt szülészeti/neonatólogiai ellátásuk további korszerűsítésére és így érdemesnek láttuk, hogy területünkön megszervezzük a genetikai szűrővizsgálatok mellett a szülészeti gyakorlat regionalis adatszolgáltatását (17). Három megye 21 szülészeti intézményének önkéntes összefogásából páratlanul igényes számítógépes adatbázis jött létre, melynek egyes részleteit közreadva reális képet kaphatunk a jelenlegi szülészeti gyakorlat statisztikai mutatóiról, külön tárgyalva a szociális helyzetükből adódóan hátrányos helyzetű, a magukat cigánynak valló terhesek perinatális eseményeit. Jelen közleményünkben három év szülészeti eseményeiről számolunk be.

Anyag és módszer

Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Jász-Nagykun-Szolnok megyék 21 szülészeti intézetében (*) 1988. január 1. és 1990. december 31. között a gestatio 16. és 42. hete között befejeződött 63.496 terhesség adatait elemeztük. Kizárólag azon terhesek adatait vettük figyelembe, akik postai irányítószámuk alapján a három megyében laktak. Nem kerültek az anyagba a „területen kívüliek”, tehát a sta-

* A három megyében 21 szülészeti intézmény van: 1 klinika (Debrecen), 3 megyei (Debrecen, Nyíregyháza, Szolnok), 8 városi (Berettyóújfalú, Fehérgyarmat, Jászberény, Karcag, Kisvárd, Mátészalka, Mezőtúr, Vásárosnamény) osztály és 9 szülőotthon (Hajdúböszörmény, Hajdúnánás, Kemece, Kisújszállás, Kunhegyes, Nyírbátor, Tiszafüred, Tiszalök, Törökszentmiklós).

tisztikai adatok nem azonosak a 21 szülészeti intézmény összesített adataival. Ugyanakkor a három megye területén élő, de megyén kívül szült eseteket nem állt módunkban figyelembe venni, de ezt a tényt a kis esetszám miatt elhanyagolhatóan ítéljük és anyagunkat ennek ellenére epidemiológiai szempontból a három megyére jellemzőnek tartjuk. A három megye lakossága a hazai összlakosság kb. 1/6-ának felel meg. Az adatgyűjtés részletes módszertanát lásd korábbi munkánkban (17).

Eredmények

Eredményeinket táblázatos szerkesztésben adjuk közre. (I. táblázat)

I. táblázat

A szülészeti események számszerű adatai

A szülészeti ellátás mutatói: NEM CIGÁNY CIGÁNY

I. EGYES (SINGULARIS) terhességek száma	54.637	8.124
IA. EGYES (SINGULARIS) szülések száma		
.....	53.509	7.971

1. A MAGZAT FEKVÉSE SZERINT

fejvégű	95,48%	95,58%
egyszerű fartartás	3,11%	2,66%
far lábtartás	0,30%	0,45%
lábtartás	0,73%	0,70%
harántfekvés	0,34%	0,58%
ferdefekvés	0,04%	0,03%

2. A SZÜLÉS MÓDJA SZERINT

spontán hüvelyi	86,89%	88,83%
-----------------	--------	--------

fogóútét	0,01%	0,01%
vacuum extractio	1,37%	0,85%
Bracht segítségnyújtás	1,84%	2,36%
lábrafordítás, extractio	0,03%	0,01%
császármetszés (nem electiv)		
	9,05%	7,53%
Electiv császármetszés	0,81%	0,40%
császármetszés összesen	9,85%	7,93%

3. ÉLVESZÜLETETT ÉRETT SÚLYÚ ÚJSZÜLÖTTEK (>=2500g)

.....	49.403 (100%)	6,532 (100%)
.....	.....	532 (100%)
168 órán belül meghalt	105 (0,21)	3 (0,20%)
a 2-4. héten meghalt	50 (0,10%)	10 (0,15%)
az 5-52. héten meghalt	56 (0,11%)	30 (0,46%)
1 éves kor után meghalt	1 (0,00%)	1 (0,02%)

4. ÉLVESZÜLETETT KISSÚLYÚAK (<2500 g)

.....	3766 (100,0%)	1370 (100%)
168 órán belül meghalt	319 (8,47%)	90 (6,57%)
a 2-4. héten meghalt	103 (2,73%)	22 (1,61%)
az 5-52. héten meghalt	39 (1,04%)	12 (0,88%)
1 éves kor után meghalt	1 (0,03%)	0

4a ÉLVESZÜLETETT IGEN KIS SÚLYÚAK (<1000 g)

.....	105 (100,0%)	43 (100,0%)
168 órán belül meghalt	86 (81,90%)	32 (74,42%)
a 2-4. héten meghalt	7 (6,67%)	5 (11,63%)
az 5-52. héten meghalt	0	0
1 éves kor után meghalt	0	0

5. HALVASZÜLETETT ÉRETT SÚLYÚ ÚJSZÜLÖTTEK (>=2500g)

.....	102 (100,0%)	23 (100,0%)
intézetben kívül szülés előtt	57 (55,88%)	13 (56,52%)
intézetben kívül szülés alatt	8 (7,84%)	2 (8,70%)
intézetben szülés előtt	19 (18,63%)	2 (8,70%)
intézetben szülés alatt	18 (17,65%)	6 (26,09%)

6. HALVASZÜLETETT KIS SÚLYÚAK (SÚLY <2500 g ÉS TERHESSÉGI HÉT >=28 VAGY SÚLY >=1000g ÉS TERHESSÉGI HÉT <28)

.....	238 (100,0%)	46 (100,0%)
intézetben kívül szülés előtt	149 (62,61%)	34 (73,91%)
intézetben kívül szülés alatt	11 (4,62%)	3 (6,52%)
intézetben szülés előtt	44 (18,49%)	2 (4,35%)
intézetben szülés alatt	34 (14,29%)	7 (15,22%)

6a HALVASZÜLETETT IGEN KIS SÚLYÚAK (SÚLY <1000 g ÉS TERHESSÉGI HÉT >=28)

.....	34 (100,0%)	2 (100,0%)
intézetben kívül szülés előtt	20 (58,82%)	2 (100,0%)
intézetben kívül szülés alatt	0	0
intézetben szülés előtt	12 (35,29%)	0
intézetben szülés alatt	2 (5,88)	0

IB. SINGULARIS VETÉLÉSEK SZÁMA

..... 1128 153

VETÉLÉSEK
(SÚLY <1000 G ÉS 16<= TERHESSÉGI HÉT <28)
..... 786 122

2. KÖZÉP IDÓS INDUKÁLT VETÉLÉSEK (SÚLY <1000g ÉS 16<= TERHESSÉGI HÉT <28) EZEKBŐL ZÁRÓJELBEN A GENETIKAI/TERATOLOGIAI JAVALLAT ALAPJÁN VÉGZETT INDUCTIÓK SZÁMA)

..... 342 (201) 31 (15)

II. IKERTERHESSÉGEK SZÁMA

624

96

IIA. IKERSZÜLÉSEK SZÁMA

..... 574 94,0

1. Amagzat fekvése szerint

„A” magzat		
fejvégű	71,09%	60,63
egyszerű fartartás	19,16%	24,47
farlábartás	3,14%	4,26
lábartás	4,70%	6,38
harántfekvés	1,74%	4,26
ferdefekvés	0,17%	—
„B” magzat		
fejvégű	59,24%	45,7
egyszerű fartartás	19,51%	22,34
farlábartás	2,09%	6,38
lábartás	6,27%	6,38
harántfekvés	12,89%	18,09
ferdefekvés	—	1,06

2. A szülés módja szerint

„A” magzat		
spontán hüvelyi szülés	52,62%	51,08
fogóútét	—	—
vacuum extractio	0,35%	1,06
Bracht segítségnyújtás	5,40%	13,83
lábrafordítás, extractio	0,17%	1,06
„B” magzat		
spontán hüvelyi szülés	39,38%	36,18
fogóútét	—	—
vacuum extractio	0,35%	1,06
Bracht segítségnyújtás	12,54%	19,15
Lábrafordítás, extractio	6,27%	9,57
császármetszés		
(nem electiv)	8,85%	32,98
electiv császármetszés	2,96%	1,06
császármetszés összesen	41,81%	34,04

3. ÉLVESZÜLETETT ÉRETT SÚLYÚ ÚJSZÜLÖTTEK (>=2500 g) 518 (100%)

..... 36 (100%)

„A” magzat:

168 órán belül meghalt	0	0
2-4. héten meghalt	0	0
az 5-52. héten meghalt	0	1
.....	.....	(2,78%)
1 éves kor után meghalt	0	0

„B” magzat

168 órán belül meghalt	3 (0,58%)	0
a 2-4. héten meghalt	0	0
az 5-52. héten meghalt	0	0
1 éves kor után meghalt	0	0

4. ÉLVESZÜLETETT KIS SÚLYÚAK (<2500 g)

..... 601 (100%) 147 (100%)

„A” magzat:

168 órán belül meghalt	3 (5,32%)	7 (4,76%)
a 2-4. héten meghalt	6 (1,00%)	1 (0,68%)
az 5-52. héten meghalt	1 (0,17%)	0
1 éves kor után meghalt	0	0

„B” magzat

168 órán belül meghalt	44 (7,32%)	7 (4,76%)
a 2-4. héten meghalt	10 (1,66%)	0
az 5-52. héten meghalt	0	1 (0,68%)
1 éves kor után meghalt	0	0

4a. ÉLVESZÜLETETT IGEN KIS SÚLYÚAK (<1000 g)

..... 32 (100%) 14 (100%)

„A” magzat:

168 órán belül meghalt	12 (37,50%)	5
.....	.....	(35,71%)
a 2-4. héten meghalt	0	0
az 5-52. héten meghalt	0	0
1 éves kor után meghalt	0	0

„B” magzat:

168 órán belül meghalt	18 (56,25%)	5
.....	.....	(35,71%)

a 2-4. héten meghalt	0	0
az 5-52. héten meghalt	0	0
1 éves kor után meghalt	0	0

5. HALVASZÜLETETT ÉRETT SÚLYÚ ÚJSZÜLÖTTEK

(>=2500 g)

..... 4 (100%) 0 (100%)

„A” magzat:

intézetben kívül szülés előtt	1 (25,00%)	0
intézetben kívül szülés alatt	0	0
intézetben szülés előtt	0	0
intézetben szülés alatt	1 (25,00%)	0

„B” magzat:

intézetben kívül szülés előtt	0	0
intézetben kívül szülés alatt	1 (25,00%)	0
intézetben szülés előtt	1 (25,00%)	0
intézetben szülés alatt	0	0

6. HALVASZÜLETETT KIS SÚLYÚAK (SÚLY <2500 gÉS TERHESSÉGI HÉT >28 VAGY > 1000 gS TERHESSÉGI HÉT<28)

„A” magzat:

intézetben kívül szülés előtt	5 (20,00%)	2	(40,0%)
intézetben kívül szülés alatt	0	0	
intézetben szülés előtt	6 (24,00%)	0	
intézetben szülés alatt	3 (12,00%)	0	

„B” magzat:

intézetben kívül szülés előtt	6 (24,00%)	2	(40,0%)
intézetben kívül szülés alatt	0	0	
intézetben szülés előtt	4 (16,00%)	1	(20,0%)
intézetben szülés alatt	1 (4,00%)	0	

6a HALVASZÜLETETT IGEN KIS SÚLYÚAK (SÚLY <1000 g ÉS TERHESSÉGI HÉT >28)

..... 12 (100%) 0 (100%)

„A” magzat:

intézetben kívül szülés előtt	3 (25,00%)	0
intézetben kívül szülés alatt	0	0
intézetben szülés előtt	2 (16,67%)	0
intézetben szülés alatt	2 (16,67%)	0

„B” magzat:

intézetben kívül szülés előtt	4 (33,33%)	0
intézetben kívül szülés alatt	0	0
intézetben szülés alatt	0	0

IIb. IKER VETÉLÉSEK SZÁMA

..... 50 2

1. KÖZÉPIDÓS SPONTÁN VETÉLÉSEK

IKERTERHESSÉGBEN

(16.<=TERHESSÉGI HÉT) 46 2,

2. KÖZÉPIDÓS INDUKÁLT VETÉLÉSEK

IKERTERHESSÉGBEN

(16.<=TERHESSÉGI HÉT <28)

(EZEKBŐL ZÁRÓJELBEN A GENETIKAI JAVALLAT

ALAPJÁN VÉGZETT SZELEKTÍV

TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁSOK

SZÁMA) 4 (4) 0 (0),

III. PERINATALIS ÖSSZESÍTŐ STATISZTIKA

1. Koraszülött súlyú (kis súlyú) (<2500 g)

újszülöttek gyakorisága

..... 8,51% 19,28%

2. Koraszülések (27< terhességi hét <37)

gyakorisága

..... 7,19% 13,50%

3. A császármetszés gyakorisága

főjavallatok

Magzati hypoxia/acidosis 25,12% 26,20%

Relatív téraránytalanság

(többnyire medencevégű

fekvés) 12,72% 9,34%

Fájásgyengeség/elhúzóóó

szülés 10,33% 8,43%

Lábtartás 6,54% 6,17%

Beilleszkedési vagy tartási rendellenesség

(kpf) 6,00% 4,82%

Császármetszési utáni állapot

..... 5,27% 6,78%

Korai lepényleválás 5,00% 10,54%

Harántfekvés 2,79% 5,87%

Többes terhesség 2,56% 2,41%

Fenyegető hegszétvál's 2,56% 0,45%

Szemészeti betegségek 2,32% 0,60%

Súlyos gestosis 2,27% 1,36%

Köldökzsinór

előesés/előfekvés 2,14% 2,71%

Placenta praevia 1,85% 3,46%

Idős anyai életkor 1,72% 0,15%

Farlábartás 1,67% 0,60%

Magzati retardatio 1,56% 1,96%

Csontváz

rendellenességek 1,43% 1,20%

Terhelő gestatiós

anamnézis 0,96% 0,30%

Az uterus veleszületett/szerzett

rendellenesség 0,80% 0,15%

Neurológiai/neuro-muscularis betegségek

..... 0,60% 0,15%

Ascendáló méhúri

fertőzés 0,43% 0,90%

Conisatio utáni állapot 0,42% 0,30%

Metroplastica/enucleatio

utáni állapot 0,31% 1,51%

Eclampsia 0,29% 1,05%

4. Császármetszés gyakorisága

medencevégű fekvés esetén

singularis terhes-

ségekbén 55,75% 40,13%

5. Fogóműtét

gyakorisága 0,01% 0,01%

6. A vacuum extractio

gyakorisága 1,355 0,86%

7. Anyai halálesetek aránya

(haláleset/terhesség) 2/55,271 1/8,222

Gyógyíthatatlan anyai betegség

(leukaemia) 1 —

Magzátvízembolia 1 —

Sepsis — 1

8. Anyai mortalitás

(haláleset/100.000 terhesség 3,619 12,162

9a. Középidős magzati veszteség aránya

(veszteség/terhesség) 803/55,271 128/8,222

9b. Középidős intrauterin mortalitás

(középidős magzati

veszteség/1000 terhesség

..... 14,528 15,568

10. Középidős vetélés inductiók

Magzati diagnosztikai

alapján 201 15

Fejlődési rendellenesség

miatt 174 12

Genetikaib etegség miatt 27 3

Orvosi (anyai) javallat

alapján 31 6

Nem orvosi javallatra

(elsősorban fiatalokorúak) 110 10

11. Késői intrauterin mortalitás

(késői magzati

12. Korai neonatalis mortalitás

veszteség/1000 születés) 6,767 9,063

[korai újszülöttkori veszteség

(168 órán belül)/1000

élveszületés] 9,390 14,461

13. Késői neonatalis mortalitás

késői újszülöttkori veszteség.

(a 2-4. héten)/1000

élveszületés 3,167 4,202

14. postneonatalis mortalitás

[postneonatalis veszteség

(az 5-52. héten)/1000

élveszületés]	1,768	.....	5,438
15. Perinatalis mortalitás			
(késői intrauterin és korai újszülöttkori veszteség/1000 születés ..	16,093	.....	23,393
16. Érett súlyú			
magzatok/újszülöttek			
perinatalis mortalitása	4,278	.....	5,462
17. Kis súlyúak perinatalis			
mortalitása	143,103	.....	98,475
18. Igen kis súlyú koraszülöttek			
perinatalis			
mortalitása	884,817	.....	745,763
19. Perinatalis mortalitás			
a <1000 g súlyúak kivételével	11,048	.....	18,135
20. Perinatalis mortalitás			
az intézetben kívül intrauterin			
elhaltak kivételével	11,741	.....	16,534
21. Perinatalis mortalitás			
a malformatio miatti szülésinductiók			
kivételével	15,597	.....	23,293
22. Perinatalis mortalitás			
az előző három pontban felsorolt esetek			
kivételével	9,088	.....	11,429
23. Neonatalis mortalitás			
(korai és késői újszülöttkori veszteség/1000			
élveszületés)	12,557	.....	18,663
24. Csecsemőkori mortalitás			
(korai és késői neonatalis és postneonatalis			
veszteség/1000			
élveszületés)	14,325	.....	24,101
[haláloki bontásban lásd a 2. táblázatot]			
25. Hasi műtét			
a gyermekágyban	266	.....	67
Sutura hegszétválás			
vagy ruptura miatt	14	.....	4
Supravaginalis amputatio	6	—	
Hysterectomia	23	.....	5
Sterilisatio (császármetszéssel			
egyidejűleg)	216	.....	57
Egyéb	7	.....	1

Megbeszélés

A perinatalis statisztikát évek óta szerte a világon számítógépes programok felhasználásával készítik (5, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 18). A magyar szülészeti adatok nyilvántartásának is komoly hagyományai vannak (8, 11, 21, 22).

Mintegy korábban megjelent módszertani közleményünkben leírtuk (17), a mai modern követelményeknek megfelelően összeállított és folyamatosan „naprakész” adatokkal táplált adatbázis alkalmas a szülészeti, genetikai és neonatológiai ellátás mennyiségi és minőségi mutatóinak nyomonkövetésére. Jelen közleményünkben a szülészeti és perinatalis statisztika legfontosabb paramétereinek elemzésére vállalkoztunk, külön elemezve a magukat cigánynak valló népesség eltérő mutatóit.

Adatainkat epidemiológiai szempontból megbízhatónak tekintjük, mivel az esetleges téves, vagy hiányzó adatok korrigálását, ill. kiegészítését többszörös ellenőrző mechanizmusok biztosították. A rendszer rugalmassága és naprakész volta lehetővé teszi időleges statisztikai mutatók elkészítését is, s ezzel lehetőséget nyújt az érintett szakellátások hatékonyságának folyamatos kontrolljára. Közismert tény, hogy hazánk népességének jelentős hányadát kitevő, magukat cigánynak valló emberek mind szociális helyzetükben, mind életkörü-

ményeikben különböznek a nem cigány lakosságtól (9, 10, 19, 20). Ezen eltérések történelmi/történelmi, szociológiai magyarázata nem feladatunk, viszont az ebből fakadó esetleges szülészeti/neonatológiai hátrányok felkutatása segíthet orvosi ellátásuk jobb megszervezésében.

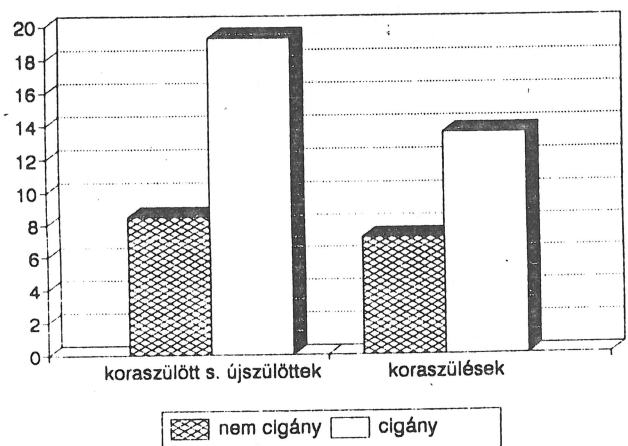
Magyarországon 1891-ben a csecsemők 1/3-a nem érte meg az első életét. Ezt követően a csecsemőhalálozás folyamatosan csökkent, 1901-ben 120 ezrelék, 1941-ben 70 ezrelék, 1959-ben pedig 30 ezrelék alá jutott és egyúttal a 0-6 napos halálozás került előtérbe. Ez a fordulat Szabolcs—Szatmár megyében 1966-ban, a cigánylakosság körében pedig 1972-ben következett be, de a cigányok között még 1978-ban is 40,4 ezrelék volt (1, 2).

Az „Eredmények” c. fejezet áttekintése után a következőket tartjuk kiemelésre érdemesnek: az egyes szülések esetében nincs lényeges különbség a két kiválasztott csoport között a szülés módját illetően. Az élveszületett koraszülött súlyú, valamint az igen kis súlyú újszülötteket vizsgálva a magzati veszteség a cigány újszülöttek esetében alacsonyabb. Ennek lehetséges okaira a későbbiekben visszatérünk. Feltűnő, hogy az intézetben szülés előtt elhalt magzatok aránya a nem cigány populációban jóval magasabb.

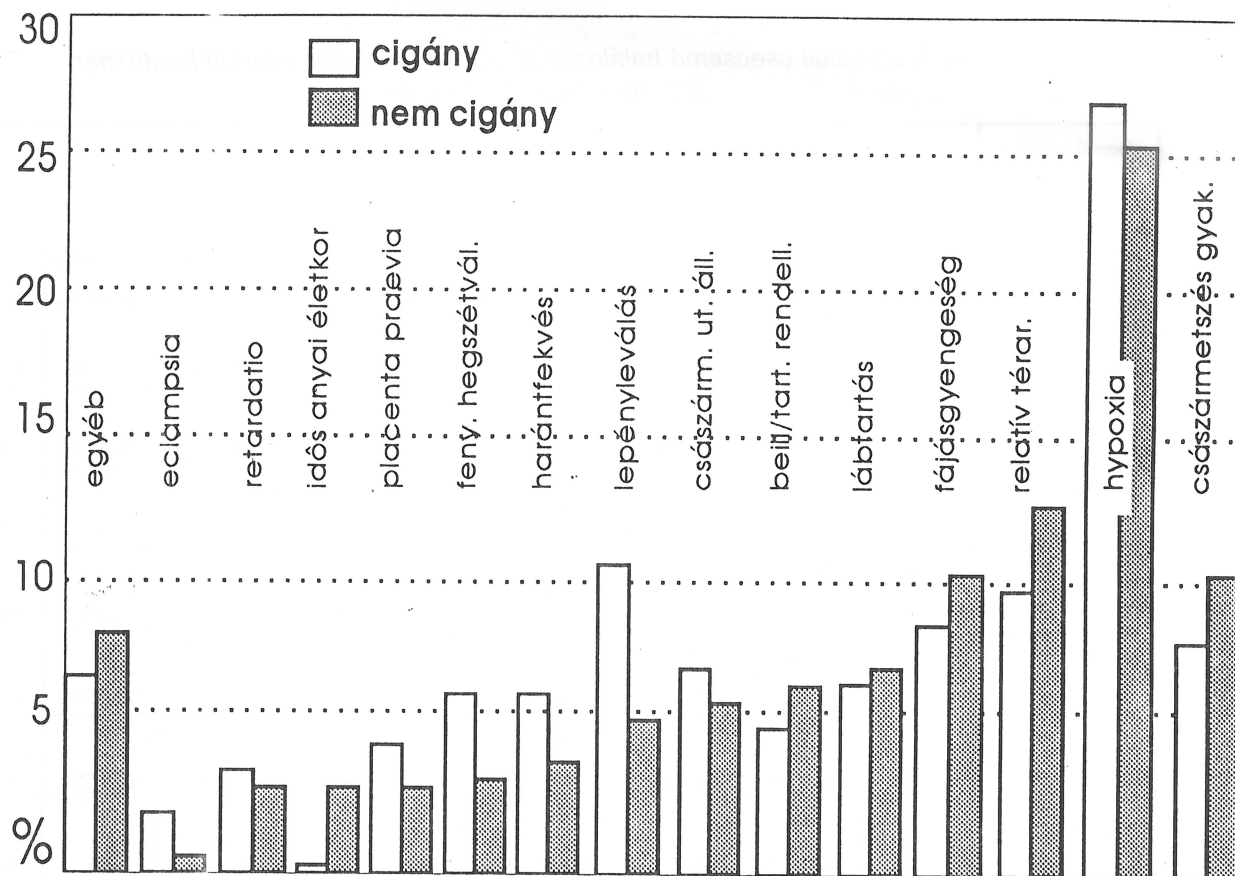
Ennek hátterében nyilván az említett csoportba tartozó terhesek magasabb hospitalizációs aránya áll, s olyan terhespatológiai veszélyeztetettségéről lehet szó, amelyek még a gondos antenatalis észleléssel sem védhetőek ki. A fentieket támasztja alá az intézetben kívül elhalt magzatok nagyobb aránya a cigány terhesek között.

Az ikerterhességekre vonatkozóan a fenti megállapítások szintén helytállóak.

A korai neonatalis mortalitás Bodnár 1980-as felmérésében Szabolcs—Szatmár megyében 17,5 illetve cigányok között 13,8 ezrelék (4). Három megye statisztikájában tíz évvel később ez az érték 9,4 illetve 14,5 ezrelék. Ebből két megállapítás következik. Egyrészt a cigányok



1. ábra: A koraszülött súlyú (kis súlyú) újszülöttek és a koraszülések gyakorisága



2. ábra A császármetszés gyakorisága a fő javallatok szerint

perinatalis mortalitása 10 év alatt lényegesen nem változott, másrészt a nem cigányok újszülöttkori halálozása csaknem felére csökkent. Az utóbbi főleg az elmúlt 10 évben Szabolcs—Szatmár—Bereg megye szülészeti ellátásában végbement javulással magyarázható. A cigány terhesek esetében tapasztalt változatlan okát nem ismerjük, ez a terhesgondozás és az intézeti ellátás mérsékelt igénybevételével csak részben magyarázható. A szülészeti ellátás javulását mutatja a rendkívül alacsony anyai mortalitás is. A kis esetszám miatt a „cigány” „nem cigány” összehasonlítás nem reális, hiszen a hátról egy cigány az összes terhesség számában meglevő lényeges különbség miatt „háromszoros” mortalitásnak felel meg. Mindenesetre tíz évvel korábban ez az arány kétszerese volt (3).

A genetikai javallat alapján történt közepi-dős vetélésindukciók viszonylag alacsonyabb aránya a cigány terhesek csoportjában a genetikai tanácsadás és szűrés igénybevételének kihasználatlanságáról tanúskodik. Ugyanakkor ezt a genetikai betegségek és a fejlődési rendellenességek alacsonyabb száma is magyarázhatja. Ezt a továbbiakban vizsgálni fogjuk.

Részletesebb ismertetésre szorul a „perinatalis összesítő statisztika”. Amint az 1. ábrán meggyőzően szembetűnő, a koraszülött súlyú újszülöttek, valamint a koraszülések gyakori-

ságában lényeges különbség van a két csoport között. Ezt nem csupán a magukat cigányoknak valló emberek eltérő életkörülményei, szociális helyzetük, táplálkozási szokásaik, más kultúrkörhöz való tartozásuk és a koraszülöttséghez vezető ismert tényezők nagyobb aránya magyarázhatja, hanem mint arra a magzati súlypercentilisek elemzése során korábbi munkánkban rámutattunk, a koraszülött súlyú újszülöttek viszonylagosan nagyobb születési arányért biológiai/genetikai adottságok is felelősek lehetnek (16).

A császármetszések gyakorisága és javallatai közötti különbségek nem jelentősek (2. ábra). Mindkét csoportban a magzati hypoxia/acidosis a vezető javallat.

A cigány populációra jellemző nagyobb születési kedv, a magasabb születési arányszám, s így a multiparitás kedvezőtlen szülészeti szövődményei (a lepény tapadási rendellenességei, a korai lepényleválás, a fekvési rendellenességek, a retardatio, stb.) magyarázhatják a javallatok ezen csoportjaiban tapasztalt eltéréseket.

A perinatalis mortalitási adatokat elemezve megállapítható, hogy mind a késői intrauterin mortalitás, mind a korai- és késői neonatalis mortalitás jelentős különbséget mutat a nem cigány populáció javára. Az összesített ún. „tisztítatlan” perinatalis mortalitás is mutatja a jelentős eltérést.

Az egy éven belüli csecsemő halálozások vezető halálokok szerinti bontásban
(NC: nem cigány; C: cigány)

Vezető halálok	Csecsemőhalálozás								
		érettek				kis súlyúak			
		1 héten belül	1 hónapon belül	1 éven belül	összesen	1 héten belül	1 hónapon belül	1 éven belül	összesen
Congenitalis anomália	NC:	45 41,67%	18 36,00%	22 39,29%	85 40,28%	42 10,63%	18 15,13%	14 35,00%	74 16,05%
	C:	4 30,77%	3 30,00%	4 12,90%	11 20,75%	19 18,27%	3 13,04%	5 38,46%	27 21,77%
Éretlenség	NC:	2 1,85%	—	—	2 0,95%	289 73,16%	68 57,14%	—	357 77,44%
	C:	—	—	—	—	64 61,54%	8 34,78%	1 7,69%	73 58,87%
Infectio	NC:	35 32,41%	21 42,00%	30 53,57%	86 40,76%	55 13,92%	28 23,53%	20 50,00%	103 13,36%
	C:	4 30,77%	4 40,00%	24 77,42%	32 60,38%	15 14,42%	10 43,47%	6 46,15%	31 22,14%
Hypoxia	NC:	18 16,67%	6 12,00%	2 3,57%	26 12,32%	4 15,80%	4 3,36%	2 5%	10 1,81%
	C:	3 23,08%	1 10,00%	1 3,23%	5 9,43%	1 0,96%	—	—	1 0,71%
Isoimmunisatio	NC:	1 0,93%	—	—	1 0,47%	—	—	—	—
	C:	—	—	—	—	—	—	—	—
Nem tisztázott	NC:	7 6,48%	5 10,00%	2 3,57%	14 6,64%	5 1,27%	1 0,84%	4 10,00%	10 1,81%
	C:	2 15,38%	2 20,00%	2 6,45%	6 11,32%	5 4,81%	2 8,70%	1 7,69%	8 5,71%
Összesen	NC:	108 100,0%	50 100,0%	56 100,0%	211 100,0%	395 100,0%	119 100,0%	40 100,0%	554 100,0%
	C:	13 100,0%	10 100,0%	31 100,0%	53 100,0%	104 100,0%	23 100,0%	13 100,0%	140 100,0%

Míg az érett súlyú újszülöttek perinatalis mortalitása nem mutat nagy különbséget, feltűnő, hogy a kora- és igen kis súlyú újszülöttek perinatalis mortalitását tekintve a cigány populáció javára billen a mérleg. Ebben a cigány populáció történelmileg is ismert „mostohább” életkörülményei között jobban érvényre jutó természetes szelekció eredményeként kialakult sajátos biológiai/genetikai eltérések is szerepet játszanak. (II. táblázat)

Végezetül jelentős különbség mutatkozik a csecsemőkori mortalitás halálaki eloszlásban. A 2. táblázat adatainak részletes elemzése so-

rán megállapítható, hogy az egy héten belül elhaltak csoportjában a nem cigányok között a congenitalis anomália a vezető halálok és csak az 1 hónapon ill. 1 éven belüli halálozások vezethetők vissza döntően fertőzésre. A cigányok között már az első héten is jelentős a fertőzésre visszavezethető veszteség, annak az aránya a későbbiekben tovább nő. A cigányok között az első héten a hypoxia is jelentősebb, mint a nem cigányok csoportjában. A koraszülött súlyú cigány újszülöttek a nem cigányokkal szemben az első hónapban döntően nem az éretlenség,

hanem szintén az infectio következtében halnak meg.

A fenti adatok és eredmények részletes elemzése megerősíti szándékunkat, hogy napjainkban a szülészeti/genetikai és neonatológiai ellátás mennyiségi és minőségi mutatóinak folyamatos elemzése kívánatos. Ez mind a szakellátás hatékonyságának, mind a perinatalis történések ok-okozati összefüggésének megismeréséhez elengedhetetlen. Ugyancsak indokolt a nem cigány és a magukat cigánynak valló emberek gestatiós történéseit külön vizsgálni tekintettel a két populáció között meglévő szociális, demográfiai, kulturális és biológiai különbségekre. Ennek egyik bizonyítéka a fentiekben részletesen elemzett szülészeti, valamint a perinatalis statisztikai mutatókban bizonyítható eltérés.

A magukat cigánynak valló terhesek gestatiós szokásai is szerepet játszhatnak a rosszabb szülészeti és perinatalis mutatók kialakulásában, melyet még a kis súlyú újszülöttek jobb születési és életbemaradási esélye sem képes kompenzálni. Eredményeink azt támasztják alá, hogy ez a csoport mind a felvilágosító egészségügyi munka, mind a praeconceptionalis és terhesgondozás, mind a szociális ellátás szempontjából nagyobb figyelmet kell, hogy érdemeljen.

Irodalom

1. Bodnár L. A cigány csecsemők halálozása 1958—1978 között Szabolcs-Szatmár megyében az egészségügy fejlődésének függvényében. *Orv Hetil* 1981; 122: 1903—1911.
2. Bodnár L. Demográfiai jelenségek jellemzői cigányoknál. *Eü. Munka* 1981; 28: 9—14.
3. Bodnár L. Cigány nők gesztációs eseményei. I. Anyai halálozás. *Magy Nőorv L* 1983; 46: 136—139.
4. Bodnár L. Cigány nők gesztációs eseményei. II. Művi vetélések, magzati halálozások, perinatalis mortalitás. *Magy Nőorv L* 1983; 46: 340—344.
5. Bottoms SF, Tse G, Chik L. From mainframe to micro: decentralization of perinatal epidemiology. *J Perinat Med* 1988; 16: 345—348.
6. Dalicho FH, Baars F. Computergestützte geburts-hilfliche Datenerfassung und -Verarbeitung. Versuch einer Systemlösung. *Zentr bl Gynäkol* 1988; 110: 501—508.
7. Goldenberg RL, Foster JM, Cutter GR, Nelson KG. Fetal deaths in Alabama, 1974—1983. A birth Weight-specific analysis. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 831—835.
8. Greff L, Földes B. (szerk.) Szülészeti Rendtartás statisztikájának adatai (1931—1973). Budapest: Egészségügyi Minisztérium, 1975.
9. Horváth M. A kedvezőtlen szocioökonómikus helyzet szociálpédiatriai következményei. Acigánykérdés gyermekegészségügyi vonatkozásai. Kandidátusi értekezés, Pécs, 1976.
10. Horváth M., Kóbor J, Schmidtné Heiczinger M. A cigány születések életkor szerinti változása, a 2500 g-nál kisebb születési súlyok ezzel kapcsolatos gyakorisága. *Magy Nőorv L* 1983; 46: 471—476.

11. Lampé L. Egységes nemzetközi szülészeti adatgyűjtés (Taufner nyomdokain). *Orv Hetil* 1982; 123: 895—903.
12. Möller U, Michels W, Seewald HJ, Gross W. Die Anwendung eines Computersystems zur perinatalen Datenerfassung. *Zentrbl Gynäkol* 1988; 110: 509—515.
13. Nakahara H, Koyanagi T, Hirose K, Nakano H. Assessment of local area network based on the microcomputer system for data processing of perinatal medical information. *J Perinat Med* 1988; 16: 315—318.
14. Natho W, Abét L, Schönfelder D. Erfassung und Auswertung von Daten perinataler Diagnostik mittels „personal computer“. *Zentrbl Gynäkol* 1988; 110: 1561—1566.
15. Ohlsson A, Shenman AT, Rose TH. Review of causes of perinatal mortality in a regional perinatal center, 1980 to 1984. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 443—445.
16. Papp Cs, Szabó Gy-né, Tóth-Pál E, Papp Z. A magzati súlynövekedés üteme és variációi 1988/89-ben. *Orv Hetil* 1991; 132: 1865—1870.
17. Papp Z, Siveges D-né, Szabó Gy-né, Kámán A, Papp Cs, Tóth-Pál E, Takács L. A szülészeti és genetikai ellátás nyomán követezése számítógépes rendszer segítségével. *Orv Hetil* 1990; 131: 803—806.
18. Stembera Z, Kravka A, Mandys F. Countrywide analysis of perinatal outcome. *J Perinat Med* 1988; 16: 391—396.
19. Szabó R, Rex-Kiss B. Adatok és észrevételek a kis súlyú újszülöttek 2500 g-os súlyhatárának kérdéséhez. *Gyermekgyógy.* 1984; 35: 120—126.
20. Szegő A, László J, Birtalan I. Kissúlyú újszülötteket, diszmaturus magzatokat szült nők néhány rizikótényezőjének vizsgálata. *Eü. Munka* 1987; 34: 65—68.
21. Taufner V. Jelentés az új szülészeti rendtartás életbeléptetéséről. Budapest: Magyar Királyi Állami Nyomda, 1932.
22. Zoltán I. Előszó. In: Szülészeti rendtartás statisztikájának adatai (1931—1973). Greff L, Földes B, Szerk. Budapest: Egészségügyi Minisztérium, 1975: 9—10.

Tóth-Pál E, Mrs. Szabó Gy, Papp Cs, Tóth Z, Török O, Papp Z: *Quantitative and qualitative indicators of obstetric care in three Eastern-Hungarian counties between 1988 and 1990* The authors analyse the data of 63,496 pregnancies terminating in deliveries, mid-trimester abortions, or mid-trimester terminations due to medical reasons, during 1988—1990, in three district counties of Eastern—Hungary (Hajdu-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun-Szolnok), using their data-base programme which represents the complexity of obstetric, genetic and neonatal care. They handled the data of the pregnant gipsy population (of those who considered themselves as gipsies) separately, pointing out their social handicaps as well as their higher rate of infant mortality. However the birth-weight specific mortality rate in this population is lower than that of the general population, s probably due to biological reasons.

Key-words: perinatal statistics, perinatal mortality, mid-trimester fetal wastage

Közlésre elfogadva: 1993. április 20.