

A méhen belüli elhalások vizsgálata az északkelet-magyarországi ikerrégióban

Póka Róbert dr.¹, Viziné Kovács Klára², Orbánné Lakatos Judit³, Ferenczné Antal Gabriella⁴, Gresó Tiborné⁵, Magyar Veronika dr.⁶, Barna Edit dr.⁷, Foresz Viktória dr.⁸, Teiringer Nóra dr.⁶, Bánhidi Andor dr.⁹, Váradi Eszter dr.⁹, Ditrói Balázs OH¹, Simon Zsanett dr.¹, Csehely Szilvia dr.¹, Juhász Gábor dr.¹ és Tóth Zoltán dr.¹



¹Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet (igazgató: Póka Róbert dr., egyetemi tanár) ²Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály (főosztályvezető: ifj. Wernigg Róbert dr.) ³Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály (főosztályvezető: Fodor Mária dr.) ⁴Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály (főosztályvezető: Surján Orsolya dr.) ⁵Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály (főosztályvezető: Asztalos Ágnes dr.) ⁶Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház Nyíregyháza (főigazgató: Adorján Gusztáv dr.) ⁷gróf Tisza István Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Berettyóújfalú (osztályvezető: Zákány Zsolt dr.) ⁸Felső-Szabolcsi Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Kisvárd (osztályvezető: Novák Miklós dr.) ⁹Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Miskolc (osztályvezető: Nagy Gábor dr.)

Célkitűzés: Az északkelet-magyarországi ikerrégió méhen belüli elhalásainak demográfiai elemzése és összehasonlítása az országos és nemzetközi adatokkal.

Esetek és módszerek: A szerzők a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatbázisából a 1996–2014 közötti esetekre vonatkozóan gyűjtötték ki az északkelet-magyarországi hat megye (Nógrád, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg) késői magzati haláleseteinek évenkénti számát, az egyes esetek terhességi korát, az anya iskolai végzettségét és életkorát. A 2010 és 2014 között emelkedő esetszámok háttérének pontosabb elemzése érdekében adatgyűjtést kezdeményeztek a hat megye vezető védőnőinek megkeresésével.

Eredmények: A Központi Statisztikai Hivatal 20 évet felölelő adatai szerint a méhen belüli elhalások többsége a 24. és 36. terhességi hét között következett be és jelentős részük tinédzser terhességet, illetve iskolázatlan várandóst érintett. Az elhalások 35%-a az észak-keleti régióban történt, ezen belül Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék vannak a leghátrányosabb helyzetben. A méhen belüli elhalások okainak és körülményeinek vizsgálatát 722 északkelet-magyarországi eset elemzésével végezték el. Az azonosított okok között csökkenő gyakorisági sorrendben lepényleválás (26%), köldökzsinór-komplikáció (17%), lepényi elégtelenség (14%), magzati fejlődési rendellenesség (4%) és méhen belüli fertőzés (2%) fordult elő legtöbbször. A magzatok 16,5%-a 1000 g alatti és 22,4%-uk volt érett súlyú. A 722 esetből 139-ben (19%) legalább az ötödik az a terhesség, amelyben a méhen belüli elhalás bekövetkezett és 84-ben (12%) négy-nél többször szülő nőről volt szó. Kétszázhuszonegy esetben (31%) várandósság alatti betegség, 156 (22%) esetben pedig a terhelő egészségügyi előzmény fokozott gondozást indokolt volna. Ennek ellenére 51 (7%) olyan eset fordult elő, amelyikben a várandós nem jelent meg a várandósgondozáson, de a védőnő látogatta. További 9 (1%) esetben a védőnői látogatás sem volt lehetséges. Az esetek 43%-ában az orvossal, 44%-ban pedig a védőnővel való együttműködés hiánya volt kimutatható. A várandósok 22%-a 8 általános iskolát végzett, 7%-uk pedig 8 általános iskolai végzettséggel sem rendelkezett. A munkanélküliek aránya 29% volt. A várandósok 20%-a (147 eset) rendszeres szociális ellátásban részesült, 207 esetben (29%) fordult elő munkanélküli a családban. A várandósok 37%-a (118 eset) komfort nélküli lakásban élt, 30%-uk egy- vagy

Levelezési cím:

Dr. Póka Róbert, Debreceni Egyetem KK, ÁOK, pokar@med.unideb.hu

kétszobás lakásban. Az esetek 15%-ában 5 főnél többen laktak egy lakásban. A nem megfelelő vagy elhanyagolt lakóhelyi higiénés viszonyok előfordulási gyakorisága 30% volt. A 722 eset között 227-ben az anya, 181-ben a férj/élettárs, 136 esetben pedig a környezetben élők valamelyike dohányzott.

Következtetés: Az északkelet-magyarországi régió méhen belüli elhalásai a hátrányos gazdasági és társadalmi helyzethez hasonló képet mutatnak. Az elmúlt évek kedvezőtlen trendje megfordult, de az országos adatokban a látványos javulás még várat magára. A probléma megoldása döntően nem csak a védőnői és a szülészeti ellátórendszer fejlesztésétől, hanem a leginkább érintett megyék gazdasági és társadalmi felzárkóztatásától várható.

Kulcsszavak: méhen belüli elhalás, Északkelet-Magyarország, kóroki felmérés, környezet felmérés

Summary

Aim: Demographic analysis of intrauterine deaths in North-Eastern Hungary with national and international comparison.

Materials and methods: The authors collected data from the National Bureau of Statistics' 1996–2014. database to assess frequency, gestational age, maternal age and education for six counties (Nograd, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplen, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdu-Bihar and Szabolcs-Szatmar-Bereg) of the region. A regional survey was initiated to collect more detailed data on living environment for individual cases of the region between 2010 and 2014 through digitalized records of community midwifery services.

Results: Data collected by the National Bureau of Statistics over 20 years show that the majority of intrauterine deaths occur between the 24th and 36th gestational weeks. A significant proportion is associated with teenage pregnancy and low maternal education. Thirty-five percent of cases occurred in the North-Eastern region, Borsod-Abaúj-Zemplen and Szabolcs-Szatmar-Bereg counties being the most affected areas. Analysis of 722 individual cases revealed the most common causes were placental abruption (26%), cord accident (17%), placental insufficiency (14%), malformations (4%) and intrauterine infection (2%). 16,5% of fetuses weighed less than 1000 g and 22.4% of them weighed more than 2500g. Mothers of 139 out of the 722 cases (19%) were having the fifth or higher order pregnancy and 84 (12%) had her fifth of higher order delivery. There were pregnancy associated disorders in 221 cases (31%) and history of pregnancy medical disorder 156 (22%) present which would have indicated higher level surveillance. Despite those mothers of 51 cases (7%) never attended antenatal care; however community midwives managed to keep in touch with them. In further 9 cases (1%) community midwifery contact could not be made either. The lack of cooperation with obstetrician could be identified in 43% of cases and the lack of cooperation with the community midwife was documented in 44% in cases. 22% of cases had basic level education and 7% of them had not completed primary education. The rate of unemployment was 29% among the mothers. 20% (147 cases) were dependent on regular social support and in 207 cases (29%) there was at least one unemployed within the family. 37% (118 cases) of expectant women lived in a house without comfort, 30% of which had not more than two rooms. More than 5 persons lived together in 15% of cases. Not sufficient or neglected hygiene in the house was recorded in 30% of cases. Out of the 722 cases there 227 in which the mother, in 181 cases the husband/spouse and in another 136 cases somebody from the cohabitants smoked during the pregnancy.

Conclusion: Frequency and distribution of intrauterine deaths in North-Eastern Hungary show a similar picture as those of socio-economic indices. The unfavourable trend has come to an end in 2015 however the national statistics do not show any significant improvement yet. The solution to the problem seems to be independent of the community midwifery and obstetric service provision and is expected to be achieved by social and economic development of the most affected counties

Keywords: intrauterine death, North-Eastern Hungary, pathogenetic survey, socioeconomic environmental survey

Bevezetés

A születés körüli halálozás, más néven perinatális mortalitás a késői magzati halálozásból (halvaszületés) és a korai csecsemőhalálozásból (0–6 napos korban meghaltak) tevődik össze. A késői magzati halálozásnak nevezzük a fogamzás azon kimenetelét, amikor a magzat az anya testétől történő elválasztás után az élet semmilyen jelét nem mutatja, és a fogamzástól számított 24 teljes hétnél (1996-ig 28. hétnél) hosszabb idő eltelt. A korai csecsemőhalálozás esetén pedig az élve születést követően az egy héten belüli halálozásról beszélünk. Így indokolt meghatározni, hogy a fogamzás milyen kimenetelét is tekintjük élve születésnek. A magyar gyakorlat a nemzetközi ajánlásokat követve élve születtnek

tekinti a magzatot, ha az anya testétől történő elválasztása után az életnek bármilyen jelét (mint légzés vagy szív működés, illetőleg köldökzsinór-pulzáció) adja, tekintet nélkül arra, hogy mennyi ideig volt az anya méhében és mennyi ideig élt [1]. Az 1990 és 2011 közötti időszakban a perinatális halálozáson belül nőtt a késői magzati halálozás és csökkent a korai csecsemőhalálozás részaránya. Ez a változás alapvetően két okra vezethető vissza. Egyrészt, a nemzetközi standardnak megfelelően 28. terhességi hétről a 24. terhességi hétre történt definíció váltás 1996 után automatikusan megemelte a késői magzati halálozások számát és az összes magzati halálozáson belüli arányát. Másfelől az általános csecsemőhalálozás csökkenésében meghatározóbb szerepet játszott 0–6 napos korai csecsemőhalálozások száma az átlagoslán

nagyobb mértékben esett vissza. Így a születés körüli halálozások két összetevője közül az egyik szerepe, súlya nőtt, miközben a másiké folyamatosan csökkent. Míg 1990-ben a születés körüli halálozások 39 százalékát tették ki a késői magzati halálozások, és 61 százalékát a korai csecsemőhalálozások, ezek az arányok 2011-re lényegében megfordultak. A késői magzati halálozások aránya 67 százalékra emelkedett, a korai csecsemőhalálozásoké pedig 33 százalékra mérséklődött [1]. A koraszülöttségi arány nem mutat érdemi javulást az elmúlt évtizedekben. 1990 és 2011 közötti időszakban a gyermekek 7–9 százaléka jött világra koraszülöttként. Ennek ellenére, vagy emellett esett a felére, 14-ről 7 ezrelék alá ugyanezen időszak alatt a születés körüli halandóság. A csökkenésben főleg a 0–6 napos halandóság jelentős, 76 százalékos javulása játszott meghatározó szerepet, ami részben a szülészeti ellátás, de főleg a neonatológia fejlődésének, a neonatális intenzív centrumok tevékenységének köszönhető [1].

Az északkelet-magyarországi régióban 2010 és 2014 között a méhen belüli elhalások száma kis mértékben, de folyamatosan emelkedett [2]. Alapvetően ez indított bennünket az alábbi kérdések megválaszolására.

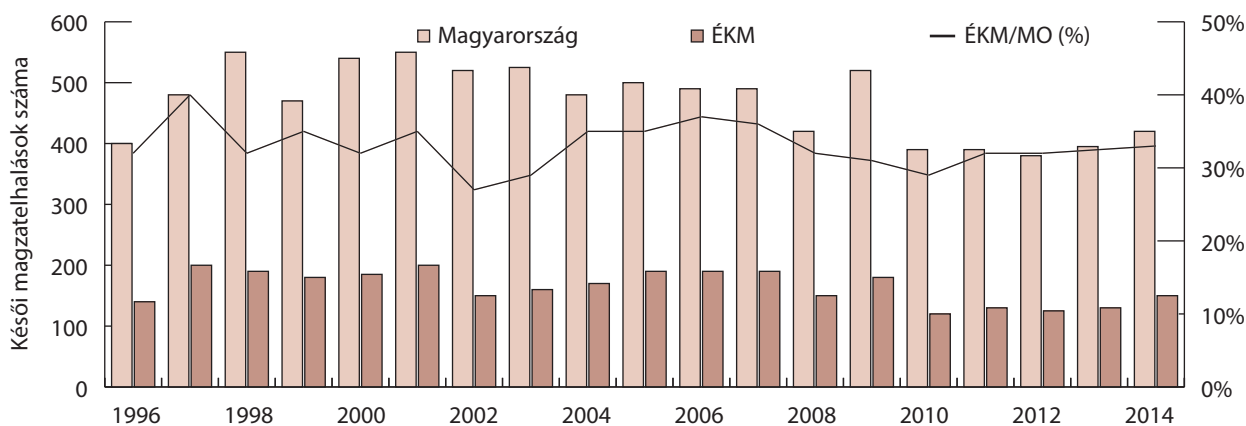
- Trendről van szó?
- Mi a helyzet a régióban?
- Mi a helyzet a nagyvilágban?
- Van-e azonosítható vezető ok?
- A szakma mit tud tenni?

Anyag és módszerek

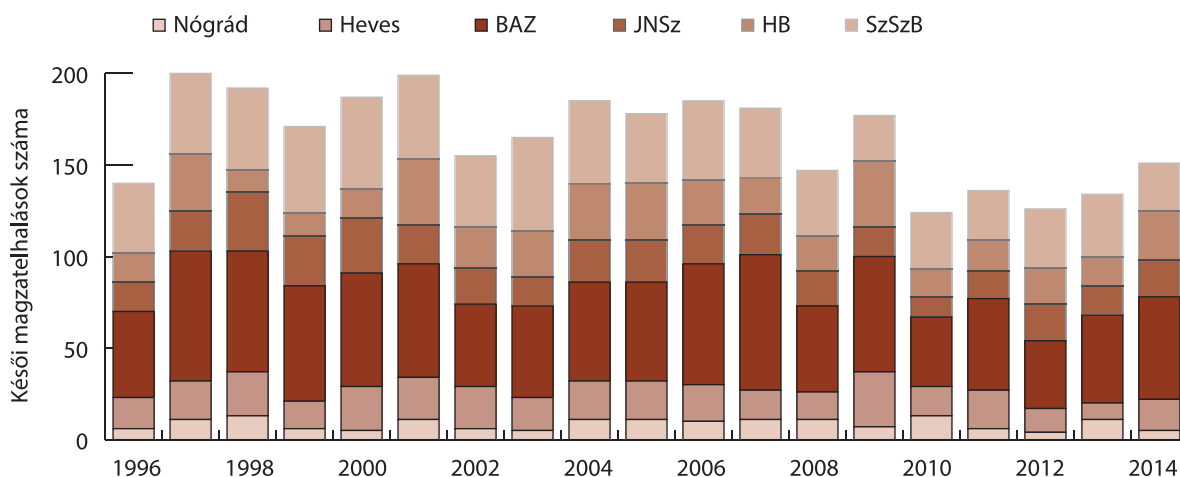
Az északkelet-magyarországi ikerrégióban előfordult méhen belüli elhalások adatainak feldolgozásával elemeztük a perinatális mortalitás legjelentősebb komponensének alakulását és körülményeit annak érdekében, hogy feltárjuk a befolyásolható okokat. Az elhalások okainak meghatározásában a kórbonctani leleteket vettük alapul. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatbázisából a 1996–2014 közötti esetekre vonatkozóan gyűjtöttük ki az északkelet-magyarországi hat megye (Nógrád, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg) késői magzati halálesetek évenkénti számát, az egyes esetek terhességi korát, az anya iskolai végzettségét

és életkorát [1, 3, 4, 5]. A 2010 és 2014 között emelkedő esetszámok háttérének pontosabb elemzése érdekében adatgyűjtést kezdeményeztünk a hat megye vezető védőnőinek megkeresésével. A perinatális haláleseteket évtizedeken keresztül évenkénti regionális értekezletek során részletesen elemezték a várandósgondozásban, szülészeti és neonatológiai ellátásban résztvevő szakemberek. Bár az elmúlt évek átszervezései révén a rendszeres audit e formája megszűnt, a védőnői adatgyűjtés a legtöbb megyében folytatódott. Heves megyében például minden egyes esetről 150 pontos kérdőívben rögzítik az adatokat a szülészeti, orvosi, egészségügyi túl a lakhatás, a szociális és gazdasági, a családi körülményekről a teljesség igényével. Az adatfeldolgozás magában foglalta a méhen belüli elhalás azonosított okát, a terhességi kort, a magzat nemét, a születési súlyát, a szülés helyét és módját, a paritást, a graviditást, a terhelő egészségügyi előzményt, a várandósság alatti betegségeket, a várandósgondozáson való megjelenést, a védőnői látogatás megtörténtét, az előírt szűrővizsgálatok megtörténtét, a védőnővel, az orvossal való együttműködési készséget, az anya iskolai végzettségét és foglalkoztatottságát, a szociális ellátási igényt, a munkanélküliség előfordulását a családban, a lakás komfortfokozatát és higiéniás viszonyait, a szobák és az együttlakók számát, az egyéni és a családon belüli dohányzást és alkoholfogyasztást, a várandósság alatti pszichés állapotot, a szorongás, a neurotikus vagy pszichotikus jelek előfordulását, a párkapcsolati válsághelyzet előfordulását, az ellátórendszer egyes elemeinek (családsegítő szolgálat, gyermekjóléti szolgálat, szülész szakorvos, gyermekgyógyász szakorvos, házi orvos, védőnő) lakóhelyi elérhetőségét. Tekintettel az adatlapok elektronikus rögzítésre és feldolgozásra alkalmas strukturált voltára, a régió többi megyéjében is ezt az adatstruktúrát követve gyűjtöttünk adatokat. Egyes esetek adatainak kiegészítésére a régió több kórházának segítségét vettük igénybe a kórlapi adatok áttekintésével. A több paraméteres elemzést 722 eset adatainak feldolgozásával végeztük.

A régióban előforduló méhen belüli elhalások gyakoriságát összehasonlítottuk az országos és nemzetközi adatokkal, amelynek során a KSH, valamint a Lancet Stillbirth in High Income Countries munkacsoportjának adatait vettük alapul (5, 11).



1. ábra: Késői magzatelhalások Magyarországon és Észak-kelet Magyarországon 1996–2014 között

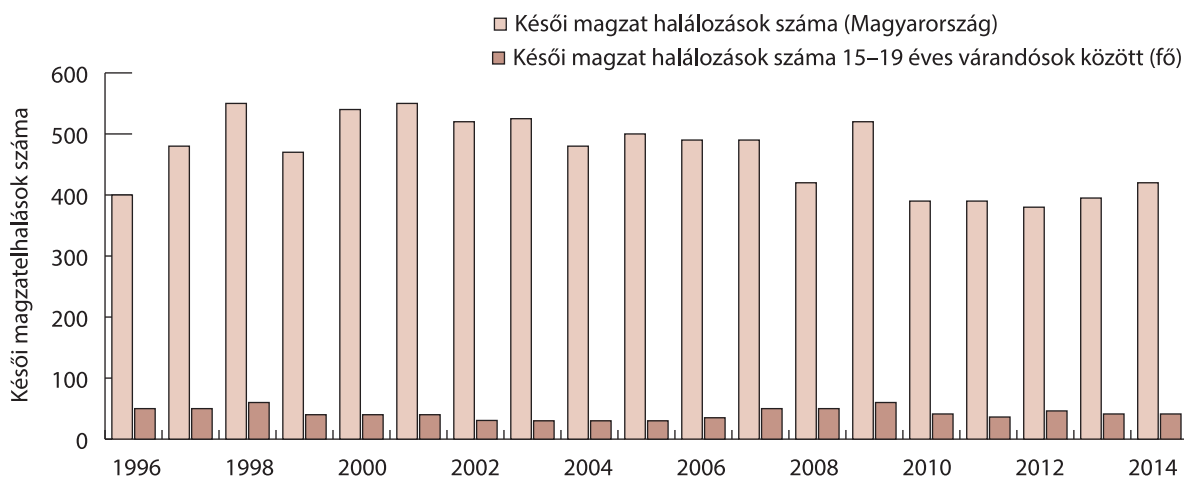


2. ábra: Késői magzati halálozások az észak-keleti ikerrégió megyéiben 1996–2014 között

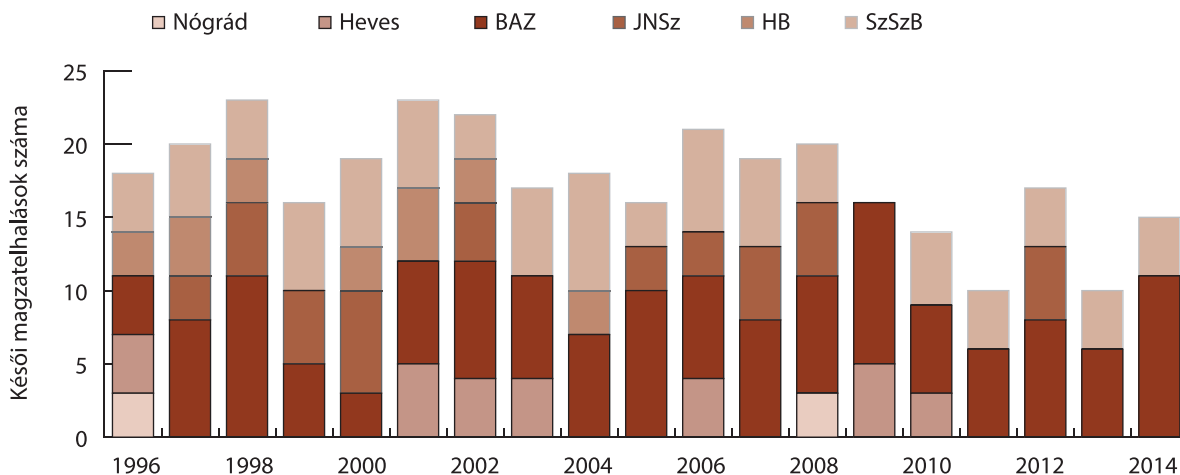
Eredmények

Hazánkban az elmúlt 20 évben évente 378 és 556 között változott a méhen belüli elhalások száma (1. ábra). A tendencia hosszú távon javulást mutat, de aggodalomra ad okot, hogy az elmúlt néhány évben emelkedett az esetek száma. 2015-ben 434 szülés előtti magzati elhalat

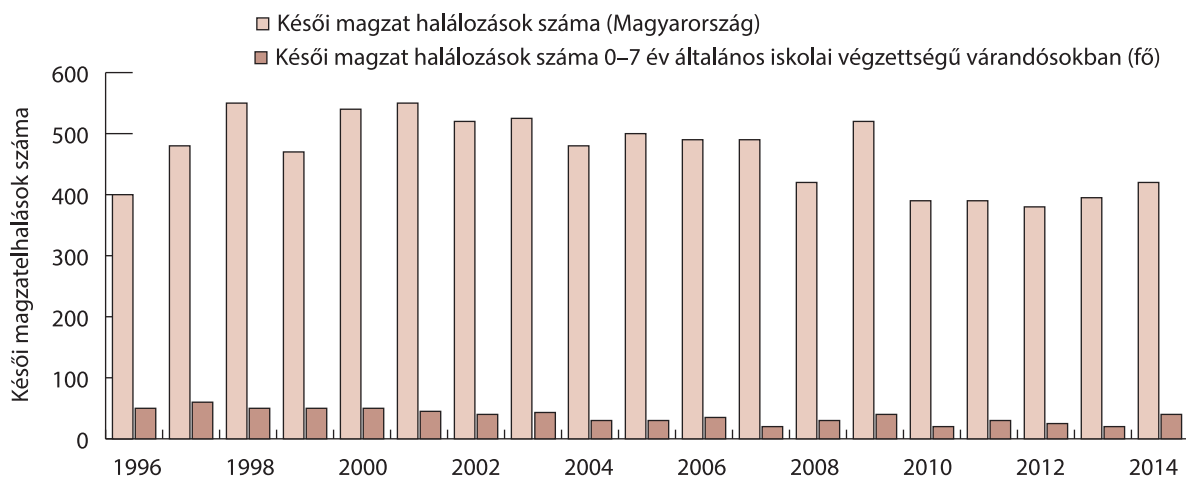
jelentettek az ország fekvőbeteg ellátó intézményei. Az északkelet-magyarországi ikerrégióban regisztrált esetek elemzése emelkedő gyakoriságot igazolt 2010 és 2014 között, de 2015-ben már jelentős javulás volt észlelhető. Régióinkban a méhen belül elhalt magzatok száma 2015-ben 126 volt, ami megfelel a 2010-es szintnek. Kevésbé öröndetes, hogy az elmúlt 20 évben az országban



3. ábra: Késői magzati halálozások összes esete és a 15–19 évesek eseteinek száma Magyarországon 1996–2014 között



4. ábra: Késői magzati halálozások 15–19 éves várandósokban megyénként 1996–2014 között

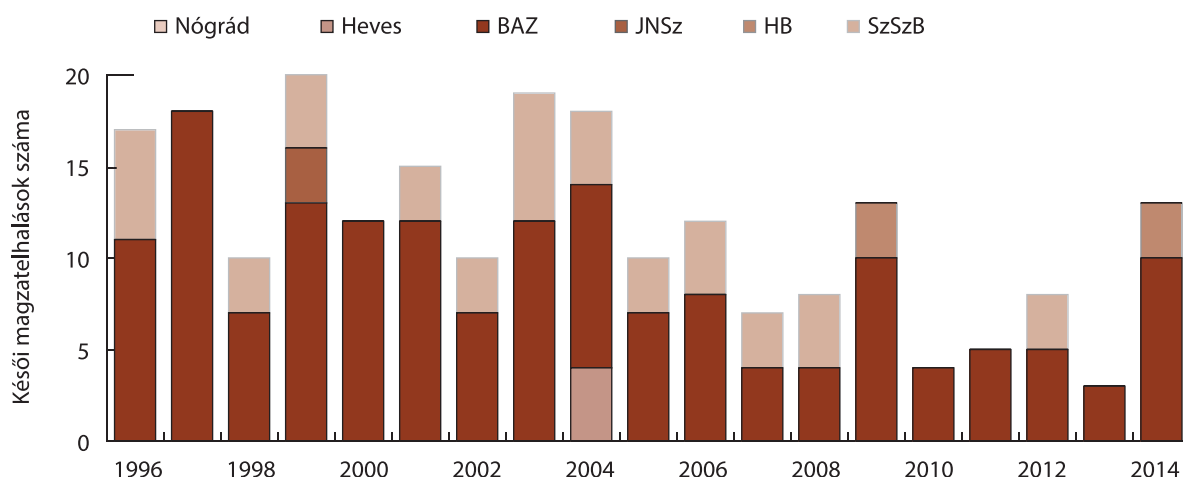


5. ábra: Késői magzati halálozások teljes és a 0-7 év általános iskolai végzettségű esetszámai Magyarországon 1996-2014 között

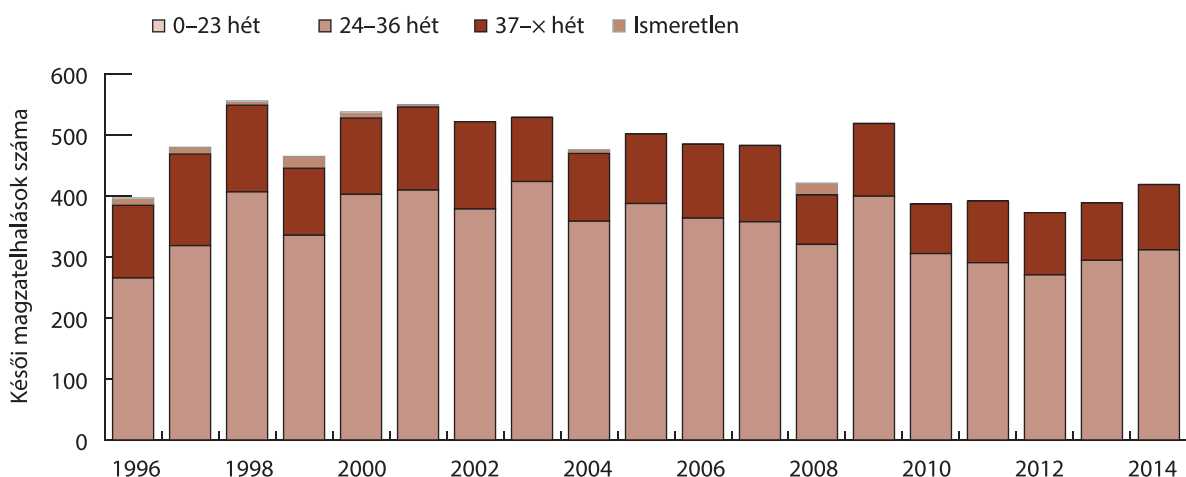
előfordult összes szülés előtti elhalás 35%-a az északkeleti régió várandósaiban következett be. Ebben a régióban él az ország teljes lakosságának 26,8%-a és az ország összes szülésének 28,2%-a zajlik itt.

A pontosabb okok és a szociális körülmények vizsgálatára indult adatgyűjtésünk Jász-Nagykun-Szolnok megyében

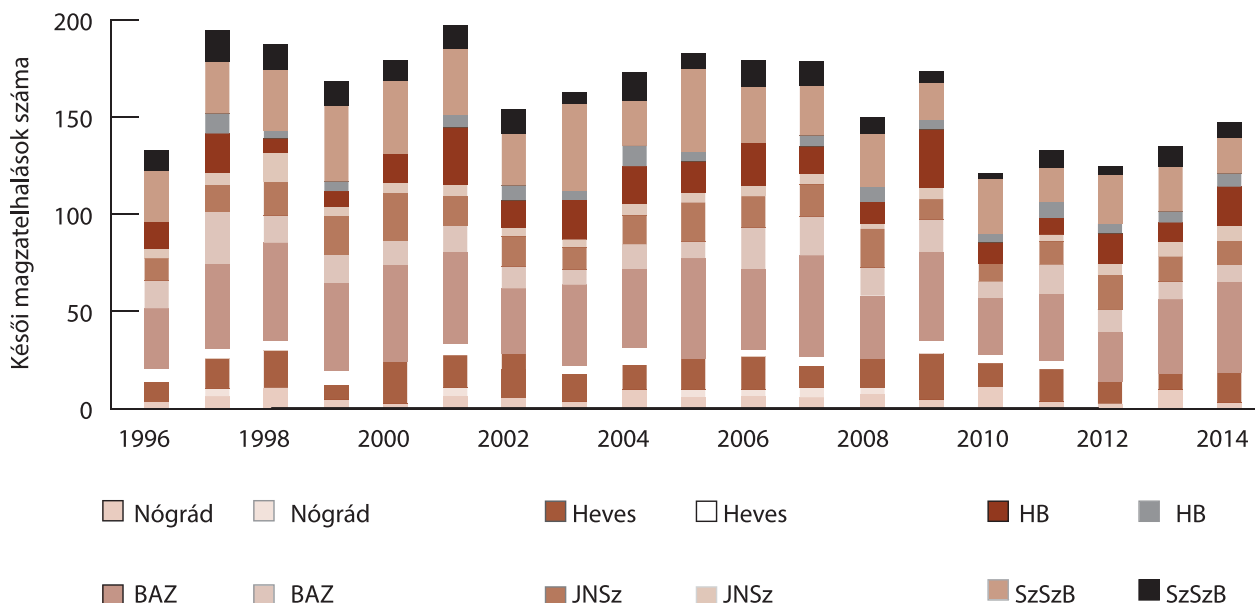
eredménytelen volt. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a nyíregyházi, és a kisvárdai szülészeti osztályok segítségével részben tudtuk pótolni a hiányzó adatokat. A debreceni Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, valamint a berettyóújfalui kórházi munkatársainak segítségével szintén értékes kiegészítő adatokat tudtunk gyűjteni (6).



6. ábra: Késői magzati elhalások 0-7 év iskolai végzettségű várandósokban megyénként 1996-2014 között



7. ábra: Késői magzati halálozások a 0-23; 24-36; 37-x és ismeretlen terhességi héten Magyarországon 1996-2014 között



8. ábra: Késői magzati halálozások a 0–23, 24–36, 37–x és ismeretlen terhességi héten az észak-keleti ikerrégióban megyénként 1996–2014

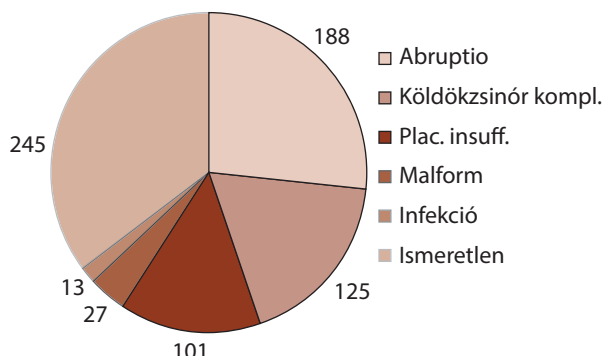
A régió hat megyéjét összehasonlítva megállapítható, hogy a régió kedvezőtlen adatai első sorban a gazdasági és társadalmi mutatókban is hátrányos helyzetű Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket érintik (2. ábra). További lehetséges magyarázatokat keresve megvizsgáltuk a tinédzserterhességek előfordulásának gyakoriságát a méhen belüli elhalással szövődött esetek között. A KSH adatai szerint az elmúlt 20 évben az elhalások konzekvensen kevesebb, mint 10%-a következett be tinédzserkorú várandósokban (3. ábra). A régió megyéiben összességében nem magasabb ez az arány, de Borsod-Abaúj-Zemplén megyében az esetek 20%-a, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében pedig 15%-a fordult elő 20 év alatti korú várandósokban (4. ábra). A tinédzserterhességek gyakorisága széles határok között változik az észak-keleti régióban. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 10%, Hajdú-Bihar megyében 1% alatti a 20 évtől fiatalabb korú várandósok gyakorisága. Ehhez képest, a méhen belüli elhalással szövődött terhességek között Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 20%-os, Hajdú-Biharban pedig gyakorlatilag 0% a tinédzserterhességek gyakorisága. Ezek alapján megerősíthetjük,

hogy a méhen belüli elhalások összefüggésbe hozhatóak a tinédzserterhességekkel is.

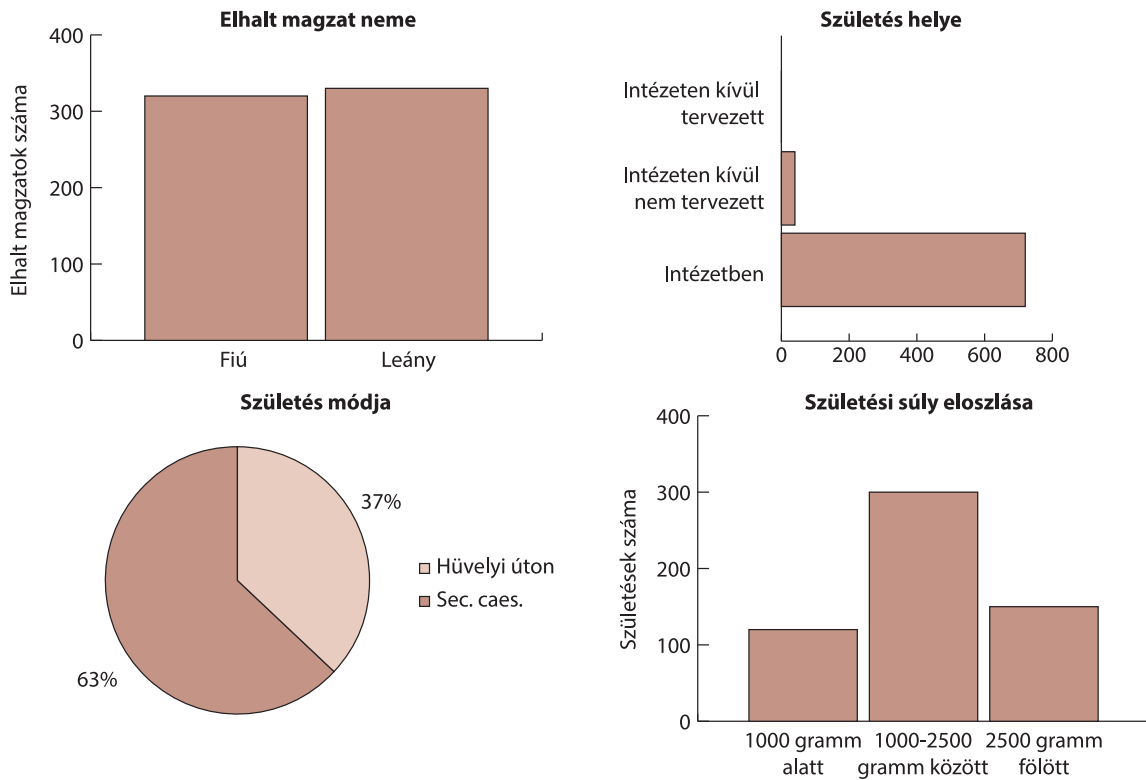
Az elmúlt 20 évben az országban előfordult méhen belüli elhalások között 5% körül volt azon esetek aránya, amelyekben az anya iskolai végzettsége nem érte el a 8 általánost (5. ábra). Az észak-keleti régióban ez az arány a 10%-ot meghaladta. A 2010–2014 közötti időszakban a régióknban regisztrált ilyen esetek mindegyike 6 kivétellel Borsod-Abaúj-Zemplén megyei lakhelyű várandósban fordult elő (6. ábra).

A terhességi kor megoszlását vizsgálva a KSH 1996–2014 közötti adatai szerint az esetek 2/3-3/4 arányú többsége a 24–36 hét közötti várandósságokban fordult elő (7. ábra). A régió megyéiben még inkább szembetűnő a terminus közeli elhalások kisebb aránya és jellemzően az esetek 80-90%-a a betöltött 37. hét előtt következett be (8. ábra).

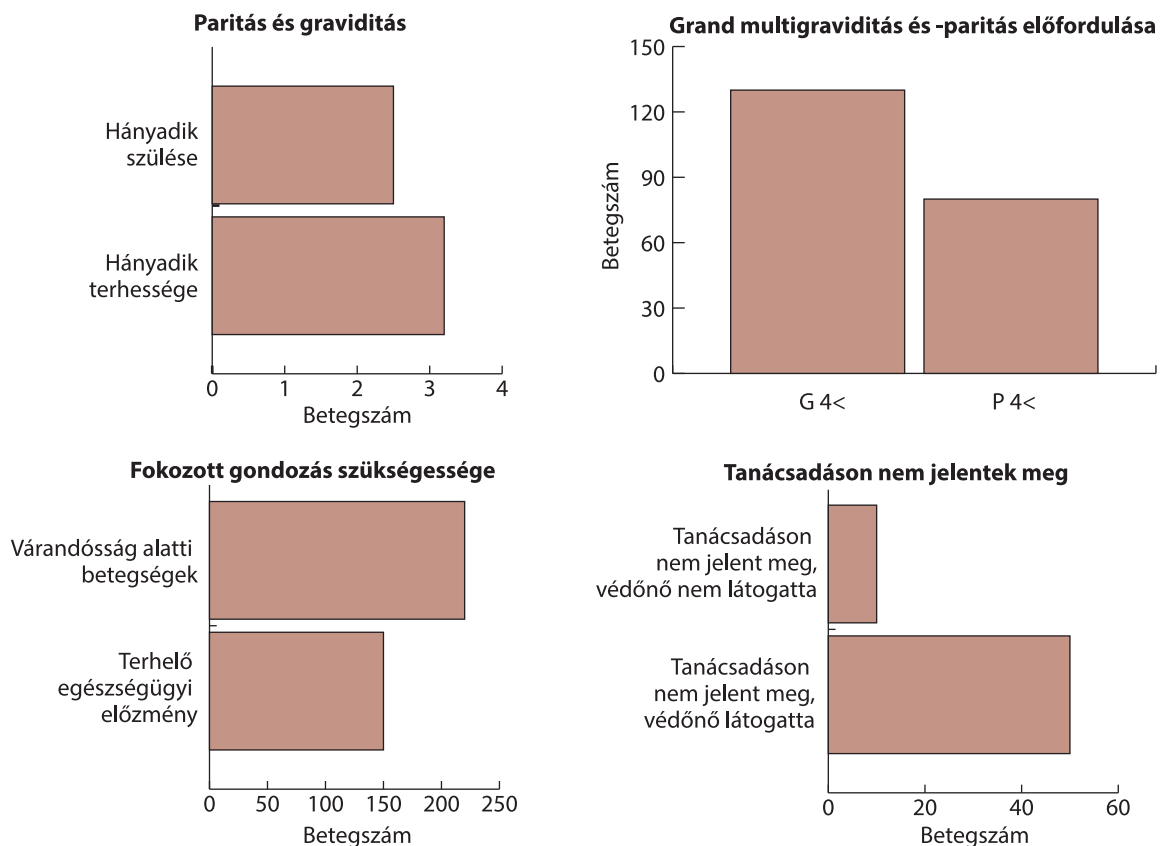
A méhen belüli elhalások okainak és körülményeinek vizsgálatát 722 északkelet-magyarországi eset elemzésével végeztük el. Az azonosított okok között csökkenő gyakorisági sorrendben lepenyleválás (26%), köldökzsinorkomplikáció (17%), lepenyi elégtelenség (14%), magzati fejlődési rendellenesség (4%) és méhen belüli fertőzés (2%) fordult elő legtöbbször (9. ábra). Az okok osztályozása a kórbonctani leleteken alapult, de az esetek 34%-ában a méhen belüli elhalás oka még így sem volt megállapítható. A nemek aránya jelentéktelen mértékű többséget mutatott a leány magzatok javára (10. ábra). A szülések döntő többsége szülészeti fekvőbeteg-ellátó intézetben történt és a 722 esetből mindössze 22 zajlott intézetben kívül. Ez utóbbiak egyike sem tervezett otthoni szülés volt. A méhen belül elhalt magzatok 37%-a császármetszéssel született. Ennek magyarázatát döntően az adja, hogy az esetek jelentős hányadában anyai komplikációval is szövődött a várandósság. A magzatok 16,5%-a 1000 g alatti, és 22,4%-uk érett súlyú volt. A terhességi kor elosz-



9. ábra: Méhen belüli elhalások azonosított okai



10. ábra: Az elhalt magzat neme, a szülés helye, a szülés módja és a születési súly megoszlása



11. ábra: Paritás, graviditás, grand multiparitás, fokozott gondozás szükségessége és a tanácsadáson meg nem jelenők megoszlása

lásához hasonlóan régióinkban az elhalt magzatok 77,6%-a 2500 g alatti súlyúnak bizonyult.

A szülők többsége többször szülő (átlag 2,5), a terhességek átlagos száma 3,2 volt (11. ábra). A 722 esetből

139-ben (19%) legalább az ötödik volt az a terhesség, amelyben a méhen belüli elhalás bekövetkezett és 84-ben (12%) négynél többször szültek. Kétszázhuszonegy esetben (31%) várandósság alatti betegség, 156 (22%) esetben pedig terhe-

lő egészségügyi előzmény fokozott gondozást indokolt volna. Ennek ellenére 51 (7%) olyan eset fordult elő, amelyikben a várandós nem jelent meg a várandósgondozáson, de a védőnő látogatta. További 9 (1%) esetben a védőnői látogatás sem volt lehetséges.

Az esetek felében az előírt szűrővizsgálatok maradéktalanul, azonban 163 (23%) esetben egyáltalán nem történtek meg (12. ábra). Az esetek 43%-ában az orvossal és 44%-ban pedig a védőnővel való együttműködés hiánya volt kimutatható. A várandósok 22%-a 8 általános iskolát végzett, 7%-uk pedig 8 általános iskolai végzettséggel sem rendelkezett. A munkanélküliek aránya 29% volt.

A várandósok 20%-a (147 eset) rendszeres szociális ellátásban részesült, 207 esetben (29%) fordult elő munkanélküli a családban (13. ábra). A várandósok 37%-a (118 eset) komfort nélküli, 30%-uk egy- vagy kétszobás lakásban élt. Az esetek 15%-ában 5 főnél többen laktak egy lakásban. A nem megfelelő vagy elhanyagolt lakóhelyi higiénés viszonyok előfordulási gyakorisága 30% volt.

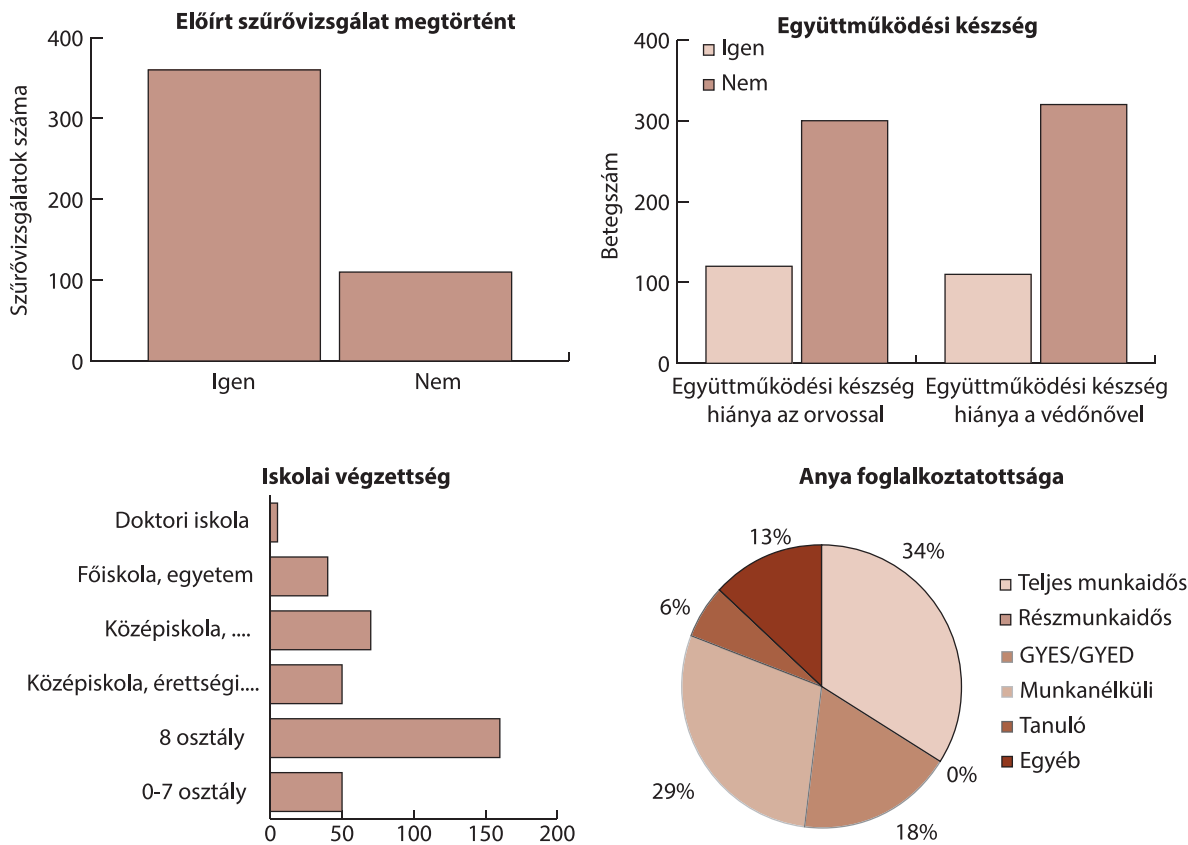
A 722 eset között 227-ben az anya, 181-ben a férj/élettárs, 136 esetben pedig a környezetben élők valamelyike dohányzott (14. ábra). A rendszeres alkoholfogyasztás 12 várandós, 35 férj/élettárs és 26 együtt élő személy esetében került rögzítésre. Negyvenhét várandós esetében volt a szorongás, mint kóros pszichés állapot megállapítható, neurotikus, illetve pszichotikus tünetek nem fordultak elő. Párkapcsolati válsághelyzet 47 várandós esetében állt fenn a méhen belüli elhalást megelőzően.

A várandósgondozásban résztvevő ellátórendszerek közül a védőnői szolgálat 72 esetben (10%), míg a szülész-nőgyógyász szakorvosi szolgálat 20%-ban (142) volt elérhető a legközelebbi nagyvárosban (15. ábra). Az esetek 16%-ában a lakóhelyiül szolgáló településen nem működött gyermekgyógyászati szolgálat. A családsegítő, a gyermekjóléti és a háziorvosi szolgálatok az esetek 10%-ában csak a legközelebbi nagyvárosban voltak elérhetőek.

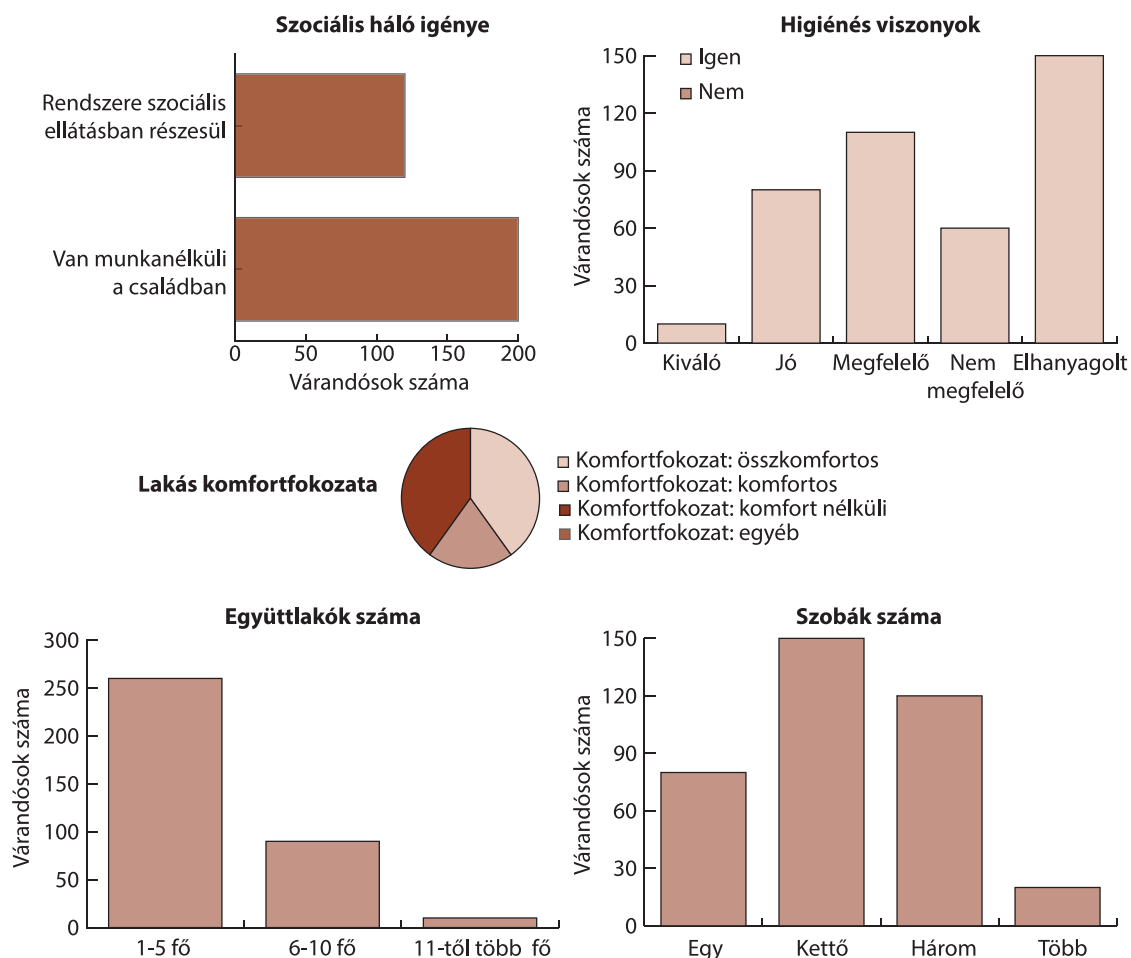
Nemzetközi összehasonlításban a méhen belüli elhalások magyarországi helyzete nem rossz (16. ábra). A 3,7 ezrelékes méhen belüli elhalási rátával Franciaországot és Monacót is megelőzzük, de az uniós országok többségében jobbak az eredmények. A legjobb eredményt (1,3 ezrelék) Izland mondhatja magáénak.

Megbeszélés

A méhen belüli elhalás az anya számára nehezen elviselhető lelki, érzelmi és fizikai stresszt jelent. Az ellátórendszer személyzetét lelkileg és fizikailag szintén megviselik az esetek [7]. A várandósgondozói hálózat és a kórházak kiadásai életévekben kifejezhető nyereség nélkül valósulnak meg. Az érintett családokban magasabb a válás kockázata és az anyák stigmatizációja. Nemzetgazdasági szempontból is nagy jelentőséggel bír az, hogy a várandósságot, szülést, gyermeknevelést segítő anyagi támogatások a méhen belüli elhalások eseteiben nem térülnek meg [8].



12. ábra: Előírt szűrővizsgálatok teljesítése, együttműködési készség, iskolai végzettség és foglalkoztatottság megoszlása



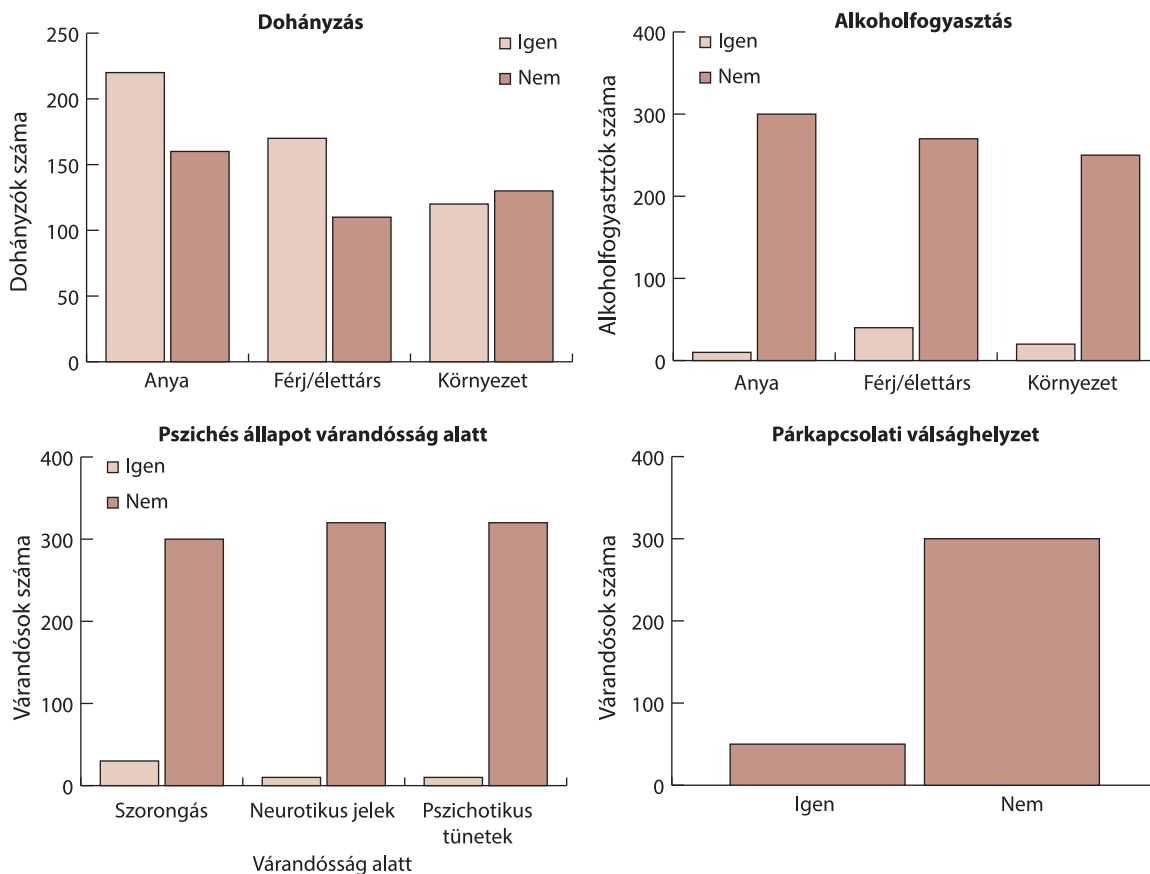
13. ábra: Szociális helyzet és lakókörülmények megoszlása

Az észak-keleti régió megyéiben az országos átlagot meghaladja a méhen belüli elhalások gyakorisága. E régióban él az ország lakosságának 26,8%-a, itt zajlik a szülések 28,3%-a, de itt a méhen belüli elhalások 35%-a következik be. A régió belül Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék vannak a leghátrányosabb helyzetben. Sajnos, számos egyéb gazdasági és társadalmi mutatóhoz hasonlóan (pl. jövedelem, munkanélküliség, iskolázottság stb.) a méhen belüli elhalások tekintetében is ezek a megyék a leghátrányosabb helyzetűek. Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben jelentős szerepet játszanak a méhen belüli elhalások gyakoriságában a tinédzser-terhességek. Szintén szembetűnő összefüggés látható az alacsony iskolai végzettség és az elhalások gyakorisága között. A 24–36. terhességi hetek között bekövetkezett elhalások 60-80%-os többsége az országban és az észak-keleti régióban egyaránt arra int bennünket, hogy a várandósgondozást erősítsük ebben az időszakban.

A célkitűzésben felvetett kérdések megválaszolására végzett felmérés alapvetően a védőnők adatgyűjtésén alapul. A szülészeti és patológiai adatok kórházi dokumentációján túl felbecsülhetetlen értékkel bírnak azok az adatok, amelyek a méhen belüli elhalással érintett várandósok szociális, gazdasági, lakhatási és higiénés körülményeire vonatkoznak. Ezek jelentős része a várandósok lakhelyén végzett védőnői környezettanulmányokból származik.

Felmérésünkben kiderült, hogy a méhen belüli elhalások több mint egyharmadát olyan terhességi komplikációk okozzák (abruptió és köldökzsinór-hurkolódás), amelyek megelőzésére biztos módszer még nem áll az orvostudomány rendelkezésére. A méhen belüli elhalások 70-80%-a a 24. és 36. terhességi hét között következett be. Kis-Csitári István PhD disszertációjában részletesen elemezte a Nógrád megyei méhen belüli elhalások és a perinatális mortalitás alakulását [9]. Vizsgálatai szerint a krónikus lepényi elégtelenség szűrése, a szülésindukciók és a vajúdás alatti pulzoximetriás észlelés alkalmas a perinatális eredmények javítására. Tanulmányunkban az esetek között feltűnően magas a sokadszor terhes és sokadszor szülő nők gyakorisága. A gyakran előforduló előzményi, vagy várandósság alatt kialakuló kockázati tényezők ellenére az érintett várandósok együttműködési készsége alacsony. Ez részben azzal magyarázható, hogy a várandósok csaknem egyharmada legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezik. Nagyon gyakori közöttük a munkanélküliség (29%) és jelentős részüik szociális hálót igényel (20%). A várandósok 37%-a komfort nélküli lakásban él, 30%-uk nem megfelelő vagy elhanyagolt higiénés viszonyok között. A rizikófaktorok csaknem teljesen megegyeznek a globális felmérések adataival [10].

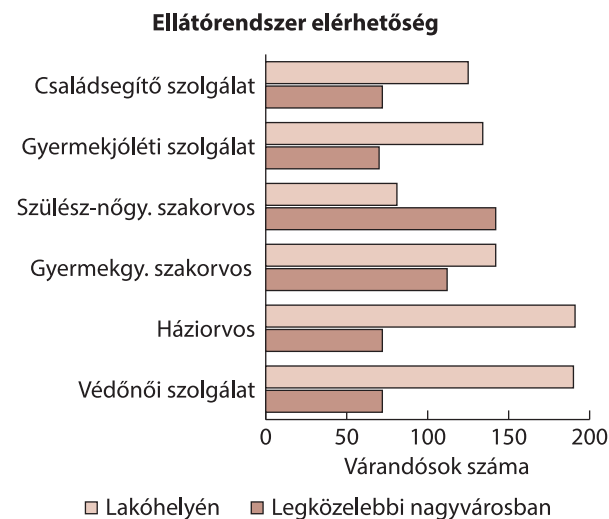
Nemzetközi összehasonlításban a méhen belüli elhalások magyarországi helyzete nem rossz (16. ábra). A Lancet Still-



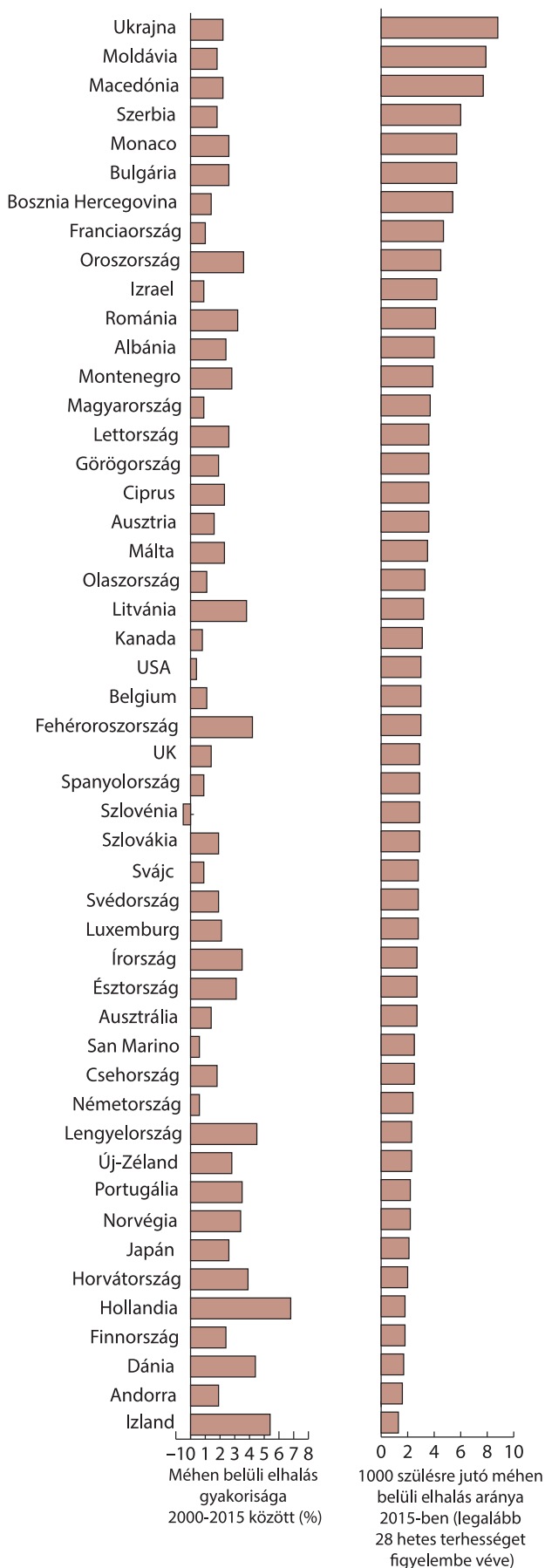
14. ábra: Káros szenvedélyek, pszichés és párkapcsolati körülmények megoszlása

birth in High Income Countries munkacsoportjának adatai szerint, amelyek a KSH adatszolgáltatásain is alapulnak, a fejlett országok közepmezőnyébe tartozunk [5, 11]. Figyelemre méltó, hogy mind a perinatális mortalitásban, mind a méhen belüli elhalások gyakoriságában Izland áll az élen. A társadalom elszántsága és a várandósok felé irányuló önzetlen támogatása, valamint az egészséges táplálkozás meghatározó jelentősége egyértelmű, hiszen Izlandon az orvosképzés nem megoldott és a várandósgondozásban, illetve a szülészeti ellátásban a szülésznők játsszák a vezető szerepet.

Nemzetközi vizsgálatok is arra hívják fel a figyelmet, hogy az elmaradott térségek várandósait leginkább anyagi ösztönzéssel, körülményeik javításával lehet rávenni arra, hogy igénybe vegyék az ellátórendszer nyújtotta lehetőségeket [12]. Randomizált vizsgálat eredménye bizonyítja, hogy a várandósgondozás intenzitásának megduplázása és különböző speciális egészségnevelő programokkal (pl. dohányzásról való leszoktatás, táplálkozási tanácsadás, fogamzásgátlási tanácsadás stb.) való kiegészítése egyáltalán nem csökkenti a tinédzserterhességek viselői között a 2 éven belüli teherbe esés vagy a terhesség alatti dohányzás arányát [13]. A terhességek közötti testsúlyváltozás, az elhízás kedvezőtlenül befolyásolja a méhen belüli elhalások gyakoriságát, s így a testsúly kontrollja is szerepet játszhat a megelőzésben [14]. Randomizált vizsgálatok szerint, az elmaradott térségek várandósainál az együttműködés és az eredmények javításában eddig egyetlen beavatkozás, az anyagi ösztönzés („cash incentive”) bizonyult hatékonynak [15]. A publikált hazai próbálkozások egyik ígéretes fejlesztése a vajúdat megelőzően is alkalmazható és képes a magzati EKG, illetve EEG-hullámokat az anyai has bőrén keresztül is érzékelni [16]. A módszer kísérleti fázisban van, de várhatóan jelentős előrelépést hoz a magzati állapotdiagnosztika jelenleg alkalmazott módszereivel (NST, áramlási ultrahang) nem észlelhető kórállapotok felismerésében. Bár a vajúdat alatti magzati EKG ST-analízise hazai vizsgálatokban is hasznosnak bizonyult [17], a műszer nemzetközi forgalmazásának megszüntetése arra utal, hogy az eljárás nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket.



15. ábra: Az ellátórendszer egyes elemeinek elérhetősége



16. ábra: Méhen belüli elhalás gyakorisága és a méhen belüli elhalás évenkénti csökkenésének üteme a világ egyes országaiban (The Lancet 2016; 387: 691–702. DOI: (10.1016/S0140-6736(15)01020-X).

Következtetések

Hazánk demográfiai helyzetének alakulását a méhen belüli elhalások száma kedvezőtlenül befolyásolja. Országos viszonylatban egyelőre nincs látványos javulás az intrauterin elhalások gyakoriságában, de az észak-keleti régióban észlelt trend megfordulni látszik. Az északkelet-magyarországi ikerrégióban 2015-ben jelentősen csökkent a méhen belüli elhalások gyakorisága. E tekintetben Magyarország a fejlett országok középmezőjében van. A vezető okok között abrupció, köldökzsinór-komplikáció, krónikus lepényi elégtelenség, kedvezőtlen környezeti tényezők (pl. rossz szociális helyzet, dohányzás, alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség) és az együttműködés hiánya azonosítható. Azt, hogy a kedvező változás érdekében a szakma mit tud tenni, javaslatok formájában fogalmazzuk meg:

- Védőnői adatgyűjtés visszaállítása ott, ahol megszüntették.
- Regionális összefogásban, intervenciók tanulmányok kezdeményezése.
- Rizikósűrés és gondozási compliance erősítése a várandósgondozásban a 24–36. hét között (utazási költségtérítés, pl. előlegezett „várandós buszjegy”, ingyenes terhesvitamin, ételmiszer-segély).
- Magzatmozgás számolása, mint szűrővizsgálat.
- CTG, mint szűrővizsgálat.
- Politikai lobbizás meggyőzése a rizikócsoportok gondozásában való részvételének anyagi ösztönzését célzó rendeletalkotásról.
- Megszüntetett MSzSz-ek újraélesztése alapítványi vagy méltányossági OEP finanszírozással.
- Védőnői+/-orvosi családlátogatás finanszírozási kereteinek létrehozása.
- Gazdasági-társadalmi felzárkóztatás fontosságának hirdetése.

A felsorolt javaslatok megvalósítása a szakmapolitikai döntéshozók és a fenntartók együttműködését igényli, a hatékonyság értékeléséhez pedig további vizsgálatokra van szükség.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki az északkelet-magyarországi ikerrégió védőnői, valamint a szülészeti és nőgyógyászati ellátásában résztvevő valamennyi dolgozónak a vizsgált években végzett munkájukért és a regionális adatgyűjtésben nyújtott segítségükért.

Érdekeltségek, támogatások

A szerzők nem rendelkeznek anyagi érdekeltséggel a közleményben foglalt vizsgálat tervezését, lebonyolítását, eredményeit és következtetéseit illetően.

IRODALOM

1. KSH. Születés körüli halálozások Magyarországon, 2011. Statisztikai Tükör 2012. november 12; 6(88).
2. Póka R, Tóth Z. Az észak-kelet magyarországi régió szülészeti és nőgyógyászati tevékenysége és eredményei 2014-ben. Magy Nőorv L 2015; 4: 178–186.
3. KSH. Gyorstájékoztató Népmozgalom, 2015. Január–december Közzététel: 2016. február 23. <http://www.ksh.hu/docs/hun/modszgyors/nepmodsz15.html>
4. KSH. Születés körüli halálozás adatai megyék és a település jogállása szerint. <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haDetails.jsp?query=kshquery&lang=hu>

5. KSH. Késői magzati halálozások adatai megyék és a település jogállása szerint. <http://statinfo.ksh.hu/Stainfo/haDetails.jsp?query=kshquery&lang=hu>
6. Simon Zs. Harmadik trimeszterbeli intrauterin magzati elhalások a DEOEC Női Klinikáján 2007–2012 között. Diplomamunka. Témavezető dr. Juhász Alpár Gábor. Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen, 2013.
7. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet* 2016 Febr; 387(10018): 604–616. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00836-3
8. Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al. Stillbirths: progress and unfinished business. *The Lancet* 2016 Febr; 387(10018): 574–586. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00818-1
9. Kis Csitári I. Méhen belüli és a szülés alatti magzati halálozás csökkentésének lehetőségei. PhD-értekezés. PhD-program: „A reproduktív endokrinológia nőgyógyászati, szülészeti és neonatológiai aspektusai”, Programvezető: dr. Szabó István egyetemi tanár, a MTA doktora, 2007.
10. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet* 2016 Febr; 387(10018): 587–603. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5
11. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *The Lancet* 2016 Febr; 387(10019): 691–702. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01020-X
12. de Bernis L, Kinney MV, Stones W et al. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *The Lancet* 2016 Febr; 387(10019): 703–716 DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00954-X
13. Robling M, Bekkers MJ, Bell K et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet* 2016 Jan; 387(10014): 146–155. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00392-X
14. Cnattingius S, Villamor E. Weight change between successive pregnancies and risks of stillbirth and infant mortality: a nationwide cohort study. *Lancet* 2016; 387: 558–65. Published Online December 2, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00990-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00990-3)
15. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. 31 January 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD009916.pub2
16. Péterfi I, Kellényi L, Szilágyi A. Alakhú magzati EKG regisztrálása noninvazív módon: előzetes közlemény. *Magy Nőorv L* 2013; 1: 20–25.
17. Farkas B, Halvax L, Rácz S, Hatzipetros I, Drozgyik I, Bódis J. A direkt magzati elektrokardiogram STAN(R) módszerrel való elemzésének áttekintése. *Magy Nőorv L* 2013; 3: 5–9.
18. Fretts RC. Decreased fetal movement: diagnosis, evaluation and management. UpToDate 2016. Aug.17 <https://www.uptodate.com/contents/decreased-fetal-movement-diagnosis-evaluation-and-management>.
19. Török M, Varga Z, Di Lieto A, Kovács F, Drávucz S. A halvaszülés kockázatának csökkentése távgyógyászati, akusztikus szívhang-érzékelővel működő, otthoni kardiotokegráf készülékkel naponta végzett „non-stressz” tesztek segítségével. Prospektív klinikai megfigyelésen alapuló tanulmány 812 várandós által készített 16208 regisztrátum alapján. Előzetes eredmények. *Magy Nőorv L* 2013; 1:4–10.