

Ocena funkcjonowania trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej na podstawie analizy umieralności okołoporodowej wczesnej i cięć cesarskich w Polsce w 2008 roku

Assessment of three-level selective perinatal care based on the analysis of early perinatal death rates and cesarean sections in Poland in 2008

Troszyński Michał¹, Niemiec Tomasz², Wilczyńska Anna¹

^{1,3} Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, ul. Kasprzaka 17A

² Szpital Medicover, Warszawa, ul. Rzeczypospolitej 5

Streszczenie

Cel pracy: Celem opracowania jest analiza funkcjonowania trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej w Polsce w 2008 roku według województw na podstawie dwóch parametrów: częstości urodzeń w szpitalach na każdym z trzech poziomów opieki w podziale w trzech grupach masy urodzeniowej noworodków oraz współczynników umieralności okołoporodowej.

Celem selektywnej opieki perinatalnej jest także wczesne rozpoznawanie zagrożeń dla matki i/lub dla płodu i przekazywanie kobiet z ciążą wysokiego ryzyka, w szczególności zagrożonych porodem przedwczesnym, do klinik i oddziałów ośrodków położniczo-neonatologicznych wyższego poziomu. Organizacja regionalnej trójstopniowej opieki perinatalnej oraz zasady przekazywania pacjentek między różnymi poziomami opieki perinatalnej zostały szczegółowo opracowane.

Materiał i metody: Analizę umieralności okołoporodowej przeprowadzono w 16 województwach w Polsce w 2008 roku na podstawie danych otrzymanych z Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego. Podstawowym dokumentem był formularz zbiorczy MZ- 29 Dział X w modyfikacji własnej z podziałem na poziomy opieki perinatalnej. Weryfikacja danych zawartych w tym formularzu polegała na sprawdzeniu formalnej strony dokumentów pod względem zakresu danych liczbowych o urodzeniach żywych i martwych oraz zgonów poporodowych w odpowiednich grupach masy urodzeniowej w poszczególnych szpitalach tych województw, które tego typu dane nadesłały. Opracowanie statystyczne ograniczono do przedstawienia tabel wynikowych i wykresów w skali województw.

Wyniki: Wykazano, że poziom poprawy opieki perinatalnej wprowadzany stopniowo w Polsce w latach 1997-1999, przyczynił się w ciągu 10 lat do poprawy opieki mierzonej parametrami umieralności okołoporodowej i częstości urodzeń na poszczególnych poziomach opieki perinatalnej.

Umieralność okołoporodowa w ciągu 10 lat obniżyła się z 9,5‰ w 1999r. do 6,45‰ w 2008r. czyli o 0,3‰ rocznie. Częstość urodzeń noworodków z bardzo małą masą urodzeniową 500-999g na I poziomie w 2008r. wyniosła 21,1% a w 1999 – 36,6%, spadek wyniósł 5,5%. Natomiast w 2008r. częstość urodzeń w tej grupie urodzeniowej (500-999g) wyniosła na III poziomie – 47,8% wobec 35,5% w 1999r., to jest o 12,7% więcej. Istnieje niepokojąca tendencja do wzrostu częstości cięć cesarskich. Od 18,2% do 30,5% w 2008 r. to jest wzrost o 1,2% rocznie, przy dużym zróżnicowaniu tego współczynnika wśród szpitali i województw. W 2008r. wykonano w szpitalach I poziomu 28,4%, II – 29,3% i na III poziomie opieki perinatalnej – 40,6% cięć cesarskich.

Wnioski: Uzyskane wyniki w obniżeniu ogólnej umieralności okołoporodowej i wzrostu umieralności noworodków z grupy bardzo małej masy urodzeniowej na III stopniu nie są jednak zadowalające. Poprawę można będzie uzyskać przez ponowne wprowadzenie zasad strategii trójstopniowej opieki wypracowanej w 1995 i 1997 roku i w następnych latach wdrażanej.

Program ten powinno się reaktywować szczególnie w zakresie poprawy opieki perinatalnej na poziomie podstawowym. Konieczne jest ponowne wdrożenie okresowych analiz wyników opieki perinatalnej w kontekście trójstopniowej selektywnej strategii.

Słowa kluczowe: opieka perinatalna / umieralność okołoporodowa / cięcie cesarskie /

Adres do korespondencji:

Michał Troszyński
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Instytut Matki i Dziecka
02-211 Warszawa, Ul. Kasprzaka 17A
tel: (022) 32 77 031, 32 77 044; fax: (022) 32 77 033
e-mail: michal.troszynski@imid.med.pl

Otrzymano: 17.07.2009
Zaakceptowano do druku: 30.08.2009

Abstract

Aim: The aim of the following work was to assess three-level selective perinatal care in Polish voivodeships in 2008 on the basis of the following parameters: birth rates as well as perinatal death rates, divided into three classes of neonatal weights, in hospitals on each of the three levels.

The goal of selective perinatal care is, among other things, to diagnose threats to the mother and/or fetus and direct women with high-risk pregnancies to higher level obstetrics and neonatology clinics and units. The structure of a regional three-level perinatal care, as well as the rules and procedures governing the process of redirecting patients to different levels of perinatal care have been defined in great detail.

Material and methods: Perinatal death rates analysis has been carried out on the basis of data received from Voivodeship Public Health Centers in sixteen voivodeships in Poland in 2008. The main document constituted MZ-29 form section X, modified by the authors and subdivided into levels of perinatal care.

All data contained in the form have been verified: the numbers concerning birth and death rates as well as perinatal deaths and birth weight subgroups from given voivodeship hospitals. Statistic analysis was limited to the presentation of result tables and graphs within voivodeships.

Results: Birth rates and perinatal death rates revealed that in the course of ten years the level of perinatal care, introduced gradually in Poland between the years 1997-1999, resulted in its improvement.

Perinatal death rates decreased in the course of ten years from 9.5% in 1999 to 6.45% in 2008, i.e. by 0.3% annually. On the first level, the rate of neonates with very low birth weight, 500-999g, decreased by 5.5% and was 21.1% in 2008 and 36.6% in 1999, whereas on the third level, the birth rate in the same group (500-999g) increased by 12.7% and was 47.7% in 2008 and 35.5% in 1999. There is a growing and alarming tendency to perform cesarean sections. The increase amounted up to 1.2% annually (18.2% in 1999 and 30.5% in 2008), with vast differences among hospitals and voivodeships. In 2008 there were 28.4% of cesarean sections in level one-hospitals, 29.3% in level two-hospitals and 40.6% in level three-hospitals.

Conclusions: The results of an overall decrease in perinatal deaths rate and an increase in birth rates in the group of neonates with very low birth weight on the third level are not satisfactory. Reintroduction of the program and strategy from the years 1995 and 1997 will enable us to improve the situation. Particularly this should be the case on the basic level perinatal care. In the context of three-level selective strategy, the reintroduction of periodical analysis of perinatal care results is essential.

Key words: **perinatal care / neonatal mortality / cesarean section /**

Wstęp

Doskonalenie opieki perinatalnej nie jest możliwe bez jednocześnie wprowadzenia efektywnego systemu organizacyjnego. System taki był rozwijany i sukcesywnie wprowadzany w latach 70 i 80 w Szwecji, Wielkiej Brytanii, w Kanadzie i w Stanach Zjednoczonych [1, 2]. Była to strategia trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej, której efekty w ciągu kilku lat ujawniły się w tych krajach znacznym obniżeniem umieralności okołoporodowej i spadku częstości porodów przedwczesnych. O ile w połowie lat 70 umieralność okołoporodowa w Kanadzie była porównywalna z Niemcami, Francją i Polską i wynosiła – 17%, to w ciągu pięciu lat kraj ten uzyskał spadek do 11% i w ciągu następnych kilku lat (w latach 90) 7 do 8% [3, 4].

W tym czasie w Polsce umieralność okołoporodowa także obniżała się lecz w tempie wolniejszym. Dopiero organizacja i upowszechnienie programu poprawy opieki perinatalnej w regionie Wielkopolski w 1995 roku, a następnie w innych regionach kraju. Ośrodki trzeciego poziomu opieki perinatalnej i intensywnego nadzoru neonatologii zaczęły powstawać w kolejnych ośrodkach akademickich, które dotychczas trzeciego poziomu opieki nie posiadały [5, 6, 7]. Zasadą ogólnie uznawaną stał się rozwój współpracy dwóch specjalności, położników i neonatologów, zapoczątkowany już na pierwszej Krajowej Naradzie w Poznaniu, 8-9 grudnia 1953 roku.

Cel pracy

Celem opracowania jest analiza funkcjonowania trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej w Polsce w 2008 r. według województw na podstawie dwóch parametrów: częstości urodzeń w szpitalach na każdym z trzech poziomów opieki w podziale w trzech grupach masy urodzeniowej noworodków oraz współczynników umieralności okołoporodowej.

Celem selektywnej opieki perinatalnej jest także wczesne rozpoznawanie zagrożeń dla matki i/lub dla płodu i przekazywanie kobiet z ciążą wysokiego ryzyka, w szczególności zagrożonych porodem przedwczesnym, do klinik i oddziałów ośrodków położniczo-neonatologicznych wyższego poziomu. Organizacja regionalnej trójstopniowej opieki perinatalnej oraz zasady przekazywania pacjentek między różnymi poziomami opieki perinatalnej zostały szczegółowo opracowane.

Od początku wprowadzenia Programu Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce w 1997 roku upłynęło 12 lat. Niezależnie od wielu trudności, jakie strategia trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej napotyka – system ten oparty na współpracy dwóch pionów położnictwa i neonatologii – głównie wymaga aktywnej współpracy obu dziedzin medycyny a w praktyce, natrafia na przeszkody administracyjne w realizacji przedsięwzięć, uniemożliwiające lub w wysokim stopniu utrudniające skuteczne działanie programu. Program ten w wysokim stopniu jest zależny od współpracy wielu osób odpowiedzialnych za działalność organizacyjną i merytoryczną.

Wydaje się, że niezależnie od tych trudności ocenę efektywności działania systemu trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej mimo wszystko można opisać na podstawie analizy dwóch parametrów: częstości urodzeń noworodków najbardziej narażonych na ryzyko utraty życia – o bardzo małej masie urodzeniowej 500-999g (BMMU) i małej masie urodzeniowej 1000-2499g (MMU) w szpitalach według trzech poziomów opieki perinatalnej i umieralności okołoporodowej w tych grupach. Niestety inne parametry oceny opieki perinatalnej w czasie ciąży i porodu w skali ogólnokrajowej są niedostępne, ze względu na brak odpowiedniej dokumentacji sprawozdawczej – koniecznej dla oceny poziomu i efektywności opieki w czasie porodu.

Materiał i metody

Analizę umieralności okołoporodowej przeprowadzono w 16 województwach w Polsce w 2008 roku na podstawie danych otrzymanych z Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego. Podstawowym dokumentem był formularz zbiorczy MZ- 29 Dział X w modyfikacji własnej z podziałem na poziomy opieki perinatalnej. Weryfikacja danych zawartych w tym formularzu polegała na sprawdzeniu formalnej strony dokumentów pod względem zakresu danych liczbowych o urodzeniach żywych i martwych oraz zgonów poporodowych w odpowiednich grupach masy urodzeniowej w poszczególnych szpitalach tych województw, które tego typu dane nadesłały.

Opracowanie statystyczne ograniczono do przedstawienia tabel wynikowych i wykresów w skali województw.

Wyniki

W 2008 roku urodziło się w szpitalach publicznej służby zdrowia 411294 noworodków. Martwe urodzenia stanowiły 1767 (4,3‰), a zgony – 807 (2,15‰).

Ogólna umieralność okołoporodowa wyniosła 6,45‰ (6,62‰ w 2007r.). (Tabela I, rycina 1).

Umieralność okołoporodowa ogólna powyżej 500g wykazała duże zróżnicowanie według województw – od 4,71‰ w woj. świętokrzyskim do 8,07‰ w woj. łódzkim. Średni współczynnik martwych urodzeń wynosi 4,3‰, natomiast zgonów noworodków we wczesnym okresie poporodowym jest dwa razy mniejszy – 2,15‰. Współczynniki martwych urodzeń między województwami rosną od 3,2‰ w woj. świętokrzyskim, do 4,99‰ w woj. lubuskim, a współczynnik zgonów poporodowych od 1,07‰ w woj. lubuskim do 3,11‰ w województwie dolnośląskim.

W dużym stopniu różnice te zależą od specyfiki szpitali, organizacji współpracy między oddziałami, a przede wszystkim od współpracy między położnikami a neonatologami, okresowej analizy wyników i dyskusji na wspólnych konferencjach sprawozdawczych organizowanych w ramach specjalistycznego nadzoru. Na różnice pomiędzy wynikami ma wpływ wielkość województw i ranga wojewódzkich ośrodków intensywnej opieki neonatologicznej, których zasięg często wykracza poza województwo.

Tabela I. Umieralność okołoporodowa – ogólna Polska 2008 (masa ciała >500g).

Województwo		Urodzenia ogółem (żywe+martwe)		Umieralność okołoporodowa ‰		
				Martwe urodzenia 1767 tys.	Zgony 886 tys.	Martwe + zgony 2653 tys.
		liczba	%	‰	‰	‰
1	Dolnośląskie	29285	7,1	4,34	3,11	7,44
2	Kujawsko-Pomorskie	22812	5,5	3,99	2,37	6,36
3	Lubelskie	22201	5,4	3,96	2,03	5,99
4	Lubuskie	11226	2,7	4,99	1,07	6,06
5	Łódzkie	25140	6,1	4,73	3,34	8,07
6	Małopolskie	36802	8,9	4,08	1,39	5,46
7	Mazowieckie	58978	14,3	3,95	2,20	6,15
8	Opolskie	9192	2,2	4,35	2,50	6,85
9	Podkarpackie	22013	5,4	3,54	2,45	6,00
10	Podlaskie	12034	2,9	4,40	1,91	6,32
11	Pomorskie	26987	6,5	4,59	2,26	6,86
12	Śląskie	47478	11,5	4,63	1,79	6,42
13	Świętokrzyskie	11889	2,9	3,20	1,51	4,71
14	Warmińsko-Mazurskie	16575	4,0	4,46	1,51	5,97
15	Wielkopolskie	41793	10,2	4,50	2,37	6,99
16	Zachodniopomorskie	16889	4,1	4,55	1,84	6,75

POLSKA 2008	411294	100,0	4,30	2,15	6,45
-------------	--------	-------	------	------	------

POLSKA 2007	389477	100,0	4,15	2,46	6,62
-------------	--------	-------	------	------	------

W tabeli II przedstawiono częstość urodzeń na trzech poziomach opieki perinatalnej dla ogólnej liczby urodzeń (A) i dla grupy o bardzo małej masie urodzeniowej (500-999g) (B). Istnieje duże zróżnicowanie odsetka urodzeń według województw. W ogólnej grupie (powyżej 500g) na III poziomie opieki perinatalnej urodziło się 14,7%, (od 5,7% w woj. dolnośląskim do 33,6% w woj. opolskim). Podczas gdy noworodki o bardzo małej masie urodzeniowej 500-999g prawie w 48% urodziły się w szpitalach III poziomu opieki perinatalnej. Na I poziomie urodziło się 21% noworodków, ale w woj. śląskim odsetek noworodków tej grupy wyniósł 47,4%, to jest więcej niż na III poziomie, gdzie urodziło się 41,7%.

W tabeli III i na rycinie 2 przedstawiono współczynnik umieralności okołoporodowej według województw na trzech poziomach opieki perinatalnej w ogólnej grupie urodzeń powyżej 500g. Ogólny współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 6,45%. Na I poziomie opieki perinatalnej umieralność okołoporodowa wyniosła 4,77%, na II – 5,68% a na III – 14,0%.

Największe zróżnicowanie współczynników umieralności okołoporodowej zanotowano na poziomie III opieki perinatalnej od 9,13% w woj. lubelskim do 26,9% w woj. dolnośląskim i 22,9% w woj. śląskim.

W tabeli IV i na rycinie 3 przedstawiono współczynniki umieralności okołoporodowej według trzech poziomów opieki perinatalnej w grupie bardzo małej masy urodzeniowej 500-999g.

W tej grupie urodziło się 1907 noworodków, z tej grupy 912 urodziło się w szpitalach III stopnia opieki perinatalnej i 592 – II stopniu i 403 – I stopniu. Ogólnie współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 488,2‰ jako wartość przeciętna województw. Najniższy współczynnik wykazało województwo warmińsko-mazurskie – 350,9‰ a najwyższy – woj. dolnośląskie – 641,8‰ i zachodniopomorskie – 357,1‰.

Wysokie współczynniki umieralności okołoporodowej zanotowano na I poziomie opieki – 622,8‰ - od 416,7 w woj. małopolskim do 900,0 woj. opolskim. Dotyczyły one jednak niedużych liczebności i np. w woj. opolskim, w tej grupie masy urodzeniowej było 37 noworodków, stąd wynik ten jest obciążony dużym ryzykiem błędu.

W tabeli V przedstawiono współczynnik umieralności okołoporodowej według województw i trzech poziomów opieki perinatalnej w grupie noworodków żywo i martwo urodzonych o masie 1000-2499g. W tej grupie małej masy urodzeniowej urodziło się 22848 noworodków, w tym 780 było martwo urodzonych a 294 zmarło po porodzie. Umieralność okołoporodowa ogólna w tej grupie wyniosła 47‰. Na I poziomie – 49,8‰, na II – 38,1‰ i na III – 55,34‰.

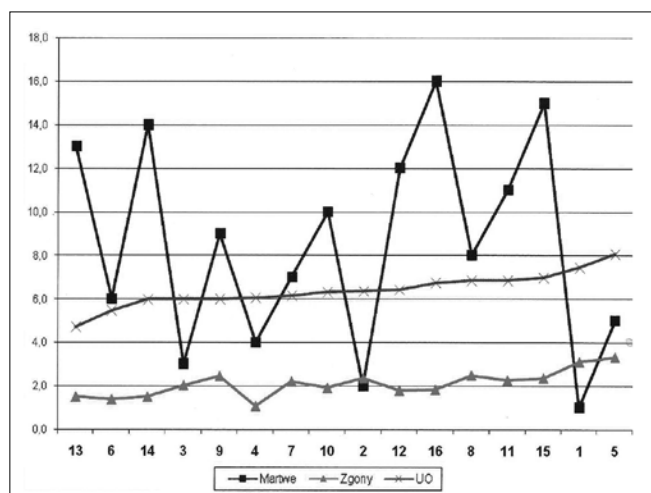
Współczynniki zgonów i martwych urodzeń – umieralność okołoporodowa w rozprzestrzenieniu terytorialnym według województw – ogólna i według trzech poziomów referencji nie wykazała dużych odchyleń z wyjątkiem woj. świętokrzyskiego,

Tabela II. Urodzenia według województw i trzech poziomów opieki perinatalnej – Polska 2008 (>500g i 500-999g).

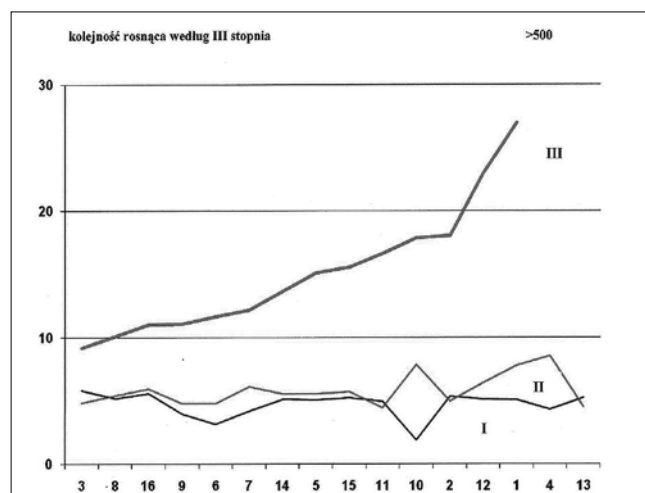
		A Urodzenia (%) >500g Ogółem-100%			B Urodzenia (%) 500-999g BMMU-100%		
Polska		I	II	III	I	II	III
		49,6	35,7	14,7	21,1	31,0	47,8
1	Dolnośląskie	52,7	41,6	5,7	20,1	55,2	24,6
2	Kujawsko-Pomorskie	53,7	36,0	10,3	12,4	44,6	43,0
3	Lubelskie	40,3	41,5	18,3	13,8	34,9	51,4
4	Lubuskie	58,2	41,8	-	23,7	76,3	-
5	Łódzkie	36,9	34,5	28,6	13,5	14,2	72,3
6	Małopolskie	19,3	65,5	15,2	8,11	39,2	52,7
7	Mazowieckie	44,9	39,7	15,5	16,7	36,0	47,3
8	Opolskie	48,2	18,2	33,6	27,0	8,11	64,9
9	Podkarpackie	54,0	19,2	26,8	22,1	22,1	55,8
10	Podlaskie	49,4	36,1	14,5	5,8	25,0	69,2
11	Pomorskie	37,7	43,8	18,5	15,8	21,2	63,0
12	Śląskie	82,5	11,0	6,5	47,4	11,0	41,7
13	Świętokrzyskie	33,9	66,1	-	26,2	73,8	-
14	Warmińsko-Mazurskie	79,0	12,1	8,8	19,3	29,8	50,9
15	Wielkopolskie	51,8	32,5	15,7	27,4	22,0	50,5
16	Zachodnio-Pomorskie	58,1	37,8	19,9	25,0	38,1	36,9

Tabela III. Umieralność okołoporodowa według województw i trzech stopni opieki perinatalnej – ogółem Polska.

		I - III	I	II	III
Polska		6,45	4,77	5,68	14,0
3	Lubelskie	5,99	5,82	4,78	9,13
8	Opolskie	6,85	5,19	5,38	10,03
16	Zachodnio-Pomorskie	6,75	5,60	5,93	11,00
9	Podkarpackie	6,00	3,95	4,74	11,02
6	Małopolskie	5,46	3,11	4,73	11,58
7	Mazowieckie	6,15	4,16	6,07	12,15
14	Warmińsko-Mazurskie	5,97	5,12	5,53	13,60
5	Łódzkie	8,07	5,06	5,53	15,1
15	Wielkopolskie	6,99	5,22	5,67	15,52
11	Pomorskie	6,86	4,92	4,40	16,60
10	Podlaskie	6,32	1,85	7,82	17,81
2	Kujawsko-Pomorskie	6,36	5,37	4,91	18,0
12	Śląskie	6,42	5,13	6,35	22,89
1	Dolnośląskie	7,44	5,06	7,79	26,9
4	Lubuskie	6,06	4,28	8,53	—
13	Świętokrzyskie	4,71	5,21	4,45	—



Rycina 1. Martwe urodzenia, zgony i umieralność okołoporodowa według województw w 2008 r.



Rycina 2. Umieralność okołoporodowa według województw i trzech stopni opieki perinatalnej – ogólna – Polska 2008 r.

w którym umieralność okołoporodowa wyniosła 21,63‰ i 15,7‰ na II poziomie.

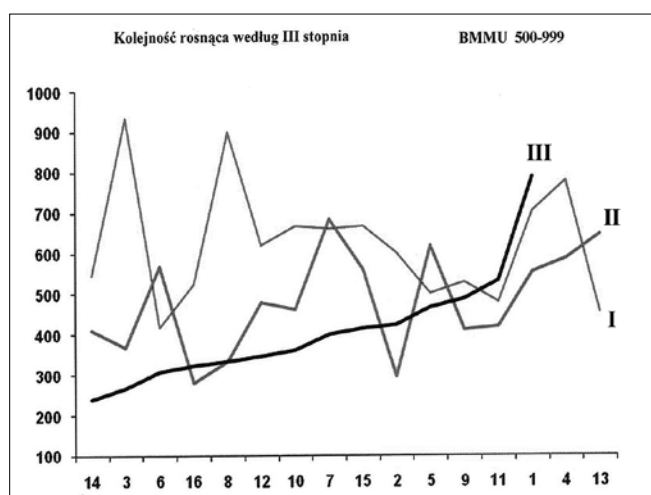
Tabela VI i rycina 4 przedstawia odsetki cięć cesarskich według stopni opieki perinatalnej. W 2008 roku w 16 województwach wykonano 123 507 cięć cesarskich, to jest 30,5% w stosunku do liczby porodów. Odsetek cięć cesarskich był najniższy

w woj. pomorskim- 22,7%, a najwyższy w woj. podkarpackim- 37% i dolnośląskim - 36,7%.

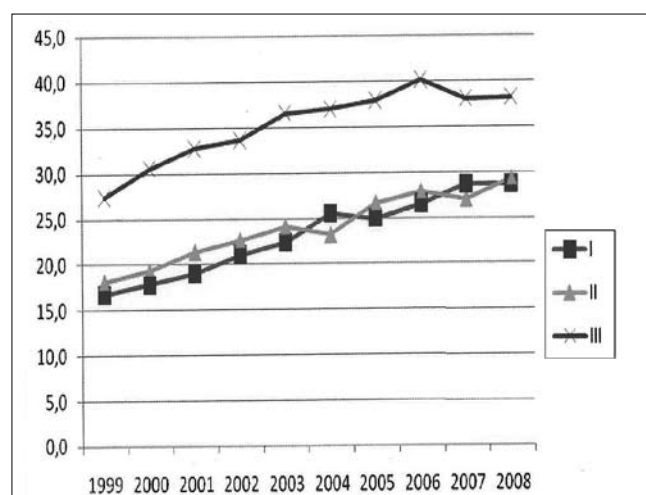
Średni odsetek cięć cesarskich w 2008 roku wyniósł 30,5% (29,8% w 2007 r.). Najniższy odsetek cięć cesarskich w woj. kujawsko-pomorskim – 22,7% a najwyższy w woj. podkarpackim 37,0% i dolnośląskim – 36,7.

Tabela IV. Umieralność okołoporodowa według województw i trzech poziomów opieki perinatalnej – Polska 2008 (500-999g).

		Umieralność okołoporodowa (‰)			
Polska		I - III	I	II	III
		488,2	622,80	516,90	410,1
1	Dolnośląskie	641,8	703,7	554,1	787,9
2	Kujawsko-Pomorskie	388,4	600,0	296,3	423,1
3	Lubelskie	394,5	933,3	368,4	267,9
4	Lubuskie	631,6	777,8	586,2	-
5	Łódzkie	493,2	500,0	619,0	467,3
6	Małopolskie	418,9	416,7	569,0	307,7
7	Mazowieckie	546,7	660,0	685,2	401,4
8	Opolskie	486,5	900,0	333,3	333,3
9	Podkarpackie	480,5	529,4	411,8	488,4
10	Podlaskie	403,8	666,7	461,5	361,1
11	Pomorskie	506,8	521,7	419,4	532,6
12	Śląskie	500,0	478,3	480,0	347,4
13	Świętokrzyskie	595,2	454,5	645,2	-
14	Warmińsko-Mazurskie	350,9	545,5	411,8	241,4
15	Wielkopolskie	516,1	666,7	561,0	414,9
16	Zachodnio-Pomorskie	357,1	523,8	281,3	322,6

**Rycina 3.** Umieralność okołoporodowa według województw i trzech stopni opieki perinatalnej – Polska 2008 BMMU 500-999g.

Odsetki cięć cesarskich na I i II poziomie opieki perinatalnej były zbliżone do przeciętnej krajowej (28,4% i 29,3%) ale na III poziomie odsetek ten wzrósł do 40,6% (od 28,9% w woj. kujawsko-pomorskim do 55,1% w woj. dolnośląskim i 52,2% w woj. lubelskim).

**Rycina 4.** Cięcie cesarskie według trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej 1999-2008 (odsetki).

Stały coroczny wzrost odsetka cięć cesarskich nie podlega systematycznej kontroli odnośnie szerokich warunków i wskazań oraz niekorzystnych następstw i powikłań.

W ciągu ostatnich 10 lat (1999-2008), częstość cięć cesarskich wzrosła na I poziomie opieki perinatalnej z 16,7% do 28,4%,

Tabela V. Umieralność okołoporodowa według województw i trzech poziomów opieki perinatalnej – Polska 2008 (1000-2499g).

		Umieralność okołoporodowa (‰)			
Polska		I - III	I	II	III
		47,0	49,8	38,1	55,34
1	Dolnośląskie	45,2	55,4	34,1	54,9
2	Kujawsko-Pomorskie	46,8	50,4	41,8	49,6
3	Lubelskie	46,4	70,7	37,8	39,3
4	Lubuskie	59,7	69,8	53,0	-
5	Łódzkie	45,5	60,6	40,5	41,3
6	Małopolskie	46,0	35,0	41,5	62,0
7	Mazowieckie	42,7	46,9	39,2	43,0
8	Opolskie	54,3	37,7	28,6	77,3
9	Podkarpackie	56,8	49,0	31,9	83,3
10	Podlaskie	66,7	15,5	77,2	87,0
11	Pomorskie	50,0	67,8	33,3	57,3
12	Śląskie	40,5	39,9	31,0	49,1
13	Świętokrzyskie	21,3	36,6	15,7	-
14	Warmińsko-Mazurskie	50,3	67,1	26,3	46,9
15	Wielkopolskie	56,1	56,9	45,1	67,2
16	Zachodnio-Pomorskie	47,7	50,8	26,8	63,5

na II poziomie z 18,1% do 29,3% i na III poziomie z 27,3 do 40,6%.

Duże zróżnicowanie częstości cięć cesarskich pomiędzy województwami i na poszczególnych poziomach opieki perinatalnej przy o wiele mniejszej różnicy w odsetkach małej masy urodzeniowej i współczynnikach umieralności okołoporodowej wskazuje na wpływ czynnika paramedycznego w wyborze metody prowadzenia ciąży i porodu jak i ustanowienia wskazań do ukończenia ciąży.

Dyskusja

W 2008 roku umieralność okołoporodowa wyniosła 6,4‰ (o 0,24‰ niższa niż w 2007 roku). Na wysoki współczynnik umieralności okołoporodowej wpływa współczynnik martwych urodzeń, który w 2008 roku wyniósł 4,27 – i jest dwa razy wyższy od współczynnika umieralności poporodowej – 2,13. Przy tym istnieje duże zróżnicowanie między województwami, np. w województwie śląskim było 220 martwych urodzeń i 85 zgonów noworodków (4,4‰ vs 1,91‰). Jeszcze większe (2,3 razy) różnice istnieją w województwie lubuskim (4,99‰ vs 1,07‰ to jest już 4,7), małopolskim (4,08‰ vs 1,39‰) i zachodnio-pomorskim (4,55‰ vs 1,44‰).

Tendencje te zaznaczyły się także w poprzednich latach. Wynika stąd pilna potrzeba szczegółowej analizy przyczyn martwych urodzeń szczególnie w tych województwach.

Z zestawienia częstości urodzeń noworodków na trzech poziomach wynika, że ogólnie w szpitalach I poziomu opieki urodziło się 50% noworodków, w szpitalach poziomu II – 35% a na III – 15%. Współczynnik umieralności okołoporodowej był najniższy na pierwszym poziomie opieki perinatalnej i wyniósł – 4,77‰, a najwyższy na III poziomie – 13,4‰. Istnieje duże zróżnicowanie tych współczynników wśród województw – szczególnie na trzecim poziomie. Sugeruje to potrzebę szczegółowej analizy wszystkich przypadków, które trafiły do ośrodków poziomu opieki pod względem jakości opieki przedporodowej i okołoporodowej.

W grupie 1917 noworodków o bardzo małej masie urodzeniowej (BMMU) – 500-999g stanowiącej 0,5% ogólnej liczby urodzeń – 50% urodziło się w ośrodkach III poziomu opieki perinatalnej, 30% na II poziomie i 20% na I poziomie opieki perinatalnej. W stosunku do poprzednich lat istnieje tendencja do obniżania się tego wskaźnika (w 1999 r. – 36,6%) w I poziomie opieki perinatalnej.

W następnej grupie małej masy urodzeniowej 1000-2499 (MMU) urodziło się 22827 noworodków. Rozkład urodzeń na trzech poziomach opieki perinatalnej jest względnie wyrównany (36,7%-35,3-28%), natomiast istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy województwami.

Współczynniki umieralności okołoporodowej są najniższe na drugim poziomie (38,6‰), a wyższe na trzecim poziomie (52,3‰).

Tabela VI. Cięcia cesarskie (odsetki) według trzech stopni opieki perinatalnej – 2008 r.

Województwo		Cięcia cesarskie			Ogółem
		I	II	III	
POLSKA		28,4	29,3	43,2	30,5
1	Dolnośląskie	33,0	38,9	55,1	36,7
2	Kujawsko-Pomorskie	23,7	22,1	28,9	24,1
3	Lubelskie	28,8	27,0	52,2	32,3
4	Lubuskie	28,6	27,4	-	28,1
5	Łódzkie	27,0	29,0	45,2	32,8
6	Małopolskie	28,9	27,0	43,7	29,9
7	Mazowieckie	28,5	30,9	37,6	30,8
8	Opolskie	28,7	25,8	36,8	30,9
9	Podkarpackie	34,3	33,2	45,2	37,0
10	Podlaskie	34,7	35,9	31,9	34,7
11	Pomorskie	20,5	19,1	35,7	22,7
12	Śląskie	29,1	35,2	46,7	30,9
13	Świętokrzyskie	34,6	33,2	-	33,7
14	Warmińsko-Mazurskie	26,7	30,4	45,1	29,6
15	Wielkopolskie	25,3	27,3	33,1	27,1
16	Zachodniopomorskie	28,5	33,6	36,8	31,2

Odsetki cięć cesarskich wciąż wzrastają. W 2008 roku średni odsetek cięć cesarskich wyniósł 30,3%. Tymczasem rzeczywistość wskazuje na potrzebę wykonania cięć cesarskich według różnych doniesień szacowana jest na ok. 15%. Wynika z tego, że rozszerzone wskazania do wykonywania cięć cesarskich nie są wskazaniami bezwzględnymi. W naszej analizie na I poziomie opieki perinatalnej wskaźnik cięć cesarskich wyniósł 28,4 %, na II poziomie 29,3%, przy dużej zmienności tego parametru w poszczególnych województwach a na trzecim poziomie 40,6 (od 28,9% w woj. kujawsko-pomorskim do 55,1% w woj. dolnośląskim).

Wnioski

Istnieje potrzeba poprawy opieki na poziomie podstawowym. Wprowadzenie obowiązkowej Karty Przebiegu Ciąży i analiza jakości opieki perinatalnej już na poziomie podstawowym ordynatorskim. Jest to tym bardziej konieczne, ponieważ opieka prawdopodobnie w dużym odsetku przeszła i dalej zapewne będzie przechodzić do gabinetów prywatnych. Analiza szczegółowa wszystkich przypadków ciąży wysokiego ryzyka oraz martwych urodzeń i zgonów we wczesnym okresie poporodowym powinna być przeprowadzana w miejscu, gdzie się noworodek urodził z udziałem lekarzy opiekujących się w czasie ciąży i porodu oraz w okresie noworodkowym.

Wprowadzenie szczegółowych okresowych analiz zgonów i martwych urodzeń noworodków w oddziałach położniczych jest konieczne dla przedyskutowania przyczyn umieralności

położniczych i neonatologicznych. Zebrania takie powinny odbywać się wspólnie przy udziale wojewódzkich konsultantów w dziedzinie położnictwa i neonatologii.

Efektom takich spotkań powinno być formułowanie odpowiednich wniosków do wdrożenia w praktyce.

Praca zgłoszona na XXX Jubileuszowy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Jakość życia kobiety – Salus feminae suprema lex esto” – w dniach 16-19 września 2009 roku w Lublinie.

Piśmiennictwo

1. Maresh M. *Audit in Obstetrics and Gynecology*. Oxford, 1994, 50-59.
2. Van Geijn H, Copray F. A critical appraisal of fetal surveillance. Chapter 5. *Antepartum risk scores*. Amsterdam, 1994.
3. Roszkowski J. Śmiertelność płodów i noworodków – przyczyny i zapobieganie. *Pediatrica Polska*. 1953, 9, 905-919.
4. Gadzinowski J, Bręborowicz G, Stepien M, (i wsp.). Rozwój regionalnego systemu opieki perinatalnej w regionie wielkopolskim, *Klin Perinat Ginek*. 1993, Suppl 4, 11-26.
5. Gadzinowski J, Bręborowicz G. *Program Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce*, Poznań: OWN, 1995, 128.
6. Troszyński M. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006, Umieralność okołoporodowa wczesna (2006) *UNFDP. UNDP*. 2006, 106-114.
7. Gadzinowski J. Rola trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece medycznej nad noworodkiem w Polsce. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006, *UNFDP. UNDP*. 2007, 115-119.