

Perinatalna skrb u Kninu u razdoblju 2000.-2005. godine

Perinatal care in Knin in the period from 2000 to 2005

Marko Čičak, Ivica Dadić, Stipe Krezo, Boris Begović, Eugenio Stoini*

Sažetak

U radu je prikazana prenatalna i perinatalna skrb trudnica na području kninske regije u razdoblju od 2000. do 2004. godine i pokazatelji prenatalnog i perinatalnog ishoda. U tom je razdoblju kontrolirano i liječeno 1135 trudnica. Najveći je broj poroda u tom razdoblju u rodilištu Opće bolnice "Hrvatski ponos"-Knin bio 2000. (262), a najmanji 2004. godine (194), što ukazuje na smanjenje broje poroda. Najveći je broj novorođenčadi (84,8%) imao rodnu masu 2500 do 3999 g. Najmanje trudnica (0,5%) nije pregledano nijednom tijekom trudnoće, a najveći broj (46,2%) pregledan je 6-8 puta; značajan broj trudnica (34,6%) je pregledano 9 i više puta tijekom trudnoće, uključujući i preglede ultrazvukom. Najveći broj poroda dovršen je vaginalno (91,6%), carskim rezom je dovršeno 8,4% trudnoća, vakuum ekstrakcija je upotrijebljena u 0,4%, a poroda blizanaca je bilo 1,5%. Najveći broj novorođenčadi imao je rodnu masu 2500 do 3999 g (84,8%), a makrosoma je bilo 12,9%. Većina roditelja otpuštena je četvrtoga dana nakon poroda (81,4%), manji je broj zadržan dulje od 4 dana (16,7%), a 1,8% novorođenčadi je upućeno u druge zdravstvene ustanove. U navedenom je razdoblju fetalni mortalitet 3,9‰, rani neonatalni mortalitet 1,6‰, a perinatalni mortalitet 6,17‰.

Zaključak: Na području kninske regije i u Općoj bolnici "Hrvatski ponos" – Knin, stručna prenatalna i perinatalna zdravstvena zaštita trudnica, roditelja i novorođenčadi je dobro organizirana s dobrim rezultatima, koji se mogu usporediti s organizacijom zdravstvene zaštite u drugim medicinskim središtima u Hrvatskoj i u svijetu.

Ključne riječi: trudnica, porod, novorođenče, perinatalni mortalitet

Summary

The prenatal and perinatal care of expectant mothers in Knin General Hospital for the 2000-2004 period is shown in this paper, as well as indicators of prenatal and perinatal outcomes. In this period, 1135 expectant mothers were controlled and treated. The largest amount of births in "Hrvatski ponos" Knin General Hospital was in the year 2000 (262), and the least number of births was in 2004 (194), which indicated that the number of births was decreasing. Most newborns (84.8%) weighed from 2,500-3,999 g. The least number of expectant mothers (0.5%) were not examined at all during their pregnancy, the largest number (46.2%) was examined 6-8 times, and a significant number (34.6%) was examined 9 or more times, including ultrasonic examination. The largest number of births (91.6%) were vaginal, then by Caesarean section (8.4%), and by vacuum extraction (0.4%); the birth of twins made up to 1.5%. Most newborns (84.8%) weighed from 2,500-3,999 g, and macrosomes counted 2.9%. Most mothers were released the fourth day following birth (81.4%), some of them were released after more than 4 days (16.7%), and 1.8% of newborn children were redirected to other health facilities. In this period fetal mortality was 3.9%, early neonatal mortality 1.6%, and perinatal mortality 6.17%.

Conclusion: In the Knin area and in "Hrvatski ponos" General Hospital, expert prenatal and perinatal health protection of expectant mothers and newborn children is well organized with good results, which can be compared to the organization of health protection in other medical centres in Croatia and in the world.

Key words: expectant mother, birth, newborn child, perinatal mortality

Med Jad 2015;45(1-2):61-68

* Opća bolnica "Hrvatski ponos" Knin, Odjel za ginekologiju i porodništvo (Marko Čičak, dr. med., Ivica Dadić, dr. med., Stipe Krezo, dr. med., Boris Begović, dr. med.); Odjel pedijatrije (doc. dr. sc. Eugenio Stoini, prim., dr. med.)

Adresa za dopisivanje / Correspondence address: Marko Čičak, dr.med., Opća bolnica "Hrvatski ponos" Knin, Odjel za ginekologiju i porodništvo, Svetoslava Suronje 12, 22300 Knin; e-mail: micicakmarko@gmail.com

Primljeno / Received 2014-12-18 ; Ispravljeno/ Revised 2015-03-13; Prihvaćeno / Accepted 2015-04-09.

Uvod

Socioekonomske prilike u društvu, ovladavanjem novim medicinskim spoznajama, razvijenost organizacije zdravstvene zaštite stanovništva, organizacija zdravstvene zaštite trudnica, perinatalna zaštita, opremljenost primarne ginekološke zaštite, opremljenost rodilišta opremom i stručnim kadrovima i dr. imaju veliki utjecaj na zdravstvenu zaštitu trudnica-rodilja, na prenatalni i perinatalni morbiditet i mortalitet. Sve zemlje, regije i gradske sredine svijeta organiziraju zdravstvenu zaštitu prema svojim socioekonomskim, financijskim i stručnim mogućnostima. U tome određenu ulogu imaju tradicijski običaji i religijsko opredjeljenje, kulturna razina i školska naobrazba stanovništva.¹⁻¹¹ Prenatalni i perinatalni morbiditet i mortalitet posredni su pokazatelji razvijenosti sredine u kojoj djeluje zdravstvena djelatnost zadužena za zaštitu trudnica i rodilja.¹²⁻²³ Svaka veća i manja društvena sredina ima svoje tradicijske, religijske, financijske, zdravstvene i druge osobitosti koje posredno i neposredno utječu i na zdravstvenu zaštitu trudnica i rodilja.²⁴⁻²⁸

Grad Knin i gravitirajuća mu regija, također ima svoje navedene specifične osobitosti, što utječe na sveukupnu zdravstvenu zaštitu stanovništva, kao i na zdravstvenu zaštitu trudnica i rodilja, a što ima odraza na prenatalni i perinatalni morbiditet i mortalitet. Demografski gledajući, stanovništvo Knina i pripadajuće mu zemljopisne mikroregije se nakon Domovinskog rata značajno promijenilo. Sada većinu stanovništva čine osobe prognane iz drugih (uglavnom ruralnih) dijelova Hrvatske i iz susjedne Bosne i Hercegovine. Dotadašnje domicilno stanovništvo je većinom napustilo ovo područje prije i nakon oslobođenja u akciji "Oluja". Od tada, podaci o ukupnom lokalnom stanovništvu daju se prema definiciji i metodologiji UN-a i EUROSTAT-a. Prema toj definiciji i metodologiji "princip prisutnosti odnosno odsutnosti jedne godine i više" primjenjuje se i za niže teritorijalne jedinice. Obzirom da je prošlo više od pet godina dolaskom na ovo područje, za razliku od područja iz kojeg su prognani i ovdje pridošli, dostupnija im je sveukupna zdravstvena zaštita, kao i zaštita trudnica i rodilja. Tijekom Domovinskog rata zdravstvo je na ovom području devastirano i trebalo je dugo vremena da se organizira i počne funkcionirati na razini zdravstvene zaštite Republike Hrvatske.²⁹ Postoje razlike u funkcioniranju zdravstvene zaštite prije i nakon oslobođenja, a što posredno utječe na specifičnosti zdravstvenog stanja stanovništva, pa tako i zdravstvene zaštite trudnica i rodilja, na prenatalni i perinatalni morbiditet i mortalitet.

Svrha ovoga rada je ispitati specifičnosti prenatalne i perinatalne skrbi u Kninu i gravitirajućoj regiji, utvrditi i prikazati pokazatelje navedene skrbi i usporediti ih s općim medicinskim pokazateljima (rezultatima), kao i usporedbu s rezultatima u Republici Hrvatskoj.

Ispitanice i metode

Ispitanice su trudnice i rodilje koje su kontrolirane i rodile u rodilištu Opće bolnice "Hrvatski ponos" – Knin, u razdoblju od 2000. do 2004. godine. U ispitivanje je uključeno 1135 trudnica i rodilja koje su kontrolirane u ginekološkoj ambulanti primarne zdravstvene zaštite i u rodilištu Opće bolnice "Hrvatski ponos" – Knin. Analizirano je 1145 novorođenačkih protokola. Uvidom u trudničke knjižice, rađaonski i novorođenački protokol analizirani su pokazatelji antenatalne i perinatalne skrbi, kao što su broj kliničkih ginekoloških pregleda, broj ultrazvučnih pregleda, rodne mase, broj komplikacija u trudnoći i porodu, prenatalni i perinatalni morbiditet i mortalitet. Navedeni podaci povezani su s ustrojem zdravstvene skrbi, posebice skrbi trudnica, rodilja i novorođenčadi. Dobiveni podaci sagledani su i povezani s demografskom slikom i ekonomsko-socijalnim osobitostima ove mikroregije.

Rezultati

U razdoblju analize podataka uočava se relativna stagnacija (ujednačenost) godišnjeg broja poroda, od najmanjeg (194) 2004. do najvećeg (262) broja 2000. godine. Ukupni broj poroda u tom razdoblju je 1135. U istom razdoblju vidi se ujednačenost živorođene djece; od 194 2004. do 261 novorođenče 2000. godine. Ukupno je 1130 živorođene novorođenčadi. Fetalni mortalitet (smrtnost) (mors in utero) iznosi 2 (8,7‰) (2002.), 2 (7,1‰) 2003. i 1 (3,8‰) 2000. godine. Prosječna fetalna smrtnost iznosi 4,4‰. Rani neonatalni mortalitet (smrtnost) 2000. iznosi 1 novorođenče (3,8‰), i 1 novorođenče 2002. (4,4‰); prosječno 1,8‰. Perinatalni mortalitet iznosi od 2 (7,6‰) 2000., 2 (7,1‰) 2003. i najveći 3 (13,1‰) 2002. godine. Prosječna perinatalna smrtnost u navedenom razdoblju bila je 6,17‰ (Tablica 1).

Najveći broj novorođenčadi ima rodnu masu 2499 do 3999 g (962 – 84,8%). S rodnom masom manjom od 2500 g je 27 (2,4%), a s rodnom masom 4000 g i više (makrosomi) je 45 (12,8%) novorođenčadi (Tablica 2).

Broj prenatalnih ginekoloških pregleda u ispitanica je u promatranom razdoblju različit (od nijednog do devet i više pregleda). U najmanje ispitanica nije izvršen nijedan prenatalni pregled

(0,5%), a u najviše njih (46,2%) je obavljeno 6-8 prenatalnih pregleda; uočljiv je podatak da je u relativno velikog broja ispitanica izvršeno devet i više prenatalnih pregleda (34,6%) (Tablica 3).

Također je različit i broj ultrazvučnih pregleda tijekom trudnoće. Nijedan ultrazvučni pregled nije urađen u 0,5% ispitanica (najviše 2003. godine – 2,8% ispitanica). U najvećeg broja ispitanica urađeno je četiri ultrazvučna pregleda tijekom trudnoće (38,2%), a nešto manje, pet i više ultrazvučnih pregleda u 20,5% ispitanica (Tablica 4).

U analiziranom razdoblju u 1,7% trudnica radi se o blizanačkoj trudnoći. (Tablica 5). Osim najuče-

stalijeg vaginalnog poroda, carskim rezom je dovršeno 8,6% poroda; vakuum ekstrakcija je primijenjena u 0,44% poroda, a poroda u stavu zatkom je bilo 2,6% (Tablica 5).

Najveći je broj roditelja s novorođenčecom otpušteno unutar četiri dana; najčešće četvrtog dana nakon rođenja (81,4%). Dulje od uobičajenih četiri dana nakon rođenja, zbog različitih patoloških stanja u majke ili novorođenčeta, zadržano je 16,7% novorođenčadi, a zbog težih patoloških stanja i komplikacija u rodilištu 1,8% novorođenčadi je premješteno u druge (kliničke) zdravstvene ustanove (Tablica 6).

Tablica 1. Broj poroda, fetalni mortalitet, rani neonatalni mortalitet, perinatalni mortalitet
Table 1 Number of births, fetal mortality, early neonatal mortality and perinatal mortality

Godina Year	Broj poroda Number of births		Fetalni mortalitet Fetal mortality		Rani neonatalni mortalitet Early neonatal mortality		Perinatalni mortalitet Perinatal mortality	
	N		N	%	N	%	N	%
2000.	262		1	3,8	1	3,8	2	7,6
2001.	235		0	0,0	0	0,0	0	0,0
2002.	229		2	8,7	1	4,4	3	13,1
2003.	215		2	7,1	0	0,0	2	7,1
2004.	194		0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ukupno Total	1135		5	3,9	2	1,6	7	6,1

Tablica 2. Rodna težina (u g) novorođenčadi
Table 2 Birthweight (in g) of newborn

Rodna težina (g) Birthweight (g)	< 2500		2500-3999		> 4000		Ukupno Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2000.	9	3,4	227	87,0	26	9,6	262	100
2001.	5	2,1	203	86,4	27	11,5	235	100
2002.	4	1,7	190	83,1	35	15,2	229	100
2003.	5	2,3	183	85,2	27	12,5	215	100
2004.	4	2,1	159	82,0	31	15,9	194	100
Ukupno Total	27	2,8	962	84,8	145	12,8	1135	100

Tablica 3. Broj antenatalnih pregleda u trudnica
 Table 3 Number of the antenatal visits of pregnant women

Godina Year	N 0	%	N 1-2	%	N 3-5	%	N 6-8	%	N ≥9	%
2000.	4	1,2	16	6,3	41	15,6	153	58,5	48	18,4
2001.	2	0,9	17	7,2	22	9,5	143	61,1	51	21,3
2002.	0	0,0	18	7,6	29	12,5	111	48,3	71	31,6
2003.	1	0,5	6	2,8	30	14,0	77	35,6	101	47,1
2004.	0	0,0	3	1,4	23	11,7	49	25,4	119	61,5
Ukupno Total	7	0,5	60	5,1	145	12,7	533	45,8	390	36,0

Tablica 4 Broj ultrazvučnih pregleda u trudnoći
 Table 4 Number of ultrasound examinations during pregnancy

Godina Year	0		1		2		3		4		≥5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000.	4	1,5	19	7,4	37	14,3	71	26,9	104	39,8	27	10,1
2001.	0	0,0	21	9,1	39	16,8	59	25,1	100	42,3	16	6,7
2002.	1	0,5	18	7,7	24	10,4	50	21,9	94	41,2	42	18,3
2003.	6	2,9	13	5,9	26	12,0	35	16,3	79	36,7	56	26,2
2004.	0	0,0	6	2,9	19	10,3	29	14,8	60	30,8	80	41,2
Ukupno Total	11	0,9	77	6,6	145	12,8	244	21,0	437	38,1	221	20,5

Tablica 5. Vaginalni porod, blizanci, porod carskim rezom, vakuum ekstrakcija i porod u stavu zatkom
 Table 5 Vaginal delivery, frequency of twins, Caesarean section birth, vacuum extraction, breech delivery

Godina Year	Vaginalni porod Vaginal delivery		Blizanci Twins		Carski rez Caes. sec.		Vakuum ekstrakcija Vacuum extraction		Porod u stavu zadak Breech delivery		Ukupno Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000.	235	89,7	4	1,6	27	10,5	1	0,4	7	2,7	262	100
2001.	219	93,2	4	1,7	16	8,9	1	0,4	4	1,8	235	100
2002.	209	91,3	3	1,3	20	11,7	0	0,0	6	2,7	229	100
2003.	190	88,4	2	0,9	25	11,6	2	0,8	7	3,3	215	100
2004.	187	96,4	4	1,7	7	8,6	1	0,4	5	2,6	194	100
Ukupno Total	1040	92,0	17	1,4	95	11,9	5	0,4	29	2,6	1135	100

Tablica 6. Broj novorođenčadi otpuštene iz rodilišta 4. dana nakon rođenja, zadržanih dulje od 4 dana i premještenih u drugu zdravstvenu ustanovu

Table 6 Newborn discharged 4th day after delivery, withheld >4 days after delivery and transferred to other medical centres

Godina	Novorođenčad otpuštena 4. dana		Novorođenčad zadržana >4 dana		Novorođenčad premještena u drugu zdravstvenu ustanovu		Ukupno	
Year	Newborn discharged 4th day after delivery		Newborn withheld >4 day after delivery		Newborn transferred to other medical centres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	221	84,6	35	13,4	5	2,0	261	100
2001	186	79,1	43	18,2	6	2,5	235	100
2002	174	76,6	49	21,5	4	1,8	227	100
2003	168	78,8	42	19,7	3	1,4	213	100
2004	171	88,1	20	10,3	3	1,5	194	100
Ukupno Total	920	81,4	189	16,7	21	1,8	1130	100

Rasprava

Trudnoća i porod su povezani s brojnim patološkim stanjima i komplikacijama, koji mogu nepovoljno utjecati na zdravlje trudnice i novorođenčeta, kao i na intrauterini i perinatalni morbiditet i mortalitet.^{1-4,6,8,10,11} Organizacija zdravstvene zaštite, koja uključuje ustanove za zdravstvenu zaštitu, broj stručnog zdravstvenog kadra, medicinska oprema i njihova dostupnost stanovništvu značajni su za razinu zdravstvene zaštite.^{1-3,24} Unutar opće zdravstvene zaštite posebna je organizacija zdravstvene zaštite majki-trudnica i roditelja.^{1-3,24,49,50,53,54} Ginekološke ambulante u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ginekološke ambulante i ginekološko-porođajni odjeli i pedijatrijski (neonatološki) odjeli u bolničkom sustavu imaju glavnu ulogu u zaštiti trudnica, roditelja i novorođenčadi.^{24,50,54}

Usprkos poboljšanja životnih uvjeta (ekonomskih, socijalnih, obrazovnih itd.), poboljšanja prehrane, uvjeta rada i napretku medicinske znanosti i mogućem pristupu zdravstvenim uslugama, i danas trudnoća i porod mogu biti rizični; popraćeni brojnim komplikacijama, uz mogućnost prenatalne i perinatalne smrti roditelja i novorođenčadi.^{1-8,21-23}

Osim općih pokazatelja zdravlja, prenatalna i perinatalna smrtnost su dobri pokazatelji organizacije zdravstvene zaštite stanovništva, a posebice zdravstvene zaštite trudnica.^{1-3,12-18,20-23,27,28,30} Na razinu prenatalne i perinatalne smrtnosti utječe obuhvaćenost

trudnica standardnim pregledima, broj kliničkih pregleda, ultrazvučnih pregleda, uporaba CTG-a i drugih metoda praćenja trudnoća i poroda.^{1-3,31-38}

Svaka urbana sredina ima svoje demografske, ekonomske, higijenske, zdravstvene i druge osobitosti, koje uvjetuju način života, kao i organizaciju zdravstvene zaštite stanovništva, trudnica i djece.^{3,5,9,11,18,19,25,37} Nakon Domovinskog rata i oslobođenja Knina izmijenila se demografska struktura na kninskom području. Većina stanovnika jedne etničke pripadnosti je izbjegla, a doselilo se dosta ljudi iz različitih dijelova Hrvatske i Bosne i Hercegovine, kao i s Kosova, većinom osobe mlađe životne dobi; osobe u reproduktivnoj dobi.²⁹ Uz pomoć Republike Hrvatske, na ovom je području obnovljena i unaprijeđena zdravstvena zaštita stanovništva, kao i zdravstvena zaštita trudnica i djece. Unaprijeđena je prenatalna i perinatalna skrb. U skrbi trudnica i roditelja koriste se suvremena pomagala, poput ultrazvuka (1 potom 2), CTG aparati (1 potom 2), rađaonska oprema, transportni inkubator (2), stacionarni inkubatori (3) i druga potrebna oprema. Opremljenost opremom ginekološke ambulante u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i na odjelu ginekologije i opstetricije odgovara općim uvjetima opremljenosti ustanova za zaštitu trudnica.²⁴

Broj kliničkih pregleda, pregleda ultrazvukom i primjena CTG-a je različita od trudnice do trudnice. Preporuča se prosječni broj⁸ kliničkih pregleda tijekom trudnoće i minimalno 3 ultrazvučna pre-

gleda, a po potrebi i više.^{1-3,31,33-35} U analiziranom razdoblju broj antenatalnih pregleda je različit. Od 0 do 9 i više pregleda; prosječni broj pregleda trudnica je bio 6-8 (46,2%) (Tablica 3.). Na broj pregleda utječu različiti čimbenici, kao što su školska naobrazba trudnice, ekonomski, socijalno-higijenski uvjeti, paritet, posjedovanje zdravstvenog osiguranja i dr.

Uvođenjem ultrazvučne tehnologije u medicinu, pa tako i u ginekološko-opstetričku praksu, ovaj je pregled postao neizostavan u dijagnostičkom i terapijskom pristupu ženama, posebice trudnicama.^{1-3,31-35} Uz osnovni klinički pregled trudnica, obično se uradi i ultrazvučni pregled. Broj ultrazvučnih pregleda u trudnica u analiziranom razdoblju je različit po godinama analize, a kreće se od 0 do 5 i više ultrazvučnih pregleda. U najvećeg broja trudnica je urađeno prosječno 4 ultrazvučnih pregleda (38,2%). To je mogući dodatni uzrok malog broja rađanja prije termina, rađanja djece niske rodne težine, stava zatkom na porodu i dr. To se podudara s općim preporukama i rezultatima drugih autora.³¹⁻³⁵

Porod je značajan trenutak u životu svake ljudske jedinice. Često je povezan s brojnim patološkim stanjima i komplikacijama. Ispravno i stručno vođen porod preduvjet je za zdravlje roditelja i novorođenčeta, kao i za normalan rast i razvoj djece u kasnijem životu.^{1-3,31,51} Porod prije termina i nakon termina (> 42 tjedna), porod carskim rezom, porod u stavu zatkom, poprečni položaj i patološka stanja (bolesti) majke i novorođenčeta su rizični i uzrok su većine prenatalnih i perinatalnih smrtnih ishoda majke (rjeđe) i novorođenčeta (češće).^{1-3,6,2-22,28,30,39,43,48} U promatranom razdoblju na području kninske regije nije bilo poroda kod kuće; svi su porodi dovršeni u rodilištu. Najveći broj poroda dovršen je vaginalno (91,6%) prezentacijom glave. Porod blizanaca može biti rizičan za roditelja, prvog i drugog blizanca.^{1-3,21} U navedenom razdoblju u kninskom rodilištu rođeno je 17 blizanaca (1,7% svih poroda). Rizičan je i porod carskim rezom, kao i uporaba vakuum ekstrakcije tijekom poroda, jer mogu uzrokovati morbiditet i mortalitet majke (rijetko) i povrede novorođenčeta s mogućom smrću ili teškim povredama, posebice mozga, koje uzrokuju poremećaj tjelesnoga rasta i psihomotornog razvoja u kasnijem životu.^{1-3,42-49} Carskih je rezova u kninskom rodilištu u razdoblju 2000. do 2004. godine urađeno 95 (8,4% svih poroda). To je niži broj u odnosu na broj carskih rezova u nekim medicinskim središtima (rodilištima). U nekim ustanovama broj poroda carskim rezom kreće se do 30%, ekstremno do preko 50% svih poroda.^{1,42-47} Vakuum ekstrakcija je primijenjena u 5 (0,4%) poroda. Relativno je rijetka uporaba ove

metode završetka poroda. Posebno je rizičan porod u stavu zatkom. Takav porod povećava perinatalnu smrtnost 2-4 puta u odnosu na vaginalni porod glavom.^{1-3,39-42} U kninskom rodilištu je u promatranom razdoblju rođeno 29 (2,6%) novorođenčadi u stavu zatkom, metodom prema Brachtu, bez posljedičnih komplikacija. Tijekom poroda 95% trudnica se prati CTG-om, što je pravilo i u drugim dobro opremljenim rodilištima. To je jedan od razloga da nije zabilježena smrt fetusa sub partu.

Smatramo, kao i drugi autori,³⁶⁻³⁸ da je potrebno povećati broj CTG antenatalnih pregleda, a zadržati postojeći broj ultrazvučnih pregleda tijekom trudnoće. Time bi se smanjio broj komplikacija tijekom trudnoće i poroda. Intrauterini zastoj ploda u rastu i razvoju, kao i EPH-gestoze kompliciraju trudnoću i potencijalni su zdravstveni rizik za trudnicu i plod. U promatranom razdoblju u kninskoj regiji 1,17% trudnica je razvilo eklampsiju. One su stručno zbrinute, te su trudnoća i porod završili bez komplikacija. Ultrazvučnim pregledom lakše se uočava fetuse s intrauterinim usporenim rastom i razvojem. Lakše se procjenjuje tretman i optimalno vrijeme dovršetka trudnoće, tj. poroda.^{1-3,22,30} Uzimanjem cervikalnih briseva moguće je otkriti brojne infekcije (aerobi, anaerobi, klamidije, mikoplazme, ureaplazme, gljivične i virusne infekcije) koje bi se nepovoljno mogle odraziti na novorođenče.^{1-3,6,8}

Perinatalna skrb je važna za majku i novorođenče, a u tom dijelu skrbi sudjeluju ginekolog, primalja, pedijatar-neonatolog i drugo osoblje. Uz kadrovske uvjete, za dobru perinatalnu skrb i tretman novorođenčadi potrebna je i odgovarajuća medicinska oprema. Na taj se način smanjuje morbiditet i mortalitet novorođenčadi.^{1-3,19,24} U razdoblju 2000. do 2004. godine u rodilištu Opće bolnice "Hrvatski ponos" – Knin, iz 1135 poroda rođeno je 1152 djece (novorođenčadi). Rodna masa novorođenčadi se kreće od 2500 g i manje, do 4000 g i više; najveći je broj novorođene djece s rodnom masom 2500 do 3999 grama (84,4%), a što je sukladno s vrijednostima u drugim zapadnoeuropskim zemljama.^{5,9-10,19} Zanimljiv je podatak o broju novorođenčadi s rodnom masom 4000 i više grama (makrosomi), kojih je 12,8%. To se podudara s podacima Mikulandra i sur.,⁵⁵ da se u Šibensko-kninskoj županiji rađa najveći broj makrosoma u odnosu na druga područja Hrvatske i drugih zemalja u kojima je taj postotak 5-10%.⁵⁶

Najveći broj novorođenčadi (81,4%) otpušten je iz rodilišta četvrtoga dana nakon rođenja; dulje od četiri dana na odjelu je zadržano 16,7% novorođenčadi zbog različitih lakših komplikacija od strane majke i novorođenčadi, a 1,8% novorođenčadi je zbog težih

vitalno ugrožavajućih stanja premješteno u druge zdravstvene ustanove (uglavnom u kliničke bolnice). U istom je razdoblju bilo 25 (2,6%) transporta in utero.

Perinatalni morbiditet i mortalitet su dobar pokazatelj prenatalne i perinatalne skrbi.^{1-3,12-19,24-27} U prijašnjim stoljećima, kada je medicinska znanost i zdravstvena zaštita bila izrazito slaba u odnosu na sadašnje vrijeme, prenatalna i perinatalna smrtnost, kao i smrtnost trudnica-rodilja bila je (za današnje uvjete) izrazito visoka (veća od 100%).¹⁻³ Danas, razvojem medicinske znanosti, poboljšanjem zdravstvene skrbi, uvođenjem novih dijagnostičkih i terapijskih metoda i korištenjem suvremene medicinske opreme ta se smrtnost značajno smanjila. U razvijenim zemljama iznosi 3-5%. U razdoblju 2000. do 2004. godine na području kninske regije fetalna smrtnost je 3,9%, rana neonatalna smrtnost 1,6%, a perinatalna smrtnost 6,17%. Navedena perinatalna smrtnost je zadovoljavajuća u odnosu na brojne razvijene zemlje, kao i u odnosu na Republiku Hrvatsku, u kojoj je 2002. godine iznosila 9,64%.¹²⁻²⁰

Zaključak

Rezultati prenatalne i perinatalne skrbi na području kninske regije, pokazatelji su organizacije zdravstvene skrbi trudnica. Broj antenatalnih ginekoloških pregleda, ultrazvučnih pregleda, CTG kontrole, kadrovska ekipiranost i medicinska oprema kojom raspolaže Odjel ginekologije i opstetricije Opće bolnice "Hrvatski ponos" – Knin i ambulante (posebice ginekološka) primarne zdravstvene zaštite razlog su (uz ostale socijalne činitelje) dobrih rezultata u zdravstvenoj zaštiti trudnica i novorođenčadi. Svi relevantni pokazatelji antenatalne i perinatalne zdravstvene skrbi slični su onima u drugim regijama Republike Hrvatske.

Literatura

- Gobbe GS, Niebyl RJ, Simpson LJ, Landon BM, Galan LH, Jauniaux RME, Driscoll AD. *Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies*. 6. ed. Philadelphia: Elsevier Guidelines, 2012; str. 1-1292.
- Berghella V (ed). *Obstetric Evidence Based Guidelines*. London: Inform healthcare, 2007; str. 1-235.
- Belfort AM, Saade G, Foley RM, Phelan PJ, Dilldi II AG. Oxford: Care Obstetric, 2010; str. 1-750.
- Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM. Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: population based analysis. *BMJ*. Jul 31 1999;319:287-8.
- Zhang J, Hamilton B, Martin J, Trumble A. Delayed interval delivery and infant survival: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:470-6.
- Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol*. 2004;103:57-62.
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep*. 2007;56:1-103.
- Norwitz ER, Robinson JN, Repke JT. Labor and delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 2003.
- Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955;6:567-89.
- Tuck SM, Cardozo LD, Studd JW, Gibb DM, Cooper DJ. Obstetric characteristics in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983;90:892-7.
- Duignan NM, Studd JW, Hughes AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol*. 1975;82:593-601.
- Dražančić A. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 1994.-1995. godini. *Rodilišni podaci. Gynaecol Perinatol*. 1997;6 (suppl 1):121-8.
- Kos M, Rodin U, Dražančić A. Uzroci perinatalnih smrti u Hrvatskoj u 2000. godini. *Gynaecol Perinatol*. 2002;11:14-20.
- Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2002. godini. *Gynaecol Perinatol* 2003;12(suppl. 2):1-18.
- Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003 godinu. Ur. Erceg M, Kuzman M, Rodin U. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2004.
- Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2003. godini. *Gynaecol Perinatol*. 2004;13 (suppl 3):1-18.
- Dražančić A. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2008. godini. *Gynaecol Perinatol*. 2009;18:225-48.
- Rodin U, Filipović-Grčić B, Kos M, Dražančić A. Razine i uzroci perinatalnih i dojenačkih smrti u Hrvatskoj u 2011. godini. *Gynaecol Perinatol* 2012;21(suppl 1):145-50.
- Health For All, Statistical database. WHO Office for Europe, Copenhagen, January 2004.
- Smith GC. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:489-96.
- Wenstrom KD, Gall SA. Incidence, morbidity and mortality, and diagnosis of twin gestations. *Clin Perinatol*. 1988;15:1-11.
- Naeye RL. Causes of perinatal mortality excess in prolonged gestations. *Am J Epidemiol*. 1978;108: 429-33.
- Rettwitz-Volk W. Mortalität und Morbidität von Frühgeborenen-eine Zusammenfassung der deutschen Neonatalerhebungen 2001. *Z Geburtsh of Geburtshilfe Neonatol*. 2003;207:143-7.
- Fudurić I, Dražančić A. Opremljenost rodilišta u Republici Hrvatskoj. *Opstetrička djelatnost. Gynaecol Perinatol* 1997;6(suppl 1):1.
18. International Workshop on the Impact of the Environment on Reproductive Health (1991: Copenhagen).

- Source citation: Progress in human reproduction research, 1991:1-11.
26. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *Eur J Public Health*. 2013; 23:366-71.
 27. Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010;375:1969-87.
 28. Trudinger BJ, Boshell L. A survey of the management of premature labour by Australian obstetricians. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1987;27:188-95.
 29. Prirodno kretanje stanovništva 1995. Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 1997.
 30. Heimstad R, Romundstad PR, Salvesen KA. Induction of labour for post-term pregnancy and risk estimates for intrauterine and perinatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87:247-9.
 31. Waldenstrom U, Axelsson O, Nilsson S, et al. Effects of routine one-stage ultrasound screening in pregnancy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1988;2:585-8.
 32. Taipale P, Hiilesmaa V. Predicting delivery date by ultrasound and last menstrual period in early gestation. *Obstet Gynecol*. 2001;97:189-94.
 33. Bennett KA, Crane JM, O'shea P, Loucelle J, Hutchens D, Copel JA. First trimester ultrasound screening is effective in reducing post-term labour induction rates: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1077-81.
 34. Levine D. (ed.). *Ultrasound Clinics*. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007; str. 1-325.
 35. Rumack MC, Wilson RS, Charboneau JW, Johnson MJA. (ed.). *Diagnostic Ultrasound*. 3. ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005; str. 1-1169.
 36. Chandrharan E, Arulkumaran S. Prevention of birth asphyxia: responding appropriately to cardiotocograph (CTG) traces. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2007;21:609-24.
 37. Vieux R, Fresson J, Hascoet JM, et al; EPIPAGE Study Group. Improving perinatal regionalization by predicting neonatal intensive care requirements of preterm infants: an EPIPAGE-based cohort study. *Paediatrics*. 2006;118:84-90.
 38. Shaw K, Clark SL. Reliability of intrapartum fetal heart rate monitoring in the post-term fetus with meconium passage. *Obstet Gynecol*. 1988;72:886-9.
 39. Zatuchni GI, Andros GJ. Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term. Prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 1967;98:854-7.
 40. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol*. 2004;103:407-12.
 41. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:851-2.
 42. Gonçalves H, Ayres-de-Campos D, Bernardes J. Fetal behavioural dynamics in cephalic versus breech presentations. *Dev Psychobiol*. 2014;56:1595-600.
 43. Seyb ST, Berka RJ, Socol ML, Dooley SL. Risk of Cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women. *Obstet Gynecol*. 1999; 94:600-7.
 44. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Sciscione AC, Hoffman MK. Labor progression and risk of Caesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstet Gynecol*. 2005;105:698-704.
 45. Gifford DS, Keeler E, Kahn KL. Reductions in cost and Cesarean rate by routine use of external cephalic version: a decision analysis. *Obstet Gynecol*. 1995; 85:930-6.
 46. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group*. *Lancet*. 21 2000;356:1375-83.
 47. Vezina Y, Bujold E, Varin J, Marquette GP, Boucher M. Caesarean delivery after successful external cephalic version of breech presentation at term: a comparative study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190:763-8.
 48. Powell J, Gilo N, Foote M, Gil K, Lavin JP. Vacuum and forceps training in residency: experience and self-reported competency. *J Perinatol*. 2007;27:343-6.
 49. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116:1281-7.
 50. Cantor MR, Sadowitz DP. (ed.) *Neonatal Emergencies*. New York-Chicago-San Francisco-Lisbon—London-Madrid-Mexico City-Milan-New Delhi-San Juan-Seoul-Singapore-Sydney-Toronto: Mc Graw Hill Medical, 2010; str. 1-244.
 51. Caughey AB, Washington AE, Laros RK Jr. Neonatal complications of term pregnancy: rates by gestational age increase in a continuous, not threshold, fashion. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:185-90.
 52. Kabbur PM, Herson VC, Zaremba S, Lerer T. Have the year 2000 neonatal resuscitation program guidelines changed the delivery room management or outcome of meconium-stained infants?. *J Perinatol*. 2005;25:694-7.
 53. Caughey AB, Stotland NE, Escobar GJ. What is the best measure of maternal complications of term pregnancy: ongoing pregnancies or pregnancies delivered? *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:1047-52.
 54. Zhang J, Hamilton B, Martin J, Trumble A. Delayed interval delivery and infant survival: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:470-6.
 55. Mikulandra F, Periša S, Stojnić E. When is fetal macrosomia (≥ 4500 g) an indication for Caesarean section? *Zentralbl Gynaecol*. 1996;118:441-7.
 56. Spellacy WN, Miller S, Winegar A, Peterson PQ. Macrosomia-maternal characteristics and infant complications. *Obstet Gynecol*. 1985;66:158-61.