

Születés körüli halálozások Magyarországon, 2011

A tartalomból

- 1 Bevezető
- 2 Terhességi hét, születési súly
- 2 Anya életkora
- 3 Halálok
- 3 Területi különbségek
- 4 Nemzetközi összehasonlítás

Bevezető

A 20. század első felében Magyarországon még igen magas volt a születés körüli halálozás aránya, 1920-ban ezer születésre 62 perinatális halott jutott, amelyből 27 volt késői magzati halálozás és 35 a korai csecsemőhalálozás. Az életkörülmények javulása, az egészségügyi ellátás fejlődése, köztük a perinatális/neonatális intenzív centrum hálózat kiépülése eredményeképpen a születés körüli halálozás aránya folyamatosan javult, 1990-ben 14 ezrelékre csökkent és 2011-ben már 7 ezrelék alatt volt.

A születés körüli halálozás elsősorban a társadalmi-gazdasági fejlettségtől, az egészségügy, azon belül is a szülészeti, valamint a terhesellátás színvonalától függ. Kiemelkedő jelentősége van az ultrahang-technika fejlődésének, ami az 1970-es évektől kezdődően lehetővé tette a magzat állapotának, szív működésének folyamatos vizsgálatát az újszülött világra jövetelét megelőzően – már a terhesség alatt is. Folyamatosan nyomon követhetővé vált a magzat fejlődése, kondíciója, illetve annak változása. Természetesen szerepet játszhat a születés körüli halálozások alakulásában az állapotos nők egyéni szocio-demográfiai jellemzői, életkörülményei és életmódja is. Kiemelt kockázati tényezőt jelent pl. a terhesség alatti alkoholfogyasztás vagy dohányzás. A védőnői hálózat megkülönböztetett figyelmet fordít a fokozott gondozást igénylő anyák segítésére. A 2011. évi adatok szerint minden harmadik kismama egészségügyi és/vagy környezeti okból veszélyeztetett terhes volt, 11%-uk dohányzott a terhessége alatt.

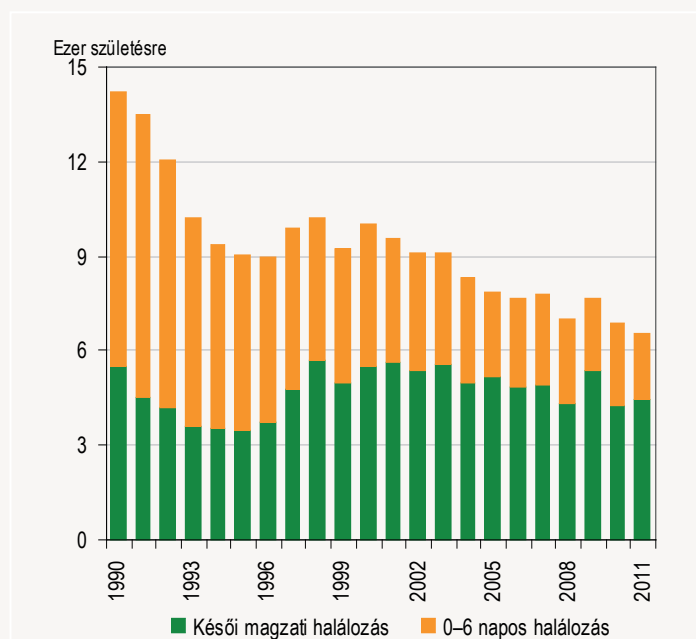
A születés körüli halálozás, más néven perinatális halálozás a késői magzati halálozásból (halvaszületés) és a korai csecsemőhalálozásból (0–6 napos korban meghaltak) tevődik össze.

A késői magzati halálozásnak nevezzük a fogamzás azon kimenetelét, amikor a magzat az anya testétől történt elválasztás után az élet semmilyen jelét nem adta, és a fogamzástól számított 24 teljes hétnél (1996-ig teljes 28 hétnél) hosszabb idő eltelt. A korai csecsemőhalálozás esetén pedig az élve születést követő egy héten belüli halálzásról beszélünk. Így indokolt meghatározni, hogy a fogamzás milyen kimenetelét is tekintjük élve születésnek. A magyar gyakorlat a nemzetközi ajánlásokat követve élve születettnek 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.

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-ról 24 terhességi hétre történt definíciós változás 1996 után automatikusan megemelte a késői magzati halálozások számát és az összes magzati halálozáson belüli arányát, másfelől az általános csecsemőhalálozás csökkenésében meghatározóbb szerepet játszó 0–6 napos korai csecsemőhalálozások száma, ami az átlagosnál nagyobb mértékben esett vissza. Így a születés körüli halálozások két összetevője közül az egyik szerepe, súlya nőtt, miközben a másik 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. ábra

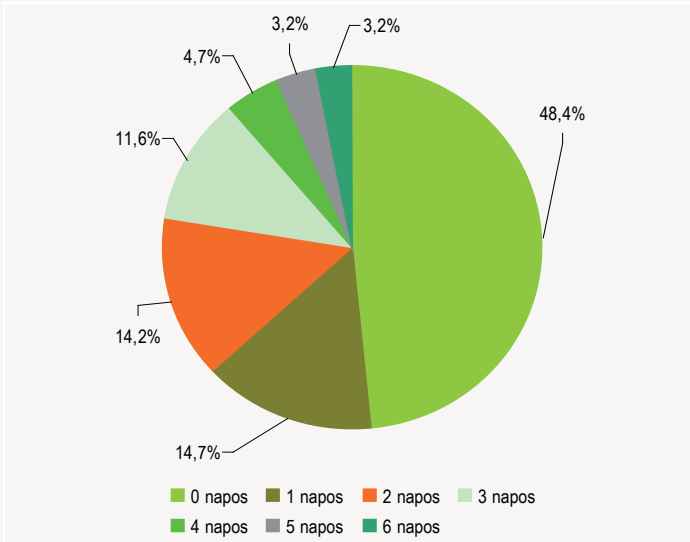
Születés körüli halálozási arány



2011-ben 582 születés körüli halálozás történt, ebből 392 késői magzati halálozás (halvaszületés) és 190 korai csecsemőhalálozás volt. A terhesség tartamát tekintve a késői magzati halálozások háromnegyede a 37. terhességi hét betöltése előtt következett be, így az újszülött idő előtt, koraszülöttként jött volna világra – életben maradása esetén. A korai csecsemőhalottak túlnyomó többsége szintén koraszülött a terhességi hetet tekintve. Életésélyeik azonban a csökkenő esetszám mellett is igen bizonytalanok. A korai csecsemőhalottak közel fele az életnek valamilyen jelét adja világra jövetelénél, de életben tartani már nem tudják őket, így a születést követő 24 órán belül elhunynak. Az életben eltöltött napok számával csökken az elhunytak aránya: 14–15 százalékuk egy-, illetve kétna-

pos, 12 százalékuk háromnapos korában halt meg, a 4–6 naposok együttes aránya 11 százalékot tett ki. Ez azt jelenti, hogy a születést követő első két nap a legkritikusabb időszak, az életben eltöltött napok számával viszont egyre nő a túlélés, illetve életben maradás esélye.

Korai csecsemőhalálozás megoszlása életkor szerint



2. ábra

A születés körüli halálozásokat a magzat, illetve újszülött súlya szerint vizsgálva jellemzően három csoportot különböztetünk meg: extrém kis születési súlyú (1000 grammon aluli), igen kis súlyú (1000–1499 gramm) és kis súlyú (1500–2499 gramm) csecsemők halálozása.

2011-ben a születés körüli halálozások több mint egyharmada, (35,7%) extrém kis súllyal és rövid, 32 betöltött terhességi hét előtt következett be. Összességében a születés körül meghaltak 37 százaléka volt extrém kis súlyú, 12 százaléka igen kis súlyú és 24 százaléka kis súlyú, ez a születés körüli halálozás 74 százalékát tette ki 2011-ben. A 2500 grammnál kisebb súllyal született perinatális halottak 68 százaléka a terhességi hetet tekintve is koraszülöttnek számított.

Születés körüli halálozás megoszlása a terhesség időtartama és születéskori súly szerint, 2011

Születéskori súly, gramm	Terhesség időtartama (hét)			Összesen (%)
	-31	32–36	37–	
-999	35,7	1,4	0,2	37,3
1000–1499	8,2	3,8	0,3	12,4
1500–1999	3,6	8,4	1,2	13,2
2000–2499	0,7	6,5	3,6	10,8
2500–2999	0,5	4,8	6,5	11,9
3000–	0,2	2,1	12,2	14,4
Összesen	49,0	27,0	24,1	100,0

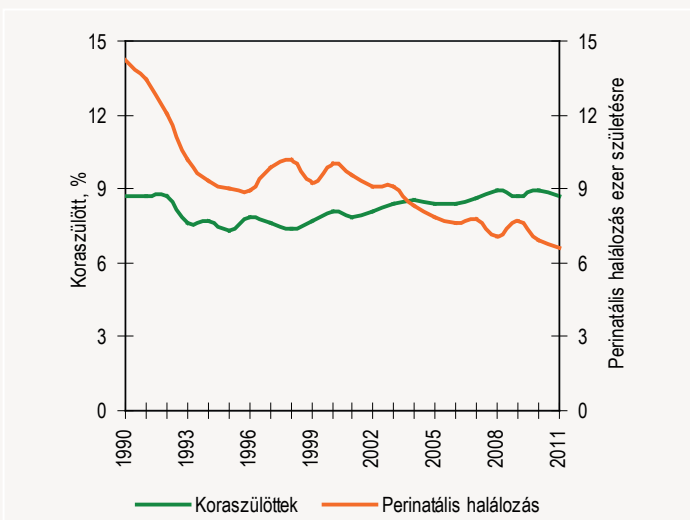
1. tábla

Terhességi hét, születési súly

Az alacsony magzati testsúly és az idő előtti szülés komoly rizikófaktora a születés körüli halálozásoknak, természetesen a születéskori súly és a terhességi hét szorosan összefügg egymással, minél rövidebb a terhesség időtartama, annál kisebb a magzat súlya. A születeket a terhesség hete és a magzat súlya szerint is vizsgálhatjuk. Azokat az újszülötteket tekintjük koraszülöttnak, akik a 37. terhességi hét előtt jönnek világra. 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 főleg a neonatológia fejlődésének, a neonatális intenzív centrumok tevékenységének köszönhető.

3. ábra

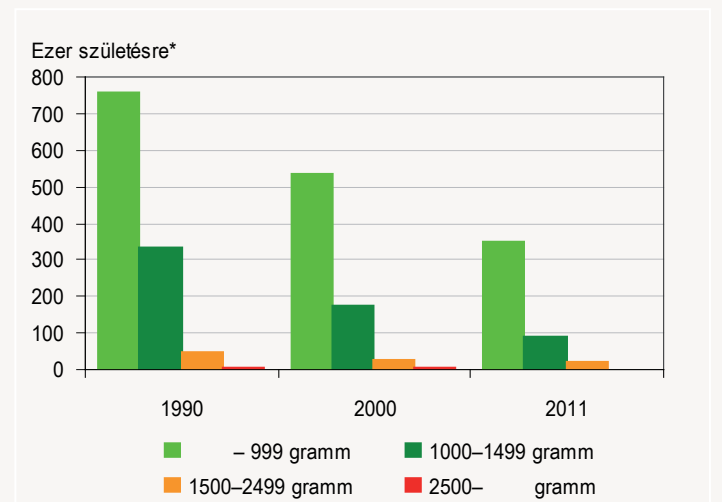
Koraszülés és perinatális halálozás, 1990–2011



1990 óta a perinatális halálozási arányszám minden születéskori súlycsoportban javult, ezzel együtt az elhunytak egyre nagyobb százalékát az extrém kis súllyal születettek teszik ki. 1990-ben a perinatális halottak 27 százaléka született extrém kis súllyal, 2011-ben ugyanez az arány 37 százalék volt. A mutató emelkedése annak tudható be, hogy míg húsz évvel ezelőtt a korai csecsemőhalál tette ki a születéskörüli halálozások nagyobb hányadát (61%), az elmúlt két évtizedben megfordult az arány és jelenleg a késői magzati halálozás adja a perinatális halálesetek kétharmadát, így a teljes mutatón belül megnőtt a születéskori súly szerepe.

4. ábra

Születés körüli halandóság születéskori súly szerint



* Ezer megfelelő súlyú születésre.

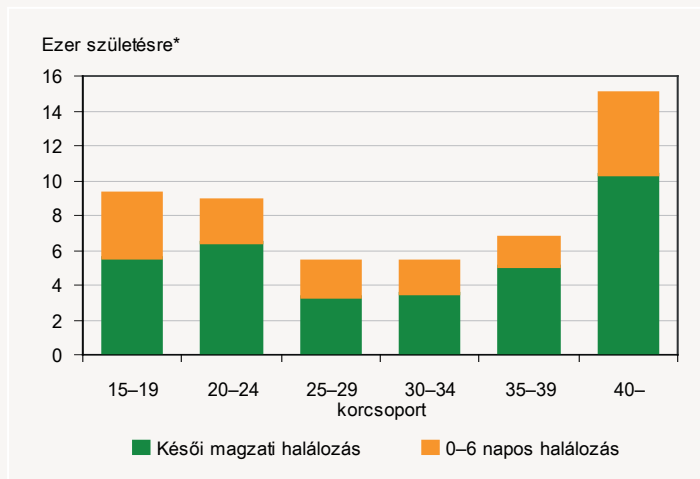
Anya életkora

A magzat életkilátásait az anya életkora is befolyásolja, a túl fiatalon vagy a túl idős korban vállalt gyermekeknél nő az esélye a perinatális halálozás-

nak. A születésszám csökkenésével párhuzamosan az anyák egyre későbbi életkorban vállalják első és további gyermekeiket. 2011-ben a szülő nők átlagos életkora 30 év volt, első gyermekeiket pedig 28 évesen hozták világra az anyák. Ez utóbbi életkor 5 évvel volt magasabb az 1990. évinél. Az anyák életkora és a perinatális halandóság értékei között egy enyhe „U” alakú összefüggés figyelhető meg, miszerint a legalacsonyabb értékek a 25–34 éves nőknél található, a legmagasabb pedig a 40 év felett gyermeket vállaló anyáknál. Az átlagosnál magasabb e mutató értéke a 25 év alattiak szüleiéinél is. A szülőképes kor idősebb életszakaszában történt fogamzásoknál a késői magzati halálozásnak sokkal nagyobb a kockázata, míg a tizenéves korban vállalt gyermekeknél az átlagosnál nagyobb a korai csecsemőhalálozás esélye. 2011-ben az ezer születésre jutó perinatális meghaltak aránya a 25–29 és a 30–34 éves nők gyermekei között mindkét csoportban 5,4 ezrelék volt. Ennél több mint 1 ezrelékponttal volt magasabb a 35–39 éves nők perinatális halandósága (6,7 ezrelék), a 25 év alatt gyermeket vállaló anyáknál pedig 9 ezrelék körül alakult a mutató értéke. A 40 éves és idősebb nők fogamzásainál, illetve világra hozott gyermekeiknél a legnagyobb a rizikója a perinatális halálozásnak, a magzatok, illetve az újszülöttek 15 ezrelékét veszítették el az anyák ebben a szakaszban.

5. ábra

Perinatális halandóság az anya kora szerint, 2011



* Ezer megfelelő korú anyától származó születésre.

Halálok

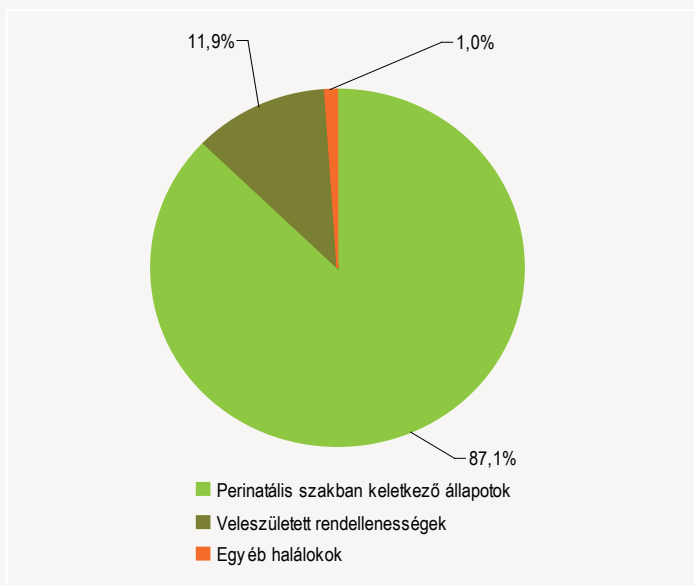
A születés körüli halálozás halálhálójának jellegzetessége, hogy a halálozások – kevés kivételtől eltekintve – két halálhálói főcsoportba sorolhatók: a perinatális szakban keletkező állapotokba és a veleszületett rendellenességekbe. Ezeket endogén halálhálóknak nevezzük, amelyek a terhesség alatt alakulnak ki.

2011-ben a születés körül meghaltak 87 százaléka perinatális szakban keletkező állapotok, 12 százaléka pedig veleszületett rendellenességek miatt vesztette életét. Míg a késői magzati halottak 94 százaléka, addig a korai csecsemőhalottak 73 százaléka halt meg perinatális szakban keletkező állapotok következtében.

A perinatális szakban keletkező állapotok halálhálói főcsoporton belül mind a magzati halálozás, mind a 0-6 napos halálozás esetében a „Perinatális szak légzési és cardiovascularis rendellenességei” (P20–P29) halálhálói csoport képviselte a legmagasabb arányt (45, ill. 54%). A késői magzati halálozás esetén a perinatális szakban keletkező állapotok közül második helyen áll, 40 százalékkal az „Egyéb perinatális szakban keletkező állapotok” (P90–P96), ami többek között a magzat ismeretlen okból történő elhalását foglalja magában. A 0-6 napos korban meghaltaknál ki kell még emelni az „Újszülött vérzéses és hematológiai rendellenességei” (P50–P61), valamint a „Gestatio tartamához és a magzat növekedéséhez kapcsolódó rendellenességek” (P05–P08) halálhálói csoportokat, melyek 2011-ben 23, illetve 18 százalékát tették ki a perinatális szakban keletkező halálozásoknak.

A születés körüli halálozás megoszlása kiemelt halálhálói főcsoportok szerint, 2011

6. ábra

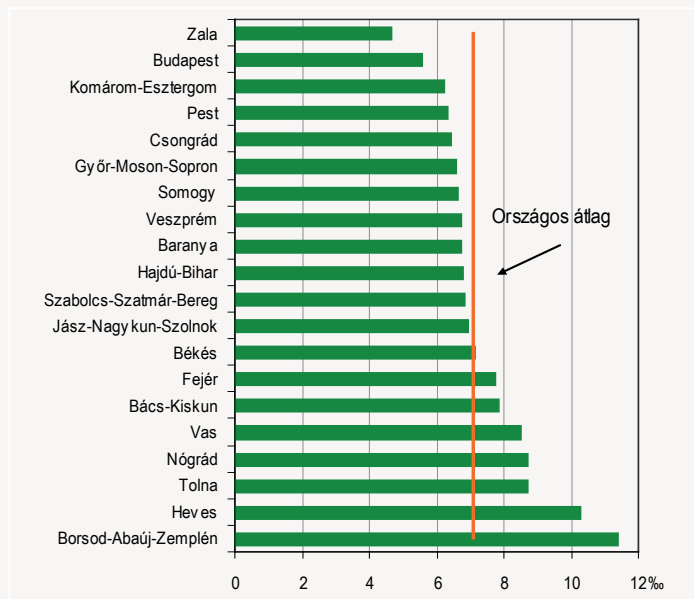


Területi különbségek

A területi különbségeket az alacsony esetszámból adódó esetlegességek elkerülése végett az utolsó három év átlaga alapján vizsgáljuk, ennek megfelelően a perinatális halandóság országos értéke 7,1 volt 2009–2011 átlagára számítva. Ezek szerint Zala megyében volt a legalacsonyabb a születés körüli halandóság, az 5 ezrelék alatti arányszám több mint 2 ezrelékponttal jobb az országos átlagnál. Az élmezőnyhöz tartozik Budapest, Komárom-Esztergom és Pest megye is az átlagnál jóval kedvezőbb értékekkel. A legmagasabb arányszámok Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megyében adódtak, ahol ezer születésre több mint 10 perinatális halálozás jutott, ez 3-4 ezrelékponttal magasabb az országos átlagnál. Az átlag feletti megyék közül ki kell még emelni Tolna és Nógrád megyét, ahol a születés körüli halandóság közel 2 ezrelékponttal haladja meg az országos értéket.

7. ábra

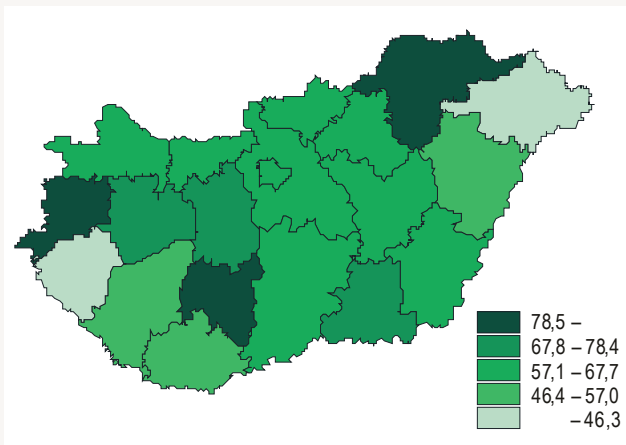
Ezer születésre jutó perinatális halálozás megyénként, 2009–2011 átlaga



A 2500 grammnál kisebb súlyú perinatális halandóság tekintetében Zala megyében a legjobb a helyzet, ahol az utolsó három év átlaga szerint ezer alacsony súlyú születésre 31 hasonló súlyú perinatális halott jutott, ez fele az országos, 6,2 ezrelékes értéknek. Hasonlóan kedvező a mutató értéke Szabolcs-Szatmár-Bereg és Baranya megyékben (45 és 49 ezrelék). Legrosszabb a helyzet Vas megyében, itt ezer 2500 grammnál kisebb súlyú születés közül 84 végződött halálozással, ez 36 százalékkal magasabb az országos értéknél, a zalai értéknek pedig mintegy háromszorosa. Hasonlóan kedvezőtlen a helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén és Tolna megyében, ahol ez az arány 83, illetve 80 ezrelék, ami 21, illetve 18 ezrelékponttal magasabb az országos mutatónál.

8. ábra

2500 grammnál kisebb születési súlyú születés körüli halandóság megyénként, 2009–2011 átlaga, ezer születésre

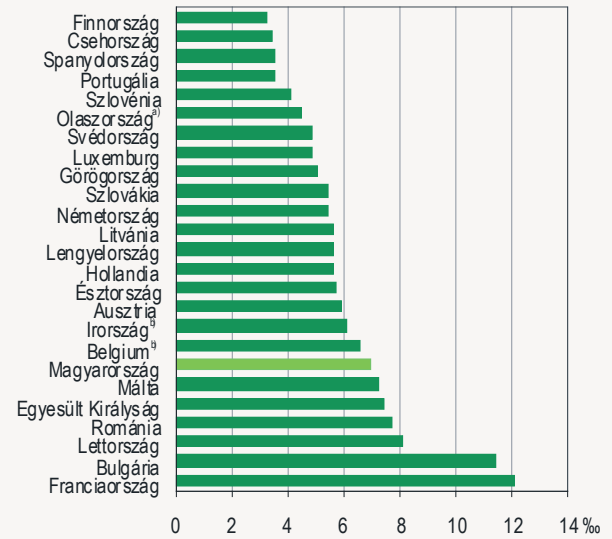


Nemzetközi összehasonlítás

Hazánkban a születés körüli halandóság hosszú évtizedek óta kisebb megszakításokkal, de folyamatosan csökken, a 2011. évi 6,6 ezrelék volt az eddig mért legalacsonyabb érték. Nemzetközi összehasonlításban azonban ez még mindig magasnak számít, hiszen az EU-országok 2010. évi rangsorának elején álló Finnország perinatális halandósága (3,2 ezrelék) csak kevesebb, mint fele volt a hazai arányszámnak. Ebben a rangsorban Magyarország a 19. helyen szerepelt.

9. ábra

Perinatális halandóság az EU országokban, 2010



a) 2009; b) 2008.

További információk, adatok (linkek):

[Táblázatok](#)

Elérhetőségek:

Laszlonc.Hilbert@ksh.hu

Telefon: (+36-1) 345-6873

[Információs szolgálat](#)

Telefon: (+36-1) 345-6789

www.ksh.hu