Schwangerenvorsorge bei sehr kleinen Frühgeborenen

Ergebnisse einer multizentrischen Studie

A.		Kowatsch
K.		Rosanelli
H.L.		Zeichen

Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. E. Burghardt)

Anschrift des Verfassers: Dr. A.W. Kowatsch, Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Im Rahmen einer gemeinsamen Studie wurden alle Frühgeburten mit einem Gewicht unter 1500 Gramm (very low birth weight infants = VLBI) aus dem Jahr 1980 in Slowenien (SI), Friaul-Venezien (FV) Steiermark (St) erfaßt. Insgesamt wurden 353 kleine Frühgeborene aus 15 slowenischen, 18 italienischen, 8 steirischen geburtshilflichen Abteilungen an die intensiv-neonatalischen Einheiten in Ljubljana, Triest, Udine, Leoben und Graz transferrt.

Relevante Daten aus dem Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Neonatalperiode wurden am Institut für biomedizinische Informatik Ljubljana mit Hilfe der Computeranalyse ausgewertet.

In Slowenien wurden im Jahr 1980 30.000 Kinder geboren, davon waren 210 (0,7%) VLBI. Die neonatale Mortalität (NNM) dieser Kinder betrug 52,1%. Das italienische Kollektiv bestand aus 79 VLBI entsprechend 0,76% von 10.000 Geburten mit einer NNM von 30,2%. In der Steiermark wurden unter 14.500 Geburten, 89 Neugeborene oder 0,59% mit einem Gewicht unter 1500 Gramm und mit einer NNM von 33,8% registriert.

Die Anamnese des untersuchten Kollektivs zeigt im Hinblick auf das Alter, sozioökonomische Situation der Schwangeren, Zahl der Graviditäten und Fehlgeburten in allen 3 Regionen keine signifikanten Unterschiede. In Slowenien war die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche, in der Steiermark die Frühgeburtenrate höher.

In Jugoslawien und Italien besteht kein einheitliches System der Schwangerenvorsorge, die Intensität und Qualität der Überwachung wird dem einzelnen Untersucher überlassen. Im allgemeinen aber werden die Schwangeren 3 bis 5mal untersucht. In Österreich wird die Schwangerenvorsorge wesentlich durch den Mutter-Kind-Paß beeinflusst, die Zahl der Untersuchungen ist jedoch auch hier nicht höher [1, 3]. Trotz der unterschiedlichen Systeme der Schwangerenvorsorge konnten mehrere idente Mängel bei der Schwangerenbetreuung festgestellt werden.

Da über die Wertigkeit der vaginalen Untersuchungen unterschiedliche Meinungen bestanden, konnte die Frage nach Beurteilung des Pelvic scores nicht beantwortet werden.

Der Umstand, daß nur in 46% aller Fälle eine tokolytische Therapie eingeleitet wurde und diese* durchschnittlich nur 6,7 Tage dauerte, läßt den Schluß zu, daß die Schwangeren zu spät in stationäre Behandlung aufgenommen wurden. Auffallend ist die sehr hohe Mißbildungsrate von 19% im Gesamtkollektiv. Die für die Diagnostik der Malformationen, Mehrlingsgraviditäten und der Kontrolle des intrauterinen Wachstums unerläßliche Sono-graphie wies bei der Auflistung der Untersuchungsfrequenz erhebliche regionale Unter-

Freie Vorträge

I

schiede auf. In der Steiermark war die durchschnittliche Zahl der Ultraschallkontrollen mit 2,7 pro Grav., am häufigsten, gefolgt von FV mit 1,3 und in SI. mit 0,4 Untersuchungen pro Schwangerschaft.

Entscheidend für den fetal outcome der kleinen Frühgeborenen ist die intensive neonatologische Versorgung unmittelbar nach der Geburt. Trotz des Intensivtransportes starben 60% der Frühgeburten, die in einem peripheren Krankenhaus geboren wurden. Erfolgte die Entbindung in einem Schwerpunktkrankenhaus, dem ein intensivneonatologisches Zentrum angeschlossen war, so sank die NNM auf 25%. Obwohl der Anteil der kleinen Frühgeborenen knapp unter 1% aller Geburten liegt, belastet ihre hohe Sterblichkeit die Perinatalmortalität mit mehr als 50%. Um die Überlebenschancen dieser Kinder zu verbessern, müssen die Frühgeburtsbestrebungen frühzeitig erfaßt werden, nur dann kann eine tokolytische Therapie wirkungsvoll sein. Läßt sich die Frühgeburt nicht vermeiden, so sollte die Entbindung in einem Schwerpunktkrankenhaus erfolgen. Um dieses Ziel zu erreichen, muß die Schwangerenvorsorge intensiviert werden. Aus der heutigen Sicht ist die Entbindung einer Frühgeburt unter 1500 Gramm in einem peripheren Krankenhaus ärztlich nicht mehr vertretbar [2].

Literatur

Kowatsch, A.; Rosanelli, K.: Schwangerenvorsorge heute – ein gelöstes Problem? Öst. Ärzteztg. 37124: 1619–1622 (1982).

Mentzl, H.: Erstversorgung im Kreißsaal und auf der Neugeborenen-Intensivstation. In: Klinisches Management des «kleinen Frühgeborenen» (≥ 1500 g). Hrsg. A. u. R. Huch, G. Due, G. Rooth. G. Thieme, Stuttgart 1982.

Rosanelli, K.: Perinatale Risikofaktoren. Wien. Med. Wschr. Suppl. 24: (2/1975).

Gynäk. Rdsch. 24: suppl. 2, pp. 98–100 (1984)

Lungenreifebestimmung aus dem Fruchtwasser: eine neue Methode zur Messung der statischen Oberflächenspannung im Vergleich zur dynamischen Oberflächenspannungsmessung in der Wilhelmy-Waage

M. Langer, H. Salzer

I. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch)

In der Vergangenheit wurden eine Reihe von Methoden entwickelt

mit denen die Surfactantaktivität im Fruchtwasser gemessen werden kann. Sie beruhen entweder auf der