

# Eesti sünnitusabi suundumused 1992–2001

**Anne Rohtmets<sup>1</sup>, Helle Karro<sup>1</sup>, Aleksei Baburin<sup>3,4</sup>, Mika Gissler<sup>5</sup>, Mati Rahu<sup>3,4</sup>** – <sup>1</sup>TÜ Kliinikumi naistekliinik, <sup>3</sup>Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, <sup>4</sup>Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Tippkeskus, <sup>5</sup>Sotsiaal- ja tervishoiu uurimis- ja arenduskeskus (Soome)

## antenataalne jälgimine, sünnituse induktsioon, keisrilõige, perinataalne suremus

Viimase kümnendi jooksul on Eestis Vabariigis toimunud suured ümberkorraldused. Aastatel 1992–2001 vähenes sünnituste arv 30%. Sünnitajate keskmine vanus on suurenenud: see oli 25,5 aastat 1992. a-l ja 27,1 aastat 2001. aastal. Sagenenud on varasem rasedusega arvelevõtmine, sünnieelsed ultraheli-sõeluuringud ja diagnostiline looteveeuuring. Loote seisundi monitooringut kasutatakse 90%-l sünnitustest, poole rohkem sünnitusi indutseeritakse ja kolm korda sagedamini lõpeb sünnitus keisrilõike või vaakumekstraktsiooniga. Vastsündinud kirjutatakse kiiremini koju, enneaegsete sünnituste sagedus on vähenenud 12% ja perinataalsuremuskordaja 60%.

Viimase kümne aasta jooksul on Eestis toimunud suured poliitilised ja majanduslikud muutused: taasiseseisvumine, üleminek turumajandusele, kindlustusmeditsiini käivitumine, perearstisüsteemile üleminek, erameditsiini areng jm. Jätkub tervishoiureform: haiglate arvu, nende profiili, voodikohtade arvu muutused.

Sünnitusabis võib täheldada kaht arengusuunda: ühelt poolt kliendisõbralikkus, perekesksus, avatus, ämmaemanda iseseisva rolli suurenemine; teisalt spetsialistide parem koolitus ja tänapäevase meditsiinitehnoloogia kasutuselevõtt, tõenduspõhise meditsiini rakendamine ning seega paremad võimalused sünnieelseks diagnostikaks, sünnitus- ja neonataalseks abiks. Alates 1992. aastast toimus oluline muutus sündide registreerimisel ning elus- ja surnultsündide määratlemisel. Maailma Terviseorganisatsiooni soovitude põhjal hakati sündi registreerima alates sünnikaalust 500 g ning raseduskestusest 22 nädalat (varasemalt vastavalt 1000 g ja 28 nädalat). Eesti Naistearstide Seltsi koostatud juhendi kohaselt suunatakse suure riskiga rasedad ja sünnitajad kolmanda etapi sünnitusabi asutustesse, kus on vastsündinute intensiivravi võimalus.

Käesoleva töö eesmärk oli vaadelda, millised muutused on viimase kümne aasta jooksul toimunud loote sünnieelses jälgimises ja sünnitusabis ning

kuidas on toimunud muutused mõjutanud rahvastiku reproduktiivtervise näitajaid ning emade ja vastsündinute tervist.

## Uurimismaterjal ja -meetodid

Töös on kasutatud Eesti meditsiinilise sünniregistri (1) ja Soome meditsiinilise sünniregistri andmeid (2, 3). Kümne aasta jooksul toimunud muutuste hindamiseks on võrreldud 1992. ja 2001. aastat, arvatud arvude või näitajate vahe ning muutus protsentides. Võrreldud on sünnituste üldarvu, sünnitanu vanust, rasedusaegseid uuringuid, protseduure ja operatsioone sünnitusel ning vastsündinu sünnikaalu, teostatud ravi ja perinataalset suremust. Mõne näitaja korral on tehtud võrdlus Soomes samadel aastatel toimunud sünnitustega. Eesti-Soome vahelises võrdluses on ära toodud vastavate näitajate suhe (RR) ja selle 95% usaldusvahemik (uv).

## Tulemused

Sünnitusabiasutuste arv (kokku 19) Eestis aastatel 1992–2001 ei muutunud. Kõrgema etapi sünnitusabiasutusi on kolm: Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinik, Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinik ja Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinik. Teise etapi asutused on maakonnahaiglate sünnitusosakonnad ning Nõmme erahaigla Fertilitas, mis oli sel ajal

**Tabel 1. Eesti ja Soome vastsündinute arv, sünnikaal, perinataalsuremuskordaja ning enneaegsete sünnituste arv 1992 ja 2001**

	Eesti			Soome			RR (95% uv) <sup>1</sup>
	1992	2001	Muutus 2001 vs 1992 (%)	1992	2001	Muutus 2001 vs 1992 (%)	2001
Sünnitused	18031	12539	-30,5	66738	55136	-17,4	
Vastsündinud	18191	12690	-30,2	67679	55997	-17,3	
Perinataalsuremuskordaja 1000 sünni kohta (sünnikaal ≥500 g)	20,1	8,0	-60,2	6,5	4,7	-27,7	0,58 (0,46–0,73)
Enneaegne sünnitus (raseduse kestus <37 nädalat) %	6,6	5,8	-12,1	5,6	5,4	-3,6	0,93 (0,86–1,00)
Sünnikaal <2500 g %	5,2	5,3	1,9	4,0	4,5	12,5	0,86 (0,80–0,94)

<sup>1</sup> RR arutamisel on Eesti võetud võrdlusaluseks.

ainus erahaigla, kus toimusid sünnitused. Teise etapi asutused võib sünnituste arvu järgi jagada kaheks: asutusi, kus aastas toimus üle 500 sünnituse, oli 1992. a-l 12, kuid 2001. a-l vaid 3. Vähem kui 500 sünnitust aastas võeti 1992. a vastu 4-s ja 2001. a 13 sünnitusosakonnas.

Sünnituste arv Eestis vähenes aastail 1992–1998 märkimisväärselt, järgneval kahel aastal oli väike kasv, kuid 2001. a oli taas vähene langus. 1992–2001 vähenes sünnituste arv peaaegu kolmandiku võrra – 30,5% (1). Soomes vähenes sündide arv 17,4% võrra (2). Peresünnituste osatähtsus kasvas Eestis 12,6%-lt 56,2%-ni.

Eestis sündis 1992. a 18 191 ja 2001. a 12 690 last. Tabelis 1 on esitatud vastsündinute sünnikaal, enneaegsete sünnituste ja perinataalsuremuskordaja muutused.

Suurenenud on kaksikute ja kolmikute arv: 1992. a sündis 1000 sünnituse kohta mitmikke 8,7; 2001. a 11,9 (kasv 36,8%). Põhjanaanabritel on mitmikke sünd veelgi sagedasem: 1000 sünnituse kohta 1992. a 13,8 ja 2001. a 15,5 (kasv 12,3%).

Vastsündinud kirjutatakse kiiremini koju. 1992. aastal oli esimese elunädala lõpus endiselt vastsündinute osakonnas 8,4% lastest, 2001. a-l vastavalt 1,8%. Rohkem vastsündinuid suunatakse sünnitusosakonnast intensiivravile teise haiglasse: 2,8% 1992. a ja 4,8% 2001. a.

Sünnitajate keskmine vanus on suurenenud, täpsem iseloomustus on toodud tabelis 2.

67,6% emadest olid 2001. aastal esimese rasedusaegse visiidi arsti juurde teinud esimese kolme raseduskuu jooksul, mis on 36% enam kui 1992. aastal. On vähenenud rasedate hilisema pöördumise sagedus: 1992. a pöördus esimest korda arsti poole pärast 16. rasedusnädalat 23,3% ja 2001. a 12,3% rasedatest. Ühtegi rasedusaegset visiiti ei teinud 1992. a 2,8% ja 2001. a 1,5% rasedatest. Soome tulevased emad on hoolsamad: 1992. a pöördus neist 84,9% esmakordselt enne 12. rasedusnädalat ning arsti poole polnud raseduse ajal pöördunud vaid 0,3% sünnitajatest (3).

Kõige suuremad muutused on toimunud rasedate jälgimises. Aastal 1992 tehti ultraheli-sõeluuring enne

**Tabel 2. Sünnitaja vanus Eestis ning Soomes aastatel 1992 ja 2001**

	Eesti			Soome			RR (95% uv) <sup>1</sup>
	1992	2001	Muutus 2001 vs 1992 (%)	1992	2001	Muutus 2001 vs 1992 (%)	2001
Sünnitajate keskmine vanus	25,5	27,1	6,3	29,2	29,9	2,4	
<20aastased sünnitajad %	14,6	9,8	-32,9	2,7	3,1	14,8	0,32 (0,30–0,34)
≥35aastased sünnitajad %	7,2	10,1	40,3	13,9	18,9	36,0	1,88 (1,78–1,99)

<sup>1</sup> RR arutamisel on Eesti võetud võrdlusaluseks.

**Tabel 3. Toimingud ja operatsioonid sünnitusel Eestis ning Soomes 1992 ja 2001**

	Eesti			Soomes			RR (95% uv) <sup>1</sup>
	1992	2001	Muutus 2001 vs 1992 (%)	1992	2001	Muutus 2001 vs 1992 (%)	2001
Keisrilõige %	6,4	15,6	143,7	14,5	16,7	15,2	1,07 (1,02–1,12)
Vaakumekstraktsioon %	0,2	2,9	1350,0	4,9	5,7	16,3	1,96 (1,76–2,18)
Tang sünnitus %	0,4	0,1	–75,0	0,2	0,2	0	2,43 (1,23–4,80)
Sünnituse induktsioon %	4,0	6,3	57,5	12,8	14,9	16,4	2,38 (2,22–2,55)
Lootepöie avamine %	29,8	37,0	24,2	46,2	43,7	–5,4	1,18 (1,15–1,21)
Medikamentoosne stimulatsioon %	18,0	17,8	–1,1	41,6	42,0	1	2,35 (2,26–2,45)
Lote elektrooniline jälgimine %	19,7	88,8	350,8	78,6	84,6	7,6	0,95 (0,95–0,96)

<sup>1</sup>RR arvutamisel on Eesti võetud võrdlusaluseks.

21. rasedusnädalat 29,6%-l ja 2001. a 86,2%-l rasedatest. Loteveeuuringute sagedus geneetiliste haiguste diagnostikaks on kasvanud veel rohkem: 0,2%-lt 3,4%-ni. Soomes tehti 1992. a ultraheliuuring 84,9%-l ja looteveeuuring 3,1%-l sünnitajatest (3) ning 2001. a vastavalt 87,4%-l ja 3,2%-l.

Rasedusaegse suitsetamise sagedus Eestis käsitletava perioodil suurenes: 1992. a oli suitsetajaid 5,3%; 2001. a 9,6% rasedatest naistest. Võrreldes Soomega (suitsetajaid oli vastavalt 16,5% ja 14,9%) on meil rasedusaegseid suitsetajaid vähem.

Toimingutest ja operatsioonidest sünnitusel annab ülevaate tabel 3.

### Arutelu

Sünnituste arvu vähenemine, negatiivne iive ja rahvastiku vananemine on kogu maailma arenenud riikidele iseloomulik protsess. Viimastel aastatel on sünnituste arv Eestis stabiliseerunud, esineb kõikumine aastate lõikes, aga enam ei ole progresseeruvat vähenemist. Sünnituse vähenemine võib olla põhjustatud nii sotsiaalsetest, majanduslikest kui demograafilistest teguritest. Sünnitajate keskmise vanuse kasv Eestis näitab, et laste sünnitamine lükatakse edasi (4). Kolmandiku võrra on vähenenud teismeliste emade protsent (2001. a oli teismelise eas iga kümnes sünnitaja), kuid Soomega võrreldes on see näitaja ikka kolm korda suurem. Noorte sünnitajate arvu vähenemine on ilmselt seotud

tütartaste teadmiste paranemise ja usaldusväärse kontratsepsiooni kättesaadavusega.

Sooviga vanemas eas sünnitada lisanduvad lastetuse probleemid, enam vajatakse abistavat reproduktiooni, mis aga omakorda viib mitmikraseduste sagenemiseni. Soomes on viimasel neljal aastal sünnitaja keskmine vanus olnud 29,9 aastat (2), üle 35aastaseid sünnitajaid on Soomes peaaegu viiendik ja seni on kasvanud mitmike sündimise sagedus. Tõenäoliselt jätkub järgnevatel aastatel jooksul ka meil sünnitaja keskmise vanuse kasv. Seoses sellega on ootuspärane, et ka meil suureneb vajadus viljatuse ravi järele ning sagenevad mitmikrasedused.

Suitsetavate rasedate osatähtsus on suurenenud, kuid me ei tea, kas see on tegelik kasv või üksnes parema registreerimise tulemus – võib-olla julgevad naised suitsetamist sagedamini tunnustada.

Perinataalne suremus vähenes ajavahemikul 1992–2001 märkimisväärselt, kusjuures kahanemine oli suurem varase neonataalse suremuse osas. See näitab perinataalabi, eriti vastsündinute intensiivravi tunduvalt paranemist. Vähenes ka surnultsündimus, mis osaliselt on tingitud sünnieelse diagnostika tõhustamisest: sõeluuringul leitud eluks sobimatute väärendite või kromosomaalse anomaaliaga loote korral on pere soovil võimalik rasedus katkestada. Mõningate arenguhäirete sünnieelse diagnoosimine võimaldab plaanida sobivaimat

sünnituse viisi, vastsündinu sünnijärgseid uuringuid või spetsialiseeritud abi, näiteks kõhu eesseina defektide, seedetrakti väärarendite jms korral. Oma osa perinataalses suremuse vähenemises etendab rasedusaegne jälgimine, et võimalikult vara leida kõrvalekaldeid raseduse kulus, mis nõuavad jälgimist ja ravi kõrgema etapi ravisutuses, kus on enam võimalusi loote seisundi hindamiseks ning vajadusel vahelesegamiseks ja vastsündinu raviks. Loote seisundi jälgimine sünnituse ajal ja õigeaegne sekkumine loote distressi ilmnemisel tagab parema perinataalse lõppe. On teada, et lisaks sünnitusabile mõjutab perinataalset lõpet ema üldine tervislik seisund, eluviis, toitumine, teadlikkus võimalikest riskidest, perekonna elatustase, sotsiaalsed tingimused jm.

Perinataalsuremuskordaja on Soomes pidevalt vähenenud ja oli juba 1992. aastal väiksem kui Eestis 10 aastat hiljem. Seega on meil veel arenguruumi. Samuti on Soomes järjest vähem enneaegseid sünnitusi, sünnib veidi rohkem madalakaalulisi lapsi, aga neid on ikkagi vähem kui Eestis.

Teiseks suureks muutuseks on sagedasem vahelesegamine sünnituse käiku, s.t sünnituse esilekutsumine ehk induksioon ja sünnituse lõpetamine operatsiooniga: 2001. aastal oli Eestis umbes 25% sünnitustest indutseeritud, lõppenud keisrilõikega, vaakumekstraktsiooni või tang-sünnitusega. Võrreldes kirjanduses esitatud andmetega (induktsioone 6–53% sünnitustest) (2, 5–7) on need arvud veel väikesed. Üks sünnituse esilekutsumise näidustustest on ülekanndus. Raseda varasem pöördumine, loote ultraheliuuringud võimaldavad raseduse tähtaega ja loote ülekanndlust täpsemalt määrata, seega võib ka raseduse induksiooni vajadus suurened (6). Teine põhjus raseduse induksiooni sagedasemaks kasutamiseks võib olla soov ajastada sünnitus päevasele ajale, kui haigla personal on tööl. Sünniregistri andmete kvaliteet sünnituse induksiooni kohta võib olla lünklik, sest puuduvad väga konkreetsete sünnituse induksiooni määramise kriteeriumid. Nii võidakse sünnitaja emakakaela ettevalmistamiseks ja sünnituse induksiooniks kasutada samu medika-

mente. Ei ole teada, kui palju meil on sünnituse esilekutsumine toimunud ilma meditsiinilise näidustusega ja seda on rakendatud nn sotsiaalsel näidustusel. Kirjanduse andmetel on sageli induksioonide näidustus sotsiaalne, enamasti patsiendi soovil ja sünnituse tähtajal (5–7).

Sünnituse induksioon võib suurendada vajadust lõpetada sünnitus kas vaakumekstraktsiooniga või keisrilõikega (5–7), seega, sagedasem sünnituse esilekutsumine võib kaudselt olla keisrilõigete arvu kasvu üheks põhjuseks (8). Esmassünnitajatel võib induksiooni korral umbes kaks korda sagedamini olla vajadus keisrilõikeks sünnituse kulu häirete või loote distressi tõttu.

Loote kardiotokograafiline jälgimine aitab ühest küljest hinnata loote seisundit ja võimaldab õigel ajal sekkuda sünnituse käiku, kuid teisalt võib hüperdiagnostika tõttu põhjustada asjatut vahelesegamist. Loote distressi kahtlusel võiks diagnoosi täpsustamiseks sagedamini kasutada loote kapillaarverest happe-leelistasakaalu määramist. Loote vaagnaotsseisu korral tuleb esmassünnitajate puhul eelistada keisrilõiget. Otsus lõpetada sünnitus keisrilõikega tehakse kergemalt vanemate esmassünnitajate puhul, eriti kui on eelnenud pikaajalise viljatuse ravi või on kasutatud kehaväliselt viljastamist. Sünniregistri andmed näitavad, et eelneva keisrilõike korral on suurem tõenäosus, et ka järgmine sünnitus lõpeb keisrilõikega. Pärast varasemat keisrilõiget sünnitab vaginaalselt vaid 25,2% sünnitajatest (1). Kui patsiendil on olnud juba kaks keisrilõiget, tavatsetakse rasedus lõpetada plaanilise keisrilõike teel, et vältida sünnituse tüsistusi. Järelikult, mida sagedamini lõpeb esimene sünnitus operatsiooniga, seda sagedamini tehakse korduvaid keisrilõikeid. Pärast keisrilõiget kasvab iga järgmise sünnitusega erinevate tüsistuste – armi ruptuuri, emaka kontraktsioonihäirete, suure verekaotuse, platsenta kinnituse anomaaliade risk (9). Kirjanduse andmeil peetakse optimaalseks, kui 15% sünnitustest lõpetatakse keisrilõikega. Paljudes riikides on koostatud riiklikud programmid eesmärgiga vähendada raseduse operatiivse lõpetamise vajadust (8, 10).

## Kokkuvõte

Eeltoodu näitab, et muutunud riikluse ja sotsiaalsete tingimuste taustal vähenes Eestis sünnituste arv. Tendentsid sünnitusabibis on meil sarnased Põhjamaades ja teistes arenenud Euroopa riikides toimuvaga. Perinataalsuremuse märkimisväärne vähenemine viimasel kümnendil on näide

positiivsest arengust. Enam on elulemus paranenud sügavalt enneaegsete ning madalakaaluliste vastsündinute seas, mis annab tunnistust eelkõige perinataalabi ja vastsündinute intensiivravi paranemisest. Perinataalabi näitajate poolt arenenud riigi tasemele jõudmine nõuab veel aega ja erialade tõhusat koostööd.

## Kirjandus

1. Tellmann A, Karro H, Serkina V. Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992–2001. Tallinn; 2002.
2. Gissler M, Vuori E. Parturients, births and newborn infants 2001 - data supplier feedback 15/2002. <http://www.stakes.info/2/1/2,1,1.asp>.
3. Gissler M, Vuori E, Rasimus A, Ritvanen A. Reproduction statistics 2000. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki; 2002.
4. Gissler M, Karro H, Tellmann A, Hemminki E. Births in Finland and Estonia from 1992 to 1996: convergent differences? *BJOG* 2000;107:179–85.
5. Wing DA. Elective induction of labour in the USA. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12:457–62.
6. Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labour induction: Present concerns and future strategies. *Obstet Gynecol* 2002;100:164–67.
7. Cammu H, Martens G, Ruysinck G, Amy JJ. Outcome after elective labor induction in nulliparous women: A matched cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:240–4.
8. Soliman SRH, Burrows RF. Cesarean section: analysis of experience before and after the National Consensus Conference on aspects of caesarean birth. *Can Med Assoc J* 1993;148:1315–20.
9. Bernstein PS. Elective Cesarean section: an acceptable alternative to vaginal delivery? *Medscape Ob/Gyn & Women's Health* 2002;7. <http://www.medscape.com/viewarticle/441201>.
10. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of Caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319:1397–400.

## Summary

### Trends in promoting maternal and neonate health condition 1992–2001

Since regaining its independence in 1992, Estonia has faced remarkable changes in economy and the health care system. The objective of this study was to estimate how these changes have affected antenatal care, obstetric practice and the health condition of mothers and neonates. Data from the Estonian Medical Birth Registry and the Finnish Medical Birth Registry were used for analysis. Respective data for the years 1992 and 2001 were compared. During this period the annual number of births decreased by 30%. Average maternal age increased steadily from 25.5 in 1992 to 27.1 in 2001. The first antenatal visit before the 12<sup>th</sup> week of gestation was more frequent. Fetal ultrasound before the 21<sup>st</sup> gestational week and diagnostic amniocentesis were done more often, in 86.2% and 3.4% of mothers, respectively in 2001. These figures

are comparable with Finnish data. In almost 90% of deliveries fetal heart rate was monitored electronically and the rate of induced deliveries has doubled. Cesarean section and vacuum delivery were used three times more often in 2001 than in 1992. Neonates are discharged earlier, the rate of preterm deliveries has decreased by 12% and perinatal mortality has decreased by 60%. In conclusion, during the ten years, differences in antenatal care, obstetric practise and perinatal outcome between Estonia and Finland have decreased. The considerable decrease in Estonian perinatal mortality is probably caused by the development and regionalising of perinatal care and by implementation of new technology.

Anne.Rohtmets@kliinikum.ee