

Vastine edellisiin:

Kiitan Leipälää ja Gissleria sekä Uotilaa ja kumppaneita arvokkaista kommentteista. On totta, että yhden vuoden perinataalikuolleisuuslukujen perusteella on mahdotonta tehdä luotettavia päätelmiä raskauden keston vaikutuksesta kuolleisuuteen ja terveydenhuollon kustannuksiin. Kuten katsausartikkelissa todetaan, on kirjallisuudessa esitetty perinataalikuolleisuuden lisääntyvän merkittävästi lasketun ajan ylittymisen jälkeen ja synnytysten käynnistämistä raskausviikon 41 täytyttyä suositellaan. Suomen tilastojen perusteella raskauden keston vaikutus kuolleisuuteen on kuitenkin melko epäselvä. Oheisessa **KUVASSA** on esitetty perinataalikuolleisuusluvut Suomessa vuodesta 2001 vuoteen 2008 raskauden keston mukaan jaoteltuina. Raskausviikolla 40 perinataalikuolleisuuden keskiarvo oli 1,06 (0,11 %), viikolla 41 1,24 (0,12 %) ja viikolla 42 1,03 (0,1 %). Koska lukumäärät ovat hyvin pieniä, on vaikea tehdä tilastollisia päätelmiä lasketun ajan ylittymisen merkityksestä, mutta ainakaan selkeää kuolleisuuden lisääntymistä ei Suomessa ole havaittavissa.

Miksi sitten esimerkiksi Yhdysvalloissa saadut tulokset eivät näyttäisi olevan suoraan sovellettavissa Suomen oloihin? Yhtenä selityksenä saattaa olla Suomen varsin kattava neuvolajärjestelmä, jossa pyritään löytämään tarkempaa äitiyspoliikkaseurantaa tarvitsevat äidit. Lasketun ajan ylittyessä erityisiä riskitekijöitä ovat sikiön kasvun hidastuma ja lapsiveden vähäinen määrä (Divon ym. 1995, Divon ym. 2008). On todennäköistä, että loppuraskauden tiiviin neuvolaseurannan avulla

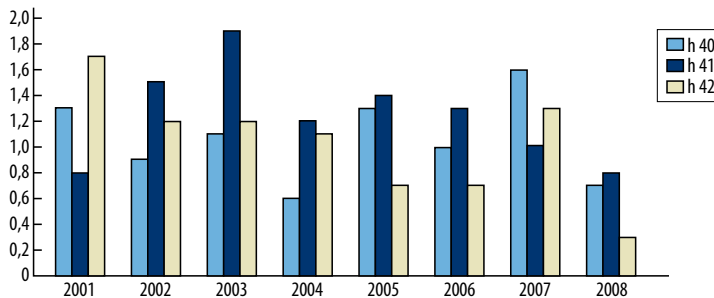
löydetään suuri osa tästä riskiryhmästä, jossa synnytyksen käynnistäminen ennen laskettua aikaa on tarpeen ja vältetään näin lasketun ajan ylittymisestä mahdollisesti aiheutuva perinataalikuolleisuuden lisääntyminen.

Koska Suomessa syntyy vuosittain lasketun ajan jälkeen noin 30 000 lasta ja raskausviikon 41 täytyttyä noin 14 000 lasta, on selvää, että kaikkien synnytysten rutiinimainen käynnistäminen laskettuun aikaan tai raskausviikolla 41 lisäisi merkittävästi toimenpiteiden määrää, komplikaatioita ja kustannuksia. Mikäli käytettävissä olisi varma, turvallinen, helppokäyttöinen ja edullinen käynnistysmenetelmä, synnytyksiä voitaisiin käynnistää nykyistä huomattavasti enemmän, mutta sellaista menetelmää ei ole käytettävissä. Kuten katsausartikkelissakin todetaan, ei synnytysten käynnistäminen raskausviikon 41 täytyttyä näyttäisi olevan perusteltua, vaan tärkeintä olisi tunnistaa ne tapaukset, joissa lasketun ajan ylittyminen lisää merkittävästi sikiön tai äidin riskejä, ja kohdistaa toimenpiteet näihin synnyttäjiin. ■

SUSANNA TIMONEN, LT, erikoislääkäri
TYKS:n naistenklinikka
PL 52, 20521 Turku

KIRJALLISUUTTA

- Divon MY, Marks AD, Henderson CE. Longitudinal measurement of amniotic fluid index in postterm pregnancies and its association with fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:142-6.
- Divon MY, Haglund B, Nisell H, Otterblad PO, Westgren M. Fetal and neonatal mortality in postterm pregnancy: the impact of gestational age and fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:726-31.



KUVA. Perinataalikuolleisuus raskauden keston mukaan.