

RASEDUSE JÄLGIMISE JUHEND



ENS-i ravijuhend, versioon 3

Kinnitatud ENS-i juhatuse poolt märtsis 2006

Koostajad: Eva-Kaisa Zupping, Lee Tammemäe, Ursula Klaar

Töögrupp: Eva-Kaisa Zupping, Lee Tammemäe, Helle Karro, Ivo Saarma, Ursula Klaar, Reet Lindström, Aivar Ehrenberg, Maike Parve, Ferenc Szirko (vers 1)

Sissejuhatus

Käesolev juhend on koostatud ENS töögrupi poolt ja on soovitusliku iseloomuga kasutamiseks naistearstidele, ämmaemandatele, perearstidele ja pereõdedele – kõikidele meditsiinitöötajatele, kes tegelevad raseda jälgimisega. Käesolevad juhtnõõrid asendavad ENS Teatajas 2003. a juunikuul ilmunud juhendit.

Juhtnõõride järgimine tagab kõikide rasedate ühtsed jälgimispõhimõtted, kuid ei vabasta meditsiinitöötajat vastutusest võimalike jälgimis- või ravivigade eest.

Raseduse I trimester (kuni 16 rasedusnädalat)

Visiitide minimaalne arv – 2

Tegevused

1. Raseduse tuvastamine
2. Võimalike rasedusriskide väljaselgitamine geneetilise, üld- ja sünnitusabi anamneesi alusel (vt. lisa 1).
3. Rinnanäärmete, vererõhu kontroll.
4. 11.–14. rasedusnädalal sonograafiline skriining raseduse suuruse täpsustamiseks ja võimalusel NT (nn kuklavoldi).
5. Loote võimalike väärarendite väljaselgitamine:
15.–17. rasedusnädalal *ouble-* või *Triple-*test,
a. riskigrupp (vt lisa 2) suunata amniotsenteesile.
6. Analüüside võtmine ja määramine.
7. Raseduse juhtimise plaani koostamine, sünnituse oletatava tähtaja, sünnituspuhkuse oletatava alguse määramine.
8. Andmete kandmine raseduskaartidesse.
9. Naistearsti konsultatsioon.
10. Vajadusel raseda eriarstile suunamine.

Raseda arvelevõtmisel vajalikud analüüsid

1. Verest:

HIV 1–2 kandlus

TPHA (luuesele)

Rh-faktor, veregrupp, erütrotsütaarsed antikehad (vt lisa 3)

***Rh*-negatiivsetel rasedatel määrata ka mehe veregrupp ja *Rh*-faktor**

Kliiniline veri

Diabeedi riskigrupil veresuhkur (vt lisa 4)

2. Emakakaelast:

analüüsid gonorröa, klamüüdia tekitaja suhtes (kui eelmisest analüüsist on möödunud üle 3 kuu), tsütoloogiline (PAP) test (kui intaktse emakakaela epiteeli puhul on viimasest analüüsist möödunud 1 aasta või enam)

3. Uriini üldanalüüs

4. Muud analüüsid vastavalt anamneesile ja näidustustele.

Nõustamine dieedi, kehalise tegevuse, seksuaalelu, perekooli külastamise jne asjus.

Raseduse teine trimester (16–28 rasedusnädalat)

Visiitide sagedus: 4–5 nädala tagant, vähemalt 3 visiiti nimetatud ajal.

Tegevused

1. Igal külastusel mõõta raseda kehakaalu, vererõhku, emakapõhja kõrgust sümfüüsist. Alates 22. rasedusnädalast kuulatleda loote südamelööke. Igal külastusel alates 24. rasedusnädalast korrata uriini analüüsi. Küsitleda vaevuste, looteliigutuste, tupevooluse kohta. Andmed kanda raseduskaardile.
2. 20.–22. rasedusnädalal sonograafiline uuring. Teeb naistearst või radioloog.
3. 24.–28. rasedusnädalal veresuhkru analüüs. Diabeedi riskigrupi puhul (vt lisa 4) glükoosi tolerantsustest.
4. *Rh*-negatiivsetel rasedatel korrata *Rh*-antikehade määramist. Reesusantikehade olemasolul toimida vastavalt immuunhematoloogiliste uuringute juhendile (vt lisa 3).
5. Kui esimene kliiniline vereanalüüs oli normaalne ja aneemiat anamneesis ei ole, võib korrata Hgb, er, hematokriti, trombotsüütide määramist alles 28. rasedusnädalal.

Nõustamine enesejälgimise osas:

looteliigutuste, emaka aktiivsuse hindamise võimalused, preeklampsia puhused enesetunde muutused.

Raseduse III trimester (28. rasedusnädalast sünnituseni)

Visiitide sagedus

- 28.–36. rasedusnädal – vähemalt 4 nädala tagant
- 36.–40. rasedusnädal – 2 nädala tagant
- 40.– 42. rasedusnädal – vähemalt kord nädalas

Tegevused

1. Igal külastusel – nagu II trimestril.
2. 34.–36. rasedusnädalal täpsustada loote eesasetsevat osa. Vaagnaotsseisu puhul ja vastunäidustuste puudumisel on soovitatav suunata rase loote väliseks pöördeks sünnieelsesesse osakonda.
3. 36. rasedusnädalal on soovitatav naistearsti konsultatsioon sünnituse juhtimise esialgse plaani koostamiseks.
4. 41. rasedusnädala täitumisel jätkab jälgimist naistearst.
Soovitatav on teha igal külastusel loote kardiotokograafiline uuring ja määrata lootevee indeks.
41. rasedusnädala täitumisel teha vaginaalne läbivaatus ja ebaküpse emakakaela puhul võib alustada emakakaela ettevalmistamist

Analüüsid

1. 32.–34. rasedusnädalal määrata analüüsid:
 - a) hepatiit B s-antigeeni suhtes, kordusuuringud luuese ja HIV-kandluse avastamiseks
 - b) kõikidel rasedatel korrata erütrotsütaarsete antikehade määramist (vt lisa 3)
2. 35. – 36. rasedusnädalal:
 - a) vajadusel võtta tupe eesmisest keskmisest kolmandikust proov bakterioloogiliseks uuringuks *Streptococcus agalactiae* (GBS) suhtes
 - b) vajadusel korrata analüüsid seksuaalsel teel levivate haiguste suhtes.

Nõustamine

32. – 34. rasedusnädalal soovitada rasedal tutvuda sünnitusosakonnaga, kus ta soovib sünnitada.

Rasedusriski hindamine

Anamnestiliste andmete põhjal

Riskirasedus

1. Infertiilsus (heidendid), varasem enneaegne sünnitus enne 34. nädalat
2. Surnultsünd või väärarendiga sündinud laps
3. Laps sünnikaaluga >4000 g või <2500 g.
4. Emakaoperatsioonid (sh keisrilõige) ja emaka väärarendid
5. Tüsistustega kulgenud varasem rasedus või sünnitus (raske preeklampsia, verejooksud, septilised tüsistused, ulatuslikud sünnitusjärgsed rebendid jt)
6. Raseda vanus alla 18 ja üle 40 aasta.
7. Alkoholism, narkomaania
8. Madal sotsiaalne seisund
9. Ülekaalus (BMI>25 kg/m) või madal kehakaal (<47 kg)
10. Eelmisest sünnitusest möödunud vähem kui aasta
11. Üle nelja sünnituse anamneesis
12. Krooniline sisehaigus (sh. endokrinopaatia)

Rasedusriski olemasolul konsulteerida naistearstiga.

Kõrge riski rasedus

1. Organipuudulikkusega kulgevad haigused, fenüülketonuuria, hüpo- ja hüpertüreos, transplantatsioonijärgne seisund, autoimmunopaatiaid, kollagenoosid, kaasasündinud või omandatud südamerikked, insuliinisõltuv diabeet, neeruanomaaliad või ühe neeruga patsiendid.
2. Kõik teised haigused, mis ohustavad raseda tervist (vt raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus)

Kõrge riski rase suunata jälgimisele ja sünnitama III etapi raviasutusse.

Käesoleva raseduse ajal esinevad seisundid

Riskirasedus

1. Kaksikud
2. Rasedusoksendamine ainevahetushäiretega
3. Ähvardav raseduse katkemine
4. Kuse-suguteede infektsioonid (sh väljendunud bakteriuuria)
5. Aneemia (Hgb kahekordsel määramisel alla 10 g/l).
6. Vereeritus suguteedest raseduse ajal
7. Rasedusaegne hüpertensioon ja preeklampsia

Kriteeriumid: süstoolne vererõhk >140 mmHg või rasedusaegne tõus >30 mmHg; diastoolne vererõhk >90 mmHg või rasedusaegne tõus >15 mmHg; mõõdetuna kahel korral vähemalt 4-tunnise vahega.

8. Loote suuruse ja raseduse kestuse mittevastavus, ebaselge raseduse kestus
9. Emaka müoom ja väärarendid
10. Oligo- ja polühüdramnion
11. Tuharseis ja muud loote ebaõiged asetsused pärast 34. nädalat
12. Oletatav loote kaal raseduse 38. nädalal >4000 g

Kõrge riski rasedus

1. Kolmik- jne rasedus
2. Loote hemolüütilise tõve kahtlus
3. Gestatsiooniaegne diabeet
4. Sünni eel diagnoositud loote väärarendid, mis on ravitavad
5. Enneaegne sünnitus enne 34. nädalat.
6. Raseduse ajal diagnoositud loote tahhü- ja bradüarütmiaid
7. Raske preeklampsia, HELLP-sündroom
8. Üsasisene kasvupeetus, kui loote kaal on alla 5. tsentiili.

Rasedusriski olemasolul konsulteerida naistearstiga.

Kõrge riski rase suunata jälgimisele ja sünnitama III etapi raviasutusse. (Perearstidel ja ämmaemandatel konsulteerida eelnevalt naistearstiga).

RASEDA GENEETILISELE KONSULTATSIOONILE SUUNAMISE NÄIDUSTUSED

Amniotsenteesile suunamise näidustused

1. Raseda vanus alates 37. eluaastast.
2. Sonograafilisel uuringul avastatud loote väärarend.
3. Kromosoomhaiguse esinemine vanemal, eelmisel lapsel või lähisugulastel.
4. Ioniseeriva kiirguse või tsütotoksilise ravimi (vt tsütotoksilised ained) võimalik mõju ema või isa sugurakkudele või neid on kasutatud raseduse alguses.
5. Pärilike X-liiteliste haiguste esinemisel suguvõsas loote soo määramiseks.
6. Geenihaiguste esinemisel perekonnas.
7. Positiivse *Double-* või *Triple-*testi puhul, ”kuklaturse” üle 3,5 mm.

Nimetatud juhtudel suunata patsient enne 18. rasedusnädalat amniotsenteesile. On oluline, et **geneetiline konsultatsioon** ja karüotüübi määramine toimuks **enne raseduse 21. nädalat**.

Tsütotoksilised ained

1. Alküleerivad ained

Mechlorethamine
Melphalan
Cyclophosphamide
Chlorambucil
Busulphan
Bischloroethyl nitrosourea (BCNU)
Chloroethyl-cyclohexyl nitrosourea (CCNU)
Methyl-CCNU
Cisplatin

2. Antimetaboliidid

Methotrexate
5-Fluorouracil
Cytosine arabinoside (Ara-C)
6-Mercaptopurine
6-Thioguanine
Hydroxyurea

3. Antibiootikumid.

Doxyrubicin
Bleomycin
Mitomycin-C
Actinomycin-D

4. Meioosi inhibiitorid.

Vincristine
Vinblastine
Dimethyl-epipodophyllotoxin (VP16-)
Dimethyltriazenoimidazole
carboxamide (DTIC)
Procarbazine
L-Asparaginase

Nimekiri ei ole täielik

Raku nukleiinhappe sünteesi mõjutavad ained

Rifampin
Nalidiksiinhape
Griseofulviin
Izoniaziid
Etambutool
Sulfoonamiidid
Paraamiinosalitsüülhape

Trimetoprim
Pürimetamiin

Nimekiri ei ole täielik

IMMUNOHEMATOLOOGILISED UURINGUD

Rasedate rutiinse seroloogilise testimise eesmärgid

- raseduste kindlakstegemine, mispuhul on vastsündinu hemolüütilise tõve risk
- *Rh-* (D-) negatiivsete naiste kindlakstegemine, kes vajavad anti-D-immunoglobuliinprofülaktikat
- sünnitusel kiire varustamine sobiva verega hädaolukorras

Kõigil rasedatel tuleb esimesel antenataalsel läbivaatusel (soovitavalt 10.–16. rasedusnädalal) määrata AB0 ja *Rh-* (D-) veregrupp ning teha antikehade skriining.

Kui esmasel määramisel on antikehade skriining negatiivne, tuleb kõik rasedad uuesti testida 28.–36. rasedusnädalal.

Kui esmasel skriiningul on antikehade leid positiivne, peab antikehad identifitseerima. Kui ema verest leiti kliiniliselt oluline antikeha, oleks kasulik uurida ka isa fenotüüpi, et teada saada, kas loode võib olla pärinud isalt selle antigeeni, mille vastu emal on antikeha. Sellisel juhul tuleks vereskeskusesse saata lapse isa vereproov, lisades saatekirjale andmed raseda ja identifitseeritud antikehade kohta.

Antikehadega rasedad

Rase anti-D-ga.

Enne 28. rasedusnädalat soovitatakse testida rasedat üks kord kuus ning pärast 28. rasedusnädalat iga 2–3 nädala tagant.

Kui tehakse intrauteriinseid transfusioone, on vaja enne igat transfusiooni skriinida ema seerumit lisandunud antikehade suhtes.

Rase teiste allantikehadega (mitte-anti-D-ga).

Kõige suurema vastsündinu hemolüütilist tõbe põhjustava potentsiaaliga peale anti-D on anti-c, -K, -E, -e, Ce, -Fy, Jk ja C. Võimalikud on ka mitme antikeha kombinatsioonid.

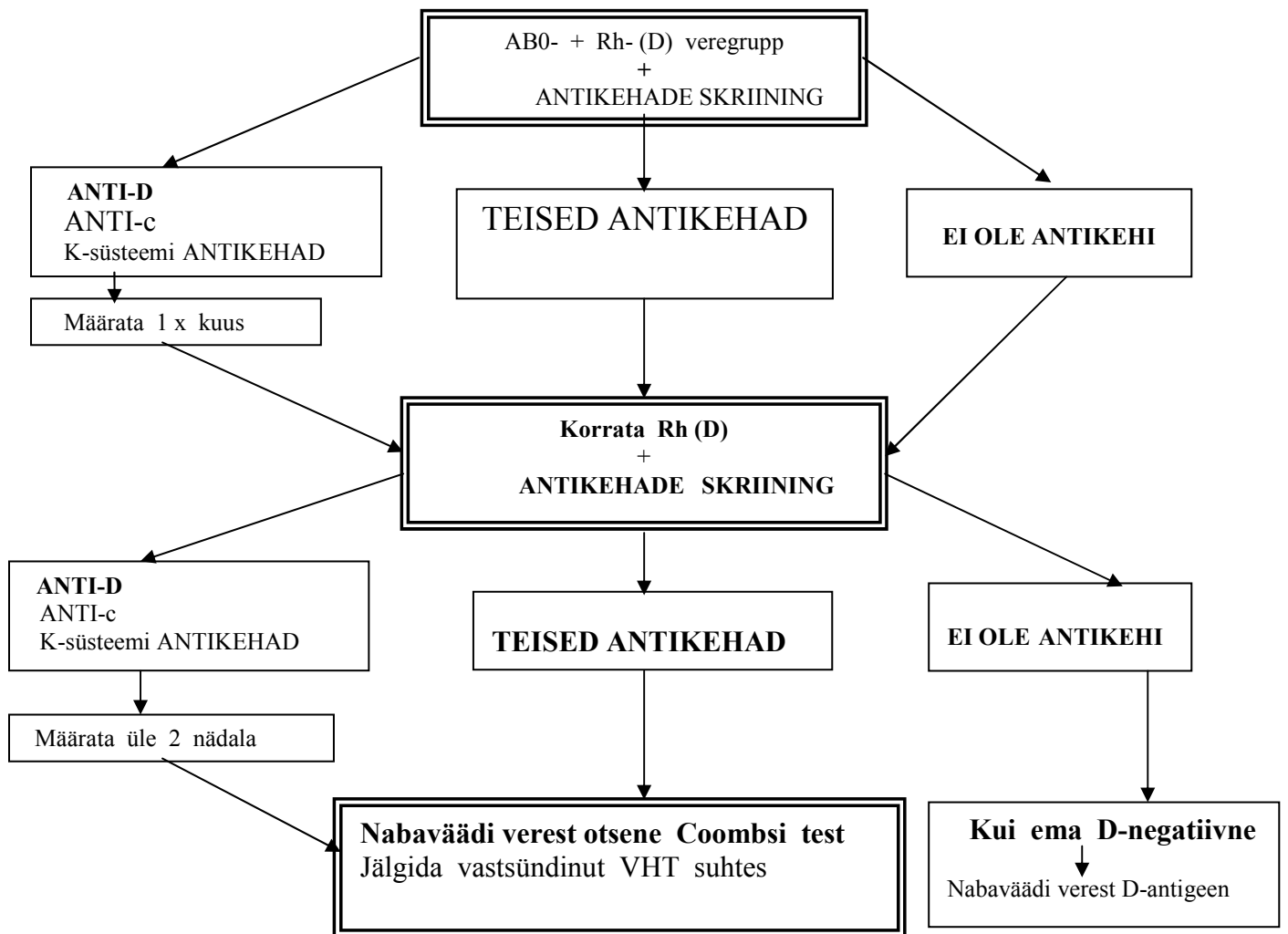
Anti-c ja anti-K-ga rasedaid testitakse sama sageli kui anti-D-ga rasedaid. Kõikide teiste antikehade puhul piisab kordustestimisest 28.–34. rasedusnädalal.

Vastsündinu hemolüütilist tõbe põhjustavaks tiitriks loetakse tiitrit 1 : 32 või suuremat. Kellsüsteemi antikehad võivad kahjustada loodet, hoolimata tiitri suurusest.

Antenataalselt anti-D immunoglobuliini saanud raseda vereproov.

Kui rase on saanud antenataalset anti-D profülaktikat, siis ei ole edaspidine antikehade testimine enne sünnitust vajalik, sest passiivne anti-D ei ole immuunanti-D-st eristatav. Passiivne anti-D võib olla määratav 6–12 nädalat pärast profülaktikat ning ei tohi olla vastunäidustuseks postnataalsele *Rh*-profülaktikale, kui vastsündinu on *Rh-* (D-) positiivne.

Rasedusaegne veregrupi ja antikehade määramine



GESTATSIOONIDIABEEDI DIAGNOOSIMISE JUHEND

Diagnoosi kriteeriumiks on patoloogiline glükoosi tolerantsuse test.

GTT tehakse vaid riskigrupile, kuhu kuuluvad:

- ülekaalulised (BMI>25 kg/m²)
- anamneesis makrosoomiaga vastsündinu
- I põlvkonna sugulaste hulgas esineb diabeeti
- anamneesis gestatsioonidiabeet
- anamneesis surnultsünd
- polühüdramnion käesoleva raseduse ajal
- glükoosuuria, kõrge veresuhkur juhuleiuna
- Loote makrosoomia kahtlus
- GTT tehakse raseduse 24.-28. nädalal

GTT normid:

tühja kõhuga 4,8 mmol/l

1 tund pärast glükoosikoormust 75 g glükoosiga 10,0 mmol/l

2 tundi pärast koormust 8,7 mmol/l

Perinataalne risk on analoogiline I tüüpi diabeeti põdeva ema perinataalse riskiga.

Ravi:

Dieet (1600–2100 kcal/p)

Insuliin

Tablettravi on teratogeenne.

Sünnitusjärgne periood:

50%-l areneb NIDDM 10–15 aasta jooksul.

10%-l insuliinravi vajanutest kujuneb IDDM 1 aasta jooksul.

Testi meetoodika

Patsient peab olema eelmisest õhtust alates kella 20.00-st kuni testi sooritamiseni söömata. Hommikul määratakse veresuhkur, seejärel antakse 75 g glükoosi lahustatuna 200 ml vees. Määratakse veresuhkur 1 tund ja 2 tundi pärast glükoosi joomist.

Normid: tühja kõhuga <4,8 mmol/l, 1 tund pärast glükoosi manustamist <10 mmol/l, 2 tundi pärast glükoosi manustamist <8,7 mmol/l.

Patoloogiline GTT: 2–3 väärtust ületavad normi.

Kui tühja kõhu veresuhkur on >8,7 mmol/l, on tegemist väljakujunenud diabeediga ja test jäetakse ära.

Kui 1 veresuhkru väärtustest on patoloogiline, korratakse GTT 1 kuu pärast.

TÄIENDAVATE SONOGRAAFILISTE UURINGUTE NÄIDUSTUSED

(teeb naistearst või radioloog)

I trimester

- ESV, müomatoosne või väärendiga emakas, tuumorid väikeses vaagnas
- Emakavälise raseduse kahtlus
- Emaka suurus ei vasta raseduskestusele
- Raseduse katkemise oht; anamneesis peetunud rasedused
- Muud tüsistused

II trimester

- Reesuskonflikti kahtlus
- Loote surma või arengupeetuse kahtlus
- Mitmikrasedus
- Muud tüsistused

III trimester

- Reesuskonflikti kahtlus
- Polühüdramnioni kahtlus
- Mitmikrasedus
- Suurekaalulise loote, loote ebaõige asetsuse (k.a tuharseis) kahtlus
- Loote kasvupeetuse kahtlus
- Platsenta emakas väära paiknemise, platsenta irdumise kahtlus
- Lootevee puhkemise kahtlus
- Muud tüsistused

Veritsus suguteedest on sonograafilise uuringu näidustuseks gestatsioonieast sõltumata.

Lisa 6

KARDIOTOKOGRAAFIA (KTG) NÄIDUSTUS (KOLMANDAL TRIMESTRIL)

- Looteliigutuste iseloomu muutus
- Auskultatoorsed rütmihäired
- Mõõdukad patoloogiale viitavad näidud varasematel KTG-del
- Eluks sobivad väärendid
- Üsasisene lootesurm eelmisel sünnitusel
- Looe kasvu mahajäämus, platsenta puudulikkuse kahtlus
- Mitmikrasedus
- Ülekandluse kahtlus
- Enneaegse sünnituse kahtlus
- Platsenta irdumise kahtlus (verine eritis suguelunditest)

Kasutatud kirjandus

1. ENS raseduse jälgimise juhend – 02. märtsi 2003. a versioon
2. National Guideline Clearinghouse – Routine Prenatal Care 2000 Jul
3. MAMSI – Guidelines for Prenatal Care – 2002 Jun
4. Healthy Living Guidelines – Prenatal Care – 2002 Jan
5. EBM Guidelines – Regular Check-ups at the Maternity Health Centre – 2002 May
6. ICSI (Institute For Clinical Systems Improvement) – Routine Perinatal Care 2004
7. Normal Maternal Physiology: Implication for Prenatal Care – Human Reproduction
8. University of Michigan Health System – Perinatal Care – Guidelines for Clinical Care 2004
9. National Guideline Clearinghouse – Routine Perinatal Care 2004
10. Antenatal Care Schedule – Routine Low Risk – Australia Tree Centres Consensus Guideline 2004
11. NHS by Nice Clinical Guideline (Royal College of Obst. and Gyn.) 2003
12. Inimverest valmistatud ravimpreparaatide kasutamise Eesti juhend 2005