

RASEDUSE JÄLGIMISE JUHEND

Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend, versioon 5 (2018)

Kinnitatud Eesti Naistearstide Seltsi, Eesti Ämmaemandate Ühingu ja Eesti Perearstide Seltsi juhatuste poolt

Koostajad: Pille Vaas, Kristiina Rull, Siiri Põllumaa, Anne Kirss, Doris Meigas

Sissejuhatus

Raseduse jälgimise juhendi eesmärgiks on tagada kõigile rasedatele ühtsetele põhimõtetele ja tõenduspõhiste teadmisele toetuv raseduse jälgimine Eestis. Juhend annab soovitusel normaalselt kulgeva raseduse jälgimiseks soodustades koostööd erinevate teenuseosutajate vahel.

Raseduse jälgimise juhend on suunatud rasedate jälgimisega tegelevatele tervishoiutöötajatele: naistearstidele, sünnitusabi- ja günekoloogia eriala residentidele, ämmaemandatele, perearstidele, pereõdedele ja kõigile teistele tervishoiutöötajatele, kes puutuvad oma töös kokku rasedatega.

Rasedus on naise normaalne füsioloogiline seisund. Selles juhendis on käsitletud normaalselt kulgeva raseduse jälgimist: raseduse kulgu mõjutavate tegurite mõju rasedusele, rasedusaegseid füsioloogilisi muutusi naise organismis ja neist tingitud võimalikke probleeme, rasedusaegset nõustamist, meditsiinilist sekkumist nõudvate seisundite äratundmist ja esmast käsitlust. Juhend ei käsitle riskiraseduste juhtimist.

Juhend on koostatud, läbi vaadatud ja heaks kiidetud Eesti Naistearstide Seltsi, Eesti Ämmaemandate Ühingu ja Eesti Perearstide Seltsi poolt. Juhend on soovitusliku iseloomuga ja selle järgimine tagab rasedatele tervishoiuteenuse ühtsed põhimõtted, kuid ei vabasta tervishoiutöötajat vastutusest võimalike jälgimis- või ravivigade eest.

Käesolev juhend asendab 2011.a. märtsis Eesti Naistearstide Seltsi juhatuse poolt kinnitatud „Raseduse jälgimise juhendi“ (versioon 4, dets.2011).

Sisukord

Sissejuhatus	1
1. Lühendid ja tõendus põhise määratlus	4
1.1. Kasutatud lühendid	4
1.2. Tegevussoovituste tõendus põhise määratlus	4
2. Epidemioloogia	5
3. Üldised nõuded antenataalse hoolduse teenuse osutamiseks	5
3.1. Raseduse jälgimise dokumentatsioon	6
4. Raseda nõustamine	7
5. Eluviisid ja keskkonnategurid raseduse ajal	7
5.1. Töötamine raseduse ajal	7
5.2. Toitumine raseduse ajal	8
5.2.1. Vitamiinide ja toidulisandite tarvitamine raseduse ajal	9
5.3. Ravimite tarvitamine raseduse ajal	9
5.4. Vaktsineerimine rasedust planeerides, raseduse ja imetamise ajal	10
5.4.1. Vaktsineerimine rasedust planeerides ja raseduse ajal	11
5.4.2. Vaktsineerimine imetamise ajal	12
5.5. Tervist kahjustavate ainete tarvitamine raseduse ajal	13
5.6. Füüsiline koormus raseduse ajal	13
5.7. Seksuaalelu raseduse ajal	13
5.8. Reisimine raseduse ajal	14
5.9. Saun, juuksehooldus ja iluprotseduurid	14
5.10. Massaaž ja kinesioteipimine	14
6. Sagedamini esinevate rasedusaegsete vaevuste käsitlus	15
7. Rasedusriskide hindamine	16
7.1. Üldseisundi, eluviiside ja sotsiaalse seisundi hindamine	16
7.1.1. Raseda vanus	16
7.1.2. Raseda mõõdud	16
7.1.3. Sotsiaal-majanduslik seisund	17
7.1.4. Vaimne tervis	17
7.1.4.1. Nõustamine rasedusega kaasnevate psühholoogiliste probleemide ja lähisuhtevägivalla korral	17
7.2. Varasemate rasedustega seonduvad rasedusriske mõjutavad seisundid	18
7.2.1. Eelnev viljatus ja korduv raseduse katkemine	18
7.2.2. Enneaegne sünnitus	18
7.2.3. Surnultsünd või vääraarendiga sündinud laps	19
7.2.4. Eelnev laps sünnikaaluga üle 4500 g või alla 2500 g	19
7.2.5. Emaka- ja emakakaela operatsioonid (sh. keisrilõige) ning emaka vääraarendid	19
7.2.6. Tüsistustega kulgenud varasem rasedus, sünnitus või sünnitusjärgne periood	19
7.2.7. Varasem rasedusaegne või sünnitusjärgne psühhoos	20
7.3. Kaasuvad haigused	20
7.4. Käesoleva raseduse käigus tekkivad rasedusriskid	20
8. Uuringud raseduse ajal	21
8.1. Uuringud infektsioonide suhtes	21
8.1.1. Asümptomaatiline bakteriuuria	21
8.1.2. Bakteriaalne vaginosis	21
8.1.3. B-grupi streptokokk (GBS, lad. <i>Streptococcus agalactiae</i>)	22
8.1.4. B-hepatiidi viirus (HBV)	22
8.1.5. C-hepatiidi viirus (HCV)	23

8.1.6. HIV	23
8.1.7. Punetised.....	24
8.1.8. Süüfilis.....	24
8.1.9. Toksoplasmoos	24
8.1.10. Tsütomegaloviirus	24
8.1.11. Urogenitaalne gonorröa (tekitaja: lad. <i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	24
8.1.12. Urogenitaalne klamüdiios (tekitaja: lad. <i>Chlamydia trachomatis</i>)	25
8.2. Hematoloogiliste probleemide skriining	25
8.2.1. Aneemia.....	25
8.2.2. Reesus- ja grupikonflikti skriining	26
8.2.2.1. Raseda rutiinanalüüsid.....	26
8.2.2.2. Antikehade esinemine rasedal	27
8.3. Sünnieelne diagnostika	27
8.3.1. Sünnieelse diagnostika sõeluuringud.....	28
8.3.1.1. Loote rakuvaba DNA analüüs raseda veres ehk mitteinvasiivne sünnieelne test (NIPT)	29
8.3.2. Ultraheliuuringud.....	29
8.3.3. Invasiivsed SED protseduurid	32
8.3.3.1. Koorionibiopsia	32
8.3.3.2. Amniotsentees.....	32
8.4. Loote seisundi hindamine	32
8.4.1. Emakapõhja kõrguse mõõtmine.....	33
8.4.2. Loote liigutuste jälgimine ja loote südamelöökide kuulatlemine	33
8.4.3. Kardiotokograafia	33
8.4.4. Loote eesasuva osa määramine.....	34
8.5. Rasedusspetsiifiliste ema seisundite skriinimine	34
8.5.1. Hüpertensioon ja preeklampsia.....	34
8.5.2. Gestatsioonidiabeet.....	36
8.5.2.1. Gestatsioonidiabeedi skriining.....	37
8.5.2.2. Gestatsioonidiabeediga patsiendi jälgimine.....	38
8.5.3. Enneaegne sünnitus	40
8.5.4. Platsenta eesasetsus	41
8.5.5. Loote vaagnaotsseis.....	41
8.5.6. Raseduse jälgimine peale 41. rasedusnädalat	42
9. Antenataalsete visiitide ajastus ja soovituslik sisu	42
9.1. Raseduse I trimester (kuni 16. rasedusnädal).....	42
9.2. Raseduse II trimester (16.-28. rasedusnädal)	44
9.3. Raseduse III trimester (28. nädalast kuni sünnituseni)	45
10. Kirjanduse loetelu	47
10.1. Rahvusvahelised antenataalset hooldust käsitlevad juhendid	47
10.2. Artiklid ja raamatud	48
10.3. Seadusandlikud aktid Eestis.....	49
Lisad	51
Lisa 1 Antenataalse nõustamise soovituslikud teemad	51
Lisa 2 Kehamassi indeksi määramise tabel.....	53
Lisa 3 Rasedat ja rasedust puudutavad ravi ja käitumisjuhendid Eestis	54
Lisa 4 Antenataalsete visiitide ja uuringute koondtabel.....	57

1. Lühendid ja tõenduspõhisuse määratlus

1.1. Kasutatud lühendid

AFP – alfa-fetoproteiin

cffDNA – (ing. *cell free fetal DNA*), loote päritolu rakuvaba DNA

ENS – Eesti Naistearstide Selts

uE3 – östriool

GBS (ing. *group B streptococcus*) – B grupi streptokokk

GDM (ing. *gestational diabetes mellitus*) – rasedusaegne diabeet, gestatsioonidiabeet

GTT – glükoosi tolerantsustest e. glükoosi taluvustest

HBsAg – B-hepatiidi viiruse pinna antigeen

hCG (ing. *human chorionic gonadotropin*) – inimese koorionigonadotropiin

HELLP sündroom (ing. *haemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*) – raske preeklampsia erivorm, millega kaasneb hemolüüs, transaminaaside tõus ja trombotsütopeenia

HIV (ing. *human immunodeficiency virus*) – inimese immuunpuudulikkust põhjustav viirus

HPV (ing. *human papillomavirus*) – inimese papilloomiviirus

KMI – kehamassi indeks

KTG – kardiotokograafia

NIPT (ing. *noninvasive prenatal testing*) – loote rakuvaba DNA analüüs raseda verest

NT (ing. *nuchal translucency*) – loote kuklapiirkonna läbikumavus

PAP test (ing. *Papanicolaou's test*) – günekotsütoloogiline test

PAPP-A (ing. *pregnancy associated plasma protein-A*) – rasedusega seonduv plasma proteiin-A

PLGF – (ing. *placenta growth factor*) platsenta kasvufaktor

SED – sünnieelne diagnostika

1.2. Tegevussoovituste tõenduspõhisuse määratlus

A (Kõrge tõenduse kvaliteedi tase) - tegevussoovitus põhineb vähemalt ühel korrektselt läbiviidud randomiseeritud kontrollitud uuringu tulemustel või mitmeid uuringuid hõlmava metaanalüüsi tulemustel ja on tunnustatud raseduse jälgimise juhendites enamikes arenenud maades

B (Mõõdukas tõenduse kvaliteedi tase) - tegevussoovitus põhineb (i) korrektselt läbiviidud kontrollitud randomiseerimata uuringul saadud tulemustel; (ii) prospektiivsel või retrospektiivsel kohortuuringu tulemustel; (iii) mitut uuringukeskust kaasava juht-kontrolluuringu tulemustel (iii) ja on tunnustatud raseduse jälgimise juhendites enamikes arenenud maades

C (Madal tõenduse kvaliteedi tase) - tegevussoovitus põhineb korrektselt läbi viidud mitme teineteisest sõltumatu jälgiva uuringu tulemustel, haigusjuhtumite kirjeldustel ning eelnevates punktides toodud loetletud uuringu tulemuste üle kandmisele uurituga ligilähedastele seisunditele ja on tunnustatud raseduse jälgimise juhendites enamikes arenenud maades

D (Väga madal tõenduse kvaliteedi tase) - tegevussoovitus põhineb ekspertarvamustele, kliinilisele kogemusele ja hea kliinilise praktika tavadele, puuduvad eeltoodud punktides loetletud uuringud

Kõik soovitud juhendis arvestavad Eestis tervishoiusüsteemi ja traditsioonide iseärasusi.

2. Epidemioloogia

Eestis on meditsiinilise sünniregistri andmetel viimasel viiel aastal olnud keskmiselt 14077 sünnitust aastas, summaarne sündimuskordaja 1,6 (<http://www.tai.ee>). Võrreldes ajaperioodiga 2007-2011 on nii sünnituste arv aastas kui summaarne sündimuskordaja mõnevõrra langenud ja püsib praegu stabiilsel tasemel. Nii esmas- kui korduvsünnitajate vanus on tõusnud. Aastal 2010 oli esmassünnitaja keskmine vanus 26,3 aastat, 2016.a. juba 28 aastat, korduvsünnitajate samad näitajad olid vastavalt 31,3 aastat ja 32,2 aastat. Võrreldes 25 aasta taguse ajaga on esmassünnitajad keskmiselt 5,3 aastat vanemad (1992.a oli esmassünnitajate keskmine vanus 22,7 aastat, korduvsünnitajatel 28,3 aastat).

Sagedasemate rasedustüsistuste - enneaegne sünnitus, preeklampsia - esinemine ei ole Eestis viimastel kahel aastakümnel tõusnud. Küll aga on viimase viie aasta jooksul kahekordistunud rasedusaegse diabeedi esinemine (2011.a. 3%, 2016.a. 6,5%). Sarnast trendi täheldatakse ka teistes arenenud maades.

Perinataalne suremus, üks olulisemaid sünnitusabi kvaliteedi näitajaid, on Eestis jätkuvalt vähenenud, 2016.a. 4,2 juhtu 1000 sündinud lapse kohta (2010.a. 5,8 juhtu).

Keisrilõike teel toimunud sünnituste osatähtsus on Eestis viimasel viiel aastal püsinud stabiilsena 19-20%. Suurenenud on nende naiste hulk, kes on sünnitanud loomulikult teel pärast eelmist keisrilõiget: 2010.a. sünnitas vaginaalselt (loomulik sünnitus või vaakumekstraktsioon) 29,5% naistest ning 2016.a. 38,7% naistest, kellel oli eelnev keisrilõige.

Viimastel aastatel on toimunud suuremad muudatused sünnieelses diagnostikas. Üha enam on kasutusele võetud I trimestri kombineeritud sõeluuringut sagedamini esinevate loote kromosoomianomaaliate, eelkõige Down'i sündroomi, varasemaks avastamiseks. Tänu diagnostikameetodite informatiivsuse parenemisele on invasiivsete uuringute arv vähenenud, lootevee uuringut või koorionbiopsiat tehti 2010.a. 833 naisele (5,3%), 2016.a. 265 naisele (1,9%). Samas on tõusnud nende rasedate hulk, kellele on teostatud ultraheli uuring enne 21. rasedusnädalat, vastavalt 95,5 % ja 97,6%.

Rasedusaegsete külastuste keskmine hulk on jäänud viimase viie aasta jooksul samaks (9,9 visiiti), kuid oluliselt on vähenenud naistearsti visiitide hulk, mis viitab ämmaemanda rolli kasvamisele rasedusaegsel jälgimisel.

3. Üldised nõuded antenataalse hoolduse teenuse osutamiseks

Vastavalt Eesti Vabariigi tervishoiukorraldusele võivad iseseisvat antenataalse hoolduse teenust osutada naistearst, ämmaemand või perearst. Teenuse osutamisel arvestatakse raseda eelistusi teenuse pakkuja osas. Ämmaemanda või perearsti poolt jälgitud normaalse raseduse korral lähtutakse jagatud antenataalse hoolduse põhimõtetest ja minimaalne visiitide arv naistearsti juurde on kaks; neist esimene peab toimuma I trimestril. Teatud riskitegurite ole-

masolul ja/või seisundite ilmnemisel raseduse ajal (loetletud edaspidi) tuleb rase suunata konsultatsioonile naistearsti juurde, kes otsustab raseduse edasise jälgimise taktika.

3.1. Raseduse jälgimise dokumentatsioon

Raseduse jälgimise korral tuleb dokumenteerida järgnevad andmed:

1. Raseda isikuandmed, kontaktaadress ja telefoni number, elektroonilise posti (e-mail) aadress selle olemasolul; haridus, töökoht, ametikoha nimetus, andmed töötingimuste ja ohutegurite kohta, õpiva isiku puhul õppeasutuse nimetus, püsiva töövõime kaotuse korral märgitakse töövõime kaotuse protsent, puude korral puude raskusaste.
2. Lapse isa isikuandmed, haridus, töökoht ja ametikoht, õppiva isiku puhul õppeasutuse nimetus; info eluviiside ja kahjulike harjumuste ning tervisliku seisundi kohta. Lapse isa andmed täidetakse kui rase on nõus neid avaldama.
3. Viimase menstruatsiooni aeg, raseduse kestus esimesel pöördumisel, oletatav sünnitustähtaeg, rasedus- ja sünnituspuhkusele mineku aeg, ultraheli uuringute teostamise kuupäev ja raseduse kestus uuringute ajal, looteliigutuste esmakordse registreerimise aeg; ABO-veregrupp, Rh(D) kuuluvus ja erütrotsütaarsete antikehade esinemine, allergilisi reaktsioone esilekutsuvad ravimid, toiduained ja olmetegurid, info eelnevalt tehtud vereülekannete kohta.
4. Eelnevate raseduste kulg ja rasedustüsistuste esinemine; eelnevate sünnituste ja sünnitusjärgse perioodi kulg, lapse (laste) sugu ja sünnikaal, kas laps on elus, kas ja kui kaua last (lapsi) imetati; abortide korral märgitakse raseduse kestus ja kas oli tegemist heidendi või artefitsiaalse abordiga.
5. Info raseda üldise tervisliku seisundi kohta: eelnevalt diagnoositud ja põetud haigused, teostatud operatsioonid, momendil ravi ja jälgimist vajavad haigused, tarvitavad ravimid.
6. Info raseda pikkuse, raseduseelse kaalu ja kehamassi indeksi kohta, eluviiside ja kahjulike harjumuste kohta (suitsetamine, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine), dieedi eripärad (taimetoitlus, laktoositalumatus, gluteenenteropaatia jms).
7. Rasedale teostatavate analüüside ja uuringute tulemused: vastuvõtu kuupäev, rasedunädal, kehakaal, kaaluüve, tursete ja veenilaiendite esinemine, vererõhk, emakapõhja kõrgus, loote seis, loote südamelöökide sagedus, loote liigutused, laboratoorsete analüüside ja ultraheliuuringute tulemused.
8. Info käesoleva raseduse ajal esinenud haiguste ja saadud ravi kohta.
9. Raseduse jälgimise ja sünnituse plaan.
10. Info raseduse ajal väljastatud tõendite ja dokumentide kohta.
11. Tervishoiuasutuse nimetus, aadress ja tegevusloa number; tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number; telefoninumber, e-posti aadress ning tervishoiutöötaja kutse ja eriala.
12. Kui raseduse kulgu ei jälgi raseda perearst, märgitakse dokumenti patsiendi perearsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber

Raseda dokumentatsioon vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja poolt valitud vormi alusel. Kogu dokumentatsioon peab olema koostatud vähemalt kahes eksemplaris, millest üks on rasedust jälgiva personali ning teine raseda käes. Raseda käes oleva kaardina on soovitatav kasutada kokkulepitud vormi, mida on võimalik leida Eesti Naistearstide Seltsi kodulehelt ravijuhendite jaotisest (Uus rasedakaart) aadressil <http://www.ens.ee/ravijuhendid>.

Vt. **Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord**, <https://www.riigiteataja.ee/akt/122062016040>

4. Raseda nõustamine

Informeeritud valikute tegemisel vajab iga rase talle arusaadaval viisil esitatud tõendus põhiste teavet. Iga rasedust jälgiva spetsialisti ülesanne on raseda nõustamine antenataalsete külastuste käigus. Nõustamise sisu ja ajastus sõltuvad raseda vajadustest ja raseduse kulust.

Nõustamisel on oluline

- veenduda, et naine mõistab edastatud informatsiooni korrektselt;
- tagada võimalus küsimuste esitamiseks ja diskussiooniks;
- anda aega otsuste tegemiseks;
- respektierida naise poolt tehtud otsuseid.

Nõustamisel käsitletavat teemat peaksid katma kogu rasedusega seonduva aja alates raseduse planeerimisest ning rasestumist ja raseduse kulgu mõjutavat teguritest (eluviisid, harjumused, keskkonnategurid jm), kuni sünnitusjärgse perioodini. Nõustamise teemade ajastamine sõltub konkreetsest juhust, soovituslikud teemad on toodud lisa 1.

Vt. **Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord**, <https://www.riigiteataja.ee/akt/122062016040>

Vt. **Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord**, <https://www.riigiteataja.ee/akt/109072014023>

5. Eluviisid ja keskkonnategurid raseduse ajal

5.1. Töötamine raseduse ajal

Raseduse ajal on tavapärase töö jätkamine lubatud juhul, kui on järgitud töetervishoiu ja tööohutuse nõudeid, mis on sätestatud Eesti Vabariigi Valitsuse määruses nr. 95 (11.06.2009), redaktsiooni akt nr 5. (26.03.2015): „**Töetervishoiu ja tööohutuse nõuded rasedate ja rinnaga toitvate naiste tööks**“ <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032015018>

Kui raseda töötingimused ei vasta nõuetele, siis peab tervishoiuteenuse osutaja sellest informeerima tööandjat kirjalikult.

Rasedal ei ole lubatud töötada allmaatöödel, kõrge õhurõhu tingimustes, kokkupuutel plii ja selle ühenditega, samuti punetiste ja toksoplasmooosi nakatumise ohu korral, välja arvatud juhul kui rase on immuunsuse tõttu nimetatud tekitajate suhtes piisavalt kaitstud.

Ohutegurid, tööd ja tootmisprotsessid, mida tuleb naistöötaja terviseriskide hindamisel arvesse võtta on järgmised:

1) füüsikalised ohutegurid

- a) põrutused, vibratsioon ja seda põhjustavad töövahendid;
- b) müra;
- c) kahjustav kiirgus;
- d) pidev kõrge või madal õhutemperatuur;
- e) elavhõbe või selle ühendid;
- f) rakkude jagunemist pidurdavad ained, näiteks tsütostaatilised ravimid, eriti koostoime korral ioniseeriva kiirgusega;
- g) süsinikmonooksiid;
- h) orgaanilised lahustid;
- i) naha kaudu tervist kahjustavad kemikaalid;
- j) kokkupuude ainete ja segudega, mis on mutageensed sugurakkudele, kantseroogeensed, reprotoksilised, erituvad rinnapiimaga last ohustavas hulgas

Detailne nimekiri on toodud Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruses nr 1272/2008, mis käsitleb ainete ja segude klassifitseerimist, märgistamist ja pakendamist

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:353:0001:1355:et:PDF>

2) bioloogilised ohutegurid

3) füsioloogilised ohutegurid

- a) raskuste käsitsi teisaldamine;
- b) füüsilist väsimust või ülekoormust põhjustavad sundasendid või -liigutused, sealhulgas pidev töötamine seistes või istudes, kiire töötempo või muud samalaadsed tegurid.

4) psühholoogilised ohutegurid

- a) vaimset ülekoormust põhjustav töö, sealhulgas kõrgendatud tähelepanuga töö;
- b) töötamine üksinda;
- c) monotoonne töö.

Vt. **Metoodiline juhend. Rasedate ja rinnaga toitvate naistöötajate terviseriskid**, 2002,

http://osh.sm.ee/good_practice/rasedate.pdf

5.2. Toitumine raseduse ajal

Naise energiavajadus suureneb raseduse ajal keskmiselt 300 kcal võrra päevas: raseduse I trimestril 130 kcal, II trimestril 330 kcal, III trimestril 540 kcal võrra. Üldine suurenenud energiakulu raseduse ajal on tingitud loote kasvamisest, platsenta ja lootevee tekkest ning emaka, rindade, vere mahu, rakuvälise vee hulga ja rasvkoe suurenemisest. Rinnaga toitmise ajal on päevane energiavajadus 500-650 kcal võrra suurem sõltuvalt imiku vanusest ja rinnaga toitumise intensiivsusest.

Tuleb arvestada, et kui raseduse ja rinnaga toitumise ajal kehaline koormus oluliselt väheneb, siis ei pea toiduenergiat suurendama, et vältida ebasoovitavat kehakaalu tõusu (C).

Toidu ohutus peab olema tagatud. Toiduks ei tohi tarvitada toorest liha ja kala, tooreid mune, pesemata köögi- ja puuvilju. Listerioosi nakatumise vältimiseks mitte tarbida pastöriseerimata piima ja sellest tehtud piimatooteid (D). Teatud toiduainete menüüst väljalülitamisel (nt. liha,

kala, munad, piimatooted) tuleb pöörata tähelepanu võimalikule vitamiinide ja mineraalainete defitsiidile ja nende asendamise vajadusele. Bariaatrilise operatsiooni läbiteinud naistel ja veganitel on soovitatav määrata albumiini, ferritiini, foolhappe, vitamiinide B12 ja D tase igal trimestril.

Vt. **Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015.** Tervise Arengu Instituut https://intra.tai.ee/images/prints/documents/149019033869_eeesti%20toitumis-%20ja%20liikumissoovitused.pdf

Vt. **Rasedate toidu- ja toitumissoovitused**
<http://toitumine.ee/toitumine-erinevates-eluetappides/rasedad>

5.2.1. Vitamiinide ja toidulisandite tarvitamine raseduse ajal

Foolhappe defitsiit seondub suurenenud riskiga neuraaltoru defektide tekkeks. Tasakaalustatud toitumisel foolhappe defitsiiti ei teki. Siiski on soovitatav raseduse planeerimisel ja kuni 12. rasedusnädalani tarvitada foolhapet 400 mikrogrammi päevas, et vähendada loote neuraaltoru defekti tekkeriski (A).

Raseduse ajal suureneb naise rauavajadus veremahu suurenemise ja loote kasvamise tõttu. Rauadepoode vähesuse korral võib kujuneda raseduse ajal rauavaegusaneemia. Profülaktiline rauapreparaatide tarvitamine ei paranda ema ega loote tervislikku seisundit ja ei ole vajalik (A).

Vitamiin A tarbimine soovitatud päevannust (800 mikrogrammi) ületavas koguses ei ole soovitatav. Retinooli ja retineenhappe suured annused võivad olla teratogeensed, eriti kui neid tarvitada raseduse esimesel trimestril (C).

Raseduse ajal on soovitatav päevane D vitamiini kogus 10 mikrogrammi (400 ühikut) päevas (A). Profülaktiliselt on soovituslik kasutada D vitamiini suuremat annust (25 mikrogrammi ehk 1000 ühikut) vähese päikesepaistega kuudel (sügisel, talvel); peamiselt siseruumides ja kunstliku valgustuse käes viibivatel rasedatel; rasedatel, kes tarbivad vähe piimatooteid, mune, kala, liha ja rasedatel, kelle raseduseelne kehamassi indeks oli üle 30 kg/m² (D). Parema imendumise tõttu on eelistatud D3 vitamiin (kolekaltsiferool) (D). Lühiaegne D vitamiini tarvitamine koguses 25-50 mikrogrammi (1000-2000 ühikut) päevas on ohutu (B).

Vt. **Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015.** Tervise Arengu Instituut https://intra.tai.ee/images/prints/documents/149019033869_eeesti%20toitumis-%20ja%20liikumissoovitused.pdf

Vt. **Rasedate toidu- ja toitumissoovitused**
<http://toitumine.ee/toitumine-erinevates-eluetappides/rasedad>

5.3. Ravimite tarvitamine raseduse ajal

Ravimite kasutamise eelselt tuleb alati hinnata loodetud kasu ja ravimi tarvitamisest tingitud oletatava riski suhet. Eelistatult kasutada raseduse ajal ravimeid, mis kuuluvad klassi A ja B, teratogeenseid ja potentsiaalselt teratogeenseid ravimeid (klass D ja X) võib kasutada vaid erandolukordades. Alates 2015. aastast on Ameerika Toidu- ja Raviamet soovitatud kasu-

tusele võtta uue korra, mis annab senisest põhjalikuma ja detailsema teabe ravimi toime ja ohutuse kohta raseduse ja imetamise ajal (*Pregnancy and Lactation Labeling Rule*). Uus kord asendab senise ravimite märgistussüsteemi (A, B, C, D, X klass) järk-järgult. Seetõttu ei sisalda pärast uue süsteemi kasutuselevõttu turuletulnud ravimite kohta käiv informatsioon enam harjumuspärasest klassifikatsiooni.

Vt. U.S. Food and Drug Administration kodulehelt “Pregnancy and Lactation Labeling Drugs Rule”

<https://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/DevelopmentResources/Labeling/ucm093307.htm>

Ravimite ordineerimisel tuleb arvestada raseduspuhuseid füsioloogilisi muutusi naise organismis, mis võivad mõjutada ravimi imendumist, omastamist ja eritumist (D). Käsimüügis olevate ravimite ohutu kasutamine raseduse ajal on tõendatud väheste preparaaside puhul, seetõttu peaks ravimeid kasutama võimalikult vähe ja vaid näidustuste olemasolul (D).

Mitmed looduslikud raviviisid – nõelravi, massaaž, hüpnoos, lõhna- ja muusikateraapia, taimsed preparaadid – on osutunud tõhusaks teatud vaevuste leevendamisel raseduse ajal. Samas ei ole nende raviviiside ohutus tõestatud (D).

Vt. Rasedate farmakoteraapia, **Brilene T, Hedman A, Kirss A jt.**, Tallinn, Medicina, 2007

Vt. www.safefetus.com, www.drugs.com, www.rxlist.com, www.sam.ee

LactMed, Ravimite kasutamine rinnaga toitmise ajal

<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

5.4. Vaktsineerimine rasedust planeerides, raseduse ja imetamise ajal

Juba rasedust planeerides peaks naine mõtlema, kas ta on vaktsineeritud või vajab mõnd vaktsiini enne rasestumist – näiteks leetrite-mumpsipunetiste vaktsiini. Samuti soovitatakse tuulerõugete vastast vaktsiini tuulerõugeid mittepõdenud täiskasvanutele. Leetrite-mumpsipunetiste kompleksvaktsiini (MMR) ja tuulerõugete vaktsiini soovitatakse mittevaktsineeritud naistele teha vähemalt üks kuu enne raseduse planeerimise alustamist. Gripi kõrghooajal on vajalik vaktsineerimine gripi vastu, kuid gripivaktsiini tohib manustada ka raseduse ajal.

Vaktsiinide tüübid:

Elusvaktsiinid sisaldavad elusaid nõrgestatud mikroorganisme, mis ei ole võimelised põhjustama haigust, küll aga kujundavad nakkushaiguste eest kaitsva immuunsuse. Elusvaktsiinid on näiteks tuberkuloosivaktsiin ja leetrite, mumpsipunetiste vaktsiin.

Inaktiveeritud vaktsiinid sisaldavad surmatud haigustekitajaid. Inaktiveeritud vaktsiin on näiteks süstitav lastehalvatusvaktsiin.

Komponentvaktsiinides on üksikud täpselt valitud antigeenid, mis on vajalikud tõhusta immuunsuse tekkeks. Komponentvaktsiinideks on näiteks atsellulaarne läkakõhavaktsiin, mis sisaldab kolme erinevat antigeeni, b-tüüpi hemofiilnakkuse vaktsiin, mis sisaldab kahte erinevat antigeeni ja B-hepatiidi vaktsiin, mis sisaldab üht antigeeni. Difteeria ja teetanusevaktsiinid sisaldavad mõlemad samuti üht antigeeni, milleks on kahjutu toksoid.

5.4.1. Vaktsineerimine rasedust planeerides ja raseduse ajal

I Nõrgestatud elusviirust/bakterit sisaldavate vaktsiinide kasutamine

Nõrgestatud elusviirust/bakterit sisaldavad vaktsiinid on raseduse ajal vastunäidustatud (puuetised, mumps, leetrid, tuulerõuged, tuberkuloos, poliomüeliit, kollapalavik, kõhutüüfuse suukaudne vaktsiin).

Pärast vaktsineerimist võiks hoiduda rasedusest 4 nädala jooksul (D). Kuigi lootekahjustusi pole vaktsineerimisega seoses kirjeldatud, on teoreetiline risk loote haigestumiseks olemas (C). Rasedusaegne vaktsineerimine ei ole näidustus raseduse katkestamiseks (B).

Raseduse ajal on loetletud vaktsiinidega vaktsineerimine näidustatud vaid siis, kui kokupuude haigusega on tõenäoline/vältimatu.

II Inaktiveeritud/surmatud viirust/bakterit või selle antigeene sisaldavate vaktsiinide kasutamine

Inaktiveeritud/surmatud viirust/bakterit või selle antigeene sisaldavaid vaktsiine võib raseduse ajal vajadusel kasutada.

Vaktsineerimise vajaduse määrab raseda kuulumine vastava haiguse riskigrupi lähtudes epidemioloogilisest situatsioonist ja raseda kaasuvatest haigustest, eluviisidest, elukohast jm teguritest.

Vt. <http://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/vaktsineerimine.html>

IIA Viirushaiguste vaktsiinid: gripp, marutõbi, A-hepatiit, B-hepatiit, puukentsefaliit

IIB Bakteriaalsete haiguste vaktsiinid: teetanus, difteeria, läkaköha, pneumokokk, meningokokk, siberi katk, kõhutüüfuse parenteraalselt manustatav vaktsiin.

Märkused:

1. Vaktsineerimine gripivastase vaktsiiniga on vajalik kõigile rasedatele, kuid eriti neile, kelle raseduse teine ja kolmas trimester jäävad gripi kõrghooajale (B).
Vt. <http://www.vaktsineeri.ee/gripi-info.html> - WHO ja ECDC infomaterjalid gripi kohta.
2. Mõnedes riikides soovitatakse rasedusaegset revaktsineerimist läkaköha vastu raseduse III trimestril eesmärgiga kaitsta vastsündinut nakatumise eest esimestel elukuudel.
Vt. läkaköha:
<http://www.vaktsineeri.ee/fileadmin/dok/Nakkushaigused/VVNH/Lakakoha.pdf>
<https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp/guidelines.html>
<https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/pregnant-women/index.html>
3. HPV vaktsiini raseduse ajal ei soovitata (D). Puudub informatsioon vaktsiini ohutuse kohta raseduse ajal. Rasedusaegne vaktsineerimine ei ole näidustus raseduse katkestamiseks.

III Immunoglobuliinide kasutamine raseduse ajal

Immunoglobuliinid on näidustatud haiguse (hepatiit B, hepatiit A, marutõbi, teetanuse, tuulerõugete) ennetamiseks/raviks pärast kokkupuudet haigustekitajaga. Teetanuse, hepatiit A ja B ning marutõve korral manustatakse samaaegselt immunoglobuliiniga ka vastav vaktsiin.

Tuulerõugete immunoglobuliin on näidustatud rasedale, kes pole tuulerõugetid põdenud ja on kontaktne tuulerõugetid põdeva isikuga. Immunoglobuliin on näidustatud vastsündinule, kui tema ema põdes tuulerõugetid 4 päeva enne sünnitust, sünnituse ajal või kuni 2 päeva pärast sünnitust.

A-hepatiidi immunoglobuliin on näidustatud rasedale kuni kahe nädala jooksul pärast haigustekitajaga kokkupuudet. Sel perioodil sündinud vastsündinule, nagu ka A-hepatiiti põdeva ema vastsündinule, on näidustatud immunoglobuliini manustamine võimalikult ruttu pärast sündi.

5.4.2. Vaktsineerimine imetamise ajal

Nõrgestatud elusviirust/bakterit sisaldavad vaktsiine (punetised, mumps, leetrid, tuulerõugete, poliomieliit, kõhutüüfuse suukaudne vaktsiin) võib imetamise ajal kasutada.

Andmed tuberkuloosi vastu vaktsineerimise ohutusest rinnaga toitmise ajal ei ole piisavad. Esineb teoreetiline risk rõugete ja kollapalaviku tekitajate eritumisele rinnapiimaga, mistõttu on imetamise ajal nende haiguste vaktsineerimine näidustatud vaid erijuhtudel.

Inaktiveeritud/ surmatud viirust/bakterit või selle antigeene sisaldavate vaktsiinide kasutamine imetamise ajal on lubatud. Kuigi hepatiit A, pneumokokkinfektsiooni ja marutõve vaktsiini ohutuse kohta ei ole piisavalt andmeid, on risk nende haiguste ülekandumiseks rinnapiima saavale lapsele minimaalne.

Immunoglobuliinide kasutamine imetamise ajal on lubatud.

Vt. <http://www.vaktsineeri.ee/vaktsiin-valditavad-nakkushaigused.html>

Immuniseerimiskava välised vaktsiinid ja nende kasutamine:

http://www.vaktsineeri.ee/fileadmin/dok/Nakkushaigused/immunoprof/Lisa_1_vaktsiinid_ja_kasutamine.pdf

Immuniseerimiskava väliselt vaktsineeritavate isikute sihtrühmad ja nendele näidustatud vaktsiinid:

http://www.vaktsineeri.ee/fileadmin/dok/Nakkushaigused/immunoprof/Lisa_2_vaktsiinid_ja_sihtruhmad.pdf

Riiklik immuniseerimiskava: <http://www.vaktsineeri.ee/riiklik-immuniseerimiskava.html>

Soovitused täiskasvanute vaktsineerimiseks: <http://www.esid.ee/cms/index.php?id=88>

Vt. lisaks: *Centers for Disease Control and Prevention*, viited informatsioonile erinevate vaktsiinide kohta, vaktsineerimise ohutusele raseduse ja imetamise ajal.

<https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/vaccinations.htm>

<https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp/guidelines.html>

5.5. Tervist kahjustavate ainete tarvitamine raseduse ajal

Alkoholi ei ole soovitatav tarvitada raseduse planeerimisel, raseduse ja imetamise ajal (B). Alkoholi tarvitamine raseduse kolme esimese kuu jooksul suurendab raseduse katkemise riski (B). Alkohol ning tema laguproduktid läbivad platsentat ja satuvad loote vereringesse. Rasedusaegne alkoholi tarvitamine suurendab riski enneaegseks sünnituseks, loote kasvu- ja arenguhäireteks nii raseduse ajal kui pärast lapse sündi.

Suitsetamine ja tubaka tarvitamine raseduse ajal suurendab riski rasedustüsistuste (enneaegne sünnitus, platsenta irdumine, platsenta eesasetsus ning loote kasvupeetus) tekkeks (B). Ka sigarettide hulga vähendamine raseduse ajal alandab eeltoodud seisundite tekke riski ja mõjub soodsalt loote kasvule ning arengule (B). Raseduse ajal suitsetanud emade lastel esineb sagedamini imikute äkksurma ning poegadel viljakuse langust hilisemas elus (C). E-sigarettide, vesipiibu ja nikotiini sisaldavate toodete (nikotiiniplaastrid, närimiskumm) kasutamine raseduse ajal ei ole ohutu, mõjutades sarnaselt sigarettidega loote närvisüsteemi ja kopsude arengut. Tubakatarvitamisest loobumiseks tuleks soovitada suitsetamisest loobumise nõustamist. Vt. www.tubakainfo.ee

Narkootiliste ainete mõju rasedusele ja lootele sõltub tarvitatavast ainest. Rasedustüsistuse (raseduse katkemine, enneaegne sünnitus, enneaegne lootevee puhkemine, platsenta irdumine) ja lootetüsistuste (üsisisene kasvupeetus, kohanemishäired, vaimse arengu häired) tekkerisk on suurem (C).

Raseda alkoholi liigtarvitamise, surrogaatainete ja narkootikumide tarvitamise või selle kahtluse korral on vajalik raseda jälgimise ajal võtta ühendust raseda perearsti ja/või sotsiaaltöötajaga raseda elutingimuste ja toimetuleku hindamiseks.

5.6. Füüsiline koormus raseduse ajal

Kerge ja mõõdukas koormus raseduse ajal on soovitatav enamikule rasedatele (A). Soovita- takse regulaarset kehalist koormust, kuna rasedatel, kes on ühendanud oma igapäevase eluviisi kehalise koormusega paraneb psühholoogiline ja füsioloogiline heaolutunne, vähenevad rasedusaegsed vaevused, treenitud lihaskond aitab säilitada head rühti ning hoida loodet õiges asendis. Regulaarne füüsiline koormus soodustab ettevalmistust sünnituseks ning sünnitusjärgset taastumist.

Raseduse ajal ei ole soovitatav tegeleda spordialadega, millega kaasneb kõrge traumade ja kukkumise oht ning mis võivad mõjutada organismi hapniku- ja ainevahetuslikke protsesse, näiteks ratsutamine, pallimängud, veesuusatamine, sukeldumine ja allveeujumine (D). Sobivad rasedate võimlemine, ujumine, vesivõimlemine, kõndimine, jooga jt.

5.7. Seksuaalelu raseduse ajal

Normaalselt kulgeva raseduse korral ei suurenda seksuaalvahekord rasedustüsistuste tekke riski (B).

5.8. Reisimine raseduse ajal

Normaalse raseduse korral on lubatakse rasedaid lennureisile enamike lennufirmade poolt kuni 36. rasedusnädalani. Vajalik võib olla raseduse suurst ja sünnitustähtaega sisaldava dokumendi olemasolu. Pikkade reiside ajal suureneb venoosse trombemboolia risk, mistõttu on vajalik liikumine lennu ajal, tugisukad ja piisav vedeliku tarbimine (B). Kui rase saab tromboosi profülaktikat kaasnevate riskitegurite tõttu (nt. varasem trombembooliline haigus, teadaolev trombofiilia, haiguslik rasvumine, jt) tuleb madalmolekulaarse hepariini manustamist reisi ajal jätkata.

Autoga reisimisel tuleb kasutada kolmepunkti kinnitusega turvavööd, mis väldib turvavöö kulgemist üle kõhu. Normaalse raseduse korral ei suurenda autoga reisimine rasedustüsistuste teket (B).

5.9. Saun, juuksehooldus ja iluprotseduurid

Enam hüpertermia vararaseduse ajal on seotud sagedasema neuraalitoru defektide esinemisega lootel (B). Saunas ja soojas vannis käimine ei ole seotud suurema riskiga rasedustüsistuste tekkimiseks (C). Ultraviolettkiirgus võib soodustada pigmentatsiooni, mida tuleb arvestada nii loomuliku kui tehniliku ultraviolettkiirguse korral.

Juukse- ja nahahooldusel kasutatavatel kemikaalidel/värvidel jm. ühenditel ei ole leitud teratogeenset toimet. Andmed rasedustüsistuste esinemise kohta on vastukäivad, mistõttu võiks raseduse esimesel trimestril vältida juuste kokkupuudet kemikaalidega (D).

5.10. Massaaž ja kinesioteipimine

Massaažiga on võimalik leevendada sageli esinevaid rasedusvaevusi (selja ja õlavöötme pinget, jalgade tursed jne). Massaaži ei soovitata teha raseduse I trimestril, madalate rasedusriskide korral on massaaž II ja III trimestril üldjuhul ohutu.

Massaaži peaks vältima ähvardava raseduse katkemise, rasedusaegse veritsuse, emakakaela puudulikkuse või tugiõmbluse, veenilaiendite või trombemboolia, preeklampsia, mitmikraseduse ja raskete krooniliste haiguste korral.

Massaaži tuleks teha eelistatult küliliasendis. Igal juhul tuleb vältida kõhu ja spetsiifiliste vaagnavöötme elundite talitlust mõjutavate punktide masseerimist (kõrvalestad, kanna sise- ja väliskülge, jalatald vms) (D).

Tervisehäirete korral tuleb patsiendil eelnevalt konsulteerida arsti või ämmaemandaga.

Kinesioloogilise teipimisega on võimalik leevendada seljavalusid, samuti võib teipimist kasutada kõhtu toetava bandaaži asemel (D).

6. Sagedamini esinevate rasedusaegsete vaevuste käsitus

Sümptom või vaevus	Füsioloogiline muutus (põhjustav tegur)	Soovitused
Iiveldus, oksendamine esimesel trimestril	Hormonaalsed muutused (hCG, progesteron), mao peristaltika aeglustumine	Dieedi korrigeerimine, antiemeetikud, antatsiidid, B6 vitamiin, ingver
Kõrvetised	Emaka surve, diafragma kõrgseis, mao peristaltika aeglustumine	Dieedi ja toidukoguste korrigeerimine, magades ülakeha kõrgem asend, antatsiidid
Sagedane urineerimine	Emaka surve kusetraktile	Nõustamine hügieeni ja vedelikutarbimise osas, düsuuriliste vaevuste lisandumisel uriini analüüs
Rinnanäärmete suurenemine, hellus, pigmenteerumine	Verevarustuse suurenemine, hormoonide toime	Nõustamine hoolduse ja riituse valiku osas
Valud alakõhus	Emaka hoidesidemete venitus	Muude põhjuste (sh. emaka kokkutõmbed) väljalülitamine, nõustamine
Kõhukinnisus, kõhupuhitus	Peristaltika aeglustumine emaka surve ja hormonaalsete muutuste tõttu	Dieedi korrigeerimine, piisav liikumine ja vedeliku tarbimine, paikse toimega kõhulahtistid
Hemorroidid	Venoosne pais emaka surve tõttu	Dieedi korrigeerimine, lokaalselt toimivad pärasooleküünlad
Minestamine, pearinglus	Hüpotensioon	Sundasendite vältimine, kehaasendi aeglane vahetamine, piisav liikumine
Veenilaiendid	Emaka surve suurtele veenidele, verepais, veremahu suurenemine ja onkootse rõhu vähenemine	Pikaaegse istuva asendi vältimine, tugisukad, võimlemisharjutused
Ninakinnisus, ninaverejooks, igemete veritsus	Veremahu suurenemine, turse limaskestades	Nõustamine, suu hügieen, hambaarsti külastamine
Hingeldus raseduse III trimestril	Diafragma kõrgseis emaka surve tõttu	Muude põhjuste väljalülitamine, nõustamine, piisav liikumine
Seljavalu, sümfüüsi piirkonna valu	Keha raskuskeskme muutumine, ligamentide ja liiduste lõdvenemine	Tugisideme (bandaaži) kandmine, piisav liikumine, vesivõimlemine, füsioteraapia, kinesioteipimine, nõustamine

Raseduslaikude ja striiade teke, pigmentatsioonihäired	Hormoonide toime nahastruktuurile, naha venimine	Kaitse otsese ultraviolettkiirguse eest, nahka niisutavad vahendid
Tupevooluse suurenemine, vulvovaginaalne kandidiaas	Hormoonide toime, muutused tupe pH-s, mikroflooras	Nõustamine, vajadusel vaginaalsed kandiaasivastased preparaadid
Tundlikkuse häired, paresteesiad kätes, jalgades	Turse närvide kulu piirkonnas (nt. karpaalkanali piirkonnas)	Nõustamine, harjutused, tugisideme kandmine

7. Rasedusriskide hindamine

7.1. Üldseisundi, eluviiside ja sotsiaalse seisundi hindamine

7.1.1. Raseda vanus

Rasedad vanuses alla 18 aasta võivad vajada täiendavat nõustamist psühhosotsiaalse toimetuleku osas, teostatavate uuringute olulisuse rõhutamist ja sagedasemaid visiite. Noortel rasedatel esineb sagedamini hüperemeesi, preeklampsiat, loote üsisisest kasvupeetust ja rasedusaegset aneemiat (C).

Rasedad vanuses üle 40 aasta võivad vajada täiendavat hindamist suurenenud riski tõttu loote kromosoomianomaaliate ja väärarendite tekkeks. Lisaks esineb sagedamini kroonilisi haigusi ja rasedustüsistusi: raseduse katkemist, rasedusaegset hüpertensiooni, gestatsioonidiabeeti, loote üsisisest kasvupeetust (C).

7.1.2. Raseda mõõdud

Raseda kaal, pikkus ja kehamassi indeks tuleb registreerida raseduse alguses (B). Raseduse ajal tuleb hinnata raseda kaaluivet, loote kasvu ja nõustada dieedi osas (C).

Ülekaalulistel rasedatel (raseduseelne KMI suurem või võrdne 30 kg/m^2) esineb sagedamini hüpertensiooni ja loote üsisisest kasvupeetust, gestatsioonidiabeeti ja loote makrosoomiat (B); neile on näidustatud GTT raseduse esimesel trimestril ning normipärase testi tulemuse korral selle kordamine 24.-28. rasedusnädalal.

Madalakaalulistel rasedatel (raseduseelne kehakaal alla 50 kg või kehamassi indeks alla $19,5 \text{ kg/m}^2$) esineb sagedamini loote üsisisest kasvupeetust, aneemiat ja enneaegset sünnitust (C).

Lühikesekasvulistel rasedatel (pikkus vähem kui 155 cm) esineb sagedamini sünnitusel loote ja vaagna sobimatust (C). Seetõttu võiks hinnata loote seisuga ja loote eesasuva osa paiknemist vaagna suhtes raseduse 36.-37. nädalal, hinnata loote oletatavat kaaluprognosti antropomeetriselt ja/või ultraheli uuringu abil.

7.1.3. Sotsiaal-majanduslik seisund

Halva sotsiaal-majandusliku seisundi korral esineb emal sagedamini aneemiat, seksuaalsel teel levivaid infektsioone ja lootel üsisisest kasvupeetust. Vajalik on raseda nõustamine dieedi, hügieeni, eluviisi ja sotsiaalse toimetuleku osas. Vajadusel võtta ühendust raseda perearsti ja/või sotsiaaltöötajaga raseda elutingimuste ja toimetuleku hindamiseks.

7.1.4. Vaimne tervis

Raseduseelsed meeleoluhäired ja psühhiaatrilised haigused, soovimatu rasedus, lähisuhtevägivald ja halb sotsiaal-majanduslik seisund võivad suurendada riski raseduseaegsete meeleoluhäirete ja depressiooni tekkeks (D). Rasedusaegsed häired võivad olla omakorda sünnitusjärgse depressiooni ja psühhoosi riskiteguriks (C).

Igal visiidil tuleb pöörata tähelepanu raseda meeleolule ja käitumisele; kahtlusel meeleoluhäiretele või toimetuleku probleemidele pakkuda abi ja toetust.

Seisundi täpsustavaks hindamiseks ja edasise käitumistaktika välja töötamiseks tuleb teha koostööd perearsti, hingehoidja, raseduskriisi nõustaja, psühholoogi, psühhiaatri või/ja sotsiaaltöötajaga.

7.1.4.1. Nõustamine rasedusega kaasnevate psühholoogiliste probleemide ja lähisuhtevägivalla korral

Raseduskriisi nõustamisele on soovitatav suunata rasedaid, kellel on tekkinud probleemid rasestumisel või raseduse ajal, aga ka naisi, kellel on rasedus katkenud või katkestatud, samuti naisi sünnitusjärgses perioodis ning eelneva halva rasedus-/sünnituskogemusega naisi uue raseduse planeerimisel.

Raseduskriisi nõustajate kontaktid:

Väärtustades Elu, <http://rasedus.ee/noustamine/noustajad>

Pelgulinna Sünnitusmaja,

<http://www.synnitusmaja.ee/osakonnad/naise-tervis/noustamine/raseduskriisi-noustaja/>

Raseduskriisi nõustamine Tartus, <http://rasedus.ee/noustamine/raseduskriisi-noustamine/tartu>

Raseduskriisi nõustamine Ida-Tallinna Keskhaiglas,

<http://www.itk.ee/kliinikud/naistekliinik/naistekliinikust/perinataalkeskus/emadusnouandla/raseduskriisi-noustamine/>

Raseduskriisi nõustamine Lõuna-Eesti Haiglas,

<http://www.leh.ee/index.php/component/content/article/2-uncategorised/137-raseduskriisi-noustamine>

Raseduskriisi nõustamine Rakvere Haiglas, <http://www.rh.ee/index.php?page=131&>

Raseduskriisi nõustamine Pärnu Haiglas,

<http://www.ph.ee/uudised1/raseduskriisi-noustamine-471>

Raseduskriisi nõustamine erahaiglas Fertilitas,

http://www.fertilitas.ee/mod_catalogue_c058f544c737782deacefa532d9add4c_Raseduskriisi-noustamine_est

Lähisuhtevägivald suurendab riski rasedustüsistuste (raseduse katkemine, enneaegne sünnitus, platsenta enneaegne irdumine, madalakaaluline vastsündinu, sünnitushirm, antenataalne loote surm) ning psüühikahäirete tekkeks (rasedusaegsed meeleoluhäired, ärevushäired, depressioon) (C).

Lähisuhtevägivalla korral või selle kahtlusel on soovitatav kontakteeruda raseda perearsti ja/või piirkonna sotsiaaltöötajaga.

Vägivalla korral julgustada rasedat pöörduma **tugiorganisatsioonide**, nt. Ohvriabi poole.

<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/ohvriabi-huvitis/ohvriabi-ja-lepitusteenus>;
<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/ohvriabi-huvitis/ohvriabi-tootajate-kontaktandmed>
<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/ohvriabi-huvitis/naiste-tugikeskused>

Vt. ka Eesti Naiste Varjupaikade Liit, <http://www.naisteliin.ee/>

Samuti peaks rasedat julgustama pöörduma spetsialistide (raseduskriisi nõustaja, psühholoog, hingehoidja) poole. Lähisuhtevägivalla kahtlusel on soovitatav kutsuda rase visiidile sagedamini ning tagada visiidi privaatsus ja konfidentsiaalsus.

7.2. Varasemate rasedustega seonduvad rasedusriske mõjutavad seisundid

7.2.1. Eelnev viljatus ja korduv raseduse katkemine

Kui rasedusele on eelnenud viljatus ja/või korduvad raseduse iseeneslikud katkemised, võib käigusoleva rasedusega kaasneda ärevus ning seetõttu võib rase vajada sagedasemaid visiite ja korduvat nõustamist. Viljatusravi tulemusena esineb sagedamini mitmikuid ja emakavälisest rasedust. Raseduse katkemise ja enneaegse sünnituse risk on tõusnud (B). Kui viljatuse põhjuseks on olnud polütsüstiliste munasarjade sündroom, on suurem risk gestatsioonidiabeedi tekkeks (A). Sellisele juhul tuleb teha GTT raseduse I trimestril ning kui testi tulemus on normipärane, siis korrata seda raseduse 24.-28. nädalal.

7.2.2. Enneaegne sünnitus

Enneaegseks sünnituseks nimetatakse regulaarsete emaka kokkutõmmete teket enne 37+0 rasedusnädalat koos samaaegsete muutustega emakakaelas. Enneaegse sünnituse risk käe-soleva raseduse ajal on suurem, kui eelnev(ad) rasedus(ed) on lõppenud enneaegse sünnitusega (A).

Sünnitus enne 34+0 rasedusnädalat on raske rasedustüsistus. Vajalik on võimalikult täpselt ära tunda enneaegse sünnituse riskiga rasedad ja rakendada ravivõtteid: raseduse prolongeerimine ravimitega, sünnieelne glükokortikoidravi loote kopsude ettevalmistuseks, neuroproteksioon loote/lapse ebaküpse aju kaitseks ja antibakteriaalse ravi rakendamine rasedal vastavate näidustuste olemasolu korral, et parandada emade ja laste tervisetulemit.

Ähvardava enneaegse sünnituse kahtlusel on soovitatav teha rasedale emakakaela pikkuse hindamiseks transvaginaalne ultraheliuuring. Kui emakakaela avatus ei ole sel viisil hinnatav, võib kasutada digitaalset palpatsiooni. Kui ähvardava enneaegse sünnituse sümptomitega naisel enne 35+0 rasedusnädalat on transvaginaalsel ultraheliuuringul emakakaela pikkus 15 mm või lühem, on soovitatav alustada tokolüüsi ja loote kopsude ettevalmistust glükokortikosteroidiga. Rase tuleb suunata statsionaarsele ravile.

Lootevee enneaegse puhkemise kahtluse korral, kui lootevee eritumine ei visualiseeru, on soovitatav teha rasedale lootevee test tupesekreedit: kasutatakse insuliinisarnast kasvufaktorit siduva proteiini 1 (Vag-IGFBP-1) või platsenta alfa-1-mikroglobuliini (PAMG-1) määramist tupekaapest.

Emakakaela pikkuse mõõtmine raseduse II trimestril ja fibronektiini hulga määramine emakakaelas võivad olla abistavaks meetodiks enneaegse sünnituse riski hindamisel, kuid ei ole praegusel andmetel vähese tundlikkuse tõttu rutiinuuringuna näidustatud (C). Profülaktiline ravi tokolüütiliste preparaatidega ei ole näidustatud (B).

Vt. Eesti ravijuhend „**Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitlus**“, 2017, <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/4/enneaegse-sunnituse-ja-enneaegse-vastsundinu-perinataalperioodi-kasitus>

7.2.3. Surnultsünd või väärarendiga sündinud laps

Risk järgneva raseduse ajal loote antenataalseks surmaks või väärarendi tekkeks sõltub surma või väärarendi põhjusest. Raseduse jälgimise plaan koostada koos naistearsti, vajadusel geneetikuga.

7.2.4. Eelnev laps sünnikaaluga üle 4500 g või alla 2500 g

Madalakaalulise lapse korral analüüsida võimalikke põhjusi ja nende kordumise riski, jälgida hoolikalt loote kasvu ja seisundit raseduse ajal. Kui anamneesis on üle 4500g lapse sünd, siis kuulub rase gestatsioondiabeedi kõrge riski gruppi ja vajab lisauuringuid (GTT raseduse I trimestril ja normipärase tulemuse korral selle kordamine 24.-28. rasedusnädalal ning ultraheli uuring loote kaalu ja lootevee koguse hindamiseks raseduse III trimestril, soovitatavalt 36.-39. nädalal) (B). Rase võib vajada tavapärasest rohkem naistearsti konsultatsioone.

7.2.5. Emaka- ja emakakaela operatsioonid (sh. keisrilõige) ning emaka väärarendid

Emakaanomaaliatega ja emakakaela eelnenud operatsioonide korral on suurenenud raseduse katkemise ja enneaegse sünnituse risk (B), võib kaasneda emakakaela puudulikkus. Emakakaela puudulikkuse kahtluse korral soovitatakse emakakaela mõõtmist vaginaalse ultraheliuuringu abil 19.-21. nädalal, vajadusel uuringut korratakse. Eelneva emakaoperatsiooni korral on emaka rebendi oht, eriti emakakeha piirkonna operatsioonide (korporaalne keisrilõige, müoomisõlme eemaldamine) puhul (B). Rase võib vajada tavapärasest rohkem naistearsti konsultatsioone.

7.2.6. Tüsistustega kulgenud varasem rasedus, sünnitus või sünnitusjärgne periood

Tüsistustega kulgenud varasema raseduse või sünnituse hulka kuuluvad seisundid: raske preeklampsia, sünnitusega seotud suur verekaotus (üle 1000ml), septiline tüsistus, trombemboolilised tüsistused, ulatuslikud sünnitustee rebendid jms. Vajalik on hoolikas raseda jälgimine kaebuste osas, raseda seisundi ja loote üsisese seisundi ning kasvu hindamine tüsistuste võimaliku kordumise riski seisukohast. Informatsioon eelneva raseduse ja sünnituse kohta kirjeldada võimalikult täpselt raseda dokumentatsioonis. Rase võib vajada sagedasemat

naistearsti, muude erialaspetsialistide, imetamisnõustaja, psühholoogi, raseduskriisi nõustaja või hingehoidja konsultatsiooni.

7.2.7. Varasem rasedusaegne või sünnitusjärgne psühhoos

Rasedus soodustab psüühika- ja meeleoluhäire kordumist (A). Varasemalt esinenud psühhoos, eriti seoses raseduse ja sünnitusega, on näidustus raseda suunamiseks psühhiaatri või/ja psühholoogi konsultatsioonile. Raseduse ajal tuleb korduvalt hinnata raseda psüühilist seisundit (B). Vajadusel võtta ühendust raseda perearsti või psühhiaatriga.

7.3. Kaasuvad haigused

Kõrge riskiga on rasedused järgnevate ema tervisehäirete korral:

- Südame-veresoonkonna haigused, sh hüpertensioon ja kaasasündinud või omandatud südamerikked
- Neeruhaigused, sh ühe neeruga või neeruanomaaliaga patsiendid
- Endokriin- ja ainevahetushaigused: diabeet, hüpertüreos jt
- Hematoloogilised haigused sh trombotsütopeeniad, hemoglobiнопaatiad, krooniline ja/või ebaselge põhjusega aneemia jt
- Autoimmuunhaigused, sh. reumatoidartriit, süsteemne erütematoosluupus
- Haavandiline koliit ja Crohni tõbi
- Haiguslik rasvumine (KMI üle 40 kg/m²)
- Bariaatrilise operatsiooni järgsed naised
- Krooniline maksahaigus
- Raskesti ravile alluv astma
- Organpuudulikkusega kulgevad haigused, sh transplantatsioonijärgne seisund
- Psühhotroopseid ravimeid vajavad psüühilised seisundid
- Epilepsia, mis vajab medikamentooset ravi
- Geneetilised haigused (nt fenüülketonuuria, vaimse mahajäämusega kulgevad haigused jt)
- Pahaloomulised kasvaja
- HIV kandlus
- Narkootiliste ainete tarvitamine

Kõrge riski raseduse korral koostab raseduse jälgimise plaani naistearst vajadusel kaasates erialaspetsialiste. Vastavalt raseduse jälgimise plaanile võib osa visiite toimuda ämmaemanda või perearsti juurde.

7.4. Käesoleva raseduse käigus tekkivad rasedusriskid

Raseduse jooksul võib ilmnedä mitmeid terviseprobleeme. Järgnevalt loetletud probleemide korral tuleb rase suunata naistearsti konsultatsioonile. Edasise raseduse jälgimise plaani

koostab naistearst ning vastavalt plaanile võib osa visiite toimuda ka ämmaemanda või perearsti juurde.

- Raseduseelne aneemia, raske või ravile allumatu rasedusaegne aneemia
- Rasedusoksendamine koos ainevahetushäiretega
- Ähvardav raseduse katkemine
- Vereeritus suguteedest raseduse ajal
- Kuse- ja suguteede infektsioonid (sh asümptomaatiline bakteriuria*)
- Ähvardav enneaegne sünnitus enne 34+0 rasedusnädalat
- Mittevastavus loote suuruse ja raseduse kestuse vahel, ebaselge raseduse kestus
- Oligo- ja polühüdramnion
- Tuharseis ja muud loote ebaõiged seisud pärast 35+0 rasedusnädalat
- Oletatav loote kaal üle 4000 g raseduse 38. nädalal
- Loote üsisese kasvamise häire
- Gestatsioonidiabeet
- Loote hemolüütilise tõve kahtlus, Rh-isoimmunisatsioon
- Mitmikrasedus
- Rasedusaegne hüpertensioon ja preeklampsia
- Intrahepaatiline kolestaas, HELLP sündroom ja äge rasedusaegne rasvmaks
- Sünnieelselt diagnoositud loote väärarendid
- Loote tahhü- ja bradüarütmiaid
- Raseduse ajal diagnoositud, kuid mitte rasedusest tingitud ema elu ohustav haigus
- Platsenta eesetsus, kahtlus platsenta läbikasvule emakast

* Kui antenataalse hoolduse osutajaks on perearst, siis esmase asümptomaatilise bakteriuria korral ei ole konsulteerimine naistearstiga kohustuslik. Kui antibakteriaalse ravi järgselt jääb asümptomaatiline bakteriuria püsima, tuleb rase suunata naistearsti konsultatsioonile.

8. Uuringud raseduse ajal

8.1. Uuringud infektsioonide suhtes

8.1.1. Asümptomaatiline bakteriuria

Asümptomaatiliseks bakteriuriaks nimetatakse kuseteede bakteriaalset kolonisatsiooni, millega ei kaasne uroinfektsioonile iseloomulikke kaebusi. Erinevate uuringute alusel esineb 2-5% rasedatest asümptomaatiline bakteriuria. Ravimata juhtudel on rasedal kõrgem risk püelonefriidi tekkeks ja enneaegseks sünnituseks ning madalakaalulise lapse sünniks. Asümptomaatilise bakteriuria avastamine ja ravi vähendab rasedusriske (A). Seetõttu on vajalik teha uriini külv enne 20. rasedusnädalat.

8.1.2. Bakteriaalne vaginosis

Bakteriaalne vaginosis on asümptomaatiline pooltel rasedatest. Rutiinne skriinimine bakteriaalse vaginosis suhtes ei ole vajalik, kuna asümptomaatilise bakteriaalse vaginosis ravi ei vähenda enneaegse sünnituse riski (A).

Kõik rasedad, kellel esinevad bakteriaalse vaginooosi sümptomid, vajavad ravi, sest bakteri-aalset vaginooosi seostatakse enneaegse sünnitusega, enneaegse lootevee puhkemisega, koo- rionamnioniidiga, intraamniaalsete infektsioonidega ja sünnitusjärgse endometriidiga (B).

Raviskeemi rasedal vt. „**Seksuaalsel teel levivate infektsioonid ravijuhis Eestis 2015**“, http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

8.1.3. B-grupi streptokokk (GBS, lad. *Streptococcus agalactiae*)

Rutiinne skriining B-grupi streptokoki suhtes ei ole vajalik, kuna seda ei peeta efektiivseks ega majanduslikult põhjendatuks (C).

B-grupi streptokoki kandlus sünnituse ajal suurendab riski vastsündinu varase sepsise tekkeks (C). Rasedusaegne uuring GBS kandlusele sünnitusteedes ja positiivse tulemuse korral sünni- tusaegne profülaktiline ravi on näidustatud vaid järgmistel juhtudel:

- ähvardav enneaegne sünnitus
- lootevee puhkemine enne 37+0 rasedusnädalat
- anamneesis vastsündinu GBS sepsis

8.1.4. B-hepatiidi viirus (HBV)

B-hepatiidi pinnaantigeeni (HBsAg) esinemissagedus rasedatel on 0,5-1%. Vastavalt tõenduspõhiste uuringutele on põhjendatud HBsAg määramine raseduse I trimestril või hi- lisema esmase pöördumise korral esimesel visiidil. Kui HBsAg osutub positiivseks, siis suun- ata rase infektsioonhaigutse arsti konsultatsioonile, kes määrab täiendavad uuringud ja va- jadusel ravi.

Kõiki rasedaid peab uurima B-hepatiidi suhtes, et vähendada riski haiguse ülekandeks emalt lapsele (A). HBsAg-positiivsete emade vastsündinud immuniseeritakse 12–72 tunni jooksul B-hepatiidi immuunglobuliiniga ja B-hepatiidi vaktsiiniga. Rinnaga toitmine on lubatud.

	Pinna- antigeen, HBsAg	Anti- HBc IgM	Anti- HBc IgM ja IgG	E-anti- geen HBeAg	Anti- HBe	HBV DNA	Anti- HBs
Äge	+	+	+	+	-	+	-
Ägeda in- fektsiooni järgne im- muunsus	-	-	+	-	+/-	-	+
Krooniline aktiivne	+	-	+	+	+/-	+	-
Krooniline inaktiivne	+	-	+	-	+	+/-	-
Vaktsineeritud	-	-	-	-	-	-	+

HBV-infektsiooni seroloogilised markerid

Allikas: http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

Vt. „**Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis 2015**“

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

Kroonilise B hepatiidi jälgimise ja ravi soovitusel rasedust planeerival või rasedal naisel, Eesti Arst 2016;95 (6): 389-392 <http://eestiartst.ee/kroonilise-b-hepatiidi-jalgimise-ja-ravi-soovitused-rasedust-planeerival-voi-rasedal-naisel/>

8.1.5. C-hepatiidi viirus (HCV)

Kroonilise HCV-infektsiooni levimus Eestis võib olla umbes 1%. Rutiinne skriinimine C-hepatiidi suhtes ei ole vajalik.

Skriiningtestina kasutatakse HCV antikehade (anti-HCV) määramist seerumis. Positiivse tulemuse korral tuleb rase suunata infektsionisti või gastroenteroloogi vastuvõtule, kes määrab täiendavad uuringud ja vajadusel ravi.

HCV ülekandumise riski emalt lootele ei mõjuta sünnitusviis. Rinnaga toitmine on lubatud.

Vt. „**Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis 2015**“

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

8.1.6. HIV

Kõiki rasedaid tuleb raseduse I trimestril (või esimesel pöördumisel) testida HIV suhtes, kuna infektsiooni avastamine võimaldab rakendada ravi, mis vähendab haiguse leviku riski emalt lapsele (A). Arvestades epidemioloogilist olukorda Eestis (vt. <http://www.terviseamet.ee>), tuleb kõik rasedaid testida HIV suhtes ka raseduse 28.-32. nädalal.

HIV positiivsete rasedate jälgimisskeemi koostamisel tuleb lähtuda kohalikest juhistest (D). Eestis toimub HIV positiivsete rasedate jälgimine koostöös nakkushaiguste arstiga vastavalt HIV diagnostika ja ravi juhendile.

Vt. „**Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis 2015**“

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

Vt. Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi ravijuhendid: <http://www.esid.ee/cms/index.php?id=65>

„**HIV infektsiooni perinataalse ülekande profülaktika 2016**“,

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/HIV%20perinataalne_profylaktika_2016.pdf

„**HIV patsiendi jälgimise juhend**“,

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/HIV%20patsiendi%20jaelgimine.pdf

„**HIV nakkuse testimise ja HIV-positiivsete inimeste ravile suunamise juhis 2012**“,

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/HIV_juhis_format%20EHK-le%202013.12.12.pdf

„**Vere ja teiste kehavedelikega levivate infektsioonide vältimine ja tööalase kokkupuutejuhtumi järgne profülaktika**“

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/HIV_Ravijuhend_2003_pp32-48.pdf

8.1.7. Punetised

Rasedaid ei ole vajalik skriinida punetiste suhtes, arvestades haiguse esinemissageduse olulist langust ja üldise vaksineerimise alustamist Eestis alates 1992. aastast.

Vaksineerimine punetiste vastu raseduse ajal on vastunäidustatud ning rasedumisest soovitakse hoiduda 4 nädalat pärast vaksineerimist.

8.1.8. Süüfilis

Süüfilis võib kanduda raseduse ajal emalt lapsele ning põhjustada vastsündinu surma, kaasasündinud süüfilist, surnultsündi ja enneaegset sünnitust. Parenteraalselt manustatud penitsilliin aitab edukalt vältida loote nakatumist ning ravi ei ohusta raseduse kulgu (B).

Kõiki rasedaid tuleb süüfilise suhtes testida I trimestril (või esimesel pöördumisel) kuna süüfilise ravist on kasu nii ema kui tulevase lapse tervisele. Ravi toimub koostöös naha- ja suguhaiguste arstiga ja peab olema kajastatud raseda dokumentatsioonis. Vajalik on seksuaalpartnerite kontroll ja ravi. Kui süüfilisse nakatunud rase sünnitab varem kui 30 päeva pärast ravikuuri lõppu, alustatakse vastsündinu süüfilisevastast ravi.

Rasedate rutiinne testimine teistkordselt III trimestril ei ole vajalik, analüüsi võtmise vajaduse otsustamisel lähtuda raseda anamneesist ja tervisekäitumisest.

Vt. „Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis 2015“

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

8.1.9. Toksoplasmoos

Rutiinne skriining toksoplasmoosi suhtes ei ole vajalik, seda ei peeta efektiivseks ega majanduslikult põhjendatuks (B).

Rasedatele tuleb õpetada meetmeid nakatumisest hoidumiseks (C):

- Vältida väheküpsetatud liha söömist
- Kanda kindaid aiatöödel ja mullaga kokkupuutel ning pesta käsi peale tegevuse lõpetamist
- Vältida kokkupuudet kassi väljaheidetega
- Pesta käsi enne toiduainetega tegelemist
- Pesta hoolikalt puu- ja juurvilju enne kasutamist

8.1.10. Tsütomegaloviirus

Rutiinne rasedate testimine tsütomegaloviiruse suhtes ei ole vajalik (B).

8.1.11. Urogenitaalne gonorröa (tekitaja: lad. *Neisseria gonorrhoeae*)

Arvestades epidemioloogilist olukorda Eestis on gonorröasse haigestumine Eestis madal (vt. <http://www.terviseamet.ee>).

Seetõttu ei ole alates 2011.a. („Raseduse järgmise juhendi“ versioon 4) rasedate rutiinne testimine gonorröa suhtes vajalik, analüüsi võtmise vajaduse otsustamisel lähtuda raseda anamneesist ja tervisekäitumisest.

Vt. Tervise Arengu Instituut, „**HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis 2000-2015**“

<https://www.sm.ee/sites/default/files/content-edi->

[tors/Tervishoid/hiv_nakkuse_ja_kasuvate_infektsioonide_epidemioloogiline_olukord_eestis_2015.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-edi-tors/Tervishoid/hiv_nakkuse_ja_kasuvate_infektsioonide_epidemioloogiline_olukord_eestis_2015.pdf)

8.1.12. Urogenitaalne klamüdioos (tekitaja: lad. *Chlamydia trachomatis*)

Enamik urogenitaalsesse klamüdioosi nakatunud inimesi ei ole oma infektsioonist teadlikud, kuna puuduvad kaebused. Ravimata juhtudel võivad tekkida mitmed tõsised tüsistused: väikese vaagna põletikuline haigus, viljatus, emakaväline rasedus ja krooniline vaagnavalu (C). Rasedusaegne klamüdioos võib tuua kaasa vastsündinu pneumoonia ja konjunktiviidi, emale sünnitusjärgse metroendometriidi (C).

Arvestades epidemioloogilist olukorda Eestis (vt. <http://www.terviseamet.ee>) on klamüdioosi skriining raseduse ajal näidustatud. Kui klamüdioosi uuring on tehtud viimase kuue kuu jooksul enne rasedust, siis lähtuda rasedal analüüsi võtmise vajaduse otsustamisel raseda anamneesist ja tervisekäitumisest.

Klamüdioosi diagnoosimisel on vajalik nii raseda kui seksuaalpartneri(te) ravi.

Vt. „**Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis 2015**“

http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

8.2. Hematoloogiliste probleemide skriining

8.2.1. Aneemia

Aneemia on kõige sagedasem rasedustüsistus, seda esineb pooltel rasedatest mingil perioodil raseduse vältel.

Vereloomesüsteemis toimuvad raseduse ajal olulised ümberkõlastused - ema vereplasma maht tõuseb poole võrra, erütrotsüütide hulk suureneb 20%, paraneb raua absorptsioon. Sellised füsioloogilised muutused võivad simuleerida rauavaegusaneemiat ja seetõttu on rasedate aneemia diagnoosimisel aluseks võetud madalam hemoglobiini piirväärtus kui mitterasedal naisel.

Siiski on rauavaegusaneemia kõige sagedasemaks rasedate aneemia vormiks – raseduseelsed rauavarud kasutatakse ema kiirenenud vereloome poolt ning loote kasvu tagamiseks. Rauavaegusaneemia riski suurendavad korduvad veritsused raseduse ajal, mitmikrasedus, üksteisele järgnevad rasedused, ema ägedad ja kroonilised haigused (nt haavandiline koliit, mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi, korduv uroinfektsioon, raua imendumise häired (sh. bariaatrilise operatsiooni läbi teinud naised), sooleparasiidid, antatsiidide kasutamine, ebapiisav toitumine).

Aneemiaks raseduse ajal loetakse hemoglobiini väärtust alla 110 g/l I ja III trimestril ning alla 105 g/l II trimestril (A). Hematokrit ei tohiks rasedal langeda alla 32% (A). Madalaid hemo-

globiini väärusi (85-105 g/l) seostatakse lapse madala sünnikaalu ja enneaegse sünnituse kõrgema riskiga (C). Rasedaid tuleb uurida aneemia esinemise suhtes (teha hemogramm) raseduse I trimestril või esimesel pöördumisel ning korrata analüüsi 28. rasedusnädalal, et jääks enne sünnitust piisavalt aega raviks (B).

Hemoglobiini väärtustel 100-110g/l alustada raua asendusravi suukaudse preparaadiga. Ravivastust kontrollida mitte varem kui 3 nädala pärast.

Hemoglobiini väärtustel alla 100g/l korral määrata aneemia põhjuste selgitamiseks ferritiini, foolhappe ja vitamiin B12 tase ning suunata patsient naistearsti vastuvõtule.

Ferritiini tase aitab hinnata rauadepoode seisundit. Rauaasendusravi eesmärgiks on hoida ferritiini tase seerumis üle 10 µg/l ja hemoglobiini tase vähemalt 110 g/l ning vältida rauavaegusaneemiast tingitud tüsistuste teket emale ja lapsele.

Profülaktiline rauaasendusravi ei ole vajalik, vt. ptk. 5.2.1. (A).

Hemoglobiinoopaatiate (talasseemia, sirprakuline aneemia jt) esinemise korral suunata rase konsultatsioonile kõrgema etapi ravisutusse rasedatega tegeleva spetsialisti juurde, kes koostab edasise raseduse jälgimise plaani.

Vt. Juhend hemoglobiinoopaatiate skriininguks ja raviks:

„Antenatal Care. Routine Care for the Healthy Pregnant Women, Clinical Guideline“, 2008,

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/cg62-antenatal-care-full-guideline-corrected-june-20082>

Vt. Toitumissoovitused rauavaegusaneemia ennetamiseks:

Vt. **Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015**. Tervise Arengu Instituut

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/149019033869_eeesti%20toitumis-%20ja%20liikumissoovitused.pdf

Vt. **Rasedate toidu- ja toitumissoovitused**

<http://toitumine.ee/toitumine-erinevates-eluetappides/rasedad>

8.2.2. Reesus- ja grupikonflikti skriining

Rasedate rutiinse seroloogilise testimise eesmärgiks on:

- vastsündinu hemolüütilise tõve riski kindlakstegemine
- anti-D-immunoglobuliin profülaktikat vajavate Rh(D) negatiivsete naiste kindlakstegemine
- sobiva vere kindlustamine rasedale ja sünnitajale hädaolukorras

8.2.2.1. Raseda rutiinanalüüsid

- Kõigil rasedatel tuleb esimesel antenataalsel visiidil (soovitavalt 10.-16. rasedusnädalal) määrata AB0 ja Rh(D) veregrupp ning teostada anti-kehade skriining (B).

- Kui esmasel määramisel on antikehade skriining negatiivne, tuleb kõiki rasedad, sõltumata nende Rh(D) staatusest, uuesti testida 28.-36. rasedusnädalal (B).

Kui esmasel skriiningul on antikehade leid positiivne, peab antikehad identifitseerima. Selleks tuleb raseda vereanalüüs saata nõustava verakeskuse laborisse.

Kui ema verest leiti kliiniliselt oluline antikeha, võiks uurida isa fenotüüpi, et teada saada, kas loode võib olla pärinud isalt selle antigeeni, mille vastu emal on antikeha. Sellisel juhul tuleb verakeskusesse saata lapse bioloogilise isa vereproov, lisades saatekirjale andmed raseda ja identifitseeritud antikehade kohta (D).

8.2.2.2. Antikehade esinemine rasedal

- Anti-D antikehade esinemine rasedal

Enne 28.-ndat rasedusnädalat on soovituslik rasedat testida üks kord kuus ning pärast seda iga 2-3 nädala tagant. Kui teostatakse intrauteriinseid transfusioone, on vaja skriinida ema seerumit lisandunud antikehade suhtes enne igat transfusiooni.

- Teiste alloantikehade (mitte anti-D) esinemine

Kõige suurema vastsündinu hemolüütilist tõbe põhjustava potentsiaaliga peale anti-D antikehade on anti-c, -K, -E, -e, -Ce, -Fy, -Jk ja C. Võimalikud on ka mitme antikeha kombinatsioonid. Rasedaid anti-c ja anti-K-ga testitakse sama sagedusega kui anti-D-antikehadega rasedaid. Kõikide teiste antikehade puhul piisab kordustestimisest 28.-36. rasedusnädalal. Vastsündinu hemolüütilist tõbe põhjustavaks loetakse tiitrit 1:32 või suuremat. Kell-süsteemi antikehad võivad kahjustada loodet hoolimata tiitri suurusest.

Rase, kellel esinevad alloantikehad olulises tiitris, tuleb suunata konsultatsioonile kõrgema etapi naistekliinikusse edasisteks uuringuteks ja raseduse jälgimise plaani koostamiseks (D).

- Antenataalselt anti-D immunoglobuliini saanud raseda jälgimine

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

- Sünnitusjärgne anti-D profülaktika

Kui ema on Rh(D) negatiivne, siis tuleb nabaväädi või vastsündinu verest määrata vastsündinu Rh(D) kuuluvus ja ema verest korrata antikehade skriiningut, et teha kindlaks Rh-profülaktika vajadus. Kõik Rh(D) negatiivsed naised, kellel ei esine anti-D antikehasid ja kes on sünnitanud Rh(D) positiivse vastsündinu, peavad sünnitusjärgselt saama profülaktiliselt anti-D-immunoglobuliini.

Vt. **Inimverest valmistatud ravimpreparaatide kasutamise Eesti juhend**,

töögrupp: Everaus H, Plahhova T, Raadik A jt., 2005,

<http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/9766/4953>

8.3. Sünnieelne diagnostika

Sünnieelse diagnostika (SED) uuringute eesmärged, eetikad, võimalusi ja tööprotokolle käsitleb „**Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluuring ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud**“, mille kehtiv versioon (versioon 4, kinnitatud 04.03.2016) on kättesaadav Eesti Naistearstide Seltsi kodulehel www.ens.ee/ravijuhendid.

Sünnieelsete sõeluuringute eesmärk on hinnata käesoleva raseduse ajal kromosoomihaigusega lapse sünni riski. Sünnieelne diagnostika, sealhulgas sõeluuringud on rasedale vabatahtlikud ning rase võib testimisest loobuda. Iga uuringu eelselt tuleb rasedat informeerida testi olemusest, võimalikest tulemustest ja testide valepositiivsuse ja valenegatiivsuse võimalikkusest.

8.3.1. Sünnieelse diagnostika sõeluuringud

Alates 01.03.2016 on Eestis sünnieelse sõeluuringu standardprotokolliks **kombineeritud sõeluuring, s.o I trimestril raseda seerumis määratavad markerid koos ultraheli uuringul määratavate markeritega** kalkuleeritakse ühtseks riskihinnanguks ja naine saab vastuse raseduse 11...13+6 rasedusnädalal ultrahelispetsialisti juures (tööprotokoll 1, vt. allpool).

Kui naine tuleb esmakordselt vastuvõtule raseduse kestuses enam kui 14 näd. või talle pole muul põhjusel tehtud I trimestri kombineeritud sõeluuringut, siis rakendatakse tööprotokolli 2, vt. allpool.

(Vt. lisaks Eesti Naistearstide Selts. 2016. „**Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluuring ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud**“, 2016; lisad; tööprotokoll 1 ja 2. www.ens.ee/ravijuhendid).

Tööprotokoll 1 (naine tuleb arsti, ämmaemanda või pereõe vastuvõtule enne 14. rasedusnädalat)

1. Selgitada sõeluuringu võimalusi (I ja II trimestril).
2. Vereanalüüs 9.–11. (13.) rasedusnädalal, kui naine soovib sõeluuringuid. Määratavad vereseerumi markerid on PAPP-A, vaba β -HCG.
3. Ultraheli uuring, kui loote pikkus (ing. *crown-rump length*, *CRL*) on 45–84 mm ultraheli spetsialisti juures, kellel on FMF sertifikaat NT ja teiste vajalike lisamarkerite vaatamiseks (vt. SED juhend, ptk. 3.6.4).

Sertifitseeritud spetsialistide nimekiri on avalik ja kättesaadav aadressil <https://fetalmedicine.org/certificates-of-competence>.

4. Riskihinnang kalkuleeritakse kasutades FMFi heaskiidetud arvutiprogrammi.

5. Testijärgne nõustamine. Kui on tehtud I trimestri kombineeritud sõeluuring, ei ole näidustatud II trimestri sõeluuring.

Tööprotokoll 2 (naine tuleb arsti, ämmaemanda või pereõe vastuvõtule esimest korda raseduse suuruses enam kui 14 nädalat või naisele ei ole muul põhjusel tehtud I trimestri kombineeritud sõeluuringut).

1. Selgitada sõeluuringu võimalusi II trimestril.
2. Määrata täpne raseduse suurus ultraheli uuringul.
3. Vereanalüüs 14.–17. rasedusnädalal, kui naine soovib sõeluuringuid. Hinnatavad vereseerumi markerid on AFP, HCG, uE3.
4. Riskihinnangu kalkuleerimine.
5. Testijärgne nõustamine.

8.3.1.1. Loote rakuvaba DNA analüüs raseda veres ehk mitteinvasiivne sünnieelne test (NIPT)

Viimastel aastatel on ka Eestis tulnud kasutusse testid, millega uuritakse raseda veres leiduvaid loote rakke või fragmente loote rakuvabast DNA-st (ing. *cell-free fetal DNA*, *cffDNA*). Maailmas on mitmeid cffDNA-l põhinevaid kromosoomianalüüsi pakkuvaid firmasid, mille testidel on erinevad kommertsnimed (nt. Panorama, Harmony, MaternyT21 Plus, Verify, NeoBona)

NIPT head omadused:

- suhteliselt täpselt on võimalik tuvastada loote mõningaid kromosomaalseid arengurikkeid: trisoomia 21 korral üle 99%, trisoomia 18 puhul 97–99%, trisoomia 13 puhul 87–99% ning 45X0 korral 95%
- vähene valepositiivsus (0,03–0,07%) ja valenegatiivsus (0,01%)
- võimalus teha analüüs alates 9.–10. rasedusnädalast

NIPT miinused:

- testiga saab tuvastada trisoomia 21, 18 ja 13 esinemist ning sugukromosoomide anomaaliaid. Mõned firmad pakuvad lisaks ka sagedasemate mikrodeletsioonide cffDNA-analüüsi. Testitavad haigused moodustavad vaid 2/3 sünni eelselt invasiivsel protseduuril leitud kromosoomimuutustest
- analüüsi tulemus võib olla nii valenegatiivne kui valepositiivne. Positiivse testi korral on praegu diagnoosi kinnitamiseks vaja teha invasiivne protseduur.
- test võib ebaõnnestuda kuni 4%-l juhtudest, tulenevalt naise veres ringleva rakuvaba loote DNA hulga varieeruvusest
- sõltuvalt meetodikast ei võimalda NIPT vahet teha, kas kromosoomianomaalia esineb emal või lootel
- kõrge hind, mida ei kompenseeri praegu Eesti Haigekassa

8.3.2. Ultraheliuuringud

Eestis on kujunenud olukord, kus suurele osale rasedatest tehakse raseduse jooksul 3–4

ultraheliuuringut:

- varasraseduse ultraheliuuring,
- I trimestri ultrahelisõeluuring,
- II trimestri ultrahelisõeluuring,
- III trimestri ultraheliuuring näidustuse korral

Ultraheliuuringute ohutus, nõuded aparaaturile ja uuringud teostajale ja uuringu dokumenteerimine on käsitletud SED juhendis (vt. „**Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluuring ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud**“, 2016, www.ens.ee/ravijuhendid).

I trimestri ultrahelisõeluuringu eesmärgid ja läbiviimine

I trimestri ultraheliuuringu põhieesmärgid on järgmised:

- gestatsiooniea täpsustamine ja kinnitamine,
- kromosoomihaiguste sõeluuring (NT ja teised markerid),
- põhiliste anatoomiliste struktuuride kirjeldamine ja arengurikete tuvastamine,
- mitmikraseduse korral koriaalsuse ja amniaalsuse täpsustamine.

Arengurikete avastamise määra suur varieeruvus I trimestri uuringu ajal on tingitud mitmetest teguritest ja jääb vahemikku 10–55%. Põhilisteks mõjuteguriteks on kogemus, vastava aparatuuri olemasolu ja struktureeritud protokollide olemasolu keskuses. Oluline ei ole mõista mitte ainult varajase sõeluuringu võimalusi, vaid tunda ka selle piiranguid. On olemas arengurikked, mida on võimalik peaaegu alati diagnoosida esimese trimestri uuringu ajal (anentsefaalia, gastroskiis, omfalotseele), kuid mitmed arenguanomaaliad muutuvad nähtavaks alates teisest (teatud südamerikked, aju struktuursed anomaaliad) ja mõned ainult kolmandast trimestrist (mikrotsefaalia, aju arengu anomaaliad). Siinkohal tuleb toonitada uuringueelse nõustamise tähtsust. Rasedale tuleb selgitada, et uuringu tulemusena võidakse tuvastada nii struktuurselt normaalne loode kui ka raske arengurikkega loode. Rasedale tuleb selgitada uuringu piiranguid, arengurikete 100% avastamist ei saa lubada.

I trimestri ultraheliuuringu tööprotokoll on leitav SED juhendist. Samuti on seal kirjeldatud NT (ing. *nuchal translucency*) mõõtmine ja selle praktilised aspektid (vt. „**Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluuring ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud**“, 2016, www.ens.ee/ravijuhendid).

II trimestri ultrahelisõeluuring

Parim aeg loote II trimestri UH-uuringu tegemiseks on 19.–21. rasedusnädal. See aeg on kompromiss raseduse kestuse parima hindamise aja ja väärendite avastamise vahel. Arengurikke avastamise korral peaks jääma piisavalt aega lisauuringuteks ja konsultatsioonideks enne 22. rasedusnädalat. Uuring, mis on mingil põhjusel tehtud enne 18. rasedusnädalat, ei asenda II trimestri uuringut.

Kuigi I trimestri ultraheliuuringuga on võimalik avastada olulisi loote anomaaliaid, jääb II trimestri uuringu peamiseks ülesandeks siiski hinnata loote anatoomilist ehitust ning avastada väärendid, samuti kirjeldada platsenta lokaliseerimist ning võimalikke patoloogilisi ilminguid.

Olgugi et paljusid loote väärendeid on võimalik enne sündi kindlaks teha, jääb osa ka parimates tingimustes ja parimatel spetsialistidel avastamata. Erinevad rahvusvahelised uuringud on näidanud, et enne 22. rasedusnädalat avastatakse UH-uuringu käigus umbes 40% väärenditest, 30% avastatakse raseduse 3. trimestris ja 30% pärast sündi. Väärendite avastamine sõltub raseduse kestusest uuringu ajal, uuringu teostaja kogemusest, kasutatavast aparatuurist ja naise kehamassi indeksist. Osa anomaaliaid areneb või süveneb alles hilisemas rasedusjärgus (seedetraktihaigused, ajuvatsakeste laienemine, mõned neeruhaigused, kasvajakasv, infektsioonidest põhjustatud muutused, mõned südamerikked) või kujunevad pärast sündi.

Nõuded II trimestri ultrahelisõeluuringule ja uuringu tööprotokoll on leitavad SED juhendist (vt. „Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluuring ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud“, 2016, www.ens.ee/ravijuhendid).

Ultraheli- ja doppleruuringud raseduse III trimestril

Ultraheliuuring võimaldab hinnata loote oletavat massi, lootevee hulka, platsenta asukohta ja loote seis, hoiakut, asetsust ja eesasuvat osa, visualiseerida loote struktuuralseid anomaaliaid.

Doppleruuring võimaldab hinnata verevoolu kiirust ja suunda nabaväädi ja loote veresoontes (enamasti *a. umbilicalis*'es, *a. cerebri media*'s jm).

Nii ultraheli- kui ka doppleruuring on informatiivsed loote seisundi hindamiseks ning nende rakendamine on vajalik teatud kliinilistel puhkudel.

Näidustused ultraheli uuringuks:

- Loote kasvu mahajäämus või kahtlus sellele
- Loote makrosoomia või kahtlus sellele
- Madal PAPP-A väärtus 1. trimestris (< 0,3 MoM)
- Lootevee hulga vähesus või liigsus, kahtlus sellele
- Platsenta eesasetsus või läbikasv emakaseinast
- Diagnoositud loote väärend eelnevatel uuringutel, dünaamika hindamine
- Ema seisundi halvenemine (preeklampsia, äge haigestumine jt)
- Mitmikrasedus
- Ebaselge loote seis alates raseduse 34. nädalast
- Anamneesis loote üsasise surm või kasvupeetus ebaselgel põhjusel
- Patoloogiline kardiotokograafilise uuringu tulemus
- Verine eritis suguteedest või kahtlus platsenta enneaegsele irdumisele
- Loote oletatava massi hindamiseks, kui see on oluline sünnitusplaani koostamisel

Näidustused doppleruuringuks:

- Loote kasvu mahajäämus ultraheliuuringul
- Ema seisundi halvenemine (preeklampsia, äge haigestumine jt)
- Patoloogiline kardiotokograafilise uuringu tulemus
- Loote väärendid ja haigused (hüdrops, kõhu eesseina defekt, südame väärendid jt)
- Emal Rh-antikehade esinemine

Rutiinne ultraheli- ja doppleruuring III trimestril ei ole vajalik (A).

8.3.3. Invasiivsed SED protseduurid

8.3.3.1. Koorionibiopsia

Koorionibiopsia on ambulatoorne protseduur, mille käigus punkteeritakse koorioni, et koguda hattusid. Koorionibiopsiat tehakse tavaliselt 11.–14. rasedusnädalal. Protseduuri ei tehta üldjuhul enne 10. rasedusnädalat, kuna on võimalik, et varasem invasioon suurendab loote jäsemete ja oromandibulaarsete defektide tekke riski. Pärast 11. nädalat tehtavate protseduuride korral langeb defektide tekke risk üldpopulatsiooni baasriski tasemele. Koorionibiopsiat on võimalik teha ka raseduse hilisemas järgus, aga siis võivad platsenta hatud osutuda materjali kättesaamiseks liiga jämedaks. Protseduuri on võimalik teha nii transtservikaalselt kui ka transabdominaalselt. Levinuimaks meetodiks on transabdominaalne punktsioon, kuna see on tehniliselt lihtsam, sellega kaasneb vähem protseduurist tingitud raseduste katkemisi ning veritsuste ja infektsiooniliste tüsistuste risk on väiksem. Protseduur tehakse ultraheli kontrolli all, et määrata punktsiooni koht ja jälgida protseduuri kestel nõela kulgu. Platsentast aspireeritakse süstlaga negatiivse rõhu all koorionihatud, mis pannakse spetsiaalsesse toitelahusesse. Pärast protseduuri võib esineda emakalihase toonuse tõusu, emakakontraktsioone ja tupest määrivat eritist. Enamasti kaovad need sümptomid spontaanselt paari päeva jooksul.

Koorionibiopsiaga võivad kaasneda järgmised tüsistused: raseduse katkemine, veritsus, lootevee eritumine, infektsioon ja fetomaternaalsest veritsusest tingitud ema isoimmunsatsioon. Tüsistused võivad tekkida enamasti esimese 5–7 protseduurijärgse päeva jooksul (vt. „**Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluurimine ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud**“, 2016, www.ens.ee/ravijuhendid).

8.3.3.2. Amniotsentees

Sobiv aeg amniotsenteesiks ehk diagnostiliseks lootevee proovi võtmiseks on 15.–19. rasedusnädal, vastava näidustuse puhul ka hiljem. Loote kromosoomide uurimiseks eemaldatakse transabdominaalse punktsiooninõelaga 15–20 ml lootevett, milles sisalduvad loote rakud. Protseduur tehakse ambulatoorselt ultraheli kontrolli all, et leida punktsiooniks piisav lootevee tasku ja jälgida nõela liikumise kulgu. Kui lootekestad ei ole emakaseinale liitunud, siis on näidustatud protseduuri edasilükkamine 1–2 nädala võrra.

Amniotsenteesiga võivad kaasneda järgmised tüsistused: raseduse katkemine, lootevee eritumine, harvem ka koorionamnioniit, sepsis või loote kahjustamine (ileokutaanne fistul, silmatrauma, jäsemegangreen jt). Tüsistused võivad tekkida sagedamini esimese 10 protseduurijärgse päeva jooksul (vt. „**Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluurimine ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud**“, 2016, www.ens.ee/ravijuhendid).

Invasiivsete protseduuride praktilised aspektid on käsitletud pikemalt SED juhendis.

8.4. Loote seisundi hindamine

8.4.1. Emakapõhja kõrguse mõõtmine

Emakapõhja kõrguse mõõtmine ja dünaamika jälgimine võimaldab kaudselt hinnata loote kasvu ning lootevee hulka (C). Meetodi vähese tundlikkuse ja spetsiifilisuse tõttu ei ole võimalik emakapõhja kõrguse mõõtmise abil diagnoosida loote kasvupeetust ega makrosoomiat. Liiga vähene või liiga suur emakapõhja kõrguse muutus ajas võib olla abistavaks meetodiks mitmete rasedustüsistuste (üsisisene kasvupeetus, makrosoomia, oligohüdramnion, polühüdramnion ja neid põhjustavad häired) avastamiseks (C). Emakapõhja kõrgus peab olema dokumenteeritud alates 20. rasedusnädalast (B).

Lisaks emakapõhja kõrgusele võib mõõta raseda kõhu ümbermõõdu naba kõrguselt. Raseduse viimastel nädalatel võimaldab kõhuümbermõõdu ja emakapõhja kõrguse korrutis (nn. antropoloogiline kaaluprognos) prognoosida oletatavat loote massi (D). Meetod on abistava iseloomuga ning ei ole kohaldatav ülekaalulistele rasedatele.

8.4.2. Loote liigutuste jälgimine ja loote südamelöökide kuulatlemine

Loote liigutuste vähenemine võib viidata loote seisundi halvenemisele. Seetõttu tuleb rasedaid informeerida, et kui loode liigutab tavapärasest vähem, tuleb pöörduda loote seisundi hindamiseks antenataalse hoolduse osutaja poole. Samas ei ole tõestatud, et igapäevane loote liigutuste lugemine ja registreerimine vähendaks perinataalset suremust ja haigestumist (A).

Loote südamelöökide kuulatlemine võimaldab hinnata loote südame löögisagedust antud hetkel; kinnitada, et loode on elus ning avastada sel momendil esinevat loote tahhükardiat, bradükardiat ja muid südame rütmihäired. Lühiaegne kuulatlemine doppleranduri või Pinard'i stetoskoobiga ei võimalda avastada muutusi loote südamelöökide varieeruvuses ega oma prognostiliselt olulist tähendust (B).

Loote südamelöökide kuulatlemine on enamasti raseda jaoks emotsionaalselt oluline ning seetõttu on soovitatav loote toone auskulteerida igal visiidil alates 20. rasedusnädalast (D).

8.4.3. Kardiotokograafia

Kardiotokograafia võimaldab registreerida loote südamelööke pikema aja vältel ning avastada loote südamelöögisageduse ja variaabelsuse häired, mis viitavad loote seisundi halvenemisele.

Rutiinne kardiotokograafia raseduse III trimestril normaalse raseduse korral ei vähenda perinataalset suremust ega haigestumist ja ei ole seetõttu näidustatud (A).

Näidustused kardiotokograafiaks:

- Looteliigutuste iseloomu muutused
- Auskultatoorsed loote südamerütmihäired
- Antenataalne loote surm eelmiste raseduste ajal
- Loote üsisisese kasvamise häire, kahtlus platsentaarsele puudulikkusele
- Mitmikrasedus
- Kahtlus enneaegsele sünnitusele (enneaegsed emakakokkutõmbed, lootevee puhkemine)
- Kahtlus platsenta enneaegsele irdumisele (verine eritis suguteedest)

8.4.4. Loote eesasuva osa määramine

Loote seis emakas (piki/risti) ja eesasuva osa (pea/tuharad/jalad) mõjutavad oluliselt sünnituse plaani, seetõttu on loote seisu ja eesasuva osa määramine palpatsiooni abil vajalik alates 34. rasedusnädalast (A). Kui loote seisu ja eesasuva osa määramine ei ole palpatoorselt võimalik, siis on näidustatud ultraheliuuring. Loote risti- ja vaagnaotsseisude puhul tuleb hinnata loote välise pöörde teostatavust (vt. ptk 8.5.5).

8.5. Rasedusspetsiifiliste ema seisundite skriinimine

8.5.1. Hüpertensioon ja preeklampsia

Raseduse ajal võib olla tegemist nii rasedust tüsistava eelneva hüpertensiooniga (organkahjustusega või ilma selleta) kui ka rasedusaegse hüpertensiooniga või preeklampsiaga.

Rasedusaegne hüpertensioon on arteriaalse vererõhu tõus pärast 20. rasedusnädalat eelnevalt normotensiivsel isikul, kui sellega ei kaasne proteiinuuriat. Rasedusaegne hüpertensioon taandub sünnitusjärgses perioodis, kuid võib olla riskiteguriks hüpertensiooni tekimisele hilisemas elueas.

Preeklampsia korral lisandub vererõhu tõusule proteiinuuria üle 0,3 grammi ööpäevas. Vererõhu tõus ja proteiinuuria tekivad pärast 20. rasedusnädalat. Rasedusele eelneva hüpertensiooni korral võib raseduse ajal kujuneda **ladestus-tüüpi preeklampsia**.

Preeklampsia tekkest on enam ohustatud (C):

- Esmasünnitajad
- Rasedad vanuses üle 40. aasta
- Rasedad, kelle raseduste intervall on 10 aastat või rohkem
- Rasedad, kelle lähisugulastel (ema, õde) on esinenud preeklampsiat
- Rasedad, kellel on esinenud preeklampsia varasema raseduse ajal
- Ülekaalulised rasedad (KMI üle 30 kg/m² esimesel visiidil)
- Mitmikrasedust kandvad naised
- Eelneva haigusega (hüpertooniatõbi, diabeet, krooniline neeruhaigus) rasedad

Preeklampsia varaseks ennustamiseks võib kasutada kombineeritud testi raseduse I trimestril 11.-13. nädalal. Riskihinnangut on võimalik läbi viia koos I trimestri seerum- ja ultraheliuuringuga. Hinnatavad parameetrid on: naise vanus, pikkus, kaal, rass, suitsetamine, keskmine arteriaalne vererõhk, vereseerumis määratav platsenta kasvufaktor (PLGF) ja ultraheliuuringul mõõdetav verevoolu pulsatiilsusindeks emakaarterites.

Riski hinnang võimaldab ennustada 75% varase preeklampsia (enne 34. rasedusnädalat) juhtudest, kuid alla poolte hilise preeklampsia juhtudest. Tuleb arvestada, et preeklampsia riski hinnangul on vale-positiivsuse määr 10%.

Kõrgenenud riski korral (<1:100) on soovitatav kasutada igapäevaselt atsetüülsalitsüülhapet 150 mg kuni raseduse 35. nädalani. Profülaktiline ravi, kui see on alustatud enne 16. rasedusnädalat vähendab varase (enne 34. rasedusnädalat) preeklampsia tekke tõenäosust 60%. Toodud tõenäosused ei kehti mitmikraseduste korral.

Preeklampsiat esineb Eestis 1 juhtum 50 raseduse kohta, varast preeklampsiat 1 juhtum 200 raseduse kohta. Praegu ei ole preeklampsia ennustamise test madala sensitiivsuse ja spetsiifilisuse tõttu rutiinselt kasutatav.

Rasedat tuleb informeerida, millised on preeklampsia ohu märgid ning milliste kaebuste korral tuleb kindlasti pöörduda rasedust jälgiva arsti, ämmaemanda või perearsti poole või erakorralise meditsiini osakonda:

- Peavalu
- Nägemishäired – udune nägemine, sähvatused silmade ees, virvendus
- Tugev valu roidekaare all
- Korduv oksendamine raseduse II või III trimestril
- Käte ja näo tursete tekkimine, jalgade turse kiire süvenemine

Igal antenataalsel visiidil tuleb mõõta raseda arteriaalne vererõhk ning küsitleda rasedat preeklampsiale viitavate subjektiiivsete vaevuste osas (vt. loetelu ülal) ning alates 24. rasedusnädalast teha igal visiidil uriini analüüs proteiinuuria hindamiseks (C).

Käitumistaktika hüpertensioon ja/või proteiinuuria esinemisel:

- **Hüpertensioon ilma proteiinuuriata**

Hüpertensiooniks loetakse rasedal süstoolse arteriaalse vererõhu (sRR) väärtust 140 mmHg või rohkem ja/või diastoolse arteriaalse vererõhu (dRR) väärtust 90 mmHg või rohkem kahel järjestikusel mõõtmisel intervalliga vähemalt 4 tundi.

Rasedad, kelle sRR on 140 mmHg või rohkem ja dRR on 90 mmHg või rohkem korduvatel mõõtmistel (vähemalt 4 tunnise intervalliga), tuleb suunata konsultatsioonile naistearsti või rasedatega tegeleva sisearsti juurde ning teha uriini analüüs. Ravi alustamise vajaduse ja edasise jälgimiskeemi üle otsustab naistearst või rasedatega tegelev sisearst.

Kui sRR on 160 mmHg või rohkem ja/või dRR 100 mmHg või rohkem kahel järjestikusel mõõtmisel, vajab rase koheselt antihüpertensiivset ravi. Ravi alustab ja edasise jälgimiskeemi koostab naistearst või rasedatega tegelev sisearst. Kui raseda naistearstile või rasedatega tegeleva sisearsti ambulatoorsele konsultatsioonile suunamine ei ole koheselt võimalik, suunata rase vajadusel statsionaarseteks uuringuteks sünnitusosakonda.

- **Proteiinuuria**

Kui valgusisaldus on juhuslikult puhtalt kogutud uriini kvantitatiivses testis 0,3 grammi või rohkem või kvalitatiivses testis 1+ või rohkem, siis peab raseda suunama edasisteks uuringuteks naistearsti või rasedatega tegeleva sisearsti juurde või statsionaarseteks uuringuteks sünnitusosakonda.

- **Preeklampsia**

Preeklampsia diagnoosimine:

- sRR 140 mmHg või rohkem ja dRR on 90 mmHg või rohkem korduvatel mõõtmistel (vähemalt 4 tunnise intervalliga) ning
- proteiinuuria üle 0,3 g/24 tunni jooksul või 1+ testribaga määratud juhuslikus puhtalt kogutud uriinis vähemalt 2 korral.

Preeklampsia raske vorm:

- sRR 160 mmHg või rohkem ja/või dRR on 110 mmHg või rohkem vähemalt 2 mõõtmisel (vähemalt 4 tunnise intervalliga)

ja lisaks üks sümptomitest:

- proteiinuuria 5 g/24 tunni jooksul või 3+ testribaga määratud juhuslikus uriinis vähemalt 2 korral (vähemalt 4 tunnise intervalliga) või
- neerufunktsiooni oluline langus (kreatiniin üle 100 µmol/L, oliguuria alla 500 ml/24 tunnis)
- trombotsütopeenia alla $100 \times 10^9/L$
- maksaensüümide suurenenud aktiivsus (normväärtusest üle kahe korra kõrgem AST, ALT), valu paremal epigastriumis
- kopsuturse
- nägemishäired

Preeklampsia ja preeklampsia kahtluse korral peab raseda suunama edasisteks uuringuteks naistearsti või rasedatega tegeleva sisearsti juurde või statsionaarseteks uuringuteks sünnitusosakonda

Preeklampsia järgselt on naisel neli korda suurem risk südame-veresoonkonna haiguste tekkeks hilisemas elus. Riski suurendavad veelgi ülekaal, kaasuv 2. tüüpi diabeet, suitsetamine. Kõiki naisi, kellel oli preeklampsiaga tüsistunud rasedus, tuleb suurenenud riskist teavitada ja nõustada tervislike eluviiside suhtes.

8.5.2. Gestatsioonidiabeet

Gestatsioonidiabeet (ing. *gestational diabetes mellitus*, GDM) on süsivesikute ainevahetuse häire, mille tõttu tekib rasedal hüperglükeemia ja/või insuliini resistentsus. Haigus esineb vaid raseduse ajal ja taandub pärast sünnitust. Kirjanduse andmetel on GDM esinemissagedus 3-18% (sõltub allikast ja diagnoosikriteeriumidest, Eestis aastal 2016 6,5% meditsiinilise sünniregistri andmetel). Naised, kellel on esinenud GDM, on hilisemas elus ohustatud 1. või 2. tüüpi diabeedi tekkest (40%-l gestatsioonidiabeediga patsientidest kujuneb 10 aasta vältel 2. tüüpi diabeet, rasvunud patsientidel tõuseb esinemissagedus 50%-ni). Erilist tähelepanu tuleb pöörata rasedatele, kellel GDM avaldub enne 20. rasedusnädalat – sageli on siis tegemist juba raseduseelse diabeediga, mis kulges varjatult ja avaldus raseduse ajal. Nendel rasedatel esineb sageli glükosuuria ja/või hüperglükeemia juba raseduse esimesel poolel.

GDM diagnoosimine võimaldab:

- 1) informeerida patsienti riskidest
- 2) eluviiside muutmise või ravimite abil lükata 2. tüüpi diabeeti haigestumist edasi
- 3) alustada diabeedi ravi varem, vältides haiguse progresseerumist

Gestatsioonidiabeedi korral on peamisteks riskideks loote makrosoomia ning vastsündinu ainevahetushäired, eelkõige hüpoglükeemia ja hüperbilirubineemia. Kui tegemist on varasema, kuid diagnoosimata 2. tüüpi diabeediga, siis on tõusnud ka väärarendite risk. Kirjanduse andmetel on 10-20% õlgade düstookiaga tüsistunud sünnitustest tingitud ema diabeedist, kõigist loote väärarenditest on 2-3% seotud ema diabeediga. On leitud seos makrosoomia ja lapse ülekaalu vahel, mis omakorda tõstab 2. tüüpi diabeet haigestumise riski hilisemas elus. Juhuslikult määratud veresuhkrute normaalne tase ei välista gestatsioonidiabeedi esinemise võimalust. GDM diagnostikaks ei saa kasutada paastu-* või söömisjärgse veresuhkur väärtusi ega glükoosi määramist uriinis.

*paastusuhkur e. tühja kõhu veresuhkur – veresuhkru näit pärast vähemalt 8 tunnist perioodi, mil patsient ei ole söönud ega joonud midagi peale vee.

Gestatsioondiabeediga seotud riskid emale ja lapsele on sarnased riskidega raseduseelse diabeedi korral:

- Raseduse katkemine
- Enneaegne sünnitus
- Preeklampsia
- Perinataalne surm (loote antenataalse surma riski on kõrgeim viimase 4-8 rasedusnädalal vältel)
- Loote/vastsündinu makrosoomia
- Sünnitrauma
- Suurenenud vajadus sünnituse induktsiooniks või keisrilõikeks
- Vastsündinu adaptatsioonihäired
- Lapse hilisem ülekaalulisus ja soodumus süsivesikute ainevahetuse häirete tekkeks

8.5.2.1. Gestatsioondiabeedi skriining

1) esimesel vastuvõtul:

Veresuhkur määrata **kõigil** rasedail.

- **Kui paastusuhkur on 7,0 mmol/l või kõrgem ja/või juhuslik veresuhkur 11,1 mmol/l või kõrgem, siis jätta glükoosi tolerantsustest (GTT) ära, kuna tegemist on väljakujunenud diabeediga.** Haige suunata rasedate suhkruhaigetega tegelevasse keskusesse.
- **Kui paastusuhkur on 5,2-6,9 mmol/l ja/või juhuslik veresuhkur on 7,0 – 10,9 mmol/l, siis teha glükoosi tolerantsustest (GTT) esimesel trimestril ja normipärase tulemuse korral korrata GTT raseduse 24. – 28. nädalal.**

Kõrge riski grupile teha GTT esimesel trimestril välistamaks diagnoosimata 2. tüüpi diabeeti ja normaalse tulemuse korral korrata GTT 24.-28. nädalal.

Kõrge riski grupp:

- Ülekaalulised naised (raseduseelne KMI 30kg/m² või rohkem)
- Gestatsioondiabeet eelneva(te) rasedus(te) ajal
- Diabeet esimese astme sugulastel (ema, isa, õde, vend)
- Anamneesis suurekaaluline (sünnikaal üle 4500g) vastsündinu
- Polütsüstiliste munasarjade sündroom (PCOS)

2) 24.-28. rasedusnädalal:

Korrata GTT kõrge riski grupile, kui esimese trimestri GTT oli normis. Teha GTT rasedatele, kelle raseduseelne KMI oli 25-30 kg/m² või kellel raseduse vältel on ilmnenud gestatsioondiabeedi riskile viitavaid tunnuseid (liigne kaaluiv, glükosuuria, polüühüdratsioon, loote makrosoomia).

II trimestril (24.-28. rasedusnädalal) tehtava GTT näidustused:

- Ülekaal (raseduseelne KMI 25-30 kg/m²)
- Gestatsioonidiabeet eelneva raseduse ajal
- Diabeet esimese astme sugulastel (ema, isa, õde, vend)
- Anamneesis suurekaaluline (sünnikaal üle 4500g) vastündinu
- Polütsüstiliste munasarjade sündroom (PCOS)
- Glükosuuria käesoleva raseduse ajal
- Polühüdrarnion käesoleva raseduse ajal
- Loote oletatav mass sonograafiliselt enam kui 2 nädalat suurem gestatsiooniajale vastavast
- Raseda suur kaaluüve (enam kui 3 kg kuus)

Gestatsioonidiabeedi kahtluse korral tehakse GTT sõltumata raseduse kestusest. HbA1c määramine ei asenda GTT teostamist.

GTT teostamine

Rasedatele tehakse kahe tunni glükoositolerantsustest 75g glükoosiga.

Testi metoodika:

Rase peab eelmisest öhtust kella 20.00-st kuni testi alustamiseni olema söömata (ei tohi juua ka kohvi, teed, mahla). Hommikul määratakse paastujärgne veresuhkur; seejärel antakse juua 75 g glükoosi lahustatuna 200 ml vees. Testiks võib kasutada ka valmislahust, mille patsient ise apteegist ostab (Glucoll, Glucomedics vm. 75g/200ml, hind orienteeruvalt 8 EUR 1.12.2017). Veresuhkur määratakse 1 tund ja 2 tundi pärast glükoosilahuse joomist. Testi vältel ei tohi süüa ega juua, soovitatav on rahulik istumine või lamamine.

Testi normaalväärtused on:

Tühja kõhu veresuhkur: alla 5,1 mmol/l
 1 tund pärast koormust: alla 10,0 mmol/l
 2 tundi pärast koormust: alla 8,5 mmol/l

Kui üks väärtus on üle normi, siis diagnoositakse gestatsioonidiabeet.

Kui esimene, tühja kõhu veresuhkur on 7,0 mmol/l või kõrgem, siis võib GTT ära jätta, sest tegemist on väljakujunenud diabeediga.

8.5.2.2. Gestatsioonidiabeediga patsiendi jälgimine

- 10 päeva jooksul pärast GDM diagnoosimist suunatakse rase diabeedinõustamisele
- GDM diagnoosimisel määratakse ühekordselt HbA1c välistamiseks raseduseelset 2. tüüpi diabeeti.
- Rasedale laenutatakse glükomeeter koduseks veresuhkru mõõtmiseks ja väljastatakse meditsiinilise abivahendi kaart soodushinnaga testribade ja lantsettide ostmiseks. Rase saab glükomeetri stardipaki. Rase õpetatakse glükomeetrit kasutama ja saadud tulemusi mõistma.
- Rasedale selgitada gestatsioonidiabeedi olemust ja selle mõju rasedusele, lapsele ning naise edasisele elule. Õpetada tervislikku toitumist ja süsivesikute päevasest jaotamisest, füüsilise aktiivsuse positiivsest mõjust. Soovitada rasedal pida-da toitumispäevikut, kuhu märkida ka veresuhkru väärtused.

- Soovitatav on mõõta veresuhkrut kodus neli korda päevas – enne hommikusööki tühja kõhuga ja 1,5-2 tundi pärast hommiku-, lõuna- ja õhtusööki vähemalt 3-4 päeval nädalas.
- Kui kahe nädala vältel ei ole dieettraviga veresuhkrud eesmärgväärtustel, siis alustatakse medikamentooset ravi

Gestatsioondiabeedi ravieesmärk:

- Tühja kõhu veresuhkur: alla 5,3 mmol/l
- 1 tund pärast sööki: alla 7,8 mmol/l
- 2 tundi pärast sööki: alla 6,7 mmol/L

Gestatsioondiabeedi ravi

Kasutatakse individuaalset toitumisenõustamist ja vajaliku kaloraaži kalkuleerimisel arvestatakse patsiendi kehamassiindeksit (KMI) (vt. tabel):

KMI (kg/m²)	kcal ühe kehakaalu kilogrammi kohta
Alla 19,8	35-40
19,8-29	30-32
Üle 29	24-25

Jälgimiseks kasutatakse kodus mõõdetud veresuhkruväärtusi.

Kui kahenädalase dieettraviga ületavad enam kui pooled mõõdetud veresuhkrutest eesmärgväärtusi, siis alustatakse medikamentooset ravi, milleks suunatakse patsient rasedatega tegeleva sisearsti, endokrinoloogi või naistearsti vastuvõtule. Esimeseks ravimiks võib valida metformiini, ravi alustatakse annusega 500 mg x 2, annust tõstetakse 2 nädalase intervalliga kuni 1500 mg x 2 (või 1000 mg x 3). Kuna metformiin on hepatotoksiline, siis kontrollitakse transaminaase (AST, ALT) üks kord kuus.

Kui eesmärgväärtusi ei saavutata vaatamata metformiini maksimaalsetele annustele või esineb metformiini talumatus alustatakse insuliinravi. Insuliinraviga jälgib sisearst või endokrinoloog.

Gestatsioondiabeediga patsiendi raseduse jälgimine ja sünnituse ajastamine

Kuna gestatsioondiabeedi korral on peamiseks riskiks loote makrosoomia ja sellest tingituna loote õlgade düstokia sünnitusel, siis tuleb tavapärasest enam pöörata tähelepanu loote kasvamise jälgimisele. Rasedusdiabeediga rasedale on soovitatav teha ultraheliuuring lisaks tavapärastele skriiningutele ka vahemikus 36+0...38+6.

Pärast raseduse 38. nädalat kahekordistub ravimeid vajaval (metformiin või insuliin) gestatsioondiabeediga rasedal loote asfüksia risk igal lisandunud nädalal võrreldes eelneva nädalaga. Diabeetilise fetopaatiaga (makrosoomisel) lootel on sünnituse ajal suurem õlgade düstokia risk. Varasema sünnituse (enne 39. rasedusnädalat) korral esineb aga vastsündinul rohkem terviseprobleeme, eelkõige hingamishäireid ja hüpoglükeemiat. Sünnituse ajastamise, sünnitusviisi ja induksiooni vajaduse üle otsustab naistearst lähtudes raseda uuringute tulemustest individuaalselt.

Gestatsioondiabeediga patsiendi jälgimine sünnitusjärgselt

1) Sünnitusosakonnas:

- Medikamentoosne ravi lõpetatakse koheselt lapse sünni järel
- 24 tundi pärast sünnitust mõõdetakse tühja kõhu veresuhkur välistamaks väljakujunenud 2. tüüpi diabeeti
- Antakse soovitusi tervisliku elustiili järgimiseks
- Rõhutatakse järgmise raseduse planeerimise tähtsust ja perearsti teavitamise olulisust gestatsioondiabeedi diagnoosist

2) Jälgimine perearsti poolt:

Naistel, kellel esines gestatsioondiabeet, on hilisemas elus oht 1. või 2. tüüpi diabeedi tekkeks.

- Määrata 12 nädalat pärast sünnitust HbA1c välistamaks 2. tüüpi diabeeti
- Edaspidi määrata Hb1Ac üks kord aastas

8.5.3. Enneaegne sünnitus

Enneaegselt sünnituseks nimetatakse regulaarsete emaka kokkutõmmete teket enne 37+0 rasedusnädalat koos samaaegsete muutustega emakakaelas. Sünnitus enne 34+0 rasedusnädalat on raske rasedustüsistus. Vajalik on võimalikult täpselt ära tunda enneaegse sünnituse riskiga rasedad ja rakendada ravivõtteid: raseduse prolongeerimine ravimitega, sünnieelne glükokortikoidravi loote kopsude ettevalmistuseks, neuroproteksioon loote/lapse ebaküpse aju kaitseks ja antibakteriaalne ravi vastavate näidustuste olemasolul, et parandada emade ja laste tervisetulemeid.

Ähvardava enneaegse sünnituse diagnoosimisel on soovitatav teha rasedale emakakaela pikkuse hindamiseks transvaginaalne ultraheliuuring. Kui emakakaela avatus ei ole sel viisil hinnatav, võib kasutada digitaalset palpatsiooni (B). Kui ähvardava enneaegse sünnituse sümptomitega naisel enne 35+0 rasedusnädalat on transvaginaalsel ultraheliuuringul emakakaela pikkus 15 mm või lühem, on soovitatav alustada tokolüüsi ja loote kopsude ettevalmistust glükokortikosteroidiga (A). Antenataalseks loote kopsude ettevalmistuseks kasutatakse beetametasooni või deksametasooni. Ravimite annustamise skeemid on järgnevad: lihasesisesi beetametasoon 12 mg 2 annust 24-tunnise intervalliga või deksametasoon 6 mg 4 annust 12-tunnise intervalliga (A).

Lootevee enneaegse puhkemise kahtluse korral, kui lootevee eritumine ei visualiseeru, on soovitatav teha rasedale lootevee test tupesekreedit: kasutatakse insuliinisarnast kasvufaktorit siduva proteiini 1 (Vag-IGFBP-1) või platsenta alfa-1-mikroglobuliini (PAMG-1) määramist tupekaapest (B).

Ähvardava või käigusoleva enneaegse sünnituse korral on soovitatav teha rasedal uriinikülv (D), samuti võtta B-grupi streptokoki (GBS) analüüs tupe alumisest kolmandikust (A). Külvi tegemine emakakaelast ei ole rutiinselt näidustatud (D).

Lootevee enneaegse puhkemiseta, bakteriaalse infektsiooni kliiniliste tunnusteta ähvardava enneaegse sünnituse korral ei ole antibakteriaalse ravi alustamine näidustatud (A). Kui aga on tegemist koorioamniotiidi või selle kahtlusega, siis on põhjendatud antibakteriaalse ravi alus-

tamine laia toimespektriga antibiootikumiga, raseduse prolongeerimine ei ole põhjendatud (B).

Ähvardava või käigusoleva enneaegse sünnitusega rase tuleb suunata ravile kõrgema etapi keskusesse (A) vastavalt ravijuhendile „**Enneaegne sünnitus ja enneaegse vastündinu perinataalperioodi käsitlus**“.

Vt. Eesti ravijuhend „**Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastündinu perinataalperioodi käsitlus**“, 2017, <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/4/enneaegse-sunnituse-ja-enneaegse-vastsundinu-perinataalperioodi-kasitlus>

8.5.4. Platsenta eesasetsus

20. rasedusnädala ultraheliuuringul avastatud madala asetsusega platsenta migreerub enamasti raseduse lõpuks emakakaela sisesuudmest eemale (C). Korduvat transabdominaalset ultraheliuuringut 32. rasedusnädalal platsenta asukoha täpsustamiseks peaks pakkuma vaid neile rasedatele, kellel 20. rasedusnädalal platsenta katab emakakaela sisesuudme. Kui transabdominaalne uuring ei võimalda platsenta asukohta täpselt hinnata, kasutatakse transvaginaalset ultraheliuuringut (C).

Platsenta eesasetsuse korral on antenataalse hoolduse osutajaks naistearst.

8.5.5. Loote vaagnaotsseis

Loote välisele pöördele suunamise näidustused ja vastunäidustused

Kui loode ei ole 35.-36. rasedusnädalal peaseisus, on soovitatav suunata rase loote välisele pöördele. Loote välise pöörde eesmärgiks on viia loode peaseisu ning seeläbi vähendada vaginaalse sünnitusega seotud riske lootele ja emale. Enne 36. rasedusnädalat pöoret teha ei soovitata. Sobivamaks ajaks loetakse raseduse 36.-37. nädalat, piisava lootevee ja liikuva loote korral võib pöoret üritada ka hiljem, kuid õnnestumise tõenäosus on väiksem (A). Mitmikute korral ei kasutata loote välist pöoret antenataalselt, küll aga sageli sünnituse käigus, et pöörata II kaksik risti- või tuharseisust peaseisu.

Loote välisele pöördele suunamise näidustused (A):

- Rasedus 35+0 nädalat või rohkem, loode on tuhar-, jalg- või ristiseisus
- Puuduvad vastunäidustused vaginaalseks sünnituseks
- Üksikloode
- Probleemideta kulgenud rasedus

Loote välise pöörde absoluutsed vastunäidustused (A):

- Vaginaalne sünnitus on ema või loote seisundi tõttu vastunäidustatud
- Platsenta eesasetsus
- Vereeritus suguteedest eelnenud 7 päeva jooksul
- Loote distress (patoloogiline KTG, doppleruuringul patoloogiline verevool naba-väädarteris või loote veresoontes)

Loote välise pöörde suhtelised vastunäidustused:

- Preeklampsia
- Loote üsasisese kasvamise häire, kõrvalekalded doppleruuringul
- Emaka väärand või müoomisõlmed
- Oligohüdrarnion
- Puhkenud lootevesi
- Loodet deformeerivad väärandid
- Anamneesis korporaalne keisrilõige

Ühe eelnenud keisrilõike armi korral emaka alumises segmendis ei ole loote väline pöörde keelatud, kuid peaks kaaluma selle plusse ja miinuseid ning arvestama ema soovi sünnitusviisi osas (A).

Loote välist pööret tohib teha vaid naistearst raseda nõusolekul.

Nõustamisel tuleb käsitleda järgmisi aspekte:

- Välise pöörde teostamise protseduuri olemus, vajalikud ettevalmistused ja protseduuri järgne jälgimine, võimalikud riskid.
- Loote väline pöörde õnnestub esmasünnitajal tõenäosusega 35-57% (keskmiselt 40%), korduvrasedal 52-84% (keskmiselt 60%). Kui esimene välise pöörde katse ebaõnnestus, võib üritada pööret teistkordselt mõne päeva kuni nädala pärast.
- Loote väline pöörde võib rasedale olla ebamugav või vähesel määral valulik; tugeva valu ja halva enesetunde korral või loote ohuseisundi tekkimisel tuleb pöörde katkestada.
- Tõenäosus, et protseduuri käigus tekkivate tüsistuste tõttu osutub vajalikuks raseduse lõpetamine erakorralise keisrilõike teel on 0,4-4%.

Loote välise pöörde võimalikud tüsistused (A):

- Loote rütmihäirete, peamiselt bradükardia, tekkimine (1-16%)
- Platsenta enneaegne irdumine (0,4-1%)
- Vereeritus tupest (1,1%)
- Vajadus raseduse lõpetamiseks või sünnitustegevus käivitumine (3%)

Naistele, kes on Rh(D) negatiivsed ja kellel ei esine antikehasid, manustatakse pöörde järgselt anti-D-immunoglobuliini.

8.5.6. Raseduse jälgimine peale 41. rasedusnädalat

Alates raseduse kestusest 41 nädalat ja 0 päeva jälgib rasedat ja otsustab lisauuringute vajaduse üle naistearst.

9. Antenataalsete visiitide ajastus ja soovituslik sisu

9.1. Raseduse I trimester (kuni 16. rasedusnädal)

Visiitide minimaalne arv – 2

Tegevused

- Raseduse tuvastamine bimanuaalse palpatsiooni, ultraheliuuringu või kooriongonadotropiini taseme määramisega seerumis
- Võimalike rasedusriskide hindamine üld- ja sünnitusabi anamneesi alusel, raseduse juhtimise plaani koostamine
- Jälgimise korralduse tutvustamine rasedale
- Raseda küsitlemine vaevuste ja meeleolu suhtes, nõustamine
- Raseda läbivaatus ja üldseisundi hindamine
- Raseda vaginaalne läbivaatus ja analüüside võtmine
- Vererõhu mõõtmine, raseda kaalumine, kehamassi indeksi (KMI) hindamine
- Loote võimalike väärarendite ja kaasasündinud haiguste varase diagnoosimise planeerimine, sõeluuringud ja sünnieelne diagnostika
- Andmete dokumenteerimine
- Naistearsti konsultatsioon I trimestril või esimesel võimalusel, kui rase pöördub antenataalse hoolduse pakkuja poole hiljem kui I trimestril
- Vajadusel raseda eriarsti konsultatsioonile suunamine

I trimestril pöörata tähelepanu

- rasedusriskide esinemisele
- aneemia
- paastuveresuhkru väärtusele, gestatsioonidiabeedi riskiteguritele
- mitmikraseduse esinemise võimalusele
- krooniliste haiguste raviks kasutatavate ravimite sobivusele rasedusaegseks kasutamiseks
- raseda töö iseloomule, ohuteguritele, vajadusele üleviimiseks kergemale tööle

Sünnieelne diagnostika I trimestril – vt. 8.3

(vt. „Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluuring ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud“, 2016, www.ens.ee/ravijuhendid).

Vajalikud analüüsid I trimestril

Vereanalüüsid

- HIV-1/-2 (HIV-Ag/Ak)
- Süüfilise seroloogilised testid (TPHA ja/või *T. pallidumi* IgG ja IgM)
- B-hepatiit (HBsAg), C-hepatiit (HCV) riskigrupil
- Veregrupp, reesusfaktor, antikehade esinemine
- Hemogramm
- Veresuhkur
 - Kui paastusuhkur on 5,2-6,9 mmol/l või juhuslik veresuhkur on 7,0-10,9 mmol/l, siis teha GTT
 - Gestatsioonidiabeedi suhtes kõrge riskigrupi rasedatele teha GTT

Emakakaela- ja tupeanalüüsid

- Analüüs klamüdioosile, kui eelmisest analüüsist on möödas 6 kuud või rohkem. Test peab olema teostatud akrediteeritud laboratooriumis.

- Günekotsütoloogiline (PAP) test, kui viimasest analüüsist on möödas 2 aastat või rohkem.

Kõrvalekallete korral PAP-testis lähtuda edasiste uuringute ja jälgimise planeerimisel Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhendist „**Emakakaela, tupe ja vulva vähieelsete muutuste diagnoosimise, jälgimise ja ravi juhend**“, <http://emakakaelajuhis.weebly.com/>

Seksuaalsel teel levivate infektsioonide avastamisel on vajalik raseda ja tema partneri ravi ning ravijärgne korduv kontroll.

Vt. „**Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis 2015**“
http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

Uriini analüüs (kvalitatiivne või kvantitatiivne).

Uriini bakteriaalne külv asümptomaatilise bakteriuuria avastamiseks.

Muud analüüsid vastavalt anamneesile ja näidustustele või naistearsti/eriarsti soovitudele.

9.2. Raseduse II trimester (16.-28. rasedusnädal)

Visiitide sagedus 4-5 nädala järel, vähemalt 3 visiiti

Tegevused

- Raseda küsitlemine vaevuste ja meeleolu suhtes, nõustamine
- Igal külastusel hinnata kaaluuivet, tursete esinemist ja mõõta vererõhk
- Emakapõhja kõrgust mõõta ja dokumenteerida hiljemalt raseduse 20. nädalast
- Alates 20. rasedusnädalast küsitleda rasedat looteliigutuste olemasolu kohta, kuulatleda loote südamelööke ja dokumenteerida löögisageduse vahemik
- Küsitleda rasedat tupevooluse suhtes, kaebuste korral vajadusel vaginaalne vaatlus
- Hinnata korduvalt rasedusriske
- Raseduspuhuste riskide korral konsulteerida naistearsti või eriarstiga, suunata rase lisauuringutele
- Nõustada rasedat rasedus-sünnituspuhkuse alustamise võimaluste osas

Analüüsid ja uuringud II trimestril

Sünnieelne diagnostika – vt. 8.3

(vt. „**Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomihaiguste sõeluurimine ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud**“, 2016, www.ens.ee/ravijuhendid).

Gestatsioondiabeedi diagnostika

24.-28. rasedusnädalal tehakse glükoosi tolerantsustest kõrge riski grupi rasedatele, kellel I trimestril oli GTT normis ning rasedatele, kelle raseduseelne KMI oli 25-30 kg/m² või raseduseagsete näidustuste tekkimisel (ema liigne kaaluuive, glükosuuria, loote makrosoomia, polühüdramnion) (vt. 8.5.2.).

Reesusisoimmunisatsiooni ennetamine ja diagnoosimine

Rh-negatiivsetel naistel määrata korduvalt anti-D-antikehad. Antikehade olemasolu korral tegutseda vastavalt juhendile (vt. 8.2.).

Kui esimene hemogramm oli korras ja aneemiat anamneesis ei ole, siis võib vereanalüüsi korrata alles 28. rasedusnädalal. **Aneemia esinemise korral** nõustada rasedat toitumise suhtes ning vajadusel alustada rauaasendusravi (vt. 8.2.1.).

Uriini analüüsi korrata alates 24. rasedusnädalast igal visiidil.

II trimestril pöörata tähelepanu

- aneemiale
- gestatsioondiabeedile
- hüpertensiivsetele häiretele ja proteiinuuriale
- uroinfektsiooni tekke riskile
- loote üsasisesele kasvamisele
- reesusisoimmunisatsioonile
- enneaegse sünnituse tunnustele, enneaegsele lootevee puhkemisele

9.3. Raseduse III trimester (28. nädalast kuni sünnituseni)

Visiitide sagedus:

28.-36. rasedusnädalal vähemalt 4 nädala järel

36.-40. rasedusnädalal 2 nädala järel

40.-42. rasedusnädalal vähemalt kord nädalas

Tegevused

- Raseda küsitlemine vaevuste ja meeleoluhäirete suhtes, nõustamine, sh sünnituse tunnuste ja valutustamise osas, sünnitusjärgse kontrolli ning võimalike sünnitusjärgsete probleemide ja kontratseptsiooni suhtes
- Igal külastusel hinnata kaaluivet ja tursete esinemist, mõõta vererõhk, emakapõhja kõrgus
- Küsitleda rasedat looteliigutuste olemasolu kohta, kuulatleda loote südamelööke ja dokumenteerida löögisageduse vahemik
- Alates 30. nädalast hinnata loote seisu emakas
- 34. rasedusnädalal täpsustada loote eesasu osa
- Vaagnaotsseisu/ristiseisu püsimisel pärast 35+0 rasedusnädalat suunata rase vastunäidustuste puudumisel ja raseda nõusolekul loote välisele pöördele (vt. 8.5.5.)
- Küsitleda rasedat tupevooluse suhtes, kaebuste korral vajadusel vaginaalne vaatlus
- 36. rasedusnädalal on soovitav naistearsti konsultatsioon esialgse sünnituse juhtimise plaani koostamiseks
- Näidustuste olemasolul suunata rase kardiokograafia ja/või ultraheliuuringule/doppleringule (vt. 8.3.2)
- Hinnata korduvalt rasedusriske
- Raseduspuhuste riskide ilmnemisel konsulteerida naistearsti või eriarstiga, suunata rase lisauuringutele
- Nõustada rasedat rasedus-sünnituspuhkuse alustamise võimaluste osas

- Nõustada rasedat sünnituskoha valiku osas.

III trimestril pöörata tähelepanu:

- aneemiale
- gestatsioonidiabeedile
- hüpertensiivsetele häiretele ja proteiinuuriale
- uroinfektsiooni tekke riskile
- loote üsasisesele kasvamisele, loote seisundile
- reesusisoimmunisatsioonile
- enneaegse sünnituse tunnustele, enneaegsele lootevee puhkemisele
- loote seisule 35. rasedusnädalal
- ülekandlusele
- võimalikule sünnitushirmule, sünnituskoha valikule, raseda sünnitusplaanile

Analüüsid III trimestril

- Uriini analüüsi korrata igal visiidil
- Vajadusel hemogramm aneemia ravi efektiivsuse kontrollimiseks
- 28.-32. rasedusnädalal korrata analüüsi HIV suhtes
- Kõigil rasedatel määrata korduvalt veregrupp, reesusfaktor ja antikehade esinemine
- Antikehadega rasedatel korrata analüüsi vastavalt juhendile (vt. 8.2.2.)
- Vajadusel korrata analüüsi seksuaalsel teel levivate infektsioonide suhtes
- Kui anamneesis on B-grupi streptokoki infektsiooniga seotud tüsistused eelmise raseduse/sünnituse ajal (nt vastsündinul GBS sepsis), siis on soovitatav võtta bakterioloogiline külv tupe keskmisest ja alumisest kolmandikust kuni lahklihani B-grupi streptokoki tuvastamiseks.

Alates raseduse kestusest 41 nädalat + 0 päeva jätkab raseda jälgimist naistearst. Soovitatav on igal külastusel teha kardiotoograafia. Vajadusel hinnata oletatavat loote massi ja lootevee indeksit ultraheliuuringu abil.

Normaalse raseduse korral ei indutseerita sünnitust enne 42. rasedusnädala täitumist. Kaksikraseduse korral on soovitatav raseduse lõpetamine 38. rasedusnädalal.

10. Kirjanduse loetelu

10.1. Rahvusvahelised antenataalset hooldust käsitlevad juhendid

Antenatal care for uncomplicated pregnancies, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, uuendatud 2017

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG62> https://youtu.be/7eaFn8GmY_0

Antenatal Care Schedule - Routine Low Risk, The Royal Women's Hospital, Victoria, Australia, 2017

<https://www.thewomens.org.au/health-professionals/clinical-resources/clinical-guidelines-gps/>

Antenatal Shared Care Guidelines for General Practitioners, 7th Edition, King Edward Memorial Hospital, Australia, 2003, uuendatud 2016

<http://wnhs.health.wa.gov.au/development/manuals/guidelines/2577.pdf>

Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary, SCOG Clinical Practice Guideline, Guideline No. 307, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SCOG), 2014 [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30588-0/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30588-0/pdf)

External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation, 2nd Edition, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green-top Guideline No 20a, 2006, uuendatud 2017

<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg20a/>

Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease, 3rd Edition, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green-top Guideline No 36, 2003, uuendatud 2017

<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg36/>

Obstetric Cholestasis, 2nd Edition, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines N43, 2006, uuendatud 2011

<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg43/>

Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care, A Guide for Essential Practice, 3rd Edition, World Health Organization, Geneva, 2006, uuendatud 2015

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/

BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn, British Committee for Standards in Haematology, 2014

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tme.12091/full>

Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008

<https://www.nice.org.uk/guidance/ta156>

Hypertension in pregnancy: diagnosis and management, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010, uuendatud 2011
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg107>

Three Centres Consensus Guidelines on Antenatal Care, 2001
<http://3centres.com.au/guidelines/low-risk-pregnancy/>

WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model, World Health Organization, Geneva 2002
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/en/

CDC. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011
<https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp/guidelines.html>

10.2. Artiklid ja raamatud

Agarwal MM, Dhatt GS, Shah SM. Gestational diabetes mellitus: simplifying the international association of diabetes and pregnancy diagnostic algorithm using fasting plasma glucose. *Diabetes Care* 2010; 33(9): 2018-2020

Allen VM, Wilson RD, Cheung A. Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); Reproductive Endocrinology Infertility Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. SOGC Guideline 173, 2006; *J Obstet Gynaecol Can.* 2006; 28(3): 220-250

Beck MF. Theory and Practice of Therapeutic Massage. 6th edition. Cengage Learning. 2016

Bernloehr A, Smith P, Vydelingum V. Antenatal Care in the European Union: a survey on guidelines in all 25 member states of the Community. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 122 (1): 22-32

Boomsma CM, Eijkemans MJ, Hughes EG, Visser GH, Fauser BC, Macklon NS. A meta-analysis of pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Update.* 2006; 12(6): 673-683

Hill-Smith I. Professional and patient perspectives of NICE guidelines to abandon maternal monitoring of fetal movements. *Br J Gen Pract.* 2004; 54(508):858-861

Inimverest valmistatud ravimpreparaatide kasutamise Eesti juhend, töögrupp: Everaus H, Plahhova T, Raadik A jt, Eesti transfusioonimeditsiini Selts, 2005,
<http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/9766/4953>

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, Damm P, Dyer AR, Leiva A, Hod M,

Kitzmiller JL, Lowe LP, McIntyre HD, Oats JJ, Omori Y, Schmidt MI. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33:676–682

Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Councillng Issues. *Am Fam Physician* 2005; 71(7):1307-1316

Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence Based Prenatal Care: Part II. Third Trimester Care and Prevention of Infectious Diseases. *Am Fam Physician* 2005; 71(8):1555-1560

Kjerulff LE, Sanchez-Ramos L, Duffy D. Pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 204(6):558.e1-6

Mahdavian M, Hivert M-F, Baillargeon J-P, Menard J, Ouellet A, Ardilouze J-L. Gestational diabetes mellitus: simplifying the International Association of Diabetes and Pregnancy diagnostic algorithm using fasting plasma glucose: comment on Agarwal, Dhatt, and Shah (Letter). *Diabetes Care* 2010; 33:145

Metzer BE, Buchanan TA, Coustan DR, et al. Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2007; 30(2): S251–S260

Rasedate farmakoteraapia, koostajad Brilene T, Hedman A, Kirss A jt., Tallinn, Medicina, 2007

The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome. *N Engl J Med* 2008;358: 1991–2002

10.3. Seadusandlikud aktid Eestis

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi valitsuse määrus nr. 82, vastu võetud 27.04.2017 <https://www.riigiteataja.ee/akt/129042017007>

Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr 44, vastu võetud 02.07.2014 <https://www.riigiteataja.ee/akt/109072014023>

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr 56, vastu võetud 18.09.2008, hetkel kehtiv redaktsioon 01.07.2016 <https://www.riigiteataja.ee/akt/122062016040>

Nakkushaiguse ja nakkuskandluse uurimise ning ravimise kord rasedal. Sotsiaalministri määrus nr 118, vastu võetud 31.10.2003 <https://www.riigiteataja.ee/akt/640871>

Immunoematoloogiliste uuringute tegemise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr 61, vastu võetud 29.04.2005, hetkel kehtiv redaktsioon 13.08.2017 <https://www.riigiteataja.ee/akt/110082017006>

Perekonnaseadus. Vastu võetud 18.11.2009, hetkel kehtiv redaktsioon 01.07.2017
<https://www.riigiteataja.ee/akt/109052017028>

Ravikindlustuse seadus. Vastu võetud 19.06.2002, hetkel kehtiv redaktsioon 01.07.2017
<https://www.riigiteataja.ee/akt/127122016012>

Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. Vastu võetud 25.11.1998, hetkel kehtiv redaktsioon 02.03.2015
<https://www.riigiteataja.ee/akt/120022015011>

Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus. Vastu võetud 11.06.1997, hetkel kehtiv redaktsioon 01.03.2015
<https://www.riigiteataja.ee/akt/126022015004>

Perehüvitiste seadus. Vastu võetud 15.06.2016, hetkel kehtiv redaktsioon 01.07.2017
<https://www.riigiteataja.ee/akt/124122016005>

Surma põhjuse tuvastamise seadus. Vastu võetud 13.04.2005, hetkel kehtiv redaktsioon 01.03.2015
<https://www.riigiteataja.ee/akt/126022015014>

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud, 09.05.2001, hetkel kehtiv redaktsioon 1.07.2017
<https://www.riigiteataja.ee/akt/103032017025>

Töölepingu seadus. Vastu võetud 17.12.2008, hetkel kehtiv redaktsioon 01.07.2017
<https://www.riigiteataja.ee/akt/128042017003>

Töotervishoiu ja tööohutuse nõuded rasedate ja rinnaga toitvate naiste tööks. Vabariigi valitsuse määrus nr 95, vastu võetud 11.06.2009, hetkel kehtiv redaktsioon 01.06.2015
<https://www.riigiteataja.ee/akt/126032015018>

Töotervishoiu ja tööohutuse seadus. Vastu võetud 16.06.1999, hetkel kehtiv redaktsioon 08.05.2017
<https://www.riigiteataja.ee/akt/128042017009>

Töövõimetuslehe andmekoosseis ja pabervorm ning töövõimetuslehe registreerimise, välja- kirjutamise ja haigekassale edastamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr. 114, hetkel kehtiv redaktsioon 01.07.2017
<https://www.riigiteataja.ee/akt/128062017028>

Võlaõigusseadus. Vastu võetud 26.09.2001, hetkel kehtiv redaktsioon 01.09.2017. Tervishoiuteenuse osutamise leping § 758-773
<https://www.riigiteataja.ee/akt/101072017020>

Lisad

Lisa 1 Antenataalse nõustamise soovituslikud teemad

Nõustamise soovituslikud teemad on koostatud vastavuses sotsiaalministri määrusega nr 22 „Iseseisvalt osutatavate ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu“, <http://www.riigiteataja.ee/akt/13289780> ja sotsiaalministri määrusega nr 56, lisa 32 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“, <http://www.riigiteataja.ee/akt/107072011010>

1. Raseduse kulg ja muutused kehas
 - raseduse tuvastamine
 - muutused organsüsteemides raseduse jooksul
2. Rasedusaegsed vaevused
 - vaevused organsüsteemiti, põhjused
 - vaevuste leevendamine
3. Kohanemine raseduse ja emadusega
 - psüühilised muutused, toimetuleku võimalused
4. Loote areng
 - loote areng raseduskuude lõikes
 - keskkonna mõjud loote arengule
 - ohutunnused
5. Antenataalse hoolduse põhimõtted
 - raseduse diagnoosimine
 - raseda ootused ja vajadused antenataalse hoolduse suhtes
 - korraldus ja ajakava e. vajadustest lähtuv paindlik raseduse jälgimise plaan (visiitide sagedus, ajastus, eesmärk, sisu)
 - erinevate antenataalse hoolduse pakkujate (ämmaemand, naistearst, perearst) pädevus, koostöö, suunamine konsultatsioonile
6. Uuringud ja analüüsid
 - uuringute ja analüüside eesmärk ja näidustused, alternatiivsed võimalused
 - ajastus ja ettevalmistus
 - tulemuste tõlgendamine
 - ohud
7. Toitumine
 - toitumisharjumused
 - toidutalumatus, dieetid, toitumishäired
 - toidulisandid, vitamiinid
8. Eluviisid
 - puhkus ja uni
 - füüsiline aktiivsus
 - treeningute alustamine, jätkamine, katkestamine, ohutunnused
 - vaagnapõhja harjutused raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil
 - massaaž, saun jm.
 - reisimine (ohud, turvasoovitused, vaktsineerimine)
9. Seksuaalelu
 - muutused seksuaalelus raseduse ajal

10. Muutused peresuhetes
 - rollimuutused
 - lähisuhtevägivald (märkamise, abistamise võimalused)
11. Töökeskkond, töötingimused
 - töötingimuste mõju
 - ohutegurid
 - raseda õigused ja seadusandlik kaitse
12. Seadusandlus, sotsiaalne kaitse ja õigused
 - rasedate ja imetavate emade õigused ja seadusandlik kaitse (seadusandlus, pöördumise võimalused)
 - peretoetused
 - asjaajamistoimingud (sünni registreerimine, ravikindlustuse taotlemine jne)
13. Kahjulikud harjumused (sh alkohol, suitsetamine, narkootikumid)
 - mõju raseduse kulule
 - mõju loote arengule
 - loobumise ja abi võimalused
14. Ravimid ja rasedus
 - kroonilise haiguse raviks kasutatava ravimi sobivus raseduse ajal
 - kroonilise haiguse ravi omakäeline katkestamine ja sellest tulenevad rasedusriskid
 - raseduse ajal määratud ravimid: ravi vajalikkus, ravist loobumise või ravi katkestamisega seotud ohud, ravimite mõju loote arengule, kõrvaltoimed
 - käsimüügiravimid ja nende kasutamine raseduse ajal
15. Füüsiline ja vaimne ettevalmistus sünnituseks
 - ootused, vajadused (sünnitusplaan)
 - sünnituse algus ja kulg
 - tugiisik, eneseabi võtted
 - sünnitusel tehtavad toimingud
 - sünnituse valutustamise võimalused
 - sünnitusabi meeskond
16. Sünnitusjärgne aeg
 - füüsiline taastumine, ohutunnused, soovitud vaagnapõhja harjutusteks
 - psüühiline taastumine ja ohutunnused (emadusmasendus, depressioon)
 - sünnitusjärgne ema ja vastsündinu jälgimise korraldus (perearsti valimine, ambulatoorsed ja koduvisiidid, vaktsineerimine, uuringud jne.)
 - kohanemine rollidega, partneri kaasatus
 - juriidilised toimingud (nimepanek jms)
17. Vastsündinu
 - psüühilised ja füüsilised vajadused, areng
 - hooldus
 - toitmine
 - turvalisus ja ohutegurid
18. Imetamine
 - alustamine, jätkamine
 - imetamise kasulikkus emale ja lapsele
 - imetamisnõustamise võimalused
 - nõustamine imetamisraskuste korral
19. Sünnitusjärgne kontratseptsioon
 - Menstruatsioonitsükli taastumine, suguelu alustamine (vaevused, ohud)

- Kontratsepsiooni meetodid, toime, ohud, kasutamine, järjepidevus
20. Muud teemad vajadusel (raseduse katkemine, operatiivne sünnitusabi, enneaegsus ja ülekanalus, mitmikud, haige lapse sünn jne)

Lisa 2 Kehamassi indeksi määramise tabel

		pikkus cm-tes																		
		145	148	150	153	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	190
kehakaal kg-des	40	19,0	18,3	17,8	17,1	16,6	16,0	15,6	15,1	14,6	14,2	13,8	13,4	13,0	12,6	12,3	12,0	11,6	11,3	11,1
	43	20,5	19,6	19,1	18,4	17,9	17,2	16,8	16,2	15,7	15,3	14,8	14,4	14,0	13,6	13,2	12,9	12,5	12,2	11,9
	45	21,4	20,5	20,0	19,2	18,7	18,0	17,6	16,9	16,5	16,0	15,5	15,1	14,6	14,2	13,8	13,5	13,1	12,7	12,5
	48	22,7	21,8	21,2	20,4	19,8	19,1	18,6	17,9	17,4	16,9	16,4	16,0	15,5	15,1	14,7	14,3	13,9	13,5	13,2
	50	23,9	22,9	22,3	21,4	20,9	20,1	19,6	18,9	18,4	17,8	17,3	16,8	16,3	15,9	15,4	15,0	14,6	14,2	13,9
	53	25,0	24,0	23,4	22,5	21,9	21,1	20,6	19,8	19,3	18,7	18,2	17,6	17,1	16,7	16,2	15,8	15,3	14,9	14,6
	55	26,2	25,2	24,5	23,6	23,0	22,1	21,5	20,8	20,2	19,6	19,0	18,5	17,9	17,4	17,0	16,5	16,1	15,6	15,3
	58	27,4	26,3	25,6	24,6	24,0	23,1	22,5	21,7	21,1	20,5	19,9	19,3	18,8	18,2	17,7	17,3	16,8	16,3	16,0
	60	28,6	27,5	26,7	25,7	25,0	24,1	23,5	22,6	22,0	21,4	20,7	20,1	19,6	19,0	18,5	18,0	17,5	17,0	16,7
	63	29,8	28,6	27,9	26,8	26,1	25,1	24,5	23,6	22,9	22,2	21,6	21,0	20,4	19,8	19,3	18,7	18,2	17,7	17,4
	65	31,0	29,8	29,0	27,8	27,1	26,1	25,5	24,5	23,8	23,1	22,5	21,8	21,2	20,6	20,0	19,5	19,0	18,4	18,1
	68	32,2	30,9	30,1	28,9	28,2	27,1	26,4	25,5	24,8	24,0	23,3	22,7	22,0	21,4	20,8	20,2	19,7	19,1	18,7
	70	33,4	32,0	31,2	30,0	29,2	28,1	27,4	26,4	25,7	24,9	24,2	23,5	22,8	22,2	21,6	21,0	20,4	19,9	19,4
	73	34,6	33,2	32,3	31,0	30,2	29,1	28,4	27,4	26,6	25,8	25,0	24,3	23,6	23,0	22,3	21,7	21,2	20,6	20,1
	75	35,8	34,3	33,4	32,1	31,3	30,1	29,4	28,3	27,5	26,7	25,9	25,2	24,5	23,8	23,1	22,5	21,9	21,3	20,8
	78	36,9	35,5	34,5	33,2	32,3	31,1	30,3	29,2	28,4	27,6	26,8	26,0	25,3	24,6	23,9	23,2	22,6	22,0	21,5
	80	38,1	36,6	35,6	34,2	33,4	32,1	31,3	30,2	29,3	28,5	27,6	26,8	26,1	25,3	24,7	24,0	23,3	22,7	22,2
	83	39,3	37,7	36,7	35,3	34,4	33,1	32,3	31,1	30,2	29,3	28,5	27,7	26,9	26,1	25,4	24,7	24,1	23,4	22,9
	85	40,5	38,9	37,9	36,4	35,4	34,1	33,3	32,1	31,2	30,2	29,4	28,5	27,7	26,9	26,2	25,5	24,8	24,1	23,6
	88	41,7	40,0	39,0	37,4	36,5	35,1	34,2	33,0	32,1	31,1	30,2	29,3	28,5	27,7	27,0	26,2	25,5	24,8	24,3
90	42,9	41,2	40,1	38,5	37,5	36,1	35,2	33,9	33,0	32,0	31,1	30,2	29,3	28,5	27,7	27,0	26,3	25,5	25,0	
93	44,1	42,3	41,2	39,6	38,6	37,1	36,2	34,9	33,9	32,9	31,9	31,0	30,1	29,3	28,5	27,7	27,0	26,2	25,7	
95	45,3	43,4	42,3	40,7	39,6	38,1	37,2	35,8	34,8	33,8	32,8	31,9	31,0	30,1	29,3	28,5	27,7	26,9	26,4	
98	46,5	44,6	43,4	41,7	40,7	39,1	38,2	36,8	35,7	34,7	33,7	32,7	31,8	30,9	30,0	29,2	28,4	27,6	27,1	
100	47,6	45,7	44,5	42,8	41,7	40,1	39,1	37,7	36,6	35,6	34,5	33,5	32,6	31,7	30,8	30,0	29,2	28,3	27,7	
103	48,8	46,9	45,6	43,9	42,7	41,1	40,1	38,6	37,6	36,4	35,4	34,4	33,4	32,5	31,6	30,7	29,9	29,0	28,4	
105	50,0	48,0	46,7	44,9	43,8	42,1	41,1	39,6	38,5	37,3	36,2	35,2	34,2	33,3	32,3	31,5	30,6	29,8	29,1	
108	51,2	49,2	47,9	46,0	44,8	43,1	42,1	40,5	39,4	38,2	37,1	36,0	35,0	34,0	33,1	32,2	31,3	30,5	29,8	
110	52,4	50,3	49,0	47,1	45,9	44,1	43,0	41,5	40,3	39,1	38,0	36,9	35,8	34,8	33,9	33,0	32,1	31,2	30,5	
115	54,8	52,6	51,2	49,2	47,9	46,1	45,0	43,3	42,1	40,9	39,7	38,6	37,5	36,4	35,4	34,5	33,5	32,6	31,9	
120	57,2	54,9	53,4	51,3	50,0	48,1	46,9	45,2	44,0	42,7	41,4	40,2	39,1	38,0	37,0	35,9	35,0	34,0	33,3	
130	61,9	59,4	57,9	55,6	54,2	52,1	50,8	49,0	47,6	46,2	44,9	43,6	42,3	41,2	40,0	38,9	37,9	36,8	36,1	

< 18,5 alakaalulisus 18,5-24,9 normaalkaal 25-29,9 ülekaalulisus >30 rasvumine

Lisa 3 Rasedat ja rasedust puudutavad ravi ja käitumisjuhendid Eestis

Sünnieelse diagnostika juhend: loote kromosoomhaiguste sõeluurimine ja diagnoosimine. Loote ultraheliuuringud, versioon 4, juhendi on kooskõlastanud: Eesti Naistearstide Selts, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Meditsiinigeneetika Selts, Eesti Radioloogia Ühing, Eesti Perinatoloogia Selts, Eesti Laborimeditsiini Ühing, 2016
<http://ens.ee/ravijuhendid>

Sünnituse induktsiooni juhend, Eesti Naistearstide Selts, <http://ens.ee/ravijuhendid>

Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus, 2017,
<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/4/enneaegse-sunnituse-ja-enneaegse-vastsundinu-perinataalperioodi-kasitus>

Seksuaalsel teel levivate infektsioonid ravijuhis Eestis, Eesti Infektsioonhaiguste Selts, 2015
http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/Ravijuhis_2015.pdf

Emakakaela, tupe ja vulva vähieelsete muutuste diagnoosimise, jälgimise ja ravi juhend, versioon 3, Eesti Naistearstide Selts, 2014
<http://emakakaelajuhis.weebly.com/>

HIV infektsiooni perinataalse ülekande profülaktika, Eesti Infektsioonhaiguste Selts, kinnitanud Eesti Naistearstide Seltsi juhatus, 2016
<http://ens.ee/ravijuhendid>

HIV patsiendi jälgimise juhend, Eesti Infektsioonhaiguste Selts
http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/HIV%20patsiendi%20jaelgimine.pdf

Rasedate ja imetavate emade toitumis- ja toidusoovitused, Tervise Arengu Instituut, 2007
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130190116311_Rasedate_ja_imetavate_emade_toidu_ja_toidusoovitused_est.pdf

Eesti toitumis- ja liikumissoovitused, Tervise Arengu Instituut, 2015
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/149019033869_eesti%20toitumis-%20ja%20liikumissoovitused.pdf

Immuniseerimiskava väliselt vaktsineeritavate isikute sihtrühmad ja nendele näidustatud vaktsiinid, 2017
http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Nakkushaigused/immunoprof/Lisa_2_vaktsiinid_ja_sihtruhmad.pdf

Immuniseerimiskava rakendusjuhhis
http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Nakkushaigused/immunoprof/Immikava_rakendusjuhis.pdf

Kroonilise B hepatiidi jälgimise ja ravi soovitused rasedust planeerival või rasedal naisel, Eesti Arst 2016;95 (6): 389-392 <http://eestiartst.ee/kroonilise-b-hepatiidi-jalgimise-ja-ravi-soovitused-rasedust-planeerival-voi-rasedal-naisel/>

Vaktsiinid ja vaksineerimine. Vaksineeriija käsiraamat. Teine trükk. Kuulo Kutsar, 2014 https://issuu.com/kairipikk/docs/raamat_vaktsiinidjavaksineerimine

Tromboosi käsiraamat, MTÜ Tromboosiühing, 2010 http://tromboos.ee/wp-content/uploads/2011/02/LA_tromboos_CS5_31.pdf

Inimverest valmistatud ravimpreparaatide kasutamise Eesti juhend, Eesti Transfusioonimeditsiini Selts, 2005 <http://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/24/inimverest-valmistatud-ravimpreparaatide-kasutamise-est-juhend>

Epilepsia Eesti ravijuhend, L.Puusepa nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts, juhendi on kooskõlastanud Eesti Naistearstide Selts, 2009 http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Epilepsia%20ravijuhend_4%20august%202009.pdf

Reumatoidartriidi ravijuhend Eestis, Eesti Reumatoloogide Selts, 2003 <http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/9689/4876>

Ägeda kõhuvaluga haige käsitus. Ravijuhend. Eesti Arst, 2009 <http://www.med24.ee/static/files/002/ea0903lk209-227.pdf>

Vere ja teiste kehavedelikega levivate infektsioonide vältimine ja kokkupuutejuhtumi järgne profülaktika 2001, http://www.esic.ee/guidelines/LegeArtis_KPJ_juhend.htm

Allergilise riniidi Eesti käsitusjuhend, Eesti Arst 2011; 90(3):145-158, <http://eias.ee/wp-content/uploads/2016/02/allergiliseriniidijuhis.pdf>

Ambulatoorsete infektsioonide ravi, kolmas trükk, Eesti Infektsioonhaiguste Selts, 2017 http://www.esid.ee/cms/tl_files/failid/failid/AmbulABravi17.pdf

Sagedasemate haiglaväliste infektsioonhaiguste diagnostika ja ravi algoritmid perearstidele, Eesti Laborimeditsiini Ühing ja TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool, 2005 http://www.elmy.ee/public/files/Infektsioonide_algoritmid_perearstidele.pdf

Sclerosis multiplexi'i Eesti ravijuhend, 2009, https://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/SM%20ravijuhend%20final_final4.pdf

Depressiooni ravijuhend perearstidele, Eesti Psühhiaatrite Selts ja Eesti Perearstide Selts, 2011 <http://www.psy.ee/files/filemanager/files/Depressiooni%20ravijuhend%20perearstidele.pdf>

Opioidsõltuvuse asendusravi, Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Infektsioonhaiguste Selts ja Eesti Kopsuarstide Selts, 2013

http://www.psy.ee/files/filemanager/files/Opioidsoltuvuse_asendusravi_kliiniline_protokoll.pdf

Lisa 4 Antenataalsete visiitide ja uuringute koondtabel

	Raseduse I trimester (kuni 16. rasedusnädalat)		Raseduse II trimester (16.-28. rasedusnädal)			Raseduse III trimester (28. rasedusnädalast sünnituseni)				Raseduse 40.-41. nädal		
Visiitide sagedus	2 visiiti		3 visiiti 4 - 5 nädala järel			4 visiiti 28.-36. nädalal 2 visiiti		36.-40. näd. 2 visiiti		2 visiiti kord nädalas		
	1. visiit	2. visiit	3. visiit	4. visiit	5. visiit	6. visiit	7. visiit	8. visiit	9. visiit	10. visiit	11. visiit	
Analüüsid												
hemogramm	x					x		aneemia ravi kontrolliks				
veregrupp/reesusf./AK	x				Rh- negatiivsetele	Rh-neg.-le AK-de olemasolul	kõigile 28.- 36. näd.	Rh-neg.-le AK-de olemasolul		Rh-neg.-le AK-de olemasolul		
süüfilise seroloogia	x											
HIV 1-2 AK	x						x					
HBsAg	x											
veresuhkur	x											
seerumskriining	9.-13. näd.		14.-17. näd.									
uriini analüüs	x			x	x	x	x	x	x	x	x	
uriini külv	X											
klamüüdia anaüüs	X (kui analüüsist möödunud ≥6k)							näidustusel				
bakteriaalne külv emakakaelalt/tupest	näidustusel							GBS anal. näi- dustusel				
PAP test	X (kui analüüsist möödunud ≥2a)											
Uuringud												
GTT	riskigrupile					24.-28. näd. korrata riskigrupile või näidustuste tekkel						
ultraheli	11+0-13+6 näd., võimalusel koos NT mõõtmisega		19. – 21. nädalal					näidustusel				
doppleruuring								näidustusel				
loote SLS auskult.			al. 20. näd.	x	x	x	x	x	x	x	x	
KTG								näidustusel		soovitav	soovitav	
emakapõhja kõrgus			al. 20. näd.	x	x	x	x	x	x	x	x	
loote kromosoomi- uuring	koorionbiopsia 11.-14. näd. näidustuste olema- solul		Amniotsentees 15.-19. näd. näidustuste olemasolul									
vaginaalne läbivaatus	X								näidustusel			
naistearsti konsult.	1. või 2. visiidil							x		x	x	