

RASEDUSE JÄLGIMISE JUHEND

Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend, versioon 4

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

Koostajad: Pille Vaas, Kristiina Rull, Siiri Pöllumaa, Ursula Klaar, Anne Kirss

Sissejuhatus

Raseduse jälgimise juhendi eesmärgiks on tagada kõigile rasedatele ühtsetele põhimõtetele ja tõenduspõhistele 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 käsitlemist. 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 2006.a. märtsis Eesti Naistearstide Seltsi juhatuse poolt kinnitatud „Raseduse jälgimise juhendi“ (versioon 3).

Sisukord

1. Lühendid ja tõenduspõhisuse määratlus.....	4
1.1. Kasutatud lühendid.....	4
1.2. Tegevussoovituste tõenduspõhisuse määratlus	4
2. Epidemioloogia	5
3. Üldised nõuded antenataalse hoolduse teenuse osutamiseks	5
3.1. Raseduse jälgimise dokumentatsioon.....	6
4. Raseda nõustamine	6
5. Eluviisid ja keskkonnategurid raseduse ajal.....	7
5.1. Töötamine raseduse ajal	7
5.2. Toitumine raseduse ajal.....	7
5.3. Ravimite ja toidulisandite tarvitamine raseduse ajal	8
5.4. Vaktsineerimine raseduse ajal	8
5.5. Mõnuainete tarvitamine raseduse ajal	9
5.6. Füüsiline koormus raseduse ajal	10
5.7. Seksuaalelu raseduse ajal	10
5.8. Reisimine raseduse ajal	10
5.9. Saun, juuksehooldus ja iluprotseduurid	11
6. Sagedamini esinevate rasedusaegsete vaevuste käsitlus	12
7. Rasedusriskide hindamine.....	13
7.1. Üldseisundi, eluviiside ja sotsiaalse seisundi hindamine	13
7.1.1. Raseda vanus.....	13
7.1.2. Raseda mõõdud	13
7.1.3. Sotsiaal-majanduslik seisund	13
7.1.4. Lähisuhtevägivald	14
7.1.5. Psüühiline seisund.....	14
7.2. Varasemate rasedustega seonduvad rasedusriske mõjutavad seisundid.....	14
7.2.1. Eelnev viljatus ja korduv raseduse katkemine	14
7.2.2. Enneaegne sünnitus.....	14
7.2.3. Surnultsünd või väärandiga sündinud laps	15
7.2.4. Eelnev laps sünnikaaluga >4500 g või <2500 g	15
7.2.5. Emaka- ja emakakaela operatsioonid (sh. keisrilõige) ning emaka väärandid	15
7.2.6. Tüsistustega kulgenud varasem rasedus või sünnitus.....	15
7.2.7. Varasem rasedusaegne või sünnitusjärgne psühhoos.....	15
7.3. Kaasuvad haigused	16
7.4 Käesoleva raseduse käigus tekkivad rasedusriskid	16
8. Uuringud raseduse ajal	17
8.1 Uuringud infektsioonide suhtes.....	17
8.1.1. Asümptomaatiline bakteriuuria	17
8.1.2. Bakteriaalne vaginosis	17
8.1.3. B-grupi streptokokk	17
8.1.4. B-hepatiidi viirus	18
8.1.5. C-hepatiidi viirus	18

8.1.6. HIV	18
8.1.7. Punetised	18
8.1.8. Süüfilis	19
8.1.9. Toksoplasmoos	19
8.1.10. Tsütomegaloviirus.....	19
8.1.11. Urogenitaalne gonorröa.....	19
8.1.12. Urogenitaalne klamüdiios	19
8.2. Hematoloogiliste probleemide skriining	20
8.2.1. Aneemia	20
8.2.2. Reesus- ja grupikonflikti skriining.....	21
8.3. Sünnieelne diagnostika.....	22
8.4. Loote seisundi hindamine.....	23
8.4.1. Emakapõhja kõrguse mõõtmine.....	23
8.4.2. Loote liigutuste jälgimine ja loote südamelöökide kuulatlemine	24
8.4.3. Kardiotokograafia	24
8.4.4. Loote eesasuva osa määramine	24
8.4.5. Ultraheli- ja doppleruuring raseduse III trimestril	24
8.5. Raseduspetsiifiliste ema seisundite skriinimine	25
8.5.1. Rasedushüpertensioon ja preeklampsia	25
8.5.2. Gestatsioonidiabeet	26
8.5.3. Enneaegne sünnitus.....	28
8.5.4. Platsenta eesasetsus.....	29
8.5.5. Loote vaagnaotsseis	29
8.5.5. Raseduse jälgimine peale 41. rasedusnädalat	30
9. Antenataalsete visiitide ajastus ja soovituslik sisu	30
9.1. Raseduse I trimester (kuni 16. rasedusnädal)	30
9.2. Raseduse II trimester (16.-28. rasedusnädal)	32
9.3. Raseduse III trimester (28. nädalast kuni sünnituseni).....	33
10. Kirjanduse loetelu	35
10.1. Rahvusvahelised rasedusaegset jälgimist käsitlevad juhendid.....	35
10.2. Artiklid ja raamatud	36
10.3. Seadusandlikud aktid Eestis	37
Lisad	39
Lisa 1 Antenataalse nõustamise soovituslikud teemad ja nõustamise ajastamine	39
Antenataalse nõustamise ajastamine	41
Lisa 2 Kehamassi indeksi määramise tabel	43
Lisa 3 Rasedat ja rasedust puudutavad ravi ja käitumisjuhendid Eestis	44
Lisa 4 Antenataalsete visiitide ja uuringute koondtabel.....	46

1. Lühendid ja tõenduspõhisuse määratlus

1.1. Kasutatud lühendid

AFP – alfa-fetoproteiin

ENS - Eesti Naistearstide Selts

uE3 – östriool

GBS – B grupi streptokokk

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

GTT - glükoosi taluvustest

HBsAg – B-hepatiidi viiruse pinna antigeen

hCG – inimese koorionigonadotropiin

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

HIV - inimese immuunpuudulikkust põhjustav viirus

HPV – inimese papilloomiviirus

KMI – kehamassi indeks

KTG - kardiotokograafia

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

PAP test - günekotsütoloogiline test

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

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 meta-analüüsi 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 soovitused juhendis arvestavad Eestis tervishoiusüsteemi ja traditsioonide iseärasusi.

2. Epidemioloogia

Eestis toimus meditsiinilise sünniregistri ja raseduskatkestusandmekogu andmetel viimasel viiel aastal (2006-2010) keskmiselt 15750 sünnitust ja 2195 iseeneslikku raseduse katkemise juhtu aastas (<http://www.tai.ee/?id=2369>). Võrreldes perioodiga 2001-2005 suurenes sünnituste arv 19%. Summaarne sündimuskordja aastal 2010 oli 1,65. Sünnituste arvu edasine suurenemine on vähe tõenäoline kuna sünnitusikka jõuavad väikesed aastakäigud. Nii esmas- kui korduvsünnitajate vanus on tõusnud, aastal 2010 oli esmassünnitaja keskmine vanus 26,3 aastat. Suurenenud on üle 40-aastaste ja vähenenud alla 20-aastaste sünnitajate osamäär.

Oluliselt sagedamini pöörduakse tervishoiuasutustesse antenataalsele jälgimisele enne 12. rasedusnädalat. 1992.aastal pöördus vaid 49,7%, aastal 2010. 84%. Oluliselt on vähenenud nende sünnitajate osamäär, kes ei ole kordagi külastanud raseduse ajal tervishoiuasutust (2010.aastal vaid 0,5%). Keskmiselt tehti 2010.a. raseduse ajal tervishoiuasutusse 9,9 visiiti. Märkimisväärselt on suurenenud visiitide arv ämmaemanda juurde ja tõenäoliselt suureneb see lähiaastatel veelgi. Perioodil 2006-2010 moodustasid visiidid ämmaemanda juurde 44,9%, seevastu 2001-2005 moodustasid ämmaemanda visiidid vaid 15,2 %.

Suurenenud on rasedate hõlmatus sünnieelse diagnostikaga. Ultraheli uuring tehti 95,5 %-le rasedatest enne 21. rasedusnädalat. Kõige sagedasem rasedusaegne tervishäire oli aneemia (26,6 juhtu 100 raseda kohta). Vähenenud on raskete rasedustüsistuste, eelkõige preeklampsia ja eklampsia, esinemine, kuid tõusutendentsi näitab gestatsioonidiabeedi esinemissagedus (tõenäoliselt parema diagnostika ja suurenenud teadlikkuse tõttu).

Sünnitusabis toimunud olulisematest muutustest on perinataalse suremuse märkimisväärne vähenemine (perinataalsuremuskordaja oli 2010.a. 5,8) ja keisrilõigete sagenemine (2010.a. toimus 20,4% sünnitustest keisrilõike teel).

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 olemasolul 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. 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.
3. Eelnevate raseduste kulg ja rasedustüsistuste esinemine; eelnevate sünnituste ja sünnitusjärgse perioodi kulg, lapse (laste) sugu ja sünnikaal, kas laps on elus; abortide korral märgitakse raseduse kestus ja kas oli tegemist heidendi või artefitsiaalse abordiga.
4. Info raseda üldise tervisliku seisundi kohta: eelnevalt diagnoositud ja põetud haigused, teostatud operatsioonid, momendil ravi ja jälgimist vajavad haigused, tarvitataavad ravimid.
5. Info raseda pikkuse, raseduseelse kaalu ja kehamassi indeksi kohta, eluviiside ja kahjulike harjumuste kohta (suitsetamine, alkoholi ja narkootikumite tarvitamine), dieedi eripärad (taimetoitlus, laktoositalumatus, gluteenenteropaatia jms).
6. Rasedale teostatavate analüüside ja uuringute tulemused igal visiidil.
7. Info käesoleva raseduse ajal esinenud haiguste ja saadud ravi kohta.
8. Raseduse jälgimise ja sünnituse plaan.
9. Lapse isa isikuandmed, haridus, töökoht ja ametikoht, õppiva isiku puhul õppeasutuse nimetus; info eluviiside ja kahjulike harjumuste ning tervisliku seisundi kohta; ABO-veregrupp ja Rh(D) kuuluvus (selle kande aluseks on nende määramist tõendav dokument).

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.

Vt. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord, <https://www.riigiteataja.ee/akt/107072011010>

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 rasedust ja raseduse kulgu mõjutavat teguritest (eluviisid, harjumused, keskkonnategurid jm), kuni sünnitusjärgse perioodini. Nõustamise teemade ajastamine sõltub konkreetsest juhust, soovituslikud teemad ja ajakava on toodud lisa 1.

Vt. **Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord**, <https://www.riigiteataja.ee/akt/107072011010>, määruse lisa nr.32

Vt. **Iseseisvalt osutatavate ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu**, <https://www.riigiteataja.ee/akt/13289780>

5. Eluviisid ja keskkonnategurid raseduse ajal

5.1. Töötamine raseduse ajal

Raseduse ajal on tavapärase töö jätkamine lubatud juhul, kui on järgitud töötervishoiu ja tööohutuse nõudeid, mis on sätestatud Eesti Vabariigi Valitsuse määruses nr. 95 (11.06.2009), redaktsiooni akt nr 35. (18.03.2010): „**Töötervishoiu ja tööohutuse nõuded rasedate ja rinnaga toitvate naiste tööks**“ <https://www.riigiteataja.ee/akt/72741>

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 (C).

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 300 kcal ja rinnaga toitmise ajal 500-650 kcal võrra päevas. Kui neil perioodidel kehaline koormus oluliselt väheneb, siis ei pea toiduenergiat suurendama, et vältida ebasoovitavat kehakaalu tõusu (C).

Kuni 12. rasedusnädalani on vajalik tarvitada foolhapet 400 mikrogrammi päevas, et vähendada loote neuraaltoru defekti tekkeriski (A).

Profülaktiline rauapreparaatide tarvitamine ei paranda ema ega loote tervislikku seisundit ja ei ole vajalik (A).

Vitamiin A tarbimine üle 700 mikrogrammi päevas on teratogeenne (C).

Raseduse ajal on soovitatav päevane D vitamiini kogus 10 mikrogrammi päevas (A). Vitamiin D tarvitamine on soovitatav vähese päikesepaistega kuudel (sügisel, talvel); peamiselt siseruumides ja kunstliku valgustuse käes viibivatele rasedatele; rasedatele kes tarbivad vähe piimatooteid, mune, kala, liha ja rasedatele, kelle raseduseelne kehamassi indeks oli $>30 \text{ kg/m}^2$ (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).

Vt. **Rasedate ja imetavate emade toidu- ja toitumissoovitused**,

<http://www.terviseinfo.ee/et/component/search/?searchword=rasedate+ja+imetavat&Itemid=4&x=22&y=15>

5.3. Ravimite ja toidulisandite 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.

Ravimite ordineerimisel tuleb arvestada raseduspuhuseid füsioloogilisi muutusi naise organismis, mis võivad mõjutada ravimi imendumist, omastamist ja eritumist (D). Käsimütügis olevate ravimite ohutu kasutamine raseduse ajal on tõendatud väheste preparaatide 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.rxlist.com, www.sam.ee

5.4. Vaktsineerimine raseduse ajal

I Nõrgestatud elusviirust/bakterit sisaldavad vaktsiinid

Nõrgestatud elusviirust/bakterit sisaldavad vaktsiinid on raseduse ajal vastunäidustatud (punitised, 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 kokkupuude haigusega on tõenäoline/vältimatu.

Imetamise ajal võib eeltoodud vaktsiine kasutada. Andmed tuberkuloosi vastu vaktsineerimise ohutuse kohta rinnaga toitmise ajal ei ole piisavad ja seda peab vältima (B).

II Inaktiveeritud/surmatud viirust/bakterit või selle antigeene sisaldavad vaktsiinid

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, pneumokokk, meningokokk, si-beri katk, kõhutüüfuse parenteraalselt manustatav vaktsiin.

Märkused:

1. Vaktsineerimine gripivastase vaktsiiniga on vajalik naistele, kelle raseduse teine ja kolmas trimester jäävad gripi kõrghooajale (B).
2. HPV vaktsiini raseduse ajal ei soovitata (D). Puudub informatsioon vaktsiini ohutuse kohta raseduse ajal. Rasedusaegne vaktsineerimine ei ole näidustus raseduse katkestamiseks.
3. Imetamise ajal on vaktsineerimine lubatud. Kuigi hepatiit A, pneumokokkinfektsiooni- ja marutõve vaktsiini ohutuse kohta ei ole piisavalt andmeid, on risk nende haiguste ülekandumiseks rinnapiima saavale lapsele minimaalne (D).

III Immunoglobuliinid

Immunoglobuliinid on näidustatud haiguse (hepatiit B, hepatiit A, marutõbi, teetanus, tuulerõuged) 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 tuulerõugeid põdenud ja on kontaktne tuulerõugeid põdeva isikuga. Immuunoglobuliin on näidustatud vastsündinule, kui tema ema põdes tuulerõugeid 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.

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

Vt. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/preg-guide.htm>

Centers for Disease Control and Prevention, viited informatsioonile erinevate vaktsiinide kohta

5.5. Mõnuainete tarvitamine raseduse ajal

Alkoholi ei ole soovitatav tarvitada raseduse planeerimisel, raseduse ja imetamise ajal (D). Alkoholi tarvitamine raseduse kolme esimese kuu jooksul suurendab raseduse katkemise riski (B). Ühe kuni kahe ühiku alkoholi (1 ühik = 25 ml puhast alkoholi ≈ 125 ml veini ≈ 250 ml

õlut) tarvitamine 1-2 korda nädalas ei ole tõenäoliselt teratogeenne (B). Alkoholi tarvitamine koguses viis ja enam ühikut korraga võib mõjuda lootele kahjulikult. Ema rasedusaegse alkoholi tarvitamise kaugmõjud lastele ei ole teada.

Suitsetamine raseduse ajal suurendab riski rasedustüsistuste (enneaegne sünnitus, platsenta irdumine, platsenta eesasetus ning loote kasvupeetus) tekkeks (B). Vajalik on vähendada sigarettide hulka raseduse ajal, sest see vähendab eeltoodud seisundite tekke riski ja mõjub soodsalt loote kasvule (B). Raseduse ajal suitsetanud emade lastel esineb sagedamini imikute äkksurma ning poegadel viljakuse langust hilisemas elus (C). Suitsetamisest loobumiseks tuleks soovitada suitsetamisest loobumise nõustamist: vt. <http://www.tai.ee/?id=3949>.

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, surrogaatinate 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 soovitav enamikule rasedatele (A). Soovitatakse 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 soovitav 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 suguühe rasedustüsistuste tekkeriski (B).

5.8. Reisimine raseduse ajal

Normaalse raseduse korral on lubatakse rasedaid lennureisile enamike lennufirmade poolt kuni 36. rasedusnädalani. Vajalik võib olla raseduse suurust ja sünnitustähtaega sisaldava dokumendi olemasolu. Pikkade reiside ajal suureneb venoosse trombemboolia risk, mistõttu on vajalik liikumine lennu ajal, tugisukad ja piisav vedeliku tarbimine (B).

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

Enne hüpertermia vararaseduse ajal on seotud sagedasema neuraalsete 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 tehisliku ultraviolettkiirguse korral.

Juukse- ja nahahooldusel kasutatavad kemikaalid/värvidel jm. ühenditel ei ole leitud teratogeenset toimet. Andmed rasedustüsistuste esinemise kohta on vastukäivad, mistõttu võiks raseduse esimesel trimestril vältida juuste kokkupuudet kemikaalidega (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 riietuse 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, kehasendi aeglane vahetamine, piisav liikumine
Veenilaiendid	Emaka surve suurtele veenidele, verepais, veremahu suurenemine ja onkootse rõhu vähenemine	Pikaaegse istuva asendi vältimine, tugisukad, võimlemisharjutused
Ninakinnisus, ninavejooks, igemete veritus	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, nõustamine
Raseduslaikude ja striiate 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 kandidiaasivastased preparaadid

Tundlikkuse häired, paresteesiad kätes, jalgades	Turse närvide kulu piirkonnas (näit.karpaalkanali piirkonnas)	Nõustamine, harjutused, tugi-sideme 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 üsasisesest kasvupeetust, 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 üsasisesest 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 $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) esineb sagedamini hüpertensiooni ja loote üsasisesest kasvupeetust, gestatsioonidiabeeti ja loote makrosoomiat (B); neile on näidustatud GTT raseduse esimesel trimestril ning vajadusel selle kordamine 24.-28. rasedusnädalal.

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

Lühikesekasvulistel rasedatel ($<155 \text{ cm}$) 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 kaaluprognosi antropomeetriliselt 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 üsasisesest 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. Lähisuhtevägivald

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 - <http://ensib.ee/ohvriabi-tootajate-kontaktandmed-4>; Naiste Varjupaikade Liit – <http://naisteliin.ee>) ja spetsialistide (raseduskriisi nõustaja, psühholoog, hingehoidja) poole. Lähisuhtevägivalla kahtlusel on soovitatav kutsuda rase visiidile sagedamini ja tagada visiidi privaatsus ja konfidentsiaalsus.

7.1.5. Psüühiline seisund

Raseduseelsed meeleoluhäired ja psühhiaatrilised haigused, soovimatu rasedus, lähisuhtevägivald ja halb sotsiaal-majanduslik seisund võivad suurendada riski rasedusaegsete 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; meeleoluhäirete kahtluse korral on soovitatav küsida:

- 1) kas rase on viimasel kuul tundnud lootusetust, väsimust, jõuetust või kurvameelsust?
- 2) kas rase on viimasel kuul tundnud teotahte vähenemist?

Juhul, kui rase vastab küsimustele jaatavalt, siis pakkuda abi ja toetust. Seisundi täpsustavaks hindamiseks ja edasise käitumistaktika välja töötamiseks teha koostööd perearsti, hingehoidja, raseduskriisi nõustaja, psühholoogi, psühhiaatri või/ja sotsiaaltöötajaga.

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 ning korduvat nõustamist. Viljatusravi tulemusena esineb sagedamini mitmikuid ja emakaväliseid rasedusi. Raseduse katkemise ja enneaegse sünnituse risk on tõusnud (B). Kui viljatuse põhjuseks on olnud polütsüstiliste munasarjade sündroom, on suurem risk gestatsioonidiabeedi tekkeks (A), rasedale tuleb teha GTT raseduse I trimestril.

7.2.2. Enneaegne sünnitus

Enneaegse sünnituse risk käesoleva raseduse ajal on suurem, kui eelnev(ad) rasedus(ed) on lõppenud enneaegse sünnitusega (A). Emakakaela pikkuse mõõtmine raseduse II trimestril ja fibronektiini hulga määramine emakakaelas võivad olla abistavaks meetodiks enneaegse sünnituse riski hindamisel, kuid ei ole praegustel andmetel vähese tundlikkuse tõttu rutiinuurin-guna näidustatud (C). Profülaktiline ravi tokolüütiliste preparaatidega ei ole näidustatud (B).

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 >4500 g või <2500 g

Madalakaalulise lapse korral analüüsida võimalikke põhjusi ja nende kordumise riski, jälgida hoolikalt loote kasvu ja seisundit raseduse ajal. Kui anamneesis on >4500g lapse sünd, siis kuulub rase gestatsioonidiabeedi kõrge riski gruppi ja vajab lisauuringuid (GTT raseduse I trimestril ja vajadusel selle kordamine 24.-28. rasedusnädalal ning ultraheli uuring raseduse III trimestril) (B). Rase võib vajada tavapärasest rohkem naistearsti konsultatsioone.

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

Emakaanomaaliate 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 või sünnitus

Tüsistustega kulgenud varasema raseduse või sünnituse hulka kuuluvad seisundid: raske preeklampsia, verejooks (>1000ml), septiline tüsistus, trombemboolilised tüsistused, ulatuslikud sünnitusjärgsed rebendid jms. Vajalik on hoolikas raseda jälgimine kaebuste osas, raseda seisundi ja loote üsasisese 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, 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

Rasedus ja kaasuvad haigused mõjutavad teineteist. Rasedus võib muuta kroonilise haiguse kulgu ning haigus võib mõjutada raseda kohanemist rasedusega ja tüsistada raseduse kulgu.

Kõrge riskiga on rasedused järgnevate ema tervishäirete korral:

- Südame-veresoonkonna haigused, sh hüpertensioon ja kaasasündinud või omandatud südamerikked
- Neeruhaigused, sh ühe neeruga või neeruanomaaliaga patsiendid
- Endokriin- ja ainevahetushaigused: diabeet, hüpo- ja hüpertüreoos jt
- Hematoloogilised haigused sh trombotsütopeeniad, hemoglobiнопaatiad, krooniline ja/või ebaselge põhjusega aneemia jt
- Autoimmuunhaigused
- Krooniline maksahaigus
- Raske astma
- Organpuudulikkusega kulgevad haigused, sh transplantatsioonijärgne seisund
- Psühhootroopseid 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 on vastutavaks antenataalse hoolduse pakkujaks naistearst. Vajalik on teha koostööd vastava eriala spetsialistiga, et ühiselt koostada raseduse jälgimise plaan. Vastavalt raseduse jälgimise plaanile võib osa visiite toimuda ka ämmaemanda või perearsti juurde.

7.4 Käesoleva raseduse käigus tekkivad rasedusriskid

Raseduse jooksul võib ilmneda 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
- Rasedusoksendamise koos ainevahetushäiretega
- Ähvardav raseduse katkemine
- Vereeritus suguteedest raseduse ajal
- Kuse – ja suguteede infektsioonid (sh asümptomaatiline bakteriuria*)
- Ähvardav enneaegne sünnitus enne 34. rasedusnädalat
- Mittevastavus loote suuruse ja raseduse kestuse vahel, ebaselge raseduse kestus
- Oligo- ja polühüdramnion
- Tuharseis ja muud loote ebaõiged seisud pärast 34. rasedusnädalat
- Oletatav loote kaal >4000 g raseduse 38. nädalal

- Loote üsasise 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. Kui antenataalset hooldust osutab ämmaemand, siis on konsulteerimine naistearstiga kohustuslik, kuna ämmaemandal puudub õigus antibiootikumravi määramiseks.

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 vaginosisi ravi ei vähenda enneaegse sünnituse riski (A).

Kõik rasedad, kellel esinevad bakteriaalse vaginosisi sümptomid, vajavad ravi, sest bakteriaalset vaginosisi seostatakse enneaegse sünnitusega, enneaegse lootevee puhkemisega, koorionamniioniidiga, intraamniaalsete infektsioonidega ja sünnitusjärgse endometriidiga (B).

Raviskeemi rasedal vt. http://www.esic.ee/guidelines/STLI_ravijuhis_2007.pdf

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

Rutiinne skriinimine 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 sünnitusaegne profülaktiline ravi on näidustatud vaid järgmistel juhtudel:

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

8.1.4. B-hepatiidi viirus

B-hepatiidi pinnaantigeeni (HBsAg) esinemissagedus rasedatel on 0,5-1%. Kõiki rasedaid peab uurima B-hepatiidi suhtes, et vähendada riski haiguse ülekandeks emalt-lapsele (A). Vastavalt tõenduspõhiste uuringutele on põhjendatud HBsAg määramine raseduse I trimestril või hilisema esmase pöördumise korral esimesel visiidil. Kui rase on B-hepatiidi suhtes vaktsineeritud, võib raseda dokumentatsiooni teha kande selle kohta vaktsineerimispassi alusel.

Kui HBsAg osutub positiivseks, siis võiks analüüsi korrata ning ühtlasi määrata ka B-hepatiidi e-antigeeni (HBeAg) olemasolu. eAg esinemisel on risk haiguse ülekandeks emalt lapsele kõrgem ning vastsündinu vajab lisaks B-hepatiidi vaktsiinile ka immunoglobuliini (C).

8.1.5. C-hepatiidi viirus

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

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. HIV-infektsiooni diagnostika ja ravi, 2003,

http://www.esic.ee/guidelines/HIV_Ravijuhend_2003.pdf

8.1.7. Punetised

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

Vaktsineerimine punetiste vastu raseduse ajal on vastunäidustatud ning rasestumisest soovitakse hoiduda 4 nädalat pärast vaktsineerimist.

8.1.8. Süüfilis

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

Kõiki rasedaid tuleb süüfilise suhtes testida I trimestril (või esimesel pöördumisel) kuna süüfi-
lise ravist on kasu nii ema kui tulevase lapse tervisele. Ravi toimub koostöös naha- ja suguhai-
guste arstiga ja peab olema kajastatud raseda dokumentatsioonis. Vajalik on seksuaalpartneri-
te 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.

Raviskeemi rasedal vt. http://www.esic.ee/guidelines/STLI_ravijuhis_2007.pdf

8.1.9. Toksoplasmoos

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

Rasedatele tuleb õpetada meetmeid nakatumisest hoidumiseks (C):

- Vältida väheküpsetatud liha söömist
- Kanda kindaid aiatöödel ja mullaga kokkupuutel ning pesta käsi peale tegevuse lõpe-
tamist
- 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 rasedate rutiinne testimine gonorröa suhtes vajalik,
analüüsi võtmise vajaduse otsustamisel lähtuda raseda anamneesist ja tervisekäitumisest.

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: väike-
se vaagna põletikuline haigus, viljatuse, 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.

Raviskeemi rasedal vt. http://www.esic.ee/guidelines/STLI_ravijuhis_2007.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 – raseduseelset rauavarud kasutatakse ema kiirenenud vereloomest 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 jt), raua imendumise häired, 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 hemoglobiini väärsi (85-105 g/l) seostatakse lapse madala sünnikaalu ja enneaegse sünnituse kõrgema riskiga (C). Rasedaid tuleb uurida aneemia esinemise suhtes raseduse I trimestril (või esimesel pöördumisel) ning korrata analüüsi 28. rasedusnädalal, et jääks enne sünnitust piisavalt aega raviks (B).

Rauavaegusaneemia korral aitab rauadepoode seisundit hinnata seerumi ferritiini taseme määramine. Rauaasendusravi eesmärgiks on hoida ferritiini tase seerumis üle 10 mikrog/l ning hemoglobiini tase vähemalt 110 g/l ning vältida rauavaegusaneemiast tingitud tüsistuste teket emale ja lapsele.

Profülaktiline rauaasendusravi ei ole vajalik, vt. ptk.5.2. (A).

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

Vt. Juhend hemoglobiнопaatiate skriininguks ja raviks:

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

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62FullGuidelineCorrectedJune2008July2009.pdf>

Vt. Juhend rasedate rauavaegusaneemia ennetamiseks toitumisega:

Rasedate ja imetavate emade toitumis- ja toidusoovitused, koostajad Mahla, M, Piirimäe, E, Lember, Ü, 2007,

<http://www.terviseinfo.ee/et/component/search/?searchword=rasedate+ja+imetavat&Itemid=4&x=22&y=15>

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 antikehade 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 verekeskuse 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 verekeskusesse 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 suuruselt.

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. Passiiv-

ne 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://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/Inimverest%20preparaatide%20kasutusjuhend07.11.05.doc

8.3. Sünnieelne diagnostika

Sünnieelse diagnostika uuringute eesmärgi, võimalusi ja tööprotokolle käsitleb „Sünnieelne diagnostika. Metoodiline juhend“, mille praegune versioon kehtib kuni 2014.a.

Sünnieelse diagnostika (SeD) kasutamine peab põhinema konsulteeritava naise või (abi-elu)paari vabal ja informeeritud nõusolekul.

Skriininguuringute eesmärgiks on kõikide rasedate hulgast välja selgitada riskirühm, kellel on suur riski sünnitada kromosoomihaigusega või kaasasündinud väärarendiga last.

Vastavalt kehtestatud läviväärtustele liigituvad tulemused skriiningpositiivseteks (kõrge risk) või –negatiivseks (madal risk). Kõrge riskiga rase vajab konsultatsiooni edasiste täiendavate uuringute jaoks (loote kromosoomiuuring jt.).

Eestis kasutusel olevad SeD sõeluuringute variandid:

Kombineeritud sõeltest

I trimestri sõeltest, mille puhul saadakse riskihinnang kombineerides I trimestri ultraheliuuringu ja seerumiskriiningu (kaksiktest – PAPP-A ja vaba β -hCG) tulemused. I trimestri seerumiskriining tehakse raseduse 9.-12.(13.) nädalal. I trimestri ultraheliuuring ja loote kuklapiirkonna läbikumavuse (ing. *nuchal translucency*, *NT*) mõõtmine peab olema läbi viidud nõuetekohaselt *Fetal Medicine Foundation*'is akrediteeritud spetsialisti poolt. Ultraheliuuring tehakse 11+0 kuni 13+6 rasedusnädalal.

Integreeritud sõeltest

Erinevate trimestrite summaarne sõeltest: riskihinnang saadakse I trimestri ultraheliskriiningu (NT) ja II trimestri seerumiskriiningu (kolmiktest – AFP, hCG ja uE3) tulemuste liitmisel, vastus saadakse II trimestril. II trimestri seerumiskriining tehakse 14+0 kuni 17+6 rasedusnädalal.

Sõltuvskriining

Sõelteste tehakse nii I kui II trimestril. I trimestri skriining (NT + I trimestri seerumiskriining) jagab rasedad kolme gruppi:

- a. kõrge risk – näidustatud on invasiivne protseduur loote kromosoomianalüüsi jaoks
- b. madal risk – test on korras, skriining lõpetatakse
- c. vahepealne risk – naisele pakutakse edasist riskihinnangut II trimestril (seerumiskriining, integreeritud sõeltest)

Hetkel on Eestis kõigile rasedatele kättesaadav II trimestri seerumiskriining (kolmiktest). Lähedes tõhususest tuleks eelistada sõltuvskriiningut (NT + I trimestri seerumiskriining + (vajadusel) II trimestri seerumiskriining). Juhul kui NT on mõõdetud, kuid I trimestri seerumiskriining ei ole konkreetsetes oludes võimalik, tuleb rakendada integreeritud skriiningut (NT + II trimestri seerumiskriining).

II trimestri ultraheliskriining toimub 19.-21.rasedusnädalal ning selle eesmärgiks on loote väärarendite avastamine. Uuringut pakutakse kõigile rasedatele. Uuring on vabatahtlik. Uuringu viib läbi vastava ettevalmistuse saanud naistearst, radioloog või ämmaemand.

Invasiivsed SeD protseduurid

Soovitav aeg amniotsenteesiks on alates 15+1 rasedusnädalast ja koorionibiopsiaks alates 11+0 rasedusnädalast. SeD invasiivseid protseduure võib teha ainult vastava väljaõppe saanud naistearst või radioloog. Invasiivsele protseduurile peab eelnema nõustamine ning protseduuriks peab olema kirjalik nõusolek.

Loote kromosoomi- ja geenihaiguste uuringu (invasiivse SeD) näidustused:

1. Raseda sõeluuringul leitud kõrge risk loote kromosoomihaigustele
2. Ultraheliuuringul leitud loote väärarend
3. Ühel vanematest on kromosoomide struktuurne muutus
4. Kromosoomipatoloogia eelmisel lapsel (eriti autosoomi trisoomia, nt Down'i sündroom)
5. Ioniseeriva kiirguse või tsütotoksilise ravi toime ema või isa sugurakkudele või embrüole/lootele organogeneesi perioodil
6. Pärilikud X-liitelised haigused perekonnas (loote soo määramiseks, geenidiagnostikaks)
7. Geenihaigused perekonnas (kui on olemas test haiguse sünnieelseks diagnoosimiseks)
8. Muud geneetiku poolt kindlakstehtud põhjused

Vt. **Sünnieelne diagnostika. Metoodiline juhend**, 2011, juhendi täisversioon: www.ens.ee

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).

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 eesasuv 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).

8.4.5. Ultraheli- ja doppleruuring raseduse III trimestril

Ultraheliuuring võimaldab hinnata loote oletavat massi, lootevee hulka, platsenta asukohta ja loote seisu, hoiakut, asetsust ja eesasuvat osa, visualiseerida loote struktuurseid anomaaliad.

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
- 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/eesasuv osa raseduse 34. nädalast alates
- Anamneesis loote üsisisene 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
- Ema seisundi halvenemine (preeklampsia, äge haigestumine jt)
- Patoloogiline kardiotokograafilise uuringu tulemus
- Loote väärendid ja haigused (hüdrops, kõhu esseina defekt, südame väärendid jt)

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

8.5. Raseduspetsiifiliste ema seisundite skriinimine

8.5.1. Rasedushüpertensioon 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 proteinuuriat. Rasedusaegne hüpertensioon taandub sünnitusjärgses perioodis, kuid võib olla riskiteguriks hüpertensiooni tekkimisele hilisemas elueas.

Preeklampsia korral lisandub vererõhu tõusule proteinuuria üle 0,3 grammi ööpäevas. Vererõhu tõus ja proteinuuria 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 ($KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ esimesel visiidil)
- Mitmikrasedust kandvad naised
- Eelneva haigusega (hüpertooniatõbi, diabeet, krooniline neeruhaigus) rasedad

Rasedat tuleb informeerida, millised on preeklampsia ohu märgid ning milliste kaebuste korral tuleb kindlasti pöörduda antenataalse hoolduse osutaja juurde (D):

- 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 subjektiivsete 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 ja/või diastoolse arteriaalse vererõhu (dRR) väärtust ≥ 90 mmHg kahel järjestikusel mõõtmisel intervalliga vähemalt 4 tundi.

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

Kui sRR on ≥ 160 mmHg ja/või dRR ≥ 100 mmHg kahel järjestikusel mõõtmisel, vajab rase koheselt antihüpertensiivset ravi. Ravi alustab ja edasise jälgimisskeemi 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 $\geq 0,3$ grammi või kvalitatiivses testis $\geq 1+$, siis peab raseda suunama edasisteks uuringuteks naistearsti või rasedatega tegeleva sisearsti juurde või statsionaarseteks uuringuteks sünnitusosakonda.

8.5.2. Gestatsioonidiabeet

Gestatsioonidiabeet (GDM) on süsivesikute ainevahetuse häire, mille tõttu tekib raseduse ajal hüperglükeemia ja/või insuliini resistentsus. Haigus esineb raseduse ajal ja taandub peale sünnitust (A). Gestatsioonidiabeedi esinemissagedus on erinevatel rahvustel 1-10%. Naistel,

kellel esines gestatsioonidiabeet, on kõrge risk I või II tüüpi diabeedi tekkeks hilisemas elus (A).

Kõigi rasedate testimine gestatsioonidiabeedi suhtes ei ole vajalik (B), kuid on teada, et valikuline testimine võimaldab avastada vaid umbes 50% juhtudest. Erilist tähelepanu tuleb pöörata rasedatele, kellel diagnoositakse veresuhkru ainevahetuse häire enne 20. rasedusnädalat. Enamasti on siis tegemist raseduseelse diabeediga, mis kulges varjatult ja avaldus esmakordselt raseduse ajal. Nendel rasedatel esineb sageli glükoosuria juba raseduse esimesel poolel. Juhuslikult määratud veresuhkru normaalne tase ei välista gestatsioonidiabeedi esinemise võimalust. Gestatsioonidiabeedi diagnoosimiseks ei saa kasutada paastu- või söömisjärgse veresuhkru väärtusi ega glükoosi määramist uriinis.

Gestatsioonidiabeedist on ohustatud (nn. kõrge riski grupp) (A):

- Ülekaalulised naised (KMI raseduseelselt $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)
- Rasedad, kellel on esinenud GDM eelmise raseduse ajal
- Rasedad, kellel on anamneesis glükoositaluvuse häire
- Rasedad, kelle esimese astme sugulastel (ema, isa, õde, vend) esineb diabeeti
- Rasedad, kes on sünnitanud suurekaalulise ($>4500\text{g}$) vastsündinu
- Rasedad, kellel on anamneesis ebaselge põhjusega loote surm
- Rasedad, kellel esineb polütsüstiliste munasarjade sündroom

Gestatsioonidiabeediga (GDM) seotud riskid emale ja lapsele on sarnased riskidega raseduseelse diabeedi korral (A):

- Raseduse katkemine
- Enneaegne sünnitus
- Preeklampsia
- Perinataalne surm, antenataalse surma risk on kõrgeim viimase 4-8 rasedusnädala jooksul
- Makrosoomia
- Sünnitrauma
- Võimalik vajadus sünnituse induksiooniks või keisrilõikeks
- Vastsündinul adaptatsioonihäired
- Lapsel hiljem ülekaalulisus ja soodumus süsivesikute ainevahetuse häirete tekkeks

Gestatsioonidiabeedi skriining

Esimesel vastuvõtul:

- Veresuhkru analüüs teha kõigile rasedatele
 - Kui paastusuhkur on $\geq 7,0 \text{ mmol/l}$ ja/või juhuslik veresuhkur on $\geq 11,0 \text{ mmol/l}$, siis jätta glükoosi tolerantsustest (GTT) ära ja suunata rase koheselt rasedate suhkruhaigetega tegelevasse keskusesse. Tegemist on juba välja kujunenud diabeediga, mida ei ole raseduseelselt tuvastatud.
- Kui paastusuhkur on $5,2\text{-}6,9 \text{ mmol/l}$ ja/või juhuslik veresuhkur on $7,0\text{-}10,9 \text{ mmol/l}$, siis teha GTT esimesel trimestril.
- Kõrge riski grupile tuleb teha GTT esimesel trimestril, et välistada varjatud II tüüpi diabeeti.

24.-28. rasedusnädalal:

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

GTT teostamine

Rasedatele tehakse kahe tunni GTT 75 g glükoosiga.

Testi meetodika:

Rase peab eelmisest öhtust alates 20.00 olema söömata ja joomata kuni testi sooritamiseni. Hommikul (8.00) määratakse paastujärgne veresuhkur; seejärel antakse juua 75 g glükoosi lahustatuna 200 ml vees. Veresuhkur määratakse 1 tund ja 2 tundi peale glükoosilahuse joomist. Testi vältel ei tohi rase süüa ega juua, soovitatav on rahulik istumine või lamamine.

Testi normaalväärtused on:

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

Gestatsioonidiabeedi diagnoosimiseks peab üks väärtustest olema üle normi.

Kui esimene, tühja kõhu veresuhkur, on $\geq 7,0$ mmol/l, siis ei ole GTT vajalik, sest tegemist on väljakujunenud diabeediga.

GTT ja glükokortikoidravi (nt betametasoni manustamine loote kopsude ettevalmistamiseks) vaheline soovitatav intervall on vähemalt 1 nädal.

Gestatsioonidiabeediga patsiendi jälgimine

Ühe nädala jooksul pärast GDM diagnoosimist tuleb rase suunata dieedinõustamisele. Gestatsioonidiabeedi dieetravi viib läbi dieetravi koolituse läbinud diabeediõde või ämmaemand.

Gestatsioonidiabeedi ravi eesmärgid:

Tühja kõhu veresuhkur	≤ 5,3 mmol/l
1 tund pärast sööki	≤ 7,8 mmol/l
2 tundi pärast sööki	≤ 6,7 mmol/l

Kui kahe nädala vältel ei ole dieetriga veresuhkrud eesmärkväärtustel, siis alustatakse medikamentooset ravi. Medikamentooset ravi alustab ja raseduse edasise jälgimise plaani koostab rasedatele spetsialiseerunud sisearst või endokrinoloog koos naistearstiga. Vastavalt plaanile võib osa visiite toimuda ka ämmaemanda või perearsti juurde.

8.5.3. Enneaegne sünnitus

Emakakaela lühenemine transvaginaalsel ultraheliuuringul ja loote fibronektiini normist kõrgem tase emakakaela limas seonduvad enneaegse sünnitusega (B).

Normaalselt kulgeva raseduse korral ei ole vajalik rutiinselt mõõta ultraheliuuringul emakakaela pikkust (A) ega määrata loote fibronektiini taset, sest need uuringud ei võimalda vähendada enneaegse sünnituse riski (B).

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 asukohta 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 pööret teha ei soovitata. Sobivamaks ajaks loetakse raseduse 36.-37. nädalat, piisava lootevee ja liikuva loote korral võib pööret üritada ka hiljem, kuid õnnestumise tõenäosus on väiksem (A). Mitmikute korral ei kasutata loote välist pööret antenataalselt, küll aga sageli sünnituse käigus, et pöörata II kaksik risti- või tuharseisust peaseisu.

Loote välisele pöördele suunamise näidustused (A)

- Rasedus 36.nädalat, 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, dopploruuringul patoloogiline verevool nabavädiarteris või loote veresoontes)

Loote välise pöörde suhtelised vastunäidustused

- Preeklampsia
- Loote üsasise kasvamise häire, kõrvalekalded doppler-uuringul
- Emaka väärend või müoomisõlmed
- Oligohüdramnion
- Puhkenud lootevesi
- Loodet deformeerivad väärendid
- Anamneesis korporaalne keisrilõige

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

Loote välise pöördeteostamise 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 pöördeteostamise järgselt anti-D-immunoglobuliini.

8.5.5. Raseduse jälgimine peale 41. rasedusnädalat

Alates raseduse kestusest 41 näd. 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
- Raseda küsitlemine vaevuste ja meeleolu suhtes, nõustamine
- Raseda läbivaatus ja üldseisundi hindamine
- Raseda vaginaalne läbivaatus ja analüüsivõtmine
- Vererõhu mõõtmine, raseda kaalumine, kehamassi indeksi (KMI) hindamine
- Loote võimalike väärandite ja kaasasündinud haiguste varane diagnoosimine - ultraheliuuring 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,
- aneemiale,
- paastuveresuhkru väärtusele, gestatsioonidiabeedi riskiteguritele,
- mitmikraseduse esinemise võimalusele,
- krooniliste haiguste raviks kasutatavate ravimite sobivusele rasedusaegseks kasutamiseks.

Sünnieelne diagnostika I trimestril

Ultraheliuuring tehakse 11+0 kuni 13+6 rasedusnädalal. Võimalusel tuleks eelistada ultraheliuuringut, mille teostab *Fetal Medicine Foundation*'i poolt akrediteeritud spetsialist, kes mõõdab ka loote kuklapiirkonna läbikumavuse (ing. *nuchal translucency*, *NT*). Mitmikraseduse korral tuleb I trimestri ultraheliskriiningu käigus alati kindlaks teha ja dokumenteerida, kas tegemist on mono- või dikoriaalse/mono- või diaamniaalse rasedusega.

Kui on võimalik teha I trimestri ultraheliuuring koos NT mõõtmisega, siis jätkatakse sünnieelset diagnostikat kombineeritud sõeltesti, sõltuvskriiningu või integreeritud sõeltesti juhiste alusel (vt. 8.3).

Näidustused geneetiku konsultatsioonile suunamiseks I trimestril:

1. kõrge risk I trimestri kombineeritud sõeltesti alusel (vt. 8.3)
2. NT suurem kui 3 mm
3. muud põhjused loote kromosoomi- ja geenihaiguste uuringuks (vt. 8.3)

Kui puuduvad võimalused NT mõõtmiseks, tuleb siiski teha ultraheliuuring, et hinnata raseduse paiknemist emakaõõnes, loodete arvu, mitmikraseduse korral koriaalsust/amniaalsust, loote(loodete) väärendite esinemist ning täpsustada raseduse kestus.

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)
- Veregrupp, reesusfaktor, antikehade esinemine
- Kliiniline veri
- 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 riski grupi rasedatele teha GTT

Emakakaela- ja tupeanalüüsid

- Analüüs klamüdiiosile, kui eelmisest analüüsist on möödas ≥ 6 kuu. Test peab olema teostatud akrediteeritud laboratooriumis.
- GÜnekotsütoloogiline (PAP) test, kui viimasest analüüsist on möödas ≥ 2 aasta.

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

Vt. **Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis, 2007**,
(http://www.esic.ee/guidelines/STLI_ravijuhis_2007.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 rase kaaluda, hinnata kaaluuivet, tursete esinemist ja mõõta vererõhk
- Emakapõhja kõrgust mõõta ja dokumenteerida hiljemalt raseduse 20. nädalast
- Alates 20. rasedusnädalast küsitleda rasedat looteliigutuste olemasolu kohta ja kuulatleda loote südamelööke
- Küsitleda rasedat tupevooluse suhtes, kaebuste korral vajadusel vaginaalne vaatlus
- Hinnata korduvalt rasedusriske
- Raseduspuhuste riskide korral konsulteerida naistearsti või eriarstiga, suunata rase lisauuringutele

Analüüsid ja uuringud II trimestril

Sünnieelne diagnostika

Jätkub sünnieelne diagnostika sõltuvskriiningu või integreeritud sõeltesti juhiste alusel (vt. 8.3).

II trimestri seerumiskriining tehakse 14+0 kuni 17+6 rasedusnädalal.

II trimestri ultraheliskriining toimub 19.-21.rasedusnädalal. Ultraheliuuringu teostab vastava koolituse saanud spetsialist (naistearst, radioloog või ämmaemand).

Kui ilmneb kõrge risk seerumiskriiningu alusel või ultraheli uuringul leitakse loote anomaalia, siis on näidustatud geneetiku konsultatsioon. Muud põhjused loote kromosoomi- ja geenihai- guste uuringuks on loetletud eespool (vt. 8.3).

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 kaaluiive, glükosuuria, loote makrosoomia, polühüdrarnion) (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 kliiniline **vereanalüüs** 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
- gestatsioonidiabeedile
- 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 rase kaaluda, hinnata kaaluiivet ja tursete esinemist, mõõta vererõhk, emakapõhja kõrgus
- Küsitleda rasedat looteliigutuste olemasolu kohta, kuulatleda loote südamelööke
- Alates 30.nädalast hinnata loote seisu emakas
- 34. rasedusnädalal täpsustada loote eesasu osa
- Vaagnaotsseisu/ristiseisu püsimisel 35.-36. rasedusnädalal 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 soovitatav naistearsti konsultatsioon esialgse sünnituse juhtimise plaani koostamiseks

- Näidustuste olemasolul suunata rase kardiotokograafiale ja/või ultraheliuuringule/doppleruuringule (vt. 8.4.3., 8.4.4.)
- Hinnata korduvalt rasedusriske
- Raseduspuhuste riskide ilmnemisel konsulteerida naistearsti või eriarstiga, suunata rase lisauuringutele

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

Analüüsid III trimestril

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

Alates raseduse kestusest 41 näd. + 0 päeva jätkab raseda jälgimist naistearst. Soovitatav on igal külastusel teha kardiotokograafia. 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: Routine Care for the Healthy Pregnant Women, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008,

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline.pdf>

Antenatal Care Schedule-Routine Low Risk, The Royal Women's Hospital, Victoria, Australia, 2006, <http://www.thewomens.org.au/>

Antenatal Shared Care Guidelines for General Practitioners, 4th Edition, King Edward Memorial Hospital, Australia, 2003, uuendatud 2010,

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

Diagnosis, Evaluation and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy, Clinical Practice Guidelines, Guideline No.206, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SCOG), 2007, http://www.sogc.org/guidelines/index_e.asp#Obstetrics

External Cephalic Version (ECV) and Reducing the Incidence of Breech Presentation, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guideline N20a, 2006, <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT20aExternalCephalica2006.pdf>

Group B Streptococcal Disease, Early Onset, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines, N36, 2003,

<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-early-onset-neonatal-group-b-streptococcal-disease-green->

Health Care Guideline, Routine Prenatal Care, 14th edition, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2010,

http://www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care_routine_full_version_2.html

Obstetric Cholestasis, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines N43, 2006,

<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT43ObstetricCholestasis2006.pdf>

Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care, A Guide for Essential Practice, World Health Organization, Geneva, 2006,

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

Rh-prophylaxis, Anti-D-immunoglobulin, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines, N22, 2002,

<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/use-anti-d-immunoglobulin-rh-prophylaxis-green-top-22>

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

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12047/41690/41690.pdf>

Severe Pre-Eclampsia/Eclampsia, Management, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines, N10A, 2006,
<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-severe-pre-eclampsiaeclampsia-green-top-10a>

Three Centres Consensus Guidelines on Antenatal Care, 2001,
<http://www.health.vic.gov.au/maternitycare/anteguide.pdf>

WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model, World Health Organization, Geneva 2002,
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf

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 <http://www.sogc.org/guidelines/public/173e-jcpg-march2006.pdf>

Bernloehr A, Smith P, Vydellingum 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://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/Inimverest%20preparaatide%20kasutusjuhend07.11.05.doc

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 Councelling 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 ja imetavate emade toidu- ja toitumissoovitused, koostajad Mahla, M, Piirimäe, E, Lember, Ü, Eesti Ämaemandate Ühing, Tervise Arengu Instituudi väljaanne, 2007, <http://www.terviseinfo.ee/et/component/search/?searchword=rasedate+ja+imetavat&Itemid=4&x=22&y=15>

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. 183, vastu võetud 23.12.2010 <https://www.riigiteataja.ee/akt/121062011024>

Haiguste ja tervisega seotud probleemid, mille esinemisel katkestatakse rasedus kolmanda etapi haiglas. Sotsiaalministri määrus nr 36, vastu võetud 26.05.2000, kehtiv redaktsioon 01.06.2002 <https://www.riigiteataja.ee/akt/82511>

Iseseisvalt osutatavate ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu. Sotsiaalministri määrus nr 22, vastu võetud 19.03.2010 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13289780>

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr 56, vastu võetud 18.09.2008 <https://www.riigiteataja.ee/akt/107072011010>

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

Immunohematoloogiliste uuringute tegemise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr.61, vastu võetud 29.04.2005, hetkel kehtiv redaktsioon 10.30.2011 <https://riigiteataja.ee/akt/107032011004>

Perekonnaseadus. Vastu võetud 18.11.2009, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/121122010014>

Ravikindlustuse seadus. Vastu võetud 19.06.2002, enamuses jõustus 01.10.2002, hetkel kehtiv redaktsioon 07.06.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/110062011008>

Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. Vastu võetud 25.11.1998, hetkel kehtiv redaktsioon 1.07.2010 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13243384>

Riiklike peretoetuste seadus. Vastu võetud 14.11.2001, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2012 <https://www.riigiteataja.ee/akt/114032011011>

Riiklike peretoetuste ja vanemahüvitise taotlemise avalduse vorm ja vajalike lisadokumentide loetelu. Sotsiaalministri määrus nr 5, vastu võetud 21.01.2004, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/101112010019>

Surma põhjuse tuvastamise seadus. Vastu võetud 13.04.2005, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/128122010021>

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud, 09.05.2001, hetkel kehtiv redaktsioon 1.09.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009>

Töölepingu seadus. Vastu võetud 17.12.2008, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13319829>

Töötervishoiu ja tööohutuse nõuded rasedate ja rinnaga toitvate naiste tööks. Vabariigi valitsuse määrus nr. 95, vastu võetud 11.06.2009 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13290413>

Töötervishoiu ja tööohutuse seadus. Vastu võetud 16.06.1999, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13329552>

Töövõimetuslehe registreerimise ja väljaandmise tingimused ja kord ning töövõimetuslehe vormid. Sotsiaalministri määrus nr. 114, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13363160>

Vanemahüvitse seadus. Vastu võetud 10.12.2003, hetkel kehtiv redaktsioon 01.01.2011 <https://www.riigiteataja.ee/akt/12848939>

Võlaõigusseadus. Vastu võetud 26.09.2001, hetkel kehtiv redaktsioon 18.07.2011 Tervishoiuteenuse osutamise leping § 758-773 <https://www.riigiteataja.ee/akt/108072011021>

Lisad

Lisa 1 Antenataalse nõustamise soovituslikud teemad ja nõustamise ajastamine

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

1. Rasestumine, raseduse kulg ja muutused kehas
 - raseduse tuvastamine
 - muutused organsüsteemides raseduse jooksul
2. Rasedusaegsed vaevused
 - vaevused organsüsteemiti, põhjused
 - vaevuste leevendamise viisid
3. Kohanemine raseduse ja emadusega
 - psüühilised muutused
4. Loote kasv ja 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 jälgijate pädevus, koostöö, suunamine
6. Uuringud ja analüüsid
 - eesmärk
 - näidustused
 - ohud
 - ajastus ja ettevalmistus
 - tulemuste tõlgendamine
7. Toitumine
 - toitumisharjumused
 - dieetid
 - toidulisandid, vitamiinid
8. Eluviisid
 - puhkus ja uni
 - füüsiline aktiivsus
 - treeningute alustamine, jätkamine, katkestamine
 - ohutunnused
 - reisimine (ohud, turvasoovitused, vaktsineerimine)
9. Seksuaalelu
 - võimalikud muutused seksuaalsuses
 - seksuaalelu raseduse ajal

10. Muutused peresuhetes
 - rollimuutused
 - lähisuhtevägivald
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
 - ravi omakäeline katkestamine ja sellest tulenevad rasedusriskid
 - raseduse ajal määratud ravimid: ravi vajalikkus, ravi tegemata jätmisega seotud ohud, ravimi mõju loote arengule ja kõrvaltoimed
 - käsimüügiravimid ja nende kasutamine raseduse ajal
15. Füüsiline ja vaimne ettevalmistus sünnituseks
 - sünnitusplaan (ootused, vajadused)
 - sünnituse algus ja kulg
 - tugiisik, eneseabi võtted
 - sünnitusel tehtavad toimingud
 - sünnituse valutustamise võimalused
 - sünnitusabi meeskond
16. Sünnitusjärgne aeg
 - füüsiline taastumine
 - psüühilised eripärad (emadusmasendus, depressioon)
 - sünnitusjärgsed terviseprobleemid
 - sünnitusjärgne ema ja imiku jälgimise korraldus (perearsti valimine, vaktsineerimise olulisus, uuringud jne.)
17. Vastsündinu
 - psüühilised ja füüsilised vajadused
 - hooldus
 - toitmine
 - turvalisus ja ohutegurid
18. Imetamine
 - alustamine, jätkamine
 - rinnapiimaga toitmise kasulikkus emale ja lapsele
 - imetamishõustamise võimalused
 - nõustamine imetamiskeskuste korral
19. Sünnitusjärgne kontratseptsioon
 - meetodid, toime, ohud, kasutamine, järjepidevus

20. Muud teemad vajadusel (raseduse katkemine, operatiivne sünnitusabi, enneaegsus ja ülekandlus, mitmikud, haige lapse sünd jne)

Antenataalse nõustamise ajastamine

Nõustamise teemad ja oodatav toimumisaeg	Enne rasedust	I trimestril	II trimestril	III trimestril	Sünnituse järgselt
1. Raseduse kulg ja muutused kehas	X	X	X	X	
2. Rasedusaegsed vaevused, nende leevendamine	X	X	X	X	
3. Psüühiline kohanemine raseduse ja emadusega	X	X	X	X	X
4. Loote kasv ja areng	X	X	X	X	
5. Antenataalse jälgimise põhimõtted ja ajakava	X	X vajadusel	X vajadusel	X vajadusel	
6. Uuringud ja analüüsid	uuringule suunamisel/analüüsi määramisel	uuringule suunamisel/analüüsi määramisel	uuringule suunamisel/analüüsi määramisel	uuringule suunamisel/analüüsi määramisel	uuringule suunamisel/analüüsi määramisel
7. Toitumine	X	X	X	X	X
8. Eluviisid - liikumine ja füüsiline aktiivsus; uni ja puhkus; reisimine	X	X	X	X	X
9. Seksuaalsus	X vajadusel		X		X
10. Muutused peresuhetes, rollimuutused		X	X		X
11. Töökeskkond, töötingimused	X			X	
12. Seadusandlus, sotsiaalne kaitse ja õigused	X	X vajadusel	X vajadusel	X vajadusel	X vajadusel
13. Kahjulikud harjumused (sh alkohol, nikotiin, narkootikumid)	X	X vajadusel	X vajadusel	X vajadusel	X vajadusel

14. Ravimid ja rasedus	X	vajadusel	vajadusel	vajadusel	vajadusel
15. Ettevalmistus sünnituseks (sünnituse kulg, tugiisik, sünnitusvalu, sünnitusasendid); sünnitusplaan (ootused ja vajadused)			X vajadusel	X	
16. Sünnitusjärgne taastumine				X	X
17. Vastsündinu - kohanemine, vajadused ja hooldus			X		X
18. Imetamine			X	X	X
19. Kontratseptsioon			X		X
20. Vajadusel muud teemad (raseduse katkemine, operatiivne sünnitusabi, enneaegsus, ülekanalus jms)	vajadusel	vajadusel	vajadusel	vajadusel	vajadusel

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

Sünnieelne diagnostika. Metoodiline juhend, versioon 3, kinnitatud ENS juhatuses, kehtib kuni 2014a., juhendi on kooskõlastanud: Eesti Inimgeneetika Selts, Eesti Laborimeditsiini Ühing, Eesti Perinatoloogia Selts; juhendi täisversioon: www.ens.ee , vt. juhendid

Sünnituse induktsiooni juhend, Eesti Naistearstide Selts, www.ens.ee , vt. juhendid

Seksuaalselt teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis 2007, uuendatud 2011, http://www.esic.ee/guidelines/STLI_ravijuhis_2007.pdf

HIV-infektsiooni diagnostika ja ravi 2003, http://www.esic.ee/guidelines/HIV_Ravijuhend_2003.pdf

Rasedate ja imetavate emade toitumis- ja toidusoovitused 2007, <http://www.terviseinfo.ee/et/component/search/?searchword=rasedate+ja+imetavat&Itemid=4&x=22&y=15>

Vaktsineerimine, reisimine ja tervis, <http://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/vaktsineerimine.html>

Inimverest valmistatud ravimpreparaatide kasutamise Eesti juhend, Eesti Transfusioonimeditsiini Selts, 2005 http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/Inimverest%20preparaatide%20kasutusjuhend07.11.05.doc

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

Eesti 2.tüüpi diabeedi juhend 2008, Eesti Perearstide Selts ja Eesti Endokrinoloogide Selts, http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Diabeedijuhend_33%20Rajasalu%2013%2007%2008.pdf

Reumatoidartriidi ravijuhend Eestis 2003, Eesti Reumatoloogide Selts, http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/RA.PDF

Ägeda kõhu diagnostika ja ravitaktika, Eesti Kirurgide Assotsiatsioon, 2008, http://www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/07-ac-abd-ravijuhend-OK.doc

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

Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus, <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13097625>

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

Immuniseerimiskava rakendusjuhise,

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Vaktsineerimine/immuniseerimiskava_rakendusjuhise.pdf

Allergilise riniidi Eesti käsitusjuhend, Eesti Arst 2011; 90(3):145-158,

<http://eestiarst.ee/static/files/077/ea1103lk145-158.pdf>

Sagedasemate haiglaväliste infektsioonhaiguste diagnostika ja ravi algoritmid perearstidele, 2005,

http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/k-ik_infektsioonide_algoritmid_perearstidele3.pdf

Urotrakti ja meeste suguteede infektsioonide ravijuhise, Eesti Uroloogide Selts, 2003,

http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/uti.pdf

Sclerosis multiplexi'i Eesti ravijuhend,

http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/SM_ravijuhend_final_final4.pdf

Tuberkuloosi diagnostika, ravi ja ravi jälgimise juhised, Eesti Kopsuarstide Selts, 2005,

http://www.tai.ee/failid/TB_ravijuhise.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												
kliiniline veri	x					x		aneemia ravi kontrolliks				
veregrupp/reesusf./AK	x				Rh-negatiivsetele	Rh-neg.-le AK-de olemasolul	kõigile 28.-36.n.	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.-12.(13.) n. võimalusel		14+0-17+6 nädalal									
uriini analüüs	x			x	x	x	x	x	x	x	x	
uriini külv	X											
klamüüdia anaüüs	X (kui analüüsist möödunud ≥6k)							näidustusel				
bakteriaalne külv emakaelalt/tupest	näidustustel							GBS anal. näidustustel				
PAP test	X (kui analüüsist möödunud ≥2a)											
Uuringud												
GTT	riskigrupile					24.-28.näd. korrata riskigrupile või näidustuste tekkel						
ultraheli	11+0-13+6 nädalal, võimalusel koos NT mõõtmisega		19. – 21. nädalal							näidustustel		
doppler uuring										näidustustel		
loote SLS auskult.			al. 20. näd.	x	x	x	x	x	x	x	x	
KTG										soovitav	soovitav	
emakapõhja kõrgus			al. 20.näd.	x	x	x	x	x	x	x	x	
loote kromosoomiuuring	koorionbiopsia al.11+0, näidustuste olemasolul		amniotsentees al. 15+1, näidustuste olemasolul									
vaginaalne läbivaatus	X									näidustustel		
naistearsti konsult.	1. või 2.visiidil							x		x	x	

