

Sünnitus ja ämmaemandus/Õpik

Kättesaadav moodle keskkonnas

<https://moodle.e-ope.ee/mod/book/view.php?id=224855>

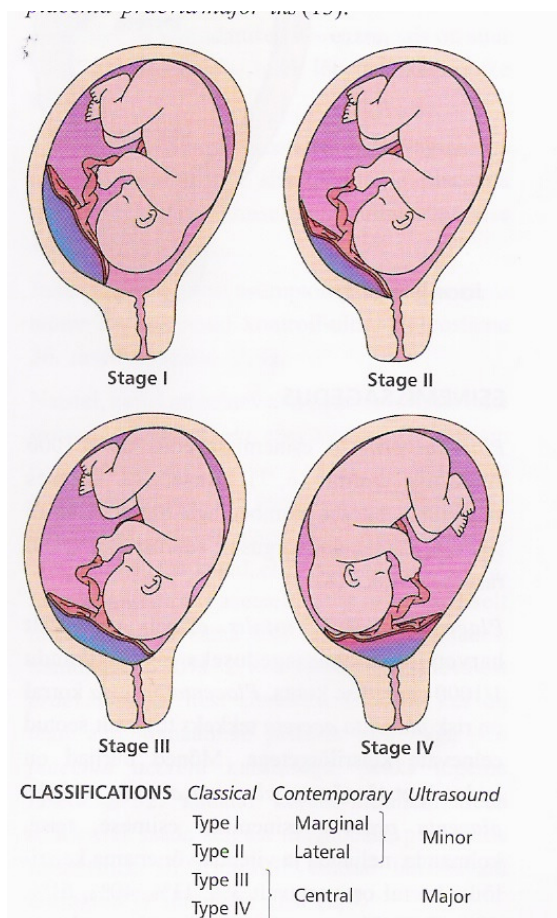
Peatükk 20. Platsenta eesasetus (*Platsenta praevia* (PP) ja sünnitusviisid

Mõiste

PP on olukord, kus platsenta asetseb kas osaliselt või tervenisti emaka alumises segmendis.

Klassifikatsioon: vt joonis 57.

- I - Platsenta madal asetus - platsenta jääb emekakaela sisesuudmest 2 - 3,5 cm kaugusele
- II - Marginaalne platsenta eesasetus (*placenta praevia marginalis*) - platsenta jääb emakakaela sisesuudmest < 2 cm kaugusele
 - I ja II - *placenta praevia minor*
- III - Osaline platsenta eesasetus (*placenta praevia partialis*) - platsenta katab osaliselt emakakaela sisesuuet
- IV - Täielik platsenta eesasetus (*placenta praevia totalis*) - platsenta katab täielikult emakakaela sisesuudme
 - III ja IV - *placenta praevia major*

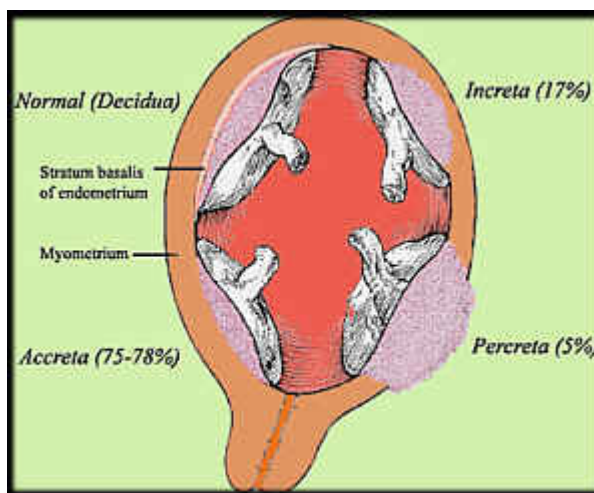
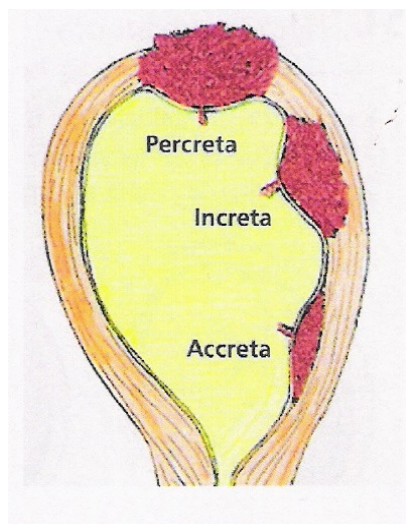


Joonis 57. *Placenta praevia* klassifikatsioon

Esinemissagedus

4/1000 sünnituse kohta. Raseduse varases staadiumis on sagedus mitmeid kordi suurem jäädes suurusjärku 1/200 raseduse kohta.

Täielik platsenta eesetsus esineb harvem, 1/1000 sünnituse kohta. Esineb risk *placenta accreta* (detsiidua kiht puudub või on puudulik, koorionihatud tungivad müomeetriummisse ja platsenta on emakaseinast raskesti eemaldatav, (vt joonis 58 a,b) tekkeks seoses eelnevate keisrilõigetega. *Placenta accreta* esinemissagedus 1/533 - 1/2510 sünnituse kohta.



Joonis 58 a) Placenta percreta, Joonis 58 b) Koorioni hattude invasioon emakasse increta, accreta

Patogenees

Iga rasedus mõjutab emaka implantatsiooni piirkonna endometriaalset kudet muutes selle järgnevaks raseduseks järjest enam ebasobivamaks. Emaka limaskestast kahjustuse riski lisavad ka eelnevad põletikulised protsessid emakas ja abordid. Seetõttu iga järgneva raseduse puhul lootemuna otsib endale implantatsiooniks toiteainerikkamat pesastumiskohta. Seega suureneb järgnevate raseduste puhul tõenäosus platsenta kinnitumiseks emaka alumisse segmenti. Üldlevinud seletus on ka platsenta migratsioon, mis on tingitud raseduse käigus väljakujuneva emaka alumise segmenti tekkest, platsenta kude otsib emaka limaskestast paremini vaskulariseeritud implantatsioonipiirkonda, mis asub enamasti emaka funduse lähedal, sellest ka platsenta eesetsuse risk.

Riskitegurid

- *placenta praevia* anamneesis,
- keisrilõige anamneesis,
- eelnev raseduse katkemine/katkestamine anamneesis,
- mitmikrasedus,
- palju (?) sünnitusi,
- ema vanus,
- viljatusravi,
- eelnev emakasisene protseduur,
- suitsetamine,

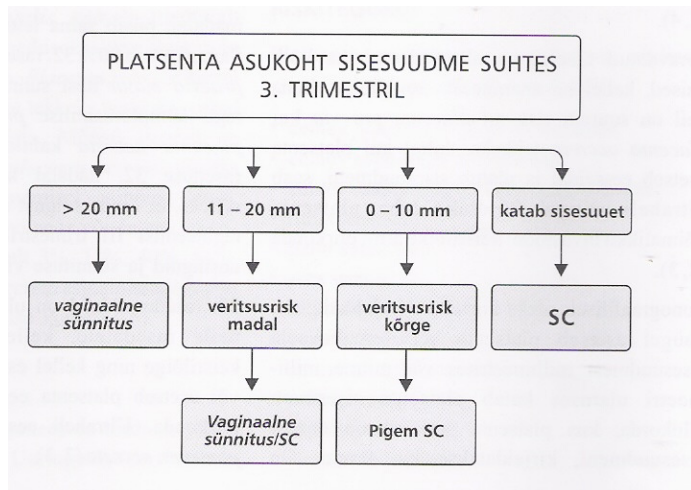
- kokaiini tarbimine,
- meessoost loode,
- mitte valge rass,
- kõrge AFP tase.

Kuidas kindlaks teha?

- Täpne anamnees, (ämmaemand kogub),
- valutu veritsus, mis algab sageli öösiti,
- postkoitaalne veritsus,
- SF kõrgem kui vastab raseduse ajale,
- ebatüüpiline loote asend (kõige sagedamini vaagnaotsseis),
- labori analüüsides viited aneemiale (pikaajalise veritsuse puhul),
- KTG kõrvalekalded,
- UH diagnostika (PP kahtlusel ämmaemand saadab naistearsti poolt teostatavale UH diagnostikale),
- kui 20. nädalal rutiinsel UH platsenta eesasetsus, vajalik transvaginaalne UH,
- III semestril korrata UH,
- Hallskaala (*Greyscale*) sensitiivsus 95% , spetsiifilisus 76%, oluline *placenta accreta* diferentsimiseks,
- *Colour Doppler* sensitiivsus 92%, spetsiifilisus 68%,
- MRT, kahtlastel juhtudel platsenta invasiooni - *placenta accreta* väljaselgitamiseks.

Ämmaemanda tegutsemine, sünnitamise viisi valik

- Interdistsiplinaarsus,
- nõuandla tingimustes **mitte teostada vaginaalset läbivaatust**, mis eeldab valmis operatsioonitoa situatsiooni, kuna profuusse verejooksu oht,
- vaginaalse veritsuse/verejooksu puhul võib ämmaemand teostada peegliga läbivaatuse, et hinnata veritsust tupes ja saata UH uuringule. Sonograafiliselt vajalik täpsustada platsenta serva kaugust emakakaela sisesuudmest mm. Olukorda, kui platsenta serv ulatub täpselt sisesuudmeni, kirjeldatakse kui 0 mm. Kui platsenta asub 26.rasedusnädalaks ≤ 20 mm kaugusel sisesuudmest või katab sisesuuet kuni 20 mm ulatuses, peab edasiselt UH teostama 4-nädalase intervalliga kuni sünnituseni. Kui platsenta katab III trimestril emakakaela sisesuuet ≥ 20 mm, on suur tõenäosus sünnituse lõpetamiseks keisrilõikega. Vt joonis 59.
- 32. rasedusnädalal on UH näidustatud kui eelnev SC, platsenta eeseinal ja katab armi piirkonda, eesmärgiks välistada *placenta accreta*
- 35. rasedusnädalal vajalik transvaginaalne UH, emakakaela sisesuudme ja platsenta serva kauguse hindamiseks, et otsustada sünnituse lõpetamise viis. Kui anamneesis PP või *placenta accreta.*, on kõrgem risk enneaegsuseks ja komplitseeritud sünnituseks, seetõttu oluline diagnoosi täpsustus enne 36. rasedusnädalat.
- massiivse verejooksu korral võimalik teostada emaka arterite sulgemine ballooniga või nende embolisatsioon. Balloon-oklusiooni abil võimalik verejooks peatada mõne minutiga. Võimalik vajadusel ligeerida *a. uterina* ja *a hypogastrica*. Massiivse verejooksu puhul on abistavaks meedodiks B-Lynchi komprimeeriv õmblus.



Joonis 59. Sünnitamise viisid

Vaginaalse sünnitamise võimalused

- UH platsenta serv > 29 mm kaugusel emakakaela sisesuudmest,
- UH platsenta serva ja emakakaela sisesuudme vaheline kaugus 0 - 20 mm ja vaginaalne veritsus puudub,
- KTG leid normis,
- Patsient heodünaamiliselt stabiilne.

Plaaniline keisrilõige

- Lähtuvalt RCOG (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*) on PP korral valikmeetodiks planeeritud keisrilõige alates raseduse 38. nädalast või isegi varem, sest raseduse pikenedes suureneb risk massiivseks verejooksuks,
- *placenta accreta* kahtlusel RCOG järgi sobivam aeg plaaniliseks keisrilõikeks on 36. - 37. rasedusnädal,
- *placenta percreta* korral soovitatav plaaniline keisrilõige koos hüsterektoomiaga,
- hilisema fertiilsuse säilitamiseks võimalik jätta platsenta osaliselt või täielikult emakasse, mis eeldab, et patsient hemodünaamiliselt stabiilne, hüübimisstaatus normis ja patsienti informeeritakse võimalikust infektsiooni riskist ning prognoosist edasise fertiilsuse ja võimaliku hüsterektoomia osas. Vajalikuks võib osutada järelravi metotreksaadiga (foolhappe antagonist), mis pärsib trofoblasti rakkude jagunemist.

Patsiendi ettevalmistus

- Nõustamine sh psühholoogiline nõustamine ämmaemanda ja naistearsti poolt.
- peale diagnoosi kinnitamist ämmaemand teavitab patsienti olukorra tõsidusest ja soovitatav võtta informeeritud nõusolek
- ämmaemand nõustab võimaliku:
- enneaegsuse,
- massiivse verejooksu,
- vereülekanne,
- hüsterektoomia,
- potentsiaalselt eluohtliku olukorra suhtes.

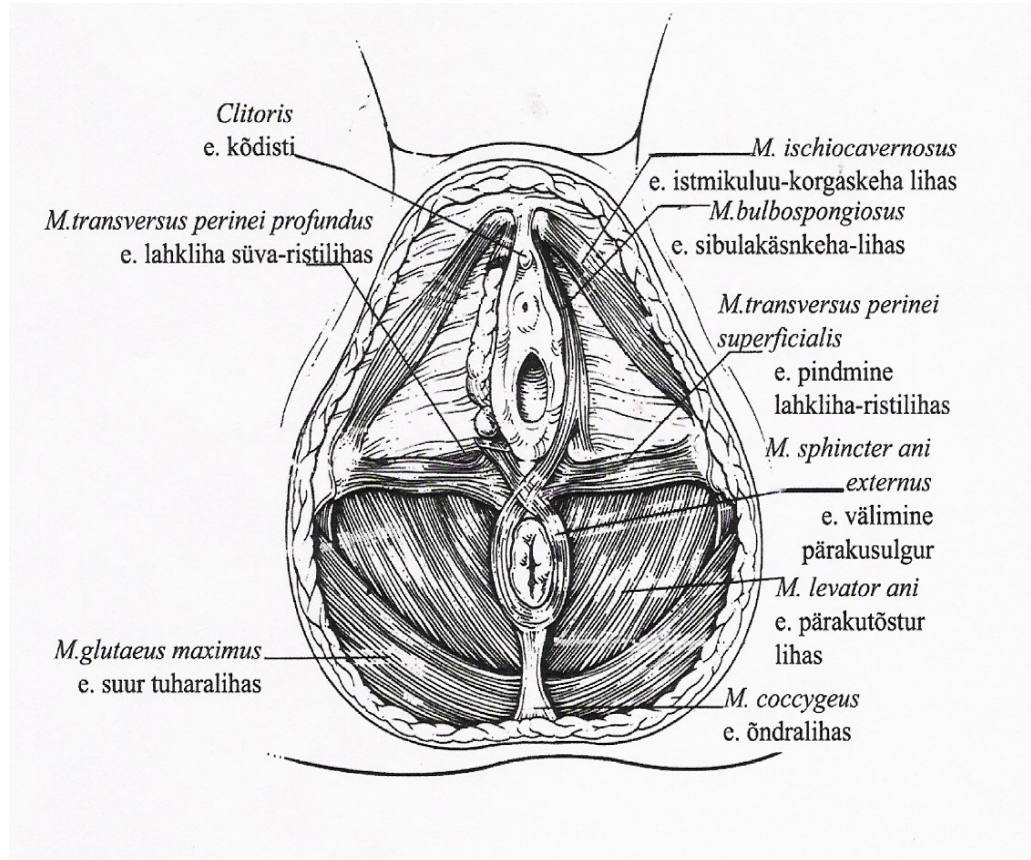
Ämmaemand selgitab patsiendile:

- oluline viibida raseduse III trimestril kolmanda etapi haigla lähikauguses,
- oluline raseduse III trimestril lähedaste juuresolek, et võimaldada kiire abi ägeda verejooksu korral,
- vajalik pöörduda haiglasse koheselt peale vereerituse, emakakontraktsioonide, menseselaadsete valude algust,
- peale sünnitust enesejälgimine veritsuse ja infektsioonitunnuste suhtes,
- usalduslik koostöö ämmaemanda ja naistearstiga.

Kirjandus moodle keskkonnas kasutatud kirjanduse loetelus

Peatükk 22. Lahkliha rebend (*Laceratio perinealis*)

Lahkliha lihased vt joonis 60.



Joonis 60. Lahkliha lihased

Vastavalt raskusastmele jaotatakse lahkliha rebendid 1 - 4 astmesse/järku.

Perineumi rebendi järgud.

1. aste/järk (*Laceratio perinealis intra partum gradus primus*) - osaline perineumi ja tupe seina rebend. lihased vigastamata

2. aste/järk (*Laceratio perinealis intra partum gradus secundus*) - lahliha, tupe seina, lihaste rebend (va m sfincter ani externus)

3.aste/järk (*Laceratio perinealis intra partum gradus tertius*) - lahliha, tupe seina, m sfincter ani externuse rebend, rectum terve

a.välimise sfinkteri rebend < 50%

b. välimise sfinkteri rebend ≥ 50%

c. nii välimise kui sisemise sfinkteri rebend.

4. aste/järk (*Laceratio perinealis intra partum gradus quartus*) - 3. aste + pärasoole limaskesta defekt.

Sünnitusaegne täpsustamata lahkliharebend (*Laceratio perinealis non specificata*)

Riskifaktorid kolmanda astme rebendite tekkes:

- primipara staatus,
- vaakum-, tangisünnitus,
- kukalseisu tagumine teisend (loote ebatüüpiline sättumus vaagnas),
- indutseeritud sünnitus ja teise faasi pikenedamine,
- sünnitaja kükk- või püstine asend,
- sünnikaal > 4000,0,
- manuaalsed võtted, näiteks õlgade vabastamisel,
- etnilis-, spetsiifiline eripära, näiteks hiina- ja india naiste keskmisest madalam perineum,
- gestatsiooniaeg > 42 nädalat, mil hormonaalsete muutuste tõttu perineumi kudedes struktuur enam disponeeritud rebenditele,
- teismelised- ja hilissünnitajad (> 35 a.),
- epiduraalanesteesia (vastupidised seisukohad- pikendab sünnituse pikkust või lõdvestab lihaskonda,
- epiduraalanalgeesia, pudendaalne blokaad, paiksed/intramuraalsed anesteetikumid,
- pärilikud side- ja kollageenkoe omadused.

Rebendid võivad tekkida ka riskifaktoriteta naistel

Diagnoosimine

- patsiendi litotoomia asend
- hea valgustus,
- anaalpalpatsioon, (nimetissõrm rektumis, põial tupes, palpeerida sõrmede vahel sfinkterlihast, ruptuuri kahtlusel, patsient pingutab sfinkterit)
- rebendi alguse/tipu visualiseerimine,
- rektaalne palpatsioon välistamaks soole limaskestast rebendit intaktse sfinkteriga,
- 4. astme rebend võib ka intaktse perineumi puhul, kus sfinkteri pingutusel puuduvad kahjustatud piirkonnas sfinkterit ümbritseval nahal radiaalsed voldid.
- harva võivad esineda kliiniliselt mitteavalduvad varjatud anaalsfinkteri rebendid. Vajalik anaalne endosonograafia diagnostika (vajab eriseadmeid ja kvalifitseeritud personali), mis vähendab oluliselt fekaalinkontinentsi.

Ravi

Lahkliha terviklikkuse taastamine on sünnitusprotsessi oluline osa.

- 3. ja 4. järgu rebendi ravi teostab arst, ämmaemandal oluline õigeaegne diagnostika ja arsti assisteerimine,
- kiire suturatsioon peale traumat, kuna siis on optimaalne perivaginaalsete kudede vaskularisatsioon,
- antibakteriaalne ravi postoperatiivses perioodis,
- lahtistid kõhukinnisuse vältimiseks,
- järelvisiit kolme kuu möödudes, et selgitada välja inkontinentsi sümptomaatika,
- vajadusel endorektaalne UH, sfinkterlihase defektide tuvastamiseks.
- lahkliha rebendite ja episiotoomia haavainfektsiooni raviks ning mastiidi puhul (pärast kirurgilist ravi). BANEOCIN PULV 10G, toimeaine - Bacitracinum+neomycinum

1. ja 2. järgu rebendi ravi - õmblemine (*suturatio*) - teostab ämmaemand.

Ämmaemanda ja patsiendi vaheline usaldus vähendab protseduuri traumeerivat mõju. Uuringud on näidanud, et naised eelistavad õmblejana ämmaemandat, kuna ämmaemandad on tihtipeale kaastundlikumad ja ettevaatlikumad.

- järgida a-ja antiseptika põhimõtteid,
- selgitada patsiendile toimuvat.
- peale platsenta sündi pesta/puhastada välised suguelundid.
- vahetada steriilne aluslina.
- enne tupe/emakakaela revisiooni vahetada kindad (steriilsed),
- valutustamine Xylocaine spray 10% - üks annus 10 mg.
- õmblemist alustada tupe limaskestast taastamisest, seestpoolt väljapoole (jooksev õmblus, vajadusel üksikpistid), jälgida, et ei haaraks nõelaga kõrvalorganite kudesid -nt soolt.
- seejärel õmmelda lihased (üksikpistetega/jooksevõmblus).
- kõige viimasena õmmelda nahk(üksikpistid või nahasisene jooksevõmblus).

Potentsiaalsed hilistüsistused

- halvenev suguelu kvaliteet.
- *prolapsus vaginae et uteri*,
- *retensio urinae*,
- *incontinentia urinae*,
- roojamishäireid,
- muud kõrvalnähud, mis ilmnevad seoses perimenopausiga.

Ennetamine

- antenataalne perineumi massaaž kogu raseduse vältel, mis aeganõudev ja praktikas vähe kasutatav,
- sünnituse juhtimise plaani koostamisel arvestada patsiendi anamneesi, loote suurust, pariteeti, kui anamneesis eelnev 3.,4. astme rebend, eelistada plaanilist SC.
- sünnitaja külili asend,
- „käed peal meetod“ - pea sündimise ajal ämmaemand toetab käega perineumi kudesid (prospektiivsed uuringud ei kinnita meetodi efektiivsust),
- mediolateraalne episiotoomia (eelistada mediaalset episiotoomiat).

Prognosis

- SC risk suurem järgmistel sünnitustel,
- uue sfinkteri rebendi risk suurem järgmistel sünnitustel,
- absoluutrisk väga madal, seega vastunäidustusi järgnevateks vaginaalseteks sünnitusteks pole,
- konservatiivne sünnitusviis peab olema esmavalik järgnevate sünnituste puhul,
- inkontinentsi puhul järgmine sünnitus võib suurendada düsfunktsiooni astet.

Enesehooldus:

Paranemine toimub umbes 10 -14 päeva jooksul

- vältida kõval pinnal istumist,
- vältida kõhukinnisust,
- pesta väliseid suguelundeid mitu korda päeva peale tualetis käimist,
- teha õhuvanne,
- sooritada regulaarselt lahkliha lihaseid tugevdavaid harjutusi,
- kasuks tuleb igakülgne koostöö ämmaemandaga.

Kirjandus moodle keskkonnas kasutatud kirjanduse loetelus