IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

AS Ida-Tallinna Keskhaigla
Ravi 18, 10138 Tallinn
Rg-kood 10822068
Tel 666 1900
E-post info@itk.ee
www.itk.ee

Sünnituse esilekutsumine ehk sünnituse induktsioon

Käesoleva infolehe eesmärk on tutvustada patsiendile, mida tähendab sünnituse esilekutsumine, miks ja kuidas seda tehakse.

Enamiku raseduste korral algab sünnitustegevus 37.-42. rasedusnädala vahel. Sellist sünnitust nimetatakse spontaanseks sünnituseks. Kui sünnitustegevuse vallandamiseks enne spontaanse sünnitustegevuse algust kasutatakse ravimeid või meditsiinilisi vahendeid, siis kasutatakse terminit esilekutsutud ehk indutseeritud sünnitus. Sünnitus on vaja esile kutsuda juhul, kui edasine raseduse jätkamine ei ole enam erinevatel ema- või lootepoolsetel põhjustel turvaline ja seetõttu ei saa oodata spontaanset sünnitegevuse algust.

Sünnituse esilekutsumise eesmärk on tupekaudse sünnituse saavutamine emakakontraktsioonide esilekutsumise teel. Sünnituse esilekutsumise ajal peab patsient olema haiglas, et oleks võimalik nii ema kui ka loote tervisliku seisundi ja heaolu täpne jälgimine.

Sünnituse esilekutsumise meetodid

Sünnituse esilekutsumise meetodi valiku otsustab arst olles eelnevalt teostanud vaginaalse läbivaatuse, et hinnata emakakaela küpsust.

Emakakaela küpsuse kirjeldamiseks ei ole universaalset definitsiooni, kuid sageli kasutatakse selleks Bishopi skaalat, milles hinnatakse 5 parameetrit: emakakaela asetsust, konsistentsi, pikkust, avatust ning loote eesasetseva osa asukohta vaagnas.

Lisaks on induktsioonimeetodi valimisel oluline ka patsiendi anamnees, näiteks kas on olnud eelnevaid keisrilõikeid või teisi emakaoperatsioone.

Sünnituse esilekutsumiseks kasutatakse järgnevaid meetodeid ja nende kombinatsioone:

- suukaudne ravim misoprostool - kehaomase hormooni prostaglandiin sünteetiline analoog, mis toimib sarnaselt prostaglandiiniga ning valmistab organismi ette sünnituseks. Ravimi toimel muutub emakakael pehmemaks ja hakkab läbi emakakontraktsioonide tekke avanema.
- balloonkateeter - emakakaela asetatakse väike pehme toru ja selle otsas olev balloon täidetakse vedelikuga, et avaldada emakakaelale mehhaaniliselt survet. Selle meetodi tulemusena emakakael pehmeneb ja avaneb. Balloonkateeter võib spontaanselt väljuda, kui emakakael on piisavalt avanenud, vastasel juhul hoitakse seda sees kindla ajaperioodi vältel ning seejärel teostab arst selle eemalduse ja looteveepõie avamise.
- amniotoomia ehk looteveepõie avamine – kui emakakael on piisavalt avatud, saab looteveepõit kunstlikult avada vaginaalse läbivaatuse käigus. Kui lootevesi saab avatud, tekivad mõne aja pärast spontaansed emaka kokkutõmbed või kasutatakse nende esilekutsumiseks veenikaudset ravimit.
- veenikaudne ravim sünteetiline oksütotsiin - toimib sarnaselt samanimelisele kehaomasele hormoonile. Ravimit manustatakse veenikaudse infusioonina ja kasutatakse juba avanenud emakakaela puhul, et toetada emaka kokkutõmbeid. Ravimi annust saab vastavalt vajadusele suurendada, et saavutada regulaarsed emaka kokkutõmbed.

Sünnituse esilekutsumise võimalikud põhjused

Sünnituse esilekutsumine on näidustatud juhul, kui sellest saadav kasu ületab võimalikke riske.

Sünnituse esilekutsumine võib olla näidustatud järgnevatel juhtudel:

- patsiendil esineb kaasuvalt rasedust komplitseeriv haigus, näiteks kõrgenenud vererõhk, diabeet, preeklampsia, intrahepaatiline kolestaas või mõni muu haigus;
- kaksikrasedus;
- raseduse kestus ületab normaalse ajalise raseduse kestuse – loote üsasisese huku tõenäosus suureneb pärast 42. rasedusnädalat;
- lootega seotud probleemid, näiteks loote erinevad kasvuprobleemid, looteveevähesus või -liigsus, muutused loote heaoluseisundis, lootel esineda võivad erinevad haigused;
- puhkenud lootevesi – kui lootevesi on puhkenud ning sellele järgneva 24 tunni jooksul ei ole tekkinud emaka kokkutõmbeid, siis on lootel ja emakal suurenenud risk põletiku tekkeks. See näidustus ei kehti enneaegse sünnituse puhul, mil on vajalik enne sünnitust teostada loote kopsude ettevalmistus spetsiaalse ravimiga;
- üsasisene loote surm.

Sünnituse esilekutsumise võimalikud tüsistused

Sünnituse esilekutsumise korral enamasti suuri tüsistusi ei teki.

Mõnikord võib patsiendil misoprostooli manustamise järel tekkida palavik, külmavärinad, oksendamine, kõhulahtisus, liiga sagedased emaka kokkutõmbed (tahhüsüstoolia). Kui tekivad liiga sagedased emaka kokkutõmbed, manustatakse patsiendile emaka lõõgastamiseks veenisisest ravimit ning esilekutsumine peatatakse seisundi möödumiseni.

Misoprostooli ei ole turvaline kasutada juhul, kui on varem tehtud keisrilõige, kuna esineb emakaarmi rebenemise oht. Armiga emaka korral saab esilekutsumist teostada balloonkateetriga ning lootevee avamisega.

Balloonkateetri kasutamisel tõuseb risk emakasisese põletiku tekkeks, kuna tegemist on kehavälise materjaliga.

Oksütotsiini manustamisel võib harvadel juhtudel patsiendil tekkida vererõhu langus, tahhükardia ehk südame löögisageduse kiirenemine, hüponatreemia ehk naatriumivaegus veres, mille tulemusena võib esineda peavalu, isutus, iiveldus, oksendamine, kõhuvalu, jõuetus ja unisus.

Esilekutsutud sünnituse korral on võrreldes spontaanselt alanud sünnitusega suurem risk pikaleveninud sünnituseks, instrumentaalseks vaginaalseks sünnituseks (vaakum- või tangsünnitus), sünnitusjärgseks verejooksuks, emaka rebenemiseks, liigsagedaste emaka kokkutõmmete tekkeks ja seeläbi loote seisundi halvenemiseks, nabaväädi väljalangemiseks, enneaegseks platsenta irdumiseks.

Kui sünnituse esilekutsumine ei õnnestu

Sünnituse esilekutsumise ajaline kulg võib indiviiditi erineda, keskmiselt algab sünnitus 24-72 tunni jooksul. Mõnikord osutub vajalikuks kasutada rohkem kui ühte meetodit. Kasutatavad meetodid ei pruugi toimida erinevatele patsientidele ühesuguse kiirusega ega avaldada samasugust mõju.

Kui sünnituse esilekutsumise tulemusena emakakael ei avane, räägib raviarst edasistest võimalustest, milleks võivad olla sünnituse esilekutsumise jätkamine hiljem, teise meetodi kasutamine või raseduse lõpetamine keisrilõike teel.

ITK821

Kinnitatud Aktsiaselts Ida-Tallinna Keskhaigla ravi- ja õenduskvaliteedi komisjon 11.03.2026 otsusega (protokoll nr 2.2-8/4-26)