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

# Loote üsasisene surm

Käesoleva infolehe eesmärk on anda esmast teavet loote üsasisese  ehk antenataalse surma põhjuste ja käsitluse kohta. Üsasiseseks surmaks nimetatakse loote surma enne sünnitegevuse algust peale 22. rasedusnädalat. Seda juhtub umbes ühel juhul 200 raseduse kohta. Iga juhtumi täpsem käsitlus on individuaalne ning tuleneb naise tervise eripäradest.

**Miks see juhtub?**

Umbes kolmandikul juhtudest ei ole võimalik surma põhjust kindlaks teha ning see võib juhtuda ka normaalselt kulgenud raseduse korral.

Seisundeid, mis võivad loote üsasisest surma põhjustada või selle teket soodustada, on mitmeid:

- infektsioon ehk nakkus
- preeklampsia
- platsenta irdumine
- platsenta arenguline häire
- ema suhkruhaigus, neeruhaigus, kõrge vererõhk või muu krooniline haigus
- ema ülekaal või rasvumine
- ema vanus (alla 15 ja üle 35 aasta)
- ema suitsetamine, alkoholi või narkootikumide tarvitamine
- loote arenguline häire
- probleem nabaväädiga, näiteks sõlm nabaväädis või nabaväädi keerdumine ümber loote kehaosade
- mitmikrasedus

Puuduvad rasedusaegsed testid või uuringud, mis suudaksid üsasisest surma usaldusväärselt prognoosida.

Loote surm kinnitatakse doppler- ja ultraheliuuringul loote südametoonide puudumisega. Pärast surma tuvastamist võib endiselt olla tunne, justkui loode liigutaks – see on tingitud loote vabast hõljumisest teda ümbritsevas lootevees.

**Sünnitusviisi valik**

Enamikul naistel, kellel sünnitust esile ei kutsuta, algab sünnitegevus spontaanselt 1–3 nädala jooksul. Küll aga suurendab see naise terviseriske, eelkõige hüübivushäirete osas. Kui emal on kaasuvaid haigusi (näiteks preeklampsia või rasedusaegne vererõhu tõus), ei ole otstarbekas oodata loomuliku sünnitustegevuse algust.

Sünnituse induktsiooni ehk esilekutsumist on viivitamatult vaja sepsise, preeklampsia, platsenta irdumise või puhkenud lootevee korral.

Eelistatud on vaginaalne sünnitus. Võrreldes keisrilõikega on sellel mitmeid eeliseid:

- vähem terviseriske naisele
- pärast sünnitust kiirem tervenemine ja varasem koju saamine
- kiirem taastumine
- vähem riske tulevaste raseduste korral

Loote üsasisese huku korral on keisrilõige kaasnevate riskide tõttu kõige vähem soovitatud sünnitusviis.

Kui naisele on eelnevalt tehtud keisrilõige, siis vastunäidustuste puudumisel on eelistatud vaginaalne sünnitus. See otsus võetakse vastu individuaalselt koos patsiendiga, arvestades riskidega.

Vaginaalse sünnituse toimumiseks võib olla vaja sünnitus esile kutsuda. Selleks on erinevaid meetodeid: misoprostooli ja/või mifepristooni manustamine, looteveekoti avamine ehk amniotoomia, balloonkateetri asetamine emakakaelakanalisse selle avanemiseks. Otsus tehakse individuaalselt, arvestades emakakaela küpsust. Sünnituse esilekutsumine võib toimuda kiirelt, kuid selleks võib kuluda ka mitu päeva.

Vaginaalset sünnitust juhib ämmaemand ning selle juures võib olla nii valitud kaaslane kui ka sünnitoetaja. Vajadusel viibib sünnituse juures ka naistearst. Vaginaalne sünnitus võib teatud eriolukordades lõppeda nii vaakumekstraktsiooni kui ka keisrilõikega, kui tekib ema tervisele ohtlik seisund.

Kuigi soovime anda Teile piisavalt aega olukorraga kohaneda, on mõne seisundi korral (raske preeklampsia, hüübimishäire, infektsioon) vaja kiiresti vastu võtta otsus sünnituse toimumise aja ja viisi kohta.

**Sünnitusjärgne periood**

Üsas surnud loote sünnitamine on emotsionaalselt raske protsess.

Pärast sünnitust soovitame Teil olla koos lapsega või kui Te seda ei soovi, siis andke sellest ämmaemandale teada. Lootelt on soovi korral võimalik võtta ka mälestusesemeid (juuksesalk, käejäljend).

Pärast sünnitust tekib rindadesse piim, mille ärahoidmiseks anname Teile kabergoliini. Lisaks võib kasutada külmakompresse ja valuravi.

Sünnitusjärgse režiimi ja enesehoolduse kohta oleme välja töötanud erinevaid patsiendi infomaterjale, mis on kättesaadavad meie kodulehel.

Surma põhjuse väljaselgitamiseks on vaja lootele teha lahang. Haigla väljastab Teile lapse surmateatise ja perinataalsurma põhjuse teatise. Pere soovil on võimalik dokumentidele lisada lapse ees- ja perekonnanimi. Nendes toimingutes aitab Teid naistekliiniku sotsiaaltöötaja. Pärast seda on võimalik loode kas tuhastada või matta.

Psühholoogilist tuge pakuvad haiglas saatekirja alusel nii kliiniline psühholoog kui ambulatoorselt raseduskriisi nõustaja.

**Edasised uuringud**

Testid ja uuringud, mida enne või pärast sünnitust tehakse:

- ema vereanalüüs, et leida viiteid preeklampsiale, infektsioonile, maksa- või neeruprobleemidele, suhkruhaigusele
- ema vereanalüüs, et leida viiteid hüübimisprobleemidele (trombofiilia, antifosfolipiidsündroom). Neid teste tuleb mõnikord teha korduvalt, kuna raseduse ajal ja vahetult pärast sünnitust võivad analüüsid olla ebatäpsed
- bakteriaalne külv emakakaelast, platsentalt ja lootelt
- vajadusel loote geneetiline uuring
- platsenta uuring

**Järelkontroll**

Pärast uuringuid, mille tulemuste saabumiseks võib kuluda mitu kuud, lepitakse kokku arstivisiidi aeg. Olenemata sünnitusviisist tuleb meeles pidada, et tugeva kõhuvalu, verejooksu või üle 38 °C palaviku korral tuleb pöörduda Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku erakorralisse vastuvõttu.

**Kordumise risk**

Korduva üsasisese surma risk järgnevatel rasedustel sõltub eelkõige konkreetsest surmapõhjusest. Üldises plaanis on iga järgnev rasedus riskirasedus ning risk korduvaks üsasiseseks surmaks võib olla neli kuni viis korda suurem. Järgnevad rasedused võivad vajada intensiivsemat jälgimist ja varasemat lõpetamist.

Järgmise raseduse planeerimine on soovitatav siis, kui pere on selleks psühholoogiliselt valmis. See on väga individuaalne ja vajab nii arsti kui psühholoogi toetust. Üldine soovitus on hoiduda järgmistest rasedustest minimaalselt 6 kuud pärast vaginaalset sünnitust ja 1 aasta pärast keisrilõiget.

On oluline meeles pidada, et enamik loote üsasisest surma kogenud naistest sünnitab edaspidi terveid ja tublisid lapsi.

ITK1188

Kinnitatud AS ITK ravikvaliteedi komisjoni 21.02.2024. a otsusega (protokoll nr 4-24)