



ULTRAHELIIURING RASEDUSE AJAL JA SÜNNIEELSE SÕELUURINGUD

MIS ON ULTRAHELIIURING?

Ultraheliuuring on meditsiiniline protseduur. Ultraheliaparaadi andur saadab välja kõrge sagedusega ultrahelilaineid (3,5-7 MHz). Lained läbivad erineva tihedusega inimkeha kudesid erinevalt ja peegelduvad tagasi andurile. Signaalid muundatakse pildiks ekraanil, kus siis reaajas on võimalik jälgida liikuvat loodet ja kõhuõõne organeid (emakas, munasarjad).

Pilt ekraanil on must-valge ja tasapinnaline, kaasaegsemad aparaadid suudavad näidata ka kolmemõõtmelist või värvilist pilti.

KUIDAS JA KUS ULTRAHELIIURING TOIMUB?

Ultraheliuuringule suunab raseda ämmaemand või naistearst. Uuringut teostab spetsiaalse väljaõppe saanud naistearst. Uuringut teostatakse tupe kaudu või kõhu pealt, olenevalt raseduse suurusest. Uuringu ajal lamab naine läbivaatuslaual. Uuringu tuba on pime ja vaikne. Lisaks uuringut teostavale arstile viibib ruumis ka assistent. Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinik on Tartu Ülikooli arstiteaduskonna residentuuri praktikabaas, seetõttu võib uuringu juures viibida ka arst-resident.

Naistearst selgitab uuringu leidu uuringu ajal või pärast seda. Rasedusaegsele ultraheliuuringule võib tulla koos kaaslasega, väikeseid lapsi uuringule kaasa võtta me ei soovita. Uuringud toimuvad kabinettides B105 ja B106.

Kõikide ultraheliuuringute võimalik eksimus raseduse suuruse osas on 7–14 päeva.

Ultraheliuuringuid teostatakse kõikidele rasedatele raseduse I trimestris (11.–14. rasedusnädalat) ja raseduse II trimestris (19.–21. rasedusnädalat).

MIS ON SÕELUURING?

Sõeluuring ehk skriining (*screening*) on haiguse avastamine suhteliselt lihtsa testi abil rahvastiku tasemel regulaarselt läbiviidavate korduvate testimiste abil, eesmärgiks langetada haigestumust ja/või suremust ja parandada elukvaliteeti.

Meie haiglas tehakse raseduse I trimestri sõeluuringuna **OSCAR** (**O**ne **S**top **C**linic for **A**ssesment on **R**isk) testi.

KUIDAS UURING TOIMUB?

9.-12. nädalal suunatakse rase vereanalüüsi andma, sealhulgas määratakse PAPP-A ning vaba β -HCG, mida kasutatakse I trimestri sõeluuringu riskianalüüsis.

Sellele järgneb ultraheliuuring 11.–14. rasedusnädalal (raseduse I trimestril), kus:

- täpsustatakse raseduse suurust;
- hinnatakse loote anatoomilisi struktuure, lootevee hulka, platsenta struktuuri ning asetust;
- kromosoomhaiguste sõeluuringu eesmärgil hinnatakse loote kukla piirkonda, nn „kuklavolti”, ja teisi kromosoomhaiguste markereid (ninaluu, venoosjuha verevool ja südame verevool doppleriga).

Uuringu lõpus kombineeritakse erinevate markerite väärtused ja nende alusel arvutatakse tõenäosus kromosoomhaiguse esinemiseks antud raseduse ajal. Riskihinnang antakse suhtarvuna. Tegemist ei ole diagnostilise testiga, vaid sellega hinnatakse loote kromosoomhaiguse tõenäosust. Kui tõenäosus on suurem kui 1:100, soovitatakse teha loote kromosoomuuring.

MIS ON LOOTE KROMOSOOMUURING?

Loote kromosoomuuringu tegemiseks on vaja saada lootepoolse päritoluga rakumaterjali, selleks kasutatakse koorionibiopsiat või amniotsenteesi.

KUIDAS KROMOSOOMUURINGUID TEHAKSE?

Koorionibiopsia puhul saadakse materjali arenevast platsentast. Koorionibiopsiat tehakse tavaliselt 11.–14. rasedusnädalal. Enne protseduuri toimub ultraheliuuring raseduse kestuse, loodete arvu, asendi ja südametegevuse, lootevee hulga ja platsenta lokalisatsiooni määramiseks. Protseduuri eel puhastatakse naise kõht, ultraheliandur kaetakse steriilse kaitsmega ja kasutatakse steriilseid kindaid ning tarvikuid. Protseduur toimub ultraheli kontrolli all, valutustamiseks kasutatakse kohalikku tuimestit (Lidokaiini).

Pärast protseduuri võib esineda emakalihase toonuse tõusu ja veresegust voolust tupest. Enamasti kaovad need sümptomid iseeneslikult paari päeva jooksul.

Amniotsenteesi ehk looteveeuuringu puhul saadakse materjali loodet ümbritsevast looteveest. Sobiv aeg amniotsenteesiks on 15.–19. rasedusnädal. Enne protseduuri tehakse samuti ultraheliuuring raseduse kestuse, loodete arvu, asendi ja südametegevuse, lootevee hulga ja platsenta lokalisatsiooni määramiseks. Protseduuri eel puhastatakse naise kõht, protseduuriks kasutatakse steriilseid tarvikuid. Ultrahelikontrolli all võetakse läbi kõhu eesseina nõelaga süstlasse 15–20 ml lootevett, mis suunatakse uuringule. Punktsioon ei ole valusam kui veenivere võtmine, seega valuvaigistit reeglina ei kasutata.

Pärast protseduuri võib esineda menstruatsioonitaolist valu alakõhus, mis enamasti kaob iseeneslikult.

Koorionist ning looteveest saadud rakud pannakse paljunema spetsiaalsesse toitelahusesse ning 1–2 nädala pärast, kui neid rakke on piisavalt palju, on võimalik valmistada kromosoompreparaadid ning uurida neid mikroskoobi all. Preparaatide värvimise ja analüüsimise peale kulub veel nädal. Lõplik vastus valmib 2–3 nädalaga.

LOOTE RAKUVABA DNA ANALÜÜS EMA VEREST EHK NIPT (NON-INVASIVE PRENATAL TESTING EHK MITTEINVASIIVNE SÜNNIEELNE TEST)

Raseduse ajal satub ema vereringesse loote rakke ning DNA fragmente. DNA kannab loote geneetilist informatsiooni. Mitteinvasiivse sünnieelse testimise puhul on tegemist uuringuga, kus analüüsitakse ema veres leiduvaid loote rakke või fragmente loote rakuvabast DNAST. Loote rakuvaba DNA abil hinnatakse, kas loode omab otsitud kromosomaalset haigust või mitte. Antud testiga saab tuvastada ka loote sugu.

NIPTi avastamismäär trisoomia 21 ehk Downi sündroomi korral on >99%, trisoomia 18 ehk Edwardsi sündroomi korral on avastamismäär ~98%.

Vaatamata sellele, et NIPT on suhteliselt täpne, ei ole tegemist diagnostilise testiga. Positiivse testi puhul (analüüs on näidanud kõrget riski kromosoomhaiguse või sündroomi suhtes) on vajalik diagnoosi täpsustamiseks teostada koorionibiopsia või looteveeuuring.

Tänaseks on maailmas mitmeid kromosoomanalüüse pakkuvaid firmasid, mis kasutavad erinevaid kommertsiaalseid nimesid (nt Panorama, Harmony, MaterniT21 Plus, Verifi).

Pelgulinna sünnitusmajas kasutatakse koostöös Verinata Health, Inc.-iga mitteinvasiivse sünnieelse testina Verifi® testi.

Testi on võimalik teostada juba alatest 9.–10. rasedusnädalast. Test on tasuline.

PREEKLAMPSIA SKRIINING

Preeklampsia korral on tegemist rasedusaegse vererõhu tõusuga ning valgu tekkimisega uriiniproovis.

Preeklampsia tekkest on enam ohustatud:

- esmasünnitajad;
- rasedad vanuses üle 40. aasta;
- rasedad, kelle raseduste vahe on 10 aastat või rohkem;
- rasedad, kelle lähisugulastel (ema, õde) on esinenud preeklampsiat;
- rasedad, kellel on esinenud preeklampsia varasema raseduse ajal;
- ülekaalulised rasedad (KMI üle 30 kg/m² esimesel visiidil);
- mitmikrasedust kandvad naised;
- eelneva haigusega (hüpertooniatõbi, diabeet, krooniline neeruhaigus) rasedad.

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

Riskihinnang võimaldab ennustada 90% varase preeklampsia (enne 34. rasedusnädalat) juhtudest. Kõrgenenud riski korral (<1:100) soovitatakse kasutada igapäevaselt atsetüülsalitsüülhapet (aspiriini) 150 mg kuni raseduse 36. nädalani. Profülaktiline ravi, kui see on alustatud enne 16. rasedusnädalat vähendab varase (enne 34. rasedusnädalat) preeklampsia tekke tõenäosust 60%.