

# Raskete tüsistustega preeklampsia riskiteguriteta tervel naisel

Kadri Käver-Lomp<sup>1</sup>, Kristiina Rull<sup>1, 2, 3</sup>

Preeklampsia on rasedustüsistus, mida Eestis esineb 1,3–1,8%-l sünnitajatest. Kuigi preeklampsia avaldub enamikul juhtudel hüpertensiooni ja proteiinuuriana, kahjustab haigus ka teiste elundite funktsiooni. Preeklampsia algus on tihtipeale varjatud, sest rase ei pruugi haiguse sümptomeid tunda. Samas võib preeklampsia kiiresti süveneda ja rasketel juhtudel põhjustada eluohtlikke tüsistusi nii emale kui ka lootele. Ajusisene verejooks on harva esinev, kuid üks suurima suremusega tüsistus preeklampsia korral.

Artiklis on käsitletud 28 aasta vanuse korduvsünnitaja haigusjuhtu, kellel ilma eelnevate riskiteguriteta kujunes raske preeklampsia, mis tüsistus koljusisese verejooksuga. Edaspidi lisandus raske üldseisundi foonil Ogilvie sündroom ehk jämesoole pseudo-obstruktsioon, mis halvendas haiguse kulgu veelgi. Multidistsiplinaarse lähenemise ja meeskonnatöö tulemusena patsient paranes ning jätkab praeguseks tavapäraselt elu.

## HAIGUSJUHT

Sünnieelsesesse osakonda hospitaliseeriti preeklampsia tõttu 28aastane naine oodatava II sünnitusega, raseduse kestusega 32 nädalat ja 4 päeva. Raseduse senine kulgu oli olnud tavapärane, ravimeid ta pidevalt ei tarvitanud. Patsient oli raseduse eel olnud terve, normaalkaalus (raseduseelne kehamassi indeks 20,5 kg/m<sup>2</sup>). Eelnevast rasedusest oli vaginaalsel teel sündinud 4 aastat tagasi ajaline terve poeg (3150 g).

Haiglasse saabumisele eelnenud kahe päeva jooksul oli patsient tundnud peavalu, eelmisel päeval oli lisandunud iiveldus ja ebamäärane valu ülakõhus. Saabudes oli tal proteiinuuria (valk/kreatiniin uriinis 2,5 mg/mg) ja kõrgeenenud vererõhk (152/102 mm Hg). Vereanalüüsides preeklampsiale viitavaid nihkeid ei olnud (vt joonis 3, päev 1). Ultraheliuuringul ilmnes loote kasvu mahajäämus 4 nädalat ja lootevee vähesus: oletatav loote mass oli 1366 g (alla 3 tsentiili) (1) ning suurim lootevee tasku 2,1 cm (norm 2–8 cm).

Doppleri uuringul olid loote distressile viitavad nähud: nabaväadi arteris redutseeritud ning paiguti puuduv lõppdiastoolne verevool, pulsatiilsusindeks 2,63 (üle 95 tsentiili) (2), kuid loote aju verevoolu kiirus ja pulsatiilsusindeks (PI) olid normis (58 cm/sek, PI 1,76, üle 5 tsentiili) (2). Patsient tajus loote liigutusi tavapärastel ning loote kardiotokogramm (KTG) oli

normaalne. Hospitaliseerimise järel alustati hüpertensiooni ravi labetalooliga 100 mg × 3 per os (p/o) ja loote kopsude ettevalmistust enneaegseks sünniks, manustades patsiendile 12 mg × 2 beetametasooni 24tunnise intervalliga lihasesisesi. Lisaks määrati patsiendile krambiprofülaktiks ja loote neuroproteksiooni eesmärgil magneesiumsulfaadi lahuse infusioon (5 g boolusena, edasi 1–2 g tunnis). Ema vererõhku ja loote KTGd hinnati 3 korda päevas.

Järgmisel päeval oli patsiendi üldseisund hea, peavalu enam ei esinenud, kuid lisandusid tursed jalgadel ja vähemal määral ka näos. Labetalooli ja magneesiumsulfaadi foonil püsis arteriaalne vererõhk 130–140/90 mm Hg. Loote seisund oli KTG ja loote liigutuste põhjal hinnates hea.

Kolmanda ravipäeva õhtupoolikul kell 15.30, kui rasedus oli kestnud 32 nädalat ja 6 päeva, muutus loote KTG monotoonseks ning vererõhu tõusu tõttu (160/100 mm Hg) vajab patsient täiendavat annust labetalooli. Kahe tunni pärast lisandus patsiendil süvenev peavalu ja ebamugavustunne ülakõhus, ta tundis loote liigutusi tavapärasest vähem ning KTG oli jätkuvalt monotoonne (vt joonis 1). Arvestades loote kasvupeetust ja seisundi halvenemist ning süvenevaid preeklampsia ilminguid emal, otsustati rasedus lõpetada erakorralise keisrilõike teel.

Kell 18.59 sündis rahuldavas seisundis enneaegne üsasisesse kasvupeetusega tütar-

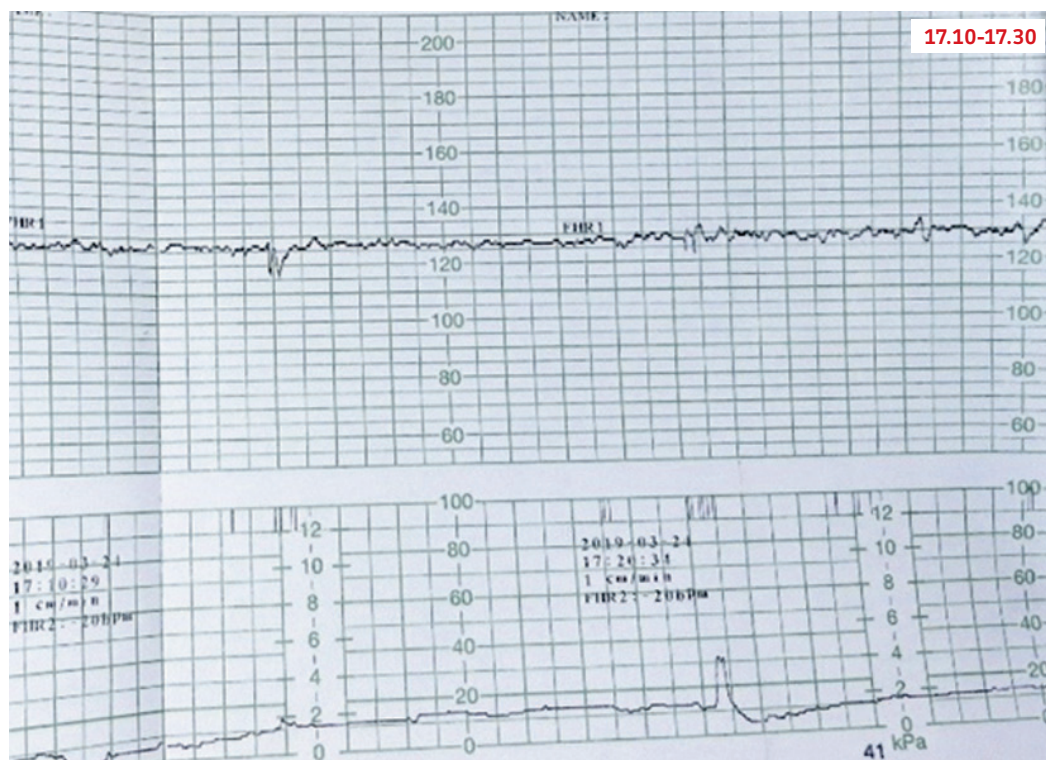
Eesti Arst 2022;  
101(2):107–114

Saabunud toimetusse:  
04.10.2021  
Avaldamiseks vastu võetud:  
22.11.2021  
Avaldatud internetis:  
25.02.2022

<sup>1</sup> TÜ Kliinikumi naistekliinik,  
<sup>2</sup> Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituut,  
<sup>3</sup> Tartu Ülikooli bio- ja siirdemeditsiini instituut

Kirjavahetajaautor:  
Kadri Käver-Lomp  
kadri.kaver@gmail.com

Võtmesõnad:  
rasedustüsistused,  
preeklampsia,  
intratserebraalne  
hematoom, Ogilvie  
sündroom



**Joonis 1.** Loote kardiokogramm 1,5 tundi enne keisrilõiget. Loote põhirütm on 125 lööki minutis, variaabluse vähenemine alla 5 löögi minutis viitab loote distressile.

laps, kaaluga 1436 grammi, pikkusega 41 cm, Apgari hinne 1. minutil 8 palli, 5. minutil 7 palli ja 10. minutil 8 palli. Keisrilõike kulg oli tüsistusteta, operatsiooniaegne verekaotus oli 500 ml. Platsenta histoloogilisel uuringul kinnitati preeklampsiale sobilik leid: väikesekaaluline põletikuvaba platsenta, milles kiirenenud küpsemisega hatud. Parenhüümis villiiti, trombe ega infarkte ei esinenud.

Operatsiooni järel jätkus suukaudne ravi labetalooliga (200 mg 3 korda päevas), mille foonil vererõhk püsis 150/90 mm Hg piires. Magneesiumsulfaadi infusiooni vahetult pärast keisrilõiget ei jätkatud.

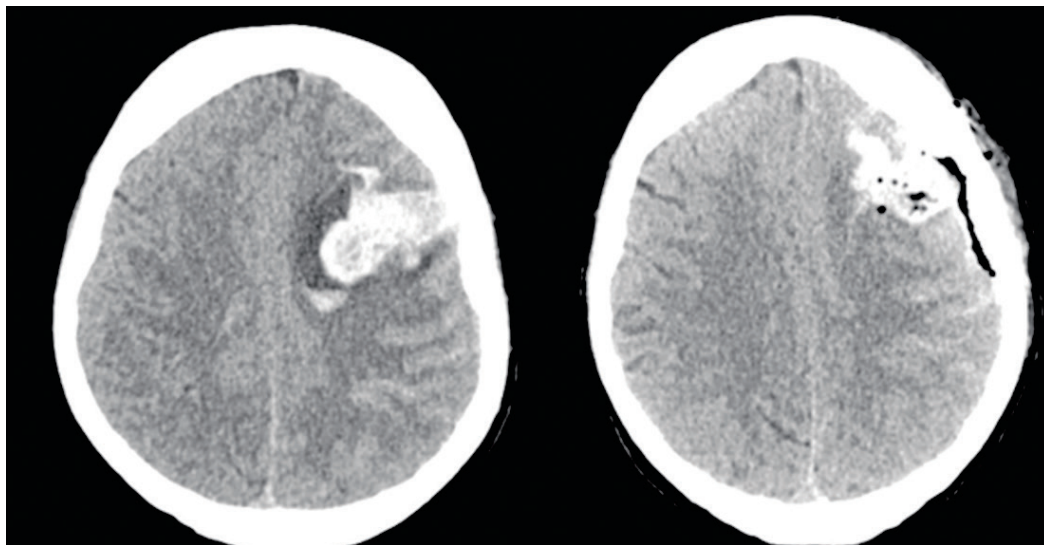
5 tundi pärast keisrilõiget tekkis uuesti vererõhu tõus 190–180/120 mm Hg, mistõttu manustati labetalooli veenisisesi ning taas alustati magneesiumsulfaadi infusiooni, 30 minuti möödumisel lisati raviskeemi veel amlodipiin (10 mg p/o).

Järgneva tunni jooksul püsisid vaatamata kolmele ravimile vererõhu väärtused kõrgena, lisandus valu kesk- ja ülakõhus ning somnolentsus. Palpatsioonil olid kõhukatted pehmed, emakas heas toonuses. Vereanalüüsides ilmnis aneemia (hemoglobiin 96 g/L), trombotsütopeenia ( $88 \times 10^9/L$ ) ning maksa tsütolüüs (vt joonis 3, päev 4).

Raske üldseisundi tõttu viidi patsient 7 tundi pärast keisrilõiget üle intensiivravi osakonda (IRO).

IRO patsiendi seisund halvenes kiiresti. Tekkis turse silmade ümber, paremal muutus Babinski refleks positiivseks, somnolentsus süvenes (Glasgow' koomaskaalal hinnatuna 12 palli) ning arteriaalne vererõhk püsis labetalooli, nifedipiini ja furosemiidi manustamise foonil 180 /105 mm Hg. Koljusisesse hemorraagia kahtluse tõttu tehti kompuutertomograafia (KT), kus ilmnis vasakul intratserebraalne hematoom (ICH) ja subarahnoidaalne hemorraagia (SAH) (vt joonis 2).

Vähem kui tund pärast KT-uuringut tehti kraniotoomia ja eemaldati ajusisene hematoom. Vere hüübimise häirete tõttu oli hemostaasi saavutamiseks vaja kasutada diatermokoagulatsiooni ja hemostaatilist käsna. Esimesel kolmel ravipäeval pärast ajuoperatsiooni oli patsient analgosedatsioonil intubeerituna kopsude kunstlikul ventilatsioonil. Vererõhu eesmärkväärtuse ( $< 130/90$  mm Hg) saavutamiseks rakendati sügavat narkoosi, püsiinfusioonina labetalooli, nimodipiini, klonidiini ja enalapriili. Lisaks sai patsient moksonidiini ja karvedilooli. Laboratoorseset analüüsides



**Joonis 2.** Ülesvõtted patsiendi aju kompuuterringust enne kraniotoomiat (vasemal) ja 8 tundi pärast operatsiooni (paremal). Vasakul frontaalsel intratserebraalne hematoom 55 × 40 mm alal ja subarahnoidaalne hemorraagia. Pärast operatsiooni intratserebraalne mahult vähenenud. Püsib hematoom mõõtmetega 40 × 21 mm.

(vt joonis 3) ilmnis HELLP (*haemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*) sündroomile iseloomulik leid: veres maksa tsütolüüsi näitajate enam kui kümnekordne tõus, trombotsütopeenia ja hemolüüs (hemoglobiini sisalduse vähenemine ja vaba hemoglobiin plasmas). Patsiendile tehti verekomponentide ülekanne aneemia ja trombotsütopeenia korrigeerimiseks.

8 tundi pärast hematoomi evakuatsiooni tehtud aju KT-uuringul oli ajuturse vähenenud (vt joonis 2), kõhupiirkonna KT-uuringul ilmnis koldeleiuata hepatomegalia ja vähene astsiit.

Kahel esimesel päeval kulges patsiendi enteraalne toitmine probleemideta. Kõht oli palpatoorselt pehme, keisrilõike haava piirkond põletikuta, emakas heas kontraktisoonis. Kolmandal päeval kujunes patsiendil välja seedetrakti puudulikkus, mis väljendus kõhupuhituse, oksendamise ja peristaltika puudumisena kuulatlemisel. Enteraalne toitmine lõpetati, paigaldati nasogastraalsond ning manustati lahtisteid.

Neljandaks päevaks pärast keisrilõiget hakkasid preeklampsiale iseloomulikud muutused normaliseeruma: trombotsüütide arv veres tõusis üle  $100 \times 10^9/L$ ; veres hemolüüsi ja maksa tsütolüüsi markerid olid jätkuva langustendentsiga (vt joonis 3), arteriaalne vererõhk normaliseerus. Sedatsioon lõpetati – patsient oli ärkvel,

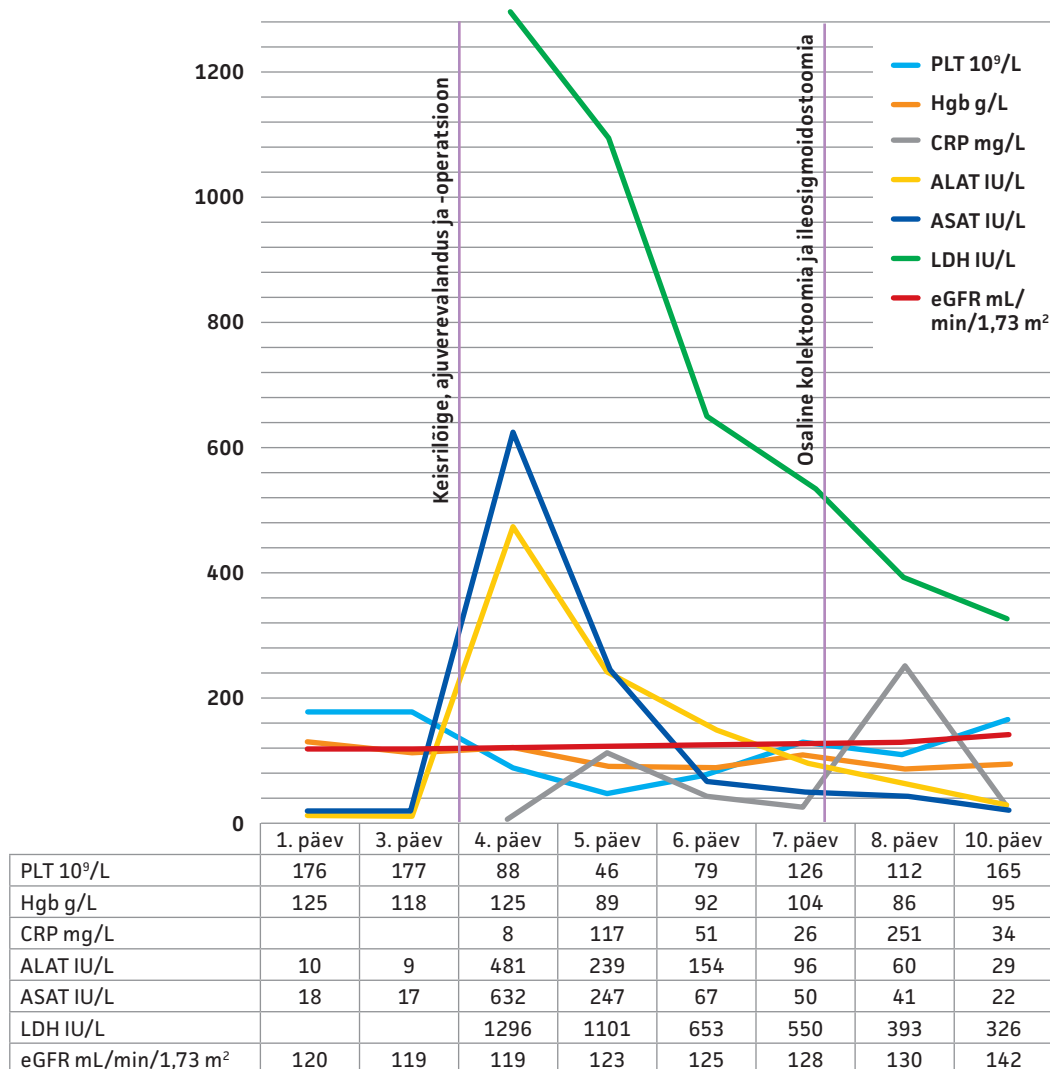
kuid korraldusi ei täitnud; esines parempoolse hemipareesi ja afaasia.

Seedetrakti seisund halvenes, kõhu väljavõlvumus süvenes ja peristaltika jätkuvalt puudus ning diurees oli vähene. Iileuse kahtluse tõttu tehtud KT-uuringul ilmestus üleneva ja ristikäärsoole laienemine, soolepeeglid ja sooleisheemiale viitav sooleseina pneumatisatsioon.

Neljandal päeval pärast keisrilõiget iileuse tõttu tehtud relaparotoomial aspireeriti kõhuõõnest ca 1300 ml lehkavat astsiidivedelikku. Peensool oli punetav ja hüperemiline, jämesool tugevasti laienenud, kuni sigmasoole algusosani tsüanootiline ja nekroosilaikudega. Kohati esines soole serooskihi rebendeid. Sigmasool oli samuti laienenud, ent eluvõimeline. Teostati subtotaalne kolektoomia ja rajati ileosigmoidostoomia

Pärast operatsiooni tehti patsiendile vereülekanne ja jätkati hüpertensiooni ravi kolme preparaadiga. Enteraalset toitmist taasalustati aste-astmelt nädala jooksul. Rakendati intensiivset füsioteraapiat ja logopeedilist abi, mille tulemusena hemipareesi ja afaasia järk-järgult taandusid. Nädal pärast relaparotoomiat oli patsient suuteline iseseisvalt toe najal seisma.

18. päeval pärast keisrilõiget suunati patsient taastusravi osakonda, selleks ajaks piisas antihüpertensiivseks raviks labetaloolist (200 mg × 3).



Labori referentsväärtused: trombotsüüdid (Plt) 145–390 10<sup>9</sup>/L, hemoglobiin (Hgb) 117–153 g/L; C-reaktiivne valk (CRP) < 5 mg/L;alaniini aminotransferaas (ALAT) < 35 IU/L; aspartaadi aminotransferaas (ASAT) < 35 IU/L; laktaadi dehüdrogenaas (LDH) 240–480 IU/L; glomerulaarfiltratsiooni kiirus (eGFR) > 90 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**Joonis 3.** Patsiendi olulisemate vereanalüüside väärtused dünaamikas.

Taastusravil olid põhiprobleemiks kõnehäired, eelkõige sõnade leidmise raskus ja segiaetud häälikute järjekord sõnades ning hääle kõlatus. Patsient oli jõuetu, kõnnak ebakindel, aeroobne suutlikkus madal. 6 päeva kestnud taastusravilt lahkumisel liikus patsient rahuldava tempoga, abivahendita. Dünaamiline ja staatiline tasakaal olid väga head, üldfüüsiline jõudlus paranenud.

27 päeva pärast esmast hospitaliseerimist preeklampsia tõttu lubati patsient koju. Selle aja jooksul oli ta läbi teinud kolm operatsiooni ning vajanud 17 päeva intensiivravi. Kodune ravi jätkus veel labetalooliga, mille foonil vererõhu väärtused normaliseerusid.

Laps sündis enneaegsena (raseduse kestus 32 nädalat ja 6 päeva) ning oli üsasiseses kasvupeetusega. Esimesel elunädalal vajas laps abistavat ventilatsiooni positiivse rõhuga, 10. elupäevaks ta enam hingamistoetust ega lisahapnikku ei vajanud. Enteraalset toitmist alustati kohe pärast sündi algul doonori-, hiljem oma ema rinnapiimaga, kuid väikse sünnikaalu ja enneaegsuse tõttu vajas laps esimesel elunädalal lisaks parenteraalset toitmist. Lapse kasv ja areng kulges oluliste probleemideta ning haiglast lahkus ta ühekuuselt, kui gestatsioonivanus oli 37 nädalat. Ema sõnul on lapse tervis ja areng pärast haiglast lahkumist olnud hea.

**ARUTELU**

Preeklampsia on süsteemne haigus, mis avaldub raseduse II poolel arteriaalse hüpertensioonina, millele võivad lisanduda maksa- või/ja neerufunktsiooni häired, aju- või kopsutursele viitavad sümptomid, vere hüübimissüsteemi häired ja/või uteroplatsentaarne puudulikkus. Kõige sagedamini esineb preeklampsia korral hüpertensioon koos proteinuuriaga.

Preeklampsia tüsistuseks peetakse eklampsiat, mille puhul tekivad preeklampsia sümptomitega patsiendil generaliseerunud toonilis-kloonilised krambihood ning selle tekkepõhjuseks on ajuturse.

Üheks preeklampsia väljenduseks võib olla HELLP-sündroom, mille korral esineb hemolüüs, veres maksaensüümide sisalduse suurenemine ja trombotsütopeenia. Viimased viitavad peamiselt maksafunktsiooni puudulikkusele ning sellega kaasneva teie hüübimishäiretele (3). Eri allikate järgi on preeklampsia esinemissagedus 2–8% (4), Tervise Arengu Instituudi andmetel esineb preeklampsia Eestis 1,7–1,8%-l kõigist rasedustest. 2020. aastal oli Eestis preeklampsia esinemissagedus veelgi väiksem: 1,3% (5). HELLP-sündroomi esineb maailmas hinnanguliselt 0,5–0,9%-l kõigist rasedustest, sealhulgas 10–20%-l preeklampsia juhtudest (6).

Preeklampsia saab alguse platsenta arengu häirimisest raseduse varases järgus, esimesel trimestril. Kui platsenta arenedes jääb trofoblasti rakkude invasioon endomeetriumis liiga pindmiseks, ei remodelleeru emaka spiraalarterid vajalikul määral ning platsenta verevarustus jääb ebapiisavaks. Hüpoperfusiooni tingimustes vabanevad platsentast erinevad mediaatorid, mis põhjustavad raseda endoteeli düsfunktsiooni ning häirivad angiogeensete ja antiangiogeensete faktorite tasakaalu. Tulemuseks on vasokonstriksiooni tõttu raseda elundite verevarustushäired ning loote kasvupeetus. Kui raseda organism ei suuda tekkinud olukorraga toime tulla, avalduvad preeklampsia kliinilised nähud. Ligikaudu 25%-l juhtudest avaldub preeklampsia juba enne 34. nädalat, 75%-l juhtudel pärast 34. nädalat ning üsna sageli alles sünnitustähtaja lähenedes. Hilise avaldumisega preeklampsia korral võib loote kasv olla normaalne (7).

Preeklampsia tekke riski suurendavad platsenta arenguhäire kujunemist soodustavad seisundid: rasedusele eelnev hüper-

tooniatõbi, neeruhaigus, diabeet või sidekoehaigus ja rasvumine (kehamassi indeks üle 30 kg/m<sup>2</sup>). Epidemioloogiliste uuringute põhjal on preeklampsia riskiteguritena veel välja toodud esmasrasedus, mitmikrasedus, raseda vanus üle 40 aasta, preeklampsia esinemine lähisugulastel, pikk rasedustevaheline intervall (üle 10 aasta) ja rasedus doonorsugurakkudega. Paljudel preeklampsiaga tüsistunud juhtudel ei esine ühtki riskitegurit, nagu ka kirjeldatud juhul.

Preeklampsia ravi on sünnitus. Kuna preeklampsia sümptomaatika kujuneb sageli enne 37. rasedusnädalat ning enneaegse sünnitusega kaasnevad riskid lootele, siis püütakse eluvõimelise loote korral rasedust esialgu jätkata. Enne 35. rasedusnädalat kujunenud preeklampsia korral parandab prognoosi loote kopsude ettevalmistus kortikosteroididega, eelkõige kasutatakse beeta-metasooni 2 lihasesisese süstena (12 mg) 48 tunni jooksul. Enne 34. rasedusnädalat on näidustatud loote neuroproteksiooniks magneesiumsulfaadi infusioon, mis lisaks loote ajule kaitseb ka ema aju ning aitab ära hoida eklampsia teket.

Enneaegse hüpertensiooni raviks kasutatakse eeskätt suukaudset labetalooli (alfa- ja beetaadrenoblokaator), vajadusel lisaks kaltsiumikanali blokaatoreid (nifedipiin, amlodipiin) ning rasketel juhtudel tsentraalselt toimivaid adrenoblokaatoreid (3).

Preeklampsia sagedasim tüsistus on enneaegne sünnitus ema ja/või loote kriitilise seisundi tõttu, lisaks võib esineda loote kasvupeetus. Sündinud lapse prognoos sõltub enneaegsuse määrast ja kasvupeetuse raskusest. Enneaegselt sündinud intensiivravi vajavatel lastel on sagedasteks probleemideks sepsis, verevalandused, nekrotiseeriv enterokoliit, bronhopulmonaalne düsplaasia, respiratoorse distressi sündroom ning nende potentsiaalselt elukestvad tagajärjed (8). Üsasisene kasvupeetus on ka hilisemas eas avalduvate haiguste riskitegur (9).

Enneaegse preeklampsia raskete tüsistuste alla kuuluvad eklampsia, kopsuturse, äge neerupuudulikkus, insult, maksa hematoom või rebend, reetina irdumine, dissemineeritud intravaskulaarne koagulatsioon (DIK) ja platsenta irdumine.

Enneaegse ajuhemorraagia on harva esinev tüsistus, mille risk seondub eelkõige ravile allumata hüpertensiooni ja vere hüübimise häirega. Erinevates uuringutes on HELLP-sündroomiga patsientidel kirjeldatud insuldi

esinemist 1,5–40%-l juhtudest. Rasedusaegset insulti esineb kuni 34,2 juhtu 100 000 raseduse kohta, pooltel juhtudel on tegemist hemorraagilise insuldiga (10).

Preeklampsia on üks kolmest sagedasemast rasedusega seotud surma põhjusest, põhjustades maailmas hinnanguliselt 50 000 surma aastas. Otseks surma põhjuseks on sageli koljusisene verejooks (11), mis tekib kõrge ja kõikuva vererõhu foonil koos aju veresoonte autoregulatsiooni häire ning aju-vere barjääri häirega, HELLP-sündroomi puhul lisandub sinna juurde veel koagulopaatia (10). Koljusiseste veritsuste sagedus on suurim sünnituse ajal ning vahetult enne ja pärast sünnitust.

2018. aastal ilmunud süstemaatilises ülevaates, mis hõlmas 20 artiklit kokku 743 raseda patsiendiga, kirjeldati 43 patsiendi juhtumit, kus koljusisene verejooks oli kinnitatud piltagnostika abil. Nendest 13 patsiendil (30,2%) esines preeklampsia või eklampsia ja kolmel (7,3%) HELLP-sündroom. 10 juhul (23%) sekkuti kirurgiliselt, enamasti hematoom evakueeriti. 43 patsiendist 21 suri (48,8%), sealjuures oli ajusisene veritsus 22 patsiendil 43-st, kellest 15 (68,1%) suri (12). Ühelgi patsiendil ei esinenud kaasasündinud veresoonte anomaaliat, mis oleks võinud soodustada ajusisese hemorraagia teket.

Koljusisese veritsuse ravi eesmärk on peatada hematoomi suurenemine ja vähendada sekundaarset ajukahjustust, mida tingivad korduvad veritsused, ajuturse ja koljusisese rõhu tõus. Hematoomi kirurgilise eemaldamise vajadus soovitatakse otsustada sõltuvalt patsiendi eeldatavast prognoosist, hematoomi suurusest ja asukohast ning veritsusest möödunud ajast (13). Oluline on vererõhu kontroll. INTERACT2 uuringu järgi soovitatakse varakult diagnoositud koljusisese veritsuse korral raviga hoida süstoolse vererõhu väärtus alla 140 mm Hg. Eesmärkvererõhk tuleks saavutada 1 tunni jooksul ja seda hoida stabiilsena vähemalt 7 päeva. Jõuline antihüpertensiivne ravi pidurdab hematoomi suurenemist, vähendab veritsuse kordumise riski ning on seotud parema funktsionaalse paranemisega (14).

Kirjeldatud juhul diagnoositi koljusisene veritsus vähem kui 6 tunni möödudes, rakedati kirurgilist ravi ning süstoolne vererõhk langetati alla 130 mm Hg. Esimestel päevadel oli eesmärkvererõhu hoidmiseks vajalik sügav narkoos ja ravi 6 antihüpertensiivse

preparaadiga. Ravi foonil kujunes patsiendil iileus ja jämesoole isheemia ning peritoniit, seega võis vererõhu langusele kaasa aidata ka kujunev septiline šokk.

Äge jämesoole pseudo-obstruktsioon ehk Ogilvie sündroom on soole laienemine ilma mehaanilise takistusega. Sündroomi põhjuseks peetakse autonoomse närvisüsteemi (eriti parasümpaatikuse) düsfunktsiooni. Jämesool laieneb alguses proksimaalselt, täitub üle ning surve soole seinale põhjustab aja jooksul sooleseina isheemiat ja nekroosi, mis võib viia perforatsioonini. Kliiniliselt esineb sel puhul 3–7 päeva jooksul süvenev valu, kõhupuhitus, iiveldus ja oksendamine. Ogilvie sündroom on harva esinev ja seostub raske haiguse või kirurgilise operatsiooniga, riski suurendavad opiaadid, kaltsiumikanali blokaatorid ja antikolinergilise toimega ravimid (15).

Hinnanguliselt 10% kõigist Ogilvie sündroomi juhtudest esineb seoses sünnitusega, millest omakorda lõviosa (92%) kujuneb pärast keisrilõiget (16).

Kui Ogilvie sündroomi diagnoositakse enne isheemiliste kahjustuste kujunemist, on see võimalik lahendada konservatiivse raviga: enteraalise toitumise lõpetamine, neostigmiini manustamine ja soole mehaaniline dekompressioon. Peritoniidi kujunemisel on vaja sekkuda kirurgiliselt ja eemaldada isheemilise kahjustusega soole osa (15).

Kirjeldatud juhul oli patsiendil Ogilvie sündroomi soodustavatest teguritest raske üldseisund, keisrilõige ning ta sai mitmeid soole mootorikat pärssivaid ravimeid: opioidid, kaltsiumikanali blokaatorid, alfa-2-adrenoretseptori agonistid.

Kas kujunevat preeklampsiat oleks võinud varem avastada ja seega tüsistuste kaskaadi ära hoida? Praegu on kasutusel I trimestri preeklampsia kombineeritud sõeluuring, mis põhineb anamnestiliste tegurite, raseda vereseerumist määratavate biomarkerite ja emakaarteri verevoolu hindamisel. Tartus asuti seda rakendama 2020. aastal.

Preeklampsia suure riskiga patsientidel on soovituslik tarvitada atsetüülsalitsüülhapet annuses 100–150 mg üks kord päevas, s.o õhtul enne magamaminekut. Atsetüülsalitsüülhappe tarvitamist tuleb alustada 12. rasedusnädala täitumisel ja mitte hiljem kui 16. rasedusnädala täitumisel ning jätkata kuni raseduse kestuseni 36 nädalat + 0 päeva või kuni sünnitustegevuse alguseni,

kui enneaegne sünnitus käivitub enne 36. rasedusnädalat. ASPRE-uuringus, kuhu oli kaasatud 26 941 üksikrasedusega naist, leiti, et atsetüülsalitsüülhappe tarvitamine profülaktilises annuses preeklampsia suure riskiga naistel vähendas enneaegse sünnitusega lõppeva preeklampsia tekke tõenäosust 62%. Enne 34. nädalat tekkiva preeklampsia risk vähenes 82%, hiljem avalduvale preeklampsiale oli atsetüülsalitsüülhappe toime nõrgem (17, 18).

Eesti Naistearstide Seltsi äsja heakskiidetud ravijuhendi kohaselt (3) on näidustatud kas nimetatud kombineeritud või varasem, riskitegurite hindamisel põhinev sõeluuring. Kirjeldatud patsiendil ühtki preeklampsia riskitegurit ei olnud ning retrospektiivselt ei ole võimalik ka hinnata, kas kombineeritud hinnangu alusel oleks patsiendile olnud aspiriini näidustatud.

Kas seedetraktitüsistust oleks saanud ära hoida? Uuringud on näidanud, et komplikatsioonide juhtudel on nii keisrilõike kui ka muu abdominaalse günekoloogilise operatsiooni järel varane suu kaudu toitmine eelistatud. Suukaudne toitmine esimese 12 tunni jooksul pärast lõikust on seotud kiirema operatsioonijärgse taastumisega ja vähendab haiglaravi kestust iileusejuhtumite sagenemiseta (19, 20). Võib arvata, et kirjeldatud patsiendi üldseisundit ja ravimite hulka arvestades oli seedetrakti motoorika enam pärsitud. Sellistel puhkudel tuleks enteraalsete toitumise alustamisel enam tähelepanu pöörata soole motoorika taastumisele ja läheneda pigem juhupõhiselt.

Kirjanduse põhjal saab järeldada, et tüsiliku kuluga preeklampsia lõpe võib olla ka fataalne. Kirjeldatud patsient jätkab võrdlemisi tavapäraselt elu ning on säilitanud ka oma viljakuse, mis tõstatab küsimuse võimalikest riskidest uuesti rasestumise korral. Raseduse hüpertensiivsete häirete kordumise risk järgmise rasedusega on kirjanduse andmeil kuni 20% ning enamikul juhtudel on haigestumise kordumisel ka sümptomaatika kergem (21). Konkreetset HELLP-sündroomi ja koljusisese veritsuse kordumist ei ole võimalik prognoosida.

Paljud intratserebraalse veritsuse kordumise riskid üldpopulatsioonis (kõrge vanus, antikoagulatsioon, kroonilised neeru- ja veresoontehaigused) ei ole kirjeldatud patsiendile kohaldatavad. Kõige suuremaks riskiks kirjeldatud patsiendi uuesti rasestumise korral jääb varasem ajukahjustus

ajusisesest hematoomist ja võimalik kontrollimatu hüpertensiooni ning aju verevoolu autoregulatsiooni häire kordumine (22). Järgneva raseduse kulgu tüsistaks kindlasti ka soole osa eemaldamisest tingitud võimalikud imendumishäired. Lisaks tuleb arvestada armi emakal eelnevast keisrilõikest ja uue operatsiooni keerukust, kui peaks vajalik olema korduv keisrilõige. Võimalikke kirjeldatud riske üksikuna arvestades oleks järgmine rasedus ja sünnitus võimalikud, kuid kokkuvõttes oleks uuesti rasestumine äärmiselt suure riskiga, mistõttu ei tohiks rasedust kergekäeliselt planeerida.

Kirjeldatud haigusjuhtum tuletab meelde, et preeklampsia on salakaval ja raske rasedustüsistus, mis võib tabada ka tervet, ilma teadaolevate haiguse riskiteguriteta naist. Tüsistunud preeklampsia patsiendid vajavad multidistsiplinaarset käsitlust.

#### VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Artikli autorid kinnitavad, et neil ei esine seoses artikli avaldamisega huvide konflikte.

#### SUMMARY

### Severely complicated preeclampsia in a healthy woman without risk factors of the disease

Kadri Käver-Lomp<sup>1</sup>, Kristiina Rull<sup>1, 2, 3</sup>

Preeklampsia is a complication of pregnancy occurring in 1.3-1.8% of pregnancies in Estonia. Preeclampsia usually manifests itself with hypertension and proteinuria, but it may also affect the function of other organ systems. At onset, the disease may be asymptomatic, but it can rapidly progress to life threatening complications for both mother and child. Intracerebral haemorrhage is a rare but possibly fatal complication that is behind most deaths attributed to preeclampsia.

The case report presents a 28-year-old multiparous woman, who developed preeclampsia without any risk factors. Her condition progressed rapidly and shortly, i.e. after termination of pregnancy at 33 weeks by caesarean section she suffered an intracerebral haemorrhage, requiring surgical evacuation. During subsequent intensive care she suffered another rare complication – Ogilvie syndrome, which

<sup>1</sup> resident, Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia,

<sup>2</sup> Women's Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,

<sup>3</sup> Women's Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,

<sup>4</sup> Chair of Gynecology and Genetics, University of Tartu, Estonia

Correspondence to: Kadri Käver-Lomp  
kadri.kaver@gmail.com

Keywords: pregnancy, complications, preeclampsia, intracerebral haematoma, Ogilvie syndrome

required partial resection of the colon. Through multidisciplinary approach and teamwork, the patient recovered without significant loss of function and continues to live a full life.

## KIRJANDUS / REFERENCES

- Hadlock FP, Harrist RB, Martinez-Poyer J. In utero analysis of fetal growth: a sonographic weight standard. *Radiology* 1991;181:129–33.
- Parra-Cordero M, Lees C, Missfelder-Lobos H, Seed P, Harris C. Fetal arterial and venous Doppler pulsatility index and time averaged velocity ranges. *Prenat Diagn* 2007;27:1251–7.
- Rull K, Kirss A, Hanson E jt. Rasedusaegsete hüpertensiivsete häirete käsitusjuhend. Juhendi on kinnitanud Eesti Naistearstide Seltsi juhatus 30. aprillil 2021. a. <https://www.ens.ee/ravijuhendid/synnitusabi/rasedusaegsete-huepertensiivsete-haeirete-kaesitlusjuhend-2021/>.
- Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, et al. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;170:1–7.
- TAI Eesti meditsiiniline sünniregister. Päring 29.06.2021. Kätesaadav <http://statistika.tai.ee/sq/04ed4602-68a3-4416-8ba4-f524c0294931>.
- Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:8.
- Jim B, Karumanchi SA. Preeclampsia: pathogenesis, prevention, and long-term complications. *Semin Nephrol* 2017;37:386–97.
- Manuck TA, Rice MM, Bailit JL, et al. Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: a contemporary cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:103.e1–103.e14.
- Armengaud JB, Zyzdorzyc C, Siddeek B, et al. Intrauterine growth restriction: Clinical consequences on health and disease at adulthood. *Reprod Toxicol* 2021;99:168–76.
- Moatti Z, Gupta M, Yadava R, et al. A review of stroke and pregnancy: incidence, management and prevention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;181:20.
- Ghulmiyyah L, Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. *Semin Perinatol* 2012;36:56–9.
- Ascanio LC, Maragkos GA, Young BC, et al. Spontaneous intracranial hemorrhage in pregnancy: a systematic review of the literature. *Neurocrit Care* 2019;30:5–15.
- Mendelow AD, Gregson BA, Rowan EN, et al. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial lobar intracerebral haematomas (STICH II): a randomised trial. *Lancet* 2013;382:397–408.
- Wang X, Arima H, Heeley E, et al. Magnitude of blood pressure reduction and clinical outcomes in acute intracerebral hemorrhage: intensive blood pressure reduction in acute cerebral hemorrhage trial study. *Hypertension* 2015;65:1026–32.
- Maloney N, Vargas HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg* 2005;18:96–101.
- Jayaram P, Mohan M, Lindow S, et al. Postpartum acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's Syndrome): A systematic review of case reports and case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;214:145–9.
- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med* 2017;377:613–22.
- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, et al. ASPRE trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;50:492–5.
- Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003516.
- Charoenkwan K, Matovinovic E. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;CD004508.
- van Oostwaard MF, Langenveld J, Schuit E, et al. Recurrence of hypertensive disorders of pregnancy: an individual patient data metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212.
- Selim M. Spontaneous intracerebral hemorrhage: Secondary prevention and long-term prognosis. Päring 23.09.2021. Viimati uuendatud 07.09.2021, <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-intracerebral-hemorrhage-secondary-prevention-and-long-term-prognosis#H1607697236>.

## Kaasuv psühhiaatiline haigus suurendab kroonilise kopsu- ja südamehaiguse ning diabeediga patsientide enneaegse surma riski

Ühendkuningriigi Oxfordi ülikooli teadlased koostasid Rootsi riikliku haiguste andmebaasi põhjal analüüsi kaasuva psühhiaatrilise haiguse seose kohta kroonilise kopsuhaiguse, südame-veresoonkonnahaiguse ja diabeediga patsientide suremusega.

Analüüsiti 249 825 kroonilise kopsuhaigusega, 568 818 kroonilise südame-veresoonkonnahaigusega ning 255 579 diabeediga (kokku 1 074 825) patsiendi haiguse kulgu. Neist 25–32%-l oli

elu jooksul diagnoositud mingi psühhiaatiline haigus (RHK-10 järgi kood F00–F99).

Viie aasta möödudes kroonilise haiguse diagnoosimisest oli kogu vaadeldud kohordis üldsuresus 7,4–10,8%, suitsiidi tagajärjel suri 0,3%. Kaasuva psühhiaatrilise haiguse diagnoosiga patsientide seas oli üldsuresus pea 2 korda suurem (15,4–21,1%). Võrreldes suremuse näitajat õdede-vendade hulgas, kel ei esinenud vaadeldud kroonilisi haigusi, ilmnes, et suremus oli kaasuva psühhiaatrilise haigusega õdede-vendade seas oluliselt suurem, kui neil, kel psühhikahäireid ei olnud. Näiteks oli suremus narkootikumide tarvitajatel 8,3–9,9 korda

suurem, depressiooni diagnoosiga õel-vennal 5,3–7,4 korda suurem.

Uuringust ilmneb, et kaasuv psühhiaatiline haigus on vaadeldud krooniliste haiguste korral iseseisev, geneetilistest ja psühhosotsiaalsetest teguritest sõltumatu enneaegse surma riskitegur. Autorid rõhutavad vajadust pöörata enam tähelepanu krooniliste haigustega patsientide vaimsele tervisele.

## REFEREERITUD

Sariaslan A, Sharpe M, Larsson M, et al. Psychiatric comorbidity and risk of premature mortality and suicide among those with chronic respiratory diseases, cardiovascular diseases, and diabetes in Sweden: A nationwide matched cohort study of over 1 million patients and their unaffected siblings. *PLoS Med* 2022;19:e1003864.

## LÜHIDALT