



TARTU ÜLIKOOL

OPERATIIVSE SÜNNITUSABI
PRAKTIKUMI JUHEND

SÜNNITUSABI FANTOOM

III osa

TARTU 1993

TARTU ÜLIKOOL

OPERATIIVSE SÜNNITUSABI
PRAKTIKUMI JUHEND

SÜNNITUSABI FANTOOM

III osa

Kolmas trükk

K.Gross, V.Kask, H.Jalviste, V.Liivrand
U. Leisner, I. Kõiv, H.Kaarma

TARTU 1993

KUSTUTATUD

Anh.

Tartu Ülikooli
RAAMATUKOGU

12599

OPERATIIVSE SÜNNITUSABI PRAKTIIMI JUHEND
SÜNNITUSABI FANTOOM III
Kolmas trükk
Tartu Ülikool
EE2400 Tartu, Ülikooli 18
3,49.3,75.T.376.500
TÜ trukikoda. EE2400 Tartu, Tiigi 78

I. SÜNNITUSABI LOOTE RISTI- JA PÖIKISEISUDE PUHUL

Sünnitusabi pööre (versio obstetrica)

Sünnitusabi pöördeks nimetatakse sellist operatsiooni, mille abil loode, mis asub ebaõiges seisus või ebasoodsas eesasetsuses, viiakse üle pikiseisu.

Olenevalt sünnitusabi situatsioonist võib kasutada:

- 1) välist profülaktilist pööret pea peale B. A. Arhangel'ski meetodi järgi;
- 2) sisemist sünnitusabi pööret jalale:
 - a) klassikaline pööre jalale täielikult avatud emakasuudme puhul,
 - b) varajane pööre (Braxtoni-Hicksi järgi) mittetäielikult avatud emakasuudme puhul.

Väline profülaktiline pööre pea peale

Näidustused: loote risti- ja pöikiseis, harvemini tuharseis.

Tingimused: 1) rasedus 35 - 40 nädalat, elus loode; 2) loote asetsuse täpne teadmine, kahtluse puhul - röntgenograafia; 3) loote täielik liikuvus; 4) kõhu- ja emakaseinte järeleandlikkus ja pinge puudumine; 5) raseda nõusolek operatsiooniks.

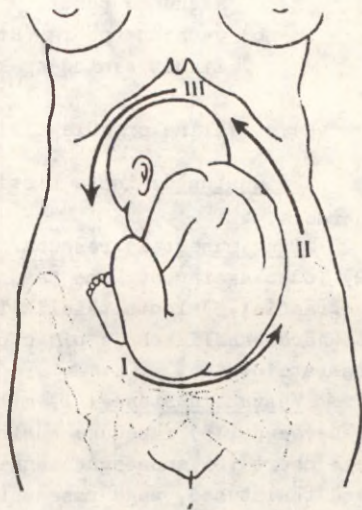
Vastunäidustused: 1) mitmikrasedus; 2) liigveesus või väheveesus; 3) raseduse tüsistus verejooksuga; 4) iseeneslik abort või enneaegne sünnitus anamneesis; 5) rasedusaegsed tüsistused, nagu rasedustoksikoos, nefriit, südame-vereoonkonna haigused dekompensatsioonistaadiumis; 6) anamneesis olnud keisrilõige, operatsioon emakaseinal, liited kõhuõõnes peale operatsiooni, 7) emaka arengu anomaaliad; 8) vaagna kitsenemine (II ja III järk); 9) armide olemasolu tupes, kui võimalus spontaanseks sünnituseks on kahtlane.

Tehnika. Välist pööret on soovitatav teostada statsionaar-
ris. Enne operatsiooni tuleb tühjendada põis ja sooled. Ope-
ratsiooni tuleb läbi viia ettevaatlikult, ilma üldnarkoosi
kasutamata.

Rase lamab seljal. Arst istub tema kõrval paremal pool,
näoga tema poole. Peale loote asetsuse ja seisu määramist
haarab akušöör ühe käega läbi kõhuseinte loote pead, teine
käsi haarab tuharaid. Pööret teostatakse väliste võtetega,
sujuvate tõugetena, õrnalt, ilma liigse jõu kasutamiseta. Üld-
reegel pöördete teostamiseks on järgmine: tuharad paigutatak-
se selja suunas, selg pea suunas, pea kõhu suunas. Sellega
säilitatakse loote füsioloogiline hoiak ega toimu pea siru-
tust. Pärast pööret jääb rase lamama 30 minutiks. Kontrolli-
takse loote südamelööke.



Joon. 1. Väline sünnitusabi
pööre pea peale loo-
te ristiseisu esime-
se asetsuse korral.



Joon. 2. Väline sünnitusabi
pööre pea peale loo-
te tuharaseisu esime-
se asetsuse korral.

Välist pööret pea peale vaagnaotsseisude puhul teostatakse 34. - 36. rasedusnädalal elusa loote korral.

Kui loode pöörab enese tagasi endisse seisu, siis lubatakse teha veel üks katse pööramiseks. Soovitatud linarullid mõlemal pool emakat ei kindlusta mitte alati pikiseisu säilimist. Kui väline pööre õnnestus sünnituse algul, siis võib avada lootepõie, mis kindlustab pikiseisu säilimise.

Sünnitusabi sisemine pööre jalale
(versio foetus in pedem)

Klassikaline sünnitusabi pööre

Näidustused: 1) loote risti- ja põikiseis; 2) loote pea ebaõige seadumine vaagna sissepääsu (otsmikseisu, näguseisu eesmine teisend, tagumine asünklitism); 3) käte, jalgade, nabavüädi väljalangemine peaseisude puhul.

Tingimused: 1) emakasuudme täielik avanemine, 2) loote täielik liikuvus emakas; 3) lootepõis kas terve või veed on just äsja läinud; 4) pea ja vaagna sobivus.

Vastunäidustused: 1) "hooletusse jäetud ristiseis"; 2) emaka ähvardava või juba toimunud rebendi tunnuste olemasolu; 3) surnud loode; 4) kitsenenud vaagen.

Loote liikuvuse määramine. Loode on liikuv, kui 1) looteveed on äsja läinud või lootepõis on terve; 2) emakasuue on täielikult avatud; 3) sissepääs väikesse vaagnasse on vaba või õlg on vaagna sissepääsu kohalt kergelt ära tõugatav; 4) sügava narkoosi ajal leiab emakasse sisseviidud käsi emakaseina poolt takistamata kergesti loote jala. "Hooletusse jäetud" ristiseisu puhul kaob loote liikuvus, emaka alumise segmendi seinad on pingul ja liubuvad tihedalt eesseisvate osale - õlale, mis asub sügavasti seina kiilutult vaagnas. Veed on ammu läinud. Kui sellisel juhul proovitakse teostada sisemist pööret, võib tekkida emaka rebend alumise segmendi piirkonnas.

Klassikalise sünnitusabi pöörde tehnika. Operatsioon teostatakse sügavas narkoosis, et saavutada emaka muskula-

tuuri, kõhuseinte ja vaagnapõhja maksimaalset lõtvumist. Operatsioon viiakse läbi sünnitusabivoodil. Kusepõis kateteriseeritakse, välised suguelundid desinfitseeritakse.

Pööret teostatakse kahe käe kooskõlastatud liigutustega, arvestades eelnevalt järgmisi nõudeid sisemise käe ja loote haaratava jala valikul.

Sisemise käe valik. Emakaõõnde viiakse see käsi, mis teise välise võtte ajal haarab tuharaid. Loote esimese asetsuse puhul tuleb emakaõõnde viia vasak käsi, teise asetsuse puhul parem käsi.

Loote jala valik. Pööret tehakse ühele jalale, kuna järgneval ekstraktsioonil loote teine jalg, läbides koos kehaga emakasuet, venitab seda ja valmistab ette pea läbimiseks. Kui pööre ühele jalale ei õnnestu, siis tuleb haarata ka teine. Jala valiku võtte seisneb selles, et vaagna sissepääsu seaduks eesmine jalg nii, et keha sünniks eesmises teisesendis.

Jala valiku reegel pöördeks:

1) eesmise teisendi puhul võetakse alumine jalg,

2) tagumise ja alumise teisendi puhul võetakse mõlemad jalad,

3) ülemise teisendi ja peaseisude puhul võetakse eesmine jalg.

Operatsiooni läbiviimine.

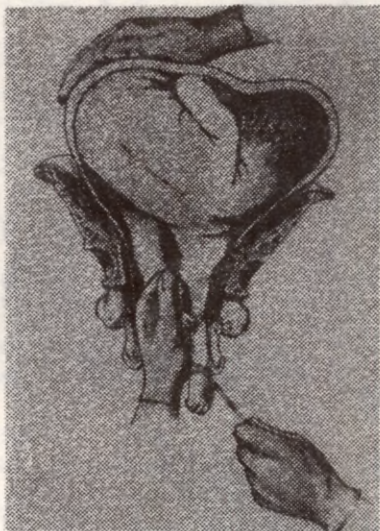
Käsi, mis on valitud emakasse sisseviimiseks, pannakse "akušööri käena" kokku ja viiakse tupe kaudu emakasse. Kui veed on minemata ja emakasuue täiesti avatud, siis avatakse lootepõis ja viiakse käsi kiiresti emakasse, et takistada loote-



Joon. 3. Akušööri käsi.

vee järsku äravoolu. Kui looteveed on läinud, siis haarab käsi kõigepealt eesseisvat osa, tavaliselt jalga.

Kui tuleb täpsustada loote asetsust ja teisendit, siis pööratakse tähelepanu sellele, kuhu on suunatud kaenlaaluse lohu kinnine ots - sealpool asub ka loote pea. Kui on välja langenud käsi, tuleb selgitada, kumb käsi see on, ja selle järgi otsustada loote asetsuse ja teisendi üle. Pöörates käe peopesaga üles, vaadata, kuhu poole on suunatud põial: kui vasakule, siis on see vasak käsi, kui paremale, siis on see parem käsi. Selgitanud loote asetsuse sel teel, et oleme määranud, kuhu poole on suunatud kaenlaaluse lohu kinnine ots, ja teades, milline käsi on välja langenud (arvestusega, et välja langeb alati alumine käsi), saame kindlaks teha teisendi. Kui käsi on juba välja langenud, siis seda ei topita tagasi tuppe, vaid fikseeritakse pööramise eel linguga ja juhitakse pea suunas, et ta ei segaks akušööri sisemist kätt.



Joon. 4. Väljalangenud käsi fikseeritakse pööramise eel linguga.

Pöörde teostamise momendid:

1) Eesseeisva osa eemaletõukamine teostatakse sisemise käega, samal ajal tõukab väline käsi pead emakapõhja suunas.

2) Jala otsimine sisemise käega. Selleks võib valida kaks meetodit: lühike ja pikk. Lühikese meetodi puhul liigub käsi vaagnaotsa suunas ja haarab vajalikku jalga. Pika meetodi puhul libisevad akušööri sõrmed mööda loote külge, tuharaid, reit ja säärt ning haaravad "õiget" jalga. Sel ajal lähendab väline käsi loote vaagnaotsa sisemisele käele vastu. Et ei tekiks eksitust jala ja kää vahel, selleks tuleb teada, et jalal on kand ja varbad lühikesed. Sõrmed on pikad ja põialt võib kergesti eemale suruda. Jalast võetakse kinni kahe sõrmega või kogu käega.



Joon. 5. Klassikaline sisemine pööre (teine moment). Jala otsimine sisemise käega.



Joon. 6. Klassikaline sisemine
pööre. Jalast võetak-
se kinni kahe sõrmega.



Joon. 7. Klassikaline sisemine
pööre. Jalast võetak-
se kinni kogu käega.

3) Pööre teostatakse kahe käe kooskõlastatud tegevusega järgmiselt: niipea kui sisemine käsi on jalast kinni võtnud,



Joon. 8. Klassikaline sisemine pööre (kolmas moment). Kahe käe kombineeritud tegevus pöörde teostamisel.



Joon. 9. Pööre on lõpetatud. Loode on viidud pikiseisu, jalg on väljutatud põlveõndlani.

liigub akušööri väline käsi loote pea juurde. Üheaegselt tõukab arsti väline käsi loote pead emakapõhja ja sisemine käsi juhib jalga tupe kaudu välja. Pööre on lõpetatud, kui jalg sündis põlveni ning ei kao tuppe, kui tõmme jalast lakkab ning loote pea asub kindlalt emakapõhjas.

Pööratakse tuhude vaheajal. Pärast pööret tavaliselt oodatakse mõni minut selleks, et loode tõmbaks käed rinnale. Sel ajal tuleb täpsustada, kas sündis eesmine või tagumine jalg. See on tähtis, kuna sellest oleneb edaspidi loote keha pööramise suund. Peale pööret asutakse loote ekstraktsi-oonile.

Loote sisemine pööre S.J. Bojarkini järgi

Selle klassikalise sünnitusabi pöörde tehnika modifikatsiooni järgi haarab akušööri sisemine käsi loote pead ja surub seda ettevaatlikult emakapõhja. Väline käsi abistab seejuures sisemist kätt, fikseerides emakat ja hiljem loote pead emakapõhjas. Siis liigub sisemine käsi piki loote keha ja haarab eesmist jalga, tuues ta tupest põlveni välja.

Sünnitusabi pööre mittetäielikult avatud emakasuudme puhul (Braxton-Hicks)

Näidustused: 1) placenta praevia - pöörde siht on verejooksu sulgemine, kusjuures loote tuharad suruvad platsenta irdunud äärt vastu emakaseina; 2) loote ristiseis, kui esineb varajane, enneaegne lootevete minek ja emakasuudme mittetäielik avanemine.

Tingimused: 1) emakasuue peab olema avatud 2 - 3 sõrmele; 2) loode peab olema liikuv.

Tehnika. Tuppe viiakse terve käsi ja emakakaelast emakasse 2 - 3 sõrme. Placenta praevia puhul minnakse läbi platsenta. Tõugates eesseisva osa (pea, õlg) üles, haaratakse ükskõik millisest jalast. Väline käsi abistab. Kui ei õnnestu haarata jalga sõrmedega, siis võetakse ta kuultangidega ja tuuakse alla. Selle operatsiooni puhul on loote eks-

traktsioon pärast pööret vastunäidustatud seni, kuni emaka-
suue täielikult avaneb.

Braxtoni-Hicksi pööret kasutatakse tänapäeval ainult
erandjuhtudel. Perinataalne suremus selle pöörde tagajärjel
on kõrge.

II. LOODET PURUSTAVAD OPERATSIOONID

Loodet purustavaid operatsioone kasutatakse loote mahu
vähendamiseks, et oleks võimalik loodet väljutada loomulike
sünnitusteede kaudu (per vias naturales).

Tänu keisrilõike näidustuste laienemisele väheneb loo-
det purustavate operatsioonide arv aastast aastasse. Käes-
oleval ajal kasutatakse loodet purustavaid operatsioone ai-
nult üksikutel erandjuhtudel ja üksnes surnud loote puhul.

Enamkasutatavad loodet purustavad operatsioonid on järg-
mised:

1. Craniotomia - operatsioon, mille eesmärgiks on ees-
asetseva või järeltuleva loote pea mahu vähendamine.

2. Embryotomia - operatsioon, mille eesmärgiks on loo-
te ekstraktsioon tükkhaaval:

- a) decapitatio - loote pea eraldamine kerest,
- b) evisceratio - loote sisikonna eemaldamine,
- c) spondylotomia - loote lülisamba läbilõikamine,
- d) rachiotomia - loote keha läbilõikamine,
- e) exarticulatio - loote jäsemete eraldamine.

3. Cleidotomia - rangluu läbilõikamine loote õlgade
ümbermõõdu vähendamiseks.

Kraniotoomia (craniotomia)

Kraniotoomia teostatakse selleks, et vähendada loote
pea mahtu ja väljutada loode loomulike sünnitusteede kaudu.

Näidustused operatsiooniks:

1) anatoomiliselt kitsas vaagen (conjugata vera vähem
kui 7,5 cm);

2) funktsionaalselt kitsas vaagen - pea ja vaagna sobimatus (suur pea, hydrocephalus, pea ebaõige seadumine vaagnasse; näguseisu eesmine teisend, tagumine asünkliitism jne.);

3) ähvardav emakarebend.

Antud näidustustel teostatakse kraniotoomia vastunäidustuste olemasolul keisrilõikeks (sünnitusteede infektsioon, surnud loode).

Tingimused operatsiooniks:

- 1) conjugata vera mitte vähem kui 6,5 cm,
- 2) emakasuudme avatus mitte vähem kui 5 - 6 cm,
- 3) pea peab olema fikseerunud vaagna sissepääsu.

Operatsiooni tehnika. Kraniotoomia operatsioon koosneb kolmest etapist: pea perforatsioon, ekstserebratsioon ja kranioklaasia.

Pea perforatsioon (perforatio capitis)

Seda teostatakse spetsiaalse instrumendiga - perforaatoriga. Pea perforatsiooni on soovitatav läbi viia silma kontrolli all tupepeeglite abil. Vilunud akušöör võib seda teostada ka "pimesi" sõrmede kontrolli all. Perforatsioon teostatakse juhtiva lõgema või õmbluse piirkonnas, sünnitaja narkoosis.

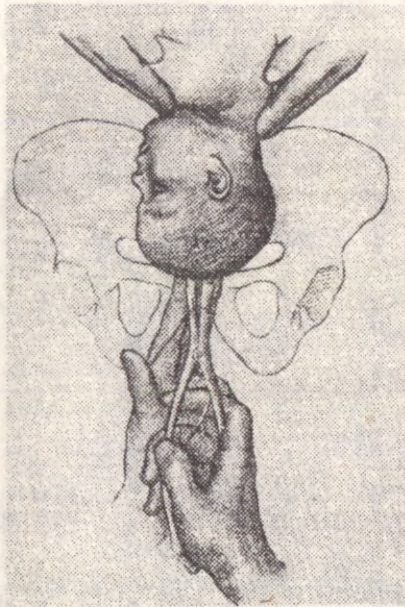
Sünnitaja valmistatakse operatsiooniks ette, siis teostatakse vaginaalne läbivaatus staatuse määramiseks. Järgnevalt viiakse tuppe tupepeeglid, et loote pea nähtavale tuleks. Abiline fikseerib loote pead väljastpoolt. Kahe paari kuultangidega haaratakse loote peanahast. Peanahk lõigatakse skalpelliga kuultangide vahelt läbi ja naha ääred separeeritakse. Puurivate liigutuste abil tungitakse perforaatoriga läbi lõgema või õmbluse. Et perforaator pea pealt maha ei libiseks, peab ta olema pea suhtes perpendikulaarselt, selleks tuleb käepidet allapoole hoida.

Ekstserebratsioon (excerebratio)

Perforatsiooniava kaudu viiakse sisse kürett ja purustatakse ning väljutatakse ajumassid. Seega kolju mahut vä-



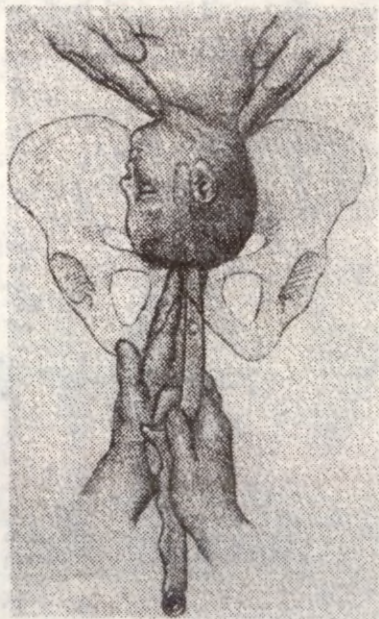
Joon. 10. Perforaator.



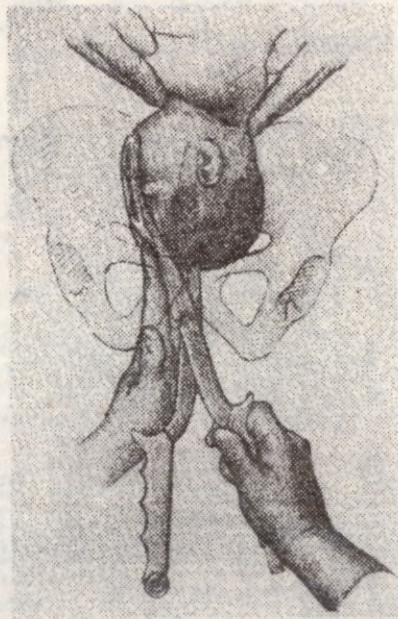
Joon. 11. Loote pea perforatsioon.



Joon. 12. Brauni kranio-
klast.



Joon. 13. Kranioklasti massiivse lusika sisseviimine.



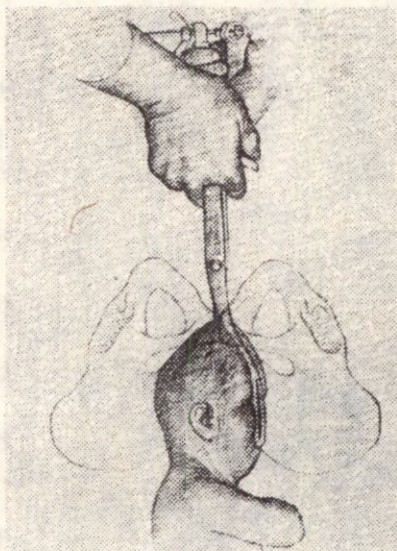
Joon. 14. Kranioklasti teise lusika pealeasetamine.

heneb. Ajukude võib välja loputada ka spetsiaalse kateetri abil.

Kranioklaasia (cranioclasia)

Pärast pea perforatsiooni ja ekstserebratsiooni väljutatakse loode kranioklasti abil.

Kranioklast koosneb kahest teineteisega ristuvast lusikast, mille pidemete otsad on ühendatud kõvasti kinnikruvitava lukuga. Uks lusikas on massiivne, see viiakse esimesena perforatsiooniavasse, nii et lusika kumer pind on pööratud loote näo poole. Teine, aknaga lusikas pannakse väljastpoolt loote näo peale, kuna näokolju luud on omavahel tihedamas seoses ega murdu nii kergesti kui õhuke kiiru- või kuklaluu. Ainult selliselt asetatuna püsib kranioklast ekstserebratsiooni ajal kindlalt peal.



Joon. 15. Loote pea väljutamine kranioklasti abil.

Kontrollitakse veel kord, kas emakakael ei ole jäänud kranioklasti lusikate vahele. Siis lukustatakse lusikad, ühendatakse nende pidemed vindiga ja keeratakse see kõvasti kinni. Järgnevalt tehakse proovitraktsioon ja ekstraheeritakse loode.

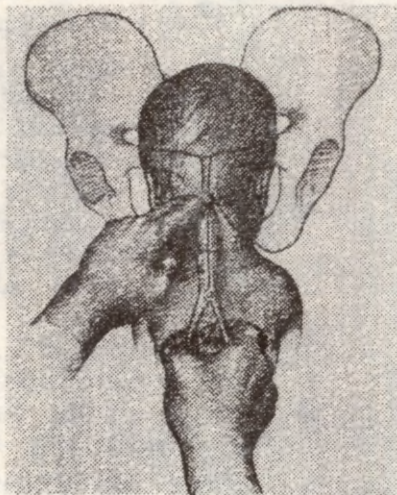
Kui emakasuu ei ole täielikult avatud, siis võib kranioklasti pidemete külge kinnitada paela abil raskuse 200 - 300 g või teostada sisselõiked emakasuudmesse.

Mida kõrgemal asub pea, seda madalamale tuleb suunata kranioklasti pidemed ekstraktsiooni ajal. Et pea paremini vaagnasse laskuks,

surub abiline väljastpoolt loote peale. Ekstraktsiooni ajal tuleb arvestada sünnituse biomehhanismi momente.

Järeltuleva pea perforatsioon vaagnaotsseisude puhul

Seda operatsiooni kasutatakse siis, kui vaagnaotsseisu puhul ei õnnestu pead vabastada. Skalpelliga lõigatakse läbi kaela nahk kuni luuni. Tehtud avause kaudu viiakse perforaa-



Joon. 16. Järeltuleva pea perforatsioon.

tor naha alt kuklani ja pea perforatsioon tehakse foramen occipitale magnum'i kaudu. Pärast perforatsiooni väljuvad ajumassid, pea langeb kokku ja väljutatakse kergelt. Kranio-klasti siin ei kasutata.

Dekapitatsioon (decapitatio)

Embrüotoomiatest kasutatakse kõige sagedamini dekapitatsiooni - loote pea eraldamist kerest.

Näidustus operatsiooniks - hooletusse jäetud ristiseis.
Tingimused operatsiooniks: 1) emakakaela täielik avatus, 2) võimalus sõrmedega haarata loote kaela.



Joon. 17. Brauni dekapitatsioonihaak.

Operatsioon teostatakse sügavas narkoosis, et emaka lihased oleksid täielikult lõtvunud. Operatsiooniks kasutatakse Brauni dekapitatsioonihaaki, mis on teravnurkne ja mille tipus asub nupp.

Operatsiooni tehnika. Kui hooletusse jäetud ristiseisu puhul loote käsi on välja langenud, siis asetatakse sellele marlist ling ja abiline tõmbab lingust tuharate suunas (esimese asetsuse puhul paremale, teise asetsuse puhul vasemale poole).

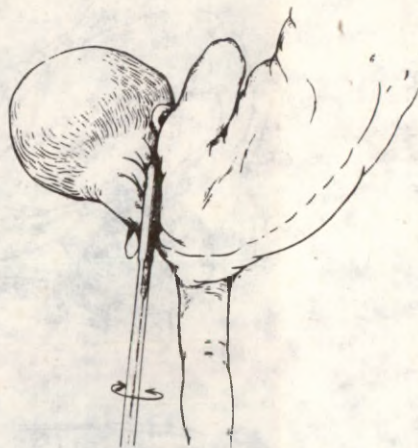
Emakaõõnde viiakse see käsi, mis Leopoldi teise võtte puhul jääb pea peale (esimese asetsuse puhul parem, teise asetsuse puhul vasem käsi). Sisse-

viidud käega haaratakse loote kaelast nii, et põial jääb kaela eesmisele, ülejäänud sõrmed tagumisele pinnale. Teise käega viib akušöör dekapitatsioonihaagi mööda sisseviidud käe põialt libistades loote kaelani, seejuures peab haagi nupp olema pööratud pöidla poole. Edasi juhitakse haak pöidla abil eestpoolt ümber loote kaela. Et dekapitatsioonihaak istuks kindlalt loote kaelal, tõmmatakse haaki käepidemest pidevalt allapoole.

Pöörates dekapitatsioonihaaki käepidemest järsult 90° aigul ühele ja siis teisele poole, nihestatakse kaelalülid ja purustatakse lülisamba terviklikkus kaela osas. Järgnevalt lõigatakse pikkade tõmbiotsaliste kääridega sisemise

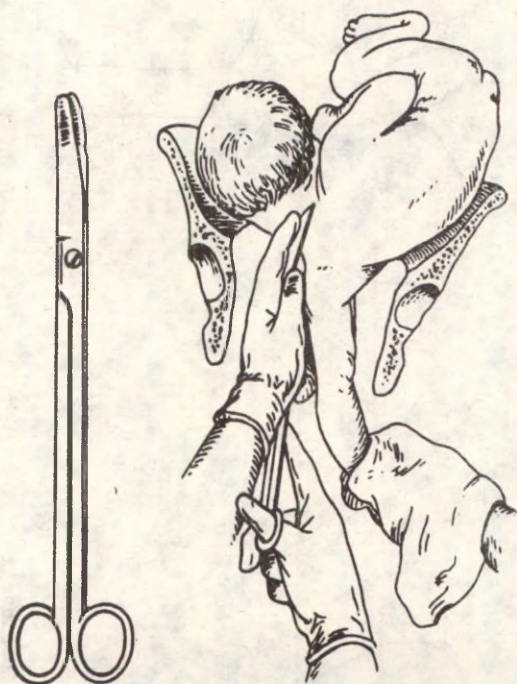


Joon. 18. Dekapitatsioonibaagi
sisseviimine.



Joon. 19. Kaelalülilide
nihestamine.

käe kontrolli all pehmed koed läbi ja eraldatakse pea kerest.



Joon. 20. Loote pea eraldamine kerest.

Pärast dekapitatsiooni väljutatakse kõigepealt loote kere väljalangenud käest tõmmates. Seesmise käega kaetakse samal ajal kaelakõnt, et vältida sünnitusteede vigastusi. Siis väljutatakse pea. Selleks viiakse käsi emakasse ja haaratakse loote peast nii, et kaks sõrme on suhu viidud ja põial katab kaelakõndi. Samal ajal surutakse teise käega vä-



Joon. 21. Loote kere väljutamine.



Joon. 22. Loote pea väljutamine.

liselt läbi kõhukatete pead vaagnasse. Pea väljutamiseks võib kasutada ka kuultange ja kranioklasti, viimase massiivne leht viiakse sel juhul loote suhu.

Evistseratsioon (evisceratio)

Evistseratsiooni kasutatakse sel juhul, kui loote kael asub kõrgemal ja pole emakaõõnde viidud käele kättesaadav. Operatsiooni eesmärgiks on vähendada loote übermõõtu.

Operatsiooni tehnika. Sõrmede kontrolli all lõigatakse kääridega lahti loote eesasetsev külg ja avatakse kõhuõõs või rinnakorv. Avause kaudu eemaldatakse sõrmedega kõik si-



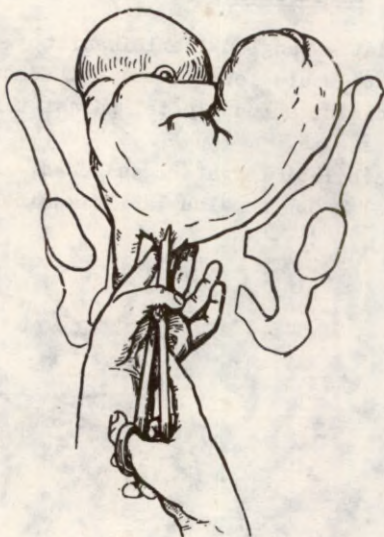
Joon. 23. Loote rinnakorvi avamine.

seelundid. Peale evistseratsiooni väljutatakse loode käest tõmmates kahekorra kokkupainutatult või teostatakse lisaks spondülotomia ja eemaldatakse loode osade kaupa.

Spondülotoomia (spondylotomia)

Lülisamba läbilõikamist kasutatakse neil juhtudel, kui dekapitatsiooni teostamine pole võimalik loote kaela kättesaamatuse tõttu. Spondülotoomiat kombineeritakse sageli evistseratsiooni ja rahhiotoomiaga.

Operatsiooni tehnika. Sõrmede kontrolli all viiakse tugevad nüride otstega käärid lülisambani. Enne lõigatakse läbi sidemed üksikute lülide vahel ja siis lülisammas. Loode



Joon. 24. Spondülotoomia.

väljutatakse kas kahekorra kokkupainutatult või osadeks tükeldatult.

Rahhiotoomia (rachiotomia)

Kui loote kael pole kättesaadav ja dekapitatsiooni teostamine on võimatu, võib kasutada rahhiotoomiat - loote keha

läbilõikamist selgroo nimme- või rinnaosas. Operatsiooniks kasutatakse Brauni haaki ja nüride otstega kääre.

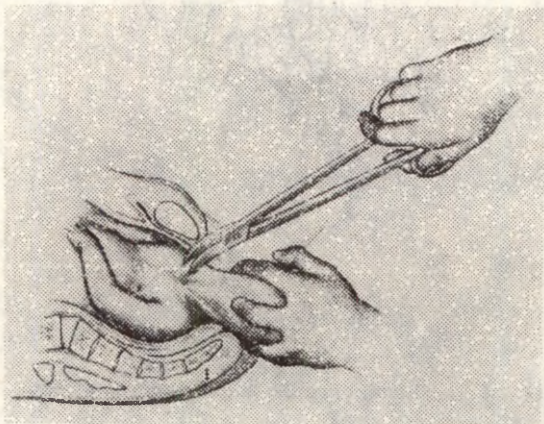
Eksartikulatsioon (exarticulatio)

Eksartikulatsiooni - loote jäsemete eraldamine kerest - ei soovitata hooletusse jäetud ristiseisu puhul kasutada, kuna see ei vähenda oluliselt loote mahtu ega kergenda loote väljutamist.

Kleidotoomia (cleidotomia)

Kleidotoomiat - rangluu läbilõikamist - kasutatakse neil juhtudel, kui suure loote tõttu ei õnnestu õlavöödet vabastada. Sagedamini surnud lootel pärast teisi loodet purustavaid operatsioone.

Rangluud võib läbi lõigata igas kohas, kas ühepoolset või mõlemapoolset. Ühe rangluu läbilõikamine vähendab õlga-



Joon. 25. Kleidotoomia.

de ümbermõõtu 2 - 3 cm võrra. Operatsiooni teostatakse kääridega kas sõrmede või silma kontrolli all.

Kui loode on elus ja õlavöödet muidu vabastada ei õnnestu, siis surutakse rangluule sõrmega ja murtakse ta nürilt.

Pärast loodet purustava operatsiooni lõpetamist ja platsenta väljutamist tuleb hoolega kontrollida pehmeid sünnitusteid, et õigeaegselt avastada tekkinud vigastusi. Selleks teostatakse alati emakaõõne manuaalne kontroll, pöörates tähelepanu eriti emaka alumisele segmendile. Järgnevalt kontrollitakse tupepeeglite abil emakakaela ja tupe terviklikust.

III. ABISTAMINE SÜNNITUSE III JA IV PERIOODI VEREJOOKSUDE KORRAL

Abistamine sünnituse III perioodi verejooksu korral

Iga arst peab teadma neid vältimatu abi võtteid, mis on vajalikud, et sulgeda verejooksu sünnituse III perioodis või varajases sünnitusjärgses perioodis.

Platsenta irdumine emakaseinast ja tema väljumine toimub tavaliselt kuni 30 minuti jooksul peale lapse sündimist. Verekaotus platsenta perioodis ei tohiks ületada 400 ml. See vere hulk on orienteeriv. Füsioloogiliseks tuleb pidada verekaotust, mis ei ületa 0,5 % sünnitaja keha-kaalust.

Põhjused, mis tingivad suurema verekaotuse:

- 1) platsenta väljumise või irdumise patoloogia,
- 2) emaka toonuse langus, emaka hüpotoonia,
- 3) vere hüübimishäired,
- 4) rebendid sünnitusteedes.

Suurema verekaotuse võib põhjustada ka ebaõige sünnituse III perioodi juhtimine. Asjatu kiirustamine, et platsenta väljuks kiiremini (näidustusteta emakamassaaž, platsenta väljasurumine jne.), võib olla platsenta irdumise patoloogia, kuid samuti emaka toonuse languse põhjustajaks.

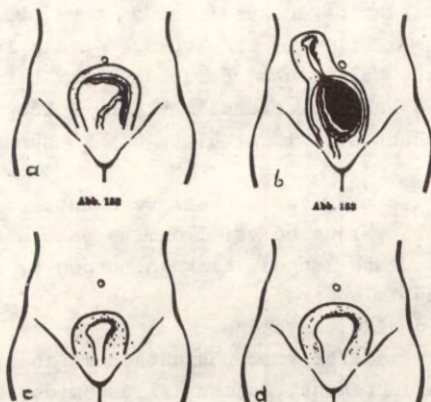
Arst peab oskama patoloogilist verekaotust ennetada või peab koheselt diagnoosima selle põhjuse ja likvideerima verejooksu. Suurenenud verekaotus võib kiiresti üle minna elu-ohhtlikuks verejooksuks.

Abistamine on vajalik juhtudel, kus verejooks ületab füsioloogilise piiri, kuid samuti juhtudel, kus platsenta pole sündinud 1 tunni vältel, vaatamata sellele et suurenenud verekaotust pole.

Kasutatavad võtted sõltuvad otseselt platsenta irdumise ja väljumise kõrvalekalde iseloomust, emaka toonusest.

Platsenta irdumist emakaseinast hindame alljärgnevate momentide alusel.

1. Emaka kuju ja emakapõhja kõrgus platsentaarperioodis sõltub sellest, kas platsenta on juba irdunud või mitte. Vahetult peale lapse sünni fundus uteri asub naba kõrgusel, platsenta irdumise järgselt tõuseb ta 3 - 4 pöiksõrme võrra kõrgemale. Emakas kaldub enam paremale ja on kujult kitsam, nagu välja venitatud. Platsenta väljumise järgselt asub fundus uteri naba ja sümfüüsi ühendusjoone keskel, kujult taas kerajas.



Joon. 26. Emaka kuju erinevus sõltuvalt platsenta irdumisest ja väljumisest: a) emakas peale lapse sünni; b) emakas platsenta irdumise järgselt; c) emakas peale platsenta väljumist; d) emakas 24 tunni pärast sünnitust.

2. Kõhukatetele (sümfüüsisist pisut kõrgemal) surumise korral nabaväät ei tõmbu sisse, emaka asukoha muutudes ei lähe nabaväät kaasa.



Joon. 27. Nabaväät enne ja pärast platsenta irdumist.

3. Nabaväät on tupepilust enam väljunud. Selle üle saame otsustada nabaväädile asetatud klemmi või ligatuuri alusel, mis on allapoole vajunud, enam eemaldunud vulvarõngast.

Abistamisvõtted emakaseinast irdunud
platsenta väljutamiseks

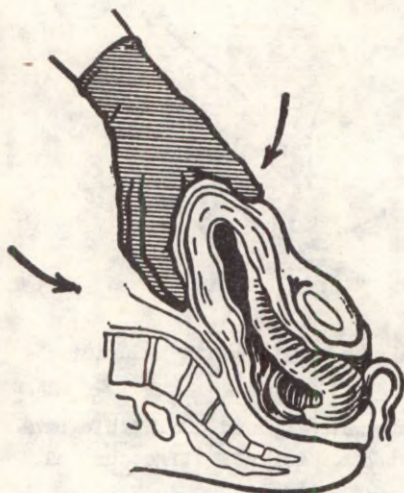
1. Kusepõis kateteriseerida. Täitunud põis võib olla mehaaniliseks takistuseks platsenta sünnil.

2. Kergelt masseerida emakat, et tõuseks tema toonus, tekiks kontraktsioon. Sünnitaja väitab. Kui platsenta ei välju, võib tugevdada patsiendi kõhupressi Abuladze võtte abil.

3. Abuladze võtte korral arst võtab kahe käega paralleelselt linea alba'ga kõhuseina volti ja palub sünnitajat uuesti väidata.

4. Brandti 'Andrew' võtte korral emaka kontraktsiooni ajal tõmmatakse parema käega kergelt nabaväädist (tõmbejõud ei tohi ületada 3 kg). Vasema käega surutakse kõhukatetele sümfüüsisist kõrgemal selliselt, et nihutatakse emakat dorsaalsele ja kraniaalsele.

5. Lazarevitši-Credé võtte. Arst seisab sünnitaja vasemal pool, seljaga sünnitaja näo poole. Emakas viiakse keskjooonele (tavaliselt hoidub paremale poole) ja masseeritakse



Joon. 28. Abistamine Lazarevitši-Credé järgi.

seda kuni kontraktsioonini. Seejärel haaratakse emakas parema käega selliselt, et põial jääb tema eesmisele seinale, ülejäänud 4 sõrme tagumisele seinale. Emakas ante-flekteeritakse, samaaegselt surutakse emakat peopesaga vaagnatelje suunas, s.t. alla ja ette. Surve emakale järjest suureneb, siis väheneb, jäljendatakse tuhu. Selliselt tõugatakse platsenta tuppe ja kust ta sünnib. Kui nii ei õnnestunud platsentat väljutada, võib korrata sama võtet patsiendi olles narkoosis. Tuleb sil-

mas pidada, et Credé võtet ei tohi ülemäära jõuliselt, robustselt teostada, mis võiks põhjustada sellise raske tüsistuse nagu inversio uteri.

Juhul kui Lazarevitši-Credé võtte on edutu, teostatakse platsenta manuaalne vabastamine.

Platsenta käega vabastamine ja väljutamine (solutio seu separatio seu ablatio placentae, manualis)

Sellise vahelesegamise korral tuleb rangelt silmas pidada aseptika reegleid. Platsenta manuaalse vabastamise ja väljutamise ajal on sünnitaja narkoosis. Hoolikalt on vaja ette valmistada sünnitaja välissuguelundid operatsiooniks. Helnevalt tühjendada kusepõis. Arst valmistab oma käed ette

selliselt, nagu seda tehakse üldse operatsiooniks, kuid ei unusta kunagi, et naine sellise operatsiooni korral on eriti ohustatud, on suur oht infitseerumiseks.

Platsenta käega vabastamise korral viiakse parem käsi tuppe "akušööri käena". Emakaõõnde jõudes tehakse kindlaks



Joon. 29. Slinnitusabi andja käsi.

platsenta asukoht, leitakse üles tema serv. Orienteeruda aitab nabaväät. Oluline on parema ja vasema käe koostöö. Samaaegselt vasem käsi fikseerib emaka ja lähendab emakat

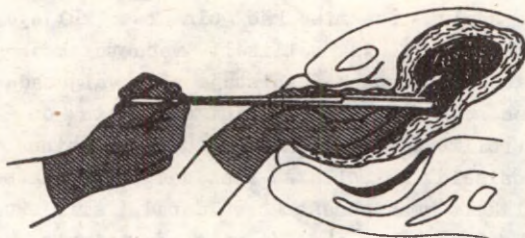
seesmisele käele. Seesmise käe ulnaarse küljega tehakse saagivaid liigutusi ja selliselt vabastatakse platsenta ning tõugatakse ta tuppe (abistaja võib väljutada platsenta, tõmmates seda nabaväädist). Kui platsenta on tõugatud tuppe, kontrollitakse kohe emakaõõs üle, et sinna ei jääks platsenta osiseid. Kui ollakse veendunud, et platsenta kude on täielikult emakaõõnest kõrvaldatud, siis tuuakse käsi välja. Emakaõõnde tohib akušöör viia käe ainult üks kord. Lubamatu viga on, kui arst viib käe emakaõõnde, väljutab platsenta, siis viib käe uuesti sisse, et teostada manuaal-



Joon. 30. Platsenta manuaalne vabastamine.

set emakaõõne kontrolli. Selline manipuleerimine tõstab oluliselt infitseerumise ohtu.

Platsenta peetust emakaõõnes nimetatakse retentio placenta. Platsenta manuaalne vabastamine on suhteliselt lihtne, kui platsenta on ainult osaliselt emakaseinaga ühenduses (placenta adhaerens partialis), ja raskem siis, kui ta on kogu ulatuses liitunud (placenta adhaerens totalis). On juhte, kus platsenta on kogu ulatuses irdunud emakaseinast, kuid nagu pitsunud ühte emaka nurkadest, või emakakaela seesmise suudme ahenemise tõttu ei sünni (incarceratio placenta).



Joon. 31. Inkartsereerunud platsenta vabastamine.

Erandlikel juhtudel on platsenta nii tihedalt emakaseinaga seotud, et manuaalne vabastamine ei osutu võimalikuks (placenta accreta vera seu increta). Sellise patoloogia mitte õigeaegne diagnoosimine ja püüd jõuga vabastada platsentat emakaseinast põhjustab paratamatult raske, eluohtliku verejooksu. Ainuõige lahendus nimetatud patoloogia korral on aega kaotamata amputeerida või eksstirpeerida emakas. Raske seisundi põhjustajaks võib olla samuti placenta accreta vera partialis.

Emakaõõne manuaalne kontroll
(revisio cavi uteri manualis)

Näidustuseks on platsenta osiste peetus (retentio partium placentae), platsenta sagariku peetus (retentio cotyledones placentae). Juhtudel, kus on ainult kahtlus platsenta osiste peetusele, tuleb kindlasti teostada emakaõõne manuaalne kontroll.

Sünnitaja ettevalmistus emakaõõne kontrolliks on samaugune nagu platsenta manuaalse vabastamise ja väljutamise korral. Samuti on siin vaja äärmise täpsusega jälgida aseptika nõudeid. Operatsiooni teostamine ühtib põhimõtteliselt platsenta manuaalse vabastamisega.

Emakaõõne kontrolli on võimalik teostada ka instrumentaalselt (revisio cavi uteri instrumentalis). Sel puhul kasutatakse suurt küretti. Instrumentaalsel kontrollil on infektsiooni sisseviimise oht väiksem, kuid lisandub emaka traumeerimise (perforatsiooni) võimalus. Sellest lähtudes eelistatakse emakaõõne manuaalset kontrolli.

Abistamisvõtted emaka hüpotoonia korral

Sünnituse III perioodis võib patoloogiline verekaotus olla tingitud emaka toonuse langusest (hypotonia uteri) või toonus võib praktiliselt puududa (atonia uteri).

Abistamine peab olema kiire ja läbimõeldud:

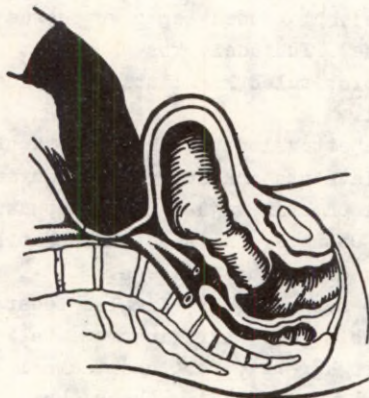
- Emaka välise massaažiga püütakse saavutada emaka toonuse tõusu, surutakse emakaõõnde kogunenud verehüübed välja.

- Verejooksu korral komprimeerida aort lülisamba vastu. Aordi kinnisurumine põhjustab emaka lihaskoe isheemiat ja see omakorda tema toonuse tõusu.

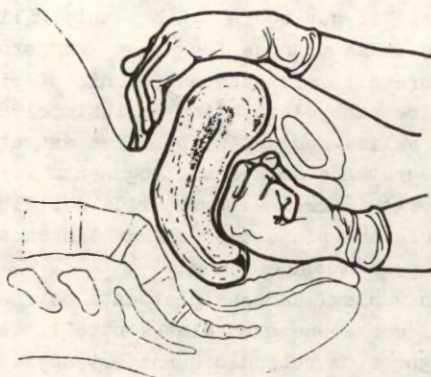
- Kui on vähimgi kahtlus platsenta osiste peetusele, on vaja teostada emakaõõne manuaalne kontroll, mille käigus on võimalik diagnoosida rebendid sünnitusteedes. Ei tohi unustada ka emaka rebendi võimalust. Eemaldada kõik verehüübed emakaõõnest.

- Emakaõõne manuaalse kontrolli korral tehakse emaka

massaaži rusikal. Seesmine käsi on rusikas, välise käega läbi kõhukatete masseeritakse emakat.



Joon. 32. Aordi komprimeerimine vastu lülisammast.



Joon. 33. Emaka komprimeerimine Hamiltoni järgi.

- Komprimerida võib emakat selliselt, et akušöör viib käe tupe eesmisse võlvi rusikas, samaaegselt välise käega anteflekterib emakat (Hamiltoni võte). Selliselt kokkusurutud emaka verevarustus kantlematult väheneb, kujuneb anoksia, võib õnnestuda emakas üle viia toonusesse.

- Emakakaelale asetada ristiõmblus Lossitskaja järgi.

Samaaegselt nende võtete kasutamiselega manustatakse patiensidile emaka toonust tõstvaid preparaate, alustatakse antianeemilise, šokivastase raviga.

Juhul, kui eespool nimetatud võtted on edutud, tuleb õigeaegselt teostada emaka amputatsioon või emaka eksstirpatsioon.

IV. KEISRILÕIGE (sectio caesarea)

Keisrilõike ajalooost

Termin "keisrilõige" - "sectio caesarea" tuleneb kahest sama tähendusega ladinakeelsest sõnast: "secare" ja "caedere", mis mõlemad tähendavad "lõikama".

Keisrilõige ema ootamatu surma korral raseduse lõpul, kui loode oli veel elus, oli tuntud juba Vana-Indias 1500 aastat e. m. a. Vana-Roomas kehtestas keiser Numa Pompilius (7. saj. e. m. a.) seaduse, mis kohustas sureval sünnitajal või rasedal teostama kõhu lahtilõikamise loote eemaldamiseks. Esimesed usaldusväärsed andmed keisrilõike tegemisest elaval emal, kellelt operatsiooniga saadi elus laps, pärinevad aastast 1540 (G. Genter). Järgneva 400 aasta jooksul kasutati keisrilõiget elaval naisel üliharva suure riski tõttu emale, kuna postoperatiivne emade suremus oli praktiliselt 100%. Tuntud prantsuse akušööri Mauriceau (17. saj.) sõnade järgi keisrilõike tegemine võrdus ema mõrvamisega. 18. sajandil asutati Pariisis koguni eriline liiga (millesse kuulusid prantsuse akušöör Levret jt.) võitlemiseks keisrilõike tegijatega, keda süüdistati emade mõrvamises. Emade postoperatiivne

suremus oli Pariisis kuni 1870. a. ja Viinis kuni 1877. a. keisrilõike korral 100 %.

Venemaal teostati esimesed keisrilõiked välismaalastest akušööride (Erasmus (1756), Sommer (1796) ja Richter (1842)) poolt. Venemaal kuni 1880. aastani tehtud 21 keisrilõike korral jäi ellu ainult 4 naist (A. F. Ponomarjovi järgi). Halvad tulemused keisrilõike puhul olid tingitud septilistest infektsioonidest ja emakaverejooksudest, kuna oli loobutud emaka haava õmblemisest sekundaarse infektsiooni tõttu. Emade suremuse vähendamiseks soovitasid G.E. Rein (1876) ja itaallane Porro emaka amputatsiooni pärast keisrilõiget (Rein-Piorro operatsioon). Alles 19. sajandi lõpul võimaldas anti- ja aseptika rakendamine keisrilõike tulemusi parandada.

Infitseeritud sünnituse korral ebasoodsate tulemuste vähendamiseks esitati vaginaalse keisrilõike operatsiooni meetod (Dührssen, 1896) ja eksperimentaalse keisrilõike moodus (Sellheim, Port, Smith). Antibakteriaalse ravi (sulfoonamiidid, antibiootikumid) rakendamisega sai ja jäi valikoperatsiooniks käesoleva ajani abdominaalne transperitoneaalne keisrilõige. Kaasaegsemaks klassikalisest korporaalsest keisrilõikest tuleb pidada istmilist keisrilõiget emaka alumises segmentis (istmuses) retrovesikaalselt, mida tuleb pidada kõige soodsamaks nii lähis- kui kaugtüsistuste seisukohalt.

Keisrilõike näidustused

Eristatakse absoluutseid ja suhtelisi näidustusi. Absoluutseiks näidustusteks on sellised kliinilised sünnitusabi situatsioonid, kus loote väljutamine loomulikke sünnitusteid kaudu ei osutu võimalikuks või on mitteotstarbekas ema ja loote huvide aspektist.

Absoluutsed on järgmised näidustused:

1) Anatoomiliselt kitsas vaagen III astme kitsenemise-ga (conjugata vera väiksem kui 7,5 cm), üksikjuhtudel ka kitsenemise II aste suure loote korral.

2. Kasvajad väikese vaagna sissepääsus, õõnes ja emaka alumise segmenti piirkonnas, mis takistavad loote sündimist.

3. Armiliselt kitsenenud tupp ja emakakael.

4. Platsenta enneaegne irdumine tunduva verejooksuga, ettevalmistamata sünnitusteede korral.

5. Kliiniline mittevastavus väikese vaagna ja loote pea vahel.

6. Platsenta täielik (totaalne e. tsentraalne) eesasetus.

7. Platsenta osaline (partsiaalne e. lateraalne) eesasetus vitaalselt ohtliku verejooksuga, ettevalmistamata sünnitusteede korral.

8. Loote ristiseis.

9. Rebenemisohklik arm emakal eelnenud operatsioonidest.

10. Raseduse II poole toksikoosid (raske nefropaatia, preeklampsia, eklampsia) konservatiivsele ravile allumatuse korral, ettevalmistamata sünnitusteedega.

11. Loote pea ebaõiged seadumised ja väärseisud (asünk-litismid, pea kõrge otseseis, otsmikseis, mentoposterioorne näguseis jt.).

12. Nabaväädi ette- ja väljalangus loote toonide olemasolul kindla veendumusega saada elusat last.

13. Ravile allumatu sünnitustegevuse nõrkus.

14. Vaagnaluude deformatsioon murdudest ja luulised vaagnakasvajad.

15. Tugevalt väljendunud varikoosne veenide laienemine tupes ja vulval.

16. Kardiovaskulaarsed haigused raskel kujul. Dekompensatsioon, mis ei allunud ravile.

17. Morbus hypertonicus ajuvereringe häiretega.

18. Urogenitaalsed ja rektovaginaalsed fistulid anamneesis.

19. Ähvardav ja algav emaka rebend.

20. Emakakaela vähk.

Suhtelisteks näidustusteks on sellised kliinilised sünnitusabi situatsioonid, mille puhul loote ekstraktsioon võiks

toimuda loomulikke sünnitusteid kaudu, aga tunduvalt suurema riskiga emale ja lootele kui keisrilõike korral. Kaasajal on keisrilõike näidustused märgatavalt laienenud ja küllalt sageli teostatakse operatsioon rea relativsete näidustuste olemasolul, kuna üheainsa suhtelise indikatsiooni leidumisel võib sünnitust juhtida konservatiivselt või rakendada teisi sünnituse lõpetamise mooduseid.

Suhtelised näidustused on järgnevad:

1. Anatoomiliselt kitsas vaagen: I või II järk tõelise konjugaadiga 11 - 7,5 cm. Tähtsad on ka naise eakus, surultsündivus anamneesis, vaagnaotsseis, suur loode, ebasõige pea seadumine jt.

2. Raseduse II poole toksikoosid kerge ja keskmise raskusastmega, mis visalt alluvad ravile statsionaaris.

3. Näguseis raskendavate momentide lisandumisel.

4. Sünnitustegevuse nõrkus teiste näidustuste kaasnemisel.

5. Emakamüoom arvukate sõlmedega.

6. Tuberkuloos mitmesugustes elundites.

7. Ekstragenitaalne vähk.

8. Tsentraalse närvisüsteemi haigused.

9. Loote kestev põikiseis.

10. Ähvardav üsasise loote asfüksia.

11. Vaagnaotsseis.

12. Eakas esmassünnitaja (üle 30 a.).

13. Emakakaela armilised muutused.

14. Ülekantud rasedus.

15. Emaka arenguanomaaliad.

Vastunäidustused keisrilõikeks

Vastunäidustused abdominaalsele transperitoneaalsele keisrilõikele ei ole kaasajal oluliselt muutunud, hoolimata moodsast antibakteriaalsest ravist.

Vastunäidustusteks on:

1. Infektsioonid ja põletikulised haigused ükskõik kus organismis. Jämedaks arstlikuks veaks peetakse keisrilõike

sooritamist väljakujunenud endometriidi korral sünnitusel; adneksiidi, parametriidi ja teiste genitaalsfääri põletike korral; samuti infektsiooni leidumisel väljaspool sugusfääri, kui keisrilõikeks ei ole elulisi näidustusi.

2. Loote üsasise surm.

3. Loote asfüksia, kui ei esine kindlat veendumust elusa lapse saamiseks.

Tingimused keisrilõikeks

Et keisrilõiget sooritada soodsate tulemustega emale ja lootele, on vaja arvestada kirurgilisi ja sünnitusabialaseid tingimusi.

I. Kirurgilised tingimused. Keisrilõige nagu mistahes õõneline operatsioon tuleb teostada suures operatsioonitoas küllaldase instrumentariumiga ja personaliga. Erijuhtudel, absoluutsete näidustuste korral, kui puudub võimalus transportiks, võib organiseerida operatsioonitoa olemasolevates tingimustes.

II. Sünnitusabialased tingimused:

1. Kõige soodsamaks peetakse keisrilõike teostamist sünnitustegevuse algamisel, kuna neil juhtudel emakas kontraherub, väheneb verejooksu oht ja lohhiate äravool on soodus läbi avanenud emakakaela. Keisrilõiget võib teostada ka plaanilises korras.

2. Lootepeis peab olema terve või veteminekust ei tohi olla möödunud üle 12 tunni. Vajadusel on üksikjuhtudel võimalik opereerida ka pikema ajavahemiku möödumisel (soovitav kasutada ekstraperitoneaalset keisrilõiget).

3. Ei tohi esineda endometriidi tunnuseid sünnitusel (t^o tõus, pulsi kiirenemine, lehkav voolus).

4. Loode peab olema elus ja eluvõimeline. See tingimus ei ole obligatoorne vitaalse ohu korral sünnitajale.

Operatsioonieelne ettevalmistus

Plaanilise keisrilõike korral tuleb patsiendile eelmisel õhtul teha puhastusklister ja anda hügieeniline dušš, magamiseks manustada unevahendeid. Operatsioonipäeva hommikul tuleb korrata puhastusklüsmi. Tund enne operatsiooni algust tuleb teostada premedikatsioon ja vahetult enne kateteriseerimine. Vältimatu abi korras tehtava operatsiooni eel on vajalik puhastusklüsm, hügieeniline töötlus, maoloputus vajadusel, premedikatsioon ja kateteriseerimine.

Valutustamine

Kaasajal on keisrilõikel põhiliseks valutustamismeetodiks endotrahheaalne narkoos koos müorelaksantidega. Üksikujuhtudel individuaalseil näidustustel võib kasutada lokaalset anesteesiast.

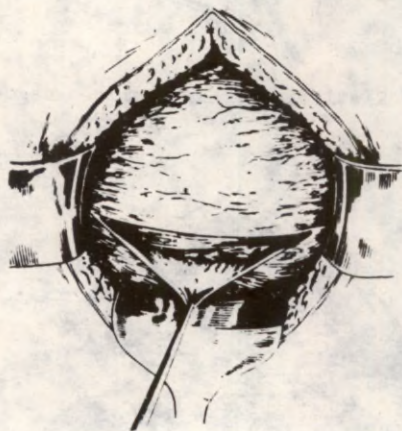
Valutustamine algab premedikatsiooniga. Üks tund enne operatsiooni algust manustatakse nahaalusi 1 ml 0,1-% atropiinsulfaadilahust ja 1 ml 2-% promedoolilahust. Üldnarkoosi korral on vaja silmas pidada, et loote väljutamine ei toimuks hiljem kui 7 - 10 min. jooksul lugedes narkoosi algusest. Kuna narkootilised ained võivad avaldada ebasoodsat toimet lootele, soovitatakse narkoosi alustada lühiaegselt toimivate ainetega. Algul tuleb manustada 10 ml 5-% sombreviini veenisisese, siis 100 mg lüstenooni. Kuni loote väljutamiseni on vaja manustada lämmastikoksiidi ja hapniku segu vahekorras 3:2 või 2:2. Pärast lapse väljutamist võib üle minna eetrile jne.

Keisrilõike tehnika emaka alumises segmendis ristilõikega (sectio caesarea isthmica transversalis)

Kaasajal on otstarbekas kasutada järgmist abdominaalse transperitoneaalse keisrilõike tehnikat ristilõikega emaka alumises segmendis.

I. Kõhukatete avamine teostatakse pikilõikega (laparotomia mediana inferior) või ristilõikega alumises kõhuvoldis (Pfannenstieli järgi) 12 cm pikkuses. Aponeuroos avatakse vastavalt piki- või ristilõikega. Ristilõike korral soovitatakse transversaalse lõike asemel kasutada kiiljat aponeuroosi lõiget, millega luuakse vabam juurdepääs kõhuõõnde. Aponeuroosi avamise järel lõkatakse nürilt laiali külgedele kõhu sirglihased. Peritoneum lõigatakse läbi mõlema lõike korral pikisuunas.

II. Kõhuõõne avamisel põie-emaka-volt lõigatakse läbi ristisuunas 12 cm pikkuses üleminekul emakale, põis surutakse nürilt sümfüüsi poole laia kõhupeegli alla. Selliselt vabastatakse emaka alumine segment.



Joon. 34. Peritoneumi ristilõige emaka-põie-voldi kohal.

III. Emakaõõne avamine teostatakse emaka alumises segmentis ristise lõikega 1,5 - 2 cm allpool emaka-põie-volti. Mõlema käe nimetissõrmega venitatakse haava ristisuunas külgedele 10 - 12 cm. Suure loote korral on soovitatav teha

kaarjas lõige kääridega. Seejärel avatakse lootepõis teravalt või nürilt, kui see on terve.



Joon. 35. Ristilõige emaka alumises segmendis.



Joon. 36. Ristilõike digitaalne laiendamine.



Joon. 37. Ristilõike digitaalne laiendamine on lõpetatud.

IV. Laps väljutatakse peadpidi (pea eesetsusel) emakasse viidud käega. Pärast pea väljutamist ekstraheeritakse laps lõplikult kaenlaalustest haarates. Vaagnaotsseisu korral väljutatakse laps lähimat jalga haarates. Vaagnaotsa väljudes tõstetakse lapse keha üles jalgupidi, emakaõõnde viidud käega vabastatakse käed ja pea suunaga alt üles. Pea väljutamine kehast tõmmates on lubamatu (lülisamba kaelaosa traumeerimise oht).



Joon. 38. Loote pea väljutamine.



Joon. 39. Loote ekstraktsioon kaenlaalustest haarates.



Joon. 40. Loote väljutamine vaagnaotsseisude korral.

V. Emaka haava õblemist alustatakse limaskest-lihas-õmblusega, kusjuures limaskest haaratakse täies paksuses, lihaskest aga minimaalselt (s. o. vahenditult limaskestast all piirnevad lihaskiud). Soovitav on tüsistuste vältimiseks sisse- ja väljapisted teha limaskestapoolsest, nii et ligatuurid jäävad emakaõõnepoolsele küljele. Õblemist

tuleb alustada haava nurkadest ja lõpetada keskjoonel, kus-
juures üksikõmbluste vahemaa on umbes 1 cm. Viimane kätgut-
sõlm surutakse haava sisse pintsetiga. Siiani kasutatud õmb-
lusmetoodika kohaselt sõlmed jäetakse pärast ligeerimist



Joon. 41. Emaka haava I järgu õmbluse algus.



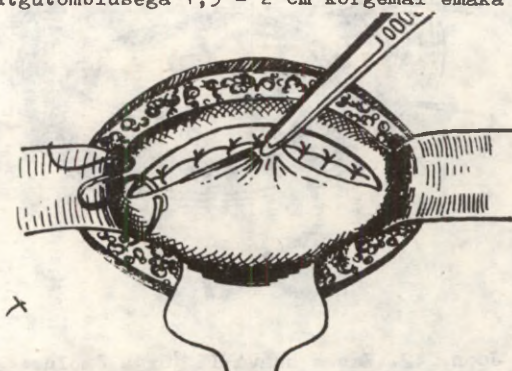
Joon. 42. Emaka haava II järgu õmbluse algus.

emaka välispinnale. Õmbluse II kiht koosneb lihas-lihas-õmblusest, mille abil ühendatakse emaka lihaskihid. Kätgutid asetatakse üksikult eelmiste õmbluste vahekohtadesse samuti 1 cm vahedega. Soovitav on kasutada üksikõmbluste asemel jooksvat (madrats-) õmblust. Ligatuuride sõlmed



Joon. 43. Emaka haava õmblused enne peritoniseerimist.

jäävad emaka pinnale. Peritoniseeriv õmblus (III õmbluskiht) tehakse põie-emaka-voldi kohal, mis õmmeldakse kokku pideva kätgutõmblusega 1,5 - 2 cm kõrgemal emaka haavast.



Joon. 44. Emaka haava peritoniseerimine.



Joon. 45. Peritonisatsioon on lõpetatud.

VI. Järgneb kõhuõõne- ja väikese vaagna elundite kontroll.

VII. Järgneb kõhuseina õmblemine kihtide viisi, kusjuures aponeuroos õmmeldakse üksikõmblustega (siidid), nahaalune rasvkude üksikute kätgutitega ja nahale asetatakse üksikõmblused siidiga või nn. kosmeetiline õmblus.

Postoperatiivse perioodi juhtimine

Postoperatiivse perioodi aktiivse juhtimise taktika on järgmine: 6 - 8 tundi pärast operatsiooni patsient võib pöörata küljele, esimesel päeval võib istuda, dieet nr. 0 (puljong, kissell, mineraalvesi). Teisel päeval võib tõusta, dieet nr. 0, kolmandal päeval võib käia, dieet nr. 1. Kui soolefunktsioon ei ole käiku läinud, manustatakse soolepareesi profülaktikaks veenisisesi 40 ml 10-% NaCl-lahust 1 kord ööpäevas, 1 ml 0,05-% proseriinilahust nahaalusi 2 korda ööpäevas ja tehakse hüpertooniline klüsm. Haavaõmbluse tualett teostatakse vajadusel. Profülaktika sihiga ei ole vajadust kasutada antibiootikume. Septiliste tüsistuste ohu korral tuleb antibiootikume ordineerida pärast kontrolli taluvusele. Esimese 3 - 4 ööpäeva vältel on vaja manustada

ka valutustavaid vahendeid vastavalt vajadusele (1 ml 2-% promedooli, 2 ml dimedroolilahust jt. nahaalusi). Paralleelselt määratakse emakat kontraheerivaid vahendeid (pituitriin, mammofüsiin 1. päeval iga 6 t. järel, 2. päeval 3 korda päevas ja edasi vastavalt vajadusele).

Esimese 3 - 4 päeva jooksul on vaja jälgida elundite füsioloogilisi funktsioone. Kui spontaanne urineerimine on pärsitud, tuleb kateteriseerida 3 - 4 korda päevas. Neljandal postoperatiivsel päeval spontaanse defekatsiooni puudumisel on vaja manustada lahtisteid ja teha klistiiri. Alates 4. päevast patsient viiakse reeglilikohaselt tavalisele dieedile. Kõhuhaavast siidide eemaldamine toimub 7. ja 9. päeval. Sünnitanu lahkub statsionaarist 10. operatsioonijärgsel päeval.

Teised keisrilõike meetodid

Klassikaline keisrilõige (sectio caesarea corporalis classica). Selle keisrilõike korral avatakse kõhukatted subumbilikaalse pikilõikega ja emakas pikilõikega 10 - 12 cm pikkuselt emakakeha eesmisel pinnal. Lootepõie avamise järgselt ekstraheeritakse loode ja emaka haav suletakse õmblus-



Joon. 46. Klassikaline keisrilõige.

tega 3 järgus: 2 lihas-lihasega-õmblust ja 1 seroosa-seroosaga-õmblus. Kaasajal kasutatakse korporaalset keisrilõiget suhteliselt harva, kuna emaka haava paranemine alumises segmendis on soodsam ja hilistüsistusi (armiruptuure) järgnevatel sünnituste korral on tunduvalt vähem kui klassikalise korporaalse keisrilõike puhul.

Keisrilõige emaka alumises segmendis pikilõikega (sectio caesarea isthmica longitudinalis). Emakas avatakse alumises segmendis pikilõikega, mis võimaldab vältida tüsistusi verejooksudest.



Joon. 47. Keisrilõige pikilõikega emaka alumises segmendis.

Väike keisrilõige (sectio caesarea parva). Selle termini all mõeldakse abdominaalset keisrilõiget kuni raseduse 7. lunaarkuuni. Väike keisrilõige on näidustatud üksikjuhtudel meditsiinilistel indikatsioonidel: 1) kui haiguse iseloom nõuab samaaegselt sterilisatsiooni; 2) kui katkestatav rasedus on kombineeritud kasvajatega, mis vajavad operatsiooni.

Vaginaalne keisrilõige (sectio caesarea vaginalis). Vaginaalset keisrilõiget kasutatakse meditsiinilistel näidustustel hiliste raseduste katkestamisel (16. - 29. rasedusnä-

dalani), kui ei ole vaja läbi viia sterilisatsiooni. Selle operatsiooni korral emakat ei avata peritoneumi kaudu, vaid



Joon. 48. Vaginaalne keisrilõige pikilõikega emakakaela tupeosal.



Joon. 49. Kaarjas lõige emakakaela tupeosal.



Joon. 50. Kusepõie eraldatakse
teravalt või nürilt.



Joon. 51. Kõrakaela ja alumise
segmendi pikilõige.

emakakaela eesmise seina pikilõikega, kaasa arvatud emaka sisesuue (lõige 4 cm pikkuses). Eelnevalt lükatakse üles tupe eesmise võlvi tehtud poolkuukujulise lõike järgselt (2 cm ülalpool emaka välissuuet) kusepõis koos tupe eesmise seina limaskestaga. Avatakse lootepõis, tehakse sisepööre jalale, loote pea perforeritakse ja ekstraheeritakse. Platsenta eraldatakse tõmbega nabavähidist ja emakaõõs abraseeritakse. Emakakaela haav ja tupevõlv õmmeldakse ühekihilise kätgutõmblusega. Tupp tamponeeritakse.



Joon. 52. Emakakaela õmblemine kihiliselt.

Ekstrapéritoneaalne keisrilõige (sectio caesarea extraperitonealis) korral ei avata peritoneumit. Tee emakani saavutatakse eesmise kõhuseina avamisega kuni peritoneumini, prepareeritakse küljele põis ja emakas avatakse retrovesikaalselt. Kaasajal seda operatsiooni laialdaselt ei rakendata. Soovitatakse kasutada infitseeritud juhtudel.

V. LAHKLIHA PILUTUSLÖIGE

Vaatamata sellele, et me sünnituse vastuvõtmail kaitseme lahkliha, on vaagnapõhja kahjustus üks sagedasemaid tüsistusi. On hästi teada, et hoolimata sellesuunalistest püüdlustest pole meie käsutuses ühtki moodust sünnituse II perioodi juhtimisel, mis kindlustaks vaagnapõhja terviklikkuse. Viimane on aga olulise tähtsusega, sest vastasel juhul kujuneb eeldus väikese vaagna elundite allavajeks, väljalanguseks.

Sünnitusele võivad kaasneda tupe limaskestast rebendid, samuti lahkliha rebendid. Viimased jaotuvad vastavalt ulatusele alljärgnevalt:

- lahkliha I järgu rebend (ruptura perinei I) - trauma piirdub tupe limaskestast ja perineumit katva naha ning nahaaluse koe rebendiga;

- lahkliha II järgu rebend (ruptura perinei II) - rebenenud on tupe limaskestast, perineumit kattev nahk, nahaalune kude ja lahkliha lihased (m. bulbocavernosus, m. transversus perinei superficialis et profundus);

- lahkliha III järgu rebend (ruptura perinei III) - rebenenud on tupe limaskestast, perineumit kattev nahk, nahaalune kude, lahkliha lihased ja m. sphincter ani. Ulatuslikuma rebendi korral läheb vigastus üle soole seinale.

Kaasajal on hästi teada, et samaaegselt lahkliha rebendiga võib kaasneda m. levator ani trauma. Samuti on hästi teada, et nimetatud lihase trauma võib esineda varjatult, s. t. kattekoed on vigastamata. Viimasel juhul vahetult sünnituse järgselt ei osata neid vigastusi diagnoosida.

Kõik sünnituspuhused lahkliha rebendid kuuluvad kohele kirurgilisele ravile.

Arvestades võimalust, et sünnitusele võivad kaasneda vaagnapõhja kahjustused, mida alati pole võimalik diagnoosida ja seega kirurgiliselt ravida, peetakse põhjendatuks neid ennetada lahkliha pilustamise teel. Pilustamise piirkonnast lähtudes on eristatavad:

- perineotoomia (perinectomia), pilustatakse keskjoonel, raphe perinei piirkonnas;

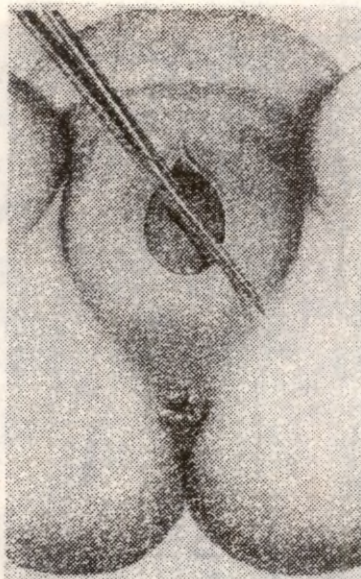


Joon. 53. Perineotoomia.

- episiotomia (episiotomia), pilustamine toimub mõne sentimeetri võrra lahklihe keskjoonest külje poole, lõike suund on radiaalne.

Pilustuslõike teostatakse kääridega, loote pea läbilõikumisel, väituse ajal. Eelistada tuleb perineotoomiat, sest sellisel pilustamisel kahjustuvad lihased vähem, ühtlasi on kirurgiline abi lihtsam ja tulemustelt parem. Kahtlemata on olemas võimalus keskjoonel tehtud pilustuslõike edasi rebenemiseks ja m. sphincteri kahjustuseks. Seega kujuneb analoogiline pilt, nagu me seda näeme lahkliha III järgu rebendi korral. Seda tuleb vaadelda kui tüsistust, mida peab oskama vältida.

Lahkliha profülaktilist pilustamist on vaja teha kõigil neil juhtudel, kus on olemas oht, et sünnituse käigus kahjustub vaagnapõhi, eelkõige m. levator ani. Suurenenud oht

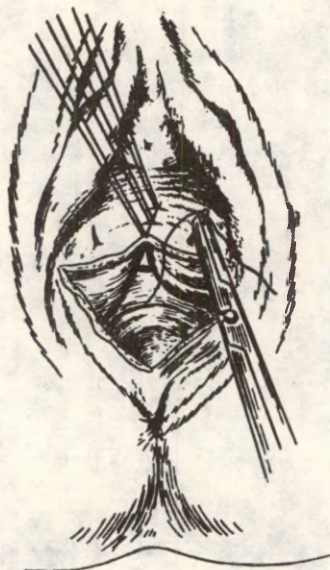


Joon. 54. Episiotoomia.

vaagnapõhja kahjustumiseks on siis, kui loode on suur, esineb atüüpiline loote pea sättumine vaagnasse, vaagnaots-seis, kõrge venimatu lahkliha, vana arm lahklihal, operatiivne vahelesegamine sünnitusel, eelkõige sünnitusabi tangid. Mitte vähem oluline pole tähelepanek, et lahkliha pilustamise teel on võimalik vähendada rõhku loote peale, mida paratamatult avaldavad vaagnapõhja lihased. Sellest tingituna peetakse vajalikuks juhtudel, kus tuleb eriti säästlikult väljutada loode, võimalikult vältides tema pea traumeerimist, teostada lahkliha pilustuslõige. Seda eelkõige enneaegsete sünnituste korral, kuid samuti sünnitusel, kus on diagnoositud loote int-

rauteriinset asfüksiat või on tegemist juhuga, kus on kõr-
genenud oht loote traumeerimiseks.

Kõik lihkiha pilutuslõiked ravitakse vahetult peale
sünnitust kirurgiliselt.



Joon. 55. Perinectomiahaava õmblemine.

VI. AKADEEMILISE SÜNNITUSLOO KOOSTAMISE SKEEM

I. Anamnees

1. Personaalsed andmed

Perekonna-, ees- ja isanimi, vanus, rahvus, haridus, perekonnaseis, elukoht. Töökoht, tehtav töö (detailsem kirjeldus töö iseloomu jne. kohta, kokkupuude tervistkahjustavate ainetega jt.), elukutse, elu- ja töötingimused (detailne iseloomustus). Andmed abikaasa kohta (vanus, elukutse, teh-

tav töö, kokkupuude tervistkahjustavate faktoritega). Kahjulikud harjumused (mehe ja naise kohta) (suitsetamine, alkoholi tarvitamine jm.).

2. Areng (iseärasused alates patsiendi sünnist)

Varem läbipõetud üld- ja günekoloogilised haigused, nende komplikatsioonid. Teostatud operatsioonid, nende postoperatiivse perioodi kulg. Vereülekanded ja nende puhused või järgsed komplikatsioonid. Allergia (toit- jt. ainetele, ravimitele). Pärilikkus. Vererõhu andmed enne rasedust.

3. Suguelundite funktsioon

Menarhe algus, mensesse tüüp, regulaarsus, vereerituse rohkus, valud jm. Suguelu algus, mitmes abielu, rasestumisvastased vahendid.

4. Sünnitusabi anamnees

Endised sünnitused ja abordid (esitada kronoloogilises järjekorras). Kui mitmes abielu, siis mitu last I, II jne. abielust. Sünnituse korral esitada andmed sünnituse ajalise, kestuse, operatiivsete vahelesegamiste jm. kohta. Lapse sugu, kaal; kas laps sündis enneaegsena, ajalisena, elusana, surnuna jne. Sünnitusjärgse perioodi kulg; rinnaga toitmise kestus. Abortide korral, kas need on olnud iseeneslikud, tehnilikud või kriminaalsed; millisel raseduskuul; operatiivsed vahelesegamised, komplikatsioonid; postoperatiivse perioodi kulg, kui kiirelt taastus menstruaalfunktsioon jne.

5. Käesoleva raseduse kulg

Viimase mensesse 1. päev, rasestumise aeg, esimesed looteliigutused. Raseduse I ja II poole kulu iseärasused. Raseduse ajal põetud haigused (mitmendal rasedusnädalal või -kuul, teostatud ravi, täpselt selgitada kasutatud ravimpreparaadid, annus, ravi kestus jne.). Hospitaliseerimine raseduspatoloogia või muu haiguse tõttu. Teostatud uuringud ja ravi. Oletatava sünnituse tähtaeg.

6. Rasedusaegne tervishoid, dieet (konkreetselt antud patsiendi kohta. Mitte kirjutada raamatust maha!).

7. Naistenõuandla külastamine

Millisel rasedusnädalal esimene külastus. Teostatud sanitaarhariidustöö ja psühnofüsioprofülaktiline ettevalmistus (konkreetselt antud patsiendi kohta).

8. Epidemioloogiline anamnees.

Kokkuvõte: sünnituse prognoos anamnestiliste andmete põhjal.

II. Raseduse kulg naistenõuandla andmetel

1. Üld- ja akušööriline staatus esmakordsel külastamisel (raseduse suurus, oletatav sünnituse tähtaeg).
2. Raseduse kulg naistenõuandla andmetel. Teostatud analüüsid jm. (esitada dekursusena).
3. Teostatud profülaktilised üritused (nende otstarbekus, efektiivsus).
4. Rasedustoksikooside profülaktika (esitada andmed laiendatud tabelina, s.t. koopia raseda individuaalkaardi vahel olevast tabelist).
5. Rasedusaegsed tüsistused: millisel rasedusnädalal, staatus hospitaliseerimisel, diagnoos, diferentsiaaldiagnoos, ravi (küllaldane, puudulik, efektiivne, väheefektiivne, efektitu).
6. Psühoprofülaktiline ettevalmistus (konkreetselt, kuidas sisuliselt teostati), selle efektiivsus.
7. Patronaaž (mitu korda, mitmendal rasedusnädalal, vajalikkus).
8. Sünnituseelse puhkuse määramine (viimase menses, esimese looteliigutuste, esimese külastuse ja 32. rasedusnädalal objektiivsete akušööriliste andmete ning kasutatud valemite põhjal). Määramise õigsus. Valesti määramise põhjused.
9. Järeldused sünnituse prognoosi suhtes naistenõuandla andmetel.

Kokkuvõte: naistenõuandlas antud raseda jälgimisel tehtud töö kriitiline hinnang; puudused, ettepanekud nende vältimiseks, likvideerimiseks.

III. Sünnitaja objektiivne staatus tema hospitaliseerimisel

1. Sünnitaja selekteerimine vastuvõtublokis (kuhu osakonda paigutati, selle põhjendus).
2. Sünnitaja vastuvõtmine (töö vastuvõtublokis). Teostatud sanitaarkorrastus.
3. Anamnees (vt. "Sünnitusabi ja günekoloogia valitud loengud", II osa).
4. Status praesens objectivus.
5. Status obstetricus.

Fiimanäärmed, vaagna mõõdud, kõhu mõõdud (emakapõhja kõrgus, kõhu ümbermõõt), vaatlus, Leopoldi võtted, loote seis, positsioon, eesasetsev osa, auskultatsioon, sünnitus-tegevuse algus (kuupäev, kellaaeg), lootevee puhkemine, sünnitustegevuse iseloom, kestus.

Vaginaalne läbivaatus (teostatud ettevalmistus, näidustus, leid).

Diagnoos (akušööriline, internne jne.).

Sünnituse juhtimise plaan; profülaktilised üritused.

Sünnituse prognoos olenevalt

a) sünnitaja üldseisundist, b) sünnitusteedest ja lootehoidiast, c) sünnitustegevusest ja d) sünnitusobjektist.

IV. Sünnituse kliiniline kulg ja juhtimine

1. Sünnituse kliiniline kulg ja kestus konkreetselt antud sünnitaja juures (mitte kirjutada teooriat!)

a) avanemisperioodis (täita ka partogramm), b) väljatusperioodis, c) päramiste perioodis, d) varapuerpeeriumis.

Sünnitusabi operatsioonide kasutamise korral nende näidustused, tingimused ja tehnika.

2. Sünnituse biomehhanism (antud konkreetse sünnituse kohta!).
3. Anti- ja aseptika sünnitusel.
4. Valutustamine (näidustused, kasutatud medikamendid, efektiivsus). Sünnituskula kriitiline analüüs.

V. Puerpeeriumi kliiniline kulg ja juhtimine

1. Esitada dekursuse näol iga päeva kohta eraldi. Andmed kaebuste, üldseisundi, temperatuuri, pulsi, vererõhu väärtuste kohta; piimanäärmete seisund, nibude olukord, emakapõhja kõrgus, lohhiate iseloom, perineumi seisund; iste ja urineerimine. Kasutatud ravimite täpne ordinatsioon, kasutamise põhjendus.
2. Laktatsioonifunktsioon (piimapaistu esinemine, selle vorm, väljendus: puudub, nõrk, keskmise tugevusega, tugev; kestus ja ravi).
3. Teostatud anti- ja aseptika.
4. Sanitaarselgitustöö (millised vestlused tehtud - kuupäev, teema).
Puerpeeriumi kulu ja juhtimise kriitiline analüüs.

VI. Vastsündinu-perioodi kliiniline kulg ja juhtimine

1. Lapse seisund sündimisel (Apgari hinne kohe ja 5 min. pärast).
2. Vastsündinu esmane tualett (antud konkreetsel juhul).
3. Teostatud profülaktilised üritused, nende põhjendus.
4. Vastsündinu areng iga päeva kohta (dekursusena).
5. Toitmine: millal viidud esmakordselt sööma. (Mitme tunni järele peale sünnitust; hilise rinnaga toitmise alguse korral selle põhjendus.) Lisatoitmine (põhjendus). Kõrva märkida imetud rinnapiima hulk (konkreetselt antud vastsündinu kohta).

6. Vastsündinul esinenud füsioloogilised iseärasused.

7. Vastsündinu seisund kliinikust lahkudes.

Vastsündinu-perioodi kliinilise kulu ja juhtimise kriitiline analüüs.

VII. Mida peab teadma ema kliinikust lahkudes

Nõuanded dieedi, eluviisi, rasestumisvastaste vahendite, lapse hooldamise jm. kohta.

VIII. Emale kaasaantav dokumentatsioon

1. Dokumentatsioon. Sünnitusjärgne puhkus (mitu päeva ja millisest kuupäevast millise kuupäevani).

2. Retseptid (millised, konkreetselt välja kirjutada) vastsündinu hooldamiseks.

Epikriis.

S i s u k o r d

I. SÜNNITUSABI LOOTE RISTI- JA PÕIKISEISUDE PUHUL...	3
Sünnitusabi pööre (versio obstetrica)	3
Väline profülaktiline pööre pea peale	3
Sünnitusabi sisemine pööre jalale (versio foetus in pedem)	5
Loote sisemine pööre S. J. Bojarkini järgi ...	11
Sünnitusabi pööre mittetäielikult avatud emakasuudme puhul (Braxton-Hicks)	11
II., LOODET PURUSTAVAD OPERATSIOONID.....	12
Kraniotoomia (craniotomia)	12
Pea perforatsioon (perforatio capitis)	13
Ekstserebratsioon (excerebratio)	13
Kranioklaasia (cranioclasia)	16
Järeltuleva pea perforatsioon vaagnaotsseisude puhul	17
Dekapitatsioon (decapitatio)	17
Evissteratsioon (evisceratio)	22
Spondülotoomia (spondylotomia)	23
Rahhiotoomia (rachiotomia)	23
Eksartikulatsioon (exarticulatio)	24
Kleidotoomia (cleidotomia)	24
III. ABISTAMINE SÜNNITUSE III JA IV PERIOODI VEREJOOKSUDE KORRAL	25
Abistamine sünnituse III perioodi verejooksu korral	25
Abistamisvõtted emakaseinast irdunud platsenta väljutamiseks	27
Platsenta käega vabastamine ja väljutamine (solutio seu separatio seu ablatio placentae manualis)	28
Emakaõõne manuaalne kontroll (revisio cavi uteri manualis)	31
Abistamisvõtted emaka hüpotoonia korral	31
IV. KEISRILÕIGE (sectio caesarea)	33
Keisrilõike ajaloost	33
Keisrilõike näidustused	34
Vastunäidustused keisrilõikeks	36
Tingimused keisrilõikeks	37
Operatsioonieelne ettevalmistus	38
Valutustamine	38
Keisrilõike tehnika emaka alumises segmentis ristilõikega (sectio caesarea isthmica transversalis)	38
Postoperatiivse perioodi juhtimine	45
Teised keisrilõike meetodid	46
V. LAHKLIHA PILUTUSLÕIGE	51
VI. AKADEEMILISE SÜNNITUSLOO KOOSTAMISE SKEEM	54

