

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOI

V.FAINBERG ja I.VEERMA

Sünnitusabi
FANTOOM

II OSA

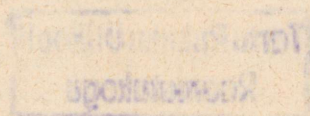
TARTU 1964

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOI

SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA KATEEDER

V.FAINBERG ja I.VEERMA

Sünnitusabi
FANTOOM



ARHIIVKOGU

TARTU 1964

Тартуский государственный университет
СССР, г. Тарту, ул. Юликооли, 18

В. Файнберг и И. Веерма

АКУШЕРСКИЙ ФАНТОМ

II

На эстонском языке

Vastutav toimetaja K. Gross

Korrektor E. Oja

TRÜ rotaprint 1964. Trükipoognaid 6,8.

Arvestuspoognaid 5,4. Trükiarv 600.

MB 00221. Tell. nr. 1228.

Hind 16 kop.



389

ARHIIVKOGU

Üldised mõisted sünnitusabioperatsioonide näidustustest ja tingimustest.

Akuööri töö efektiivsuse kriteeriumiks peetakse maksimaalset hulka spontaanselt lõppenud sünnitusi ja minimaalset hulka operatiivseid sünnitusi. Seda saavutatakse sünnituse diagnostika omandamisega, sünnituse mitmesuguste biomehhanismide ja nende variantide tundmaõppimisega, sünnituste jälgimise ja juhtimise kogemustega.

Sünnitusabisituatsiooni muutustest tingituna muutuvad tingimused ja näidustused ja ka operatiivse võtte valik. Sünnitusabioperatsiooni läbiviimise komplitseeritus oleb mitte niivõrd selle teostamise tehnikast, kui võrd oskusest leida õiged näidustused sünnituse lõpetamiseks, arvestada olemasolevaid tingimusi operatsiooni valikul ja selle läbiviimise õigeaegsust.

Näidustuseks sünnituse lõpetamiseks osutuvad kõik need ema ja loote patoloogilised seisundid, mis käesoleval hetkel ähvardavad nende elu ja tervist ning on välditavad ainult kiire sünnituse lõpetamisega ühe või teise sünnitusabioperatsiooni abiga.

Näidustused esinevad nii loote kui ka ema poolt. Sageli esinevaks näidustuseks sünnituse lõpetamiseks loote poolt on ähvardav asfüksia. Näidustused sünnituse lõpetamiseks ema poolt võivad tekkida sünnituse igas perioodis, nad sõltuvad sünnitaja üldseisundist, sünnituse kulu iseärasustest, nagu näiteks verejooksud sünnitusteedest, tüsistuste väljaselgitamisest kitsa vaagna tõttu, sünnitustegevuse anomaaliatest, loote ebaõigest seisust jne.

Ükskõik millise tüsistuse ilmnemisel sünnituse ajal tuleb välja selgitada, kas ta osutub näidustuseks sünnituse lõpetamiseks. Kui seda näidustust võib põhjendada, siis tuleb kohe sünnitaja läbivaatamisel kindlaks teha, missugused tingimused on olemas sünnituse lõpetamiseks. Olemasolevate tingimuste kohaselt valimegi sünnitusabioperatsiooni. Tingimused peavad kindlustama operatsiooni läbiviimise suurima ohutuse. Tingimuste puudumine teatud sünnitusabioperatsiooniks osutub vastunäidustuseks sellise operatsiooni teostamiseks.

Operatsiooni valikul tuleb alati eelistada vaginaalseid operatsioone, sest nad on tehniliselt kergemini teostatavad ja säästvamad nii emale kui ka lootele.

Lähtudes seisukohast, et sünnitus on dünaamiline protsess, mille puhul pehmete sünnitusteede avanemine ja loote edasilükkumine alluvad kindlaile seaduspärasustele, oleneb sünnituse igal etapil teatud tingimustest, võib kasutada ainult vastavaid operatsioone.

Avanemisperioodi alguses ettevalmistamata sünnitusteede puhul võib teostada keisrilõiget. Emakasuu vähesel avamisel (2 - 3 pöiksõrme) võib peale keisrilõiget kasutada ka lootepurustavaid operatsioone, kuigi ilma järgneva loote ekstraktsioonita. Avanemisperioodi lõpuks võib kasutada sünnitusabi pööret, sünnitustange, lootepurustavaid operatsioone koos loote ekstraktsiooniga ja juba harva keisrilõiget. Väljutusperioodis kasutatakse sünnitustange, loote ekstraktsioone vaagnaotsseisude puhul, vaakuumekstraktsiooni. Keisrilõige ja sünnitusabipööre ei ole siis kasutatavad.

Sünnitusabioperatsioonidel on omad iseärasused: 1) nad on peaaegu alati vältimatud; 2) sünnitusabi andmisel kannab arst vastutust kahe elu eest, see tähendab, et tal tuleb arvestada nii ema kui ka loote elu; 3) operatsiooni teostatakse enamikul juhtudel komplemisel ilma silma kontrollita; 4) operatsioon tuleb viia lõpuni, s.o. sünnitus peab lõpetama. "Proovitangid", "proovipööre" jne. ei ole mõeldavad, sest need ei lahenda sünnitusabisituatsiooni.

Operatiivse tehnika õpetamine fantoomil on üleminekuks teooriaalt praktikale ja muidugi ei asenda täielikult neid kogemusi, mis saadakse praktilises töös sünnitustoas.

Fantoomi puhul jääb puudu ettekujutus kudede elastsusest, kompimisest, ettevaatlikkusest jõu kasutamisel jne. Kuid õpetamine fantoomil annab siiski ettekujutuse loote ja vaagna ruumilistest suhetest, annab kogemusi sünnitusabi instrumentaariumi kasutamisel, samuti omandatakse sünnitusabioperatsioonide tehnilised võtted.

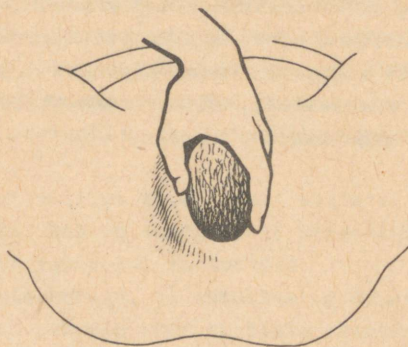
I. SÜNNITUSABI VÕTTED LOOTE PEASEISUDE PUHUL. SÜNNITUSE VASTUVÕTMINE.

Sünnitusabi võtteid kasutatakse normaalse sünnituse biomehhanismi soodustamiseks ja ema ning loote sünnitustrauematisi prefülaktikaks. Tavaliselt võtab sünnitust vastu ämmaemand, kes juba väljutusperioodi lõpuks peab kõik selleks ette valmistama. Selleks ajaks on tal käed pestud nagu operatsiooniks, sünnitaja välised suguelundid desinfitseeritud, vajalikud instrumendid valmis seatud. Sünnitaja ristluu alla pannakse steriilne lina. Päraku ava kaetakse steriilse rätiga selleks, et sünnituse vastuvõtja oma käsi ei määriks.

Ämmaemand võtab sünnitust vastu, seistes sünnitaja paremal pool. Loote pea läbilõikumisel asetab ämmaemand parema käe lahklihale nii, et neli sõrme liibuksid tihedalt sünnitaja vasakule suurele häbememokale, aga põidla surub ta paremale suurele häbememokale. Lahkliha ülemine äär peab olema vaba ja nähtav kogu sünnituse vastuvõtmise ajal.

Vasaku käe paneb ämmaemand lapiti peopesaga loote pea peale. Vasak käsi reguleerib loote pea edasilikumise kiirust

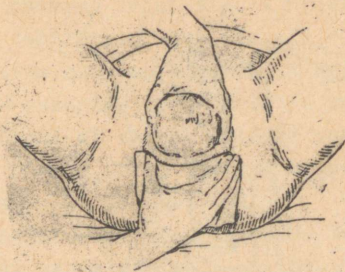
ja pidurdab liiga varajast pea sirutust. Mõlema käe kooskõlastatud tegevus soodustab loote pea läbilõikumist väikesele põikimõeldule vastava ümbermõelduga - 32 cm. (joon. 1).



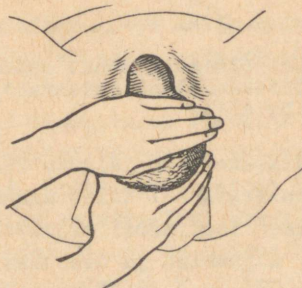
Joon. 1. Pea sirutuse pidurdamine.

Tuleb meeles pidada, et liiga energiline "lahkliha kaitse", loote pea kokkusurumine võib põhjustada loote lämbust ja ajusisesid verevalumeid. Kui loote pea on sündinud kiirulunde kühmudeni, asutakse pea "väljakoorimisele" vulvast väituste vaheajal. Väituste väljalülitamiseks keelatakse sünnitajal väitamine, soovitades selleks suu kaudu hingata. Pea sündimiseks hoiab ämmaemänd pead vasaku käega, siis kui pea kuklaluse lohu piirkond asub sümfüüsi all ja kiirukühmud on sündinud.

Kuna vasak käsi reguleerib loote sündiva pea läbilikumise kiirust, libistab ämmaemänd parema käega lahkliha aeglaselt näolt maha (joon. 2). Peale pea sündimist ergutatakse sünnitajat väitustele, selleks et sünnituse biomehhanismi neljas moment (õlgade sisemine pööre ja pea väline pööre) toimuksid iseseisvalt. Kui 1 - 2 väituse ajal pea ei pöördu, siis paneb ämmaemänd vasaku käe lapikult loote põsele ja surub pea alla nii, et kukal pöörduks vastavalt loote asetusele ja et sünniks eesmine õlavars kuni ühe kolmandikuni (joon. 3).



Joon. 2. Loote pea sündimisel libistab ämmaemand lahkliha alla.



Joon. 3. Eesmise õla vabastamine.

Kui loode oli esimeses asetsuses, siis pöördub kukal ema vasaku reie poole. Kui järgneva väitusega õlad ei sünni, siis paneb ämmaemand vasaku käe lapikult loote tagumisele põsele (esimesel asetsusel vasakule põsele) ja tõstab ettevaatlikult pead üles, vabastades tagumist õlga. Sel ajal parem käsi, olles lahklihal, libistab lahkliha loote tagumiselt õlalt (joon. 4).

Sel hetkel võib lahkliha rebeneda ja lootel tekkida rangluu murre, kuid võtte õige kasutamine ennetab traumatismi.

Kui õlad on sündinud, siis viib ämmaemand loote selja poolt mõlema kaenla alla nimetissõrmed ja tõstab loote keha üles.



Joon. 4. Tagumise õla sündimine. Samaaegselt libistatakse temalt ettevaatlikult lahkliha alla.

Vastsündinu asetatakse ema jalgade vahele steriilsele linale. Sünnituse vastuvõtmisel tuleb ämmaemandal arvestada sünnituse biomehhanismi iseärasusi eriseisude ja asetsuste puhul, nagu näiteks: nüguseisu ja eespeaseisu puhul kooskõlastades käte liigutusi sünnituse biomehhanismi üksikute momentidega.

II. SÜNNITUSABI VAAGNAOTSSEISUDE PUHUL.

Sünnitusabi vaagnaotsseisude puhul võib anda sünnitusabi võtete näel, mida kasutatakse normaalselt kulgevate sünnituste puhul ja operatsioonina (loote ekstraktsioon) kindlatel näidustustel kiireks sünnituse lõpetamiseks.

Normaalselt kulgeva sünnituse ja hea sünnitustegevuse

puhul tuleb akušööril oodata nii kaua, kuni loode sünnib nabani. Selle hetkeni tuleb ainult toetada tuharaid, et nad ei suruks lahkli hale. Kui peale 1 - 2 väitust sünnib loode kuni abaluu alumise nurgani, alustab akušöör manuaalse võttega. Ta vabastab loote käed ja pea, sest iseseisvalt nad peaaegu kunagi ei sünni. Akušöör peab kiiresti ja kindlalt kasutama õigeid võtteid, sest muidu võib 2 - 3 minuti pärast tekkida loote lämbus.

Loote sündimisel vaagnaotsseisus tuleb varakult kindlaks teha loote eesseisev osa, asetus, teisend, arvestades ka sünnitustegevuse tugevust ja sünnituskanali iseärasusi. Neist teguritest sõltub kasutatava võtte valik ja sünnituse lõpe.

Tavaliselt saadakse need meile vajalikud andmed vaginaalsel järelekatsumisel peale vete minekut. Need andmed leiavad veel kord kinnitust välisel läbivaatusel eesseisva osa läbilõikumisel tupepilust. Praktika näitab, et kõige ratsionaalsemaks meetodiks osutub tuharseisude puhul sünnituse juhtimine N.A. Tsovjjanovi meetodi järgi. N.A. Tsovjjanovi teise meetodiga on võimalik jalgseisud üle viia täistuharseisule. Täistuharseisude ja jalgseisude puhul, ja siis, kui lihttuharseisule abistamine N.A. Tsovjjanovi võttega ei õnnestu (suur loode, kitsenenud vaagen), tuleb kohe üle minna klassikalisele käte vabastamisele või Mülleri võttele. Pea vabastatakse Veit-Smellie võttega. Sünnitusabi andmisel vaagnaotsseisude puhul tuleb sünnitajat ette valmistada nagu ikka sünnituse vastuvõtmiseks, kateteriseerida, välised suguelundid desinfitseerida, oma käed vastavalt ette valmistada.

Sünnituse juhtimine vaagnaotsseisude puhul N.A. Tsovjjanovi meetodiga.

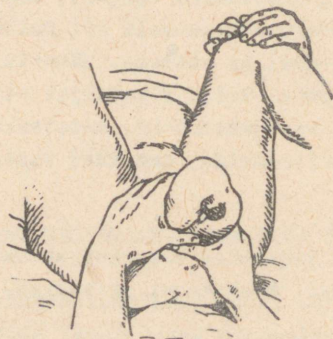
Meetodi mõte seisneb selles, et lihttuharseisude puhul säilitada sünnituse ajal selle eesasetsele iseloomulik hoiak (habitus), kusjuures puusaliigestes painutatud ja põlve-

liigestes sirutatud jalad suruvad painutatud käed rinnale ning sellega takistavad käte üle pea heitmist.

1. Manuaalne abi lihttuharseisu esimese asetsuse eesmise teisendi puhul N.A. Tsovjjanovi meetodiga.

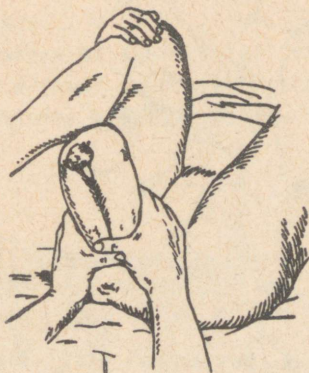
Välisel läbivaatusel näeme, et tuharad on läbilõikumisel oma ristimõdduga (juhtiv joon) vaagna väljapääsu otsemõddus nii, et loote selg on suunatud e m a s a k u reie poole (esimene asetsus). Esimesena on nähtav eesmine vasak tuhar, siis tagumine parem. Mõlemad tuharad suunduvad sündimisel üles ning neid toetatakse kergelt käega. Edasi läheb tuharate ristimõõd üle vaagna vasaku põikimõõdu ristimõõtu ja loote keha pöörduv seljaga üles (eesmine teisend), sündides kuni nabani või kõrgemale.

Akušöör, seisdes seljaga ema parema reie poole, haarab loote keha kahe käega selliselt, et põidlad asuksid loote reitel, surudes neid vastu loote kõhtu. Teised käe sõrmed pannakse loote ristluule. Akušööri vasak käsi asub seega loote vasakul eesmisel küljel ja parem käsi paremal küljel (joon. 5)



Joon. 5. Käte asend tuharate toetamisel N.A. Tsovjjanovi meetodi järgi.

Loote keha järkjärgulise sündimise vältel libisevad akuööri käed loote külgi pidi nii, et jäävad kogu võtte teostamise ajaks vulvarõnga lähedusse (joon. 6).



Joon. 6. Käte asend loote tuharate ja reite sündimisel N.A. Tsovjanovi meetodi järgi.

Sel viisil säilitatakse loote käte asend, surudes neid loote jalgadega vastu rinda nii, et käed ei heidaks üle pea, mis tunduvalt raskendab nende vabastamist. Sündides kuni abaluu alumise nurgani, lähevad õlad üle v a s a k u põikimõõdu vaagna väljapääsu otsemõõtu ja eesmine vasak õlg satub sümfüüsi alla. Esimesena sünnib alati eesmine käsi. Selleks tuleb tuharad suunata enda poole, tagumise käe vabastamiseks tõstame loote keha seljaga üles ema vasaku reie poole (joon. 7).

Selleks ajaks laskub loote pea vaagnasse noolõmblusega vaagna ristimõõtu või paremasse põikimõõtu. Painutatud pea läbib väljasirutatud jalgade kaitsel vaagnaõõne ja laskub vaagna põhja ning hakkab sündima näojoonega vaagna otsemõõdus. Pea sündimiseks tõstetakse loote keha üles enda poole ja vähe küljele.



Joon. 7. Sündivate tuharate toetamine ja suunamine enda ja ema reie poole N.A. Tsovjani meetodi järgi.

2. Manuaalne abi N.A. Tsovjani järgi lihttuhariseisu teise asetsuse eesmise teisendi puhul.

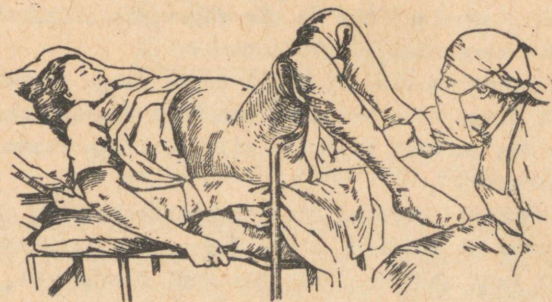
Manuaalse abi andmise eel tuleb määrata loote asetus ja teisend. Käesoleval juhul asub loote selg paremal. Kui loode on sündinud nabani, siis asub keha (ristimõdduga) vaagna paremas põikimõddus ning läheb üle ristimõõtu. Akusäär seisab seljaga ema vasaku reie poole ja haarab loote keha ülalpool kirjeldatud võttega (lk. 13). Siis lähevad õlad üle vaagna p a r e m a põikimõõdu otsemõõtu ja parem õlg satub sümfüüsi alla. Juhtides loote keha enda poole, sünnivad õlad ja käed (esimesena parem käsi). Tagumist kätt vabastame loote keha üleskergitamisega seljaga ema parema reie suunas. Pea vabastatakse nagu esimese asetsuse puhul (lk. 11).

3. Sünnituse juhtimine jalgseisude puhul
N.A. Tsovjani meetodi järgi.

Jalgseisude, eriti täielikkude jalgseisude sünnituste juhtimisel esinevad sageli tüsistused, nagu käte üle pea

heitmine, pea pitsumine emakakaela spastilise kontraktsiooni tõttu, loote asfüksia. N.A. Tsovjjanovi meetodi mõte seisneb selles, et loote õlgade ja pea sündimist takistada nii kaua, kuni emakasuu avaneb täielikult, et tugevate väituste abil kiiresti ja takistamatult võiksid emakakaela läbida mahukamad osad (õlad ja pea).

Kui avastatakse, et on tegemist jalgeisuga, s.o., kui tupes on üks või mõlemad jalad, siis kaetakse tupepilu steriilse linaga. Akusöör pidurdab parema käega jalgade sündimist (joon. 8).



Joon. 8. N.A. Tsovjjanovi võtte jalgeisude puhul.

Pikaldaselt mõjuva takistuse tagajärjel (30 min. kuni mitu tundi) jalgade sündimiseks ja takistusest tingitud tugeva sünnitustegevuse mõjul läbivad loote tuharad emakakaela ja laskuvad vaagna põhja jalgade kõrvale. Nüüd on siis jalgeisust tekkinud segatuharseis. Edaspidi tuleb pea ja õlgade vabastamiseks kasutada klassikalist manuaalset abi.

Klassikaline manuaalne abi käte vabastamiseks vaagnaotsseisude esimese asetsuse eesmise teisendi puhul.

Välisel läbivaatusel näeme, et loode sündis abaluu alumise nurgani, õlad on vaagna vasakus ristimõõdus, selg on suunatud vasakule ja ette.

Alles nüüd on õige aeg käte vabastamiseks, juhindudes järgmisest "kolme" reeglist: "kolm paremat - kolm vasemat" (M.S. Malinovski).

1) Esimesena vabastatakse tagumine käsi (kasutades ära ristluuõõnsust). Esimese asetsuse puhul osutub tagumiseks kääks p a r e m käsi (esimene "parem"); 2) käe vabastab akušööri samanimeline käsi - siin p a r e m (teine "parem"); 3) vabaks jääb akušööri vasak käsi, mis haarab loote jalgadest kinni ja tõstab neid otse üles ema p a r e m a kubemepiirkonna suunas (kolmas "parem"). Selle võttega saavutame parema (tagumise) õla ja käe sügavamat allalaskumist vaagnasse, mis kergendab käe vabastamist.

Sageli esineb selline viga, et loote jalgu ja keha ei tõsteta hästi üles, vaid hoitakse ema reie suunas. Sealjuures tagumine õlg ja käsi ei lasku alla, millega raskendatakse käe vabastamist.

Loote tagumise (parema) käe vabastamiseks viib akušöör parema käe teise ja kolmanda sõrme tuppe ristluusüvendis loote selga pidi kuni abaluuni, üle õla kuni õlavarreni, mida ta püüab alla tuua. Loote parem käsi nagu teeks "näo pesemise liigutust" (joon. 9).



Joon. 9. Tagumise käe vabastamine.

Peale parema käe vabastamist pööratakse loote keha 180° võrra nii, et nüüd vasak käsi muutub tagumiseks. Selleks haarab akušöör vabanenud parema käega loote paremat kätt ja õlga, kuna vasak käsi võtab vasakult poolt loote rindkerest kinni ja loodet pööratakse 180° võrra selliselt, et selg mõõduks sümfüüsi (joon. 10).



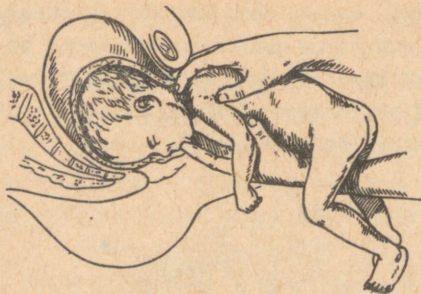
Joon. 10. Loote pööre 180° võrra.

Loote pööramise kergenduseks ei tohi loodet alla tõmmata, vaid teda peab õrnalt ülespoole suruma. Kui vasak käsi (esimene "vasak") muutub tagumiseks, siis vabastab akušöör selle vasaku käega (teine "vasak"), samaaegselt tõstab vabanenud parema käega loote jalad ema vasaku (kolmas "vasak") kubemepiirkonna suunas.

Kui käed on sündinud, asutakse loote pea vabastamisele Mauriceau-Levret-Veit-Smellie võttega.

Selleks jätab akušöör vasaku käe (mis viimasena vabastab kätt) tuppe ja paneb loote oma käevarrele "ratsa", seljaga ülespoole, sõrmedega otsides loote suud ja nimetissõrmeaga haarates loote alumist lõualuud, soodustades sellega pea painutamist (joon. 11).

Parema käe teine ja kolmas sõrm haaravad loote õlad selliselt, et kael jääks sõrmede vahele. Pea väljutamiseks tema väiksema lähimõõduga tuleb tingimata fikseerida pea kuklaaluse lohu piirkonnaga sümfüüsi alla. Esimest traktsiooni tehakse enda suunas ja alla. Surudes parema käega loote õlgadele, väljutatakse pea, pöörates teda ümber sümfüüsi alumise serva.



Joon. 11. Pea vabastamine.

Sisemine käsi kindlustab normaalse sünnituse biomehhanismi kulgu loote läbimisel nii, et ta sünniks painutatult noolõablusega kas vaagna otsemõõdus või kergelt paremas põikmõõdus.

Klassikaline käte vabastamine vaagnaotsseisude teise asetsuse eesmise teisendi puhul.

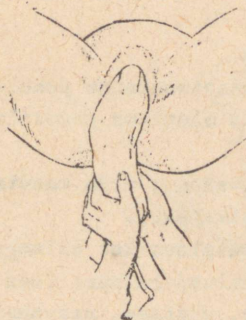
Välisel läbivaatusel leiame, et on sündinud jalad ja selg on suunatud paremale ning ette (teine asetsus, eesmine teisend). Niipea kui abaluu alumine nurk hakkab paistma, asume käte vabastamisele peale keha üleviimist vaagna otsemõõtu, juhitudes reeglist "kolm vasakut ja kolm paremat". V a s a k u käega (esimene "vasak") asume v a s a k u käe vabastamisele (teine "vasak") ristluusüvendi poolt. Parema käega haarab akuõõr loote jalgadest ja tõstab neid järsult ema vasaku kubemepiirkonna poole (kolmas "vasak"). Sisemise vasaku käe 2. ja 3. sõrmega vabastatakse loote vasak käsi.

Nüüd haaratakse loode kahe käega rinnakorvist kinni ja pööratakse teda 180° võrra seljaga sümfüüsi poole, kusjuures parem käsi muutub tagumiseks. Parema käega (esimene "parem") vabastatakse ristluuõõnsuse poolt parem käsi (teine "parem"), kuna vabanenud vasaku käega haaratakse loote jalad ja tõstetakse neid järsult ema parema kubeme poole (kolmas

"parem"). Pea vabastatakse Mauriceau-Levret-Veit-Smellie võttega (lk. 15).

Käte vabastamine Mülleri järgi.

Kui õlad asuvad vaagna otsemõõdus ja abaluu alumine nurk juba sündis, siis, haarates kinni loote reitest, tõmbame keha tugevasti alla, kusjuures esimesena sünnib eesmine käsi (joon. 12).



Siis tõstetakse loote keha üles ja sünnib alumine käsi. Seda meetodit kasutatakse sageli just siis, kui üks käsi on juba sündinud ja tuleb vabastada teine. Olenevalt sellest, kumb käsi tuleb vabastada, tõstetakse loote keha üles (tagumise käe vabastamiseks) või tõmmatakse alla (eesmise käe vabastamiseks).

Joon. 12. Eesmise käe vabastamine sümfüüsi alt Mülleri järgi.

Käte vabastamine Lövseti järgi.

Kui loode on sündinud kuni abaluu alumise nurgani, haaratakse teda mõlema käega reitest nii, et põidlad oleksid tuharatel.

Lövseti järgi käte vabastamise mõte seisneb selles, et samaaegse loote keha tõmbamisega alla ja väljapoole pööratakse teda 180° võrra nii, et selg mööduks sümfüüsi alt ja tagumine käsi sünniks sümfüüsi alt eesmise käena. Teise käe vabastamiseks pööratakse loodet tagasi 180° võrra, tagumine käsi saab esimeseks ja sünnib sümfüüsi alt.

Esimese asetsuse puhul, vabastades esimene parem käsi, pööratakse loodet kellaosuti liikumise suuna vastu 180° võrra. Teise vasaku käe vabastamiseks pööratakse loodet kellaosuti liikumise suunas ja sümfüüsi alt sünnib vasak käsi.

Teise asetsuse puhul vabastame esimesena vasaku alumise käe. Selleks pöörame loodet 180° võrra kellaosuti liikumise suunas ühtlaselt, tõmmates keha alla ja väljapoole (joon. 13). Parema käe vabastamiseks pöörame loote keha 180° võrra vastassuunas kellaosuti liikumisele ja sümfüüsi alt sünnib parem õlg ja käsi (joon. 13).

Vastunäidustuseks selle võtte kasutamisel on loote pea ja vaagna sobimatus.

Loote ekstraktsioon vaagnaotsseisude puhul.
(Extractio foetus manualis clunibus praeviis)

Loote ekstraktsioon on operatsioon, mida kasutame vaagnaotsseisude puhul sünnituse lõpetamiseks.

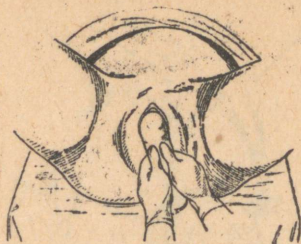
N ä i d u s t u s e d operatsiooniks: eklampsia, platsenta enneaegne irdumine, kehatemperatuuri tõus sünnituse ajal, sünnitaja nakkushaigus, südame-, neeruhaigused, loote asfüksia.

T i n g i m u s e d operatsiooniks: 1) emakasuudme täielik avanemine, 2) loote pea ja vaagna sobivus, 3) loote põie puudumine.

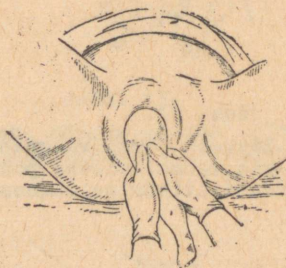
Loote ekstraktsioon jalast mittetäieliku jalgseisu teise asetsuse eesmise teisendi puhul.

Kui tupes leidub üks jalg, siis teeme kindlaks, et on mittetäielik jalgseis. Teise asetsuse puhul on see tavaliselt eesmine parem jalg. Akusöör haarab loote jala kogu käega selliselt, et põial asuks säärel rõõbiti säärelihastega ja põidla ots ulatuks põlveõõnsusesse. Vasak käsi abistab paremat kätt (joon. 14).

Järk-järgult ekstraheeritakse kogu jalg, sooritades traktsioone alla. Käed liiguvad jalgapidi tuharatele lähedale (joon. 15).



Joon. 14. Akusööri käte asetus ekstraktsioonil
jalgapidi.



Joon. 15. Ekstraktsioon reiest.

Tuharate kergemaks sündimiseks paneb akusöör vasaku käe
nimetissõrme loote kubemesse, kusjuures mõlemad käed tõsta-
vad loodet üles (joon. 16).



Joon. 16. Loote jalga üles tõstes pöörduvad tuharad
üle lahkliha.



Joon. 13.

- 1) Käte vabastamine Lõvseti järgi vaagnaotsseisu II asetsuse puhul. Vasaku käe vabastamiseks pööratakse loodet 180° võrra kellaosuti liikumise suunas.



- 2) Loode on pööratud 180° võrra. Tagumine vasak käsi on saanud eesmiseks ja sünnib sümfüüsi alt.



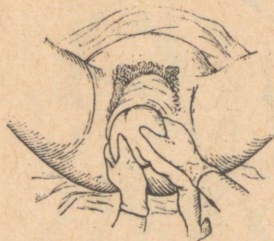
Joon. 13.

- 3) Peale loote keha pöörmist 180° võrra vastassuunas kel-
laosuti liikumise suunale tulevad nähtavale parem õlg
ja osa käest.



- 4) Kui käsi ei sünni täielikult, siis vabastatakse teda
kahe sõrmega.

Peale tuharate sündimist paneb akušöör mõlemad põidlad piki loote ristluud, ülejäänud sõrmed asuvad reitel (joon. 17).



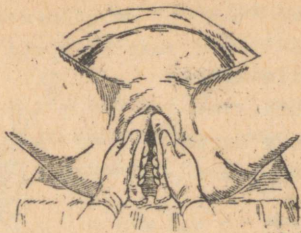
Joon. 17. Keha ekstraktsioon peale tuharate sündimist.

Traktsioone teostatakse horisontaalselt, kuni ilmub nähtavale naba ja abaluu alumine nurk. Edasi kasutatakse klassikalist manuaalset võtet käte vabastamiseks ja pea sünnib Mauriceau-Levret-Veit-Smellie järgi. Kui esimesena sünnis tagumine jalg, siis viiakse loode esimesse asetsusse, nagu näidati esimeses osas (I osa, lk. 126). Loote ekstraktsioon mittetäieliku jalgseisu esimese asetsuse puhul tehakse põhimõtteliselt samuti.

Loote ekstraktsioon täieliku jalgseisu puhul.

Kui mõlemad jalad sünnivad eesmisel teisel, siis haarab akušöör neid mõlema käega, nagu šineeriks ta sõrmedega algul sääred, siis reied, kuid nii, et tema käed jääksid kogu aeg vulva lähedusse (joon. 18).

Kui selg asub taga (tagumine teisend), siis tavaliselt tekib sünnituse vältel eesmine teisend. Kui seda iseseisvalt ei toimu, siis teostab akušöör seda ise ilma tugeva jõu rakendamiseta. Selleks tuleb kõigepealt veenduda väituse ajal, kummale poole loote kehal on tendents pöörduda, ja selles suunas tuleb siis ka pöörata.



Joon. 18. Loote ekstraktsioon täieliku jalgseisu puhul.

Loote ekstraktsioon tuharatest.

Loote ekstraktsioon lihttuharseisu esimese asetsuse puhul.

Vaginaalsel järelekatsumisel teeme kindlaks, et eesmine vasak tuhar on eesseisvaks osaks, mis on laskunud vaagna põhja. Tuharad oma ristimõõduga (juhtiv joon) asuvad vaagna vasakus põikimõõdus. Ristлуу asub ees vasakul. See tähendab, et ka selg asub vasakul ees, s.o. esimene asetsus, eesmine teisend.

Sügaval vaagnas asuvate tuharate ekstraktsiooniks kasutatakse ekstraktiooni käega: see on kõige säästvam, aga samal ajal ka kõige nõrgem võtte. Selleks parema käe nimetissõrm kui kõige tugevam - või veel parem - vasema käe nimetissõrm (samanimeline tuharaga) pannakse selja poolt loote vasakusse kubemesse ja teostatakse traktsioon alla. Traktsiooni jõud peab olema suunatud loote vaagnale ja mitte reiele, sest muidu on võimalik reie murd. Et traktsioon nõuab suurt jõudu, siis toetatakse teise vaba käega ekstraheerivat kätt (joon. 19).

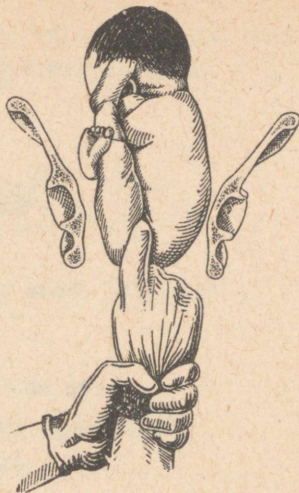
Kui loote eesmine vasak tuhar on sündinud, siis viiakse teise käe nimetissõrm selja poolt tagumisse paremasse kubemesse ja ekstraheerime mõlemad tuharad. Edaspidisel loote keha ja pea sündimisel kasutame juba eespool kirjeldatud võtteid.

Lihttuharseisu teise asetsuse puhul tegutseme põhimõtteliselt niisamuti, ainult tuharate sündimise järjekord ja sõrmede asetamine kubemetele on vastupidine.

Kui tuharad asuvad veel kõrgel ja sõrmede sisseviimine kubemetele osutub võimatuks ning puudub ka jõud ekstraktsiooniks, siis võime kasutada selleks lingu, haaki, tange.

Ling, mis on valmistatud marlribast, viiakse kahe sõrme vahel (teine ja kolmas) loote selja poolt eesmise kubemesse ja tõmmatakse marlriba ots samade sõrmede abil reite vahelt läbi. Traktsiooni teostatakse ettevaatlikult alla.

Võib kasutada ka nürihaaki, mis viiakse loote selja poolt eesmise kubemesse käe kontrolli all (joon. 20).



Joon. 19. Ekstraktsioon tuharatest esimese asetsuse puhul.

Joon. 20. Loote ekstraktsioon tuharatest nürihaagiga tuharaseisu esimese asetsuse puhul.



Need mõlemad meetodid on lootele traumeerivad. Tangide panekut tuharatele kirjeldatakse lk. 67.

S e g a t u h a r s e i s u d e p u h u l , kui ees-
seisev osa on liikuv ja asub kõrgel vaagnas, võib jala alla
tuua ning siis loote ekstraheerida jalgapidi.

J a l a a l l a t o o m i n e (deductio pedis) toi-
mub järgmiste reeglite järgi:

1) akušööri käe valik oleneb loote väikeste osade asu-
kohast. Tuppe viiakse see käsi, mis teise välise võtte puhul
palpeerib jalgu, tuharaid.

2) Tuuakse alla eesmine jalg.

E s i m e s e a s e t s u s e p u h u l toob akušöör va-
saku käega alla loote vasaku (eesmise) jala. T e i s e
a s e t s u s e p u h u l haarab akušöör parema käega ja toob
alla parema (eesmise) jala.

T i n g i m u s e d operatsiooniks: tuharate liiku-
vus, emakakaela avatus 3 - 3,5 sõrmele ja lootepõie puudu-
mine.

T e h n i k a . Akušöör, viies tuppe kogu käe, tõstab
kahe sõrmeaga enne tuharad üles ja haarab siis eesmist jalga
säärest, painutab selle põlveliigesest ja toob alla tuhude
vaheajal. Operatsiooni kasutatakse harva.

Tüsistused vaagnaotsseisude puhul.

Eriti sageli just loote ekstraheerimisel, harvemini ka
käte vabastamisel, tekib k ä t e h e i t m i n e ü l e
p e a , mis tunduvalt raskendab loote ekstraktsiooni, piken-
dades operatsiooni kestust ja traumeerides loodet.

Käte üle pea heitmisel eristatakse 3 astet (joon. 21).

Esimese astme puhul tuleb akušööril kogu käsi viia tup-
pe (eranimeline käsi) loote kõhu poolt ja juhtida tagumine
käsi rinna ja näo ette. Kui see ei õnnestu, siis pööratakse



Joon. 21. Käte üle pea heitmise
3 astet.

loode pikitelje ümber ülesheidetud käe suunas. Preobrašenski võtte seisneb selles, et haaratakse rinnakorvist kinni, surutakse põialdega abaluu nurkadele ja surutakse neid lülisamba poole, mis soodustab õlavöö ja küünarnuki allalaskumist. Peale selle minnakse üle tavalisele käte vabastamisele.

Käe ülesheitmise kolmanda astme puhul surutakse loode algul tagasi sünnituskanalisse ja akušöör viib oma käe loote selgapidi kuni õlavarreni, viib õlavarre üle pea tema normaalsesse asendisse või pöörab loodet ülesheidetud käe sõrmede suunas ja vabastab siis käe tavalisel viisil.

Kui üle pea heidetuks osutub ainult e e s m i n e k ä s i, siis tuleb M.S. Malinovski soovitusel algul vabastada tavalisel viisil tagumine käsi, siis pöörata loote keha 180° võrra, kuid vastassuunas, nagu seda muidu tehakse normaalsetes tingimustes (sümfüüsi taga pöördub mitte loote selg, vaid loote rind). Peale seda vabastatakse käsi tavalisel viisil.

Kui üle pea on heidetud t a g u m i n e k ä s i, siis pööratakse loodet oma pikitelje ümber keerdumise suunale vastupidises suunas, nii et loote selg mööduks sümfüüsi alt. Eesmine käsi saab nüüd tagumiseks ja vabastatakse tavalliste võtetega. Peale selle pööratakse loodet uuesti, selleks et varem ülesheidetud käsi, mis nüüd asub vabalt ees, muutuks jälle tagumiseks käeks, kus teda ka vabastatakse tavalisel viisil.

Kui m õ l e m a d k ä e d on kukla taha heidetud, mis esineb harva, siis muutub käte vabastamine väga raskeks. Enne käte vabastamist tuleb loodet "lahti keerata" kui "keer-

dunud ägutti". Kõik manipulatsioonid tuleb tingimata teostada võimalikult kiiresti, pidades meeles, et loote sündimine nabast alates lõpuni toimuks mitte üle 8-10 minuti, muidu ta võib surra lämbuse tagajärjel.

Kui "loote lahtikeeramise" võtte ei anna tulemusi, siis soovitatakse ekstraheerida pea koos ülesheidetud kätega, mis aga võib põhjustada pea pitsumist vaagnas ja loote surma.

Mõned akušöörid soovivad "loote lahtikeeramise" ebaõnnestumisel murda loote kätt. M.S. Malinovski aga ütleb, et vastavat võtet võib kasutada ainult siis, kui kõik katsed ülesheidetud käte vabastamiseks ebaõnnestusid.

Pea vabastamisel võib juhtuda, et pea ja vaagna vähese sobivuse puhul jääb pea vaagna sissepääsu kohal pidama ning ei lasku vaagnasse tavaliste võtete kasutamisel. Neil juhtudel võib kasutada **M a r t i n - W i e g a n d - W i n k e l i** võtte. Selleks viib akušöör kogu käe tuppe ja paneb kolmanda sõrme lootele suhu, põidlagaga fikseerides alumist lõualuud. Siis pöörab ta pea ristimõõtu ja painutab teda. Abiline surub kõhuseinte kaudu loote pea väiksesse vaagnasse (joon. 22).



Väikese vaagna õones pöörab sisemine käsi pea üle vaagna põikimõõdu otsemõõtu ja vabastab ta tavalisel viisil. Kui pea ja vaagna sobimatus on ületamatu, siis kasutatakse loote pea perforatsiooni ja sellele järgnevalt ekstraktsiooni (lk. 86).

Joon. 22. Martin-Wiegand-Winkeli võtte.

III. SÜNNITUSABI LOOTE RISTI- JA PÕIKI- SEISUDE PUHUL.

Sünnitusabi pööre (Versio obstetrica).

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

Olenevalt sünnitusabisituatsiooni tingimustest 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 (Braxton-Hicksi järgi) mittetäielikult avatud emakasuudme puhul.

1. Väline profülaktiline pööre pea peale.

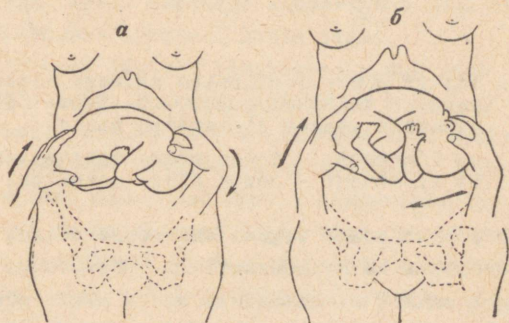
N ä i d u s t u s e d : loote risti- ja põikiseis, harvemini tuharseis.

T i n g i m u s e d : 1) rasedus 35. - 40. nädal, 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.

V a s t u n ä i d u s t u s e d : 1) mitmikrasedus; 2) liigveesus ja väheveesus; 3) raseduse tüsistus verejooksuga; 4) iseeneslik abort või ennesegne sünnitus anamneesis; 5) rasedusaegsed tüsistused nagu rasedustoksikoosid, nefriit, südame-veresoonkonnasüsteemi haigused dekompensatsioonistadiumis; 6) anamneesis olnud keisarilõige, operatsioon emaka-seinal, liited kõhuõõnes peale operatsiooni; 7) emaka arengu anomaaliad; 8) vaagna kitsenemise II ja III järk; 9) armide olemasolu tupes, kui võimalus spontaanseks sünnituseks on kahtlane.

T e h n i k a . Välist pööret on soovitatav läbi viia statsionaaris. Enne operatsiooni tuleb tühjendada põis ja sooled. Rasedale süstitakse Sol morphiini 1% - 1,0.

Rase lamab seljal. Arst istub tema kõrval paremal pool, nädoga tema poole. Peale loote asetsuse ja seisu määramist haarab akušöör ühe käega läbi kõhuseinte loote pead, teine käsi loote tuharaid. Pööret teostatakse väliste võtetega sujuvate tõugetena, õrnalt, ilma liigse jõu kasutamiseta. B.A. Arhangelski soovitab pööret teha üldreegli järgi: "Tuharad paigutatakse selja suunas, selg pea suunas, pea kõhu suunas" (joon. 23 ja 24).



Joon. 23. Väline pööre ristiseisu esimese asetsuse puhul, kui selg on suunatud emakapõhja poole.

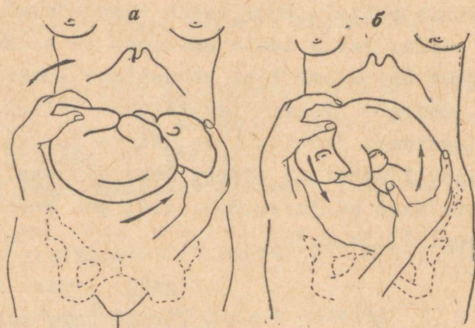
- a) Tuharate suunamine selja poole ja pea "väljakaevamise" võtte roidekaare alt eesmise teisendi puhul, kui selg on suunatud emakapõhja poole.
- b) Pööre tagumise teisendi puhul, kui loote selg on suunatud emakapõhja poole.

Sellega säilitatakse loote füsioloogiline hoiak ega toimu pea sirutust. Lõug jääb rinna lähedale.

Pärast loote pööret pea peale kontrollitakse loote südamelööke. Rase jääb lamama 30 minutiks pea peale pööret.

Välist pööret pea peale vaagnaotsseisude puhul teostatakse 34. - 36. rasedusnädalal, kui loode on elus. Tingimu-

sed, vastunäidustused ja tehnika on samad nagu ristiseisu oleva loote pöörde puhul.



Joon. 24. Väline pööre ristiseisu esimese asetsuse eesmise teisendi puhul, kui loote selg on suunatud vaagna sissepääsu poole.

- a) I moment - loote pööre tuharseisu;
- b) II moment - loote pööre peaseisu.

Kui loode pöörab enese tagasi endisesse 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.

2. Sünnitusabi sisemine pööre jalale (Versio factus in pedem).

Klassikaline sünnitusabi pööre.

N ä i d u s t u s e d : 1) loote risti- ja põikiseis; 2) loote pea ebaõige seadumine vaagna sissepääsu (otsmikseis, näguseisu eesmine teisend, tagumine asünklitism); 3) käte, jalgade, nabaväädi väljalangemine peaseisude puhul.

T i n g i m u s e d : 1) emakasuudme täielik avanemine; 2) loote täielik liikuvus emakas; 3) lootepõis kas terve või veed on just äsja läinud; 4) pea ja vaagna sobivus.

V a s t u n ä i d u s t u s e d : 1) "hooletusse jäetud ristiseis"; 2) emakat 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) emakasuu on kas täielikult või peaaegu täielikult avatud; 3) sissepääs väiksesse vaagnasse on vaba või õlg on vaagna sissepääsu kohalt kergesti äratõugatav; 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 liibuvad tihedalt eesseisvale osale - õlale, mis asub sügavasti sissekiilutult vaagnas. Sealjuures on veed ammu läinud, mille järgi võis täheldada head sünnitustegevust. Sügavas narkoosis õnnestub suure vaevaga tõsta õlga, kusjuures on selgesti tunda pingulolevad alumise segmendi seinad. Kui sellisel juhul proovitakse teostada sisemist pööret, võib tekkida emaka rebend alumise segmendi piirkonnas ja siis paistab, et pööre teostub imekergelt ja takistuseta.

T e h n i k a . Sünnitusabi sisemist pööret jalale soovitatatakse teostada sügavas eetrinarkoosis, et saavutada emaka muskulatuuri, kõhuseinte ja vaagnapõhja maksimaalset lõtvumist. Operatsioon viiakse läbi sünnitusabivoodil (Rahmanovi voodi), muutes ta ristivoodiks, lükates jalaots sisse ja asetades sünnitaja jalad jalahoidjatele.

Sünnitaja kateteriseeritakse, välised suguelundid desinfitseeritakse. Akušöör peseb käed ja paneb kummikindad kätte. Arst seisab opereerides sünnitaja jalgade vahel, hoides end vastavalt loote asetsusele, näiteks I asetsuse puhul asub arst sünnitaja vasakule reiele lähemal.

Sünnitusabi pööret tuleb teha kahe käe koosõlastatud

liigutustega, kusjuures käsi, mis viiakse emakasse, lükkab loote eesseisvat osa eemale ja otsib õiget jalga. Samal ajal lähendab väline käsi sisemise käe suunas väikesed osad ja lükkab loote pea emakapõhja, pead fikseerides.

a) Sisemise käe valik.

Emakaõõnde viiakse see käsi, mis teise välise võtte ajal haaras tuharaid. Esimese asetsuse puhul asuvad tuharad paremal. Teise välise võtte ajal haarab akušööri vasak käsi tuharaid ja see tähendab, et emakaõõnde tuleb viia vasak käsi. Teise asetsuse puhul viiakse emakaõõnde parem käsi.

b) Loote jala valik.

Pöoret tehakse ühele jalale, kuna järgneval ekstraktsioonil teine loote jalg, läbides koos kehaga emakasuu, venitab teda ja valmistab ette pea läbimiseks. Kui pööre ühele jalale ei õnnestu, siis tuleb haarata ka teine. Jala valiku mõte 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.

Mõned autorid (N.N. Fenomenov) arvavad, et akušööri käe ja loote jala valikul ei ole erilist tähtsust pöörde ajal, kuna võimalik on ükskõik kumma käega haarata ükskõik millist jalga. Kuid ebaõigelt valitud jala puhul võib loote ekstraktsioonil peatuda tuharaga sümfüüsil, üle minna tagumisesse teisendisse, mis tunduvalt raskendab loote ekstraktsiooni, eriti veel väheste kogemustega arstil.

c) Operatsiooni läbiviimine.

Käsi, mis on valitud emakasse sisseviimiseks, pannakse "akušööri käena" (joon. 25) kokku ja viiakse tupe kaudu emakasse. Kui veed on minemata ja emakasuu täielikult avatud, siis avatakse lootepõis ja viiakse käsi kiiresti emakasse, et takistada lootevee järsku äravoolu. Kui looteveed on läinud, siis tunneb käsi kõigepealt eesseisvat osa, tavaliselt õlga.

Kui tuleb täpsustada loote asetsust ja teisendit, siis pööratakse tähelepanu sellele, kuhu on suunatud kaenlaaluse lohu kinnine ots - sealpool asub ka loote pea. Kui näiteks kaenlaalune lohk on suletud vasakult, siis asub pea samuti vasakul. See tähendab, et võib olla ristiseisu esimese asetsuse eesmine või tagumine teisend. Kui loote keha palpatsioonil on tunda abaluu ja lülide luulised jätkud, siis on akušööri poole suunatud loote selg - eesmine teisend. Kui on



Joon. 25. "Akušööri käsi".

välja langenud käsi, tuleb selgitada, kumb käsi see on, ja selle järgi otsustada loote asetsuse ja teisendi üle. Pöörates käe peopesaga üles, vaatame, kuhu poole on suunatud põial: kui vasakule, siis on see vasak käsi, kui paremale, siis on parem käsi. Kui on välja langenud parem käsi, siis see võib juhtuda ristiseisu esimese asetsuse eesmise teisendi või teise asetsuse tagumise teisendi puhul. Selgitanud, kuhu poole on suunatud kaenlaaluse lohu kinnine ots, määrame loote asetsust, nagu kirjeldati ülalpool. Kui meil on teada loote asetsus, samuti see, et välja on langenud parem käsi (arvestusega, et välja langeb alati alumine käsi), siis on kerge kindlaks teha, kas esineb eesmine või tagumine teisend. Kui parem käsi langes välja ja kaenlaalune auk on suletud vasakule (s.o. pea asub vasakul), siis on see esimese asetsuse eesmine teisend. Kui kaenlaalune lohk on suletud paremale, siis on see ristiseisu teise asetsuse tagumine teisend. Kui käsi on juba välja langenud, siis teda ei t o p i t a tagasi tuppe, vaid fikseeritakse pööramise eel linguga (joon. 26) ja juhitakse pea suunas, et ta ei segaks akušööri sisemist kätt.

Esimeseks momendiks sünnitusabi pöörde teostamisel osutub e e s s e i s v a o s a e e m a l e t õ u k a m i n e vaagna sissepääsu kohalt (joon. 27), kui see õnnestub kergesti.

Kui loote õlg on vaagnasse sisse kiilunud, siis tuleb sünnitusabipöördest loobuda. Samal ajal tõukab väline käsi pead emakapõhja suunas.

Teiseks momendiks sünnitusabipöörde teostamisel osutub j a l a o t s i m i n e sisemise käega.

Selleks võib valida kaks meetodit: lühike ja pikk.

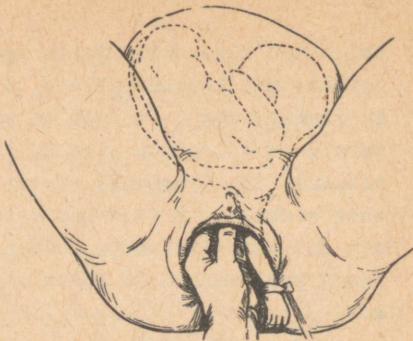
Lühikese meetodi puhul

liigub käsi vaagnaotsa

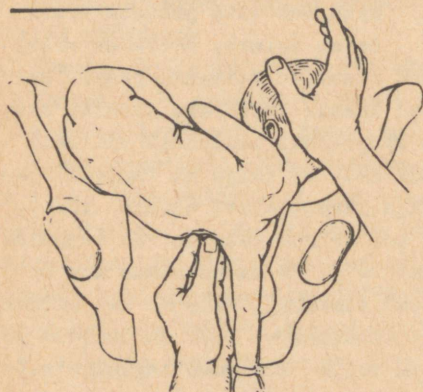
suunas ja haarab vajalikku

jalga. Pika meetodi puhul

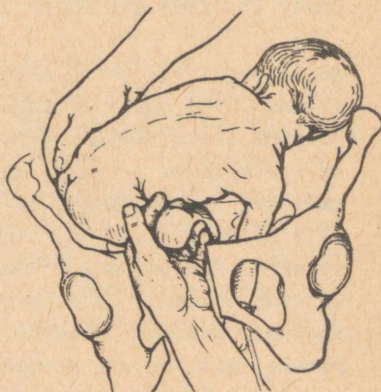
libisevad akusööri sõrmed mööda loote külge, tuharaid, reit ja säärt ning haaravad "õiget" jalga. Sel ajal lähendab väline käsi loote vaagnaotsa sisemisele käele vastu (joon.28).



Joon. 26. Pööre jalale ristiseisu esimese asetsuse eesmise teisendi puhul. Akusööri vasak käsi tupes. Väljalangenud käel ling.

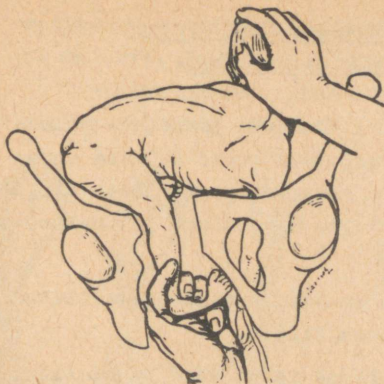


Joon. 27. Kahe kae kooskoostatud tegevus loote pea ja õla äratõukamiseks.



Joon. 28. Väline käsi lähendab loote vaagnaotsa sisemisele käele vastu, mis liigub reitpidi alumise jala poole.

Et ei tekiks eksitust jala ja käe vahel, selleks tuleb teada, et jalal on kand ja varbad lühikesed. Sõrmed on pikad ja põialt võib kergesti eemale suruda. Jalast võetakse kinni kas kahe sõrmega (joon. 29) või kogu käega (joon. 30).



Joon. 29. Jala haaramine kahe sõrmeaga.



Joon. 30. Jala haaramine kegu käega.

Kolmandaks momendiks osutub p ö ö r e . Niipea kui jalast on kinni võetud, liigub akušööri väline käsi vaagnaotsalt pea poole. Samaaegselt tõukab väline käsi pead emakapõhja, kuna sisemine käsi juhib jalga tupe kaudu välja, nii et traktsioon jalast toimub tahapoole.

Pööre on lõpetatud, kui jalg sündis põlveni ning ei kao tuppe, kui tõmme jalast lakkab ning loote pea asub kindlalt emakapõhjas.

Pöörata tuleb tuhude vaheajal. Pärast pöoret tavaliselt oodatakse mõni minut, selleks et loode tõmbaks käed rinnale. Sel ajal tuleb täpsustada, kas sündis eesmine või tagumine jalg (I osa, lk. 125). See on tähtis. Sellest oleneb edaspidi loote keha pööramise suund. Peale pöoret asutakse loote ekstraktsioonile, arvestades muidugi emakasuudme avatust.

Loote sisemine pööre S.J. Bojarkini järgi.

Selle klassikalise sünnitusabi pöörde tehnika modifikatsioonil järgi haarab akušööri sisemine käsi loote pead ja suunab teda 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.

b) Sünnitusabi pöörde mittetäielikult avatud emakasuudme puhul (Braxton-Hicks).

N ä i d u s t u s e d : 1) placentaa praevia - pöörde siht on verejooksu sulgemine, kusjuures loote tuharad suruvad platsenta irdunud äärt vastu emakaseina; 2) loote ristisels, kui esineb varajane, enneaegne vete minek ja emakasuudme mittetäielik avanemine.

T i n g i m u s e d : 1) emakasuue peab olema avatud 2 - 3 sõrmele; 2) loode peab olema liikuv.

T e h n i k a . Tuppe viiakse terve käsi ja emakakaelast 2 - 3 sõrme. Placenta praevia puhul minnakse platsentast läbi. Tõugates eesseisev osa (pea, õlg) üles, haaratakse ükskõik millisest jalast. Väline käsi abistab. Kui ei õnnestu haarata jalga sõrmedega, siis võetakse ta kuultangidega ja tuuakse alla. Emakasuudme mittetäieliku avanemise puhul on loote ekstraktsioon pärast pöoret vastunäidustatud, kuni emakasuue täielikult avaneb.

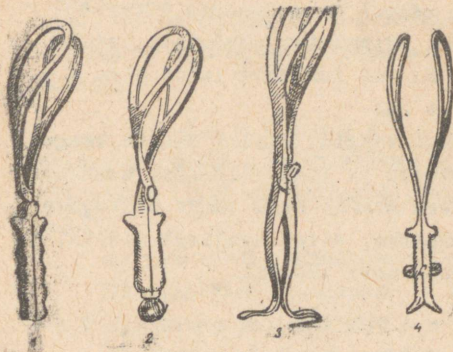
Braxton-Hicksi järgi tehtud pöörde tagajärjel esineb kõrge perinataalne suremus - kuni 80 %, ja seetõttu kasutatakse seda ainult erandjuhtudel.

IV. SÜNNITUSTANGID (forceps, applicatio forcipis).

Sünnitustangid on loote pead haarav ja ekstraheeriv instrument, kuid mitte vägivaldselt juhtiv ega roteeriv instrument.

Kuigi sünnitustangid olid XVI saj. Chamberlainide perekonnale tuntud, peetakse nende leiutajaks J. Palfyni - anatoomi-kirurgi Gentist. Ta esitas oma tangide mudeli 1723.a. Pariisi Meditsiinilisele Akadeemiale. Sellest ajast peale on

mitmesuguste akušööride poolt konstrueeritud ligi 300 tangi-
de mudelit. Need mudelid erinevad üksteisest luku pidemete
ja lusikate ehituse ning suuruse poolest. Tüüpilisemad tan-
gid on näidatud joonisel 31.



Joon. 31. Sünnitustangid.

- 1) inglise (Simpson),
- 2) saksa (Naegele),
- 3) prantsuse (Lévet),
- 4) vene (Lazarevitš).

käega ja viiakse tuppe vasakusse poole. Parem lusikas on
see, mida võetakse parema käega ja viiakse tuppe paremale
poole. Iga lusikas koosneb kolmest osast: 1) lusika ovaalse
avaga osa, mis haarab loote pead, 2) lukk, 3) pide.

Simpsoni, Naegele, Lévet tangidel (joon. 31) on kaks
köverust - pea- ja vaagnaköverus. Peaköverus soodustab pea
paremat haaramist. Vaagnaköverus tangidel ühtib vaagna tel-
je kõverusega. Lazarevitši mudelil on ainult peaköverus, ku-
na vaagnaköverus sellel mudelil puudub, - neid tange nimeta-
takse ka "sirgeteks tangideks".

Esitatud mudelite lukud erinevad oma suhtelise liikuvu-
suga ja fikseerimise viisilt. Suurima suhtelise liikuvusega
on inglise tangid Simpson-Fenomenovi modifikatsiooniga. (Need
tangid on meil kõige enam levinenud). Täiesti liikumatu lu-
kuga on prantsuse tangid tänu fikseerivale kruvile. Vähe-
liikuvusega on saksa tangid.

Pideme ja luku vahel asuvad niinimetatud Buschi konksud,

millele akušöör loote pead ekstraheerides asetab oma sõrmed.

M.S. Malinovski arvamusel ei tohi tangid - olenemata oma konstruktsioonist - kaaluda üle 750 g ning ei tohi olla üle 40 cm pikad. Sellest olgu käepide 15 cm ja lusikad 20 cm. Pea kõverus suletud tangidel võrdub 8 cm, vaagna kõverus 7 - 7,5 cm. Lusikate otsad ei tohi teineteist puudutada, nende vahel olgu 2 - 2,5 cm vahet. Suurim lusikate laius olgu 4 - 4,5 cm ning paksus mitte üle 4 mm.

Eriomadustega on Kjellandi tangid, millel puudub vaagna kõverus, tangi lusikad ristuvad ja lukk võimaldab suuremat liikuvust. Käesoleval ajal kasutatakse neid tange Nõukogude Liidus harva. Kui neid ka pannakse, siis tavalisel viisil, asendades nendega Simpson-Fenomenovi mudelit.

N ä i d u s t u s e d s ü n n i t u s t a n g i d e p a n e m i s e k s .

Üldisi näidustusi sünnitustangide panekuks võib formuleerida nii, nagu seda teeb A.V. Lankovitš:

Sünnitustangide operatsioon on näidustatud kõikidel sünnitustel, kus esinevad mingisugused asjaolud, mis ähvardavad ema või loote tervist ja võivad kas täielikult või osaliselt olla kõrvaldatavad sünnituse kiire lõpetamisega, kui loomulik vis à tergo on puudulik. Operatsioon on lubatud ainult kindlatel tingimustel ja alles pärast seda, kui konservatiivsed meetodid jäid tulemusteta või neid ei ole võimalik kasutada sünnituse lõpetamiseks kiireiseloomuliste näidustuste tõttu." Näidustused sünnitustangide panekuks võivad esineda nii ema kui ka loote poolt.

N ä i d u s t u s e d e m a p o o l t :

1) Südame-veresoonkonna süsteemi haigestumised dekompenatsiooninähtudega. Peab märkima, et mitraalhaiguse puhul stenoosi ülekaaluga tuleb väitused välja lülitada tangide abil ka siis, kui dekompenatsiooninähud puuduvad, samuti väljakujunenud kõrgvererõhuhaiguse puhul. 2) Kopsu, neerude, maksa jne. haigestumine. 3) Preeklampsia ja eklampsia, kui on olemas soodsad tingimused tangide panekuks. (Arusaadavalt

tuleb kasutada üldravi - säästev režiim, medikamendid.)
4) Sekundaarne sünnitustegevuse nõrkus, kusjuures loote pea pikemat aega ei liigu edasi. 5) Arenev endometriit sünnituse ajal, kui lähemal ajal ei ole oodata spontaanset sünnitust. 6) Verejooksud, mis on tingitud normaalselt asetseva platsenta enneaegsest irdumisest. 7) Noolõmbuse madal riskiteis.

Näidustused loote poolt on ähvardav asfüksia. Tuleb silmas pidada, et loote asfüksia tekitab mitut liiki sünnitusabi patoloogiat ja ema haigestumiste puhul:

- a) nabaväädi põimumine ümber kaela,
- b) nabaväädi pitsumine ja väljalangemine,
- c) platsenta irdumine,
- d) sünnitustegevuse nõrkus,
- e) pikem periood peale vete minekut,
- f) sünnitaja haigused jne.

Loote asfüksia avaldub loote südametegevuse sageduse ja rütmi häiretes, toonide kuuldavuse muutustes, loote liigutuste intensiivistumises, mekooniumi eritumises peaseisude puhul.

Tingimused sünnitustangide panekuks.

Sünnitustangide panekuks peavad olema soodsad tingimused:

1. Emakakaebel peab olema lamenenud ja väline suue täielikult avatud.
2. Loote pea peab olema vastavas asukohas väikeses vaagnas:
 - a) kui pea asub suure segmendiga väikese vaagna kitsuses ja noolõmbus ühtib vaagna põikimõdduga, siis on tangide panek lubatud (need on õnetangid);
 - b) kui pea asub vaagna väljapääsus noolõmbusega vaagna väljapääsu otsemõddus (väljapääsutangid).

3. Pea ei tohi olla liiga väike.

4. Lootepõhis peab puuduma.

5. Loode peab olema elus.

Tangide panek on vastunäidustatud, kui:

a) loote pea asub vaagna sissekäigu kohal,

b) loote pea asub väikese või suure segmendiga vaagna sissekäigus.

Kui pea asub suure segmendiga väikese vaagna laiuses, siis on tangide panek lubatud, kuid tuleb arvestada raskusi operatsioonil teostamisel. Kõige kergemaks osutub tangide panek peale, mis asub väikese vaagna väljapääsus.

M ä r k u s : Et paremini mõista sünnitustangide paneku tingimuste tähtsaimat punkti - pea asukohta väikses vaagnas, tuleb meenutada I osas peatükki, kus kirjeldatakse loote pea asukohta ja edasilikumise määratlemist sünnituse ajal nii välise kui sisemise läbivaatuse (I osa, lk.47) võtetega.

Sünnitustangide paneku tehnika.

Ettevalmistus operatsiooniks. Tangid pannakse kas operatsioonilaua või sagedamini Rahmanovi voodil sisselükatud jalactsaga. Välised suguelundid desinfitseeritakse; steriilsete linadega kaetakse kõht ja reied. Kusepõhis tühjendatakse enne operatsiooni. Operatsiooni on parem läbi viia kohaliku pudendaalse anesteesiaga. Eetrinarkoosi kasutatakse eklampsia ja raskete südameveresoonekonna süsteemi haigestumiste korral.

Enne operatsiooni tehakse vaginaalne järelekatsumine isegi neil juhtudel, kus sisemist järelekatsumist teostati enne küsimuse otsustamist olemasolevate tingimuste kohta operatsiooniks. Sisemist järelekatsumist on parem teha poole käega (nelja sõrmega). See võimaldab paremat orienteerumist loote pea asukoha määramisel vaagnas, mis tangide panekul on eriti tähtis.

Tangide paneku üldised põhimõtted.

1. Tangid tuleb panna juhtivale joonele perpendikulaarselt.
2. Tangi lusikate otsad peavad olema suunatud juhtiva punkti poole.
3. Juhtiv punkt või pea telg peab asuma tangide tasapinnas.
4. Tangide traktsioonid peavad vastama sünnituse biomehhanismile.

Sünnitustangide paneku tehnilised võtted.

(Üldised reeglid.)

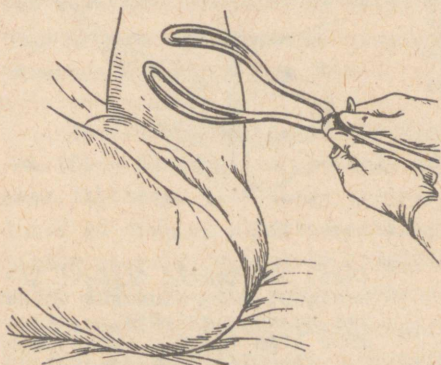
Enne operatsiooni alustamist:

1) tuleb tangi lusikad kokku panna. See võimaldab kergemini eraldada tangi parema ja vasaku lusika. Kokkupandult asub vasaku lusika pide vasakus käes ja tangi parem lusikas paremas käes;

2) tingimata on vajalik tangide "esitamine". Kokkupandud tangid hoitakse väliste suguelundite ees ja olenevalt juhtiva joone kulgemisest pööratakse neid vastavasse asendisse vaagna väljapääsutasapinna mõõtude suhtes (joon. 32).

3) tangi lusikate sisseviimine ja paigutus loote peal;

4) tangide lukustamine,
5) proovitraktsioon,
6) pea ekstraktsioon,
7) tangide mahavõtmine.



Joon. 32. Kokkupandud tangide "esitamine".

Tangide panek pea mitmesuguste
eesasetsuste puhul.

Tüüpilised (väljapääsu-) tangid (forceps minor)
kukalseisu eesmise teisendi puhul.

V ä l i n e l ä b i v a a t u s : Tuharad asuvad emakapõhjas. Loote südamelõõke on kõige paremini kuulda keskjoonel (kas paremal või vasakul keskjoone lähedal). Pea ei ole sümfüüsi kohal palpeeritav.

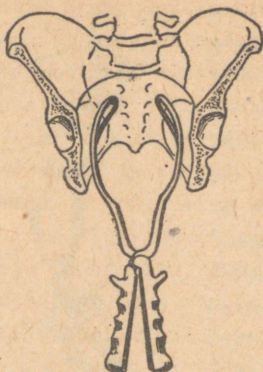
S i s e m i n e l ä b i v a a t u s : Ristluusüvend on peaga täidetud, spinae ossis ischii pole palpeeritavad. Tagumine lõge asub sümfüüsi all juhtiva punktina, eesmine lõge asub õndraluu kohal. Noolõmblus asub vaagna väljapääsu otsesõõdus.

M ä r k u s : Vastavalt P.N.A. (1955) nimetatakse väikest lõget "tagumiseks", suurt lõget "eesmiseks". Nagu eespool tähendati, paiknevad tangi lusikad pea pool juhtiva joonega (noolõmblus) perpendikulaarselt. Käesoleval juhul peavad tangi lusikad paiknema kiirukühmudel, asetsedes kuklalt üle kõrvade lõua suunas. Joon, mis kujutab mõtteliselt pidemete jätku, peab teetuma tagumisele lõgemale (juhtiv punkt asub tangide tasapinnas) (joon. 33).

Vaagna väljapääsutasapinna suhtes peavad tangid asetsema perpendikulaarselt vaagna väljapääsu otsesõõdule, s.o. vaagna ristisõõdus (joon. 34).



Joon. 33. Tangid õigesti lukustatud. Tangilusikad ühtivad pea suure ristisõõduga. Tagumine lõge (juhtiv punkt) asub tangide tasapinnas.



Jeon. 34. Tangid pandud välja-
pääsu ristimõõdus.

Tangi lusikate sisseviimine.

Nagu varem tähendatud, viiakse esimesena vasak lusikas vasaku käega vasakusse tupe poolde ("kolme vasaku" reegel). Lusikat võib hoida: a) kui sulepead, b) kui viiulikeelt, c) kogu käega (jeon. 35).

Parema käe neli sõrme viiakse tuppe (põial jääb välja) ja juhivad lusikat. Lusika pide asub paralleelselt parema kubemevaoga. Lusikas viiakse tuppe mööda paremat peopesa. Lusika ots on suunatud ette sümfüüsi poole. Tagumine lusika serv asub peopesal ning lusikas tõugatakse kergelt vaagnasse (jeon. 36 ja 37).

Lusikas peab liibuma tihedasti pea pinnale ja libisema mööda pead, olles pidevalt käe kontrolli all. Mööda pead libisedes teeb tangi lusikas samaaegselt kaks liigutust: ta süveneb sünnituskanalisse, järgnedes vaagna juhtivale joonele ja teeb ka ringliigutuse $45 - 60^{\circ}$ ümber, mille tõttu ta ikka rohkem läheneb keskjoonele ja pide laskub taha lahkliha suunas. Kui lusikas on õigesti sisse viidud, siis peab ta asuma horisontaalselt, mida näitab Buschi konksu horisontaalne asend.



Joon. 35. Tangi pideme hoidmine: a) sullepeana,
b) viiulikeelena, c) kogu käega.



Joon. 36. Vasaku lusika
asetus juhtival käel.

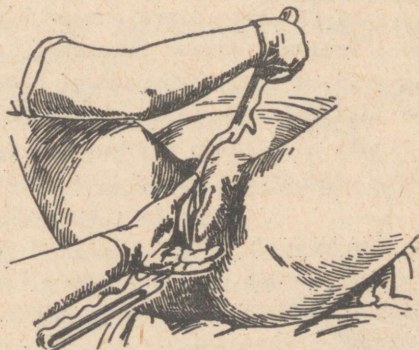


Joon. 37. Vasaku lusika sisseviimine.

asub ideaalselt just pea peal. Vasaku lusika pide antakse abilisele fikseeritud hoidmiseks.

P a r e m lusikas viiakse tuppe samuti nagu vasak: parema käega paremasse tupe poolele ("kolme parema" reegel) vasaku käe kontrolli all. Parem lusikas peab asuma alati pealpool vasakut (joon. 38).

On arusaadav, et parema lusika sisseviimisel asub tema pide paralleelselt vasakule (vastupidisele) kubemevaale.



Joon. 38. Tangi parema lusika sisseviimine.

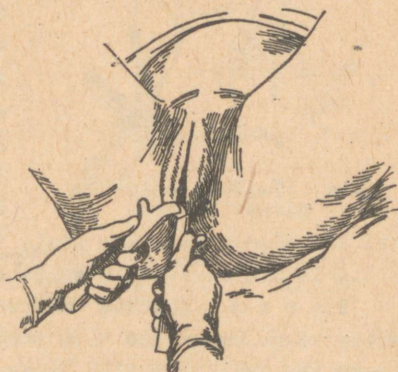
Lusikas tuleb sisse viia ettevaatlikult ja vägivallata. Vastandjuhul võib sünnitajat traumeerida. Takistuse puhul on parem lusikas välja võtta ja uuesti sisse viia ristluude poolt. Edasi juhitakse ta vaagna ristimõõtu, aidates sünnitusteedes asuva käega, surudes lusika tagumisele servale. Sisemine käsi eemaldatakse ainult siis, kui akušöör on veendunud, et lusikas

Tangide lukustamine.

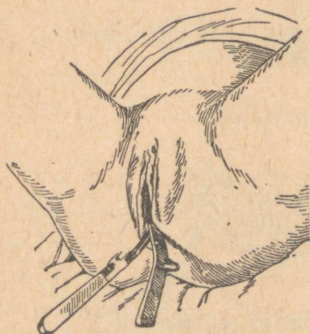
Tangide lukustamiseks haaratakse pidemed kogu käega, nii et pöidlal asuksid Buschi konksudel (joon. 39).

Õigeks tangide lukustamiseks peavad mõlemad lehed asetsema nii, et nende pidemate sisemised siledad pinnad oleksid teineteisega paralleelsed, kusjuures Buschi konksud ei asu mitte ainult ühel horisontaalsel pinnal, vaid asuvad ka ühel joonel.

Kui tangide lukustamisel ilmneb, et lusikad ei asu ühes tasapinnas (joon. 40), siis surudes põialdega Buschi konksudele ja haarates kogu käega pidemed, teostatakse kaks liigutust: pidemed lastakse alla lahklihale ja samaaegselt pöüratakse neid pikitelje ümber. Sellega ületatakse takistus.



Joon. 39. Tangide lukustamine peale nende panekut.



Joon. 40. Tangid on pandud valesti ning ei sulgu - nad ei asu horisontaalses tasapinnas.

Kui vastava võttega ei õnnestu tangilusikaid paigutada teineteisega paralleelselt, siis on parem välja võtta parem lusikas ja panna ta teistkordselt või isegi välja võtta mõlemad lusikad ja nad uuesti panna. Neil juhtudel, kui üks lusikas asub teisest sügavamal, tuleb sügavamal olev lusikas niivõrd välja tõmmata, et mõlemad Buschi konksud ühtiksid. Mingil juhul ei tohi

teist vähem sügaval olevat lusikat sissepoole lükata. Kui ei õnnestu tangide lukustamine, tuleb kas üks või mõlemad lusikad välja võtta ja uuesti sisse viia.

Sageli juhtub, et lusikate peakõverus on pea suurest ristimõõdust väiksem ning tangide pidemed peale lukustamist teineteist ei puuduta. Et neid ja nii ka ühtlasi pead traktsioonide ajal mitte kokku suruda, tuleb pidemete vahele panna kokkupandud rätt või marli.

Proovitraktsioon.

Tangilusikate õige haaramise kindlakstegemiseks teostame esimest proovitraktsiooni: selleks paneb akušöör käe pidemetele, haarates ülevalt Buschi konkse. Vasaku käega kontrollib ta täpselt, kas tangid on õigesti peale pandud, kas sünnituskanali pehmed osad ei ole vahele pitsunud. Peale selle paneb ta vasaku käe paremale nii, et väljasirutatud nimetissõrmega kogu aeg puudutada pead juhtiva punkti piirkonnas (joon. 41.).



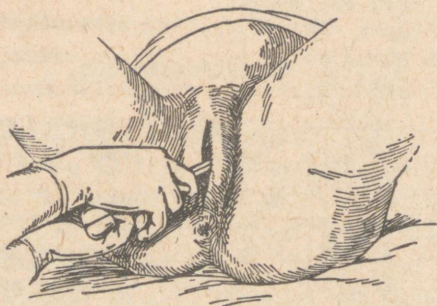
Joon. 41. Proovitraktsioon.

Tugevalt surudes tangi lusikad lukku kohal, tehakse parema käega ettevaatlikult esimest traktsiooni. Traktsioonile peavad järgnema tangid, vasak käsi väljasirutatud teise sõrmega ja loote pea. Kui traktsiooni ajal vahemaa vasaku käe teise sõrme ja pea juhtiva punkti vahel suureneb, või teiste sõnadega - pea ei järgne teisele sõrmele ja viimane kaugeneb peast, siis see näitab, et tangid on valesti peale pandud. Tangid tuleb panna uuesti.

Kui proovitraktsiooni ajal on kindlaks tehtud tangide õige pealepanek, siis võib üle minna pea ekstraktsioonile.

Pea ekstraktsioon.

Tangide traktsioonid viiakse läbi järgmiselt (joon.42):



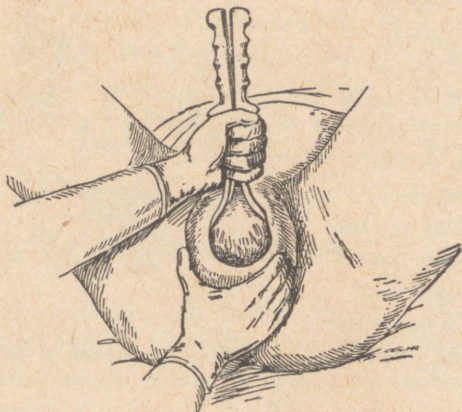
Joon. 42. Akušööri käe asetus traktsioonidel.

Parem käsi asub tangide peal, keskmine sõrm asub mõlema lusika vahel pealpool lukku, teine ja neljas sõrm on Buschi konksudel. Vasak käsi haarab pidemed alt. Käte asend võib ka teistsugune olla. Parema käsi asub pidemel, kusjuures teine ja kolmas sõrm on Buschi konksudel. Vasak käsi asub pealpool, tema teine sõrm asub lusikate vahel pealpool lukku.

Arvestades, et pea lõpetas sisemist pööret, toimub traktsioon enda suunas. Traktsioonil peab imiteerima väitust: aeglaselt alustama, siis muutma tõmme järjest tugevamaks ja, saavutanud maksimumi, minema aeglaselt üle pausile. Pausi ajal võetakse tangid pisut lukust lahti. Pausi kestus 1 - 2 minutit.

Operatsiooni seda osa on parem läbi viia istudes. Akušöör sirutab parema jala ette ja toetub Rahmanovi voodi põikpuule. Akušööri küünarnukid on tihedalt surutud rinnakorvi külgedele. Traktsioonide ajal ei soovitata hoida keha tahapoole. Niipea kui sündisid kiirukühmud vastavalt sünnituse

biomehhanismile, peame soodustama pea sirutust, meeles pidades, et hüpomohlioniks osutub kuklaaluse lohu piirkond. (Palpatsioonil veendume, et vastav piirkond asub sümfüüsi all.) Nüüd astub akušöör sünnitajast paremale. Vasaku käega haarab ta tangid luku kohal nii, et kaks sõrme asuvad pealpool ja kaks sõrme allpool Buschi konkse. Traktsioonil tõstetakse tangi pidemed ja suunatakse sünnitaja kõhu suunas. Parem käsi kaitseb lahkliha (joon. 43).



Joon. 43. Loote pea ekstraktsioon tangide abil ja lahkliha kaitse.

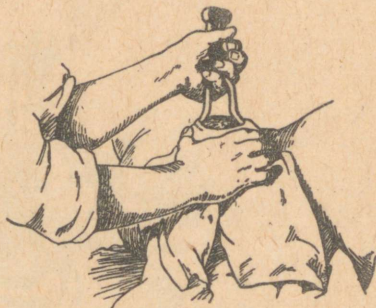
Pea tuleb väljutada aeglaselt, kusjuures traktsioonid tehakse väituste vaheajal. Kui sünnitaja väitab, siis tuleb traktsioon mitte ainult katkestada, vaid pidurdada ka pea edasilikumist.

M.S. Malinovski juhib tähelepanu sellele, et jõud, mis kasutatakse pea sirutusele, peab ületama tema väljutamise jõu. Sel hetkel osutub põhiliseks mitte traktsioon peast, vaid vulvarõnga kudede ettevaatlik järkjärguline laiendamine. Jälgides sünnituse füsioloogilist biomehhanismi, mille puhul pea sündimine toimub väiksema übermõõduga, tuleb ka seda soodustada. Kui lahkliha kahvatub, mis näitab ähvarda-

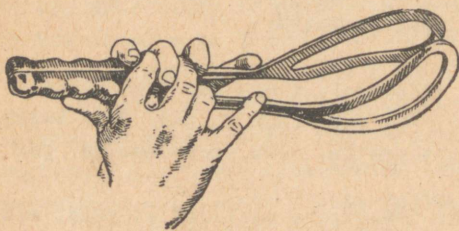
vat lahkliha rebendit, tuleb teha perineotoomia. Lineaarne lõige soodustab paremat kinnikaevamist.

Pea väljutamist võib teostada ka nii, nagu seda soovib N.A. Tsovjanov. Tangide eesmine pind luku juures haaratakse vasaku käega, kusjuures viies sõrm asub mõlema tangi lusika poolt moodustatud sälgus pealpool lukku. Neljas, kolmas ja nimetissõrm haaravad Buschi konksu, aga põial haarab pidet vastaspoolelt (joon. 44). Ekstraktsiooni sooritab vasaku käe väike sõrm,

juhtivaks jõuks on sama käe ulnaarne serv. Parema käega kaitseb akušöör lahkliha. N.A. Tsovjanov sooritas oma võtet pea väljutamiseks tangidega. Selle võtte iseärasus seisneb pidemete omapärases haaramises luku piirkonnas (joon. 45).



Joon. 44. Pea väljutamine
N.A. Tsovjanovi järgi.



Joon. 45. Tangide haaramine
N.A. Tsovjanovi järgi.

Buschi konksud asuvad teise ja kolmanda sõrme põhifalangide vahel, mis konksukujuliselt haaravad luku piirkonda. Parema käe nimetissõrm asub vasaku käe teise ja kolmanda sõrme vahel, aga vasaku käe kolmas sõrm asub parema käe teise ja kolmanda sõrme vahel.

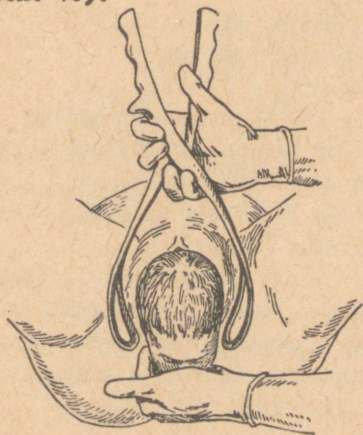
Sellisel haaratatakse lukk kindlalt põimuvate sõrmede abil. Mõlema käe neljandad ja viiendad sõrmed, olles konksukuju-

liselt painutatud, haaravad ülevaltpoolt lusikate ülemised servad, nihkudes järjest peale lähemale. Viiendate sõrmede lõppfalangid nihkuvad kõrgemale lusika ülemist serva mööda kuni tema üleminekuni peakõverusse. Põidlad, asudes tangide pidemetel, toetuvad lõppfalangide volaarse pinnaga pidemete keskmise kolmandiku alumisele pinnale, jättes välise kolmandiku vabaks.

Tangide haaramise kirjeldatud võtte puhul langeb põhiline jõu rakendamine pea väljutamisel tangidega mõlema käe neljandale ja viiendale sõrmele. Niisiis akušööri käed, asudes tangide all ja peal ning tegutsedes üheaegselt mitmes suunas (põidlad üles ja ette, neljandad ja viiendad sõrmed alla ja taha), soodustavad pea eemaldamist sümfüüsilt ja ristluusüvendi paremat ärakasutamist, mis kindlustab traktsioonide läbiviimise ja pea edasiliikumise sünnituskanali telje suunas.

Tangide äravõtmine.

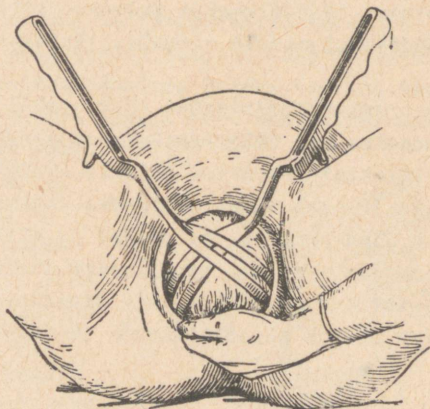
Tangid võetakse ära sel hetkel, kui pea on täielikult sündinud ja asub väljaspool tupepilu. Tangi lusikad võetakse lahti, pannes nende vahele neljanda ja viienda sõrme (joon. 46).



Joon. 46. Tangide äravõtmine.

Kuid tangid võib ära võtta ka siis, kui pea sünnib suurima läbimõõduga, s.o. siis, kui sümfüüsi all asub kuklaalune lohk, aga eesmine lõge asub tagumise nidu (all) kohal. Tangi lusikad võetakse ära nende pänekule vastupidises järjekorras. Tangid võetakse lukust lahti, lusikate pidemed eemalduvad teineteisest. Esimesena võetakse ära parem lusikas

parema käega (samanimeline), suunates teda vasaku kubemevao suunas, ja siis vasak lusikas vasaku käega parema kubemevao suunas (joon. 47).



Joon. 47. Tangide äravõtmine.

Tangide äravõtmine sel ajal võib ennetada lahkliha rebendi teket.

Tüüpilised (väljapääsu-) tangid (forceps minor) kukalseisu tagumise teisendi puhul.

V ä l i n e l ä b i v a a t u s . Tuharad asuvad emakapõhjas. Loote südamelõõgid on kuuldavad keskjoonel ülalpool sümfüüsi. Sageli on toonid eriti hästi kuuldavad. (Loote rinnakorv on pööratud kõhuseina eesmisele seinale.) Pea ei ole läbi kõhuseinte palpeeritav.

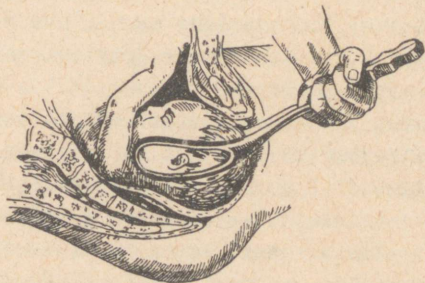
S i s e m i n e l ä b i v a a t u s . Ristluusüvend on täielikult täidetud loote peaga. Spinae ossis ischii ei ole palpeeritavad. Tagumine lõge (juhtiv punkt) asub õndraluu pool kõige madalamal. Eesmine lõge asub ees, sümfüüsi all. Noolõmblus (juhtiv joon) ühtib vaagna otsemõõduga.

Et tagumine lõge asub taga, siis tähendab see, et kukal ja selg asuvad taga, s.o. tagumine teisend. Kuna tagumine lõge on juhtivaks puhktiks, siis on pea painutatud. Niisiis esineb meil kukalseisu tagumine teisend.

Tangid tuleb panna niisama nagu kukalseisu eesmise teisendi puhul - pea suurele ristimõõdule (perpendikulaarselt juhtivale joonele) vaagna ristimõõdus. Tangi lusikad pannakse niisamuti nagu kukalseisu eesmise teisendi puhul. Lusikate õigel panekul peab tagumine lõge nagu kukalseisu eesmise teisendi puhul asuma ühes tasapinnas tangi pidemetega. Selle nõude teostamiseks tuleb tangi lusikate lukustamisel hoida pidemed taha, et nende tasapind ühtiks tagumise lõgemega.

Peale proovitraktsiooni tuleb traktsioon teostada vastavalt sünnituse biomehhanismile kukalseisu tagumise teisendi puhul.

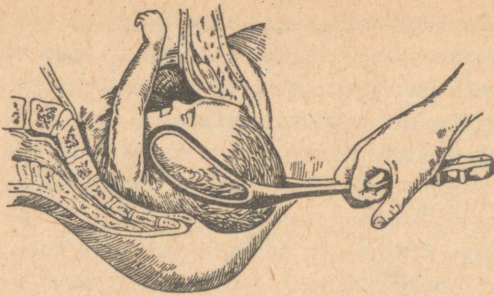
Esimesel momendil tehakse traktsioone ette (üles), soodustades pea painutust (hüpomohlioniks on eesmise lõgeme eesmine nurk) niikaua, kuni lahkliha tagant sünnib kukal (joon. 48).



Joon. 48. Traktsioon kukalseisu tagumise teisendi puhul. Pea painutus.

Siis lastakse tangi pidemed alla (taha), soodustades pea sirutust. (Teine hüpomohlion on kuklaluse lohu piirkond.) Sümfüüsi alt sünnib eespea, otsmik, nägu (joon. 49).

Pea väljutamisel tagumises teisendis tekib suur oht lahkliha rebenemiseks seoses tema ülevenitusega, sellepärast tuleb õigeaegselt teostada perioneotoomia.



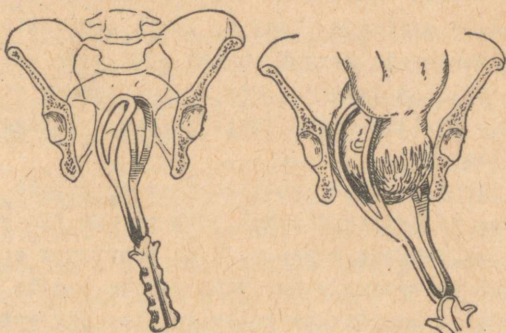
Joon. 49. Traktsioon kukalseisu tagumise teisendi puhul. Pea sirutus.

Õõnetangid (forceps media) kukalseisu eesmise teisendi esimese asetsuse puhul.

V ä l i n e l ä b i v a a t u s . Tuharad asuvad emakapõhjas, selg vasakul; pea ei ole palpeeritav. Loote südamelõõgid on kuulda vasakul allpool naba.

S i s e m i n e l ä b i v a a t u s . Ristluusüveni kaks ülemist kolmandikku ja sümfüüsi tagumine pind on peaga täidetud. Spinae ossis ischii on raskesti või üldse mitte palpeeritavad. Pea on painutatud. Juhtivaks punktiks on tagumine lõge, mis asub vasakul ees. Eesmine lõge asub p a r e m a l t a g a . See tähendab, et noolõmblus (juhtiv joon) ühtib vaagna p a r e m a p õ i k i m õ õ d u g a .

Tangi lusikad tuleb panna pea suurele ristimõõdule (perpendikulaarselt juhtivale joonele), vaagna suhtes vasakus põikimõõdus perpendikulaarselt paremale vaagna põikimõõdule, millega ühtib juhtiv joon. Sellele seisukohale jõuame ka järgmise arutelu järele: pannes tangid kokku ja "esitades" neid (joon. 50, 51), on arusaadav, et vasak lusikas peab asuma taga - vasakus vaagna osas, parem lusikas aga ees - paremas vaagna osas. Seega on siis tangi lusikate tasapind suunatud v a s a k u l t t a g a n t e t t e p a r e m a l e : vaagna vasakus põikimõõdus - nii, nagu nende panek oligi ette nähtud. Siin peeti niisii kinni reeglist, et tangide pa-



Joon. 50 ja 51. Õnnetangid. Juhtiv punkt, tagumine lõge, asub vasakul ees (I asetus, eesmine teisend). Tangid tuleb panna vaagna vasakus põikimõõdus.

nek on ainult siis õige, kui tangi lusikate otsad on suunatud juhtivale punktile (ette). Ainult sellisel tangide panekul, kui noolõmblus põikimõõdust läheb üle otsemõõtu (siis, kui pea sisemine pööre lõpeb), ühtib tangide telg vaagna teljega ja tangide vaagnakõverus ühtib ristluu kõverusega.

Selleks et teostada sellist tangide panekut, viiakse esimesena sisse v a s a k lusikas v a s a k u k ä e g a v a s a k u s s e tagumisse vaagna ossa ja jäetaksegi sinna ("kolm vasakut"). See lusikas jääb tagumiseks ehk "fikseerituks". Tavaliselt õnnestub see kergesti, kuna siin pea ja vaagna seina vahel leidub küllalt ruumi. P a r e m lusikas viiakse sisse teisena p a r e m a k ä e g a p a r e m a s s e ees olevasse külgmisesse vaagna ossa ("kolm paremat").

Kuna vaagna eesmises külgmises osas liibub pea tihedalt vaagnaseinale, siis on parema lusika vajalikule kohale siseseviimine väga raske. Selle raskuse ületamiseks viiakse parem lusikas enne külgmisse või tagumisse külgmisesse vaagna ossa ja siis juba vasaku käe sisemiste sõrmede ja põidla abil juhtides surutakse ettevaatlikult ja õrnalt lusika alu-

misele servale alt ette, nii juhtides lusika vaagna külgmise ossa. Sel viisil sunnitakse lusikas liikuma mööda peakumerust ettepoole senikaua, kuni ta satub ees asetsevale kiirukühmule. Samaaegselt laskub lusika pide taha (alla) lahkliha suunas. Sellist lusikat, mis liigub tagant ette, nimetatakse "rändavaks lusikaks". Meie leiame, et õigem on teda nimetada "liikuvaks".

Reegli järgi viiakse vasak lusikas esimesena sisse ja parem teisena. Kirjeldatud juhul võib parema "liikuva" lusika sisseviimine osutada raskeks. N.A. Tsovjjanov soovitab sellisel puhul esimesena sisse viia parema lusika ja alles teisena vasaku. Arusaadavalt tuleb sellise järjestuse puhul enne tangide lukustamist pidemed ristata.

Meie leiame, et sellist tangi lusikate sisseviimise moodust võiks katsetada.

Tuleb märkida, et õõnetangide panekul asuvad tangi lusikad sügavamal vaagnaõõnes kui väljapääsutangide puhul. Tangide lukk jääb lahkliha lähedale.

Tangide lukustamine.

Tangide lukustamine õõnetangide puhul sarnaneb lukustamise viisile väljapääsutangide puhul. Ka siin lukustuvad lusikad kergesti ainult siis, kui sisemised siledad pidemete pinnad asuvad paralleelselt ning Buschi konksud on mitte ainult ühes horisontaalses tasapinnas, vaid asuvad ka ühel joonel. Tangide lukustamisel peab juhtiv punkt (tagumine lõge) asuma tangide tasapinnas. Operatsioonil õigel läbiviimisel peab Buschi konksude joon peale tangide lukustamist vastama vaagna vasakule põikimõõdule.

Kui tangi lusikad ei lukustu seetõttu, et nad ei asu paralleelselt, siis parandatakse seda samade võtetega, nagu eespool (lk. 46) juba kirjeldati. Tangi lusikate raskendatud lukustamisel võib kasutada järgmist võtet: mõlemad tangide pidemed tuleb lasta alla lahkliha suunas. Kui tangide pidemed on teineteisest liiga kaugel, siis tähendab see seda, et tangid ei haara pead tema ristimõõdu, vaid põikimõõdu,

või et lusikad ei asu küllalt sügaval ning tangide peakõverus ei haara pead õigesti.

Neil juhtudel osutub sagedamaks veaks parema liikuva lusika vale sisseviimine, nimelt lusikas ei ole viidud küllalt sügavale. Kui seda puudust ei parandata ja tangid lukustatakse vägivaldselt, siis võib loote ekstraktsioon küll õnnestuda, aga vaadates vastsündinu nägu, on tangide vale panek kohe nähtav. Tangi lusikate surve jäljed kulgevad põiki üle nõi, üle põse ja silma. Sealjuures võib välja kujuneda n. facialis'e parees. Selline tangide panek võib loodet kahjustada ja tekitada raske trauma - ajuverevalu, sagedamini tentooriumi rebendi nõi. Laps võib küll elusalt sündida, kuid sureb mõne päeva pärast või sünnib surnult.

Proovitraktsioon.

Proovitraktsiooni teostatakse eespool kirjeldatud viisil niisama nagu väljapääsutangide puhul. Ainult tangide vale panekul esineb nende libisemine. See juhtub siis, kui tangid pole pandud küllalt sügavalt ja nende otsad toetuvad vastu pead või ei haarata pead tema suurema ümbermõõdu kohal.

Lusikate mahalibisemine võib tekkida ka horisontaalses suunas. Esimesel juhul libisevad tangid pealt maha kas ette (üles) või taha (alla) (joon. 52).



Joon. 52. Tangi lusikate horisontaalne mahalibisemine.

Teisel juhul väljutatakse tangid tühjalt, kuna pea jääb endiselt kohale (joon. 53).

Peale nende kahe tangide mahalibisemise mooduse eraldab N.A. Tsovjantov ka kolmandat, praktikas sageli esinevat moodust. Mahalibisemine seisneb niisugusel juhul selles, et traktsiooni ajal toimub enneaegne

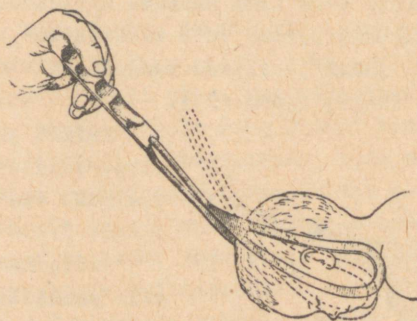
peasirutus tangides, kusjuures pea pöörduv ümber oma ristitelje, mis kulgeb tangi lusikate otste vahel. Selle põhjuseks on tangi lusikate puudulik liibumine peale.

Üheks sümptomiks, mis ilmneb sellise libisemise puhul, on lahkliha ja pärakuava venitus sündiva otsmikuga.

N.A. Tsovjjanov nimetab sellist tüsistust "ekstsentriliseks" libisemiseks (joon. 54).



Joon. 53. Tangi lusikate vertikaalne mahalibisemine.



Joon. 54. Tangi lusikate ekstsentriline libisemine.

Kui avastatakse tangi lusikate libisemine, siis tuleb nende asukohta parandada või lusikad välja võtta ja õigesti sisse viia.

Pea väljutamine (traktsioonid).

Traktsioone tuleb sooritada nii, nagu jäljendatakse normaalse sünnituse biomehhanismi. Meenutagem, et normaalse sünnituse biomehhanismi puhul lõpetab pea sisemise pöörde kuklaga ette (vastupidiselt kellaosuti liikumise suunale). Seejuures peab noolõmblus (juhtiv joon) ühtima vaagna väljapääsutasapinna otsemõõduga. Tagumine lõge asub siis sümfüüsi all, eesmine lõge õndraluu kohal. Pea peab laskuma vaagna põhjale. Pea vastava rotatsiooni sooritamiseks tuleb traktsioone teha enese suunas niikaua, kuni sümfüüsi alumise serva alt ilmub kuklaaluse lohu piirkond. Pea ekstraktsioonil ja samaaegsel tangi lusikate roteerimisel vastupidiselt kellaosuti liikumise suunale (esimene asetus, eesmine teisend) soodustame pea õiget rotatsiooni. Pea ettevaatlikud roteerivad liigutused tangidega tuleb teostada järk-järgult ja mitte ühe traktsiooni ajal.

Pea sisemise rotatsiooni lõppu näitab noolõmbluse asukoht vaagna otsemõõdus ja tangi lusikate ja Buschi konksude horisontaalne asend.

Edaspidised traktsioonid, pea väljutamine, lahkliha kaitse ja tangide mahavõtmine toimuvad nii, nagu juba varem on kirjeldatud (lk. 48).

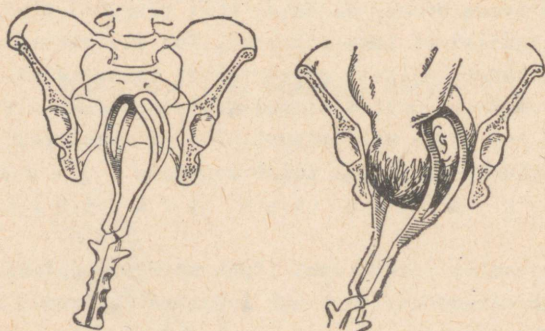
Õõnetangid (forceps media) kukalseisu teise asetsuse eesmise teisendi puhul.

Välise vaatluse andmed erinevad kukalseisu eesmise teisendi esimese asetsuse omadest selle poolest, et loote südamelõõke kuuleme paremini paremal ja allpool naba.

S i s e m i s e l ä b i v a a t u s e andmed erinevad kukalseisu esimese asetsuse eesmisest teisendist selle poolest, et noolõmblus asub vaagna vasakus põikimõõdus.

Selleks et tangi lehed panna pea suurele ristimõõdule (juhtivale joonele perpendikulaarselt), tuleb tangi lusikad panna vaagna paremas põikimõõdus (perpendikulaarselt vasakule põikimõõdule, mis ühtib juhtiva joonega).

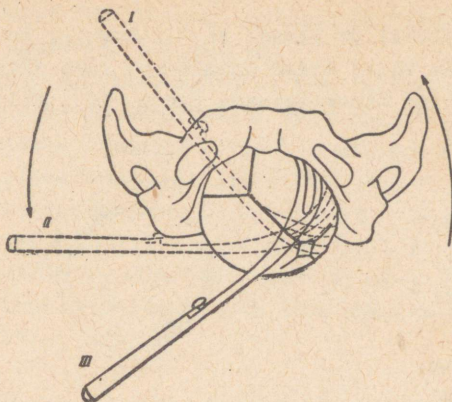
Tange kokku pannes ja neid "esitades" (joon. 55 ja 56) on arusaadav, et esimene lusikas osutub liikuvaks ja asub vaagna eesmisel külgmises osas (vasakus). Teine lusikas - parem - osutub "fikseerituks" ja asetseb vaagna tagumises külgmises osas. Sel puhul võivad ilmuda suured raskused esimese lusika panekul.



Joon. 55 ja 56. Õõnetangid. Juhtiv punkt, tagumine lõge, asub paremal ees (teine asetsus, eesmine teisend). Tangid tuleb panna vaagna paremas põikimõõdus.

Joon. 57 on näidatud selle lusika asukoht.

Edaspidine operatsiooni kulg on samasugune nagu esimeses asetsuses eesmise teisendi puhul, ainult selle erinevusega, et pea rotatsioon toimub kellacuti liikumise suunas.



Joon. 57. Tangi "liikuva" vasaku lusika asukoht tangide panekul vaagna paremas põikimõddus.

Õcnetangid (forceps media) kukalseisu esimese asetsuse tagumise teisendi puhul.

V ä l i n e l ä b i v a a t u s . Tuharad asuvad emakapõhjas, selg vasakul. Loote südamelõõke on kuulda vasakul allpool naba keskjoonest kaugemal. Sümfüüsi kohal ei ole pea palpeeritav.

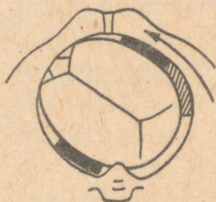
S i s e m i n e j ä r e l e v a a t u s . Pea asub sügaval vaagnas, tagumine lõge (juhtiv punkt) asub v a s a k u l t a g a , e e s m i n e p a r e m a l e e s . Noolõmblus (juhtiv joon) kulgeb v a s a k u l t t a g a n t e t t e j a p a r e m a l e . Noolõmblus ühtib vaagna v a s a k u põikimõdduga.

Tangi lehtede õige panek toimub perpendikulaarselt juhtivale joonele - pea suurele ristimõddule. Vaagna suhtes peavad tangid olema pandud perpendikulaarselt sellele põikimõddule, milles asub juhtiv joon. Käesoleval juhul asub noolõmblus vaagna vasakus põikimõddus, tangi lehed paneme vaagna paremas põikimõddus.

Tangide esitamisel on ilmne, et "liikuvaks" lusikaks osutub vasak, mille viime sisse esimesena, kuna "fikseeritud" lusika (parema) viime sisse teisena (joon. 58). Niisiis toimub tangi lusikate sisseviimine kirjeldataval juhul niisama nagu kukalseisu teise asetsuse eesmise teisendi puhul.

Seoses sellega, et pea asub vasakul eesmises vaagna osas vaagnaseina lähedal, ei õnnestu vasaku lusika sisseviimine otse vasakusse ees-

misse vaagnaossa. Ta viiakse sisse vasakult külje poolt või vasakult tagant ja alles siis juhitakse parema käe sõrmede abil vaagna vasakusse eesmisesse ossa. Kõik raskused tangide lukustamisel ja proovitraktsioonil ületatakse ülalpool kirjeldatud viisil.



Joon. 58. Õnetangid. Juhtiv punkt (tagumine lõge) asub vasakul taga (esimene asetsus, tagumine teisend). Tangid paneme paremas põikimõõdus. Nool näitab vasaku liikuva lusika ümberpaigutust.

Pea väljutamine (traktsioonid).

Traktsioone tuleb sooritada, jäljendades normaalset sünnituse biomehhanismi.

Tuletame meelde, et normaalse sünnituse biomehhanismi puhul lõpetab pea sisemise pöörde kuklaga taha (kellaosuti liikumise suunas). Sealjuures peab noolõmblus asuma vaagna väljapääsu otsemõõdus. Tagumine lõge asub õndraluu pool, eesmine lõge aga sümfüüsi all. Pea sisemise rotatsiooni teostamiseks tuleb traktsioone teha enda suunas, kuni sümfüüsi all hakkab paistma otsmiku juuste piir. Samaaegse pea ekstraktsiooniga ja lusikate rotatsiooniga kellaosuti liikumise suunas soodustame pea õiget rotatsiooni kuklaga taha. Sisemise pöör-

de lõpetamist näitab tangilusikate ja Buschi konksude asend vaagna väljapääsu ristimõõdus.

Edaspidised traktsioonid, pea väljutamine, lahkliha kaitse ja tangide mahavõtmine toimuvad niisama, nagu kirjeldati tüüpilisel tangide panekul tagumises teisendis.

Pea rotaerimist tagumisest teisendist eesmissesse, nagu seda soovivad mõned välismaa autorid (Lange, Scanzoni jt.), eitavad vene akušöörid täielikult (N.N. Fenomenov, M.S. Malinovski, V.S. Grusdev jt.). V.S. Grusdev ütleb, et selliste katsete puhul tangidega "võib sõna otseses mõttes loote kaela keerata".

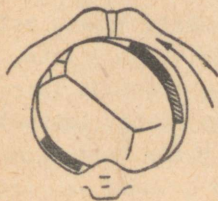
Õõnetangid (forceps media) kukalseisu teise asetsuse tagumise teisendi puhul.

Välise läbivaatuse andmed erinevad kukalseisu esimese asetsuse tagumise teisendi omadest selle poolest, et loote südamelõõke kuuleme paremini paremal allpool naba.

Sisemise läbivaatuse andmed erinevad kukalseisu esimese asetsuse tagumise teisendi omadest selle poolest, et noolõmbelus (juhtiv joon) asub vaagna paremas põikimõõdus. Tagumine lõge (juhtiv punkt) asub paremal taga, eesmine vasakul ees.

Õigeks panekuks peavad tangi lusikad asuma pea peal juhtivale joonele perpendikulaarselt. Vaagna suhtes peavad nad asuma vasakus põikimõõdus, perpendikulaarselt vaagna paremale põikimõõdule.

Tangide "esitamisel" näeme, et esimene - vasak lusikas on tagumine "fikseeritud", kuna teine - parem lusikas saab eesmiseks "liikuvaks" (joon. 59).



Joon. 59. Õõnetangid. Juhtiv punkt (tagumine lõge) asub paremal taga (teine asetsus, tagumise teisend). Tangid tuleb panna vaagna vasakus põikimõõdus. Nool näitab parema "liikuva" lusika ümberpaigutust.

Tangi lusikate sisseviimine toimub niisama nagu kukal-seisu esimese asetsuse eesmise teisendi puhul. Võimalikud raskused tangi lusikate sisseviimisel, lukustamisel ületatakse eespool kirjeldatud viisil. Proovitraktsioon näitab tangide õiget panekut või selle abil avastame tangide ebaõige paneku. Erilist tähelepanu tuleb sel juhul pöörata paremale "liikuvale" lusikale, mille sisseviimine toimub teatava raskusega.

Kui akusöör kindlaks on teinud, et tangid on õigesti peal, siis võib alustada pea väljutamisega (traktsioonidega).

Pea väljutamine (traktsioonid).

Traktsioone tuleb teostada vastavat sünnituse biomehhanismi jäljendades. Meenutagem, et käesoleval juhul lõpetab pea sisemise pöörde kuklaga taha (vastupidiselt kellaosuti liikumise suunale). Sealjuures peab noolõmblus asuma vaagna otsemõõdus. Tagumine lõge asub siis õndraluu kohal ja eesmine lõge sümfüüsi all. Traktsioone tuleb teostada enda suunas niikaua, kuni sümfüüsi alumise serva alla ilmub otsmiku juuste piir.

Pea samaaegsel ekstraktsioonil ja tangi lusikate roteerimisel vastupidiselt kellaosuti liikumise suunale soodustame pea õiget rotatsiooni kuklaga taha. Sisemise pöörde lõpetamist näitab tangi lusikate ja Buschi konksude horisontaalne asend.

Edaspidised traktsioonid, pea väljutamine, lahkliha kaitse ja tangide mahavõtmine toimuvad nii, nagu seda kirjeldati tüüpiliste tangide panekul tagumises teisendis.

Siinjuures on vajalik silmas pidada, et kui traktsioonide ajal osutab kukal tendentsi pöörduda mitte taha-, vaid ettepoole, siis ei tohi sellele liigtusele vastu seista, vaid ümberpöörduvalt - tuleb seda soodustada, pöörates tange kellaosuti liikumise suunas. Kui noolõmblus satub ristimõõtu, tuleb tangid maha võtta ja nad uuesti peale panna ainult

vastupidises (paremas) põikimõõdus; edaspidi tuleb traktsioone teostada nii nagu kukalseisu teise asetsuse väsmise teisendi puhul.

Mõned üldised märkused.

Tupe sissekäigu kitsuse puhul tuleb eelnevalt teha lahkliha pilustuslõige. Traktsioonide ajal ei tohi teha üles-alla liigutusi tangi pidemetega. Kui mõnikord tüüpiliste tangide puhul võib ettevaatlikult teostada kergeid pendlitaolisi liigutusi (paremalt vasakule), siis üles-alla liigutused on kategooriliselt keelatud.

Võib tekkida sügav lahkliha rebend, kui pea sirutust tangidega sooritatakse vale ajal. See esineb eriti üldiselt kitsenenud vaagnate puhul, kui häbemekaare nurk on liig kitsas ja kukal ei mahu hästi vahele.

Neil juhtudel on vaja eelnevalt teha lahkliha pilustuslõige ning pärast seda teha kauem traktsioone enda suunas.

Mittetäielikult avatud emakakaela puhul võib emakakael tangide panekul sügavalt rebeneda. Mõnel juhul võib rebend ulatuda ka emaka alumisele segmendile, s.o. tekib vägivaldne emakarebend. Sel puhul päästab sünnitajat ainult kiiresti läbiviidud laparotoomia.

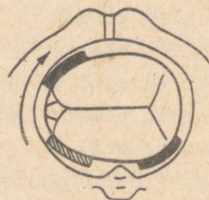
Meenutagem veel kord lapse võimalikku traumat tangide vale panekul. Mida rohkem tangid kalduvad pea suurelt ristimõõdult kõrvale (kukalseisude puhul), seda ohtlikum on tangide panek lapsele. Tangide panek pea otsemõõdule (näole ja kuklale) on keelatud. Kui pea kõrvale satub nabaväädi ling, siis tuleb nabaväädi enne paigaldada ja panna tangid nõnda, et tangi lusikatega nabaväädi mitte vahele ei võetaks.

Tangid noolõmbluse madala ristiseisu esimese asetsuse puhul.

Noolõmbluse madal ristiseis võib esineda lameda vaagna (Deventer) puhul, kui pea on laskunud väikese vaagna õõne kitsuse kohale, kusjuures sisemine pööre jäi teostamata.

Noolõmblus ühtib siis vaagna väljapääsu ristimõõduga. Tagumine lõge asub vasakul (I asetus), eesmine lõge paremal - ühel tasemel tagumisega, mõnikord isegi madalamal (sirutus). Kui kahe tunni jooksul (tinglikult) hea sünnitustegevuse järel pea edasi ei liigu ega toimu ka sisemist pööret - tuleb panna tangid. Oleme korduvalt kinnitanud, et tangid tuleb panna juhtivale joonele perpendikulaarselt. Käesoleval juhul selleks, et tangid asetuksid pea ristimõõdus, peavad nad asuma vaagna väljapääsutasapinna otsemõõdus. Tavalisi tange vaagnakõverusega ei ole võimalik selliselt panna ja sel juhul on parem kasutada Lasarevitši tange, viies esimese vasaku lusika taha ja teise parema lusika ette sümfüüsi alla. Kui aga sünnitusosakonnas ei leidu Lasarevitši tange, siis tuleb panna tavalised tangid, kuid erilisel viisil. Tangi lusikad paneme vaagna põikimõõdus, kuna tangide otsad on suunatud kukla poole. Esimese asetsuse puhul pannakse tangid vasakus põikimõõdus (joon. 60).

Esimesena viiakse sisse vasak lusikas taha ja see jääb pea peale vasaku proc. mastoideus'e kohale. Teisena viiakse sisse parem - "liikuv" lusikas. Algul viiakse ka see paremale taha (joonisel kriipsutatud ala) ja liigutatakse siis ette kellaosuti liikumise suunas (joon.60). Tangi lusikas jääb parema silmakoopa välise ääre lähedale. Sageli pea väljutamisel hakkab pea esimese traktsiooni ajal pöörduma ja noolõmblus läheb üle paremasse põikimõõtu kuklaga ette. Nüüd võib toimida kahel viisil.



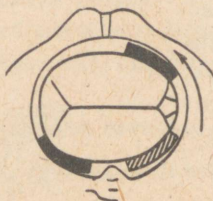
Joon. 60. Noolõmbluse madal ristiseis. Esimene asetus (tagumine lõge vasakul). Nool näitab tangi parema lusika ümberpaigutust.

Esimene viis: tangid võetakse maha ja pannakse nad õigesti pea ristimõõdule. Järgnevate traktsioonide ajal läheb noolõmblus üle vaagna otsemõõtu ja tangid asuvad siis vaagna ristimõõdus.

Teine viis: pead tuleb ekstraheerida nii kaua, kuni noolõmblus jääb vaagna otsemõõtu, mitte tähele pannes, et tangid lähevad üle paremasse põikimõõtu, ületades vaagna väljapääsu ristimõõtu.

Tangid noolõmbluse madala ristiseisu teise asetsuse puhul.

Antud juhul erineb tangide paneku operatsioon eespool kirjeldatud operatsioonist esimeses asetsuses selle poolest, et tangi lusikad paneme peale vaagna paremas põikimõõdus. "Liikuvaks" lusikaks jääb vasaak, mille viime sisse esimesena (joon. 61).



Joon. 61. Noolõmbluse madal ristiseis. Teine asetsus (tagumine lõge paremal). Nool näitab tangi vasaku lusika ümberpaigutuse suunda.

Tuharate ekstraktsioon tangide abil.

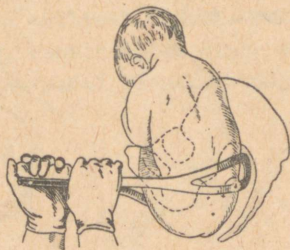
Sünnitustangid on konstrueeritud pea ekstraktsiooniks. Aga üksikutel juhtudel võib tange panna ka tuharatele (liht-tuharseisu puhul), kui need on fikseeritud vaagna õõnes või asuvad vaagna põhjas, - seda muidugi juhul, kui eespool kirjeldatud võtetega (lk. 24) ei lähe korda tuharaid ekstraheerida.

Kõigis õpikutes öeldakse, et tangid tuleb panna tuharatele linea intertrochanterica (juhtiv joon) suunas, sest ainult sellisel tangide panekul satub crista ossis ilei ja

trochanter major femoris kummaltki poolt vastavaisse tangi lusikatesse ega libise maha edaspidiste traktsioonide ajal.

Ometi on selline tangide paneku meetod vastupidine tangide paneku üldreeglile, et tangid tuleb panna juhtivale joonele perpendikulaarselt. Seoses sellega soovitame meie panna tangid nii, et üks lusikas asuka ristluul, teine aga reite tagumisel pinnal. M.S. Malinovski soovitab panna tangid sel viisil tuharatele, kui tuharad asuvad juhtiva joonega (linea intertrochanterica) vaagna väljapääsu otsemõõdus (joon. 62). Ristluul olevad lülide ogajätkete jädemed kindlustavad tangide tiheda liikumise ristluule ja takistavad nende mahalibisemist. Surve reitele ei kahjusta loote kõhuõõne elundeid (maksa).

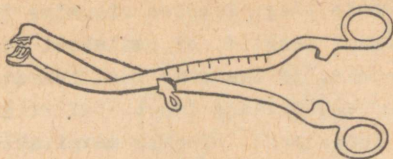
Reied vetruvad pehmelt. Meie ei ole täheldanud reite murret, nagu seda märgivad ka teised autorid. Selline tangide panek annab võimaluse väljasirutatud jalgadele suruda painutatud käed vastu rinda, millega on takistatud käte ülesheitmine.



Joon. 62. Tangide panek liht-tuharseisu puhul. Tuharad vaagna väljapääsus. Esimene asetus, eesmine teisend. Vasak lusikas asub ristluul, parem haarab loote reied.

V. PEANAHA TANGID.

Kirjeldatav operatsioon seisneb selles, et loote peanahk haaratakse Museux' tangidega ehk spetsiaalsete tangidega (J.I. Rusin) (joon. 63), mille abil toimub pidev väljutamine peadpidi, nagu seda kirjeldas A.A. Ivanov, selle operatsiooni autor (1932. a.).



Joon. 63. Peanaha tangid
(J.S. Rusin). Tangide ot-
sad on ebatasase pinnaga.

Näidustused operatsiooniks:

1. Sünnitustegevuse nõrkus.
2. Platsenta servmine ja külmine eesasetsus.
3. Väikeste osade (käed, nabaväät) väljalangemine peaseisude puhul peale nende paigaldamist.
4. Peale pea perforatsiooni kranioklaasia asemel, kui puudub vajadus sünnituse kiireks lõpetamiseks.

Vastunäidustused operatsiooniks:

1. Pea ja vaagna sobimatus (kliiniliselt kitsas vaagen).
2. Eklampsia.

Mõned autorid soovivad kasutada Museux' tangide panekut elusa loote tuharatele. Suurem osa akušööre ei poolda seda, nende seas ka meie.

Tingimused operatsiooniks:

1. Emakakaela avatus mitte vähem kui 1,5 - 2 pöiksõrmele.
2. Lootepõis peab olema avatud, lootekestad tangide paneku piirkonnas laialt avatud.

Operatsiooni tehniline läbiviimine.

Kõige parem on operatsiooni läbi viia kas günekoloogilisel toolil või Rahmanovi voodil sisselükatud jalaotsaga. Pärast põie tühjendamist desinfitseeritakse välised sugu-

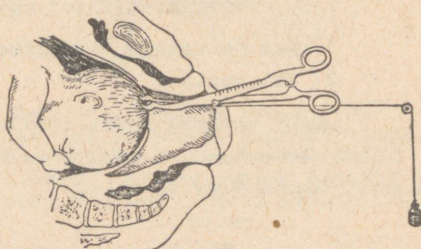
elundid ja tupp. Poole käega tehakse sisemine järelekatsumine. Siis viiakse tuppe peeglid, et emakakael oleks hästi nähtav. Emakakaela eesmine ja tagumine huul haaratakse kuultangidega ja emakasuue venitatakse lahti. Sel viisil on võimalik selgesti näha loote pead. Peanahk määratakse 5%-lise joodilahusega ning juhtiva punkti (lõgeme) piirkonnas võetakse peanahk kas Museux' tangide või 2 paari kuultangide vahele (tangi otsad 1,5 - 2 cm kaugusel teineteisest). Võib kasutada ka spetsiaalseid tange (J.I. Rusin). Tangid viiakse sisse suletult, avatakse pea lähedal ning tangide sulgemisel haaratakse peanahavoldist.

Tange tõmmates kontrollitakse, kas nad on kõvasti peal, nii et nad maha ei libise. Kui oleme veendunud, et tangid hoiavad nahka kindlalt, siis seotakse tangi pidemete külge kitsas marlipael, visatakse see üle bloki või ka üle voodi-jalutsi. Paela külge kinnitatakse 300 - 500 g raskus (joon. 64). Selleks võib kasutada kaalupommi, nagu näidatud joonisel, või ka kummikotti või pudelit, kuhu valatakse vastav hulk vett.

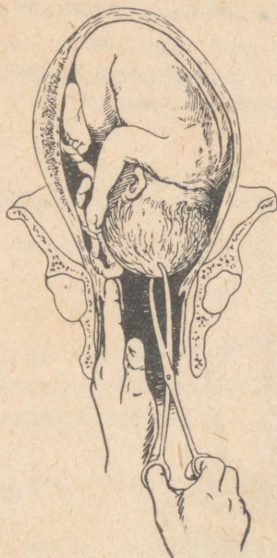
Olenevalt juhu iseärasustest võivad peanaha tangid olla pidevalt peal 4-6 tundi. Ka selline juht on võimalik, et peale peanaha tangide panekut on pea las-

kunud väikese vaagna õõnde ja tekivad tingimused sünnitustangide panemiseks. Siis võetakse peanaha tangid maha ja lõpetatakse sünnitus sünnitustangidega.

Joonisel 65 näeme selgesti, kuidas pannakse peanaha tangid nabavähädi väljalangemisel peale selle paigaldamist.



Joon. 64. Pidev peadpidi väljutamise meetod A.A. Ivanovi järgi.

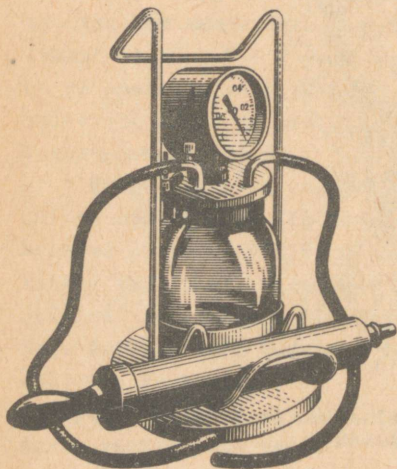


Joon. 65. Nabavähädi paigaldamine ja peanaha tangide panek.

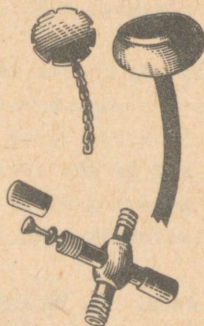
VI. VAAKUUMEKSTRAKTOR.

Vaakuumekstraktor (Malmströmi mudel) on aparaat, mis koosneb klaaspurgist, kus väikese pumba abil tekitatakse negatiivne rõhk. Purk on tihedalt suletud kummikorgiga, millesse on monteeritud vaakuum-meeter. Korgist on läbi pandud 2 toru, üks neist seotud pumbaga, teine metallist kausikese-ga. Aparaaadi juurde kuulub komplekt metallkausse läbimõõdu-ga 3,0, 4,0, 5,0 ja 8,0 cm (joon. 66a ja 66b). Kausikese sisepinnal on avaus, mida katab metall-liist. Liistule on

kinnitatud kett, mis kausikest ühendab metallist kraaniga, mille otstarbeks on keti kinnitamine ning tema külge raskuse riputamine. Kett ise asub kummivoolikus, mis kausikest



Joon. 66a. Vaakuumekstraktor.
Malmströmi mudel.



Joon. 66b. Vaakuumekstraktori kausikesed.

ühendab klaaspurgiga. Kausikese asetamisel loote pea peale eemaldatakse purgist õhk pumbaga. Kausikeses tekib negatiivne rõhk ja ta imeb enese pea külge (kupu taoliselt), mille tõttu tekib võimalus pea ekstraktsiooniks.

K.V. Täatsava mudeli järgi kasutatakse metallkausikes-
te asemel kummist kuplit, mis vastab pea perimeetrile (kesk-
miselt 34 cm).

Näidustused vaakuumekstraktori kasutamiseks.

1. Sünnitustegevuse nõrkus.
2. Vajadus sünnituse kiireks lõpetamiseks ema ja lapse huvides.

Need näidustused ühtivad näidustustega sünnitustangide puhul.

3. Servmine platsenta eesasetus.

4. Väikeste osade väljalangemine peaseisude puhul peale nende paigaldamist.

Vastunäidustused operatsiooniks:

1. Pea ja vaagna sobimatus (kliiniliselt kitsas vaagen).

2. Eklampsia.

3. Pea sirutusseisud.

Õeldust on selge, et vaakuumekstraktori kasutamise näidustused ja vastunäidustused peaaegu ühtivad peanaha tangide näidustuste ja vastunäidustustega.

Tingimused operatsiooni teostamiseks.

1. Emakasuu peab olema avatud 2,5 - 3 pöiksõrmele.

2. Lootepõis peab olema avatud. Kausikese pealepaneku kohal peavad loote kestad olema laialt avatud.

Operatsiooni tehniline läbiviimine.

Peale kusepõie tühjendamist desinfitseeritakse välised suguelundid ja tupp. Veel kord teostatakse vaginaalne järelekatsumine poole käega. Emakakaela mittetäielikul avanemisel kasutatakse väiksemat kaussi. Kauss võetakse kolme või nelja sõrmega ja surutakse vastu pead juhtiva punkti (tagumine lõge) piirkonnas. Sealjuures tuleb veenduda, et kausikese ääred ei puudutaks emakakaela. Pärast seda tekitatakse pumba abil negatiivne rõhk kuni $0,4 - 0,5 \text{ kg/cm}^2$ (400 - 500mm elavhõbedasambast).

Kui ollakse veendunud, et kausikene on kõvasti peal, kinnitatakse ekstraktori külge raskus 500 - 1000 g. Sellisel juhul on vaakuumekstraktor kasutusel nagu peanaha tangid.

Emakakaela täielikul avanemisel kasutatakse suuremat

kaussi. Negatiivne rõhk võib viia kuni 0,8 - 0,9 kg/cm².

Sellisel juhul mõjub vaakuumekstraktor niisama nagu sünnitustangid. Vastavalt sünnituse biomehhanismile teostatakse väitustega üheaegselt traktsioone, kuni sünnivad kiirukühmad. Seejärel võetakse vaakuumekstraktori kausikene maha ja väljutatakse pea manuaalsete võtetega.

Meie kogemused näitavad, et vaakuumekstraktori panek tuharatele (eesmine tuhar) võib elusa loote puhul akuüürile olla kasulikuks võtteks abiandmisel.

VII. METREURÜÜS (Metreuryisis).

Metreurüüsi mõte seisneb selles, et emakaõõnde viiakse sisse spetsiaalne kummiballoon - metreurünter, mis täidetakse steriilsa füsioloogilise lahusega. Sel viisil kutsub metreurünter esile emaka alumise segmendi retseptoorse aparaadi ärrituse, mille tagajärjel emakakaela kanal lameneb ja emakasuu avaneb.

Nõukogude Liidus on kasutusel kas pirni- või kerakujuuline metreurünter, mida valmistatakse kolmes suuruses (joon. 67).



Joon. 67. Metreurünteri mudelid.

Näidustused operatsiooniks:

Kaasajal on metreurüüsi kasutamise näidustused tunduvalt kitsenenud. Metreurüüs on näidustatud kahel juhul:

- 1) platsenta tsentraalsel eesasetsemisel, kui puuduvad tingimused keisrilõikeks või emakakaela vähese avanemise tõttu pole võimalik teostada pööret Braxton Hicksi järgi;
- 2) noortel sünnitajatel loote ristiseisu puhul, kui vaagna mõõdud on head ja esineb enneaegne või varajane veteminek.

Vastunäidustused operatsiooniks:

- 1) ähvardav emaka rebend; 2) rigiidne (armistunud) emakakael; 3) rasked nefropaatia vormid, eklampsia; 4) kasvavad emakakaela piirkonnas; 5) infektsioosne protsess sünnituskanalis (endometriit, endotservitsiit, vulvovaginiit).

Tingimused operatsiooni teostamiseks:

Metreurünteri võib emakakaela sisse viia, kui see on avatud ühele sõrmele. Kui emakakael on veel formeerunud, siis laiendame enne metreurünteri sisseviimist emakakaela kanalit Hegari metalldilataatoritega kuni nr. 22 - 25.

Metreurüüsi tehnika.

Enne metreurünteri sisseviimist tuleb kontrollida tema mahutavust (200 - 400 ml). Balloon peab olema täidetud kuni pinguldatud elastse konsistentsi saavutamiseni. Puudulikult täidetud balloon võib sündida enneaegselt, kutsumata esile vajalikku emakakaela laienemist. Tuleb kontrollida ka, kas ta ei lase vedelikku läbi.

Peale seedetrakti ja põie tühjendamist desinfitseeritakse välised suguelundid ja tupp. 1 %-lises soodalahuses läbikleepitud metreurünter pannakse kokku sigaritaoliselt ja võetakse korntangiga kinni, mis on parem valida kitsamate ja teravate otstega. Metreurünteri ots peab ületama korntangi otsa 1,0 - 1,5 cm võrra (joon. 68). Platsenta tsentraalse eesasetsemise puhul on otstarbekam, kui korntangide ots ulatub üle metreurünteri otsa. See kergendab platsentast läbimist.

Tuppe viiakse peeglid ja emakakael tuleb nähtavale. Emakakaela eesmist kui ka tagumist mokka haaratakse kahtede kuultangidega - tangiotsad 1,5 cm kaugusel teineteisest. Emakakaela kude peab olema kinni võetud massiivselt. Kui kuul-



Joon. 68. Metreureuter on sisseviimiseks valmis.

tangidega haarata ainult eesmist mokka, siis muutub laiendajate või metreureuteri sisseviimine raskeks. Emakakaela kude venib, kanali suund muutub nii, et temasse pääsemine on raske-
kendatud.

Kui metreureuter viiakse sisse platsenta tsentraalse ees-
asetsemise puhul, siis tuleb ta paigutada intraovulaarselt. Selleks tuleb platsenta ja amnion rebestada. Metreureuter peab asuma emakakaela sisemisest suudmest ülalpool, platsenta peal. Emaka kontraktsioonid, esile kutsudes emakasisese rõhu tõusu, avaldavad metreureuterile survet. Viimane omakorda surub platsentat emakaseina vastu ja sellega verejooks lakkab. Peale ballooni sisseviimist avatakse korntang (kuid ei võeta veel välja) ja metreureuter täidetakse steriilise füsioloogilise lahusega (200 - 400 ml). Metreureuterit on kõige hõlpsam täita suure süstlaga (Janet), ebamugavam on tema täitmine Esmerchi kruusist. Metreureuteri täitmise käigus võetakse korntang ettevaatlikult välja. Peale metreureuteri täitmist suletakse kraan või painutatakse äravoolutoru linguna ning pannakse otsa kõva klemm.

Tupepeeglid ja kuultangid võetakse välja. Metreureuteri torule kinnitatakse marliriba ja visatakse see üle bloki, mis on kinnitatud kas eri statiivile või üle voodi otsa; selle

külge kinnitatakse väike raskus, mitte üle 200 g. Kui platsenta tsentraalse eesatsuse puhul viiakse metreurünter sisse ekstraovulaarselt (ilma amnioni kesta läbimata), siis verejooks ei lakka, vaid vastupidi - suureneb platsenta irdumise tõttu (joon. 69 ja 70).



Joon. 69. Metreurünteri siseseviline läbi perforeeritud platsenta. Intraamniaalne metreurüüs (õigesti).

Joon. 70. Ekstraamniaalne metreurüüs (valesti).

Peale selle, kui emakasuu täielikult avaneb, sünnib metreurünter iseenesest. Laskudes surub loote pea platsenta kudet ja suleb verejooksu. Et kõik kindlasti nõnda toimuks, selleks võime kasutada peanaha tange minimaalse raskusega. Kui aga pea ei lasku, siis tuleb sügava eetrinar-koosi all teha pööre jalale Braxton Hicksi järgi, kuid ei tohi mingil juhul loodet veel ekstraheerida. Kui metreurüüs teostatakse loote ristiseisu puhul enneaegu või varajase v-temineku korral, siis võib pärast metreurünteri sündi ja emakakaela täielikku avanemist teostada klassikalise pöörd- jalale ja ka loote ekstraksiooni (elusa lapse puhul). Kui aga ei toimunud täielikku emakakaela avanemist, siis tehak- se pööre Braxton Hicksi järgi ning selle järel ei ekstrahee- rita last.

VIII. LOODET PURUSTAVAD OPERATSIOONID.

Loodet purustavaid operatsioone kasutatakse loote suuruse vähendamiseks, et võimalik oleks tema väljutamine loomulike teede kaudu (per vias naturales).

Loodet purustavaid operatsioone teostati juba kauges minevikus ning selleks oli olemas suur valik instrumente. Sünnitusabi pöörde uuesti kasutuselevõtmine XVI saj. alguses ja sünnitustangide leiutamine XVIII saj. aga tõid kaasa tunduva loodet purustavate operatsioonide vähenemise. Keisrilõige võimaldab sageli lahendada rasket sünnitusabisituatsiooni, säilitades nii ema kui ka lapse elu, mistõttu loodet purustavad operatsioonid muutuvad järjest harvemaks (umbes 0,1 %). Käesoleval ajal rakendatakse neid enamasti ainult surnud lootele.

Näidustused operatsiooniks.

1. Ületamatud takistused loote sündimiseks loomulikkude sünnitusteede kaudu, kui puuduvad tingimused sünnituse lõpetamiseks operatsiooniga, mis säilitaks loote elu.
2. Otsese ohu tekkimine emale (näiteks ähvardav emaka rebend), kui esinevad vastunäidustused teisteks sünnitusabioperatsioonideks.
3. Sünnituse lõpetamise näidustustel ema poolt surnud loote puhul.

Tingimused operatsiooniks.

1. Vaagna otsemõõt mitte vähem kui 5,50 - 6,0 cm, et oleks võimalik väljutada tükeldatud loodet.
2. Emakasuu avatus mitte vähem kui 3 - 4 põiksõrmele, kraniootomia puhul 2 - 3 põiksõrmele. Järnevaks loote ekstraktsiooniks on vajalik emakakaela täielik avanemine.
3. Lootepõis peab olema rebestatud.
4. Operatsiooni valik on soovitatav, kui loode on surnud.

Loodet purustavate operatsioonide valik oleneb sünnitusabi tingimustest. Operatsioonid võivad olla järgmised (R.M. Romanovski järgi):

1. Craniotomia - operatsioon, mis vähendab nii ees asetseva kui ka järgneva pea (vaagnaotsseisud) mahtu.

2. Embryotomia - operatsioon, mille eesmärgiks on loote ekstraktsioon osadeks tükeldatult.

a) decapitatio - pea eraldamine loote kerest ristiseisude puhul;

b) rachiotomia - loote keha läbilõikamine;

c) exarticulatio - loote jäsemete eraldamine;

d) eventeratio - loote sisikonna eemaldamine.

3. Operatsioonid loote ümbermõõdu vähendamiseks tema üksikute osade parema liikuvuse saavutamiseks.

a) cleidotomia - rangluu läbilõikamine kas ühelt või mõlemalt poolt;

b) spondylotomia - lülisamba murdmine.

Kraniotomia (craniotomia).

Kraniotomia abil vähendatakse loote kolju mahtu tema väljutamiseks sünnitusteede kaudu.

Näidustused operatsiooniks:

1. Anatoomiliselt kitsas vaagen (conjugata vera vähem kui 7,5 cm).

2. Kliiniliselt kitsas vaagen - pea ja vaagna sobimatus (suur pea, vesipea, ebasoodne pea seadumine nagu näiteks näguseisu eesmine teisend, tagumine asünklitism jne.).

3. Emaka ähvardav rebend.

Loodet purustavaid operatsioone antud näidustustel kasutatakse vastunäidustuste olemasolul keisrilõikeks (sünnitusteede infektsioon, surnud loode).

Operatsioonitehnika.

Kraniotoomiat teostame kolme võttega: a) pea perforatsioon, b) eksterebratsioon, c) kranioklaasia.

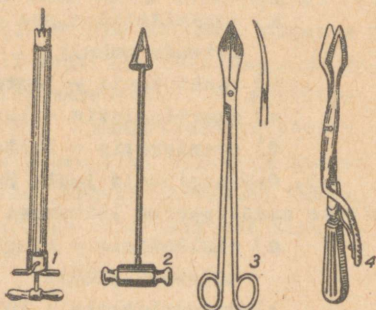
a) Pea perforatsiooni (perforatio capitis) tehakse spetsiaalsete perforaatoritega (joon. 71), mis võivad olla eri konstruktsiooniga.

Pea perforatsiooni on soovitatav läbi viia silma kontrolli all (joon. 72), kuigi vilunud akušöörid opereerivad sagedamini sõrmede kontrolli all, pimesi. (Joon. 73.)

Kukalseisude puhul perforatsioon tehakse pea tagumise lõgema või noolõmbuse piirkonnas. Siirusseisude puhul perforatsioon tehakse järgmiselt: eespeaseisus - eesmise lõgema piirkonnas; otsmikseisus - otsmikuõmbuse või silmakoopa kaudu, ja näguseisus - suu kaudu. Mitmesugustel teistel atüüpilistel pea seadumistel tuleb perforatsioonida seda kohta peas, mis on kättesaadav.

Sünnitajat valmistatakse operatsiooniks ette tavaliste reeglite kohaselt, niisama nagu igaks vaginaalseks operatsiooniks. Parem on kasutada narkoosi. Vaginaalsel järelekatsumisel määratakse loote asetus ja teisend, pea seadumise iseärasused. Abiline fikseerib väljastpoolt loote pead, et perforatsiooni ajal pea ei liiguks ära ja poleks võimalik perforaatori libisemine ning sünnituskanali pehmete osade vigastus.

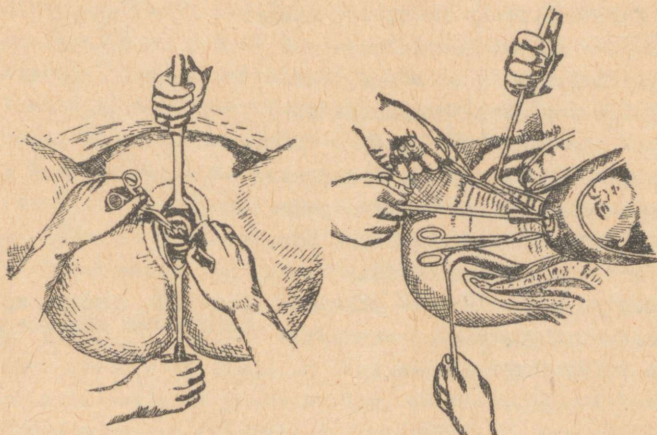
Tuppe viiakse tupepeeglid. Tuleb nähtavale loote pea. Kahtede kuultangidega võetakse peanahast kinni paremaks fikseerimiseks (joon. 72). Peanahk lõigatakse kuultangide vahelt luuni läbi ja naha ääred separeeritakse. Teataval mää-



Joon. 71. Perforaatorite mudelid.

ral see hoiab ära tupeseinte vigastamist juhul, kui perforaator peaks maha libisema.

Perforaatori võib sisse viia ka "pimesi" sõrmede kontrolli all (joon. 73). Selleks libistatakse perforaator sise-
mise vasaku käe peopesa pidi kuni kolju perforat-
siooniks määratud kohani koljul. Perforaatori puuri-



Joon. 72. Loote pea perforatsioon N.N. Fenomenovi järgi.

vate liigutuste abil tungitakse algul nahast, siis lõgemest või õmblusest läbi. Olenedes instrumendi konstruktsioonist, tehakse ristikujuline lõige Smellie, Blot, Naegele perforaatoritega, trepaneeriva perforaatoriga tehakse ümmargune ava. Tuleb jälgida, et perforaator oleks pea suhtes perpendikulaarselt asetatud ja tema pidet hoitaks alla (joon. 74, 75).

b) E k s t s e r e b r a t s i o o n (excerebratio) on kasutusel mitte kõikide akušööride poolt, kuna peale pea perforatsiooni valgub osa ajast iseenesest välja perforatsiooni avausest, eriti pea surumisel väljastpoolt.

Kui perforaatoritakse elava loote pead, siis on eriti tähtis purustada piklik aju. Selleks viiakse perforatsiooni avas

se suur nüri lusikas või kuultang, millega purustatakse aju, et loode ei sünniks elutunnustega. Loote kolju võib tühjaks loputada spetsiaalse kateetriga.

c) **K r a n i o k l a a s i a t** (cranioclasia) kasutatakse peale perforatsiooniloo te ekstraktsiooniks Brauni kranioklasti (1857) abil (joon. 76).

Kranioklast koosneb kahest teineteisega ristuvast lusikast, mille pidemete otsad on ühendatud vindi lukuga. Selle abil on võimalik reguleerida peakude haaramise tugevust. Üks massiivne lusikas viiakse esimesena kolju perforatsiooniloo avasse. Teine aknaga lusikas pannakse väljastpoolt pea näoosale, kuna seal luud on omavahel kindlamini seotud. Siis ühendatakse mõlemad lusikad vindiga, mis keeratakse kinni viimase võimaluseni.



Joon. 73. Loote pea perforatsioon sõrmede kontrolli all.



Joon. 74 ja 75. Perforaatori vale asend. Instrument libiseb maha.



Joon. 76. Brauni kranioklast.

Kranioklaasia peaseisu esimese
asetseuse puhul.

Peale ülalpool kirjeldatud ettevalmistusi teeme vaginaal-
sel järelekatsumisel kindlaks, et eesseisvaks osaks osutub pea,
mis asub väikese vaagna sissepääsus. Noolõmblus on vaagna ris-
timõõdus, tagumine lõge (kukal) on vasakul, nagu paremal. Per-
foratsiooni ava asub noolõmbluse keskel. Siin on peaseisu esi-
mene asetsus. Kuna pea on liikuv, siis fikseerib abiline teda
väljastpoolt. Enne kranioklasti lusikate sisseviimist tuleb
teda "esitada" kokkupandud kujul, nii nagu seda tehakse sün-
nitustangide puhul. Meie näitasime, et kranioklasti lusikad
peavad haarama kolju näoosa. Ainult selliselt püsib kranio-
klast traktsioonide puhul hästi peal. Kui kranioklasti lusi-
kad haaravad kas kuklaluu või ühe kiiruluudest, siis traktsi-
ooni ajal rebenevad nad kergesti koljult, kuna nad on teine-
teisega lõdvalt seotud. Eraldunud luud võivad oma teravate
äärtega tekitada tõsiseid vigastusi emaka ja tupe seintele.

Kuna käesoleval juhul on nagu pööratud paremale, siis
kranioklasti esitades peame meeles, et kranioklasti kumerus
peab olema suunatud paremale ja kranioklasti nupp (ette) üles.
Arvestades seda, jälgime, et esimese lusika sisseviimisel
oleks kumerus suunatud paremale näo poole. Akušöör viib va-
saku käe tuppe ja leiab perforatsiooni ava. Parema käega võ-
tab massiivse lusika ja viib teda vasaku käe sõrmede kontrol-
li all perforatsiooni avasse, kuni tunneb, et lusikas asub kol-
ju põhjas (joon. 77), nii et tema kumerus on pööratud parema-
le.

Ulatades lusika pideme abilisele, võtab akušöör parema
käega aknaga lusika ja viib selle vasaku sisemise käe kontrol-
li ja kaitse all tuppe ning asetab loote näole (joon. 78).

Õigesti pealepandud kranioklasti korral peavad Buschi
konksud olema suunatud välja poole.

Sisemine käsi kontrollib veel kord, kas pehmed osad (ema-
kakael) ei ole sattunud lusikate vahele. Mõlemad lusikad lukus-
tatakse. Kui kranioklasti lusikad ei lukustu, siis tuleb liigu-

tada ainult sisemist lusikat. Siis ühendatakse lusikad viidiga ja mutter keeratakse kõvasti kinni (joon. 79). Tehakse proovitraktsioon ja järgnevalt ekstraheeritakse loodet, kui emakasuue on täielikult avatud. Kui emakasuue ei ole täielikult avatud, siis võib kranioklasti pidemete külge kinnitada paela abil raskuse 200 - 300 g.



Joon. 77. Kranioklasti massiivse lusika sisseviimine loote koljusse peale perforatsiooni.



Joon. 78. Kranioklasti teise lusika sisseviimine.

Loote ekstraktsioonil arvestatakse pea asukohta vaagnas. Mida kõrgemal asub pea, seda madalamale laskuvad kranioklasti pidemed traktsioonide ajal (joon. 80). Traktsioonide ajal surub abiline väljastpoolt loote peale, millega soodustab tema tühjendamist ja kiiret väljutamist.

Edaspidised traktsioonid tehakse nende reeglite järgi, mis on makevad sünnitustangide puhul, arvestades sünnituse biomehhanismide üheikuid momente.

Kranioklaasia peaseisu teise
asetseuse puhul.

Siin esinevad teatud iseärasused, mis on kerged ära tunda peale kranioklasti esitamist. Teise asetseuse puhul on

nägu pööratud vasakule, seega peab kranioklasti lusikate kumerus samuti olema suunatud vasakule. Sellisel juhul näeme, et kranioklasti nupp vaatab alla (taha). Esimesena viiakse reegli kohaselt massiivne lusikas pea perforatsioonile avasse sisse, kuid selliselt, et lusika kumerus oleks vasakule ning lusika nupp suunatud allapoole. Siis viime parema (sisemise) käe kontrolli all vasaku käega aknaga lusika loote näole (joon. 81). Lusikate lukustamisel jääb kranioklasti teine



Joon. 79. Kranioklast lukustatult.



Joon. 80. Loote pea väljutamine kranioklasti abil.

lusikas esimese peale ja nupp vaatab alla. Lusikate lukustamiseks tuleb nende pidemed ümber paigutada nii, et esimene "alumine" lusikas saaks "ülemiseks", teine "ülemine" aga saaks "alumiseks". Edaspidi kulgeb kranioklaasia nagu esimese asetsuse puhul.



Joon. 81. Õigesti pealepandud
kranioklast.

Järgnev pea perforatsioon vaagnaots-
seisude puhul.

Seda operatsiooni kasutatakse võrdlemisi harva, siis kui ei õnnestu teatud võtetega vabastada loote pead. Perforaator viiakse sisse kohale, kus kukal läheb üle kaelasse foramen occipitale magnumi lähedusse.

Meie soovitame teostada järgnevat pea perforatsiooni L.G. Litšukusi järgi. Skalpelliga lõigatakse läbi kaela nahk kuni luuni. Tehtud avause kaudu viiakse perforaator naha alt kuklani ja pea perforatsioonitakse foramen occipitale magnum'i kaudu. Sellise viisi juures ei ole perforaatori libisemise ohtu, mis võiks esile kutsuda sünnitus-
teede rasket vigastust.



Joon. 82. Järgnev pea
perforatsioon.

Peale perforatsiooni langeb pea kokku ja ta väljutatakse kergelt nii, et kranioklasti ei kasutatagi.

Embrüotoomiatest kasutatakse sagedamini dekapitatsiooni loote ristiseisu puhul.

1. Dekapitatsioon (decapitatio).

Dekapiteerimisel eraldatakse pea kerest.

Näidustus operatsiooniks:

Hooletusse jäetud ristiseis.

Tingimused operatsiooniks:

1. Emakakaela täielik avatus.

2. Võimalus sõrmedega haarata loote kaela.

Operatsioon teostatakse sügava narkoosi all, et emaka lihased lõtvuksid. Operatsiooniks kasutatakse Brauni dekapitatsioonihaaki (joon. 83). Erinevus haagist, mida tarvatakse vaagnaotsseisude ekstraktsioonide puhul, seisab selles, et dekapitatsioonihaak on terava nurga all ja selle tipus on nupp.

Dekapitatsioonioperatsioon

loote ristiseisu esimese asetsuse
puhul.

Kui ristiseisu puhul loote käsi on välja langenud, siis tuleb teda fikseerida marlist linguga. Abiline tõmbab lingust tugevas-
ti alla ja külje peale peaga vastassuunas.
(Esimese asetsuse puhul paremale.)

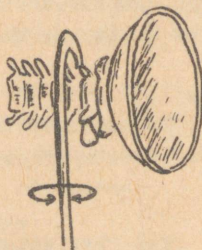
Välisel läbivaatusel võib kindlaks teha (teise võttega), et pea asub vasakul (esimene asetsus). Sisemiseks käeks saab see käsi, mis hoiab pead teise võtte puhul. Esimese asetsuse puhul valime selleks siis parema käe. Kogu käe tuppe viies tuleb jõuda loote kaelani ja haarata teda sõrmedega nii, et põial jääks ette, ülejäänud sõrmed kaela ta-



Joon. 83. Brauni dekapitatsioonihaak.

ha. Sõrmeotsad peavad ulatuma kokku, et paremini fikseerida loote kaela. Vasaku käega viib akušöör dekapitatsioonihaagi tuppe piki sisemise parema käe peopesa. Tuleb jälgida, et haagi nupp oleks pööratud pöidla poole (pea suunas). Loote kuklani jõudes pööratakse haaki nii, et nupp jääks kukla ta-
ha. Sellist haagi pööramist soodustab nupu juhtimine pöidla-
ga. Et haak istuks kaelal kindlamalt, tõmmatakse teda pide-
mest allapoole.

Nüüd pööratakse haak oma pikitelje ümber, et nikastada kaelalülid. Esimese asetsuse puhul pööratakse pide kellaosuti liikumise suuna vastu. Sealjuures pöördub haagi nupp pea suunas (joon. 84). Pidevalt pööramise nurka suurendades tõm-
matakse ühesegselt haak alla. Pehmed osad ja kaelanahk löi-
gatakse kääridega läbi ja pea eraldatakse kerest.



Joon. 84. Kaelalülide nikastumine.

Dekapitatsioonioperatsioon loote ristiseisu teise asetsuse puhul.

Akušöör viib vasaku käe tuppe (vasak käsi hoiab pead läbivaatuse teise võtte ajal) ja haarab loote kaela. Parem käsi viib dekapitatsioonihaagi tuppe, jälgides, et haagi nupp oleks suunatud pöidlale. Pöidla abil pööratakse haak ümber ja asetatakse loote kaelale (joon. 85).

Siis lukseeritakse kaelalülid. Dekapitatsioonihaagi pidet tuleb pöörata kellaosuti liikumise suunas (joon. 86).

M ä r k u s : Selleks et paremini meeles pidada, kumb käsi tuleb emakasse sisse viia klassikalise pöörde ja deka-

pitatsiooni teostamiseks ristiseisu puhul, tuleb järgmist silmas pidada. Esimesel juhul manipuleerib sisemine käsi jalgade asukoha piirkonnas, teisel juhul pea juures.



Joon. 85. Dekapitatsioonihaagi sisseviimine loote ristiseisu teise asetsuse puhul.

Joon. 86. Kaelalülide nikastumine.

Sellega seoses võime käe valiku reegli formuleerida selliselt: klassikalises pöördes osutub sisemiseks käeks see käsi, mis hoiab teise välise läbivaatuse võtte puhul jalgu, dekapitatsiooni puhul aga see käsi, mis hoiab pead.

Peale dekapitatsiooni väljutatakse loote kere väljalangenud kättpidi. Teise käega kaetakse samal ajal dekapiteeritud kaela, et kaitsta ema sünnituskanali pehmeid osi vigastusest (joon: 87).

Siis väljutatakse pea. Selleks viiakse käsi emakasse, leitakse pea ja viiakse nimetissõrm loote suhu. Põidlagi kaetakse dekapitatsioonihaava. Abiline või akušöör ise surub

teise käega väliselt läbi kõhuseina loote peale, mis tavaliselt väljub kergesti, vastavalt sünnituse biomehhanismile (joon. 88).



Joon. 87. Loote kere väljutamine väljalangenud kätt-pidi pärast dekapitatsiooni.



Joon. 88. Pea väljutamine peale dekapitatsiooni.

Rahhiotoomia (rachiotomia).

Rahhiotoomia - loote keha läbilõikamine selgroo nimmekui ka rinnaosas toimub juhul, kui loote kael on kättesaamatu. Operatsiooniks kasutatakse Brauni haaki ja pikki tõmbi otsaga kääre.

Eksartikulatsioon (Exarticulatio).

Eksartikulatsioon - loote jäsemete eraldamine kerest on harva kasutusel ja kujuneb atüüpiliseks operatsiooniks.

Evistseratsioon (eventeratio, evisceratio).

Evistseratsiooni kasutatakse loote kõhukoopa ja rinnakorvi tühjendamiseks, et vähendada loote übermõõtu. Selleks

avatakse kääridega käe kontrolli all kõhuõõs või rinnakorv (joon. 89). Küllaltki suure avause kaudu eemaldatakse sõrmedega kõik siseelundid. Kuna loote maks osutub kõige suuremaks elundiks, eemaldame selle esmajärjekorras. Peale evistseratsiooni väljutatakse sageli loode kokkulangenult või peale spondülotoomiat.



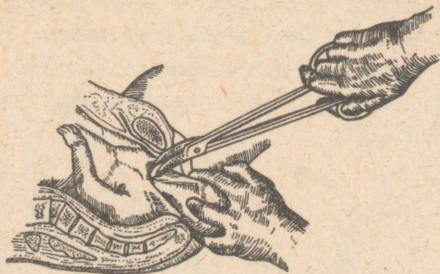
Joon. 89. Rinnakorvi avamine.

Kleidotoomia (cleidotomia).

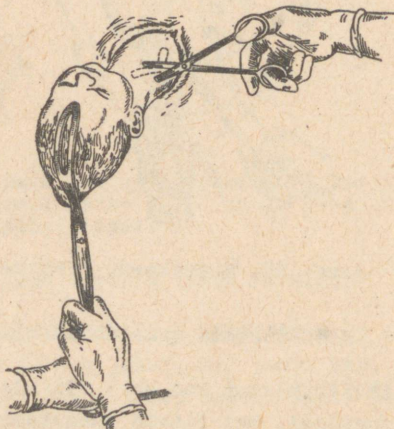
Rangluu läbilõikamist kas ühel või mõlemal pool kasutatakse neil juhtudel, kui õlavöö vabastamine suure loote puhul ei õnnestu.

Rangluu läbilõikamine ainult ühelt poolt vähendab õlavöötmee ümbermõõtu 2 - 3 cm võrra. Operatsiooni teostatakse kääridega sõrmede (joon. 90) või silma (joon. 91) kontrolli all.

Rangluud võib läbi lõigata igas kohas. Kleidotoomiat tarvitatakse sagedamini surnud lootel kere väljutamisel peale teisi loodet purustavaid operatsioone. Sageli õnnestub rangluud murda, surudes temale sõrmeaga.



Joon. 90. Kleidotoomia sõrmede kontrolli all.



Joon. 91. Kleidotoomia peale kranicklaasiat.

Spondülotoomia (spondylotomia).

Lülisamba läbilõikamist teostatakse neil juhtudel, kui loote kaela kättesaamatuse tõttu dekapitatsioon ei õnnestu, mis võib juhtuda siis, kui käsi pole välja langenud. Spondülotoomiat kombineeritakse sageli evistseratsiooniga ja rahhiotoomiaga.

Operatsiooniks võetakse tugevad käärid nüride otstega. Need viiakse sõrmede kontrolli all lülisambani. Enne lõigatakse läbi sidemed üksikute lülide vahel ja siis lülisammas ise (joon. 92). Loodet väljutatakse kas kokkupandult või tunduvalt vähendatult, osadeks tükeldatult.



Joon. 92. Spondülotoomia.

Peale loodet purustava operatsiooni lõpetamist tuleb sünnitaja täpselt järele vaadata, et avastada võimalikud pehme sünnituskanali vigastused. Pele loote väljutamist ja platsenta sündimist tehakse emakaõõne manuaalne kontroll, pöörates tähelepanu emaka alumisele segmendile. Kasutades tupepeegleid, uuritakse emakakaela ja tupe terviklikkust.

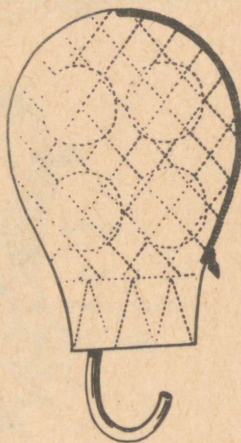
IX. PLATSENTAARSE JA VARAJASE SÜNNITUSJÄRGSE PERIOODI VEREJOOKSUDE PUHUL KASUTATAVAD OPERATSIOONID.

Alljärgnevate operatsioonide sisselülitamine fantoomi kursusesse osutus võimalikuks seoses emaka fantoomi ettepanekuga V.B. Fainbergi poolt. Meie fantoom kujutab enesest laia pirnikujulist kotti, mis oma kuju poolest tuletab meelde emakat. Koti pikkus on 50,0 cm, laius "keha" osas 35,0 cm,

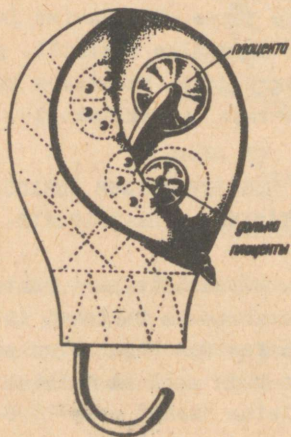
"välise suudme" kohal - 12,5 cm (joon. 93). Fantoomi seinad on tehtud tihedalt läbiõmmeldud vatist 2,0 cm paksuselt. Väljast on fantoom kaetud valge kummiriidega, seest tiheda riidega.

Mõlemad fantoomi pooled ("eesmine" ja "tagumine" sein) on ühelt poolt kokku õmmeldud, teiselt poolt ühendatud tõmbelukuga, mis annab võimaluse kergelt ja kiirelt avada emakat (joon. 94).

Fantoomi iga seina sisepinnale on külge õmmeldud 4 vahariidest sõõri 14 cm läbimõõduga. Kogu fantoomil on siis kokku 8 sõõri, mis asuvad "emaka" eri kohtades. Vahariidest sõõridele on kinnitatud 5-6 poolikut rõhknõõpi. Eraldi tehakse "platsenta" (läbiõmmeldud vatt või vahtkumm) 14 cm läbimõõduga ja kaetud vahariidega.



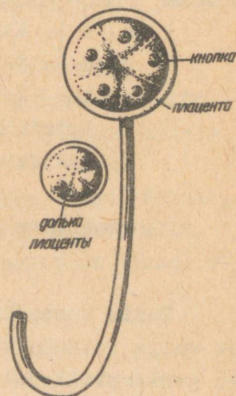
Joon. 93. Emaka fantoom suletult.



Joon. 94. Emaka fantoom avatult.

Ühelt poolt kinnitatakse "nabaväät" - kummitoru, kaetud tiheda riidega või vahariidega; pikkus 60 cm. Teiselt poolt on kinni õmmeldud rõhknõõpide teised pooled selle arvestusega, et "platsentat" võiks kinnitada "emaka" sisepinna vahariidest sõõrile. Peale selle tehakse veel mõned "sagarad", väiksesed sõõrid ühe rõhknõõbi poolega (joon. 95).

Mitmete sõõride olemasolu "emakaõõnes", kuhu kinnitatakse "platsenta", annab võimaluse operatsioonil teostamisel õpetada platsentaarse välja asukoha määramist. Peale selle välditakse õpilase poolt selnevate andmete kordamist, ta peab iseseisvalt kirjeldama platsenta kinnituskohta. "Platsenta" kõrvale võib kinnitada üks või kaks "sagarat", aga võib neist ka loobuda. Sel viisil võib kindlaks teha, kas üliõpilane on omandanud reegli, et emakaõõnest võib kätt eemaldada ainult siis, kui opereri ja kindlaks teeb, et emakaõõnes ei ole enam platsenta jäänuseid. Kui "emakas" on suletud, siis ei ole väljastpoolt näha, kus asub "platsenta", kas on "lissagar". See imiteerib tõelist olukorda. Platsenta lahtivõtmine tuletab teatud määral meelde mõningaid raskusi platsenta manuaalsel eraldamisel. Kirjeldatud emakafantoomi võib igas meditsiinilises asutuses ise valmistada.



Joon. 95. "Platsenta", "platsenta sagar".

Verejooksu sulgemine platsentaarses perioodis.

Verejooks platsentaarses perioodis oleneb sageli irdunud platsenta peetusest, osalisest platsenta kinnikasvamisest. Verejooksu võib põhjustada ka ebaratsionaalne platsentaarse perioodi juhtimine (katse kiiresti lõpetada sünnitust, emaka massaaž, platsenta väljasurumine, nabaväädist tõmbami-

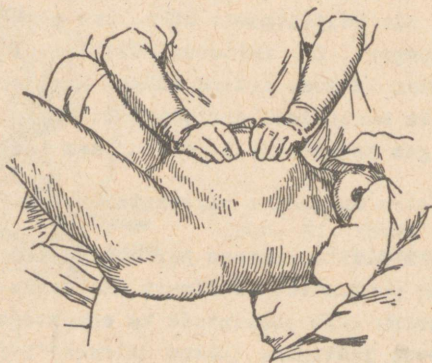
ne jne.). Kui verekaotus ületab 400 mm, tuleb tarvitusele võtta abinõud platsenta eemaldamiseks emakaõõnest. Platsenta kuulub eemaldamisele ka sel juhul, kui see ei välju iseenesest 2 tundi peale lapse sündimist, kuigi verejooksu ei ole.

Neil juhtudel tuleb kasutada järgmisi platsenta väljutamise võtteid üksteise järel:

- a) D.A. Abuladze võtte,
- b) G.G. Genteri võtte,
- c) I.P. Lasarevitš-Credé võtte narkoosita ja kerge eestrinarkoosi all,
- d) platsenta käsitsi eemaldamine.

Platsenta väljutamine D.A. Abuladze võttega.

Peale kusepõie kateteriseerimist masseeritakse emakat, et välja kutsuda tema kokkutõmmet. Täis kusepõis häirib emaka kontraktiilsust ja pärsib sellega platsenta irdumist. Peale selle segab täis kusepõis irdunud platsenta sündimist. Siis võetakse kõhusein volti paralleelselt linea alba'le ja kästakse sünnitajat väidata (joon. 96). Sageli annab see lihtne võtte positiivse efekti.



Joon. 96. Platsenta väljutamine D.A. Abuladze järgi.

Platsenta väljutamine G.G. Genteri
võttega.

Akušöör seisab sünnitaja vasakul pool, näoga tema jalga-
de poole. Operatsiooni teostamine koosneb järgmistest momen-
tidest:

- a) kusepõie kateteriseerimine,
- b) emaka tsentreerimine. Et emakas sageli hoiab põhjaga
paremale, tuleb teda paigutada keskohta,
- c) emaka kerge massaaž, kuni ta kokku tõmbub;
- d) akušööri käed, surutud rusikasse, pannakse põhifa-
langide pinnaga vastu emakapõhja munajuhade nurkade kohale
veidi põiki;
- e) edasi toimub platsenta väljasurumine, algul õrnalt,
siis järjest tugevamini, surudes samaaegselt emakat alla,
sellejuures sünnib platsenta aeglaselt tupepilust (joon. 97).



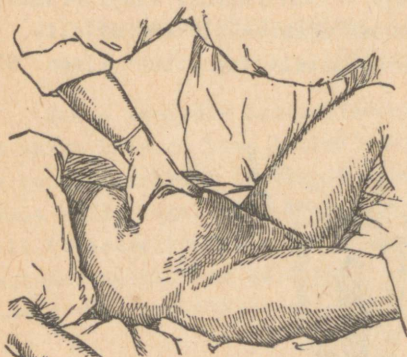
Joon. 97. G.G. Genteri võtte.

Platsenta väljasurumine I.P. Lasarevitš-Credé
võttega.

Esimesed kolm momenti on samasugused nagu G.G. Genteri
võtte puhul. Enne platsenta väljasurumist tuleb jälgida, et
emakas oleks maksimaalselt kokku tõmbunud. Seda saavutatak-

se emakapõhja ringitaoliste silitamistega 3 - 4 sõrmega. Ei tohi välja suruda lõõgastunud emakat. See suurendab verejooksu, kuna platsentaarne kude kahjustub. Võib tekkida ka emaka inversioon.

Platsenta väljasurumist kirjeldame M.S. Malinovski järgi. Emakapõhi haaratakse parema käega selliselt, et neli sõrme jääksid emaka tagumisele seinale. Siis surutakse energiliselt emakapõhjale, surudes emakat käe vahel eest taha. Survet teostatakse järjest suurema jõuga, püüdes jäljendada tuhku. Samaaegselt surutakse peopesaga emakat alla ja ette vaagnatelje suunas, püüdes emakat tõugata ristluusüvendisse (joon. 98, 99).



Joon. 98. Platsenta väljasurumine Lasarevitš-Credé järgi.



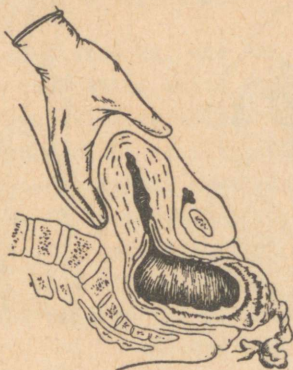
Joon. 99. Lasarevitš-Credé võtte.

Platsenta väljub algul tuppe (joon. 100) ja sünnib siis (joon. 101).

Kui platsentat ei õnnestu väljutada ka selle meetodiga, siis tuleb seda korrata eetrinarkoosi all. Kui platsenta ei sünni ka siis, alustatakse narkoosi all platsenta manuaalset eraldamist.



Joon. 100. Platsenta tupes.



Joon. 101. Platsenta sündimine.

Platsenta eraldamine käsitsi.

Peale vastavat käte ettevalmistamist ja kusepõie tühjendamist pingutatakse vasaku käega nabavähäti. "Akušööri käena" kokkupandud parem käsi viiakse tuppe, orienteerudes pingutatud nabavähädi järgi. Jõudnud platsentani, tehakse kindlaks tema äär ja sõrmeotste ulnaarse pinnaga tungitakse saagivate liigutustega platsenta ja emakaseina vahele, järkjärgult platsentat eraldades (joon. 102).

Parema käe tegutsemisega samaaegselt paneme vasaku käe emakapõhjale (läbi kõhukatete), lähendades emakat sisemisele käele. Kui platsenta on eraldatud, siis akušöör või tema abiline, tõmmates nabavähädist, eemaldab platsentat emakaõonest. Akušööri parem käsi jääb emakaõõnde. Peale platsenta eemaldamist kontrollib akušöör sisemise ja välise käe kombineeritud liigutustega emaka sisemist pinda ja eraldab, kas seal leidub lisaagaraid ja koetükikesi. Veendunud, et emakaõõs on puhas, paneb ta sõrmed rusikasse ja välise käega masseerides õrnalt emakat, kutsub esile hea kontraktsiooni ("massaaž rusikal"), mille järel tõmbab käe välja koos platsenta jäänustega ja verehüüvetega.



Joon. 102. Platsenta käsitsi eraldamine.



Joon. 103. L.L. Okintšitsi kinnas ja tema kasutamine.



Kätt võib välja tuua emakast ainult sel puhul, kui ol-
lakse täiesti kindel, et emakaõõs on puhas.

Sisemise käe liigutused peavad olema sujuvad. Ei tohi
kätt liigutada sisse ja välja (kolvitaolised liigutused),
sest see soodustab õhu sisseilmemist emakaõõnde ja võib põh-
justada õhkembooliat.

Infektsiooni sisseviimise vältimiseks emakaõõnde soov-
vitab L.L. Okintšits kasutada steriilset lüsooliga niisuta-
tud õhukesest riidest käist (joon. 103). Käis pannakse kät-
te, avaus surutakse sõrmedega kokku ja sellisel viisil viiak-
se käsi tuppe. Jõudnud emakani, lastakse sõrmedega hoitav
käiseots lahti ja käsi satub emakaõõnde.

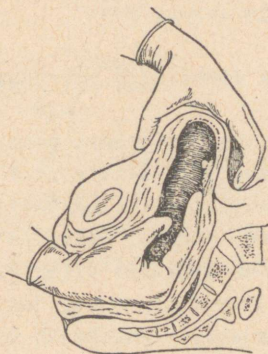
I.F. Žordania soovitab emakakaela nelja kuultangiga ala-
la tuua, nii et käsi satuks emakaõõnde tuppe läbimata.

Placenta accreta puhul on platsenta vabastamine väga
raske. Platsenta eraldamisel ei tohi forsseerida, sest võib
emakat perforreerida. Veendunud, et on tegemist placenta
accreta'ga, tuleb teostada laparotoomia. Olenevalt platsen-
taarvälja asukohast tehakse kas emaka amputatsioon või eks-
stirpatsioon.

Emakaõõne kontrollimine.

Iseseisvalt sündinud platsenta, mis väljutati Abuladze, Genteri või Lasarevitš-Credé võtte abil, võib olla kahtlane sagarate terviklikkuse suhtes. Siis võib arvata, et osa platsenta koest on jäänud emakaseina külge. Neil juhtudel tuleb viivitamata teostada emakaõõne kontrolli isegi sel puhul, kui verejooksu momendil ei esine.

Emakaõõne kontrolli võib teostada kahel viisil: käega või sõrmedega. Esimesel juhul viiakse terve käsi emakaõõnde (joon. 104). Teisel juhul viiakse terve labakäsi tuppe ja emakaõõnde ainult teine ja kolmas sõrm.



Joon. 104. Emakaõõne käega kontrollimine.

Et emakas peale platsentat tunduvalt oma mõõtmeilt väheneb, siis tegutsedes ühe käe kahe sõrmeaga emakaõõnes ja teise käega väljast kõhukateete poolt, õnnestub kogu emakaõõnt kontrollida ja platsenta osi eemaldada.

Mõned akušöörid soovivad retineeritud platsenta tükikeste eemaldamiseks teostada emakaõõne abrasioon suure küretiga. Meie ei poolda seda meetodit.

Abinõud emaka atoonia (hüpotoonia) puhul.

Emaka atoonia (hüpotoonia) all me mõistame emaka tunduvat kokkutõmbumisvõime alanemist. Emakalihas on nagu halvatud, kusjuures halvatus võib haarata kas ainult platsentaarse välja või kogu emaka.

Emaka verejooksu puhul ja emaka aktiivsete kokkutõmmete puudumisel on tarvis esmajärjekorras kindlaks teha, kas emakaõõnde pole jäänud platsenta tükke või verehüübeid.

Selleks teostatakse emakaõõne kontrollimist (sagarate ja verehüüvete eemaldamine) ja massaaži rusikal. Kuid verejooksu võib täheldada ka tühja emaka korral.

Atoonilist (hüpotoonilist) verejooksu võib oodata järgmistel juhtudel:

a) emaka ülevenitus olenedes liigveesusest, mitmikuist, suurest lootest;

b) primaarse ja sekundaarse sünnitustegevuse nõrkusele järgnev seisund;

c) kiire sünnituse lõpetamine,

d) emaka müoom,

e) platsenta madal kinnitus ja eesasetsus;

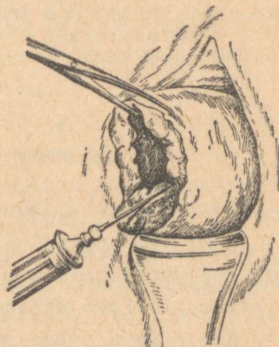
f) infantiilne emakas.

Kõige sagedamini on kasutusel atoonilise verejooksu sulgemiseks järgmised abinõud:

a) Emaka väline massaaž. Selleks otstarbeks pannakse käsi emakapõhjale, nagu seda tehakse Lasarevitš-Credé võtte puhul, ja silmitatakse õrnalt ringikujuliste liigutustega emakat. Kui emakas tõmbub kokku, muutub kõvaks, püütakse verehüübed välja suruda. Samaaegselt manustatakse pituitriini (oxitocini) 1,0 ml lihastesse ja ergotiini 1,0 ml naha alla. Pituitriini (oxitocini) on parem süstida emakakaela (joon. 105).

b) Kõhuaordi kinnisurumine rusikaga.

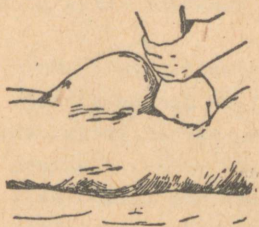
Parema käe rusikaga surutakse kõhuaort lülisamba vastu (kuni kaob relearteri puls) ja hoitakse kinni verejooksu lakkamiseni. Et käsi seejuures kiiresti väsib, soovitatakse teise käega hoida suruva käe randmest (joon. 106).



Joon. 105. Pituitriini (oxitocini) süstimine emakakaela.

Suure veresoone tüve kinnisurumine rusikaga kutsub esile ajutist anoksüat emakalihases, mis omakorda põhjustab tema kokkutõmbe.

c) G.G. Genteri võtte.

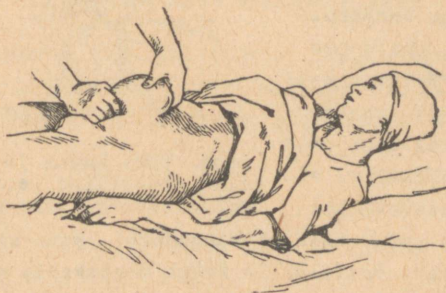


Joon. 106. Kõhuaordi kinnisurumine rusikaga.

Sünnitaja pannakse Trendelenburgi asendisse. Peale kusepõie tühjendamist surutakse vasak käsi sümfüüsi ja emaka vahele promontooriumi suunas. Alumist emaka-segmenti pöidla ja teise sõrme vahel kokku surudes tõstetakse siis emakas üles ja - mis eriti tähtis - surutakse sõrmede vahel kokkupigistatud osas nimmelülide vastu. Sellega saavutatakse emaka veresoonte venitust ja komprimeerimist,

mille tagajärjel vere juurdevool emakasse väheneb; tekib anoksüa, mis kutsub esile emaka kokkutõmbe.

Efekti suurendamiseks painutatakse teise käega emakat ette, masseerides teda samaaegselt.



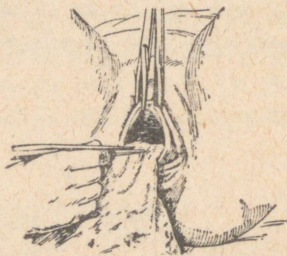
Joon. 107. Emaka veresoonte kokkusurumine tema samaaegse ülestõstmisega G.G. Genteri meetodi järgi.

d) Emakaõõne ja tupe tamponaad.

Mõnikord need eespool kirjeldatud meetodid ei anna positiivset efekti. Emakas ei tõmbu kokku ja verejooks ei lakka. Siis jääb viimaseks abinõuks laparotoomia. Laparotoomiaks ettevalmistamisel võib ajutise abinõuna kasutada emaka ja tupe tamponaadi.

Seda operatsiooni teostatakse järgmiselt. Peale kusepõie tühjendamist viiakse tupepeeglid sisse ja haaratakse kuultangidega emakakaela eesmisest ja tagumisest mokast kinni. Emakakael tõmmatakse tupe sissekäiguni välja. Ulatanud kuultangid abilisele, paneb akušöör vasaku käe kõhuseinale, toetades emaka põhja. Parema käega viib akušöör pika pintseti või korntangi abil emakaõõnde marlitampooni (joon. 108). Steriilne pikk tampoon on "lõõtsana" kokku pandud. Võttes ikka uut ja uut osa tampoonist, viiakse teda emakasse ja tamponeeritakse tihedalt. Õigesti teostatud tamponaadi korral ei tohi tampooni ja emakaseina vahele ruumi jääda. Joon. 109 a ja b on näidatud õigesti ja valesti teostatud tamponaad.

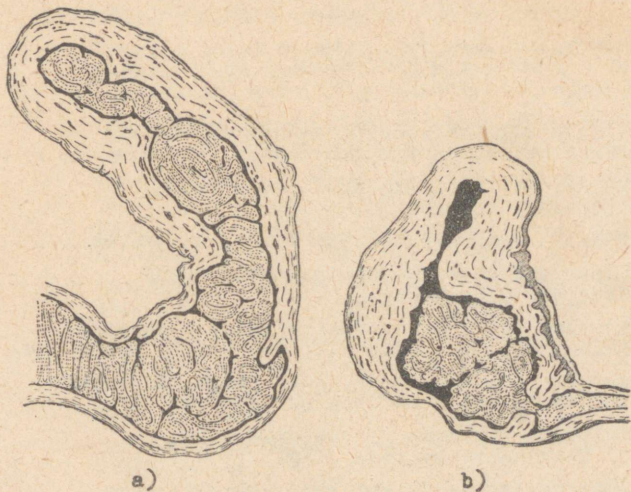
Peale selle, kui emakaõõs on tugevasti tamponeeritud, võetakse kuultangid maha ja tamponeeritakse tupp, kusjuures tupepeeglid võetakse välja järk-järgult. Tamponeerimise järel asub emakas kõrgel. Võimalik, et sel emaka ülestõstmisel



Joon. 108. Emaka ja tupe tamponaad atoonilise verejooksu puhul. Marli sisseviimine emakaõõnde.

on tähtis osa verejooksu seismapanekul, kuna emaka arter venib ja aheneb. Peale selle tekib emakakaela närvipõimikute ärritus, kutsudes esile tugevamaid emaka kokkutõmbeid. Mõnedel juhtudel peale emakaõõne ja tupe tamponeerimist lakab verejooks kindlasti. Arvestades seda, on emaka tamponaad soovitatav neil juhtudel, kui puuduvad tingimused laparotoomiaks.

Samaaegselt kirjeldatud abinõude kasutamisega tuleb vöidelda ägeda aneemiaga ja šokiga. Kasutatakse vereülekandeid veeni, arterisse jne. Kui konservatiivsed abinõud atoonilise verejooksu vastu vöitlemisel ei anna efekti, tuleb teostada laparotoomia ja kätgutiga ligeerida emaka juurde



Joon. 109. a) Tampoon asub emakas õigesti.
b) Tampoon asub emakas völesti.

viivad veresooned H.R. Tsitsišvili järgi. Kui emakas muutub kahvatuks ja kontraheerub hästi, vöib selle abinõuga piirduda. Kui emakas ei kontraheeru, siis tuleb teda ampu- teerida.

S i s u k o r d .

Üldised mõisted sünnitusabioperatsioonide näidustustest ja tingimustest. I. Veerma . . .	3
I. SÜNNITUSABI VÕTTED LOOTE PEASEISUDE PUHUL. SÜNNITUSE VASTUVÕTMINE. I. Veerma	5
II. SÜNNITUSABI VAAGNAOTSSEISUDE PUHUL. I. Veerma . .	8
Sünnituse juhtimine vaagnaotsseisude puhul N.A. Tsovjjanovi meetodiga	9
1. Manuaalne abi lihttuharseisu esimese asetsuse eesmise teisendi puhul N.A. Tsovjjanovi meetodiga.	10
2. Manuaalne abi N.A. Tsovjjanovi järgi lihttuharseisu teise asetsuse eesmise teisendi puhul . .	12
3. Sünnituse juhtimine jalgseisude puhul N.A. Tsovjjanovi meetodi järgi	12
Klassikaline manuaalne abi käte vabastamiseks vaagnaotsseisude esimese asetsuse eesmise teisendi puhul	13
Klassikaline käte vabastamine vaagnaotsseisude teise asetsuse eesmise teisendi puhul	16
Käte vabastamine Mülleri järgi	17
Käte vabastamine Lövseti järgi	17
Loote ekstraktsioon jalast mittetäieliku jalgseisu teise asetsuse eesmise teisendi puhul	18
Loote ekstraktsioon täieliku jalgseisu puhul . . .	22
Loote ekstraktsioon tuharatest	23
Loote ekstraktsioon lihttuharseisu esimese asetsuse puhul	23
Tüsistused vaagnaotsseisude puhul	25
III. SÜNNITUSABI LOOTE RISTI- JA PÕIKISEISUDE PUHUL. I. Veerma	28
Sünnitusabi pööre	28
1. Väline profülaktiline pööre pea peale	28

2. Sünnitusabi sisemine pööre jalale ,	30
a) Klassikaline sünnitusabi pööre	30
Loote sisemine pööre S.J. Bojarkini järgi.	35
b) Sünnitusabi pööre mittetäieliku avatud emakasuuudme puhul (Braxton-Hicks)	36
IV. SÜNNITUSTANGID (forceps). V. Fainberg	36
Tangide panek mitmesuguste pea eesasetuste puhul. Tüüpilised (väljapääsu-) tangid (for- ceps minor) kukalseisu eesmise teisendi puhul.	42
Tüüpilised (väljapääsu-) tangid (forceps minor) kukalseisu tagumise teisendi puhul . .	52
Õõnetangid (forceps media) kukalseisu eesmise teisendi esimese asetsuse puhul	54
Õõnetangid (forceps media) kukalseisu teise asetsuse eesmise teisendi puhul	59
Õõnetangid (forceps media) kukalseisu esimese asetsuse tagumise teisendi puhul	61
Õõnetangid (forceps media) kukalseisu teise asetsuse tagumise teisendi puhul	63
Tangid noolõmbluse madala ristiseisu esimese asetsuse puhul	65
Tangid noolõmbluse madala ristiseisu teise asetsuse puhul	67
Tuharate ekstraktsioon tangide abil.	67
V. PEANAHA TANGID. V. Fainberg	68
VI. VAAKUUMEKSTRAKTOR. V. Fainberg	71
VII. METREURÜÜS. V. Fainberg	74
VIII. LOODET PURUSTAVAD OPERATSIOONID. I. Veerma . .	78
Kraniotoomia	79
a) Pea perforatsioon	80
b) Ekstserebratsioon	81
c) Kranioklaasia	82
Kranioklaasia peaseisu esimese asetsuse puhul	83
Kranioklaasia peaseisu teise asetsuse puhul	84
Järgnev pea perforatsioon vaagnaotsseisude puhul	86
Embrüotoomia	87
Dekapitatsioon	87

Dekapitatsiooniooperatsioon loote ristiseisu esimese asetsuse puhul	87
Dekapitatsiooniooperatsioon loote ristiseisu teise asetsuse puhul	88
Rahhiotoomia	90
Eksartikulatsioon	90
Evistseratsioon	90
Kleidotoomia	91
Spondülotoomia	92
IX. PLATSENTAARSE JA VARAJASE SÜNNITUSJÄRGSE PERIOODI VEREJOOKSUDE PUHUL KASUTATAVAD OPERATSIOONID. V. Fainberg.	
Platsenta väljutamine D.A. Abuladze järgi	93
Platsenta väljutamine G.G. Genteri järgi	96
Platsenta väljasurumine I.P. Lasarevitš-Credé järgi	97
Platsenta eraldamine käsitsi	99
Emakaõõne kontrollimine	101
Abinõud emaka atoonia (hüpotoonia) puhul	101
a) Emaka väline massaaž	102
b) Kõhuaordi kinnisurumine rusikaga	102
c) G.G. Genteri võtte	103
d) Emakaõõne ja tupe tamponaad	104

Hind 16 kop.