



TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT

V osa

TARTU 1973

V
A-1040

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

Sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

V. Meipalu, H. Kaarma, U. Leisner

VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT

V o s a

FÜSIOPSÜHHOPROFÜLAKTILINE JA
MEDIKAMENTOOSNE SÜNNITUSE
VALUTUSTAMINE

Tartu 1973

Kinnitatud Arstiteaduskonna nõukogus
15. oktoobril 1971.

Tartu Riiklik Ülikool
Raamatukogu
N

SÜNNITUSE VALUTUSTAMISE AJALOOLINE ÜLEVADE

Juba iidsetest aegadest on täheldatud püüdlust võidelda sünnitusvaludega.

Ürgaja rahvad - germaani ja romaani hõimud, samuti hindud - kasutasid sünnituse valutustamiseks väga erinevaid meetodeid, millel täielikult puudus teaduslik alus, nagu needmine, ohverdamine, pahade vaimude väljaajamine, amulettide kasutamine jne. Sama eesmärki teenis valude allegooriline ülekandmine mehele, kes kas tööpooldest tekitas endale naise sünnituse ajal füüsilist valu ja karjus või jättis mulje, et kannatab. Väljamõeldud kannatused sünnituse ajal mehe poolt pidid tõestama ka veresidet isa ja lapse vahel.

Seoses kristluse arenemisega tekkis seisukoht sünnitusega seotud kannatuste vältimatusest: sünnitusvalusid vaadeldi kui naise tasu Eva pattude eest. Selline seisukoht muidugi ei abistanud sünnituse valutustamise arengut. Seejuures nn. spongia somnifera - käsn, mis immutati ooplumi ja teiste narkootiliste vahenditega ning kahtlemata omas valuvaigistavat efekti, ei leidnud laialdast levikut.

Sünnituse valutustamise teaduslik areng algas alles 19. sajandi esimesel poolel seoses eetri ja kloroformi kasutusele võtmisega kirurgias. Inglise akušöör James Simpson teostas 19. jaanuaril 1847 esimesena eeternarkoosis sünnitusabi pöörde jalale kitsa vaagna korral. Varsti pärast seda kasutas ta eetrit edukalt ka normaalse sünnituse valu-

tustamiseks. 10 kuud hiljem kasutas J.Simpson samal eesmärgil ka kloroformi. Pärast seda levis sünnituse valutustamine inhalatsioonimeetodil laialdaselt. Samaaegselt püüti kasutusele võtta ka uusi vahendeid. Nii hakkas J.Simpson aastal 1869 kasutama sünnituse valutustamiseks kloraalhüdraati.

Kuid sünnituse valutustamine ei leidnud igal pool heakskiitu. Paljud tolle aja tuntud akušöörid Saksamaal, nagu F.Winckel (1837 - 1911), Fr.Ahlfeld (1843 - 1929) jt., astusid välja sünnituse valutustamise vastu, sest nende andmetel just eriti kloroformi kasutamine osutavat väituste sagedusele ja jõule pärssivat mõju. H.Fehling (1847 - 1925) ja P.Zweifel (1848 - 1927) pidasid narkootiliste ainete kasutamist vastunäidustatuks ka seetõttu, et nad lähevad emalt üle lootele. Prantsuse akušöör P.Dubois kirjeldas aastal 1847 kuutteist edukalt valutustatud sünnitust, kuid sellele vaatamata astus välja anesteesia kasutamise vastu sünnitusabis, vähemalt enamikul juhtudest, sest kaks sünnitajat, kellel kasutati valutustamist sünnituse ajal, surid sünnitusjärgselt palavikulistesse haigustesse. Ka S.Farnier (1828 - 1897) ja A.Pinard (1844 - 1934) ei pidanud normaalse sünnituse valutustamist otstarbekaks.

P.Dubois' seisukoha lükkas ümber vene akušöör F.V.Bukojemski, kes aastal 1895 toestas, et kloroformi kasutamine sünnituse valutustamiseks annab hea efekti ja säästab sünnitaja jõude nii sünnituse enese kui ka päramiste perioodi normaalseks kulgemiseks.

Kui esialgu eelistati kloroformi tema kasutamise lihtsuse ja hea efekti tõttu, siis ajapikku selgus terve rida ohte ja komplikatsioone, mis olid seotud kloroformi kasutamisega. Seetõttu hakati ikka enam ja enam eelistama eetrit ning vähem kasutama kloroformi.

Arvamus, et Venemaal köitis sünnituse valutustamine spetsialistide tähelepanu hiljem ja nagu oleks valutustamise meetodika täies ulatuses üle võetud välismaa autoritelt, ei ole põhjendatud. Nimetatud seisukoht on tingitud asja-

olust, et paljusid sünnituse valutustamist käsitlevaid uurimusi tol ajal ei publitseeritud ja need olid seetõttu vähetuntud või tundmatud. Juba kaks kuud pärast eetri avastamist kasutas N.I.Pirogov (1847) eeternarkoosi tangide asetamisel. Lisaks N.I.Pirogovi töödele ilmusid trükis P.A.Naranovitši (1847), N.Maklakovi (1847), A.M.Filomafitski (1849) jt. artiklid. Kaugeltki mitte täielikult ammandatud ajaloolised andmed kinnitavad, et kodumaised autorid võtsid eetri nähtavasti täiesti iseseisvalt kasutusele sünnituse valutustamiseks. G.F.Adelmann ja P.Valter Tartu Ülikoolist esitasid juba juulis 1847 ettekande, milles G.F.Adelmann informeeris eeternarkoosi kasutamisest 47 operatsiooni korral ja akušöör Valter eetri kasutamisest kahe raske sünnituse valutustamiseks. Juba aastal 1848 käsitleb F.Orlovski oma doktoridissertatsioonis eeternarkoosi kasutamist sünnitusabis. Kloroformi edukast kasutamisest sünnituse valutustamiseks informeerivad E.I.Gurevitš (1883), F.V.Bukojemski (1895), M.V.Dobrovolskaja (1890) jt. M.V.Dobrovolskaja (1890) andmetel on narkoosi kasutamine sünnituse valutustamiseks täiesti kahjutu ning seetõttu tema laialdane kasutamine soovitatav.

Naerugaasi koos hapnikuga võttis sünnituse valutustamiseks esimesena kasutusele S.K.Klikovitš aastal 1879 ning tõestas, et naerugaas omab head valuvaigistavat toimet ja ei oma kahjulikku mõju ei emale ega lootele. Samale järeldusele jõudsid ka I.G.Kopeitšikov (1882), A.N.Rahmanov (1896) ja S.I.Halafov (1898). Naerugaas ei leidnud laialdast kasutamist kuni XX sajandi 30. aastateni peamiselt naerugaasi kalliduse ja gaasnarkoosi aparatuuri puudumise tõttu. Alles pärast lämmastiku tootmise laiendamist ja vastavate narkoosiaparaatide loomist hakati naerugaasi laialdasemalt kasutama sünnituse valutustamiseks.

Sünnituse valutustamise pioneeride hulgas tuleb märkida A.J.Krassovskit (1821 - 1898) ja V.M.Florinskit (1824 - 1891), kes oma kliiniliste uurimustega tõestasid, et pindmine narkoos kogunud spetsialisti käes mitte ei pärsi sün-

nitustegevust, vaid isegi lühendab sünnituse kestust. Nende silmapaistvate akušööride uurimused omasid määravat tähtsust seisukoha kujunemisel, et sünnitusvalud ja emakakontaktsioonid ei ole teineteisest mitte lahutamatud mõisted. P.I. Arhangelski (1897) tegi selle aja kohta originaalse ettepaneku - toimida naha retseptoritele hüperesteesia piirkonnas. Selleks, et leevendada kramplikke väitusi ja väljakannatamatuid valusid, aetas ta sünnitaja kõhule kompressid, mis olid immutatud kloroformi õlilahusega.

Sünnituse valutustamise alaste tööde hulka, mis said tunnuks nii Vene- kui ka välismaal, tuleb lugeda J.M. Kudrinski (1906) uurimusi. Eriti hinnatavaks J.M. Kudrinski tööd tuleb lugeda seda, et ta tõestas esimesena lisaks sünnitusvalude mittevajalikkusele ka nende negatiivset toimet sünnitaja üldseisundile. Kestvad ja intensiivsed valud sünnituse ajal võivad viia närvisüsteemi kurnatusele, mille tagajärjel sünnitusjärgsel perioodil võivad tekkida rasked neuropsüühilised häired.

Olulist osa sünnituse valutustamise ajaloos omab skopolamiin-morfiini kasutusele võtmine sünnituse valutustamiseks (B. Krönig ja C. Gauss, 1904). Nimetatud meetod leidis välismaal laialdast kasutamist. Skopolamiin-morfiinimeetodi negatiivsed omadused - sage sünnitustegevuse pärssimine ja loote asfüksia - sundisid enamikku akušööridest loobuma sünnituse valutustamisest selle meetodiga. Pantopooni ja magneesiumi süstete kombinatsioon järgneva eeter-õli klishtiiriga (eeter, kiniin, alkohol ja õli) sünnituse valutustamiseks ei leidnud Venemaal laialdast levikut.

Paralleelselt sünnituse farmakodünaamilistel meetoditel valutustamisega on Venemaal alates möödunud sajandi lõpust uuritud hüpnosugestiivsete meetodite kasutatavust. Esimesed andmed sünnituse valutustamisest hüpnosiga pärinevad möödunud sajandi lõpust (M.V. Dobrovolskaja, 1891; V.A. Dobronravov, 1896; A.N. Hovrin, 1896 jt.). G.F. Matvejev (1902) kasutas hüpnootilise sünnituse valutustamiseks kombinatsioonis narkootiliste ainete väikeste annustega.

Seisukohad, nagu eksisteeriks sünnitusvaludes suur poeesia või et sünnituse valutustamine oleks kaasaegse naise nõrkuse väljenduseks, on nõukogude akušööridele võõrad.

Suure arengu tegi sünnituse valutustamine läbi pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni. Suuri teeneid selles omavad tuntud nõukogude akušöörid G.G.Genter, A.J.Lurje, M.S.Malinovski, K.K.Skrobanski, A.P.Nikolajev, K.M.Figurnov, K.N.Žmakin jt.

Sünnituse valutustamise ajaloo Nõukogude Liidus võib jagada kolme perioodi.

Esimest perioodi, kuni 1941.a., iseloomustab vanade meetodite kontrollimine ja paljude uute sünnituse valutustamise meetodite juurutamine praktikasse.

Teine periood kuulub sõja-aastatesse. Teda iseloomustab stabiliseerumine sünnituse valutustamise teoorias ja mõningane valutustatud sünnituste arvu langus. Viimane asjaolu ei sõltunud mitte ainult sõjaperioodi raskustest, vaid teatud piirides ka sünnitajatest endist. Hämastav oli sünnitajate rahulik käitumine sünnituse ajal, ei olnud kuulda ei kisa ega oigeid. Sünnitajad allusid kergelt sõnalisele mõjustusele. Sünnitusvaludele taolise reageerimise juures omab kortikaalne komponent esmast osa. Enamikul sünnitajatel seostus soov omada last arusaamisega olukorrast ja situatsioonist, mis kujunes näiteks Leningradis Suure Isamaasõja ajal.

Kolmas periood kuulub sõjajärgsetesse aastatesse. Kolmandat perioodi iseloomustab sünnituse medikamentoosse valutustamise laialdasem kasutamine ning psühhoprofülaktilise valutustamise teoreetiliste aluste väljatöötamine ja tema praktikasse juurutamine.

Sünnituse psühhoprofülaktilise valutustamise meetodi töötasid välja esialgsel kujul I.Z. Velvovski ja K.I. Platonov 1950. aastal. Hiljem lisati sellele meetodile veel mitmesugused võimlemisharjutuste kompleksid, mistõttu kaasajal nimetatakse seda meetodit füsiopsühhoprofülaktiliseks sünnituse valutustamise meetodiks (L.I. Startseva, A.A. Lebedev jt.).

Saadud kogemused publitseeriti monograafiatena (M.S.Malinovski, 1936, 1937; K.K.Skrobanski, 1936; A.P.Nikolajev, 1952, 1956, 1959; A.J.Lurje, 1936, 1956 jt.) ja perioodilises literatuuris (L.L.Okintšits, 1938; P.A.Belošapko, 1956).

Sünnituse valutustamise edukas kogemus meie maal näitas mõningate välismaiste autorite selliste seisukohtade kehtimatust nagu sünnitusvalude vajalikkus emaduse tunde tekkimiseks. Samuti ilmnes mõningate autorite seisukohtade, nagu ei eksisteeriks vahendeid, mis omades head valutustavat toimet, ei pikendaks sünnituse kestust, ei suurendaks operatiivsete vahelesegamiste arvu, loote asfüksiat, verejooksude sagedust jne., paikapidamatus. Peale selle näitasid narkootiliste vahendite kasutamise kogemused, et akušöörilist valutustamist tuleb selgelt eritleda kirurgilisest narkoosist, millest omal ajal kirjutas juba J.Simpson.

SÜNNITUSVALUDE OLEMUS

Normaalne sünnitus on ainuke valutundega seotud füsioloogiline vegetatiivne protsess. Füsioloogilise

sünnitusvalu eksisteerimist eksepteeritakse tänapäeval üldiselt.

Sünnitusakt on sedavõrd tihedalt seotud mõistega valutundest, et paljud akušöörid samastavad kuni käesoleva ajani ekslikult valu sünnituse ajal väljutusjõududega - tuhude ja väitustega. Kogemused näitavad aga, et valu ei ole sünnituse normaalse kulu vältimatuks tingimuseks. Valutuid või vähe valulikke sünnitusi täheldatakse 7 - 15% sünnituste üldarvust. Seevastu pikaleveninud sünnituste ja düskordineeritud sünnitustegevuse korral on tuhud sageli äärmiselt valulikud.

Kestev ja intensiivne valu mõjub sünnitaja organismile ning tema närvisüsteemile kurnavalt ja võib sellest tingituna komplitseerida sünnituse kulgu (sünnitegevuse nõrkus, sünnituse šokk, päramiste peetus). Seetõttu sünnituse valutustamine ei ole oluline mitte üksnes humaansest seisukohast lähtudes, vaid sellega luuakse tingimused sünnituse normaalseks kulgemiseks.

Sünnituse eduka valutustamise eelduseks on valude tekke põhjuste ja tema ülekande teede tundmine, samuti tsentraalse närvisüsteemi nende osade tundmine, kus valuärritus formeerub valutundeks.

Ei ole kahtlust, et sünnitusvalud omavad materiaalist substraati. Selle all tuleb mõista järgmist.

1. Neid anatoomilisi ja funktsionaalseid muutusi, mis alati tekivad sünnituse ajal väikese vaagna ning kõhuõõne elundites ja tingivad sellega emaka ja tema naaberelundite interoretseptorite ärrituse, aga samuti organismi vastureaktsiooni adekvaatsete tingimatute reflekside, sealhulgas ka valurefleksi, tekkimisena.

2. Kesknärvisüsteemi - cortexi ja subcortexi - funktsionaalset seisundit, mis on määravaks valutunde tekkimisel. Olenevalt kesknärvisüsteemi funktsionaalsest seisundist kas avatakse tee valuimpulssidele, mis tulevad perifeeriast, või siis takistatakse nende levikut. Valutunde tugevnemist või nõrgenemist mõjustavad oluliselt varasemad kogemused või väliskeskkonna toimele tekkinud ajutised seosed ja tingimused.

Vahetuks emaka ja tema naaberelundite ja tema interoretseptorite ärritajateks ja seega sünnitusvalude tekke põhjusteks on järgnevad faktorid:

- 1) emakakaela avanemine, sest emaka alumine segment ja sisesuudme piirkond on rikas interoretseptorite poolest;
- 2) emaka kontraktsioonidele kaasnev emaka ligamentide ja peritoneumi venitus;
- 3) ristluu sisepinna perioosti tugev ärritus emaka-ristluu sidemete pingest (ligg. sacrouterina), mis on maksimaalne emakasuu avanemise korral kolmele sõrmele ja enam;
- 4) angioletseptoritest rikaste emaka veresoonte kompressioon ja venitus tugevate kontraktsioonide ajal;
- 5) kudede kemismi muutused, emaka kontraktsioonide tulemusena kuhjuvad emakas happelised ainevahetuse produktid, mille tagajärjel tekib nii lokaalne kui ka üldine happe-aluse tasakaalu nihe atsidoosi suunas, see tingib närvisüsteemi perifeerse ja tsentraalse osa tundlikkuse suurenemise;
- 6) väljutusperioodil tekib edasiliikuva pea survest tingituna vaagnapõhjas ja välissuguelundites asuvate närvilõpmete ärritus.

Sünnituse ajal täheldatakse seega valutundlikkuse segavor-
mi alates interoretseptiivsest ja propriotseptiivsest va-
lutundlikkusest sünnituse esimesel perioodil kuni ekstero-
tseptiivse valutundlikkuseni väljutusperioodil.

Emakas ja pehmed sünnitusteed on, nagu kõik keha organid,
seotud vegetatiivsete närvide aferentsete kiudude kaudu
seljaaju ja ajutüve tsentrite vahendusel ajukoorega. Emaka
kontraktsioonidest tingitud interoretseptorite ärritus lä-
heb plexus hypogastricus'e kaudu XI - XII torakaal- (Th)
ja I lumbaal- (L) närvi dorsaalsetesse juurtesse ja vasta-
vatesse seljaaju segmentidesse. Avanemisperioodil emaka-
kaela venitusest tingitud valuimpulsid suunduvad vegeta-
tiivsete põimikute kaudu seljaaju torakolumbaalsetesse (Th
11 - 12) ja sakraalsetesse (S 2 - 4) segmentidesse. Afe-
rentsed impulsid, mida vallandab vaagnapõhja venitus, kul-
gevad plexus sacralis'e ja coccygeus'e kaudu seljaaju S 1-
S 4 segmentidesse.

Valuimpulsside ülekandumise tulemusena lokaliseeritakse va-
lu sageli nimetatud segmentidest lähtuvate somaatiliste
aferentsete närvide innervatsiooni piirkonda. Emaka kont-
raktsioonidest tingitud valutundlikkus kandub seetõttu ala-
kõhu ja kubeme piirkonda. Tugev seljavalu komponent sünni-
tuse esimesel perioodil on tingitud emakakaela avanemisest.
Valutunne võib projitseeruda ka pära- või ümbritsevasse piir-
konda ja reite ülemistele tagumistele pindadele. Nendes
piirkondades, nn. Zahharjin-Head'i tsoonides, on võimalik
teostada ülekantud valutundlikkuse blokaadi ja kasutada
seda kui sünnituse valutustamise meetodit.

Üks komplitseeritumaid küsimusi valu probleemis on valu-
tunde formeerumine kesknärvisüsteemis. Aferentsed valuär-
rituse impulsid saavad seljaaju kaudu vaheajusse, ajutü-
ve retikulaarformatsiooni ja limbilisse süsteemi. Viimas-
tes tekib primitiivne valureaktsioon hirmu ja üldise eba-
mugavustundena, mis võib vallandada sundkäitumist ja vege-
tatiivseid reaktsioone. Korteksi ja subkorteksi vastasti-
kusest toimest sõltuvalt võivad need afektiivsed primi-

tiivreaktsioonid kas tugevneda või nõrgeneda. Ei ole kahtlust, et primitiivse valutunde kujundamine tegelikuks valuelamiseks, emotsionaalselt määratud valu väärtuseks, on ajukoore funktsioon. Valu on seega enam kui valuärrituse registreerimine, sest talle lisandub kindel tundefaktor. Valu ärrituslävi on kõikidel inimestel enam-vähem konstantne. Seevastu valu tundlikkuse lävi on individuaalselt äärmiselt erinev, sõltudes eelkõige kõrgema närvisüsteemi funktsionaalsest seisundist, mitmesugustest ümbritsevatest faktoritest, harjumusest jne. Sünnitusvalu juures ilmneb eriti selgelt tema domineerimine naise kõigi teiste tundmuste üle. Selle valudominandi tugevus määratakse enamikus mitte sedavõrd valuärrituse tugevusest, kuivõrd teise signaalsüsteemi lülitumisega valutunde formeerumise protsessi: teadmine valude vältimatuses, kartus, hirm ja vale ettekujutus sünnitusvalude iseloomust ja intensiivsusest tugevdavad mitmekordselt ja kinnistavad rasedatel valudominandi. Kuna ajukoor omab määravat tähtsust valutunde formeerumisel, siis võib ta ka teatud tingimustel muuta valuärrituse valutundlikkuse suhtes alaläviseks ja vastupidi alaläviselt muuta valutunnet tekitavaks. Teiselt poolt tuleb arvestada, et perifeeriast lähtuvad ülitugevad valuärritused, saabudes peaaegu kõrgematesse osadesse, läbivad samaaegselt retikulaarformatsiooni ja vaheaaju. Eriti suurt tähtsust valutunde formeerumisel omistatakse ajutüve retikulaarformatsioonile. Ajutüve retikulaarformatsioon on otsekui sõlmpunktiks, mida perifeeriast saabuvald valuärritused läbivad, enne kui nad formeeruvad valutundeks. Tähtis on asjaolu, et retikulaarformatsioon võib ajukoores esile kutsuda generaliseerunud ärritusseisundi, haarates tema kõiki punkte. Just nimelt siin omandavad valuärritused suure emotsionaalse pinge, ühendudes kergesti hirmutundega, valuootegega, mis tugevdab valutunnetust, s.o. valutunde kortikaalset komponenti. Eriti ilmekas on see sünnitusvalude korral.

Arvestades sünnitusvalude tekkepõhjusti võib sünnituse valutustamiseks kasutada erinevaid meetodeid.

Kõige lihtsam, kuid ka kõige komplitseeritum on akušöörilises praktikas laialdaselt kasutusel olev meetod - vähendada valuärritaja toimet. Taoline mõjustamisviis on alati seotud ühe või teise medikamendi kasutamisega, mis tavaliselt samaaegselt mõjustab negatiivselt emaka kontraktsioonide jõudlust ning läbib platsentaarbarjääri.

Valutunnet võib mõjustada tahtejõuga - inimene, kellel on küllalt tahtejõudu, võib taluda tugevat valu, ilma et ta seda millegagi väljendaks. Ei tohi unustada, et siin valutunde säilib ja välisest valureaktsioonist eemaldatakse ainult üksikud tema komponendid. Selline valutunde "eemaldamine" võib närvisüsteemi ülierutuse tagajärjel põhjustada šokiseisundi.

Et sünnitusvaludele on iseloomulik valudominandi esinemine, siis püütakse luua vastassuunalist tugevat dominantit. Valuärritused tekivad ka siis, sest nad kajastavad perifeerset retseptorite seisundit, kuid jõudes subkorteksi, kohtavad need ärritajad siin juba varem loodud dominantset seost korteksiga, see on loodud teise signaalsüsteemi poolt. Tugeva dominandi loomine teises signaalsüsteemis võib vältida valutunde tekkimist ja blokeerida tema üleminekut teadvusse. Sellel baseerubki psühhoprofülaktiline sünnituse valutustamine.

SÜNNITUSE VALUTUSTAMINE SÖNALISE MÕ- JUSTAMISE TEEL

Sünnitust on võimalik valutustada sõnalise mõjustamise abil. Selleks kasutatakse hüпноosi ja sugestiooni ning füsiopsühhoprofülaktilist sünnituse valutustamise meetodit.

HÜPNOOSI JA SUGESTIOONI

Hüпноosi (kr. hypnos - uni) ja sugestiooni (lad. suggestus - sisendus) võib üksikjuhtudel edukalt kasutada sünnituse valutustamiseks. Esimesed andmed nende meetodite rakendamiste kohta rasedatel pärinevad 1890. aastast (M.V. Dobrovolskaja). Laialdasemalt hakati hüпноosi kasutama sünnituse valutustamiseks alles pärast 1920. aastat (K.I. Platonov, I.Z. Velvovski, A.P. Nikolajev, V.I. Zdravomõslov jt.)

Sugesttiivne sünnituse valutustamine on füsioloogiline meetod. Emale ja lootele on ta kahjutu. Meetod põhineb ajukoores kaitsepidurdusel, olles eriti näidustatud selliste närvisüsteemi tüüpide juures, kus prevaleeruvad erutus (koleerikud) või pidurdus (melanholikud).

Hüпноosi teooria ja tema läbiviimise meetoodika esitatakse psühhiaatria kursuses.

Skemaatilisel viisil võib hüпноotiseerimise protsessi ette kujutada järgmiselt. Spetsiaalsed ärritajad (metronoomi tiksumine, akušööri sõnad jne.) põhjustavad hüпноotiseeritava ajukoores niivõrd tugeva erutuskolde, et kogu ülejäänud

ajukoor läheb induktsiooni seaduse alusel üle pidurdusseisundisse. Hüpnoseeriija sõna suunatakse isoleeritud erutuspiirkonda. Selle meetodi abil saab rasedale sisendada mõtet, et tema sünnitus kulgeb valutult, õpetada teda käituma sünnituse erinevatel perioodidel jne.

Vaatamata sellele, et hüpnosis on väga efektiivne sünnituse valutustamise meetod, takistavad tema laialdast kasutamist mitmed tehnilised raskused. Esiteks. Et hüpnosis tehakse raseduse ajal naiste nõuandlas, siis peavad seal selleks olema spetsiaalsed vaiksed, eriliselt sisustatud ruumid. Teiseks. Hüpnosis tegemine on väga aeganõudev. Hüpnosis tehakse raseduse ajal individuaalselt, vähemalt 10 korda, ning jätkatakse sünnituse ajal. Hüpnosis massiline raskendamine eeldab rohkearvulise eri ettevalmistuse saanud kaadri olemasolu. Lähtudes loetletud põhjustest, kasutatakse hüpnosis sünnituse valutustamiseks ainult üksikjuhitudel.

FÜSIOPSÜHHOPROFÜLAKTILINE SÜNNITUSE VALUTUSTAMINE

Meetodi olemus ja ülesanded

Nõukogude Liidus põhjendati ja viidi

praktikasse sünnituse valutustamise psühho profülaktiline meetod 1950. aastal. Esialgsel kujul töötasid selle meetodi välja psühhiaatrid I.Z.Velovskii ja K.I.Platonov. Hiljem lisati sellele meetodile veel mitmesugused võimlemisharjutuste kompleksid, mistõttu kaasajal nimetatakse seda meetodit füsiopsühhoprofülaktiliseks sünnituse valutustamise meetodiks. Võimlemisharjutuste kompleksid erinevatel raseduse perioodidel on toodud käesolevas õpikus lk. 29

Füsiopsühhoprofülaktilise sünnituse valutustamise meetodi tähtsus ei piirdu üksnes sünnituse valutustamisega või sünnitusvalude leevendamisega, ehkki see on tema peamiseks ülesandeks. Lisaks sellele tuleb seda meetodit pidada hinnaliseks järgmiste asjaolude tõttu.

1. Füsiopsühhoprofülaktiline valutustamise meetod õhustisipilineerib sünnitajaid sünnituse ajal.

2. Füsiopsühhoprofülaktiline valutustamine mõjustab soodsalt sünnituse kulgu. Nendel sünnitajatel, kellele on läbi viidud füsiopsühhoprofülaktilised valutustamise õppused, esineb harvem sünnitustegevuse nõrkust, loote üsasisesest asfüksiast, surnultsündimist ning sünnitusjärgseid emaka verejookse.

3. Füsiopsühhoprofülaktilise valutustamise meetodi ettevalmistamiseks peab rase regulaarselt külastama naiste nõuandlat. See loob aga tingimused mitmesuguste raseduspatoloogiate õigeaegseks avastamiseks ning sünnituse ajal esinevate tüsistuste vältimiseks.

4. Naistel, kellel kasutati füsiopsühhoprofülaktilist sünnituse valutustamise meetodit, lühenes sünnituse kestus 2 - 4 tunni võrra.

Niisugune soodne füsiopsühhoprofülaktilise meetodi mõju sünnituse kulule on kompleksne ja oleneb mitmetest faktoritest.

1. Põhiliste närviprotsesside normaliseerimine, mis loob eeldused sünnitustegevust reguleerivate faktorite reguleerimiseks ja normaliseerimiseks.

2. Hirmu ja negatiivsete emotsioonide kõrvaldamine, mistõttu sünnitajad on distsiplineeritud ja rahulikud ning nende sünnitus kulgeb väheste valuodega või täiesti valutult.

3. Füsiopsühhoprofülaktilise valutustamise õppuste käigus töötatakse välja positiivne situatsioon valutuks ja füsioloogiliseks sünnitusaktiks.

Paljud sünnitajad, eriti need, kellel ei ole negatiivseid emotsioone ja hirmu, tunnevad sünnituse ajal kergem valu, taluvad seda ning suhtuvad valusse rahulikult. Sellised naised ootavad kannatamatult last ja tema röömus ootamine prevaleerub kõigi teiste sisemiste ja väliste ärritajate üle. Niisugune sünnitaja jälgib hoolikalt arsti näpunäiteid, püüab aktiivselt tegutseda sünnituse protsessis ning

teeb kõik selleks, et võimaluse korral kiirendada sünnituse kulgu. Nende sünnitajate ajukoor on väga aktiivne, omades kõrget toonust. Ajukoores on kujunenud võimas positiivse sisuga erutuskolle - "edukalt sünnitada". See võimas kolle ehk dominant pörsib induktsiooni teel ülejäanud ajukoore. Teisi ärritusi, mis ei ole vahetult seoses domineeriva sisuga, vastu ei võeta; kui nad võetaksegi vastu, siis ka kiiresti pidurdatakse. Just sellise situatsiooni saavutamise seabki oma eesmärgiks füsioprofülaktiline sünnituse valutustamise meetod.

Seevastu osa sünnitajate ajukoore erutuslävi on madal, ajukoore aktiivsus ja selle toonus ning pidurdusprotsessid on kõrgeenenud. Nendel naistel ei esine positiivset domineerivust. Seetõttu perifeeriast saabuvald valuärritused irradieeruvad ajukoores suhteliselt laias ulatuses ja neid tunnetatakse väga tugeva valuaistinguna. Nimetatud sünnitajad on kergelt ärrituvad, tasakaalustamatud ning disponeeritud negatiivsetele emotsioonidele ja hirmule. Sünnituse ajal on nad distsiplineerimatud, rahutud, kannatamatud ja kaootilised.

Sageli lisanduvad nende sünnitajate tsentraalse närvisüsteemi iseärasustele rida fakte, mis mõjustavad ebasoodsalt nende psüühikat ja tugevdavad sünnitusvalusid.

1. Varasemad väga rasked, valulikumad sünnitused. Käesoleva raseduse ja sünnituse ajal need ebameeldivad ajutised tingitud seosed elustuvad, mistõttu tekib ebasoodus situatsioon sünnituseks.

2. Ümbritseva keskkonna negatiivne mõju. Räägitakse hirmu- ja ärevuse sünnitusest ja sel ajal esinevatest ohtudest. Sageli ka kirjanduses ning kunstilistes filmides kujutatakse sünnitust väga mustades värvides. Siin on tegemist psüühika mõjustamisega negatiivses suunas teise signaalsüsteemi kaudu (sõna mõju).

Eespool toodust selgub, et kõrvuti loomulikkude sünnitusvalude põhjustega esinevad sünnitajatel tingitud reflektor-

sed ja emotsionaalsed ladestused. Nimetatud faktorid võivad mitmekordselt süvendada sünnitusvalude intensiivsust. Füsiopsühhoprofülaktilise meetodi ülesandeks on kõrvaldada need tingitud reflektorsed ladestused. Seda saavutatakse järgmisel teel.

1. Võetakse ära hirm ja kasvatatakse rasedale positiivsed emotsioonid.
2. Luuakse raseda peaju koores kontsentreeritud dominantne erutuskolle ja selle ümber induktiivne pidurdustsoon.
3. Töötatakse välja ja treenitakse aktiivset tingitud pidurdust.

Rasedate füsiopsühhoprofülaktiline ettevalmistamine sünnituseks

Rasedate füsiopsühhoprofülaktilise ettevalmistuse süsteemi peamisteks lülideks on spetsiaalsed meditsiinilised (akušöörilised), pedagoogilised ja organisatsioonilised kompleksid.

Rasedate füsiopsühhoprofülaktilise ettevalmistamise süsteemi kohustuslikkudeks komponentideks on:

- 1) rasedate sünnituseelne psühhoprofülaktiline ettevalmistamine naiste nõuandlas kogu raseduse vältel, eriti viimasel 6.- 7. rasedusnädalal;
- 2) kogu sünnitusmaja personal peab täielikult tundma sünnituse füsiopsühhoprofülaktilise valutustamise meetodi põhjaluseid ja läbiviimise metoodikat;
- 3) õige, ratsionaalne ning tähelepanelik sünnituse juhtimine;
- 4) ravi-kaitserežiimi olemasolu sünnitusmajas.

Füsiopsühhoprofülaktiline sünnituse valutustamise meetod kujutab endast õppuste kompleksi, mille vältel rasedatele antakse õige orientatsioon sünnitusse kui füsioloogilise protsessi ning töötatakse välja positiivne suunitlus ja sihikindlus sünnitusekti suhtes. Nende õppuste käigus esi-

tatakse rasedale arusaadavas, kuid teaduslikus vormis peamised andmed sünnituse füsioloogia, sünnituse normaalse kliinilise kulu ning nende tunnete kohta, mis esinevad sünnituse erinevatel perioodidel. Lisaks sellele õpetatakse rasedat õigesti käituma sünnituse ajal. Ühel esimesel naisete nõuandla külastamisel selgitatakse rasedale, missugust soodsat mõju avaldavad temale võimlemisharjutuste kompleksid. Tuleb rõhutada, et võimlemisharjutuste abil parandatakse kõiki organismi füsioloogilisi funktsioone, täiustades närvisüsteemi, südame-veresoonkonna, hingamissüsteemi ja lihastesüsteemi funktsioone. Võimlemisharjutused mõjuvad soodsalt ka lootele ja vastsündinule.

Hiljem, kui rase saabub statsionaari sünnitama, viiakse ämmaemanda või arsti poolt läbi lühikesed vestlused sanitaarblokis, sünnituseelses palatis ning sünnitustoas. Nende vestlustega tuletatakse sünnitajale veel kord meelde psühhopروفүlaktilise meetodi ettevalmistamise käigus korraldatud õppustel omandatud teadmised.

Seega rasedate füsiopsühhopروفүlaktilist ettevalmistust sünnituseks alustatakse naiste nõuandlas ja jätkatakse kogu sünnituse protsessi vältel statsionaaris.

Faktiliselt algab füsiopsühhopروفүlaktiline ettevalmistamine raseda esmakordsel pöördumisel naiste nõuandla poole ning jätkub igal järgneval külastamisel. Alates 32 rasedusnädalast korraldatakse rasedatele spetsiaalne psühhopروفүlaktilise ettevalmistamise kursus. Nimetatud kursus peab koosnema vähemalt 6 õppusest. Juhul, kui rase pöördub mingisugusel põhjusel esmakordselt naiste nõuandla poole alles pärast 32. rasedusnädalat, võib piirduda ka 3 - 4 õppusega. Juhul, kui õppused on täielikult läbi viidud ja rase ei ole 7 päeva jooksul sünnitanud, tuleb tingimata õpitut korrata.

Esimene õppus on individuaalne. Arst tutvub rasedaga, tema elukutsega, koduste ja töötingimustega, selgitab välja raseda suhtumise käesolevasse rasedusesse ja sünnitusesse. Seejärel täpsustab ta raseda üldsomaatilise, akušöörilise

ja, võimaluse korral, ka neuroloogilise staatuse. Vestluse käigus selgitatakse välja raseda psüühilis-emotsionaalse sfääri seisukord, varasemad rasked läbielamused, tema kartused ja selle allikad. Arst selgitab rasedale, et tema hirm ei ole põhjendatud. Hirm sünnituse ees on tingitud sellest, et rase ei tea, mis temast sünnituse ajal saab ning kuidas sünnitus kulgeb. Tuleb rõhutada, et hirmujutud sünnituse kohta on alati liialdatud. Samuti tuleb rääkida seda, et mittenormalseid sünnitusi esineb väga harva. Et käesolev rasedus kulgeb normaalselt, siis on alust oodata täiesti normaalset sünnituse kulgu. Rasedat tuleb veenda selles, et sünnitus on töö. Selleks, et säilitada sünnituse ajal oma jõudu, peab rase seda ökonoomselt kasutama. See eeldab aga töö (sünnituse) kõikide iseärasuste teadmist. Et sünnitust kiirendada ja teha ta valutuks, peab rase tundmaõppima sünnituse käiku ja valutustamise võtteid. Seepärast on vajalik külastada järgmisi õppusi. Vestluse käigus on vaja korduvalt rõhutada, et rasedast ja tema käitumisest oleneb sünnituse ajal palju: kas ta suudab oma jõudu ratsionaalselt kasutada ja kiirendada sünnituse kulgu ning vältida sünnitusvalusid.

Nendele rasedatele, kellel on kalduvusi hüsteerilisteks reaktsioonideks, tuleb kõik psühhoprofülaktilised vestlused teha individuaalses korras. Sellised rasedad võivad grupiliste õppuste ajal reageerida mitteadekvaatselt ja mõjustada ebasoodsalt teisi rasedaid. Individuaalses korras viiakse õppused läbi ka nendele rasedatele, kellel on komplitseeritud sünnitusabi anamnees (südame-veresoonkonna haigused, loote ebaõiged seisud, kitsas vaagen jne.).

Teine ja kõik järgmised õppused on grupilised. See õppus on pühendatud spetsiaalselt hirmu kustutamisele sünnituse ja valude ees. Oma olemuselt võib hirm olla mitmesugune: hirm sünnitusvalude ees, operatsioonide kartus, surma kartus, kartus, et laps sünnib surnuna või väärarengutega jne. Peab välja selgitama ja kustutama hirmu põhjuse. Samaaegselt peab arst või ämmaemand looma rasedale positiiv-

se emotsiooni. Näidete varal selgitatakse rasedale, et inimesed kannatavad valu erinevalt, olenevalt meeleolust, valu ootamisest jne. Rõhutada tuleb seda, et hirmu ja teadmatusega on valu alati palju suurem.

Igal järgmisel õppusel tuleb tagasi pöörduda selle õppuse teema juurde, kinnitades positiivset emotsiooni ja kustutades raseda ebaõige ettekujutuse sünnitusest.

Kolmandal õppusel esitatakse andmed naise, tema sisemiste suguelundite anatoomia, menstruaalfunktsiooni, viljastamise ja raseduse arenemise kohta. Rasedale selgitatakse arusaadavalt, kuid teaduslikult, et sünnitus on füsioloogiline akt ning seepärast võib sünnitus, nagu kõik organismi füsioloogilised väljendused, kulgeda täiesti valutult või siis vähese valuga. Rasedale tuleb selgitada, et tuhud (emaka kontraktsioonid) ja sünnitusvalud ei ole identsed mõisted. Kui esimesed on ilmtingimata vajalikud sünnituse normaalseks kulgemiseks, siis valud ei ole sünnituse ajal vajalikud. Vastupidi, liigsed valud võivad koguni takistada sünnituse normaalset kulgu. Naisele tuleb rääkida ka seda, et raseduse vältel suureneb tema emakas kuni 520 korda, kusjuures venivad emaka veresooned, sidemed, kõhukelme ja kõhukatted. Et kõik need muutused on füsioloogilised, ei tunne naine raseduse ajal valu. Analogiline protsess toimub ka sünnituse ajal: emakakael lameneb ja avaneb, emakae kontraheerub tugevasti. Sünnituse ajal venitatakse samuti emaka veresooni ja sidemeid. Et see protsess on samuti füsioloogiline, võib ta kulgeda valutult.

Vestluse käigus tuleb pidevalt toonitada, et sünnitus on füüsiline töö ja vajab naise jõudude ökonoomset kasutamist selleks, et säilitada jõudu sünnituse otsustavaks etapiks - väljutusperioodiks. Nagu iga füüsilise töö, nii ka sünnituse normaalse kulu korral ei ole valud vajalikud.

Kogu kolmas õppus on läbipõimunud sugestiivsete elementidega.

Neljas õppus koosneb kahest osast. Esimesel õppuse poolel selgitatakse rasedale sünnituse esimese perioodi (avanemise-

perioodi) tähtsust ja selle füsioloogiat. Teisel õppuse poolel õpetatakse rasedale õiget käitumist sünnituse ajal ja valutustamise võtete kasutamist. Rasedale räägitakse, et sünnituse esimesel ehk avanemisperioodil algavad regulaarsed tuhud (emaka kontraktsioonid), mille tulemusena emaka kael lameneb ja avaneb. Ka selles vestluses tuleb toonitada, et tuhud ja sünnitusvalud ei ole samad. Kui esimesed on tingimata vajalikud, siis teised on koguni kahjulikud. Tuhudega ei kaasne alati valud. Tuhude ajal võib sünnitaja tunda allkõhus ja ristluudes rõhumistunnet, pinget ja surumist. See tunne võib olla ebameeldiv ning sageneda ja intensiivistuda sünnituse käigus.

Rasedale tuleb selgitada seda, millal ta peab tulema sünnitusmajja. Sünnitusvalusid ei tohi ootama jääda. Kui algavad regulaarsed, ca 15 minuti järel korduvad tuhud, siis peab tulema sünnitusmajja. Lima või lootevete erituse korral tupest tuleb viivitamatult pöörduda sünnitusmajja.

Selle vestluse käigus tuleb rasedale selgitada kõik protseduurid ja manipulatsioonid, ning nende vajalikkus, mis talle sünnitusmajja tehakse. Räägitakse üldisest raseda järelevaatusest, vaginaalsest uurimisest, veregruppide määramisest, suguelundite raseerimisest, klistiiri tegemisest jne. Kõik see on vajalik selleks, et kaoks raseda kartus ja ta ei näeks sünnitusmajjas midagi ootamatut.

Edasi selgitatakse rasedale, kuidas ta peab käituma tuhude ajal sünnituse esimesel perioodil.

Lamada on vaja rahulikult. Sünnitaja rahutuse korral on emaka normaalne töö häiritud, mistõttu tuhud muutuvad eba-regulaarseks ning sünnituse lahendus venib. Tuhude vabeajal tuleb lamada sellel küljel, kus asub loote selg (määrab arst või ämmaemand). Loode oma seljaga rõhub emaka interoretseptoritele, mistõttu sünnitegevus intensiivistub ja sünnituse kulg lüheneb. Tuhude ajal pöörab sünnitaja selja peale.

Tingimata on vajalik rõhutada, et sünnituse ajal tuleb süüa kõike seda, mida arst või ämmaemand talle soovivad. Et

sünnitus on intensiivne töö, siis nõuab see pidevat energiavarude täiendamist.

Sünnitajale tuleb selgitada, kuivõrd tähtis on kusepõie tühjendamine sünnituse ajal. Urineerima peab vähemalt 2 tunni järel. Kusepõie seinas on hulgaliselt interoretseptoreid, kui lootepea rõhub täitunud kusepõiele, siis tekivad tugevad valud. Samuti takistab täitunud põis lootepea edasiliikumist, pikendades nii sünnituse kestust. Sageli lakkavad sünnitusvalud pärast põie tühjendamist.

Rasedale peab rääkima, kuivõrd kahjulikult mõjub kisa ja oigamine sünnituse ajal lootele ja sünnitustegevusele. Lõpuks õpetatakse selle õppuse ajal rasedale sünnituse ajal kasutatavald valutustamise võtteid.

Esimene võte. Tuhude ajal, kui sünnitaja tunneb ebamugavat tunnet alakõhus, tuleb sügavalt hingata (joonis 1.). Hingata rütmiliselt kogu kontraktsiooni vältel. Sisse- ja väljahingamised peavad toimuma füsioloogilise hingamise rütmis või veidi kiiremalt (kuni 30 hingamist minutis). Rasedale soovitatakse õppida kodus lamades õigesti rütmiliselt ja sügavalt hingama. Õppuse ajal selgitatakse, et sügav ja rütmiline hingamine on vajalik eelkõige loote pärast, kuna emaka kontraktsioonide ajal surutakse kokku platsenta veresooned, mistõttu loote hapnikuga varustamine sellel ajal halveneb.

Teine võte seisneb kõhu naha kerges silitamises tuhude ajal. Sünnitaja viib sõrmeotsad kõhu keskjoonele ülalpool häbemeliidust. Seejärel viib ta käed kerge silitusega kõhu külgmisele osale ja lõpetab silitamise naha piirkonnas (joonis 2.). Seda võtet tehakse samaaegselt rütmilise hingamisega - normaalselt 16 - 18 korda minutis. Väljahingamise ajal viiakse käed tagasi, puudutamata kõhunahka, veidi kõrgemale häbemeliidusest.

Teise valutustamise võtte olemuse selgitamiseks räägitakse rasedale Snegirjov-Head'i tsoonidest. Emakakehast lähtunud valuärritused lähevad seljaaju kaudu vastavatesse nahapiirkondadesse - esmise kõhuseina nahka aialpoole naba ja tu-

haratesse. Emakakaelalt lähtunud valusid tajutakse suurte ja väikeste häbememokkade, päraku ja lihkliha ümbruses.



Joonis 1.
Esimene valutustamise võte.



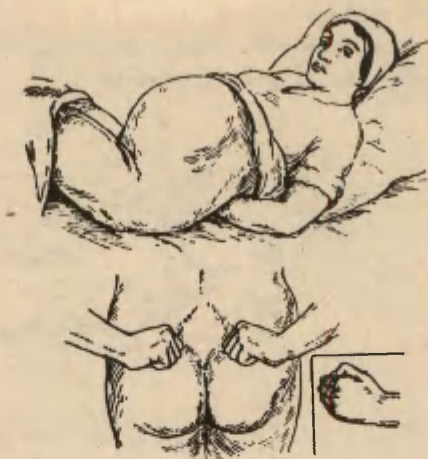
Joonis 2.
Teine valutustamise võte.

Kolmas võte. Kui tuhud muutuvad sagedaks (2-3 minuti järel), siis surutakse sõrmedega nn. valutustamise punktidele. Selleks asetatakse põidlad niudeluu eesmistele ülemistele ogadele ja ülejäänud sõrmed reite välistele pindadele. Iga tuhu ajal surutakse põialdega nendele punktidele või tehakse vibreerivaid liigutusi (joonis 3.).



Joonis 3.
Kolmas valutustamise võte.

Neljäs võte seisneb selles, et rusikas käed asetatakse Michaelise rombi külgmistele nurkadele ja surutakse nendele punktidele või lastakse vaagen vajuda rusikas kätele (joonis 4.). Seda võtet tehakse samaaegselt sügava hingamisega. Iga sissehingamise ajal puhatakse.



Joonis 4.
Neljas valutustamise võtte.

Vienda võtte kasutamisel lamab rase küljel, masseerides peopesaga ristлуу piirkonda (joonis 5.).

Neljas vestlus lõpeb eespooltoodud valutustamise võtete praktilise õppimisega.

Viiendal õppusel õpetatakse rasedale sünnituse teise (väljutus) ja kolmanda (päramiste) perioodi füsioloogiat ning sünnitaja käitumist nendel perioodidel. Õppust alustatakse jällegi selle selgitamisega, et füüsiline töö ei ole kunagi valulik, ükskõik kui raske ta ka ei oleks. Oluline on, et sünnitaja kasutaks väljutusperioodis oma jõuvarusid ökonoomselt. Mida rohkem ta on distsiplineeritud ja kasutab mõistlikult oma jõudu, seda kiiremini ta sünnitab. Selle õppuse käigus tuleb õpetada rasedat õigesti väitma ja hin-

gama. Naine teeb läbi praktilise õppuse, lamades kõval kušetil.



Joonis 5.
Viies valutustamise võte.

Kuues õppus on kokkuvõte. Sellel õppusel saab sünnituseks ettevalmistuv rase positiivse emotsionaalse orientatsiooni, mille sisuks on emarõõm. Rasedale valgustatakse emaka-saamist kõrge ja auväärse ülesandena. See on suur sündmus naise isiklikus elus, mis rikastab tema elu uue sisuga.

Füsiopsühhoprofülaktilise valutustamise meetodi efektiivsuse hindamine

Kohe pärast sünnitust antakse hin-

nanng füsiopsühhoprofülaktilise meetodi efektiivsuse kohta. Eraldi hinnatakse sünnitaja käitumist sünnituse ajal personali tähelepanekute järgi ja sünnitaja enda hinnangut

oma enesetunde ja aistingute kohta. Sünnituslukku märgitakse üldhinne 3. pallilises süsteemis sõnadega "täielik efekt", "osaline efekt", "efekt puudub".

Vead füsiopsühhoprofülaktilise meetodi läbiviimisel
Peamised vead, mis esinevad füsiopsühhoprofülaktilise meetodi läbiviimisel on järgmised.

1. Puudulik anamneesi tundmine.
2. Mitteküllaldane ja meetodiliselt vale rasedate ettevalmistamine sünnituseks.
3. Õppusi läbiviiva personali madal kvalifikatsioon või hoolimatu suhtumine oma tööülesannetesse.
4. Mitteküllaldane õppuste arv või liiga pikk intervall viimase õppuse ja sünnituse vahel.

VÕIMLEMISHARJUTUSED RASEDATELE

Füsioprofülakтика - see on ürituste kompleks, mis on suunatud organismi, tema närvisüsteemi, südameveresoonkonna ja teiste elundkondade tugevdamiseks. Füsioprofülakтика on sünnituse füsiopsühhoprofülaktilise ettevalmistuse üks olulisi komponente. Füsioprofülaktilise ettevalmistuse üheks koostisosaks on rasedate füüsiline ettevalmistus. Võimlemisharjutused koos teiste faktoritega, nagu õhk, päike ja vesi, toovad suurt kasu raseda organismile ja loovad sellega eeldused sünnituse normaalseks kulgemiseks. Süstemaatiliste võimlemisharjutuste sooritamisega saavutatakse organismi toonuse üldine tõus, paraneb organismi varustatus ja seoses sellega kogu organismi ja ühtlasi ka areneva loote varustatus hapnikuga. Võimlemisharjutused raseduse ajal valmistavad naist ette sünnituseks ja sünnitusjärgseks perioodiks, õpetavad teda juhtima oma hingamist ning kujundavad välja jõudude ratsionaalse kasutamise oskuse. Füüsiliselt hästi arenenud naised oskavad paremini hingata, mis omakorda loob paremad tingimused nii ema kui ka lapse varustamiseks hapnikuga. Võimlemisharjutuste planeerimisel rasedatele peab seda alati silmas pidama. Füüsilise ettevalmistuse eesmärgiks ei ole ainult tugevdada vaagnapõhja ja kõhumuskulatuuri, vaid kujundada ka oskust täielikult ja õigeaegselt muskulatuuri lõdvestada. See lühendab väljutusperioodi ja vähendab rebindite hulka.

Hästiarenenud kõhumuskulatuuriga naine tunneb raseduse ajal vähem seljavalusid, samuti on kõhuseinad treenitud sünnitajatel sünnituse järel vähem välja veninud. Kordussünnitajatel on võimlemisharjutuste peamiseks eesmärgiks kõhupressi tugevdamine.

Rasedate ettevalmistust tuleb alustada juba esimesest külastusest peale ja jätkata seda kuni 32. rasedusnädalani, kui algab spetsiaalne ettevalmistus.

Ühel esimestest külastustest tuleb rasedale selgitada võimlemisharjutuste tähtsust ning õpetada talle harjutusi, mida ta peab sooritama kodus iga päev. Rasedat tuleb veenda, et süstemaatiline võimlemisharjutuste sooritamine mõjustab soodsalt tema organismi seisundit, kindlustab talle hea enesetunde; kiire, kerge ja valututu sünnituse, aga samuti loote ja vastsündinu hea seisundi. Igal järgneval naiste nõuandla külastamisel ja raseda patroneerimisel ämmaemanda poolt on tingimata vajalik kontrollida, kui võrd õigesti ja hoolikalt rase sooritab ettenähtud võimlemisharjutusi. Kergus ja treenitus, millega rase sooritab võimlemisharjutusi, on tõendiks, et rase õppis tõepoolest ettenähtud harjutused hoolikalt ning sooritab neid korduvalt. Võimlemisharjutused jaotatakse kolme kompleksi, olenevalt raseduse ajast.

Esimane kompleks - rasedus kuni 20 nädalat (joonis 6). **Harjutus 1** (joonis 6a). Lähteasend: seis, jalad koos, käed kõrval. Sooritamine: tõsta käed üles - hingata sisse, käed langetada - hingata välja. Harjutust korrata 4 - 6 korda aeglases tempos.

Harjutus 2 (joonis 6b). Lähteasend: harkseis, käed kõrval. Sooritamine: tõsta käed üles - hingata sisse, keha painutus ette, puudutada kätega maad - hingata välja. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Harjutus 3 (joonis 6c). Lähteasend: istuda põrandal, jalad sirutatud, käed taga toengus. Sooritamine: keha pöörata paremale koos vasaku käe viimisega paremale põrandale - hingata välja; võtta lähteasend - hingata sisse. Harjutust



Joonis 6.

Esimene võimlemisharjutuste kompleks rasedatele.

teasend: põlvitus, jalad koos, käed kõrval. Sooritamine: istuda kandadele - hingata välja, tõusta põlvedele - hingata sisse. Korrata harjutust 4 - 6 korda.

korrata vaheldumisi vasakule ja paremale küljele 3 - 4 korda.

Harjutus 4 (joonis 6d).Lähteasend: selili, jalad sirutatult koos, käed kõrval. Sooritamine: tõsta jalgu - hingata välja, võtta lähteasend - hingata sisse. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Harjutus 5 (joonis 6e).Lähteasend: selili lamang, jalad sirutatult koos, käed kõrval. Sooritamine: painutada jalgu põlvedest - hingata sisse, tõsta pead ja keha ülemist kolmandikku - hingata välja, lasta alla - hingata sisse, sirutada jalad - hingata välja. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Harjutus 6 (joonis 6f).Lähteasend: toengpõlvitus. Sooritamine: sirutada vasak jalg taha üles ja parem käsi ette üles, painutada ristluu piirkonda (vöökohata) - hingata sisse; võtta lähteasend - hingata välja. Korrata harjutust vaheldumisi parema ja vasaku käe ja jalaga 3 - 4 korda.

Harjutus 7 (joonis 6g).Lähte-

Harjutus 8 (joonis 6h). Lähteasend: harkseis, käed kõrval. Sooritamine: viia käed sirgelt taha - hingata sisse; võtta lähteasend - hingata välja. Korrata harjutust 4 - 6 korda.



Joonis 7.

Teine võimlemisharjutuste kompleks rasedatele.

Teine kompleks - rasedus 20 - 32 nädalat (joonis 7).

Harjutus 1 (joonis 7a). Lähteasend: harkseis, käed kõrval. Sooritamine: käed viia rinna eest sirgelt külgedele - hingata sisse; võtta lähteasend - hingata välja. Korrata harjutust 4 - 6 korda.

Harjutus 2 (joonis 7b). Lähteasend: harkseis, käed kõrval. Sooritamine: toetudes tooli seljale, kükitada - hingata sisse, tõusta - hingata välja. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Harjutus 3 (joonis 7c). Lähteasend: istuda põrandal, jalad tugevasti laiali viidud, käed kõrval. Sooritamine: tõsta käed üles - hingata sisse, puudutada kätega vasaku ja parema jala labasid - hingata välja. Harjutust korrata 3 - 4 korda.

Harjutus 4 (joonis 7d). Lähteasend: selili lamang, jalad sirutatult koos, käed kõrval. Sooritamine: tõsta jalad üles, jalgade kääritamine umbes ühe minuti vältel.

Harjutus 5 (joonis 7e). Lähteasend: selili lamang, jalad sirutatult koos, käed kõrval. Sooritamine: jalgade kõverdamine põlvedest, kätega suruda põlved külgedele - hingata välja, võtta lähteasend - hingata sisse. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Harjutus 6 (joonis 7f). Lähteasend: külili lamang, käed kõrval, jalad sirutatult koos. Sooritamine: tõsta kätt ja jalga - hingata sisse, võtta lähteasend - hingata välja. Korrata harjutust vaheldumisi vasakul ja paremal küljel 3 - 4 korda.

Harjutus 7 (joonis 7g). Lähteasend: toengpõlvitus. Sooritamine: tõsta vasak käsi üles, vaade üles - hingata sisse; võtta lähteasend - hingata välja. Korrata harjutust vaheldumisi vasaku ja parema käega 3 - 4 korda.

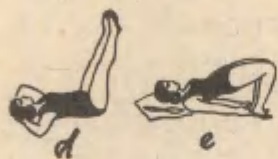
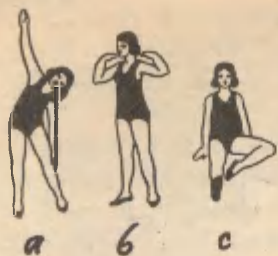
Harjutus 8 (joonis 7h). Lähteasend: harkseis, käed puusal. Sooritamine: painutada vasakut jalga põlvest - hingata sisse; sirutada - välja hingata. Korrata harjutust vaheldumisi vasaku ja parema jalaga 3 - 4 korda.

Kolmas kompleks, raseduse kestus 32 nädalast kuni sünnitu-
seni (joonis 8).

Harjutus 1 (joonis 8a). Lähteasend: harkseis, käed sirutatud külgedele õlgade kõrgusel. Sooritamine: kehapainutus vasakule, libistada vasak käsi alla mööda jalga, parem käsi tõsta üles - hingata sisse, võtta lähteasend - hingata välja. Korrata harjutust vaheldumisi paremale ja vasakule 3 - 4 korda.

Harjutus 2 (joonis 8b). Lähteasend: harkseis, käed küünarnukkidest painutatud, käelabad puudutavad õlgu. Sooritamine: sirutada käed - hingata sisse; painutada - hingata välja. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Harjutus 3 (joonis 8c). Lähteasend: istuda põrandal, jalad sirutatult koos, käed tagatoengus. Sooritamine: painutada vasakut jalga põlvest - hingata sisse; langetada põlv külje suunas - hingata välja. Korrata harjutust vaheldumisi parema ja vasema jalaga 3 - 4 korda.



Joonis 8.

Kolmas võimlemisharjutuste kompleks rasedatele.

langetada selg - hingata sisse. Korrata harjutust 4 - 6 korda.

Harjutus 4 (joonis 8d).Lähteasend: selili lamang, jalad sirutatult koos, käed asetatud pea alla. Sooritamine: tõsta sirutatud jalad üles - hingata sisse, langetada jalad - hingata välja. Korrata harjutust 4 - 6 korda.

Harjutus 5 (joonis 8e).Lähteasend: selili lamang, jalad põlvedest painutatult koos, kannad tuharate juures, käed kõrval. Sooritamine: tõsta vaagen üles - hingata sisse, langetada - välja hingata. Korrata harjutust 4 - 6 korda.

Harjutus 6 (joonis 8f).Lähteasend: selili lamang, jalad painutatult koos, kannad tuharate juures, käed kõrval. Sooritamine: viia põlved laiali külgede suunas, käed puusale - hingata sisse, võtta lähteasend - hingata välja. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Harjutus 7 (joonis 8g).Lähteasend: toengpõlvitus. Sooritamine: sirutada selg üles, langetada pea - hingata välja, tõsta pea üles,

Harjutus 8 (joonis 8h). Lähteasend; harkseis, käed kõrval.
Sooritamine: tõsta käed üles, sirutada selga - hingata sisse, võtta lähteasend - hingata välja. Harjutust korrata 4 - 6 korda.

Alates 32. või 33. rasedusnädalast viiakse rasedatele läbi psühhoprofülaktilised õppused, mis langevad ühte võimlemis-
harjutuste kolmanda kompleksiga.

MEDIKAMENTOOSSE SÜNNITUSE VALUTUSTAMINE

Psühhoprofülaktiline valutustamine ei ole efektiivne 10 - 30% sünnitajatest. Hoiduda niisugustel juhtudel medikamentoosest valutustamisest oleks ebaõige ning võiks põhjustada mõningail juhtudel koguni füsioloogilise sünnituse kulu muutmist patoloogiliseks.

Viimastel aastatel eelistatakse kodumaises sünnitusabis kombineerida psühhoprofülaktilist ja medikamentooset sünnituse valutustamist. Medikamidid valitakse järgmistest põhimõtetest lähtudes.

1. Medikamidid peavad omama küllaldast rahustavat, valutustavat toimet.
2. Nad ei tohi mõjuda sünnitajale kahjulikult. Normaalse sünnituse korral peab sünnitajal säilima teadvus, täisväärtuslik hingamine, on vajalik tema aktiivne osavõtt sünnitusest.
3. Medikamidid ei tohi osutada kahjulikku ja narkootilist toimet lootele, häirida loote vere normaalset oksügeniatsiooni.
4. Medikamidid ei tohi kahjustada normaalse sünnituse kulgu.

Medikamentoosiks valutustamiseks kasutatakse analgeetikume, kombineerides neid spasmolüütikumidega, trankvilisatoritega, antihistamiinsete preparaatidega ja ganglioblokaatoritega.

Uurides nimetatud gruppidesse kuuluvate ainete toimet emaka kontraktsioonidele, lootele, ema üldseisundile, on täheldatud üllatava valutustava efekti saavutamist koos sünnitustegevuse efektiivsemaks muutumisega, sünnitustegevuse düsregulatsiooni likvideerumisega, sünnituse kestuse lühenedemisega, operatiivsete vahelesegamiste vähenemisega, ema ja loote traumatismi vähenemisega. Seega sünnituse valutustamine on osa sünnitustegevuse regulatsiooni probleemidest.

Vastavalt 1963.a. Anufrijeva poolt koostatud instruktiivmetoodilise kirjale sünnituste valutustamise kohta, kuuluvad medikamentoossele valutustamisele kõik terved naised normaalse sünnikuluga, kui emakasuu on lahti 2 põiksõrme ja enam. Valutustavaid preparaate kasutades tuleb arvestada nende näidustusi, vastunäidustusi ja asjaolu, et mingi preparaadi suhtes võib esineda rasedal individuaalne ülitundlikkus. Seepärast jälgitakse valutustamise käigus sünnitaja üldseisundit, loote seisundit, sünnitustegevust. Medikamentidest tingitud kõrvalekaldumiste puhul edasine manustamine katkestatakse.

Järgnevalt vaatleme sünnituste valutustamiseks kasutatavaid preparaate ükshaaval. Põhilise rühma moodustavad analgeetikumid (promedool, isopromedool, lidool, tekodiin, pantopoon).

Analgeetilise toime kõrval on neil sünnitusabi seisukohalt negatiivne omadus - läbides platsentat ja tungides loote verre võivad nad esile kutsuda loote hingamistsentrumi depressiooni ja lapse sündimist asfüksias. Seepärast

- 1) manustatakse neid ainult avanemisperioodis;
- 2) korduvast kasutamisest võimalikult hoiduda, vajadusel võib korrata 4 - 6 tunni möödumisel;
- 3) kasutamine keelatud 3-4 tundi enne oodatavat sünnitust.

Selle rühma kõige enam kasutatavam preparaat on promedool (Promedolum). Omab tugevat analgeetilist toimet, on vähese toksilisusega, hea talutavusega, avaldab spasmolüütilist

mõju emakakaelale. Ordineeritakse 1 - 2 ml 2% lahust subkutaanselt, toime tuleb 10 - 15 minuti pärast ja kestab 2,5 - 3 tundi. Kasutatakse väga sageli kombinatsioonides spasmolüütiliste, neuropleegiliste, gangliolüütiliste ainete ja trankvilisaatoritega (andaksiin, trioksasiin).

Isopromedool (Isopromedolum). Omadustelt lähedane promedoolile. Sünnituse valutustamiseks manustatakse 1 ml 2% lahust subkutaanselt.

Lidool (Lidolum). Sünonüümid: Dolantin, Pethidine, Demerol, Isopekain, Eidolat. Sageli kasutatav, hinnatav sünnitusabis analgeetilise ja spasmolüütilise toime poolest. Manustatakse kas 3 ml 3% lahust või 2 ml 5% lahust subkutaanselt, võib kasutada küünalde või mikroklüsmidena annuses 0,1. Toime saabub 15 - 20 min. pärast ja kestab 2 - 3 tundi.

Tekodiin (Thecodinum). Sünonüümid: Eucodal, Dinarkon, Dihydrone. Tugeva lühikese analgeetilise toimega, ei nõrgenda sünnitustegevust. Manustatakse 1 ml 1% lahust subkutaanselt, valutustav efekt saabub 10 - 15 minuti pärast ja kestab 1-2 tundi.

Kuna nende analgeetiline toime on lühikene, kombineeritakse neid omavahel. Kõige sobivam on tekodiin koos lidooliga. Kui esimene annab tugeva analgeesia, siis teine mõjub spasmolüütiliselt. Ordineeritakse 1 ml 1% tekodiini + 3 ml 3% lidooli või 2 ml 5% lidooli.

Pantopoon (Pantoponum) on ballastainetest puhastatud oopium, sisaldab 50% morfiini ja rida teisi alkaloidide. Leiab vähem kasutamist normaalse sünnituse valutustamiseks, kuna nõrgendab ka sünnitustegevust. Manustatakse 1 ml 2% lahust naha alla või küünaldena Pantoponi 0,01-0,02. Butyri cacao 2,0. Toime kestab 1,5 - 2 tundi.

Analgeetilise toimega on ka palavikualandajad (antipüriin, amidopüriin, analgiin, aspiriin). Nad sobivad kasutamiseks avanemisperioodis kas puhtal kujul või mitmesugustes kombinatsioonides (atropiiniga).

Mõned kõige enam levinud retseptid:

Antipyriini 0,5-1,0 per os, võib korrata 2 - 3 tunni pärast.
Amidopyriini 0,3-0,5 per os, võib korrata 2 - 3 tunni pärast.

Analgiini 0,3-0,5 per os või Sol. Analgiini 50% 1,0 subkutaanselt või Analgiini 1,0, Butyri cacao 2,0 küünaldena.

Rp. Antipyriini 0,3
Extr. Belladonnae 0,02
Butyri cacao 2,0
M.D.S. pärasooleküünal

Rp. Extr. Belladonnae 0,02
Pantoponi 0,02
Antipyriini 0,3
Butyri cacao 2,0

Küünlaid võib korrata 3 - 4 tunni möödumisel.

Võib kasutada mikstuure:

Rp. Sol Natrii bromidi 8 (10,0)
Pyramidoni 5,0
Tr. Valerianae 10,0
Aq. destillatae 180,0
M.D.S. 1-supil. x 3.

Analgeetikumide kõrval omavad sünnituse valutustamisel suurt praktilist tähtsust spasmolüütikumid. Niisugused ained soodustavad emakakaela kiiremat ja kergemat avanemist normaalse sünnituse korral ja lühendavad sünnituse kestust. Eriti on nad vajalikud emaka ja tema alumise segmendi hüpertoonuse korral. Terapeutilistes doosides ei avalda kahjulikku mõju emale ega lootele.

Spasmolüütilist toimet omab rida analgeetikume (promedool, lidool). Allpool käsitleme veel mõningaid, oma põhitoomelt spasmolüütilisi preparaate.

Papaveriin (Papaverini hydrochloridum). Müitroopne spasmolüütikum. Manustatakse suu kaudu tablettides 0,015-0,02 x 3 päevas, küünaldes 0,02-0,1 naha alla ja lihastesse 2% lahust 1-2-3 ml. Sünnitusabis on tuntud papaveriinilikköõri retsept.

Rp. Papaverini hydrochloridi 0,02
Extr. Belladonnae 0,02
Spir. vini 15,0
Sirupi simplicis 20,0
M.D.S. üheks korraks.

On mõeldud kasutamiseks avanemisperioodis.

Atropiin (Atropini sulfas). Neurotroopne spasmolüütikum, halvab parasümpaatilisi närvilõpmeid, vähendab näärmete sekretoorset tegevust, laiendab silmaava, erutab ja kiirendab südame tegevust, erutab hingamiskeskust. Manustatakse enamasti subkutaanselt 0,5-1 ml 0,1% lahust. Veeni ordneeritakse teda premedikatsioonina enne narkoosi, harva tuharseisudega sünnituste vastuvõtmisel. Ühekordselt veeni manustatava atropiini hulk sõltub pulsi sagedusest. Atropiiniga sarnase toimega on belladonna preparaadid. Belladonna ekstrakti võib manustada mikstuurides, pulbrites, küünaldes. Ühekordne doos 0,01 - 0,02 g. Ööpäevane 0,15 g. Kasutatakse tavaliselt kombineeritult rahustavate, valutustavate või sünnitegevust stimuleerivate ainetegega avanemisperioodis:

Rp. Extr. Belladonnae 0,15
Amidopyrini 1,5
Natrii bromidi
Tr-ae Valerianae $\bar{a}\bar{a}$ 3,0.
Aq. destill. 180,0.
M.D.S. 1 supilusikatäis x 3 sisse võtta.

Rp. Extr. Belladonnae
Promedoli ää 0,02
Chinini hydrochloridi 0,2
Proserini 0,0035
Barbamyli 0,1
Butyri cacao 1,5
M.D.S. küünal.

Kasutamist leiavad uued neurotroopsed spasmolüütikumid -
aprofeen ja tifeen.

Aprofeen (Aprophenum). Omab spasmolüütilist, valutusta-
vat ja sünnitustegevust stimuleerivat toimet. Tugevam ti-
feenist. Teda manustatakse naha alla või lihastesse doosis
1 ml 1% lahust. Sama suurt hulka võib süstida ka emakakae-
la.

Tifeen (Tiphenum). Süstitakse subkutaanselt või intra-
muskulaarselt 2 ml 1 - 2% lahust.

Väga efektiivne on viimatinimetatud preparaate kasutada
koos promedooliga. Tugevneb valutustav ja spasmolüütiline
toime. Promedooli koos aprofeeni või tifeeniga võib kasu-
tada subkutaanselt, võib aga viia emakakaela eesmise huul-
de. Seda tehakse järgmiselt: ampull lidaasi (64 üh.) la-
hustatakse 3 - 5 ml 0,5% novokaiini lahuses, viiakse emaka-
kaela, oodatakse 2 - 3 min., siis sama nõela kaudu süsti-
takse kas promedooli ja aprofeeni või promedooli ja tifee-
ni segu. Tulemusena lüheneb sünnituse kestus.

Välismaistest spasmolüütikumidest on Nõukogude Liidus ka-
sutatud Šveitsi preparaati pslerooli. Seda neurotroopset
spasmolüütikumi kasutatakse sünnituse I perioodis annuses
2,5 ml intramuskulaarselt. On eriti näidustatud düskoordi-
neeritud sünnitustegevuse korral, emakakaela rigiidsuse,
vaagnaltsseisude korral, vanadel esmassünnitajatel, soovi-
tatakse ka stimulatsiooni läbiviimisel. Kui esineb sünni-
tustegevuse nõrkus, kasutatakse koos oksütotsiiniga.

Prantsuse preparaati spasmaverliini ordineeritakse 2 ml int-

ramuskulaarselt või intravenoosselt, võib kasutada ka küünaldena või emakakaela manustatuna. Eriti soovitatakse teda kasutada tuharseisude korral II perioodi alguses. Käte ja pea vabastamine on siis lihtne.

Gangleroon (Gangleronum), Spasmolüütilise, kohalikult anesteeriva toimega. Manustatakse intramuskulaarselt ja naha alla 1 - 3 ml 1,5% lahust.

Sünnituse valutustamiseks on soovitatud ka vitamiine. Juba 1944.a. soovitas R.L.Šub kasutada selleks otstarbeks vitamiin B₁. See vitamiin 1) normaliseerib süsivesikute ainevahetust, soodustab glükogeeni sünteesi ja deponeerumist maksa, lihastesse ja ajukoosse - sellega luuakse vajalik energeetiline varu aktiivseteks emakakontraktsioonideks ja kõhupressi tegevuseks sünnituse ajal; 2) soodustab atsetüülkoliini sünteesi; tugevdab koliinergilisi reaktsioone sünnitaja organismis; 3) vitamiin B₁ nõrgendab erutusprotsesse tsentraalses ja perifeerses närvisüsteemis.

Vitamiin B₁ manustamise viisid (R.L.Šub):

- 1) avanemisperioodi alul süstitakse intramuskulaarselt 60 mg vitamiini, vajadusel lisatakse täiendavalt 40 mg;
- 2) manustatakse avanemisperioodis suu kaudu 50 mg kaupa tunniaegsete vaheaegade järele - kokku 150 mg;
- 3) sünnitustegevuse alul süstitakse vitamiin B₁ 60 mg, B₆ 60 mg ja B₁₂ 500 g, kokku 1-2 x intramuskulaarselt;
- 4) vitamiin B₁ on soovitatud määrata rasedatele 1 kuu enne sünnitust iga päev 30 mg 2 - 3 x päevas (D.A.Vernratskaja). Pärast niisugust ettevalmistust sünnitus kulgeb kiiremini, kergemini ja väiksemate valudega.

Järgmisena käsitleme trankvilisaatoreid (tranquillare - rahustan). Niisuguse üldise nimetuse alla kuuluvad tsentraalsele närvisüsteemile rahustavat mõju avaldavad preparaadid, mille hulgas on aga oma toimemehhanismilt ja iseloomult väga erinevaid aineid.

Viimaste seisukohtade järgi ühendatakse selle nimetuse alla neuroleptikumid ehk suured trankvilisaatorid (aminaasiin, propasiin, mepasiin jt.) ja ataraktiilsed ained ehk

väikesed trankvilisaatorid (meprotaan, trioksaasiin).

Aminasiin (Aminazinum). Sünonüümid: Ampliactil, Amplictil, Chlorpromazine, Hibanil, Hibernil, Largactil, Megaphen, RP 4560, Propaphenin, Plegimazin, Thorazine, Winteramin jt. Aminasiin on üheks tähtsamaks esindajaks neuroleptikumide grupis. Need on sedatiivse toimega fenctasiinrea preparaadid, mis avaldavad keerulist ja mitmekülgsset mõju tsentraalsele närvisüsteemile. Üheks põhiliseks aminasiini toimeks on omapärane rahustav toime (trankvilisatoorne toime). See seostub skeletimuskulatuuri vähese liikumisaktiivsusega ja lõdvenemisega. Hirm ja teised emotsioonid vähenevad. Vastavates doosides areneb seisund, mis läheneb füsioloogilisele unele.

Aminasiin tugevdab narkootikumide, uinutite, analgeetikumide ja lokaalselt anesteseerivate ainete mõju. Omab kasvavastast, krambivastast toimet, alandab kehatemperatuuri. Aminasiinil on adrenolüütiline, kolinolüütiline, antihistamiinne ja vähene analgeetiline toime.

Adrenolüütilise toime tõttu (aminasiini manustamise järgselt adrenaliini ja noradrenaliini pressoorne toime väheneb) laiendab aminasiin perifeerseid veresooni. Tulemusena alaneb vererõhk, rohkem süstoolne, vähem diastoolne, väheneb pulsirõhk, tõuseb pulsisagedus. Võimalikud kollaptoidsed reaktsioonid.

Aminasiini manustatakse suu kaudu, lihastesse ja veeni. Ühekordne doos 25 - 50 mg. Veeni manustamine aminasiini 25 - 50 mg koos 40% glükoosilahusega aeglaselt. Parenteraalsel manustamisel võivad tekkida ortostaatilise kollapsi nähud. Seepärast on vajalik pärast aminasiini parenteraalset manustamist lamada 1-1,5 tundi. Kõrvaltoimed: kudede ärritus, allergiline lööve, maksa kahjustus, ortostaatiline kollaps.

Vastunäidustused: maksa- ja neeruhaigused, vereloome funktsiooni häired, hüpotoonia ja südame puudulikkus.

Sünnitusabiks leiab aminasiin kasutamist nefropaatia, preeklampsia, eklampsia ravis ja sünnituste valustamisel.

Terapeutilises doosis ei mõjusta sünnitustegevust. Normaalse sünnituste valutustamisel piirdatakse 25 mg aminasiiniga (1 ml 2,5% lahust), mida süstitakse intramuskulaarselt, ühekordselt avanemisperioodi esimesel poolel emaka suudme avatuse korral 2-2,5 sõrme. Umbes 20 minuti pärast saabub unisus, motoorne rahunemine, vererõhk alaneb 10-20 mmg võrra. Toime kestab 6-8 tundi.

Aminasiini võib kasutada üksinda või koos analgeetikumidega, kõige parem koos promedooliga.

Aminasiini manustamisest on soovitatav hoiduda avanemisperioodi lõpul ja väljutusperioodis juhtudel, kui võib karta emaka verejooksu päramiste perioodis või varapuerpeeriumis. Põhjuseks on aminasiini võimalik verehübimist aeglustav toime ja verekaotuse foonil hüpotoonia, kollapsi tekkimine.

Propasiin (Propazinum). Sünonüümid: Promazine, Sparine, Verophen, Prozine, Protactyl, Centractil. On vähem toksiline ja omab tugevamat antihistamiinset toimet võrreldes aminasiiniga. Muus osas väga sarnane viimasega. Sobiv kasutada nefropaatia, preeklampsia ja eklampsia raviks ja sünnituste valutustamiseks samadel tingimustel kui aminasiin. Manustatakse suu kaudu, intramuskulaarselt ja intravenoosselt. Sünnitusabis kõige sagedamini kasutatakse intramuskulaarseid süsteid annuses 1 - 2 ml 2,5% lahust. Preeklampsia, eklampsia korral süstitakse intravenoosselt 1 - 2 ml 2,5% propasiini lahustatuna eelnevalt 10 - 20 ml 40% glükoosi või isotoonilises NaCl lahuses aeglaselt. Propasiini parenteraalne manustamine peab toimuma lamades (ortiststaatilise kollapsi oht), peale süstimist vajalik lamada 1,5-2 tundi.

Neuroleptikum on ka Mepasiin (Mepazinum). Sünonüümid: Lacumin, Pacatal, Paxital. Aminasiiniga sarnaselt omab trankviliseerivat, hüpatensiivset, mõõdukat adrenolüütilist, m-koliinolüütilist, spasmolüütilist ja antihistamiinset toimet, tugevdab narkootikumide, uinutite, analgeetiliste ja anesteerivate ainete mõju. Alandab veidi kehatempera-

tuuri. Ei tekita ortostaatilist kollapsit. Manustatakse sünnitusabis samadel näidustustel ja samal viisil kui eelmine (aminaain ja propasiin). Ühekordne annus 25 - 50 mg. Edasi vaatleme ataraktikume ehk väikseid trankvilisaatoreid (meprotaan, trioksaasiin). Need preparaadid avaldavad samuti rahustavat mõju tsentraalsele närvisüsteemile, tugevdamad uinutite, narkootikumide ja analgeetiliste ainete mõju, vähendavad stressreaktsiooni. Ei mõjuta vegetatiivseid tsentrume ja (erinevalt eelmisest rühmast) terapeutilises annuses ei oma kõrvaltoimeid.

Meprotaan ja trioksaasiin sobivad laialdaseks kasutamiseks foonina valutustavale ravile kergesti erutuvaile sünnitajatele.

Meprostanum. Sünonüümid: Andaxin, Meprobamate, Tranquisan. Omab rahustavat ja ka mõningat spasmolüütilist toimet emakakaelale. Manustatakse tablettides ä 200 mg, keskmine annus 2 - 3 tabletti korraga. Praktika on näidanud, et selline doos sissevõetuna ei avalda kahjulikku mõju lootele ega häiri sünnitustegevust. Toime saabub 20 - 30 minuti pärast ja kestab 2 - 3 tundi. Soodne on kombineerida andaksiini promedooliga: 2 ml 2% promedooli subkutaanselt + andaksiini 200 või 400 mg peroraalselt. Tulemusena pikeneb promedooli valutustav toime kahekordselt.

Trioksaasiin (Trioxazin). Toime analoogiline eelmisega. Avanimisperioodis manustatakse 2 - 3 tabletti, s.o. 200 - 600 mg peroraalselt.

Kuna trankvilisaatorid mõjuvad rahustavalt, kõrvaldavad hirmu, erutuse, sisemise pinget, soodustavad rahulikku, tasakaalustatud käitumist, efektiivselt pidurdavad negatiivseid emotsioone, siis on soovitatav nendega läbi viia enne sünnitust ettevalmistav kuur. Umbes nädal aega enne sünnitust võtta sisse 1 tablett (200 mg) kolm korda päevas. Sünnitusmajja saabudes võib vajadusel ordineerida veel 2 tabletti (400 mg) ja kui avanemisperiood venib, võib manustada veelkordselt 2 tabletti (400 mg).

Järgnevalt vaatleme tuntumate antihistamiinikumide (Dimed-

rool, Diprasiin, Etüsiin) kasutamist sünnituste valutustamisel.

Antihistamiinikumid omavad rahustavat, nõrka uinutavat, spasmolüütilist, antihistamiinset toimet, tugevdavad uinutite, narkootiliste ainete mõju.

Võrreldes neuroleptikumidega omavad üldiselt nõrgemat rahustavat toimet, kuid on ka vabad viimastele omastest puudustest (juhtimatu hüpotoonia, kollaps). Sobivad hästi kasutada sünnituste valutustamiseks avanemisperioodi I poolel koos promedooliga intramuskulaarselt.

Dimedrool (Dimedrolum). Sünonüümid: Allergan B, Benadryl, Benzhydraminum, Diphenhydramini hydrochloridum. Ordineeritakse 0,025 - 0,05 g 1 - 3 x päevas, intramuskulaarselt ja intravenoosselt kuni 1 ml 1% lahust.

Biprasiin (Biprazinum). Sünonüümid: Pipolphen, Allergan, Atosil, Phenergan, Promethazini hydrochloridum). Manustatakse suu kaudu 0,025 g 2 - 3 x päevas, intramuskulaarselt ja intravenoosselt 1 - 2 ml 2,5% lahust.

Etüsiin (Aethyzinum). Sünonüümid: Anergan, Lisergin, Phenethazine. Manustatakse suu kaudu 0,025 g 2 - 3 x päevas, intramuskulaarselt või intravenoosselt 5 - 10 ml 0,5% lahust. Vastunäidustatud maksa- ja neeruhaigetele.

Sünnitusabis on viimasel ajal kasutamist leidnud ka ganglioblokeerivad ained. Need on ained, mis blokeerivad vegetatiivseid (nii sümpaatilisi kui ka parasümpaatilisi) ganglione ja takistavad kesknärvisüsteemist tulevatele impulsidel efektoorsesse organisse pääseda. Tänu veresooni ahendavate sümpaatiliste ganglionide blokaadile tekib veresoonte laienemine ja vererõhu alanemine. Parasümpaatiliste närvide kaudu saabuvate impulsside pidurdamine viib seedetrakti motoorika nõrgenemisele ja sekretsiooni vähenemisele, näärmete sekretsiooni vähenemisele, südamesageduse tõusule, kusepõie toonuse alanemisele. Gangliolüütikumid vähendavad adrenergiliste ainete eritumist ja põhjustavad reflektorsete pressoorsete reaktsioonide nõrgenemist. Gangliolüütikumid ei avalda pidurdavat mõju M-koliinreak-

tiivsetele süsteemidele. Vastupidi - pärast gangliolüütikumide poolt esile kutsutud farmakoloogilist "denervatsiooni" erutatavus perifeersetes postsünaptilistes struktuurides tõuseb ja atsetüülkoliin, noradrenaliin ning adrenaliin avaldavad tugevamat toimet. Viimase asjaoluga seletatakse emaka kontraktsioonide tugevnemist gangliolüütikumide toimet. Ebasoovitavaks efektiks on normaalse närvi-regulatsiooni häirumine. Veresoonte valendiku sümpaatilise regulatsiooni häirumine viib ortostaatilisele hüpotensioonile. Parasümpaatilise regulatsiooni häire võib esile kutsuda nägemise akommodatsiooni halvatuse, kuivuse suus, kõhukinnisuse ja kusepõie tühjenemise peetuse.

Sünnitusabis on hinnatav gangliolüütikumide hüpotensiivne ja sünnitustegevust stimuleeriv toime. Nad on sobivad kasutamiseks rasedushilistoksikooside raviks ja sünnituse valutustamiseks nefropaatiat ja hüpertooniat põdevatel sünnitajatel.

Ettevaatust ganglioblokaatorite manustamisel! Patsiendid peavad lamama enne ravimi manustamist ja veel 2 tundi pärast seda. Selle aja vältel on vajalik patsiendi üldseisundi, vererõhu ja pulsi hoolikas jälgimine. Ortostaatilise kollapsi nähtude ilmnemisel tõstetakse patsiendi jalad kõrgemale, süstitakse kas mesatooni, noradrenaliini või efedriini väikestes doosides, kordiamiini. Ganglioblokaatorid läbivad ka platsentabarjääri. Kirjanduse andmetel võib vastsündinutel nende kasutamise tulemusena sünnituse ajal tekkida paralüütiline ileus. See on ka põhjuseks, miks meie ei soovita ganglioblokaatoreid kasutada sünnituse valutustamiseks.

Vastunäidustaseks on orgaaniline südamelihase kahjustus, hüpotoonia, tromboos.

Pentamiin (Pentaminium). Sünonüümid: Azamethonium bromide, Pendiomid. Sünnituse käigus manustatakse intramuskulaarselt, doosi vajalik individualiseerida. Kasutatakse 5% lahust. Alustatakse doosist 0,4 ml 5% lahust (0,02 g) ja hea talutavuse korral tõstetakse annust 2 - 3 ml-ni 5% lahust

(0,1 - 0,15 g). Süsteid teostatakse 2 - 3 korda päevas. Dimekoliin (Dimecolinum). Kasutatakse sünnitustegevuse intensivistamiseks hüpertooniaga sünnitajatel, kui kaasneb nefropaatia. Sobib rasedushilistoksikooside raviks ainult statsionaarsetes tingimustes. (Viimatimainitud tingimus käib ka eelmiste gangliolüütikumide kohta). Vastunäidustused ja tüsistused sarnased eelmiste ravimitega. Manustamine ainult haige lamades! Manustatakse suu kaudu, intramuskulaarselt, subkutaanselt. Ravikuuriks hilistoksikooside korral 0,5 - 1 ml 1% lahust 2 x päevas 4 - 7 päeva jooksul. Sünnitustegevuse stimuleerimiseks intramuskulaarselt 1 ml 1% lahust ühekordselt või korduvalt 1 - 2 tunni järel. Üksikutel juhtudel esineb väga äge arteriaalse rõhu langus. Isopriin (Isoprinum). Sünonüümid: Diprin. Manustatakse samuti nefropaatikuile sünnituse ajal. Manustamine per os, naha alla, lihastesse 1 - 3 ml 2 või 3% lahust. Suu kaudu doosis 0,025 - 0,05 g 2 - 3 x p. Vastunäidustused ja tüsistused eelmiste ravimitega sarnased. Peale mainitute kasutatakse veel isoveriini (Isoverinum) 5% lahust 1,0, dikoliini (Dicolinum) 1% lahust 1 - 2 ml jt.

Kirurgias ja anesthesioloogias kasutatakse gangliolüütikume intravenoosselt juhitava hüpotoonia saavutamiseks. Sünnitusabis kasutatakse umbes sama põhimõtet raskete nefropaatikute sünnituse juhtimisel. Ganglioblokaatori intravenoosel doseeritud manustamisel alandatakse kõrgeenenud vererõhk normaalseni ja sünnitus juhitakse lõpuni konservatiivselt. Preparaatidest eelistatakse arfonaadi (Arfonad) kui lühitoimelist gangliolüütikumi. Meetodika on järgmine: seatakse üles tilkinfusioon intravenoosseks manustamiseks. Valmistatakse arfonaadi 0,05% lahust 5% glükoosis (arfonaadi ampull sisaldab 250 mg kuivainet). Arfonaadi tilgutatakse aeglaselt, alustatakse 8 - 10 tilgast minutis ja kontrollitakse vererõhku iga 5 minuti järel. Vererõhku ei lasta langeda alla normaalsete väärtuste. Tilkinfusiooni kestus võib olla mitu tundi. Infusiooni kat-

kestamisel taastub endine vererõhk 10 minuti jooksul.

Tähelepanu! Me ei soovita noortel arstidel kasutada tugevatoimelisi gangliolüütikume normaalse sünnituse valutustamiseks. Näidustuseks jäägu nefropaatikute ravi sünnituse vältel.

Me ei soovita kasutada ka kombinatsioone: neuroleptikum + ganglioblokaator (oht juhtimatu hüpotoonia tekkeks).

Siiski on sünnituse valutustamisel perspektiivne kasutada segusid erineva toimega ainetest. Nii saab mõjuda vegetatiivsele ja tsentraalsele närvisüsteemile nende mitmetes lülides, mõjutada soodsalt sünnitusprotsessi ja kasutada aineid vähendatud doosides. Viimane asjaolu on kasulik nii emale kui ka lapsele.

A.G.Gusseinov soovitab järgmist segu:

Rp. Aminazini 0,2

Dimedroli 0,2

Promedoli 0,2

Apropheni 0,1 seu Tipheni 0,1, seu Atropini sulfati 0,005

Vitamiini B₁ 0,6

Novocaini 0,1

Aq. bidestill. 10,0 (steriliseerida).

Segu on mõeldud 10 süstimiseks, intramuskulaarselt.

Manustatakse 1 ml I perioodis, kui emakasuu avatud 2 - 2,5 sõrme, 15 - 20 min. hiljem sünnitaja langeb unisesse seisundisse, suu kuivab, valud vähenevad või katkevad, tunded kestavad edasi, tugevnevad, muutuvad pikemaks, koordineeritumateks. Oksendus ja iiveldus lakkavad, teadvus säilib, pulss jääb muutumatuks, hingamine muutub ühtlasemaks, sügavamaks. Toime kestus 4 - 5 tundi.

Pikaajaliste sünnituste korral, sünnitustegevuse nõrkuse korral ja raseduse II poole toksikooside korral manustatakse nimetatud segu 2 ml koos 2 - 3 ml verega, mis võetakse sünnitaja verest. Sel juhul tekib valgu depoo, kust

neuropleegilised ja spasmolüütilised ained imenduvad aeglaselt ja valutustav efekt pikeneb.

Järgnevalt käsitleme narkootikumide kasutamist sünnituste valutustamisel. Materjali jaotame 2 ossa: 1) sünnitusabi ravinarkoos ja 2) analgeesia naerugaasi või trileeniga.

Sünnitusabi ravinarkoos

Selle all mõistetakse pindmist III₁ staadiumis narkoosi kasutamist 2 - 3 tunni vältel sünnitajale puhkuse ja une andmise sihiga. Seda menetlust kasutatakse väsinud sünnitajate, pikaleveninud sünnituste korral, mis võivad olla tekkinud pika preliminaarse perioodi, sünnitustegevuse primaarse nõrkuse tõttu. Väsinud sünnitajale sünnitustegevuse stimulatsiooni rakendamine ei ole efektiivne. Puhkuse andmine viib sageli sünnitustegevuse normaliseerimisele ilma täiendavate menetlusteta. Seda seletatakse asjaoluga, et puhkus murrab läbi suletud ringi: sünnitustegevuse nõrkus - väsimus - neuroos - üha süvenev sünnitustegevuse nõrkus.

Praegusel ajal võib sünnitusabi ravinarkoosi läbiviimiseks kasutada 3 moodust.

1. Pindmine eeterinarkoos. Premedikatsiooniks kasutatakse promedool + pipofeen (või dimedrool) + atropiin. 15 - 20 min. pärast antakse masknarkoosina hingata eetrit 5 - 6 mahuprotsenti. Narkoosi kestus 40 - 60 minutit, pärast seda magab sünnitaja veel 1 - 1,5 tundi. Vana ravimenetlus, viimasel ajal harva kasutatav. Tüsistuse-na võib emal tekkida oksendamine, aspiratsioon ja lootel asfüksia.

Hoopis soodsam on eetri asemel kasutada uusi intravenoosseid narkootikume, mis oma keemiliselt koostiselt on lähedased organismi loomulikele metaboliitidele. Need on γ - oksüvõihappe naatriumsool (GOMK) ja steroidnarkootikum - hüdroksidioon (viadril, presureen, predion). Nimetatud preparaatide eeliseks on omadus kutsuda esile und, mis meenutab füsioloogilist und, suur terapeutiline laius ja vähene toksilisus.

Järgnevalt esitame nende manustamisviisi, näidustused ja vastunäidustused, mis on väljatöötanud B.I.Grinberg Üleliidulisest Sünnitusabi ja Ginekoloogia Instituudist.

2. Narkoos GOMK-iga. Intravenooset narkoosi tohib teha ainult anestezioloog või öde-anestesist anestezioloogi kontrolli all. Anestesist peab kogu narkoosi vältel sünnitaja juures viibima, jälgima tema üldseisundit, hingamist, kontrollima vererõhku, pulssi. On soovitatav, et patsient poleks vahetult enne söönud. Enne narkoosi tühjendab kusepõie. Narkoosi antakse sünnitajale voodis - kas sünnituseeltoas või vaikemas eraldatud ruumis. Sünnitajale selgitatakse narkoosi olemust. Soovitatakse narkoosi ajal lamada küljeli asendis. Premedikatsiooniks kasutame 1 ml 2% promedooli + 1 ml 2,5% pipolfeeni või dimedrooli 10 - 15 minutit enne narkoosi. GOMK-i doos on 50 - 65 mg/kg-le - keskmiselt 3 - 4 g kuiva ainet. Preparaati kasutatakse 20% lahusena, seega lahust tuleb umbes 15 - 20 ml. Mainitud kogusele lisatakse sama hulk 40% glükoosi. Kokku saadakse süstelahust 30 - 40 ml. Süstitakse intravenooselt, aeglaselt kuni 10 minuti vältel oksendamise ja lihaste tõmbluse vältimiseks. Süstimise lõpuks uinub sünnitaja rahulikku, näiliselt füsioloogilisse unne 2 - 3 tunniks, mille vältel sünnitustegevus kestab edasi. GOMK ei mõju kahjulikult lootele. Vastupidi, ta pikendab aju- ja südamekoe vastupidavust hüpoksia tingimustes. Vastunäidustusteks on epilepsiaga sünnitajad, kõrge vererõhuga, südame arütmiatega, eriti kalduvusega bradükardiatele.
3. Narkoos Viadrilil G-ga. Kõik, mis on GOMK-i juures räägitud narkoosi läbiviimise üldisest korraldusest, kehtib ka siin. Premedikatsiooniks 15 - 20 minutit enne narkoosi kasutatakse 1 ml 2% promedooli. Viadrilili ordineeritakse doosis 15 - 20 mg/kg, keskmiselt 0,8 - 1 g ainet. Süstitakse 2,5% lahusena 3 - 5 minuti jooksul intravenoos-

selt, eelnevalt kehatemperatuurini soojendades. Et on oht flebitide tekkimiseks, siis süstitakse suuremasse veeni ja hiljem sinna enam ravimeid ei manustata. Sünnitaja uinub rahulikku unne. Sünnitustegevus kestab, normaliseerub, emakakaela avanemine kiireneb ja sünnituse üldkestus reeglina lüheneb. On esinenud juhtumeid, kus naine magades sünnitab.

Viadriili eeliseks on tema spasmolüütiline ja antiko-liinesteraasne toime, alandab vererõhku 10 - 20 mmg. On näidustatud sünnitajatele nefropaatiaga ja hüpertooniaga. Vastunäidustuseks on hüpotoonia ja kalduvus trombiide tekkimisele.

Viadriili suur terapeutiline laius, vähene toksilisus, analgeetilised ja spasmolüütilised omadused lubavad teda kasutada ka sünnituse valutustamiseks. Manustatakse teda emakakaela avatuse korral 2 - 3 sõrme, intravenoosselt annuses 500 mg kuivainet lahustatuna 20 ml-s 5% glükoosis. Sünnituse kestus sel puhul lüheneb tunduvalt - 10 tunnini esmassünnitajatel ja 7 tunnini korduvsünnitajatel (R.I. Kalganova ja E.P. Svadžjan, 1968).

Ka mõned inhalatsiooninarkootikumid on sobivad sünnituse valutustamiseks.

Trileen (narkogeen, triklooretüleen)

Ta on hinnatav seetõttu, et annab väikestes kontsentratsioonides 0,5 - 0,7 mahuprotsenti sissehingatuna (analgeesia staadium) küllaldase valutustava efekti. Samal ajal säilib osaliselt teadvus, ei häiru enesekontroll ega katke sõnaline kontakt. Ettevaatust! Suur kontsentratsioon võib osutada toksiliseks nii emale kui ka lootele.

Trileeni manustatakse kas koos hapnikuga (aparaadiga HA777-60) või segus õhuga. Võib teostada autoanalgeesiat. Kumulatiivse toime vältimiseks hingab sünnitaja trileeni vaheaegadel ainult tuhude ajal. Iga 30 minuti järel katkestatakse trileeni sissehingamine 5 - 7 minutiks. Valutustamine trileeniga ei tohi ületada

4 - 5 tundi. Väljutusperioodi alguses analgeesia katkestatakse. Sünnitustegevus trileeni mõjul ei nõrgene.

On vastunäidustatud südamehaigetel juhtehäiretega, raske-
tel rasedustoksikoosi ja kroonilisi neeruhaigusi põdevatel
haigetel.

Naerugaas - Dilämmastikoksiid - N_2O

Sünnitusabi seisukohalt on N_2O parim anesteetikum. Kui hü-
poksia faktor välja lülitada (see tähendab, O_2 tuleb anda
koos N_2O -ga mitte alla 20%), siis N_2O ei avalda mitte min-
gisugust toksilist mõju sünnitajale ega lootele, ei häiri
emaka mootorikat. Ainult 50 - 60% N_2O -st tungib läbi plat-
senta. Praktiliselt puuduvad vastunäidustused N_2O kasuta-
miseks.

Praktikas kõige sobivamaks medikamentoosse valutustamise
mooduseks on autoanalgeesia $N_2O + O_2$. Autoanalgeesiat võib
alustada emakakaela avatuse korral 1,5-2 sõrme. Metoodika
on järgmine: sünnitajale selgitatakse lühidalt $N_2O + O_2$
analgeesia olemus ja jutustatakse, mida ta tunneb naerugaa-
si sissehingamisel. Õpetatakse sünnitajat haarama maski,
suruma seda tihedalt näo vastu ja alustama sissehingamist
momendist, kui patsient tunneb tuhu saabumist. $N_2O + O_2$
sissehingamine kestab tuhu lõppemiseni. Ei ole vaja karta
narkoosi liigset süvenemist, sest sellisel juhul, enese-
kontrolli kadumisel, laseb sünnitaja maski lahti. Välis-
õhu sissehingamisel ta aga momentaalselt virgub.

Valutustamise algul valitakse sobiv N_2O kontsentratsioon.
Esimeste harvade tühude korral tuleb kasutada mõnikord
kõrgemat gaasikontsentratsiooni (kuni 75% N_2O), sest tuhu-
de vaheaegadel sünnitaja vabaneb täielikult narkoosi mõ-
just. Edaspidi, ägedama sünnitustegevuse korral, kui N_2O
segu hingatakse sisse pikemalt väikeste vaheaegadega, võib
alandada N_2O kontsentratsiooni 50 - 60 %-ni.

$N_2O + O_2$ analgeesiat võib edukalt jätkata ka väljutuspe-
rioodis. Sel juhul hoiab maski ümmeaemand või anesteesist.
Gaaside segu sissehingamist alustatakse tühule eelnevalt

ja tuhu kulminatsiooniväituse ajal mask eemaldatakse sünnitaja näolt. Selles perioodis on N_2O ja O_2 vahekorras 1:1. On huvitav märkida, et nii kõrge kontsentratsiooniga O_2 sissehingamine koguni tõstab O_2 sisaldust veres väituste ajal. (K.M.Federmesser, 1967).

Avanemisperioodis võib N_2O -analgeesiat kombineerida analgeetikumide ja spasmolüütikumidega.

On iseenesestki mõistetav, et ka autoanalgeesia läbiviimine nii trileeniga kui ka $N_2O + O_2$ -ga vajab akušööri või anestesisti tähelepanu.

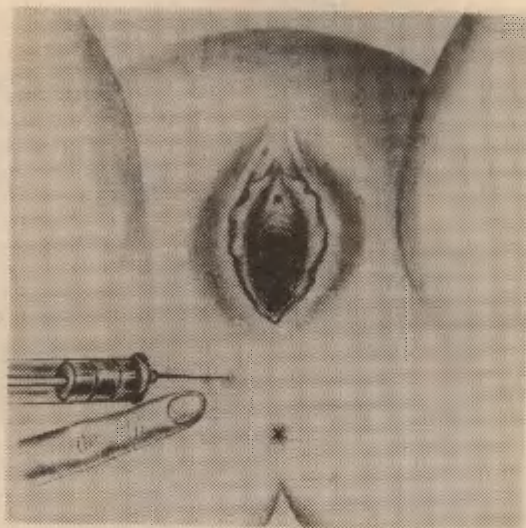
Ülalkirjeldatud vahendid on mõeldud sünnituse valutustamiseks avanemisperioodis.

Väljutusperioodis sobib eelnimetatutest kasutada ainult N_2O ja O_2 segu inhalatsioonivahekorras 1:1.

Valulikkus väljutusperioodis sõltub vaagna põhja, tupe, lahkliha tundlike närvilõpmete ülitugevast ärritusest, mis pidevalt suureneb, summeerub ja mõjub juba ülepingutatud, kurnatud tsentraalnärvisüsteemile. Neid retseptoreid on võimalik blokeerida puvendaalse (ishiorektaalse) anesteesiaga. Nimetatud anesteesia meetod on eriti hinnatav seepärast, et sünnitaja teadvus täielikult säilib, mistõttu arst, ämmaemand ja nende juhatusel sünnitaja omavad võimalust juhtida väljutusperioodi.

Kasutatakse tüüpilist Sellheimi meetodikat. Sünnitaja lamab sünnitusvoodil seljali, jalad jalahoidlatel. Pikk peenike nõel 0,25% novokaiinilahusega täidetud 20 ml-se süstlaga viiakse sisse anuse ja tuber ischiadicum'i vahelt umbes 2 cm seestpoolt tuber ischiadicum'i. Jõudes viimaseni viiakse nõel sügavamale 3 - 4 cm ja novokaiin süstitakse cavum ischiorectale'sse, seejuures pööratakse nõela ettevaatlikult teravikuga üles, alla ja külgedele. Nõela suunatakse novokaiinilahuse joaga ees, et hoiduda veresoont vigastamast. Kummalegi poolele viiakse 40 - 50 ml lahust. Et pudendaalnärvi topograafia on mõnevõrra varieeruv, siis võib lisada 0,25% novokaiini lahusele 32 - 64 ühikut lidaasi kummalegi poole. Lidaas soodustab anesteseeriva lahuse

kiiremat levimist kudedesse, mistõttu blokeeritakse puden-
daalnärvikiud suuremal alal.



Joonis 9.
Pudendaalne anesteesia.

Soovitatakse teostada lahkliha anesteasiat (I.N.Rembesi me-
toodika) järgmisel viisil: 64 - 128 ühikut lidaasi lahus-
tatakse 4 ml 2%-s novokainilahuses ja võetakse 5 ml-sse
süstlasse. Peenikese nõelaga viiakse algul lahkliha kesk-
osa ülemisse äärde nahasiseselt paar tilka lahust, et te-
kiks sidrunikoore fenomen. Seejärel suunatakse nõel novo-
kainijoaga ees edasi 2 - 3 mm tupe tagumise komissuuri
suunas. Siis tõmmatakse nõel veidi tagasi ja suunatakse
seda lahkliha kõõlustsentri suunas, kuhu manustatakse kogu
lahus. Oodatakse 2 - 3 minutit, nõela välja ei võeta. Sama

nõela kaudu manustatakse täiendavalt 10 - 15 ml 2% novokaiini koos 1 - 2 tilga 1:1000 adrenaliiniga.

Mis puutub sünnituse medikamentoosse valutustamise hindamisse, siis seni puudub kirjanduses üksikasjalikult välja töötatud skeem (taoline, nagu see on soovitatud psühho profülaktilise ettevalmistuse efektiivsuse hindamiseks A.P.Nikolajevil). Üldise kriteeriumina võib öelda, et medikamentoosne sünnituse valutustamine on efektiivne, kui selle tagajärjel sünnitaja enesetunne paraneb, valuaisting väheneb või kaob ning ei täheldata medikamendi kahjulikku mõju lootele.

Sellega lõpetame antud peatüki. Nagu ülaltoodust nähtub, on käesolevaks ajaks kogunenud suur arsenal erineva toimega medikamente, mida on võimalik veel mitmeti kombineerida, et saada optimaalne valutustav, sünnitustegevust normaliseeriv, emakakaela avanemist kiirendav ja sünnituse kestust lühendav efekt.

Kõik see nõuab noorelt arstilt kasutatava ravimarsenali väga põhjalikku tundmist koos iga üksiku ravimi näidustuste ja vastunäidustustega. Seni, kuni kogemused on väiksemad, piirduge tuntumate, enamkasutatavamate vahendite vähemate kombinatsioonidega, et mitte kasu asemel kahju tuua. Intravenoosete narkootikumide (viadrili ja GOMK-i) kasutamine kulgegu anestesioloogi kontrolli all.

Kasutatud kirjandus

- А б р а м ч е н к о В.В. Опыт применения пипольфена и промедола для обезболивания родов. - "Акуш. и гинек.", 1966, 2, 30-34.
- А б р а м ч е н к о В.В. Влияние некоторых нейроплегических, анальгезирующих и ганглиоблокирующих средств на сократительную деятельность матки. В кн.: Регуляция родовой деятельности. Киев, 1966, 132-140.
- А н и с и м о в а М.И. Сократительная деятельность матки в родах под влиянием спазмолитических, нейроплегических и ганглиоблокирующих средств у рожениц, страдающих поздним токсикозом беременности. В кн.: Регуляция родовой деятельности. Киев, 114-117.
- А н у ф р и е в а О.Ф. Инструктивно-методическое письмо об обследовании родов. Труды Куйбышевского мед.ин-та, т. XXV. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Куйбышев, 1963, 303-380.
- А р х а н г е л ь с к а я И. Клинические и экспериментальные данные по обезболиванию родов промедолом и сочетанием промедола с пропазином. автореф. дисс. канд. Саратов, 1961.

- Белощапко П.А., Фой А.М. Обезооливание и ускорение родов. М., 1954.
- Бенедиктов И.И. Психопрофилактика болей в родах. М., 1955.
- Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Акушерство. М., 1970, 179-187.
- Большакова Л. Клинические и экспериментальные данные по применению андаксина и сочетание андаксина с промедолом в акушерской практике. Автореф. дисс. канд. Саратов, 1966.
- Вельвовский И.З., Платонов К.И., Плотичер В.А., Шугов Э.А. Психопрофилактика болей в родах. Л., 1954.
- Волох-Исаева М.Н. Поздний токсикоз беременных. Ташкент, 1968.
- Говоров Д.А. Применение пентамина при ведении родов, осложненных поздним токсикозом беременности. Автореф. дисс. канд. Л., 1967.
- Гринберг Б.И. Применение натриевой соли гамма-оксимасляной кислоты и виадрила -Г для лечебного акушерского наркоза. Автореф. дисс. канд. М., 1968.
- Гусейнов А.Г. Клинико-экспериментальное обоснование эффективности обезболивания и ускорения родов нейролептической и спазмолитической смесью. Автореф. дисс. докт. Баку, 1967.

- Дамир Е.А., Гуляев Т.В. Под ред. Основы практической анестезиологии. М., 1967.
- Жорданиа И.Ф. Пять лет психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам. - "Акуш. и гинек.", 1956, 3, стр. 38-47.
- Жорданиа И.Ф. Учебник акушерства. М., 1964, 216-219.
- Здравомыслов В.И. Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии. М., 1930.
- Калганова Р.И., Гринберг Б.И. Опыт применения прседола в целях регуляции и обезболивания родов. В кн.: Регуляция родовой деятельности. Киев, 1966, 140-143.
- Кассиль Г.Н. Наука о боли. М., 1969.
- Константинов В.И. Теория и практика психопрофилактической подготовки беременных к родам. - "Акуш. и гинек.", 1956, 3, стр. 11-17.
- Крутикова К.А. Физические факторы в профилактике заболеваний и осложнений у беременных женщин. М., 1958.
- Лурье А.Ю. Опыт работы по психопрофилактической подготовке беременных к родам в родовспомогательных учреждениях УССР. - "Акуш. и гинек.", 1956, 3, стр. 29-33.
- Маслов С.К. Управляемая относительная гипотония ганглиолитиками в профилактике и лечении эклампсии. - "Акуш. и гинек.", 1965, 6, 99-104.

- Н и к о л а е в А.П. Вопросы методики психопрофилактической подготовки беременных к родам. - "Акуш. и гинек.", 1956, 3, стр. 17-21.
- Н и к о л а е в А.П. Очерки теории и практики обезболивания родов. М., 1959.
- Н и к о л а е в А.П. Под ред. Обезболивание родов. Л., 1964.
- Н и к о л а е в А.П. Под ред. Практическое акушерство. Киев, 1968.
- П е р с и а н и н о в Л.С. Под ред. Применение аминазина в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1962.
- П е р с и а н и н о в Л.С., У м е р е н к о в Г.П. Обезболивание при акушерских и гинекологических операциях. М., 1965.
- П е т р о в - м а с л а к о в М.А., З а ч е п и - ц к и й Р.А. Психопрофилактика родовых болей. Л., 1953.
- П е т р о в - м а с л а к о в М.А. Опыт применения психопрофилактической подготовки беременных к родам. - "Акуш. и гинек.", 1956, 3, стр. 62-66.
- П е т р о в - м а с л а к о в М.А. Обезболивание родов. В кн.: Многотомное руководство по акушерству и гинекологии. М., 1963, том II, кн. I, стр. 456-512.
- П е т ч е н к о А.И. Акушерство. Киев, 1965.

- П о л и ч е р В.А. Психопрофилактика болей при родах.
М., 1954.
- С в а д ж а н Э.П. Применение трихлорэтилена /трилена,
наркогена/ для анальгезии и анестезии.
автореферат дисс.канд. М., 1963.
- С т р у к о в а В. Применение аминазина при обезболивании родов. Автореф. дисс.канд.
Горький, 1966.
- Тезисы докладов к научной конференции "Анестезия и реанимация в акушерстве" 12-13 декабря 1968 г. Л., 1968.
- Ф е д е р м е с с е р К.М. Анальгезия закисью азота в акушерско-гинекологической практике.
М., 1964.
- Ф о й А.М. Некоторые вопросы медикаментозного обезболивания родов на современном этапе. - "Акуш. и гинек.", 1965, I, 9-15.
- Ф р е й д л и н И.И. Ганглиоблокирующие препараты в акушерстве. Казанский мед.ж., 1966, I, 10-12.
- Ш и л к о Н.А., С у м о в с к а я А.Е., Ф е д и -
н а Н.Н. Обезооливание родов изопромеделом. - "Акуш. и гинек.", 1955, 4, 59-61.
- Ш м и д о в а В. Сравнительная оценка некоторых методов и средств обезболивания родов. Автореф. дисс.канд. Л., 1963.
- Ш у б Р.Л. Роль витаминов и нитрофуранов в профилактике и лечении заболеваний у матери и новорожденного. Научн. и учеб.-метод. материалы. Рига, 1968.

Я г у н о в С.А. Гимнастика беременных на дому. Л., 1961.

C r a w f o r d , S e l w y n J., Grundlagen und Praxis der Geburtshilflichen Anästhesie. Berlin, 1962.

К у а н к , Н., S o m m e r K.H., S c h w a r z R. Lehrbuch der Geburtshilfe VEB. Georg Thieme. Leipzig, 1971.

S e w a r d , E.H. and B r y c e - S m i t h R. Inhalation Analgesia in Childbirth. Oxford, 1957.

S i s u k o r d

- 3 SÜNNITUSE VALUTUSTAMISE AJALOOLINE ÜLEVAADE. U. Leisner
- 9 SÜNNITUSVALUDE OLEMUS. U. Leisner
- 14 SÜNNITUSE VALUTUSTAMINE SÖNALISE MÕJUSTAMISE TEEL.
V. Meipalu
- 14 Hüpnos ja sugestioon
- 15 Füsiopsühhoprofülaktiline sünnituse valutustamine
- 17 Meetodi olemus ja ülesanded
- 18 Rasedate füsiopsühhoprofülaktiline ettevalmistamine
sünnituseks
- 27 Füsiopsühhoprofülaktilise valutustamise meetodi
efektiivsuse hindamine
- 29 VÕIMLEMISHARJUTUSED RASEDATELE. U. Leisner
- 36 MEDIKAMENTOOSNE SÜNNITUSE VALUTUSTAMINE. H. Kaarma
- 57 KIRJANDUSE LOETELU

В. Мейпалу, Х. Каарма, У. Лейснер

ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ

ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Выпуск У

На эстонском языке

Тартуский государственный университет

ЭССР, г. Тарту, ул. Ыликооли, 18

Vastutav toimetaja V. Meiralu

Korrektor E. Puusepp

=====

Faljundamisele antud 14.V 1973. Rotaatori-
paber, 30x42. 1/4. Trükipoognaid 4,0 .
Tingtrükipoognaid 3,72. Arvestuspoognaid
3,05. Trükiarv 1000. MB 04238.

Tell. nr. 541.

TRU rotaprint, ENSV, Tartu, Pälsoni tn.14

Hind 11 kop.

Hind 11 kop.

V
1040