

Need juhtnöörid asendavad eelmise metoodilise juhendi 1998. aastast. Juhtnöörid on soovitusliku iseloomuga ja mõeldud kasutamiseks naistearstidele ja ämmaemandatele. Juhend on heakskiidetud ENS juhatuse poolt septembris 2002 ja on aluseks eksperthinnangute andmisel.

Sünnituse definitsioon:

Sünnituse alguseks võib lugeda emakakontraktsioonide teket sagedusega 2 - 3 kontraktsiooni 20 minuti jooksul, millega kaasnevad muutused emakakaelas.

SÜNNITUSE PERIOODID

1. Avanemisperiood.

Avanemisperioodi võib jagada kahte faasi:

- a. latentne faas - algab regulaarsete emakakontraktsioonidega, mis viivad emakakaela lamnemisele ja avanemisele kuni 3 - 5 sentimeetrit
- b. aktiivne faas - 3 - 4 cm avatusest täieliku avamiseni

2. Väljutusperiood.

Emakakaela täielikust avatusest lapse sünnini.

3. Pärastmistep periood.

Lapse sünnist lootekestade ja platsenta sünnini.

Perioodide keskmised ajalised kriteeriumid

Sünnituse periood	esmassünnitaja	korduvsünnitaja
<i>Avanemisperiood</i>		
1) latentse faasi kestus tundides	12	8
2) aktiivne faas - emakakaela avanemise kiirus cm/h	0,5-1	1-1,5

Väljutusperiood		
loote laskumise kiirus cm/h	1-3	3
perioodi kestus tundides	3-4	1-2
Päramiste perioodi kestus minutites	30-60	30-60

* Ämmaemandatel vajalik konsulteerida arstiga, kui sünnituse perioodide ajalsed kriteeriumid ületavad keskmisi näitajaid.

* Loote eesasetseva osa asukohta hinnatakse tema juhtiva punkti kaugusega sentimeetrites O-tasapinnast (spinaaltasapinnast). O-tasapinnast kõrgemale jäävad sentimeetrid tähistatakse (-) märgiga, madalamale jäävad (+) märgiga.

SÜNNITUSKULU HÄIRED - DÜSTOOKIA

A. EMAKA DÜSTOOKIA

Selle diagnoosi alla kuuluvad :

1. PRIMAARNE SÜNNITUSTEGEVUSE NÕRKUS EHK PRIMAARNE EMAKA DÜSTOOKIA - *DYSTOKIA UTERINA PRIMARIA 062.0*

- a. latentse faasi pikenemine (Stadium primum prolongatum laborum);
- b. kui alates 3-5cm avatusest emakakael avaneb 4 järjestikuse tunni vältel aeglasemalt kui 0,5 cm/h (Contractiones primaria inadequatae).

2. SEKUNDAARNE SÜNNITUSTEGEVUSE NÕRKUS EHK SEKUNDAARNE EMAKA DÜSTOOKIA - *DYSTOKIA UTERINA SECUNDARIA 062.1*

- a. esialgselt normaalselt kulgenud aktiivses faasis tekib avanemise aeglustumine või seiskumine;
- b. väljutusjõudude nõrkus - lootepea laskumine toimub aeglasemalt kui 1 - 2 cm/t. 2 järjestikuse tunni jooksul.

3. KOORDINEERIMATU EMAKATEGEVUS - *ACTIO UTERINA INCOORDINATA 062.4*

Emaka hüpertoonilised koordineerimatud, väga valulikud kokkutõmbed . Tüüpiline on vaginaalsel

vaatlusel "traatjas", kontraktsiooni ajal tihenev või isegi kitsenev emakakael.

4. ÄKKSÜNNITUS - LABORES PRAECIPITATI 062.3

Esmassünnitajal sünnituse kestus 3 tundi ja vähem, korduvsünnitajal 2 tundi ja vähem.

B. EMAKAKAELA DÜSTOOKIA (Dilatatio cervicis insufficiens 062.0)

Avanemisperioodi aktiivses faasis adekvaatse tuhude sageduse ja jõudluse puhul emakakaela avanemine ei progresseeru 2 järjestikuse tunni jooksul.

SÜNNITAJA JÄLGIMINE, DOKUMENTEERIMINE

Sünnitaja saabumisel

A. Märkida sünnitusloosse järgmised andmed:

1. sünnitustegevuse algus, Tuhude sagedus, jõudlus ja kestus saabumisel;
2. eelnevate raseduste kulg ja lõpe;
3. k.o. raseduse kulg, sünnituse tähtaeg, loote oletatav mass;
4. sünnitusriski mõjutada võivad põetud ja kroonilised haigused.

B. Teha vaginaalne läbivaatus, soovitatav dokumenteerida kirjalikult kõigi klassikaliste parameetrite kirjeldamisega ja kui emakakaela avatus on 3cm ja enam, märkida andmed ka partogrammile.

C. Soovitatav on teha 20-30 minuti pikkune kardiotokograafiline (KTG) uuring.

D. Koostada esialgne sünnituse juhtimise plaan ja viia läbi sünnitaja nõustamine.

Avanemisperioodis kirjeldada:

sünnitaja kaebused, üldseisund, vererõhk, pulss, sünnitustegevuse iseloom. Vaginaalse vaatluse kirjeldus **latentse faasis** vähemalt iga 6 tunni järgselt ja

aktiivses faasis

soovitavalt 4 tunni järgselt ning

väljutusperioodis

1 tunni järgselt.

Kui sünnitajal kaebusi ega üldseisundi muutusi ei ole, võib alates avanemisperioodi aktiivsest faasist piirduda partogrammi täitmisega. Kõik sünnitajale tehtud protseduurid, valutustamine ja manustatud ravimid tuleb kellajaliselt koos põhjendustega märkida sünnitusloo lisalehele või partogrammile. Sünnituse esialgse juhtimisplaani muutused koos põhjendustega dokumenteerida.

Kui sünnitaja ei ole nõus sünnituse juhtimise plaani, teie poolt vajalikuks peetavate protseduuride või ravimitega, tuleb see sünnitusloos märkida ja patsiendi poolt allkirjastada.

LOOTE JÄLGIMINE

- | | |
|----------------------|---|
| 1. Avanemisperiood: | loote südamelöökide kuulamine |
| latentne faas | 30 minuti järgi. Soovitav lisaks KTG 6 tunni järgi |
| aktiivne faas | 15-30 minuti järgi. Soovitav lisaks KTG 4 tunni järgi |
| 2. Väljutusperiood: | kuulatlemine 15 minuti järgi |
| loote eesasetsev osa | iga 2-3 väituse järgi |
| vaagnapõhjal | |

Sünnitustegevuse häirete, roheline lootevee, ebaselge kuuldeleiu puhul on soovitatav sagedam KTG. Loote südamelöökide kuuldeleiud tulevad kellajaliselt dokumenteerida, märkides ära ka loote südamelöökide minutisisese kõikumise (näiteks kl. 12.30 - 142-164 l/min). Kui KTG leid on kahtlane või ebanormaalne, siis jätkata monitooringut kuni olukorra lahenemiseni.

TUGITEGEVUS SÜNNITUSE AJAL

Adekvaatne toit ja jook, eriti vältida veetustumist.

Seljamassaaž.

Adekvaatne valutustamine

Erinevad asendid avanemis- ja väljutusperioodis.
Avanemisperioodis soovitada liikumist.

Väljutusperioodis soodsad:

käpuli asend- soodustab eesasetseva osa õiget roteerumist, väldib varast kaasapressimist;

lamamine vasemal küljel põlvest kõverdatud ja rinna suunas tõstetud põlvedega;

kükkasend - avardab vaagna väljapääsu kuni 1,5 cm.

LOOTEVEEPÕIE AVAMINE

Soovitav kasutada:

induktsiooniks "küpse" emakakaela puhul, eriti oligohüdramnioni korral;

sünnitustegevuse tõhustamiseks - efektiivne emakakaela avatusel 3cm ja enam;

polühüdramnioni puhul regulaarsete tuhude olemasolul;

kui adekvaatsete tuhude ajal looteveepõis ei täitu ega suru emakakaelale.

PÄRAMISTE PERIOODI JUHTIMINE

Soovitav on kohe peale lapse sünni manustada 10 ü oksütotsiini i.v või i.m. Kui verejooksu ei ole, äraootav taktika kuni 60 minutit. Võib õrnalt masseerida emakat, tõmmata nabaväädist. Kui päramised ei välju, vabastada ja väljutada manuaalselt narkoosis. Verekaotust hinnata vastavalt

kehakaalule:

0,5% kehakaalust - füsioloogiline;

0,5-1% kehakaalust - vereasenduse suhtes piiripealne.
Otsustada individuaalselt (pulss, vererõhk);

1% kehakaalust on patoloogiline, vajab vereasendajaid või vereülekannet.

NB! Pulsu kiirenemine on varasem šoki tunnus kui arteriaalse vererõhu langus.

LISAD

1. Emakakaela küpsuse hindamine Bishopi skaala järgi

7-10 p. on küps emakakael

Parameeter	Punktid			
	0	1	2	3
Emakakaela avatus (cm)	suletud	1-2	3-4	>5
lühenemine (%)	0-30	40-50	60-70	80
konsistents	jäik	keskmine	pehme	-
positsioon	tagumine	tsentraalne	eesmine	-
loote asetus spinaaltasapinnast (cm)	-3	-2	-1 või 0	allpool

2. Düstokia võimalikud põhjused ja käitlus

HÄIRE	VÕIMALIK PÕHJUS	VÕIMALIK KÄITLUS
Latentse faasi pikenemine	"ebaküps" emakakael, ebatuhud	valuvaigistid, tokolüüs emakakaela "küpsetamine"
	emaka infektsioon	antibakteriaalne ravi "küps" emakakaela puhul stimulatsioon
Primaarne emaka emakalihase		stimulatsioon

düstookia	düsfunksioon	
	lootepea vale sättumus	ema kehaasendi muutmine, stimulatsioon
	oligo- või polühüdramnion	looteveepõie avamine
	varane või liiga tugev valutustamine	möödub ise
Emakakaela düstookia	lootepea-vaagna sobimatus	keisrilõige
	stimulatsioon "ebaküpse" emakakaela puhul	tokolüüs, valuvaigistid
	düskoordineeritud tuhud	tokolüüs, valuvaigistid
Sekundaarne emaka düstookia	lootepea-vaagna sobimatus	keisrilõige
	polühüdramnion	looteveepõie avamine
	emaka infektsioon	antibakteriaalne ravi
	väituste nõrkus	stimulatsioon
		vajadusel vaakumekstraktsioon või sünnitusabitangid

3. Toimingud sünnieelse lootevee puhkemise korral

1. PUHKENUD LOOTEVESI ON HELE

VARIANT A.

Ajaline sünnitus (alates 37. täisrasedusnädalast) või

enneaegne sünnitus 34 - 36 rasedusnädalat:

soovitav teha KTG ja kui see on normaalne siis,

"ebaküpse" emakakaela puhul äraootav taktika kuni 12-24 tundi.

"Küpse" emakakaela puhul on soovitatav alustada induktsiooniga juba 6 tunni pärast.

Antibakteriaalse ravi vajadus otsustatakse konkreetsest olukorrast lähtudes.

Loote kopsude "küpsetamine" vajalik ema diabeedi ja oletatava Rh - konflikti puhul ka 34. - 36. rasedusnädalas.

VARIANT B.

Enneaegne sünnitus 24-33 rasedusnädalat:

loote kopsude ettevalmistus dexta- või betamethazoniga 24 mg 24 tunni jooksul (soovitavalt 12 mg 2 korda 12 h järgi i.m.). Vajaliku mõju saavutamiseks püüda rasedust 48 tundi prolungeerida. Antibakteriaalset ravi alustada kohe. Vastunäidustuste puudumisel ema ja loote poolt viia patsient üle III ravitasandi haiglasse. Infektsiooni tunnuste puudumisel püüda rasedust prolungeerida.

2. PUHKENUD LOOTEVESI ON ROHELINE JA LOODE ELUVÕIMELINE

Initsiaalne KTG. Kui see on normaalne siis, "ebaküpse" emakakaela puhul alustada 2 - 4 tunni pärast emakakaela "küpsetamist". "Küpse" emakakaela puhul alustada 2 tunni pärast sünnitustegevuse induktsiooniga. Induktsiooni ajal soovitatav perioodiline KTG, eriti väljutusperioodis. Antibakteriaalse raviga on soovitatav kohe alustada. Vajadusel loote kopsude "küpsetamine". Loote distressi puhul keisrilõige.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Cohen, W.R.; Friedman, E.A. Management of Labor University park Press, Baltimore, 1983
2. Cusick, W ; Smulian, J.C.; Vintzileos, A.M. Intrapartum, Use of Fetal Heart Rate Monitoring, Contraction Monitoring and Amnioinfusion Clinics in Perinatology, Dec 1995 (4)
3. Comez, R.; Fucchezzi et al Premature Labor and Intra-Amniotic Infection Clinics in Perinatology, Dec 1995 (4)
4. Cohen, W.R.; Brennan, J. Using and Archiving the Labor Curves Clinics in Perinatology, Dec 1995 (4)

5. Creasy, R.K;
Resnik, R. Maternal - Fetal
Medicine, Principles
and Practice, 3rd
edition W.B. Saunders
Company.1994
6. James, D.K;
Steer, P.J;
Weiner, C.P.;
Gonik, B. High Risk
Pregnancy,
Management
Options W.B. Saunders
Company,1996
7. Guideline
Oversight
Group,
National
Guideline Prevention,
diagnosis and
treatment of failure to
progress in ostetrical
labor Clearinghouse,
Bloomington U.K.
Nov. 13, 20000
8. H. Shneider, P.
Husslein Geburtshilfe
Springer 2000
9. F.G.
Cunningham Williams Obstetrica
21st edition 2000
10. SOG Canada
Clinical Practice
Guidelines Dystocia
Oct. 1995