

Juhend normaalse sünnituse käsitlemiseks

See juhend asendab Eesti Naistearstide Seltsi varasema metoodilise juhendi "Juhtnõõrid sünnituse juhtimiseks" aastast 2002. Juhend on läbi vaadatud ja heaks kiidetud Eesti Naistearstide Seltsi, Eesti Ämmaemandate Ühingu ja Eesti Perinatoloogia Seltsi poolt ning on aluseks eksperthinnangu andmisel. Juhend on soovitusliku iseloomuga.

Töögrupp: prof. Helle Karro, naistearstid Eva-Kaisa Zupping, Külli Frolova, Jana Klementsov, Lee Tammemäe, Ferenc Szirko, Kadi Ploom, Fred Kirss, Pille Vaas, ämmaemandad Annely Kärema ja Pille Teesalu

Koostaja: Pille Vaas

Sissejuhatus

Juhendi eesmärgiks on tagada kõigile sünnitajatele ühtsetele põhimõtetele ja tõendus põhiste teadmisele toetuv sünnituse käsitlemine Eestis.

Antud juhend on mõeldud kasutamiseks sünnitusabiga seotud tervishoiutöötajatele: naistearstidele, neonatoloogidele, sünnitusabi- ja günekoloogia eriala residentidele ning ämmaemandatele ja ämmaemanduse tudengitele.

Juhend on soovitusliku iseloomuga ja selle järgimine tagab sünnitajatele tervishoiuteenuse ühtsed põhimõtted, kuid ei vabasta tervishoiutöötajat vastutusest võimalike jälgimis- või ravivigade eest.

Juhendi eesmärgiks on:

- vähendada sünnitusega seotud riske ema ja vastsündinu tervisele läbi tõendus põhise abi osutamise,
- anda soovitused sünnitaja, sünnitanu ja vastsündinu abistamiseks ja jälgimiseks haiglas toimuva sünnituse korral, ühtlustada abi põhimõtteid,
- toetada võimalikult füsioloogilist sünnituse kulgu,
- tagada sünnitajale psühhoemotsionaalne ja professionaalne toetus sünnituse ajal ja pärast seda.

Juhend ei käsitle kodusünnitust ning sünnitust ema ja/või loote terviseprobleemide puhul (nt. preeklampsia, diabeet, mitmikrasedus, antenataalne loote surm, loote üsisisene kasvuhäire, väärarendid jms.).

Juhend on mõeldud kasutamiseks ajalise sünnituse korral.

Käesolev juhend asendab 2002.a. Eesti Naistearstide Seltsi juhatus poolt kinnitatud „Juhtnõõrid sünnituse juhtimiseks“.

Sisukord

1. Tõendus põhise määratlus, juhendis kasutatud lühendid ja mõisted

- 1.1. Tegevussoovituste tõendus põhise määratlus
- 1.2. Juhendis kasutatud lühendid
- 1.3. Juhendis kasutatud mõisted

2. Sünnituse perioodid ja nende ajalised kriteeriumid

- 2.1. Sünnituse I e. avanemis periood
- 2.2. Sünnituse II e. väljutusperiood
- 2.3. Sünnituse III e. päramiste- e. platsentaarperiood

3. Sünnitaja vastuvõtmine sünnitusosakonda

- 3.1. Sünnitaja küsitlus
- 3.2. Sünnitaja läbivaatus
 - 3.2.1. Üldseisundi hindamine
 - 3.2.2. Vaginaalne läbivaatus
 - 3.2.3. Loote seisundi hindamine
- 3.3. Sünnitusplaani läbivaatus ja dokumenteerimine

4. Sünnituse avanemis periood

- 4.1. Sünnitaja abistamine ja jälgimine avanemisperioodi latentsses faasis
- 4.2. Sünnitaja abistamine ja jälgimine avanemisperioodi aktiivses faasis
- 4.3. Sünnitaja abistamine ja jälgimine avanemisperioodi passiivses faasis

5. Sünnituse väljutusperiood

- 5.1. Sünnitaja abistamine ja jälgimine väljutusperioodis
 - 5.1.1. Väljutusperioodi passiivne faas
 - 5.1.2. Väljutusperioodi aktiivne faas
- 5.2. Episiotomia kasutamine

6. Sünnitaja abistamine ja jälgimine platsentaar- e. päramisteperioodis

- 6.1. Üldised soovitusel päramisteperioodis
- 6.2. Päramisteperioodi juhtimise taktikad
 - 6.2.1. Aktiivne taktika päramisteperioodi juhtimisel
 - 6.2.2. Äraootav e. füsioloogiline taktika päramisteperioodi juhtimisel
- 6.3. Nabavädi sulgemise ajastamine

7. Sünnituste terviklikkuse kontroll ja taastamine

- 7.1. Lahkliha rebendite klassifikatsioon
- 7.2. Sünnituste terviklikkuse taastamine

8. Sünnitanu ja vastsündinu jälgimine varases sünnitusjärgses perioodis

Lisad

- Lisa 1 Tegevussoovituste tõendus põhise määratlus tabelina
- 1a Avanemisperiood
 - 1b Väljutusperiood
 - 1c Päramisteperiood
 - 1d Lahkliha õmblemine
 - 1e Vastsündinu

Lisa 2 Loote elektroonne jälgimine ja leiu hindamine

Lisa 3 Toimingud sünnituseelse lootevee puhkemise korral

1. Tõenduspõhisuse määratlus, juhendis kasutatud lühendid ja mõisted

1.1. Tegevussoovituste tõenduspõhisuse määratlus

A (Kõrge tõenduse kvaliteedi tase; Ia või Ib) - tegevussoovitus põhineb vähemalt ühel korrektselt läbiviidud randomiseeritud kontrollitud uuringu tulemustel või mitmeid uuringuid hõlmava meta-analüüsi tulemustel ja on tunnustatud sünnituse juhtimise juhendites enamikes arenenud maades.

B (Mõõdukas tõenduse kvaliteedi tase; II) - tegevussoovitus põhineb (i) korrektselt läbiviidud kontrollitud randomiseerimata uuringul saadud tulemustel; (ii) prospektiivsel või retrospektiivsel kohortuuringu tulemustel; (iii) mitut uuringukeskust kaasava juht-kontrolluuringu tulemustel ja on tunnustatud sünnituse juhtimise juhendites enamikes arenenud maades.

C (Madal tõenduse kvaliteedi tase; III) - tegevussoovitus põhineb korrektselt läbi viidud mitme teineteisest sõltumatu jälgiva uuringu tulemustel, haigusjuhtumite kirjeldustel ning eelnevates punktides toodud loetletud uuringu tulemuste üle kandmisele uurituga ligilähedastele seisunditele ja on tunnustatud sünnituse juhtimise juhendites enamikes arenenud maades.

D (Väga madal tõenduse kvaliteedi tase; IV) - tegevussoovitus põhineb ekspertarvamustele, kliinilisele kogemusele ja hea kliinilise praktika tavadele, puuduvad eeltoodud punktides loetletud uuringud.

Kõik soovitused juhendis arvestavad Eestis tervishoiusüsteemi ja traditsioonide iseärasusi.

1.2. Juhendis kasutatud lühendid (tähestikuline loetelu)

ENS – Eesti Naistearstide Selts

FIGO - International Federation of Gynaecology and Obstetrics

IUP – emakasisese rõhu andur (ing. *intrauterine pressure*)

KTG – kardiotokograafia

SLS – (loote) südamelöögisagedus

STAN – loote elektroonne jälgimine koos loote EKG ST-segmendi analüüsiga

TENS – transkutaanne elektriline närvistimulatsioon

1.3. Juhendis kasutatud mõisted (tähestikuline loetelu)

Amniotoomia

Amniotoomia on loote vesikesta e. veepõie avamine sünnituse ajal või sünnituse induktsiooni eesmärgil. Rutiinne varane amniotoomia normaalselt kulgeva sünnituse ajal ei ole õigustatud ning ei paranda sünnituse tulemust. Amniotoomia ei ole näidustatud, kui loote eesasu osa on teadmata, kõrgel või ebastabiilne; kui emakakael on „ebaküps“ (vt. Bishopi skaala) või kui patsient keeldub protseduurist. Amniotoomia on näidustatud, kui sünnituse käigus tekib vajadus loote skalpelektroodi paigaldamiseks, et tagada loote seisundi parem jälgimine.

Apgari hinne

Dr. Virginia Apgari poolt 1952.a. loodud skaala vastsündinu seisundi kiireks hindamiseks sünni järgselt. Vastsündinul hinnatakse viit kriteeriumi 0, 1 või 2 palliga, tulemused liidetakse. Apgari hinne võib jääda vahemikku 0-10, normiks loetakse tulemust 7 või rohkem. Apgari hindegga hinnatakse kõigi vastsündinute seisundit esimesel ja viiendal eluminutil.

Tabel 1 Apgari hinde viis hinnatavat kriteeriumi

	<i>Hinne 0</i>	<i>Hinne 1</i>	<i>Hinne 2</i>	<i>Ing.k. akronüümi osa</i>
Välimus (jume)	Sinine (tsüanootiline) või valge	Keha roosa, jäsemetel võib esineda tsüanoos (akrotsüanoos)	Keha ja jäsemed roosad	<i>Appearance</i>
Südamelöögisagedus	Südametegevus puudub	SLS alla 100x min	SLS üle 100x min	<i>Pulse</i>
Ärritatus (reflekside esinemine)	Puudub vastus stimulatsioonile	Stimulatsioonile vastuseks grimass või nõrk kisa	Tugev kisa, jõulised liigutused	<i>Grimace</i>
Aktiivsus (lihastoonus)	Puudub	Jäsemete vähene painutus	Käed ja jalad painutatud, avaldab vastupanu sirutamisele	<i>Activity</i>
Hingamine	Puudub	Nõrk, ebaregulaarne, ahmiv	Regulaarne hingamine, tugev kisa	<i>Respiration</i>

Bishopi skaala

Skaala emakakaela sünnitusvalmiduse (“küpsuse”) palpatoorseks hindamiseks. Hinnatakse viit kriteeriumi 0, 1, 2 või 3 palliga, tulemused liidetakse. Emakakaela valmidus on halb (“ebaküps”) kui summa on alla 4 palli, keskmine 5–8 palli korral ja hea sünnitusvalmidusega e. “küps” kui summa on 8 või rohkem.

Tabel 2 Bishopi skaala emakakaela hindamiseks (modifitseeritud skaala, Chamberlain 1999)

<i>Parameeter</i>	<i>Hindamiskaala</i>			
	0	1	2	3
Emakaela pikkus (cm)	üle 2	1-2	alla 1	lamenenud
Emakakaela avatus (cm)	0	1-2	3-4	5 või rohkem
Emakakaela konsistents	tihke	keskmine	pehme	-
Emakakaela asetus	sakraalselt	mediosakraalselt	tsentraalselt	-
Loote pea asukoht (väikevaagna tasapind)	-3	-2	-1 või 0	allpool 0 tasapinda

Episiotoomia

Episiotoomia on lahkliha pilustuslõige, mille eesmärgiks on vähendada vaagnapõhja kudede takistust loote eesasuva osa liikumisele.

Ebatuhud

Ebatuhudeks (lad. *contractiones praeparantes*, ing. *false labour*) nimetatakse emakakontraktsioone, millega ei kaasne 4 tunni jooksul muutusi emakakaelas, mis lakkavad pärast valuvaigistite, lõõgastite või beetamimeetikumide manustamist ja 12 tunni jooksul ei taastu.

Kardiotokograafia (KTG)

KTG on elektroonse jälgimise meetod loote südamelöögisageduse (SLS) ja emakakontraktsioonide dokumenteerimiseks; kasutatakse perioodilist (20-30 min.) või pidevat jälgimismetoodikat. **Välise e. kaudse KTG** korral kasutatakse andureid, mis kinnitatakse rihmadega ümber sünnitaja kõhu: doppler-ultraheliandur (US) registreerib loote pulssi ja rõhuandur (TOCO) emakalihase kontraktsioone. **Otsese e. sisemise KTG** kasutamisel saadakse loote SLS signaal loote peale kinnitatud skalpelektroodilt, mis on ühendatud ema reiele paigaldatud elektroodiga. Emakakontraktsioone registreeriv andur võib olla paigaldatud väliselt või kasutatakse emakasisest rõhuandurit (IUP).

KTG interpreteerimine

KTG interpreteerimisel hinnatakse loote SLS põhirütmi, variaabelsust, aktseleratsioonide ja detseleratsioonide esinemist, detseleratsioonide tüüpi ja emakakontraktsioone. KTG hindamiseks kasutatakse vastavaid juhised.

Loote seisundi jälgimine

Loote seisundi jälgimiseks kasutatakse loote SLS perioodilist auskultatsiooni doppler-anduriga või elektroonset jälgimist (KTG). Perioodilise auskultatsiooni kasutamisel sõltub auskultatsiooni sagedus sünnituse perioodist (avanemisperioodis 15-30 min. järel, väljutusperioodi passiivses faasis 10-15 min. järel, väljutusperioodi aktiivses faasis 1-2 väituse järel), sealhulgas on vajalik kuulatlemine vähemalt ühe minuti vältel pärast emakakontraktsiooni. Auskultatsioonil tuvastatud loote SLS kõrvalekallete korral jätkatakse loote jälgimist KTG abil. Loote seisundi jälgimise tulemused tuleb dokumenteerida sünnitusloos.

Loote pea juhtiv punkt

Juhtiv punkt on sünnitusteedes kõige madalamal paiknev loote pea punkt. Pea normaalse hoiaku korral on juhtivaks punktiks kukal väikese lõgeme piirkonnas, pea on väljavenitatud kukla suunas (dolihhotsefaalne). Juhtiva punkti järgi hinnatakse pea asukohta ja loote edasiliikumist sünnitusteedes.

Lootevee sünnituseelne puhkemine

Lootevee puhkemine raseduse kestuses vähemalt 37 näd. +0 päeva, kuid enne regulaarsete valulike emakakontraktsioonide tekkimist. Eestis kasutatakse sünnituseelse lootevee puhkemise tähistamiseks rahvusvahelist lühendit PROM (ing. *Preterm Rupture of Membranes*). Kui lootevesi puhkeb raseduse kestuses 22+0...36+6, siis nimetatakse seda **enneaegseks sünnituseelseks lootevee puhkemiseks** ning kasutatakse lühendid PPRM (ing. *Premature Preterm Rupture of Membranes* või *Preterm Prelabour Rupture of Membranes*).

Normaalne sünnitus

Normaalne sünnitus algab iseeneslikult raseduse 37+0...42+0 nädalal ning kulgeb naise ja loote jaoks ohutult. Loode on peaseisus ja sünnib vaginaalsel teel ilma instrumentaalse abita, platsenta väljub spontaanselt ja terviklikult. Pärast sünnitust/sündi on ema ja vastsündinu heas seisundis (WHO). Normaalseks loetakse ka sünnitust, mille jooksul on kasutatud loote südamelöögisageduse elektroonset jälgimist, medikamentoosid, valuvaigistusmeetodeid, tehtud näidustuste olemasolul amniotoomia või episiotoomia, kasutatud uterotoonilisi ravimeid platsentaarperioodis. Normaalse sünnituse korral saab vastsündinu peale sündi asetada ema rinnale nahk-naha kontaktiks ning esimene imetamine toimub vastsündinu esimese elutunni jooksul.

Partogramm

Partogramm on tabel-graafik sünnituse kulu ning ema ja loote seisundi dokumenteerimiseks sünnituse vältel. Partogramm avatakse, kui sünnitus on jõudnud avanemisperioodi aktiivsesse faasi ning lõpetatakse lapse sünni järgselt.

Sünnitustegevuse algus

Sünnituse alguseks loetakse emakakontraktsioonide teket sagedusega 2-3 kontraktsiooni 20 minuti jooksul või vähemalt üks kontraktsioon 10 minuti jooksul, millega kaasnevad muutused emakakaelas.

Sünnituse I periood e. avanemisperiood

Sünnituse avanemisperiood kestab regulaarsete valulike emakakontraktsioonide e. tühede tekkest kuni emakakaela täieliku avatuse (10cm) saavutamiseni.

Sünnituse II periood e. väljutusperiood

Sünnituse väljutusperiood algab emakakaela täielikust (10cm) avatusest ja lõpeb lapse sünniga.

Sünnituse III periood e. päramiste- e. platsentaarperiood

Sünnituse päramisteperiood kestab lapse sünnist kuni emaka täieliku tühjenemiseni (väljuvad päramised e. lootekestad, nabaväät ja platsenta).

Sünnituse valutustamine

Erinevad mittemedikamentoossed ja medikamentoossed meetodid sünnitusvalude leevendamiseks. Mittemedikamentoosetest võtetest kasutatakse asendeid ja hingamistehnikaid, massaaži, sooja vett (dušši või vannina), sooja ja külma (geeli)kotti, vee-blokaadi (nahasisesed steriilse vee süsted). Medikamentoosetest vahenditest on kasutusel naerugaasi inhalatsioon, opioidid, paratservikaalanalgeesia, pudendaalanalgeesia, epiduraalanalgeesia, minispinaalanalgeesia. Valutustamise meetodi valikul arvestatakse sünnitaja soovi, näidustuste, vastunäidustuste ja kohalike võimalustega.

Varapuerpeerium

Varapuerpeerium on periood kuni kaks tundi peale päramiste sünni.

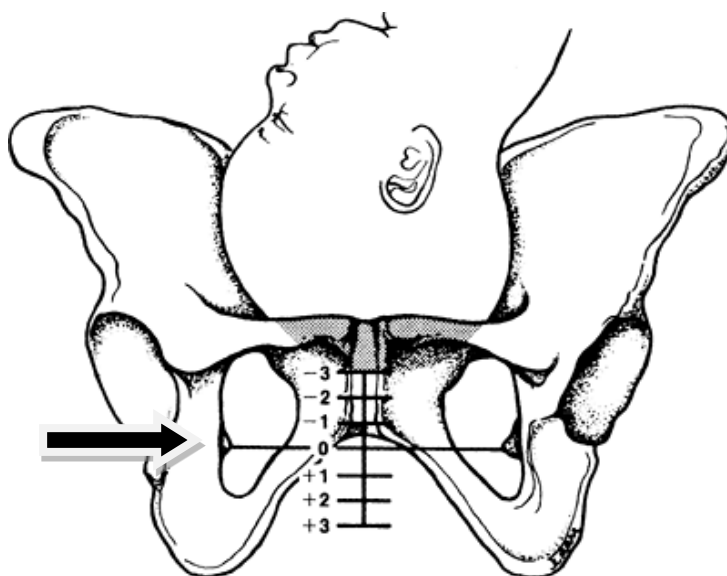
Väikevaagna tasapinnad

Väikevaagna tasapindade (vaagna sissepääsu-, spinaal- e. kitsuse- ja väljapääsutasapind) ning loote pea juhtiva punkti kauguse järgi (sentimeetrites) kitsuse- e. spinaaltasapinnast hinnatakse loote eesasuva osa seadumist ja edasiliikumist sünnituskanalis sünnituse ajal. Kõigi tasapindade otsemõõtude keskpunktide ühendamisel tekib kõver, mida nimetatakse vaagna teljeks e. juhtjooneks. Loote liikumine sünnituskanalis toimub juhtjoone suunas.

Väikevaagna kitsuse tasapind e. spinaaltasapind e. 0-tasapind

Spinaaltasapind on väikevaagna tinglik tasapind, mis läheb läbi istmikuluuogade (lad. *spina ishiadica*) ja sümfüüsi alumise serva. 0-tasapinnast kõrgemale ja madalamale jäävad paralleeltasapinnad, mis asuvad üksteisest 1 cm kaugusel. 0-tasapinnast kõrgemal asuvaid tasapindu tähistatakse miinus (-) märgiga ja allpool olevaid pluss (+) märgiga arvu ees. Negatiivne number näitab loote pea juhtiva punkti paiknemist 0-tasapinnast kõrgemal ja positiivne number pea asumist sellest tasapinnast madalamal.

Eestis on kasutusel - 3/+3 tasapindade süsteem.



Joonis 1 Väikevaagna tasapinnad, noolega näidatud 0-tasapind ja istmikuluuoga

2. Sünnituse perioodid ja nende ajalised kriteeriumid

2.1. Sünnituse I e. avanemisperiood

Sünnituse avanemisperiood kestab regulaarsete valulike emakakontraktsioonide e. tühude tekkest kuni emakakaela täieliku avatuse (10cm) saavutamiseni.

Sünnituse avanemisperiood jagatakse **kolme faasi**:

- **latentne faas** – emakakontraktsioonide algusest kuni emakakaela avatuseni 4cm
- **aktiivne faas** – emakakaela avatusest 4cm kuni avatuseni 8-9cm
- **passiivne faas** – emakakaela avatusest 8-9cm kuni täieliku (10cm) avatuseni. See on 1-1,5 tunni pikkune ajavahemik, mille ajal sünnitustegevus sageli nõrgeneb ja emakakaela edasine avanemine või loote laskumine pidurdub. See on füsioloogiline nähtus, mis ei nõua sekkumist.

2.2. Sünnituse II e. väljutusperiood

Sünnituse väljutusperiood algab emakakaela täielikust (10cm) avatusest ja lõpeb lapse sünniga.

Sünnituse väljutusperiood jagatakse **kahte faasi**:

- **passiivne faas** ehk loote pea laskumine vaagnasse - periood, kus emakakael on täielikult avatud, kuid loode on laskumas sünnituskanalisse ja emal puudub või on nõrk vajadus kaasa pressida
- **aktiivne faas** - periood, kus loote pea on laskunud vaagnasse ja jõudnud vaagnapõhjale (on tupepilust nähtav) ning emal on tungiv vajadus kaasa pressida

2.3. Sünnituse III e. päramiste- e. platsentaarperiood

Sünnituse päramisteperiood kestab lapse sünnist kuni emaka täieliku tühjenemiseni (päramiste e. lootekestade, nabaväädi ja platsenta väljumiseni).

Tabel 3 Sünnituse perioodide ajalised kriieriumid

<i>Sünnituse periood</i>	<i>Esmasünnitaja</i>	<i>Korduvsünnitaja</i>
Avanemisperiood		
Latentne faas, keskmine kestus (sulgudes normi piirid)	12 tundi (12-24 tundi)	8 tundi (8-18 tundi)
Aktiivne faas, emakakaela avanemise kiirus vähemalt...	2 cm 4 tunniga	2 cm 4 tunniga
Passiivne faas	kuni 1,5 tundi	kuni 1,5 tundi
Väljutusperiood (passiivse ja aktiivse faasi kestus kokku)	3-4 tundi	2-3 tundi
Päramiste periood	30-60 min.	30-60 min.

Kui sünnituse perioodide ajalised kriteeriumid ületavad keskmisi näitajaid, on soovitatav koos sünnitajaga arutada sünnituse juhtimise edasisi variante antud konkreetse juhu puhul ning selgitada iga variandiga seotud hüvesid ja riske.

3. Sünnitaja vastuvõtmine sünnitusosakonda

3.1. Sünnitaja küsitlus

Sünnitaja saabumisel sünnitusosakonda küsitleda teda:

- sünnitustegevuse alguse, tuhude sageduse, jõudluse ja kestuse, lootevee eritumise ning looteliigutuste iseloomu kohta
- eelnevate raseduste kulu ja lõppe kohta
- käesoleva raseduse kulu kohta
- sünnitusrisiki mõjutada võivate põetud ja krooniliste haiguste ning allergia kohta (kui ei ole eelnevalt dokumenteeritud)

3.2. Sünnitaja läbivaatus

Sünnitaja läbivaatusel hinnatakse objektiivset- (üldseisund) ja obstetrilist staatust (emaka palpatsioon, vaginaalne läbivaatus ja loote seisundi hindamine).

3.2.1. Üldseisundi hindamine

- Arteriaalse vererõhu mõõtmine
- Pulsi hindamine
- Kehatemperatuuri mõõtmine
- Vajadusel analüüside tegemine (test lootevee eritumisele, uriinianalüüs jms)

3.2.2. Vaginaalne läbivaatus

Vaginaalne läbivaatus tuleb alati dokumenteerida kirjalikult kõigi klassikaliste parameetrite kirjeldamisega (emakakaela pikkus, asetus, konsistents, avatus, loote eesasuv osa, loote pea juhtiva punkti asukoht vaagna tasapindade suhtes, loote pea asend noolõmbluse paiknemise alusel, looteveepõie olemasolu või puudumine, lootevee eritumisel selle värvus; vajadusel ka lahkliha, tupe või luulise vaagna iseärasused) ning alates emakakaela avatusest 4cm märkida andmed partogrammi.

3.2.3. Loote seisundi hindamine

Saabumisel tuleb teha kardiotokograafia (kestusega 20-30 min.) ning dokumenteerida see sünnitusloos.

3.3. Sünnitusplaani koostamine ja dokumenteerimine

Andmete alusel koostada esialgne sünnitusplaan ja/või arutada läbi sünnitaja poolt koostatud sünnitusplaan. Küsitleda sünnitajat sünnitusega seotud ootuste ja hirmude suhtes, selgitada tegelikke võimalusi.

Kõik andmed, uuringud, protseduurid ja plaanid koos sünnitaja nõusoleku äramärgimisega dokumenteerida nõuetekohaselt.

Kui sünnitaja ei ole nõus sünnituse juhtimise plaani või ämmaemanda/naistearsti poolt vajalikuks peetavate protseduuride või ravimitega, siis tuleb see sünnitusloos kirjeldada ja patsiendi poolt keeldumine allkirjastada.

4. Sünnituse avanemisperiood

4.1. Sünnitaja jälgimine ja abistamine avanemisperioodi latentsses faasis

Sünnitaja on soovitatav hospitaliseerida sünnituse avanemisperioodi aktiivses faasis (s.t. kui emakakael on avatud vähemalt 4cm) (D).

Kui naine ei ole veel avanemisperioodi aktiivses faasis ja esmane hinnang ei tuvasta kõrvalekaldeid normist, siis ei pea sünnitajat koheselt hospitaliseerima, teda tuleb nõustada ja toetada ning julgustada minema veel mõneks ajaks koju (D).

Sünnitaja soovi korral võib ta jääda jälgimisele sünnitusosakonda. Jälgimise korral sünnitusosakonnas tuleb dokumenteerida sünnitaja kaebused, üldseisund, sünnitustegevuse iseloom ja vaginaalse läbivaatuse tulemus vähemalt iga 6 tunni järel, sama sagedusega korrata kardiotokograafiat loote seisundi hindamiseks.

4.2. Sünnitaja jälgimine ja abistamine avanemisperioodi aktiivses faasis

Sünnituse avanemisperioodi aktiivse faasi kestus on erinev: esmasünnitajatel on see keskmiselt 8 tundi ning tavaliselt ei ületa 18 tundi; korduvsünnitajatel keskmiselt 5 tundi ning ei ületa enamasti 12 tundi (C).

Avanemisperioodi aktiivses faasis peaks regulaarsete tugevate emakakontraktsioonide olemasolul emakakael avanema vähemalt 2 cm 4 tunni jooksul (C).

Normaalselt kulgevat (madala riskiga) sünnitust võib juhtida ämmaemand (A).

Sünnitajat ei tohi jätta jälgimiseta ja hoolduseta (A). Kõiki naisi tuleb kohelda austusega, tuleb nõustada ja kaasata otsuste tegemisse sünnituse käigus. Naisi tuleb küsitleda nende ootuste ja vajaduste osas, neid toetada ja abistada (D).

Naistel peab olema võimalus enda poolt valitud tugiisiku(te) osalemiseks sünnitusel (A).

Tegevussoovitused avanemisperioodi aktiivses faasis

- Hinnata ja dokumenteerida **sünnitaja kaebused ja üldseisund** vähemalt 4 tunni järel:
 - Arteriaalne vererõhk
 - Kehatemperatuur ja pulsisagedus
 - Sünnitustegevuse iseloom
- **Vaginaalne läbivaatus** on soovitatav teha vähemalt 4 tunni järel (D). Sagedasemad vaginaalsed läbivaatused on näidustatud sünnituse kulu häirete ja/või komplikatsioonide kahtluse korral või kui sünnitaja hakkab tajuma pressitunnet (D).

Igal vaginaalsel läbivaatusel tuleb:

- veenduda, et läbivaatus on vältimatu ja aitab kaasa otsuse tegemisele
 - pidada meeles, et vaginaalne läbivaatus on invasiivne toiming, mis võib tõsta infektsiooni riski
 - tagada sünnitajale privaatsus, väärikus ja mugavus
 - anda sünnitajale tagasisidet läbivaatuse tulemuse kohta (D)
- **Loote seisundi hindamiseks** võib kasutada nii perioodilist **auskultatsiooni doppler-anduriga** kui **elektroonset jälgimist** (KTG) (B). Loote SLS kuulatleda iga 30 min. järel, KTG korrata võimalusel vähemalt 4 tunni järel. KTG interpreteerimisel tuleb lähtuda vastavatest juhistest (D). Loote seisundi hindamise tulemused tuleb dokumenteerida sünnitusloos.
 - Nii **perioodiline** kui **pidev KTG** on aktsepteeritavad meetodid loote seisundi jälgimiseks sünnituse ajal (A). Üleminek auskultatsioonilt või perioodiliselt KTG kasutamisele **pidevale loote elektroonsele jälgimisele** on näidustatud, kui lootevesi muutub mekonიაalseks, tekivad muutused loote südamelöögisageduses (SLS alla 110 või üle 160 korra minutis või esinevad detseleratsioonid), sünnitajal tõuseb palavik (38°C või rohkem ühekordsel mõõtmisel või vähemalt $37,5^{\circ}\text{C}$ kahel mõõtmisel kahe tunnise intervalliga), tekib heleda vere eritus sünnitusteedest, ilmneb vajadus sünnitustegevuse toetamiseks intravenoosselt manustatava oksütotsiiniga või kui sünnitaja seda nõuab.
 - Normaalse sünnituse kulu korral ei ole rutiinne loote ST-segmendi ja loote EKG analüüs (STAN monitooring) näidustatud (A). Kui **STAN monitooring** on kättesaadav, siis selle kasutamine on näidustatud patoloogilise KTG või selle kahtluse korral (piiripealsete kõrvalekalletega KTG) (B). **STAN monitooringu kasutamisel ja hindamisel tuleb arvestada STAN kliiniliste juhistega.**
 - **Otsese KTG** kasutamine on soovitatav ka siis, kui kaudse KTG abil (st abdominaalse anduri kasutamisel) või loote SLS auskuldeerimisel on loote seisundi hindamine raskendatud signaali halva kvaliteedi tõttu (näiteks tingituna ema adipoossusest).
 - Soovitatav on avada **partogramm** ja kanda sellele andmed naise üldseisundi, sünnitustegevuse, vaginaalsete läbivaatuste, kasutatud ravimite ja loote seisundi kohta. Partogrammi kasutamisel on soovitatav sekkumise vajaduse hindamiseks kasutada 4-tunni joont (ing. *Action line*) (A).
 - Soovitada sünnitajale erinevaid avanemisperioodi aktiivses faasis sobivaid **asendeid ja liikumist** sünnituse progresseerumise soodustamiseks (A).
 - Õpetada õiget **hingamis- ja lõõgastumistehnikat**, julgustada ja kiita sünnitajat.
 - **Tagada sünnitajale piisav toit ja jook veetustumise vältimiseks**; küsida, kas sünnitaja on suutnud **tühjendada kusepõit**. Selgete vedelike ja isotooniliste jookide tarbimine on sünnitajale lubatud (A). Samuti on lubatud kergedained ja juhtudel kui sünnitajale on

manustatud opioide või sünnituse kulus on tekkinud kõrvalekalded, mis viitavad tõenäolisele üldanesteesia vajadusele. H-2 retseptorite blokaatorite ega antatsiidide rutiinne manustamine sünnitajale ei ole madala riskiga kulgeva sünnituse korral põhjendatud.

- Varane amniotomia ja oksütotsiini infusiooni rutiinne kasutamine ei ole sünnituse normaalse kulu korral põhjendatud ja ei paranda tulemust (A).
- Pakkuda vajadusel sünnitajale **valutustamist** (näiteks dušš, vann, naerugaasi inhalatsioon, opioidid, paratservikaalanalgeesia, epiduraalanalgeesia jt), selgitada erinevate valutustamisvõimaluste toimet ja kõrvaltoimeid; arvestada sünnitaja valikuga, näidustuste ning vastunäidustustega ja kohalike võimalustega. Sünnitaja soovi valutustamise osas tuleb arvestada nii palju kui võimalik (B).
 - **Massaaž ja rahustav suhtlemine** on valuleevendavate võtetena näidustatud nii sünnituse avanemis- kui väljutusperioodis (B).
 - **Soe vesi** (vann, dušš) on efektiivne valutustamismeetod sünnituse avanemisperioodis (A).
 - **Veeblokaadi** kasutamine (*aqua*-blokaad) on arvestatav meetod alaseljavalu leevendamisel sünnituse ajal; sünnitajat tuleb eelnevalt informeerida, et nahasisesed süsted põhjustavad lühiajalist teravat valu süstekohas (B).
 - **Transkutaanne elektriline närvistimulatsioon** (TENS) ei ole efektiivne valutustamismeetod sünnituse avanemisperioodi aktiivses faasis (A).
 - **Naerugaasi inhalatsioon** on sobiv valutustamismeetod; sünnitajat tuleb informeerida, et sellele valu leevendav efekt on mõõdukas ning kõrvaltoimena võib esineda iiveldust, oksendamist ja uimasust (B).
 - Kui valutustamiseks kasutatakse **opioide** tuleb sünnitajat informeerida, et nende valu leevendav efekt on mõõdukas ning kõrvaltoimena võib esineda iiveldust ja oksendamist (A). Kui opioide manustatakse intravenoosselt või intramuskulaarselt on soovitatav samaaegselt manustada antiemeetilist ravimit (A). Sünnitajat ei tohi lubada vanni või dušši alla kahe tunni jooksul pärast opioidide manustamist (D).
 - Sünnitajat tuleb informeerida, et **epiduraalanalgeesia** on kõige efektiivsem sünnituse valutustamise meetod, kuid selle kõrvaltoimeks võib olla vererõhu langus (hüpotensioon), uriini retentsioon, nahasügelus ja kehatemperatuuri tõus, muutused loote südametegevuses, sünnituse väljutusperioodi pikenemine ning kõrgem risk instrumentaalseks sünnituse lõpetamiseks (A). Epiduraalanalgeesiat võib kasutada ka sünnituse väljutusperioodis ning sellega jätkatakse pärast sünnitust, kui on vajadus sünnitusteede rebendite õmblemiseks (A). Epiduraalanalgeesia kasutamisel tuleb mõõta sünnitaja arteriaalne vererõhk analgeesia alustamisel ja pärast iga lisadoosi manustamist (D). Epiduraalanalgeesia alustamisel sünnituse valutustamiseks tuleb jälgida loote seisundit KTG abil 30 min. jooksul ja pärast iga lisadoosi (koguses 10ml või rohkem) manustamist (D).

Sünnituse epiduraalanalgeesias valutustamise kohta vt. ka ENS juhendit „Sünnituse epiduraalanalgeesias valutustamise tööjuhend“, www.ens.ee

4.3. Sünnitaja abistamine ja jälgimine avanemisperioodis passiivses faasis

Selles perioodis jätkuvad eelpool kirjeldatud tegevused ema ja loote seisundi jälgimiseks.

Vajalik on loote SLS kuulatlemine ja dokumenteerimine vähemalt 15-30 minuti järel, sealhulgas

kuulatlemine vähemalt ühe minuti vältel pärast emakakontraktsiooni. Kõrvalekallete korral (loetletud punktis 4.2.) tuleb vajadusel jätkata loote jälgimist pideva KTG abil.

Spontaanset sünnitustegevuse elavnemist ja/või loote pea laskumise algust on soovitatav oodata vähemalt 1,5 tundi.

5. Sünnituse väljutusperiood

5.1. Sünnitaja abistamine ja jälgimine väljutusperioodis

Esmasünnitajatel peab sünnitus toimuma 3-4 tunni jooksul ja korduvsünnitajal 2-3 tunni jooksul alates väljutusperioodi algusest (D).

Väljutusperioodil erisatakse kahte faasi:

- Passiivne e. loote laskumise faas
- Aktiivne faas

Väljutusperioodis **jätkub ema ja loote seisundi jälgimine**; sünnitaja emotsionaalne **toetamine ja julgustamine**. Sünnitajale peaks soovitama erinevaid **asendeid**, julgustama teda mitte olema seliliasendis. Naine peaks sünnitamiseks valima asendi, mis on talle kõige mugavam (A). Ka väljutusperioodis tuleb **vältida ema veetustumist**, tagada piisav jook ning küsida, kas sünnitaja on suutnud **regulaarselt tühjendada kusepõit**.

5.1.1. Väljutusperioodi passiivne e. loote laskumise faas

Esmasünnitajal kestab väljutusperioodi passiivne faas kuni 2 tundi sõltumata epiduraalanalgeesia kasutamisest (D). Korduvsünnitajal kestab väljutusperioodi passiivne faas kuni 1 tund ja epiduraalanalgeesia kasutamisel kuni 2 tundi (D).

Väljutusperioodi passiivse faasi alguse aeg jääb sageli täpselt tuvastamata, kuna see kattub osaliselt avanemisperioodi passiivse faasiga. Kui täpset faasi algusaega ei ole teada, siis loetakse selleks esimese läbivaatuse aega, mil on diagnoostitud emakakaela täielik avatus või väituste algust.

Tegevussoovitused väljutusperioodi passiivses faasis:

- Sünnitaja **arteriaalset vererõhku ja pulssi hinnata** vähemalt ühe tunni järel; soovitatav on mõõta ka **kehatemperatuuri**.
- **Vaginaalne läbivaatus vastavalt vajadusele**, kui faas kestab kauem kui üks tund, siis vähemalt iga tunni järel.
- **Emakakontraktsioonide sagedust ja tugevust hinnata** iga 30 min. järel.
- **Loote SLS kuulatleda** loote laskumisperioodis vähemalt 10-15 minuti järel pärast tuhu ühe minuti jooksul, soovitatav on auskultatoorselt jälgimiselt minna üle pidevale kardiotokograafiale. Loote seisundi hindamise tulemused tuleb dokumenteerida.
- **Pidev KTG** on kohustuslik, kui lootevesi on mekonიაalne, esinevad kõrvalekalded loote

südamelöögisageduses (SLS alla 110 x min. või üle 160 x min. või esinevad detselaratsioonid), emal esineb palavik ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), esineb veritsus sünnitusteedest või kasutatakse intravenooset oksütotsiini sünnitusjõudude toetamiseks või kui ema seda soovib.

- **Valsalva- e. suletud epiglottisega pressimine** ei ole loote laskumisperioodis soovitatav, kuna vähendab veelgi loote hapnikuga varustatust. Soovitada sünnitajale **avatud epiglottisega pressimist ehk nn lapse “väljahingamist”** või lasta sünnitajal spontaanselt omas rütmis väitusele kaasa pressida.

5.1.2. Sünnituse väljutusperioodi aktiivne faas

Sünnituse väljutusperioodi aktiivses faasis on loote pea jõudnud vaagnapõhjale, toimub loote pea läbilõikumine ja loote sünn.

Esmasünnitajal kestab väljutusperioodi aktiivne faas ilma epiduraalanalgeesiata kuni 1 tund, epiduraalanalgeesia kasutamisel kuni 2 tundi (D).

Korduvsünnitajal kestab väljutusperioodi aktiivne faas keskmiselt 1 tund sõltumata epiduraalanalgeesia kasutamisest (D).

Tegevussoovitused väljutusperioodi aktiivses faasis:

- **Vaginaalne läbivaatus vastavalt vajadusele**
- **Loote SLS kuulatleda** 1-2 väituse järel, vähemalt minuti jooksul pärast emakakontraktsiooni. Loote SLS põhiritm peaks taastuma 30 sekundi jooksul peale väitust. Soovitatav on pidev KTG. KTG kasutamise näidustused on samad kui punktis 5.1.1. Loote seisundi hindamise tulemused tuleb dokumenteerida.
- Soovitatav on oodata sünnitaja spontaanset pressimise vajadust. Kui naine ise ei suuda pressimise vajaduse üle otsustada, siis soovitada talle nüüd **alustada pressimist** (A).
- Epiduraalanalgeesia kasutamisel tuleb vajadusel naist juhendada pressima (A).
- Sünnitusjõudude intravenooset stimulatsiooni oksütotsiiniga võib vajadusel aktiivse pressimise perioodis igal ajal rakendada; oksütotsiini kasutamise vajaduse üle otsustab naistearst.
- Sünnitaja perineumi raseerimine ei ole näidustatud (D). Lahkliha massaaž väljutusperioodis ei ole näidustatud (A). Sünnitajale võib soovitada sooja mähist lahklihale (A). Aerosoollokaalanesteetikumi (Lidokaiin spreii) kasutamine lahklihale valutustamise eesmärgil ei ole näidustatud (A).
- Loote pea sirutumise ajal peab sünnituse vastuvõtja kaitsma ja toetama lahkliha samal ajal kui sünnitaja pressib (B).
- Kui vastündinu ja sünnitanu on heas seisundis, siis **asetada laps ema kõhule kohe pärast sünni nahk-naha kontaktiks** ja jätta laps sinna võimalusel **vähemalt üheks tunniks** (A).

5.2. Episiotoomia kasutamine

Episiotoomia on lahkliha lõige, mille eesmärgiks on vähendada vaagnapõhja kudede takistust loote eesasuva osa liikumisele.

Normaalse vaginaalse sünnituse korral ei ole rutiinne episiotoomia näidustatud (A).

Episiotoomia tuleb teha kliinilise näidustuse olemasolul – näiteks vajadus sünnituse instrumentaalseks lõpetamiseks ja/või loote ohuseisundi kahtlus (D). Eelistama peaks mediolateraalsel lõiget (keskjoone suhtes 45-60 kraadise nurga all) (D). Enne episiotoomia tegemist ja hilisemal kudede terviklikkuse taastamisel tuleb alati tagada efektiivne valutustamine (D).

6. Sünnitaja jälgimine ja abistamine platsentaar- e. päramiste- perioodis

6.1. Üldised soovitused päramisteperioodis

Päramisteperiood kestab tavaliselt 10-20 minutit. Kui verejooksu ei ole, võib oodata platsenta irdumist 30-60 min.

- **Jälgida sünnitaja üldseisundit** (nahavärvus, hingamissagedus, pulss, arteriaalne vererõhk, kehatemperatuur) ja enesetunnet.
- **Jälgida vereeritust** sünnitusteedest ja **emaka kontraheerumist**.
- **Dokumenteerida verekaotus**. Füsioloogiline verekaotus vaginaalsel sünnitusel on kuni 500ml.
- **Kontrollida väljunud platsenta, lootekestad ja nabaväät; dokumenteerida info**.

Sünnituse päramisteperiood loetakse pikenevaks, kui päramised ei ole sündinud aktiivse juhtimistaktika korral 30 min. ja äraootava taktika kasutamisel 60 min. jooksul (D).

6.2. Päramisteperioodi juhtimise taktikad

Päramisteperioodi juhtimisel on soovitatav kasutada **aktiivset taktikat**, kuna nii on sünnitaja verekaotus väiksem (A). Naisi tuleb informeerida (soovitavalt juba raseduse ajal), et sünnituse päramisteperioodis aktiivse juhtimistaktika kasutamine lühendab selle perioodi kestust ja vähendab sünnitusjärgset verekaotust ning vajadust uterotooniliste ravimite kasutamiseks (D).

Rutiinne oksütotsiini kasutamine päramisteperioodis on põhjendatud ja võimaldab vähendada sünnitusjärgse verejooksu riski 60% võrra (A). 5-10TÜ oksütotsiini aeglane manustamine intravenoosselt või intramuskulaarselt sünnitusjärgse verejooksu profülaktikaks on põhjendatud (A). Eelistatud oksütotsiini annus on 10TÜ ja eelistatud manustamisviis on intramuskulaarne va juhtudel, kus sünniajal on olemas veenitee.

Kui oksütotsiin ei ole kättesaadav või on vastunäidustatud, siis võib kasutada metüülgometriini intramuskulaarselt või misoprostooli 600mcg suukaudselt või sublinguaalselt (A). Misoprostooli võib manustada ka rektaalselt (600-800mcg), kuid sel juhul on imendumine aeglasem.

Metüülgometriini kasutamine on vastunäidustatud hüpertoonia, rasedusaegse hüpertensiooni ja preeklampsia korral.

Kui patsiendil on madal risk sünnitusjärgse verejooksu tekkimiseks, siis võib tema soovil kasutada platsentaarperioodi juhtimisel kasutada **äraootavat taktikat (D)**.

6.2.1. Aktiivne taktika päramisteperioodi juhtimisel

- Sünnitajale **manustatakse uterotoonilist ravimit kohe peale lapse sünni**; jälgitakse emaka kontraheerumist ja vereeritust.
- **Platsenta eemaldatakse kontrollitud tõmbega nabaväädist**. Mitte kunagi ei tohi nabaväädist tõmmata ilma vastusurvet ostutamata!

6.2.2. Äraootav (e. füsioloogiline) taktika päramisteperioodi juhtimisel

- Sünnitajale **ei manustata kohe peale lapse sünni uterotoonilist ravimit**; jälgitakse emaka kontraheerumist ja vereeritust
- **Platsenta sünnitatakse emapoolse jõupingutusega** (pressimisega), traktsiooni nabaväädist ei toimu
- Vajadusel manustatakse sünnitajale uterotoonilisi vahendeid pärast platsenta sünni.

Kui platsenta ei ole sündinud 60 min. jooksul, tekib tugev veritsus sünnitusteedest või kui sünnitaja soovib, tuleb äraootavalt taktikalt minna üle päramisteperioodi aktiivsele juhtimisele – manustada uterotoonilist ravimit (oksütotsiini 10TÜ intravenoosselt või intramuskulaarselt) ja püüda platsenta eemaldada kontrollitud tõmbega nabaväädist (D). Metüülgometriini kasutamine selles situatsioonis ei ole soovitatav, kuna võib põhjustada emaka tetaanilise kokkutõmbe, mis häirib platsenta väljumist (D).

Oksütotsiini süstimine nabavääti ei ole rutiinne protseduur, kuid võib soodustada platsenta irdumist. Selleks süstitakse 20TÜ oksütotsiini 20ml füsioloogilises lahuses nabaväädi veeni ning nabaväät suletakse süstekohast proksimaalsemal klemmiga. Kui vaatamata sellele platsenta 30 minuti jooksul spontaanselt ei irdu või naise üldseisund halveneb, **tuleb minna platsenta manuaalsele eemaldamisele anesteegasias (C)**.

6.3. Nabaväädi sulgemise ajastamine

Eelistatud on nabaväädi hiline sulgemine (A). Nabaväät suletakse 2 min. pärast lapse sünni või siis, kui nabaväädi pulsatsioon on lakanud (B). Nabaväädi hilise sulgemise korral esineb vastsündutel ja lapse esimese eluaasta jooksul vähem aneemiat (A). Nabaväädi hilise sulgemise puuduseks on mõningane hüperbilirubineemia esinemissageduse tõus vastsündinutel (B).

Varast nabaväädi sulgemist (varem kui 1 min. pärast sünni) tuleb kasutada siis, kui laps sünnib asfüksias ning temaga on vaja koheselt tegeleda või teda elustada (A).

7. Sünnitusteede terviklikkuse kontroll ja taastamine

7.1. Lahkliha rebendite klassifikatsioon

I astme rebend – trauma piirdub tupe limaskestast ja lahkliha katva naha ning nahaaluse koe rebendiga.

II astme rebend – rebenenud on tupe limaskest, lahkliha kattev nahk, nahaalne kude ja lahkliha lihased (*m.bulbocavernosus*, *m.transversus perinei superficialis et profundus*).

III astme rebend – rebend haarab pärasoole sulgurlihast/sulgurlihaseid

- 3a – rebenenud on alla 50% välimisest sulgurlihasest (reband sulgurlihase pidmiste kiudude osas).
- 3b – rebenenud on üle 50% välimisest sulgurlihasest.
- 3c – välimine sulgurlihas on täielikult rebenenud, vigastus haarab ka sisemist sulgurlihast.

IV astme rebend – rebenenud on nii väline kui sisemine pärasoole sulgurlihas, vigastus haarab ka soole limaskestast.

7.2. Sünnitusteede terviklikkuse taastamine

Sünnitusteede rebendite õblemisel on vajalik **piisav valutustamine** (infiltratsioonanalgeesia 10-20 ml 1% lidokaiiniga; kui sünnitusel kasutati epiduraalanalgeesiat, siis lisaannuse manustamine).

Rebendite õblemiseks kasutada **resorbeeruvat sünteetilist õmblusmaterjali** (A).

Sünnitanut tuleb informeerida vigastuse ulatusest ja planeeritavast kirurgilisest korrigeerimisest. Võimaluse korral ei võeta rebendite õblemise ajaks vastündinut ema rinnalt ära.

I järgu rebendid tuleb õmmelda va juhtudel, kus nahaservad asuvad lähestikku (A).

II järgu rebendite õblemisel on lihaskihile ja limaskestale soovitatav kasutada jooksvat õmblust; nahale intrakutaanset õmblust (A).

Kui lahkliha rebendi õblemine on lõpetatud, on soovitatav rektaalne palpatsioon, et kontrollida, kas õblemisel ei ole kogemata haaratud kaasa pärasoole limaskestast (D).

Pärast rebendite õblemist pakkuda naisele rektaalselt manustatavat valuvaigistit (NSAID), kui ei esine vastunäidustusi selle kasutamiseks. III ja IV järgu rebendite korral on soovitatav kasutada suukaudset valuvaigistit.

Tõsiste sünnitusteede vigastuste (emakakaela, tupe ja/või lahkliha rebendid) korral korrigeerida need operatsioonitoas kasutades regionaalset või üldanesteesiat. Vajadusel jätta põide püsikateeter 24 tunniks uriiniretentsiooni vältimiseks. Pärast rebendite korrigeerimist tagada patsiendile efektiivne valutustamine, nõustada dieedi, režiimi ja vaagnapõhjelihaste harjutuste osas. Kui esines perineumi III või IV astme rebend, siis ei ole soovitatav vaagnapõhjelihaste harjutustega alustada enne, kui lihased on paranenud, võimalusel suunata naine füsioterapeudi konsultatsioonile.

Rebendite iseloom ja kasutatud õmblusmaterjal dokumenteeritakse sünnitusloos.

8. Sünnitaja ja vastsündinu jälgimine varases sünnitusjärgses perioodis

- Kahe tunni jooksul jälgida sünnitanu **üldseisundit, nahavärvust, hingamissagedust, pulssi, vererõhku, kehatemperatuuri, lohhiaid, emakakontraktsiooni ja urineerimist.**
- Vastsündinul hinnata **Apgari hinnet** esimesel ja viiendal eluminutil (A).
- Rutiinne vastsündinu suuõõne ja ninaneelu **aspiratsioon ei ole näidustatud** (A).
- Heas seisundis vastsündinu tuleb asetada ema rinnale **nahk-naha kontaktiks kohe pärast sündi** (A).
- Et **vältida vastsündinu jahtumist**, tuleb ta kuivatada ja katta eelsoojendatud rätiku või tekiga ning jätta emaga nahk-naha kontakti (D).
- Ema ja vastsündinut ei peaks eraldama vähemalt ühe tunni jooksul, selle aja jooksul peaks toimuma **esimene imetamine**. Samal ajal peab ämmaemand **perioodiliselt hindama vastsündinu seisundit** (nahavärvus, hingamisliigutused, lihastoonus ja vajadusel südamelöögisagedus) last emast eraldamata. Vastsündinu eraldamine emast (sh kaalumiseks, mõõtmiseks ja riietamiseks) enne ühe tunni möödumist ei ole õigustatud va juhtudel, kus vastsündinu üldseisund nõuab kohest tegelemist temaga. Ämmaemand peab informeerima lastearsti või naistearsti igast **vastsündinu seisundi muutusest** (D).
- Vanemate nõusolekul manustada vastsündinule **K-vitamiini**. Profülaktiline K-vitamiini manustamine on põhjendatud, et ära hoida võimalikku K-vitamiini defitsiidist tingitud hemorraagilist sündroomi vastsündinul (A). **K-vitamiini manustatakse ühekordse intramuskulaarse süstena (1mg)**, kuna see manustamisviis tagab parimad tulemused (A). Kui lapsevanemad keelduvad K-vitamiini intramuskulaarsest süstist vastsündinule, siis tuleb neid informeerida alternatiivsest suukaudsest manustamisest, kuid selgitada, et selle kasutamisel on vajalikud korduvad annused (sünnil, ühe nädala vanuses ja ühe kuu vanuses; täielikul rinnapiimatoidul vastsündinutel vajadusel ka rohkem)(D).
- **Dokumenteerida ema ja vastsündinu seisund varapuerpeeriumi lõpus.**

LISAD

Lisa 1 Tegevussoovituste tõendus põhise määratlus tabelina

Lisa 1a. Avanemis periood

<i>Tegevussoovitus</i>	<i>Tõendus põhise</i>
Abiosutajad	
Normaalselt kulgevat (madala riskiga) sünnitust võib juhtida ämmamand	A
Naisele tuleb võimaldada individuaalset hooldust	A
Sünnitajat ei tohi jätta jälgimise ja hoolduseta	A
Suhtlus sünnitajaga	
Kõiki naisi tuleb kohelda austusega, neid tuleb nõustada ja kaasata otsuste tegemisse sünnituse käigus. Naisi tuleb küsitleda nende ootuste ja vajaduste osas, neid toetada ja abistada.	D
Tugiisik sünnitusel	
Naistel peab olema võimalus enda poolt valitud tugiisiku osalemiseks sünnitusel	A
Vedeliku tarbimine sünnituse ajal	
Selgete vedelike ja isotooniliste jookide tarbimine on sünnitajale lubatud	A
Avanemis perioodi aktiivse faasi ajalised kriteeriumid	
Sünnituse avanemis perioodi aktiivse faasi pikkus on sünnitajatel erinev ja sõltub eelnenud sünnituste arvust. Sünnituse edenemine ei ole tingimata lineaarse mustriga. <ul style="list-style-type: none"> Esmasünnitajal on avanemis perioodi aktiivse faasi keskmine kestus 8 tundi ja enamasti ei ületa see 18 tundi Korduvsünnitajal on avanemis perioodi aktiivse faasi keskmine kestus 5 tundi ja enamasti ei ületa see 12 tundi 	C
Tegevused ja protseduurid sünnituse avanemis perioodis	
Sünnitaja on soovitatav hospitaliseerida sünnituse avanemis perioodi aktiivses faasis (s.t. kui emakakael on avatud vähemalt 4cm)	D
Sünnitajale klistiiri tegemine ei ole näidustatud	A
Sünnitaja perineumi raseerimine ei ole näidustatud	D
Sünnitajat (isegi epiduraalanalgeesia kasutamisel) tuleb julgustada valima mugavat asendit ja liikuma, kui ta seda soovib	A
Partogrammi kasutamisel on soovitatav sekkumise vajaduse hindamiseks kasutada 4-tunni joont (ing. <i>Action line</i>)	A
Amniotoomia ja oksütotsiini infusiooni rutiinne kasutamine ei ole sünnituse normaalse kulu korral põhjendatud ja ei paranda tulemust	A
Loote seisundi jälgimiseks võib kasutada nii elektroonset monotooringut (KTG) kui perioodilist auskultatsiooni doppler-anduriga	B
Nii perioodiline kui pidev KTG on aktsepteeritavad meetodid loote seisundi jälgimiseks sünnituse ajal	A
Normaalse sünnituse kulu korral ei ole rutiinne loote ST-segmeni ja loote EKG analüüs (STAN monitooring) näidustatud	A
STAN monitooringu kasutamine on näidustatud patoloogilise KTG või selle kahtluse korral	B
KTG interpreteerimisel tuleb lähtuda vastavatest juhistest	D
Normaalse sünnituse kulu korral tehakse vaginaalne läbivaatus iga 4 tunni järel	D

Sagedasemad vaginaalsed läbivaatused on näidustatud sünnituse kulu häirete ja/või komplikatsioonide kahtluse korral või kui sünnitaja hakkab tajuma pressitunnet	D
Igal vaginaalsel läbivaatusel tuleb: <ul style="list-style-type: none"> • veenduda, et läbivaatus on vältimatu ja aitab kaasa otsuse tegemisele • pidada meeles, et vaginaalne läbivaatus on invasiivne toiming, mis võib tõsta infektsiooni riski • tagada sünnitajale privaatsus, väärikus ja mugavus • anda sünnitajale tagasisidet läbivaatuse tulemuse kohta 	D
Sünnituse valutustamine	
Sünnitaja soovi valutustamise osas tuleb arvestada nii palju kui võimalik	B
Soe vesi (vann, dušš) on efektiivne valutustamismeetod sünnituse avanemisperioodis	A
Massaaž ja rahustav suhtlemine on valuleevendavate võtetena näidustatud nii sünnituse avanemis- kui väljutusperioodis	B
Veeblokaadi kasutamine (<i>aqua</i> -blokaad) on arvestatav meetod alaseljavalu leevendamisel sünnituse ajal; sünnitajat tuleb eelnevalt informeerida, et nahasisesed süsted põhjustavad lühiajalist teravat valu süstekohas	B
TENS ei ole efektiivne valutustamismeetod sünnituse avanemisperioodi aktiivses faasis	A
Naerugaasi inhalatsioon on sobiv valutustamismeetod; sünnitajat tuleb informeerida, et sellele valu leevendav efekt on mõõdukas ning kõrvaltoimena võib esineda iiveldust, oksendamist ja uimasust	B
Kui valutustamiseks kasutatakse opioide tuleb sünnitajat informeerida, et nende valu leevendav efekt on mõõdukas ning kõrvaltoimena võib esineda iiveldust ja oksendamist	A
Kui opioide manustatakse intravenoosselt või intramuskulaarselt on soovitatav samaaegselt manustada antiemeetilist ravimit	A
Sünnitajat tuleb informeerida, et epiduraalanalgeesia on kõige efektiivsem sünnituse valutustamise meetod, kuid selle kõrvaltoimeks võib olla vererõhu langus (hüpotensioon), uriini retentsioon, nahasügelus ja kehatemperatuuri tõus, muutused loote südamegevuses, sünnituse väljutusperioodi pikenemine ning kõrgem risk instrumentaalseks sünnituse lõpetamiseks	A
Epiduraalanalgeesiat võib kasutada sünnituse väljutusperioodis ning sellega jätkatakse ka pärast sünnitust kui on vajadus sünnitusteede rebendite õmblemiseks	A
Epiduraalanalgeesia kasutamisel tuleb mõõta sünnitaja arteriaalne vererõhk analgeesia alustamisel ja pärast iga lisadoosi manustamist	D
Epiduraalanalgeesia alustamisel sünnituse valutustamiseks tuleb jälgida loote seisundit KTG abil 30 min. jooksul ja pärast iga lisadoosi (koguses 10ml või rohkem) manustamist	D

Lisa 1b. Väljutusperiood

<i>Tegevussoovitus</i>	<i>Tõendus põhjus</i>
<i>Väljutusperioodi ajalised kriteeriumid</i>	
Esmasünnitajal kestab väljutusperioodi passiivne faas kuni 2 tundi sõltumata epiduraalanalgeesia kasutamisest	D
Korduvsünnitajal kestab väljutusperioodi passiivne faas ilma epiduraalanalgeesiata kuni 1 tundi ja epiduraalanalgeesia kasutamisel kuni 2 tundi	D
Esmasünnitajal kestab väljutusperioodi aktiivne faas ilma epiduraalanalgeesiata kuni 1 tund, epiduraalanalgeesia kasutamisel kuni 2 tundi	D
Korduvsünnitajal kestab väljutusperioodi aktiivne faas kuni 1 tundi sõltumata epiduraalanalgeesia kasutamisest	D
<i>Enne asend väljutusperioodis</i>	
Naine peaks sünnitamiseks valida asendi, mis on talle kõige mugavam.	A
<i>Pressimine</i>	
Soovitatav on oodata spontaanset pressimise vajadust. Kui naine ise ei suuda pressimise vajaduse üle otsustada, soovitada alustada pressimist, kui sünnitus on jõudnud väljutusperioodi aktiivsesse faasi.	A
Epiduraalanalgeesia kasutamisel tuleb vajadusel naist juhendada pressima, kui sünnitus on jõudnud väljutusperioodi aktiivsesse faasi	A
<i>Lahkliha kaitsmine</i>	
Lahkliha massaaž väljutusperioodis ei ole näidustatud	A
Võimaldada sünnitajale sooja mähist lahklihale sünnituse väljutusperioodis	A
Loote pea sirutumise ajal peab sünnituse vastuvõtja kaitsma ja toetama lahkliha samal ajal kui sünnitaja pressib	B
Aerosool-lokaalanestetikumi (sprei) kasutamine lahklihale valutustamise eesmärgil ei ole näidustatud	A
<i>Episiotoomia</i>	
Rutiinne episiotoomia ei ole näidustatud	A
Episiotoomia vajadusel korral on soovitatav kasutada mediolateraalsel lõiget 45-60 kraadise nurga all	D
Episiotoomia tuleb teha kliinilise näidustuse olemasolul – näiteks vajadus sünnituse instrumentaalseks lõpetamiseks ja/või loote ohuseisundi kahtlus	D
Enne episiotoomia tegemist tuleb tagada efektiivne valutustamine	D

Lisa 1c. Pärastepäriod

<i>Tegevussoovitus</i>	<i>Tõendus põhisis</i>
<i>Pärastepäriodi ajalised kriteeriumid</i>	
Sünnituse pärastepäriod loetakse pikenenuks kui pärastepäriod ei ole sündinud aktiivse juhtimistaktika korral 30 min. ja äraootava taktika kasutamisel 60 min. jooksul	D
<i>Pärastepäriodi juhtimise taktikad</i>	
Pärastepäriodi juhtimisel on soovitatav kasutada aktiivset taktikat, kuna nii on sünnitaja verekaotus väiksem	A
Naisi tuleb informeerida (soovitatavalt juba raseduse ajal), et sünnituse pärastepäriodis aktiivse juhtimistaktika kasutamine lühendab selle perioodi kestust ja vähendab sünnitusjärgset verekaotust ning vajadust uterotooniliste ravimite kasutamiseks	D
Patsiendi soovi korral võib pärastepäriodi juhtimisel kasutada äraootavat taktikat	D
<i>Uterotooniliste ravimite kasutamine pärastepäriodis</i>	
Rutiinne oksütotsiini kasutamine pärastepäriodis on põhjendatud ja võimaldab vähendada sünnitusjärgse verejooksu riski 60% võrra	A
5-10TÜ oksütotsiini aeglane manustamine intravenoosselt või intramuskulaarselt sünnitusjärgse verejooksu profülaktikaks on põhjendatud	A

Lisa 1d. Lahkliha rebendite õmblemine

<i>Tegevussoovitus</i>	<i>Tõendus põhisis</i>
<i>Lahkliha rebendite õmblemine</i>	
I järgu rebendid tuleb õmmelda ja juhtudel, kus nahaservad asuvad lähestikku	A
II järgu rebendite õmblemisel on lihaskihile ja limaskestale soovitatav kasutada jooksvat õmblust; nahale intrakutaanset õmblust	A
Rebendite õmblemiseks kasutada resorbeeruvat sünteetilist õmblusmaterjali	A
Kui lahkliha rebendi õmblemine on lõpetatud, on soovitatav rektaalne palpatsioon, et kontrollida, kas õmblemisel ei ole kogemata haaratud kaasa pärasoole limaskesta	D

Lisa 1e. Vastsündinu

<i>Tegevussoovitus</i>	<i>Tõendus põhjus</i>
<i>Nabaväädi sulgemine</i>	
Eelistatud on nabaväädi hiline sulgemine	A
Nabaväät suletakse 2 min. pärast lapse sündi või siis, kui nabaväädi pulsatsioon on lakanud	B
<i>Emaja vastsündinu nahk-naha kontakt</i>	
Heas seisundis vastsündinu tuleb asetada ema rinnale nahk-naha kontaktiks kohe pärast sündi	A
Et vältida vastsündinu jahtumist, tuleb ta kuivatada ja katta eelsoojendatud rätiku või tekiga ning jätta emaga nahk-naha kontakti	D
Emaja vastsündinut ei peaks eraldama vähemalt ühe tunni jooksul, selle aja jooksul peaks toimuma esimene imetamine. Selle aja jooksul peab ämmaemand perioodiliselt hindama vastsündinu seisundit (nahavärvus, hingamisliigutused, lihastoonus ja vajadusel südamelöögisagedus) last emast eraldamata. Ämmaemand peab informeerima lastearsti või naistearsti igast vastsündinu seisundi muutusest.	D
<i>Imetamine</i>	
Emaja tuleb julgustada imetama niipea kui võimalik, eelistatult võiks esimene imetamine toimuda lapse esimese elutunni jooksul	A
<i>Suuõõne ja ninaneelu aspiratsioon</i>	
Rutiinne vastsündinu suuõõne ja ninaneelu aspiratsioon ei ole näidustatud.	A
<i>K-vitamiini manustamine vastsündinule</i>	
Profülaktiline K-vitamiini manustamine on põhjendatud, et ära hoida võimalikku K-vitamiini defitsiidist tingitud hemorraagilist sündroomi vastsündinul	A
K-vitamiini manustatakse ühekordse intramuskulaarse süstena (1mg), kuna see manustamisviis tagab parimad tulemused	A
Kui lapsevanemad keelduvad K-vitamiini intramuskulaarsest süstist vastsündinule, siis tuleb neid informeerida alternatiivsest suukaudsest manustamisest, kuid selgitada, et selle kasutamisel on vajalikud korduvad annused (sünnil, ühe nädala vanuses ja ühe kuu vanuses; täielikul rinnapiimatoidul vastsündinutel vajadusel ka rohkem)	D

Lisa 2 Loote elektroonne jälgimine ja leiu hindamine

KTG markeerimine

KTG aparadi kell ja kuupäev peavad olema õiged. Kõik registreeritud loote monitooringud tuleb markeerida ema ees- ja perekonna nimega. Samuti on soovitatav loote elektroonse jälgimise ajal lindile märkida selles perioodis toimunud tegevused (vaginaalne läbivaatus, paratservikaalblokaad, epiduraalanalgeesia alustamine, ema asendivahetused jms).

Kardiotokograafilise leiu klassifitseerimine

Vastavalt FIGO (*International Federation of Gynaecology and Obstetrics*) poolt koostatud kirjeldustele jagatakse KTG leiud normaalseteks, muutustega e. piiripealseteks, patoloogilisteks ja preterminaalseteks.

Klassifikatsiooni aluseks on kolm parameetrit:

- loote südametegevuse põhirütm
- variaablus/reaktiivsus
- detseleratsioonide esinemine

KTG hinnatakse **normaalseks**, kui kõik need parameetrid vastavad normidele. Kui mõni tunnustest kaldub normist kõrvale, sõltub KTG klassifitseerimine kõrvalekalde tõsidusest – tegemist on kas **piiripealse** või **patoloogilise** mustriga.

Preterminaalse KTG tüübi määrab variaabluse ja reaktiivsuse puudumine. Kui variaablus ja reaktiivsus puuduvad, siis ei loe enam, milline on loote südamelöökide põhirütm või kas esineb detseleratsioone.

KTG klassifikatsioon

KTG klassifikatsioon	Põhirütmi sagedus	Variaablus ja reaktiivsus	Detseleratsioonid
Normaalne KTG	110 – 150 lööki min.	5 – 25 lööki min. ja esinevad aktseleratsioonid	varased detseleratsioonid või esinevad mittekompitseeritud variaabelsed detseleratsioonid, mis kestavad alla 60 sekundi ja kus südamelöögisagedus aeglustub vähem kui 60 löögi võrra
Piiripealne KTG	100 – 110 lööki min. või 150 – 170 lööki min. või esineb lühiajaline bradükardia episood (löögisagedus alla 100 löögi minutis kestusega kuni 3 minutit)	üle 25 löögi min. (saltatoorne rütm) või alla 5 löögi min. (monotoonne rütm), selle kestus üle 40 min. koos samaaegse aktseleratsioonide puudumisega	esinevad mittekompitseeritud variaabelsed detseleratsioonid, mis kestavad alla 60 sekundi ja kus südamelöögisagedus aeglustub üle 60 löögi võrra
NB! Kui esineb mitu piiripealsuse tunnust samaaegselt, on tegemist patoloogilise KTG-ga!			
Patoloogiline KTG	150 – 170 lööki min. + vähenenud variaablus või üle 170 löögi min. või esineb püsiv bradükardia (löögisagedus alla 100 löögi minutis rohkem kui 3 minuti vältel)	alla 5 löögi minutis või kestus üle 60 min. või esineb sinusoidaalne rütm	esinevad kompitseeritud variaabelsed detseleratsioonid, mis kestavad üle 60 sekundi või esinevad korduvad hilised detseleratsioonid
Preterminaalne KTG	Täielik variaabluse ja reaktiivsuse puudumine sõltumata detseleratsioonide või bradükardia esinemisest või puudumisest		

Lisa 3

Toimingud sünnituseelse lootevee puhkemise korral (raseduse kestus on vähemalt 37näd. + 0 päeva)

I Puhkenud lootevesi on selge

Lootevee puhkemise kahtlusel teostada vaginaalne vaatlus peeglika vältimaks infektsiooni riski (B).

Soovitav on teha kardiokrogramm, kui on see normaalne, siis nõustada patsienti võimalike taktikate osas. Patsiendile võib pakkuda nii sünnitustegevuse induktsiooni kui äraootavat taktikat (A). Tegutsemine valida vastavalt patsiendi valikule.

1. Äraootav taktika

Kui sünnitustegevus puudub ning ema ja loote seisund on hea, siis võib patsiendi koju lubada kuni 24 tunniks ema soovi korral. Ema mõõdab kehatemperatuuri 4 tunni järel (v.a. öösel) ja tuleb haiglasse, kui kehatemperatuur tõuseb üle 37,5°C või lootevee värv muutub (D).

Seni, kuni sünnitustegevus puudub, kontrollida põletikunäitajaid ema veres (CRV) ja loote seisundit (KTG) vähemalt üks kord ööpäevas.

Kui ilmnevad infektsiooni tunnused, siis võtta tupest bakteriaalne külv ja alustada koheselt antibakteriaalset ravi.

Kui sünnitustegevus puudub 24 tunni möödumisel lootevee puhkemisest, on soovitatav alustada sünnitaja nõusolekul sünnitustegevuse induktsiooni (B). Äraootava taktika valikul peab sünnituse induktsiooniga alustama hiljemalt 96 tunni (4 ööpäeva) pärast alates lootevee puhkemisest (A).

Sünnitustegevuse käivitumisel alustada antibakteriaalse raviga kui lootevee puhkemisest on möödunud 18 tundi või rohkem. Antibakteriaalses ravis on valikpreparaadiks Penitsilliin-G 5 milj. TÜ intravenoosselt, edasi 2,5 milj. TÜ intravenoosselt iga 4 tunni järel kuni lapse sünnini (B). Penitsilliini allergia esinemisel kasutada intravenoosset klindamütsiini 900mg 8 tunni järel kuni lapse sünnini (D).

2. Aktiivne taktika

„Küpse“ emakakaela puhul võib alustada kohe sünnitustegevuse induktsiooni oksütotsiiniga (B).

„Ebaküpse“ emakakaela puhul alustada emakakaela ettevalmistamist vastavalt ENS sünnitustegevuse induktsiooni juhendile.

Vaata ka ENS „Sünnituse induktsiooni juhend“, www.ens.ee.

II Puhkenud lootevesi on mekonialne

Vajalik on loote seisundi hindamine KTG abil, võimalusel teha loote verevoolu doppleruuringud. Kui need on normaalsed, siis „ebaküpse“ emakakaela puhul alustada emakakaela ettevalmistamist.

„Küpse“ emakakaela korral alustada sünnitustegevuse induktsiooniga, mille ajal on soovitatav pidev KTG.

Antibakteriaalse raviga on soovitatav alustada kohe. Loote distressinähtude esinemisel on vajalik raseduse/sünnituse lõpetamine keisrilõike teel.

Kirjandus

I Rahvusvahelised sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi käsitlevad juhendid

1. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Guideline 55, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007, <http://guidance.nice.org.uk/CG55>
2. Creedon D, Akkerman D, Atwood L, Bates L, Harper C, Levin A et al. Management of labour. National Guideline Clearinghouse. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2013, <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=44346>
3. Clinical practice guideline on care in normal childbirth. Clinical practice guidelines in the Spanish National Healthcare System, 2011, http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl_en.pdf
4. Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. WHO, 2003, http://www.jhpiego.org/files/MCPC_English.pdf
5. Induction of labour. Evidence based guideline No.9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2001, <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/induction-labour>
6. Consensus statement from the Maternity Care Working Party - our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth. Normal Birth Consensus Statement, RCOG, The Royal College of Midwives, The National Childbirth Trust, 2007, <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/making-normal-birth-reality>
7. Care in normal birth: a practical guide. WHO, 1996, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/
8. Preterm prelabour rupture of membranes. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2010 (Green-top guideline; No 44), <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/preterm-prelabour-rupture-membranes-green-top-44>
9. Premature rupture of membranes. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG practice bulletin No 139, 2013, <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47106>
10. The prevention of early-onset neonatal group B Streptococcal disease. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2012 (Green-top guideline; No 36), <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-early-onset-neonatal-group-b-streptococcal-disease-green-top-36>
11. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf
12. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Evidence base, 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75519/1/WHO_RHR_12.29_eng.pdf?ua=1

13. Prevention and management of postpartum haemorrhage. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2009 (Green-top guideline; No 52), <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GT52PostpartumHaemorrhage0411.pdf>
14. Guidelines for the use of fetal monitoring. FIGO Subcommittee on Standards in Perinatal Medicine, 1986, http://www.geburtshilfe.usz.ch/Documents/HealthProfessionals/Guidelines/fetal_monitoring.pdf
15. Clinical practice guideline. Intrapartum fetal heart rate monitoring. Guideline No.6. Version 1.2. Institute of Obstetricians and Gynecologists Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Programmes Health Service Executive, 2012, http://www.rcpi.ie/content/docs/000001/651_5_media.pdf

II Teemaga seotud juhendid Eestis

1. Sünnituse induktsiooni juhend. Eesti Naistearstide Selts, 2007, www.ens.ee
2. Sünnituse epiduraalanalgeesias valutustamise Eesti tööjuhend. Eesti Naistearstide Selts, www.ens.ee
3. Planeeritud kodusünnitusabi Eestis. Juhend. Eesti Ämmaemandate Ühing. Versioon 1/2014, <http://kodusynnitusejuhend.weebly.com/>

III Artiklid ja raamatud

1. Joint policy statement on normal childbirth. SCOG, AWHONN, CAM, CFPC, SRPC. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(12):1163–1165, <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui221PS0812.pdf>
2. Management of the second stage of labor. FIGO Guidelines, FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, *Int J of Gynaecol Obstet* 2012; 119 (2): 111–6, [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(12\)00415-8/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(12)00415-8/fulltext)
3. Timing of umbilical cord clamping after birth. Committee Opinion No. 543. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012;120:1522–6, <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Timing-of-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth>
4. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2013, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004074.pub3/pdf>
5. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review) *The Cochrane Collaboration*, 2012, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003248.pub3/pdf>
6. Chamberlain G., Zander L. ABC of labour care: induction. *BMJ* 1999; 318(7189): 995–998. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115422/>

7. Berhella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management, *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:445, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18984077>
8. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005; 19:103-15, [http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934\(04\)00151-8/abstract](http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934(04)00151-8/abstract)
9. Sundström AK, Rosén D, Rosén KG. Fetal Surveillance. Neoventa Medical AB, Göteborg, 2002, http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4150b1_06_NEOVENTA%20STAN%20S31%20TRAINING%20TEXT%20BOOK.PDF
10. Evans AT. Manual of Obstetrics, 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
11. Ylikorkala O, Kauppila A. Sünnitusabi ja günekoloogia. Medicina, Tallinn, 1997.
12. Sünnitusabi fantoom. I ja II osa. Tartu Ülikool, Tartu, 1992
13. WHO. Eesti Ravijuhendite koostamise käsiraamat. Eesti Haigekassa, Tartu Ülikool, 2011