

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUM
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР

EESTI NSV AKUSÖÖR-GÜNEKOLOOGIDE
V VABARIIKLIKU
TEADUSLIK-PRAKTILISE KONVERENTSI
ETTEKANNETE TEESID

11. ja 12. mail 1959. a.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
V РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЭСТОНСКОЙ ССР

11 и 12 мая 1959 г.

Tallinn / Таллин

A-24542

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUM

EESTI NSV AKUSÖÖR-GÜNEKOLOOGIDE
V VABARIIKLIKU
TEADUSLIK-PRAKTILISE KONVERENTSI
ETTEKANNETE TEESID

11. ja 12. mail 1959. a.

ARHIIVKOGU

TEXT NOT REPRODUCIBLE IN MINISTRIUM

RESTI ISV AKUSOR GNERKTOOGIDE
V VABARIKLIKU SÕJAVÄE
TEADUSLIK PRAKTILISE KONFERENTSI

RTTEKANNETE TEESED

2

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
58283

ARHIIVKOGU

EESTI NSV GÜNEKOLOOGILISE- JA SÜNNITUSABI OLUKORRAST NING SELLE PARANDAMISE ABINÕUDEST

N. MALOSEVA,

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaakušöör-günekoloog

1. Eesti NSV sünnitusabi asutuste meditsiinilised näitajad paranevad aastast aastasse.

Sünnitus- ja günekoloogiaalase abi töö parandamisel omavad suurt tähtsust naistenõuandlad. Meil on paranenud peamine sünnitusabialase töö näitaja — rasedate varajane pöördumine naistenõuandlasse, mida saavutati sanitaar-selgitustöö ja profülaktiliste abinõude, nagu kvartslambiga kiiritamine, vitaminiseerimine, rasedate kehakultuur jt., rakendamise tulemusena.

2. Alates 1952. aastast on rasedate sünnituseelne psüh-hoprofülaktika kindlalt juurdunud meie asutuste praktilises töös. 1958. a. toimus üle 70% sünnitustest valutustamisega.

3. Abortidekeelu muutmisega tõusis ravidasutustes teostatavate abortide arv. Väljaspool haiglat toimuvate abortide arv on vähenenud. Rasedusest hoidumise eesmärgil propageerivad meie akušöör-günekoloogid viljastumisvastaste vahendite kasutamist. Ent vähe tegeldakse veel «ohutu perioodi» probleemiga.

4. Mitteküllaldaselt on meil lahendatud kitsaste erialade, nagu seda on günekoloogiline endokrinoloogia, naiste steriilsus ja laste günekoloogia, spetsialistide küsimus. Siin tuleb rakendada suurema kvalifikatsiooniga spetsialiste, haigete spetsialiseeritud vastuvõttu peavad

teostama sünnitusmajade paarstid ja osakondade juhatajad.

5. 1958. a. toimus meditsiinilise abiga 99,0% sünnitustest (1957. a. 97,1%).

Emaka ruptuuride arv väheneb aastast aastasse. 1955. a. alates ei ole meil registreeritud ühtegi sünnitusega seotud põie-suguorganite uurist. Lahkliha terviklikkus rikuti 17,2% sünnitajatel. Emade suremus püsib viimase seitsme aasta jooksul väikeste kõikumistega enam-vähem ühel ja samal tasemel.

Vastsündinute suremuse näitajad vähenevad aastast aastasse. Sama võime täheldada ka enneaegsete juures. Surnultsündivuse erikaal on langenud 0,3 protsendile.

6. Sünnitusabialase töö parandamisel omavad suurt osatähtsust rajoonide akušöör-günekoloogid ja vastavatele aladele kinnistatud vabariiklikkude haiglate spetsialistid.

KAASAEGSED VAATED RASEDATE TOKSIKOOSIDE TEKKIMISEST, NENDE PROFÜLAKTIKA JA RAVI

Meditsiiniteaduste doktor V. FAINBERG.

Tartu Riikliku Ülikooli Sünnitusabi ja Günekoloogia kateedrist

1. Rasedate toksikooside küsimus on senini üheks sünnitusabi aktuaalsemaks probleemiks.

2. Kuni käesoleva ajani ei ole veel ühtset arvamust rasedate toksikooside patogeneesi seletusis. Enamik nõukogude füsioloogidest ja akušööridest viitavad kesknärvisüsteemi juhtivale osale raseduse ajal kujunevate patoloogiliste protsesside arenemisse, kusjuures toksikoosse tõlgendatakse kortiko-vistseraalsete haigestumistena.

3. Toksikooside puhul täheldame peaaju koore ja koorealuste osade funktsionaalse tegevuse dissotsieerumist. Sellejuures konstateerime varaste toksikooside korral koorealuste keskuste funktsionaalse aktiivsuse tõusu ja peaaju koore aktiivsuse langust. Hilistoksikooside korral esineb vastupidine olukord — kõrgeneb peaaju koore funktsionaalne aktiivsus ja langeb koorealuste osade aktiivsus.

4. Rasedusepuhused muutused, mida normaalse raseduse korral peetakse füsioloogilisteks, muutuvad toksi-

kooside puhul tunduvalt intensiivsemaks. Kvantiteet muutub uueks kvaliteediks. Nii harilik oksendus ja iiveldus, mida peetakse raseduse tunnusteks, võivad üle minna toksikoosiks; tavaline kudede hüdrofiilsus võib kujuneda turseliste nähtudega toksikoosiks; verevalgu üldhulga vähenemine ja valgufraktsioonide nihe jämedisperssete globuliinide suunas, mida peetakse organismi kohandumisreaktsiooniks kõrgenenud hüpoproteineemia puhul, muutub patoloogiliseks ja põhjustab juba omaltpoolt mitmete häirete tekkimist.

5. Rasedate toksikooside ravi toimub vastavalt kesknärvisüsteemi juhtiva osa tunnustamisele toksikooside patogeneesis.

6. Uuematest ravimpreparaatidest kasutatakse edukalt rasedate toksikooside raviks aminasiini.

7. Toksikoosidega hospitaliseeritud rasedate jälgimist kergendab meie poolt soovitatud vormiga lisalehe paigutamine rasedusloo juurde. Selline lisaleht võimaldab jälgida haigestumise dünaamikat sõltuvalt rakendatavast ravist.

8. Raskete toksikoosivormide tekkimise vältimise eesmärgil peavad nii rajoonide kui ka linnade naistenõuandlad õigeaegselt hospitaliseerima rasedaid haigestumise varajases järgus. See abinõu võimaldab õigeaegselt alata rasedate raviga ja ühtlasi teostub seejuures rasedate toksikooside profülaktika peamine nõue.

RASEDATE VARASTE TOKSIKOOSIDE AMINASIINRAVI TULEMUSED

I. VEERMA,

Tartu Riikliku Ülikooli Sünnitusabi ja Ginekoloogia Kateedrist

1. Lähtudes rasedate toksikooside etio-patogeneesi kaas-aegselt teooriast ja aminasiini toime iseloomust, võib selle kasutamist rasedate oksenduse puhul pidada põhjendatuks.

2. Võrreldes kahe varajase toksikoosiga rasedate grupi ravi tulemusi, kelle juures kasutati aminasiini ja broomkofiini, võib täheldada aminasiinravi mõningaid eeliseid: statsionaaris viibimise aja lühenemine, enesetunde paranemine aminasiini esimese kasutamise järel, oksendamise lõppemine 11-ndal päeval jne.

3. Sõltuvalt haiguse raskusest määratakse aminasiini 50—75 mg päevas (arvestusega 1 mg 1 kg kehakaalule) koos vitamiinidega, hormoonidega, uinutitega, infusioonidega. Hiljem, vähendades aminasiini annust, ordineeritakse ainult vitamiine.

4. Aminasiinravi rakendamise järel ei täheldatud selle kahjulikku toimet loote arengule, sünnitusele ja laktatsioonile.

RASEDATE HILISTOKSIKOOSIDE AMINASIINRAVI TULEMUSTEST

U. LEISNER,

Tartu Riikliku Ülikooli Sünnitusabi ja Ginekoloogia Kateedrist

1. Aminasiini rakendamist rasedate toksikooside ja eklampsia ravis õigustab selle ravimi hüpotensiiv-spasmolüütiline ja sedatiivne toime, samuti analgeetiliste ja narkootiliste vahendite potentseerimine.

2. Ravi kestus ja ravimi doseerimine peavad olema rangelt individualiseeritud. Aminasiini ööpäevane annus ei tohi ületada 200 mg.

Ravi kestel on vajalik pidevalt jälgida:

- a) vere pildi muutusi võimaliku agranulotsütoosi tekki-
mise vältimiseks;
- b) maksa funktsiooni proove maksa toksilis-allergiliste
kahjustuste vältimiseks;
- c) neerude funktsiooni.

3. Nefropaatia raskete vormide puhul võib täheldada aminasiini toimel haiguse sümptomokompleksi (hüper-
toonია, tursed, albuminuuria) taandarengut, mitte aga ka-
dumist. Eriti on iseloomustavaks üldseisundi stabilisee-
rumine, mis võimaldab ära oodata sünnituse aega ja juh-
tide sünnitust konservatiivselt.

4. Hüpotensiivne toime saavutatakse aminasiini kasu-
tamisel kiiresti, kusjuures langeb enam süstoolne, vähem
diastoolne rõhk. Vererõhu langus on seda suurem, mida
kõrgemad on selle algväärtused.

5. Sünnituse ajal on aminasiini kasutamisel võimalik
sünnitustegevuse nõrkuse kujunemine, eriti kui seda ka-
sutada avanemisperioodi algul. Platsentaarperioodis on
võimalik hüpotoonilise verejooksu tekkimine.

RASEDUSE JA SÜNNITUSTE KULG HÜPERTOONIA TÕVE PUHUL

M. GOLNJEVA,
Tallinna Vabariiklikust Haiglast

1. Hüpertooniatõve esinemise küsimust rasedatel on vähe uuritud, samuti on mitteküllaldane vastava probleemi käsitlemine kirjanduses.

2. Meie, kuid ka kirjanduse andmetel, võib rasedus soodustada hüpertooniatõve ilmnemist ja arenemist.

3. Hüpertooniatõve kulg raseduse korral sõltub haiguse staadiumist. I staadiumi esimese faasi korral täheldatakse mõõdukat arteriaalse vererõhu tõusu. Silmapõhja ja neerude talitluse muutused kas puuduvad või nad on tähtsusetud. I staadiumi teise faasi puhul esineb mõnedel haigetel haiguskulu halvenemine. Hüpertooniatõve II staadiumi esinemisel täheldatakse juba raseduse alguses kõrget ja püsivat hüpertooniat, suuri muutusi silmapõhjas ja sageli kesknärvisüsteemi patoloogilisi muutusi.

4. Hüpertooniatõve korral esinevad sageli juba raseduse alguses hilistoksikooside nähud, kusjuures esineb kalduvus raseduse katkemisele ja loote üsasisesele hukkumisele.

5. Hüpertooniatõvega naiste puhul täheldatakse sünnituse ajal sageli loote üsasisesese ohtliku asfüksia esinemist ja vajadust lõpetada sünnitus operatiivse vahelesegamisega.

RASEDUS JA DIEET

H. JALVISTE.

Tartu Riikliku Ülikooli Sünnitusabi ja Günüekoloogia Kateedrist

1. Ratsionaalne dieet, eriti adekvaatne valkude tarvitus raseduse eel ja ajal on üheks peamiseks eelduseks raseduse ning loote arenemise normaalseks kuluks.

2. Raseda dieet on korrelatsioonis tema vereseerumivalkude tasemega, mida tuleb lugeda üheks objektiivseks prognostiliseks näitajaks toitumusseisundi ja toksikoosi tekke hindamisel.

3. Loomsete valkude piiramist raseda dieedis, eriti raseduse lõpul (keskmise päevane liharatsioon rasedal 100 g, toksikoosihaigel alla 100 g), peamiselt süsivesikute

kvantumi vastaval suurendamisel, tuleb pidada ebaratsionaalseks ja rasedale isegi ohtlikuks.

4. Rasedate hilistoksikoosi ravil omab kõrgendatud valgusisaldusega dieet eeliseid kliinilise pildi kulgemise seisukohalt, võrreldes tavalise neerusäästu dieediga, mispärast tuleks ellu rakendada valguküllase dieetrežiimi kasutamise nõue toksikoosi ravimisel.

5. Vedeliku piiramise küsimus raseduse hilises järgus, eriti aga toksikoosihaige dieetrežiimis, tuleb ümber hinnata seoses asjaoluga, et neerude funktsioon hilisrasedal ja toksikoosihaigel ei ole oluliselt häiritud.

6. Lähtudes täisväärtuslike valkude tarvituse seisukohalt on vastsündinu füüsilis-funktsionaalne areng kindlas korrelatsioonis ema rasedusaegse dieediga.

EKLAMPsia RAVIST TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA SÜNNITUSOSAKONNA MATERJALIDE ALUSEL

L. STUKOLKINA,
Tallinna Vabariiklikust Haiglast

1. Kaasaegse literatuuri andmeil võib väita, et eklampsia etioloogia ja patogeneesi küsimused ei ole veel lõpulikult selgitatud.

2. Eklampsiat loetakse rasedate toksikooside kõige raskemaks vormiks, mille puhul lakkavad funktsioneerimast organismi kõik olemasolevad kaitsemehhanismid.

3. Teatavatel tingimustel areneva muna ja loote ainevahetuse produktide otsesel toimel ja sisemiste ning väliste ärrituste mõjul, viiakse organism kas intoksikatsiooni, hormonaalse düsfunktsiooni või sensibiliseerimise teel patoloogilisse seisundisse, kusjuures suurimat tähtsust omavad peaaegu kõrgemate reguleerivate mehhanismide häired.

4. Kaasajal kasutatakse eklampsia raviks põhimiselt kahte meetodit: Strogonov'i ravimeetodit, mis baseerub põhiliselt narkootikumide kasutamisel ja ravimeetodit *magnesium sulfuricum*'iga Brovkin'i skeemi järgi. Meie oleme kasutanud peamiselt viimast raviviisi. Üksikutel juhtudel on andnud häid tulemusi ka aminasiini, dibasooli ja reserpiini rakendamine.

5. Põhimiselt tuleb pooldada konservatiivset eklampsia ravimeetodit. Keisrilõiget oleme kasutanud harva ja ainult siis, kui selleks olid vitaalsed näidustused ema poolt, harvem lapse poolt.

6. Sünnitusaegse eklampsia korral on otstarbekohane sünnituse kiirendamiseks avada lootepõis, kui emaka kaelakanal on avatud 2—3—4 sõrmele ja hiljem lülitada välja väljutusperiood tangide või vaakuumekstraktoriga.

7. Eklampsiat esineb suhteliselt rohkem nendes ENSV rajoonides kus profülaktilise töö tase on madal ja kus ei ole küllaldane rasedate toksikooside avastamine ja vastava ravi läbiviimine.

8. Ainult hästi korraldatud profülaktiline töö naiste nõuandlates tagab eklampsia esinemise langust miinimumini.

ENNEAEGSUS JA SURNULTSÜNDIVUS RASEDATE NEFROPAATIA PUHUL TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA MATERJALIDEL

V. POPOVA,
Tallinna Vabariiklikust Haiglast

1. Kuni käesoleva ajani ei ole ühtset arvamust rasedate nefropaatia etiopatogeneesi küsimuses.

2. Rasedate haigestumiste, eriti nefropaatia, toimet lootesse on mitteküllaldaselt uuritud.

3. Statistiliste andmete võrdlus näitab, et rasedate nefropaatia puhul täheldatakse sageli enneaegsust ja kõrget surnultsündivust, kusjuures need näitajad halvenevad haigestumise pikenemise ja raskenemisega.

4. Rasedate kõige sagedasemaks haigestumiseks on toksikoos, eriti nefropaatia. Meie andmete järgi esines rasedate toksikoos 5,4% juhtudel kõikidest rasedatest, sellest eklampsia 0,3%.

5. Enneaegsus esineb nefropaatia puhul 12,7% nefropaatia juhtudest ja 8,3% enneaegsetest sünnitustest üldse. Surnultsündivus suureneb olenevalt ema nefropaatia raskusest ja kestvusest.

6. Rasedate nefropaatia puhul moodustab surnultsündivus 5,8% kõikidest antud patoloogiaga vastsündinutest ja 14,9% surnultsündivuse üldarvust. Surnultsündivus sõltub nefropaatia kulu raskusest ja kestvusest.

7. Surnultsündivuse analüüs näitab, et üle poole (65%) surnultsündivusest langeb loote antenataalsele surmale.

8. Rasedate toksikooside profülaktika põhimiseks ülesandeks on nende varajane avastamine ja haigete ravi haigestumise varajases staadiumis.

9. Toksikoosidega rasedate hilisele avastamisele tuleb vaadata kui naistenõuandla halva töö näitajale.

TOKSIKOOSIDEGA RASEDATELT EMADELT SÜNDINUD LASTE ARENG

A. KADASTIK,
Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast

1. Küsimust rasedal esineva nefropaatia toimest arenevale lootele on uuritud suhteliselt vähe. Seejuures erinevate autorite andmed on küllaltki lahkuminevad. Osa autoreid eitavad raseda nefropaatia kahjustavat toimet lapse hilisemas arengujärgus, teised aga on vastupidisel arvamusel.

2. Küsimuse selgitamiseks, kuidas kulges laste areng esimese eluaasta vältel, kellede emadel oli diagnoositud nefropaatiat, teostasime katamnestilist uurimist 75 vastsündinu kohta, kes sündisid 1957.—1958. a. Tartu Kliinilises Sünnitusmajas.

3. Kerge nefropaatia korral lapsed sündisid kahjustuseta. Raskemate nefropaatia vormide puhul osa lapsi sündis alakaalulistena ja hüpotroofikutena. Seejuures vastsündinu füüsilise arengu mahajäämus oleneb ema nefropaatia raskusest ja kestvusest. Laste edasine füüsiline ja psüühiline areng peale sünnitusmajast väljakirjutamist kulges normaalselt.

4. Nefropaatia puhul esinev intoksikatsioon avaldas toimet ka laktatsioonile, mille tõttu enamasti lapsi peale sünnitusmajast väljakirjutamist viidi üle sega- või kunstlikule toitmisele.

5. Tartu Kliinilise Sünnitusmaja andmetel ei saa pidada nefropaatia all kannatavate sünnitajate vastsündinuid reeglipäraselt elujõuetuteks. Sääraste vastsündinute esialgne arengu mahajäämus on esimestel elunädalatel teostatava raviga täielikult kõrvaldatav. Hilisemas arengus ei ole neil esinenud kõrvalkaldumisi normist, mida saaks seostada rasedal esinenud nefropaatiaga.

VAAKUUMAPARAADI RAKENDAMISEST SÜNNITUS- ABI ANDMISEL

K. SÖÖT,

Tallinna Vabariiklikust Haiglast

1. Vaakuumaparaati võib kasutada avanemis- ja väljutusperioodil, arvestades selle näidustusi ja tingimusi. Emakakaela mittetäieliku avanemise korral operatsioon toimub kahes järgus.

2. Vaakuumaparaati võib asetada loote peale, kui ka tuharatele; see traumeerib vähem kui Ivanov-Haus'i peanahatangid.

3. Võrreldes sünnitusabi tangidega on vaakuumekstraktor palju vähem traumeeriv vahend nii ema sünnitusteedele kui ka vastsündinu peale.

4. Vaakuumekstraktor on oma konstruktsioonilt lihtne. Selle abil väheneb tangsünnituste arv, kuid sünnitusabi tange see absoluutselt ei asenda.

5. Operatsiooni edukaks teostamiseks on vajalik sünnitaja aktiivsus, kuna vaakuumekstraktoriga tõmbamine peab toimuma üheaegselt sünnitaja punnetusega.

6. Sünnitusmuhk vastsündinu peal kujutab endast vähest kudede turset, mis kaob 24—48 tunni möödudes, ning väheldast nahaalust verevalumist, mis absorbeerub 3—4 päeva järel.

NAISE SUGUAPARAADI PÕLETIKULISTE HAIGESTUMISTE PATOGENEES, RAVI JA PROFÜLAKTIKA

Teeneline teadlane, professor A. MANDELSTAM
(Leningrad)

1. Suguaparaadi põletikulised haigestumised jätkavad juhtiva koha säilitamist günekoloogilises patoloogias, kuid neile ei osutata alati vajalikku tähelepanu.

2. Põletikuliste protsesside patogeneesi analüüsimine nervismi positsioonilt tõendab, et kõik haigestumise peamised sümptoomid on kesknärvisüsteemi poolt reguleeritava organismi vastusreaktsioonideks erakordsetele ärritajatele.

3. Praktikas õigustuse leidnud raviabinõude toime analüüsimine viitab nende reflektorsele mehhanismile.

4. Tunnustades kliinilise kulu ja patoloogilis-anatoomiliste muutuste teatud iseärasuste sõltuvust mitmesugustest mikroobide liikidest ja omadustest, ei tule mikroobide osatähtsust siiski ülehinnata ega suunata kogu oma tähelepanu protsessi kõikidel perioodidel ainuüksi võitlusele infektsiooniga.

5. Põletikulise haigestumise etioloogia õige hinnangu seisukohast omab olulist tähtsust protsessi tekitaja kindlaksmääramine, milleks tuleb laiemalt kasutada bakterioloogilisi uurimisi, seroloogilisi reaktsioone ja (ägedate nähtude puudumisel) mitmesuguseid provokatsiooni meetodeid. Erilist tähelepanu on vaja osutada aspiratiivse punktsiooniga saadud eksudaadi või mäda uurimisele.

6. Krooniliste põletikuliste protsesside ägenemised tekiavad lisanduvate mittespetsiifiliste ärritajate toimel sageli järgneva reaktsiooni tagajärjel ja ei tähenda alati hoopiski mitte suikuvat infektsiooni reaktiveerumist.

7. Ravi ülesanneteks on: a) haigestumise põhjuse eemaldamine (peamiselt ägedas ja alaägedas haigestumise staadiumis), b) haiguskulu patogeneetiline mõjustamine, c) sümptomaatiline ravi, d) säästva režiimi tagamine, e) profülaktiliste abinõude silmaspidamine haigestumise retsidiveerumise vältimiseks.

8. Protsessi ägedas staadiumis osutub kõige efektiivsemaks etiotroopse ja patogeneetilise ravi ühendamine, samal ajal kui krooniliste haigestumiste puhul (välja arvatud tuberkuloos ja gonorröa) omab etiotroopne ravi ainult kas teisejärgulist tähendust või on koguni kaotanud oma tähtsuse.

9. Mädakottide tekkimisel või manuste mädaste moodustiste kujunemisel, mis ei vähene kiiresti ravi toimel, on näidustatud aspiratsioon-punkteerimine koos sellise antibiootikumi viimisega moodustise õõnde, mille suhtes on tundlikud külvides avastatud mikroorganismid.

10. Sageli ägenevate ja haige töövõimet häirivate emaka manuste põletikuliste kahjustuste pikaajaline edutu ravi on kirurgilise ravi näidustuseks. Operatiivset vahelesegamist on teinekord vajalik rakendada ka protsessi ägedas staadiumis näiteks perforatiivse peritoniidi arenemisel, manuste mädaste moodustiste mulgustumise ohu korral, mädaniku läbimurdumisel kusepõide jt. juhtudel.

Pikaldaselt paranevate uuriste tekkimise ohu pärast tuleb ägedate püosalpinksite puhul hoiduda kolpotoomiast.

11. Adneksstuumori kauaaegsel säilimisel ja tulemusteta konservatiivse ravi korral tuleb silmas pidada diagnostilise vea võimalust, mil põletikuliseks protsessiks peetakse manuse kasvajat. Kuna selliseid vigu esineb võrdlemisi sageli, tuleb tõsta arstide onkoloogilist valvsust.

12. Võitluse parandamiseks günekoloogiliste põletikuliste haigestumistega ja retsidiivide profülaktika eesmärgil on vajalik rakendada peamiselt naiste nõuandlate kaudu rida organisatsioonilisi abinõusid.

ÄGEDATE JA ALAÄGEDATE ADNEKSIITIDEGA HAIGETE RAVIMEETODITE VÕRDLEV HINNANG TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA 1954.—1957. A. ANDMETEL

J. DESALOT,
Tallinna Vabariiklikust Haiglast

1. Kõige sagedamateks günekoloogilisteks haigestumisteks on adneksiidid.

2. Adneksiitide ravi peab toimuma haigestumise algusest alates komplekselt, küllaldase intensiivsusega ja rangelt läbimõeldult.

3. Emaka manuste ravimisel on oluline õigeaegselt välja selgitada haigestumise etio-patogenees, määrata protsessi faas, samuti arvestada organismi individuaalset reaktiivsust.

4. Kaasaegsete arvukate ravimeetodite seast on kõige efektiivsemaks kombineeritud antibiootikumide kasutamine ja kemoterapia koos teiste sümptomaatiliste ja bioloogiliste vahenditega, ravi kaanidega ning samuti vitamiinravi.

6. Meie sünnitus- ja günekoloogia osakondade kogemuste põhjal annab head efekti adneksiidide ja parameetriumi mädakottide punkteerimine koos järgneva antibiootikumide manustamisega vahetult põletiku koldesse.

7. Antibiootikumide ravi koos kaanide paigutamisega vagiinasse annab võrdlemisi häid tulemusi ägedate ja alaägedate adneksiitide puhul. Samuti on selle raviviisi kaugtulemused tunduvalt paremad.

FÜSIOTERAPEUTILISE RAVI VALIK KROONILISTE ADNEKSIITIDE PUHUL

S. NETUDOHATKO,
Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast

1. Krooniliste adneksiitide ravi tänapäeval toimub komplekselt, kusjuures kompleksi lülitatud füsioterapeutiline ravi on sageli juhtival kohal. Oma kättesaadavuse tõttu leiab kõige rohkem rakendamist elektroteraapia. Õigesti ordineeritud elektroterapeutilise ravi teostamise tulemusena saame alati positiivse raviefekti.

2. Füsioterapeutilisele ravile suunatud ambulatoorsest günekoloogilisest haigete kontingendist $\frac{2}{3}$ moodustavad haiged krooniliste adneksiitidega, neist 67% ühepoolsete ja 33% kahepoolsete emaka manuste põletikkudega.

3. Füsioterapeutilise ravi meetoditest juhtival kohal on elektrofoores *per rectum* mitmesuguste ravitoimet omavate ioonidega ja antibiootikumidega. Elektrofooresi on kasutatud 30% adneksiitidega haigete raviks. Kauakestvate residiveeruvate adneksiitide puhul on positiivset raviefekti andnud ka elektrofoores streptomüsiiniga. Streptomütsiini kasutati 10% juhtudest. Elektrofoores on üldiselt hästi talutav, komplikatsioonidena esinevad tundlikkus galvaanilise voolu või antud ravimiooni suhtes. Streptomütsiini rakendamisel esineb harvadel juhtudel vestibulaarhäired. Ravikuur koosneb keskmiselt 10-nest 20—30 minutilisest kas iga päev või ülepäeviti toimuvast seansist.

4. Lühema anamneesiga haigestumiste korral (30% juhtudest), kuid valusündroomi prevaleerimisel, annab hea analgiseeriva ja resorbeeriva efekti nn. «kvartspükste» rakendamine.

15% adneksiidi juhtude puhul on kasutatud diatermiat *per vaginam* ja peamiselt jääknähtude likvideerimiseks.

Lühilaineravi rakendati 8% haigete juures.

5. Oma kättesaadavuse ja lihtsa käsitlemismetoodika tõttu võib soovitada elektrofooresi kasutamist *per rectum* rajoonihaigla tingimustes krooniliste adneksiitide ravimisel.

SIGIMATUSE KONSERVATIIVSE RAVI TULEMUS- TEST TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA GÜNEKOLOOGIA OSAKONNA MATERJALIDEL

K. TAJUR,
Tallinna Vabariiklikust Haiglast

1. Kõige sagedamini pöörduvad naised arsti poole pärast 2—5 aastat kestnud sigimatust.

2. Esmane ja teisene sigimatus esineb kõige sagedamini 25—35 vanustel naistel.

3. Sigimatust täheldatakse sagedamini nende naiste juures, kellel menstruatsioon algas 16 aastaselt või hiljem.

4. Sigimatuse peamiseks põhjuseks on põletikulised protsessid suguelundites, eriti munajuhades, mille tulemusena tekib munajuhade sulgumine, nn. tubaarne sigimatus.

5. Esmase raseduse katkestamine 18—25 aasta vanuses on ohtlik ja põhjustab hiljem sageli sigimatust.

6. Pärast adneksiitide konservatiivset ravi muutuvad munajuhad läbitavateks 35,5% ja rasestumine toimub 6,6%. Kolpiitide, endotservitsiitide ja erosioonide ravi järelle on munajuhade läbitavus — 60% ja rasestumine esineb 10% ravitutest.

7. Füsioterapeutilistest protseduuridest annavad parimaid tulemusi osokeriitravi (munajuhade läbitavus — 37,5%, rasestumine — 12,5%), diatermiaravi (munajuhade läbitavus 35,8%, rasestumine 12,8%). Häid tulemusi annab ka kuderavi, mille tulemusena munajuhad muutuvad läbitavateks 44,4% juhtudest.

8. Munajuhade läbimatus esineb nii esmase kui ka teise sigimatuse puhul peamiselt interstitsiaalses osas, mida tõestab hüsterosalpingograafia.

9. Praktikas on soovitatav kasutada laiemalt nii diagnostilisel kui ka ravi otstarbel hüsterosalpingograafiat, kuna jodolipooliga on võimalik kõrvaldada anatoomiliselt vähe muutunud tuubade limaskestade põletikust tekkinud kleepumist.

GENITAALTUBERKULOOS NAISEL

K. MÖLDER,
Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast

1. Naise suguelundite põletikulistest haigustest on senini vähe tähelepanu osutatud genitaaltuberkuloosile. Ena-

mik haigusjuhte avastatakse operatsiooni ajal. Seoses uurimismeetodite täiustamisega on võimalik haiguse diagnoosimine ka ilma operatiivse vahele segamiseta.

2. Haiguse avastamisel omavad tähtsa koha anamnestilised andmed: primaarne steriilsus, vaevuste algamine seoses suguelu algusega, puberteedia hilinemine, lapsena põetud näärmete ja kopsutuberkuloos, pleuriit, peritoniit ning teised haigestumised.

3. Genitaaltuberkuloos kulgeb sageli krooniliselt, kusjuures moodustuvad adneksuumorid — konglomeraadid, mis avastatakse alles operatsiooni ajal.

4. Peale anamnestiliste ja palpatoorsete andmete omab diagnoosimisel tähtsust kompleksne uurimismeetod, kuhu kuuluvad tsütoloogiline, bakterioloogiline ja röntgenoloogiline uurimine, mis üksteist ei asenda, vaid täiendavad.

5. Spetsiifiliste antituberkuloossete preparaatidega kompleksravi on andnud siin paremaid tagajärgi kui teiste tuberkuloosi vormide juures. Kui tuberkuloosetel adneksuumoritel ja tuboovariaalsetel abstsessidel konservatiivne vari jääb tulemusteta on näidustatud operatiivne vahelesegamine koos järgneva spetsiifilise raviga.

6. Operatiivse ravi eeliseks on selle lühike kestus, millele järgneb enamikus kas täielik tervenemine või töövõime taastumine. Noortel naistel on soovitatav alles jätta osa munasarjast ja emakakael tupevõlvide säilitamiseks.

Tuberkuloosse peritoniidi korral osutub efektiivseks proovilaparotoomia.

7. Lõplikku tervenemist ei otsusta ainult töövõime taastamine vaid haige jälgimine 3 aasta jooksul, kusjuures rakendatakse korduvaid bakterioloogilisi ja histoloogilisi uuringuid.

8. Genitaaltuberkuloosiga haigete avastamisel ja tervenemisel omab tähtsust naistenõuandla ja tuberkuloosidispanseri koostöö.

EMAKAKAELA VÄHKTÕVE VARAJASE DIAGNOSTIKA ORGANISATSIOONI UUTEST VORMIDEST

H. ERNITS,

Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist

1. Vaatamata edusammudele emakakaela vähktõve vastases võitluses, saabub veel senini haigeid eriravile haiguse hilises staadiumis.

2. Visuaalselt ja palpatoorselt diagnoositav emakakaela-vähktõbi on tegelikult juba kaugele arenenud vähktõve vorm.

3. Meie eesmärgiks on avastada ja ravida haigeid haiguse preinvasiises staadiumis, s. o. *ca in situ* astmes.

4. *Ca in situ* on diagnoositav senisest suuremal määral moodsate uurimismeetodite kasutamisega nagu kolposkopia ja kolpotsütoloogia.

5. Tallinnas ja Tartus tuleb leida võimalusi emakakaela vähktõve profülaktika osakondade asutamiseks onkoloogia dispanserite baasil, millised oleksid varustatud moodsa diagnostilise aparatuuriga ja nõuetekohase tsütoloogilise laboratooriumiga, kuhu oleks võimalik naiste nõuandlatest suunata tupe äigepreparaate tsütoloogiliseks uurimiseks.

6. Vajalik on välja õpetada arste-kolposkopiste tööks naiste nõuandlates.

7. Profülaktilised naiste läbivaatused muutuvad efektiivsemaks laialdaste kolposkoopiliste ja tsütoloogiliste uurin-gute kasutamisega.

8. Otstarbekas on koondada emakakaela vähktõvega hai-geid Tallinna ja Tartu onkoloogia dispanseritesse.

GÜNEKOLOOGILISTE HAIGETE PROFÜLAKTILISTE LÄBIVAATUSTE JA DISPANSEERIMISE TULEMUSED

L. SAVOMÄGI,

Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast

1. Profülaktilised läbivaatused polikliinikutes on and-nud positiivseid tulemusi prekantseroosete seisundite, tuumorite ja günekoloogiliste haiguste avastamise suhtes. Selliseid läbivaatusi võib soovitada korraldada igal pool polikliiniliste asutuste juures ka rajoonides ja jaos-konna ambulatooriumides kas arsti või ämmaemanda poolt.

2. Ravi vajavaid haigeid tuleb tingimata dispanseerida eriala asutustes, kontrollida nende dispanseerimist ja ravi.

3. Profülaktilisele tööle on vajalik kaasa tõmmata ka arste üldisest ravivõrgust, kuna genitaaltuumoritega hai-ged võivad olla sageli pikaajalisel ravil muudel põhjustel.

4. Profülaktiliste läbivaatuste tõhustamiseks on vajalik teostada laialdast vastavasuunalist sanitaar-selgitustööd elanikkonna hulgas kõikide erialade arstide poolt.

EMAKAKAELA VÄHKTÕVE VARASEST DIAGNOSTIKAST AMBULATOORSE VASTUVÕTU TINGIMUSTES

A. ANTON,

Eesti Raudtee Tallinna Polikliiniku Onkoloogia Kabinetist

1. Kolposkoopia võimaldab panna konkreetse kliinilise diagnoosi seniste üldistavate diagnooside nagu pseudoeroosio, näärmelislihaseline hüperplaasia, eroseerunud ekstroopion jne. asemel. Kolposkoopiline diagnoos baseerub emakakaela tupeosa silindrilise ja lameepiteeli vohanguliste protsesside ja veresoonte reaktsiooni jälgimisel 10—30 kordse luubilise suurendusega. Kolposkoopia köidab arsti tähelepanu minimaalsetele muutustele emakakaelal, mis peeglitega jäävad sageli märkamatuks ja võimaldab võtta proovitükikest kõige kahtlasemate muutustega aladelt.

2. 1956. ja 1957. a. jooksul pöördus esmakordselt Eesti Raudtee Tallinna Polikliiniku Onkoloogiakabinetti 404 naist diagnoosi täpsustamiseks või profülaktiliseks läbivaatuseks. Nendel avastati 13 juhul emakakaela vähktõbi, kusjuures 9 ülivarases, preinvasiivses staadiumis («0»-staadium). Ülejäänud 4 juhul avastati vähktõbi I staadiumis, ainult ühel juhul nendest tekkis peeglitega vaadates kahtlus maligniteedile.

3. Kolposkoopiline uurimine aitas täiesti süütu peeglitega leiu puhul varakult avastada emakakaela vähktõve ja andis real juhtudel tõuke hulgaliste histoloogiliste lõigete uurimiseks, kuna esialgne histoloogiline leid ei vastanud väga kahtlasele kolposkoopilisele leiule.

4. 94 juhul teostati raudtee kätiste naistöötajate kolposkoopilist profülaktilist läbivaatust, kusjuures avastati 2 emakakaela preinvasiivse vähi juhtu. Mõlemad juhud jätsid peeglitega vaadates süütu pseudoeroosio mulje.

5. Selleks, et avastada emakakaela vähktõbi õigeaegselt ja veel enam — avastada ja õigesti ravida healoomulisi patoloogilisi muutusi emakakaelal kuni täieliku tervistumiseni, on vajalik laiendada, parandada ja kiirendada histoloogilist diagnostikat, eriti maarajoonides. Ühtlasi tuleks juurutada laialdaselt kolposkoopilist meetodit emakakaela patoloogiliste seisundite diagnoosimiseks, esialgu vähemalt suuremate keskuste naiste nõuandlates ja rajoonide onkoloogia kabinetides.

EMAKAKAELAVÄHI OPERATIIVSE RAVI TULEMUSTEST

V. KUUSIK,

Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist

1. 1. X 1949 kuni 31. XII 1958. a. registreeriti Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris polikliinilisel vastuvõtul 1020 esmakordset emakakaelavähi haiget, kes ei olnud saanud primaarset ravi teistes raviasutustes järgmiste staadiumidega: I staadiumis — 297 (29,1%), II staadium 401 (39,3%), III staadium 281 (27,5%), IV staadium 41 (4,1%).

2. 1020-st registreeritud emakakaelavähi haigest opereeriti 289, seega absoluutne operaabelsus 28,3%. I staadiumi haigestest 175 (58,9%), II staadiumi haigestest 113 (28,2%), III staadiumi haigestest 1 (0,3%).

3. Operatsiooniks määratud haiged klassifitseeritakse operatsioonieelselt kliinilise leiu järgi.

4. Positiivseid lümfisõlmi leidsime 20,45% juhtudel, nendest haigestest I staadiumis 6,9% ja II staadiumis 40,8%.

5. Operatsiooni järgseid nekroosifistuleid esines 14 juhul (4,9%), nendest tsüstovaginaalseid 4 (1,4%) ja ureterovaginaalseid 10 juhul (3,5%).

6. Operatsiooni järgselt suri 3 (1,04%) haiget.

7. Kuni 1954. aasta 1. aprillini ravitud 120-nest haigest elavad 5 ning enam aastat 82 (68,3%), 74-st I staadiumi haigest 60 (81,1%) ja 46-st II staadiumi haigest 22 (48%). Viimati opereeritud 80-nest haigest elavad 5 ja enam aastat 61 (76,2%). I staadiumi kuuluvast 50-nest haigest 46 (95%) ja II staadiumi 30-nest haigest 15 (50%).

8. Metastaatiliste lümfisõlmedega elavad 18 haigest 5 (50%).

9. 14-nest adenokartsinoomiga haigest elavad 8 (57,1%) ja I staadiumiga 8-st haigest 5 (62,5%) ja II staadiumiga 6-st haigest 3 (50%).

10. Haiged preinvasiivses (*ca in situ*) astmes ei ole opereeritud ega pole neid arvestatud ka kaugtagajärgede arvestamisel.

11. Emakakaelavähi operatiivse ravi ainsa meetodina tuleb kasutada emaka laiendatud totaalset ja radikaalset ekstirpatsiooni. Lihtsa totaalekstirpatsiooni rakendamine

on vastunäidustatud, kuna vähk tungib sageli oma alg-
astmes naabruses olevatesse kudedesse.

12. Emakakaelavähi ravi tulemused on seda paremad,
mida varajasemas astmes ta avastatakse. Eesmärk on
avastada emakakaelavähk juba varajases asümptomaatili-
ses, preinvasiivses (*ca in situ*) astmes, millal see esineb
ainult epiteeli pinnal ja ei ole tunginud läbi basaalmembra-
ani. Preinvasiivne vähk võib anda tervistumist ligi
100 protsendil juhtudel.

13. Kõik vähihaiged tulevad koondada kindlaksmäära-
tud ENSV rajoonidest nende teenindamiseks kinnistatud
spetsiaalsetesse raviasutustesse, mis on varustatud eeskju-
likkude kiiritusravi sisseseadetega ja operatsiooni blokiga.

14. Emakakaelavähi operatiivne ja kiiritusravi, mida
teostatakse eriraviasutustes peab olema rangelt individua-
liseeritud.

MUNASARJA KASVAJATE DIAGNOSTIKA JA NENDE RAVI TULEMUSED 1955.—1958. A.

E. PETERMANN,
Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast

1. Kuna haiged munasarja kasvajatega satuvad sageli
operatsioonile alles siis, kui on toimunud juba kasvaja
degeneratsioon, arvatakse, et tuumorite arenemine kulgeb
eriliste sümptoomideta. Meie andmetel ei esitanud kaebusi
10,3% haigetest. Põhiliseks kaebuseks munasarja healoomu-
liste kasvajate puhul olid mitmesuguse iseloomuga ja
intensiivsusega valud allkõhus ja ristluudes. Nimetatud
haigete kontingendi anamneesis esineb sagedasti steriil-
sus ja adneksiit.

2. Kuna kaasaegne diagnostika ei võimalda diferentseerida
healoomuliste munasarja kasvajate sümptoome alg-
staadiumis olevatest pahaloomuliste kasvajate tunnustest,
on vajalik kohene hospitaliseerimine. Meie andmeil esineb
hiline haiglaravile saabumine (enam kui 1 kuu) ligi 50%
haigetel.

3. Haiged muutustega adnekside piirkonnas, keda on
tulemusteta ja korduvalt ravitud konservatiivselt, tulevad
suunata konsiiliumi ja rakendada nendel sagedamini
proovilaparotoomiat.

4. Munasarja healoomuliste kasvajate puhul näib olevat õigem rakendada konservatiivset, munasarjade funktsiooni säästvat operatsiooni, seda eriti noorematel naistel.

5. Suuremates günekoloogilistes raviastutustes oleks vajalik rakendada patoloogilis-histoloogilise uurimise kiirmeetodit operatsiooni vältel.

6. Võimalikkude retsidiivide varaseks avastamiseks vajavad blastogeensete tuumoritega haiged operatsiooni järgselt järelkontrolli.

HARVAESINEVAD MUNASARJAKASVAJAD (düsgerminoom ja arrenoblastoom)

Meditsiiniteaduste doktor, professor R. BERNAKOFF,
Tartu Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist

I

1. Düsgerminoom on pahaloomuline kasvaja, mis võib tekkida mõlema soo juures idurakkudest, millel puudub germinaalne funktsioon.

2. Düsgerminoom esineb enamikult nooremas, harvem vanemas eas, seoses hormonaalse süsteemi ümberkõlastusega.

3. Düsgerminoom on suhteliselt pahaloomuline; nooremas eas kasvaja eemaldamisega intaktse tuumori kapsli puhul võib protsess lõppeda täieliku tervistumisega. Teistel juhtudel on tegemist kiiresti areneva metastaseerumisega lümfiteede ja vere kaudu ning kiire letaalse haiguskuluga.

4. Ühepoolsete intaktse kapsliga düsgerminoomide puhul tuleb kõrvaldada operatiivselt ainult tuumor, kusjuures haige jäetakse pideva kontrolli alla. Jälgitakse tema üldseisundit ja teostatakse perioodiliselt Äschheim-Zondeki bioloogilist rasedusreaktsiooni ning rakendatakse edaspidi ka röntgenkiiritusravi.

II

1. Arrenoblastoom kuulub hormonaalselt aktiivsete meestavate harvaesinevate ovariaaltuumorite hulka.

2. Histoloogiliselt esineb arrenoblastoome kolmesuguse

ehitumusega (tubulaarne, komplitseeritud ja mittediferentseerunud vormid).

3. Mehestumistunnused võivad arrenoblastoomi puhul sageli puududa, esineb vaid kerge defeminiseerumine amenorröa kujul.

4. Otsustav tähtsus kliiniliste mehestumistunnuste puudumise korral jääb arrenoblastoomi diagnostikas operatsioonipreparaadi patoloogilis-histoloogilisele uuringule. Anamnestiliselt esineva amenorröa ja objektiivselt ovariiaaltumori leidumise korral tuleb mõelda arrenoblastoomi võimalusele.

5. Arrenoblastoomi ravi seisneb operatiivses tuumori eemaldamises.

6. Arrenoblastoomi eemaldamise järgselt kaovad defeminiseerumistunnused kiiresti, kuid maskuliniseerumistunnused kaovad aeglasemalt, osaliselt säilides.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

У РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ЭСТОНСКОЙ ССР

11 и 12 мая 1959 г.

О СОСТОЯНИИ И МЕРОПРИЯТИЯХ ПО УЛУЧШЕНИЮ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Н. Д. МАЛЫШЕВА,
главный акушер-гинеколог
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

1. Медицинские показатели родовспомогательных учреждений Эстонской ССР из года в год улучшаются.

Большая роль в улучшении качества оказания акушерско-гинекологической помощи принадлежит женским консультациям. Улучшился основной показатель — ранняя обращаемость беременных в женскую консультацию. Это достигнуто в результате повышения качества санитарно-просветительной и профилактической работы: кварцевание, витаминизация, физкультура среди беременных.

2. С 1952 года психопрофилактическая подготовка беременных к родам прочно вошла в практику наших учреждений. В 1958 году более 70% родов проведено с применением обезболивания.

3. С отменой запрещения абортов возросло количество аборт, производимых в лечебных учреждениях. Удельный вес внебольничных аборт снизился. С целью предупреждения беременности акушеры-гинекологи пропагандируют противозачаточные средства, но еще мало занимаются проблемой «безопасного периода».

4. Недостаточно разрешены вопросы узкой специальности: патологии климакса, гормонального расстройства, бесплодия и детской гинекологии. Их надо разрешать специалистами более высокой квалификации, привлекая к ведению специализированных приемов главных врачей родильных домов, заведующих отделениями.

5. В 1958 году с медицинской помощью проведено 99,0% родов, зарегистрированных в республике (в 1957 году — 97,1%).

Число разрывов матки из года в год снижается. С 1955 года не зарегистрировано ни одного случая мочевого свища, вызванного родами. Процент нарушений промежности в целом — 17,2. Материнская смертность в течение последних семи лет держится с небольшими колебаниями в пределах одних и тех же цифр.

Показатель смертности новорожденных с каждым годом снижается. То же самое наблюдается с недоношенными детьми.

Удельный вес мертворожденных снизился на 0,3%.

6. В улучшении дела родовспоможения призваны сыграть большую роль районные акушеры-гинекологи и прикрепленные на местах специалисты республиканской больницы.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Доктор мед. наук В. Б. ФАЙНБЕРГ,
из кафедры акушерства и гинекологии Тартуского
государственного университета

1. Вопрос токсикозов беременных является до сих пор одним из актуальных вопросов в акушерстве.

2. До настоящего времени нет еще единого мнения в объяснении патогенеза токсикозов беременных. Большинство советских физиологов и акушеров указывают на ведущую роль центральной нервной системы в развитии патологических процессов, возникающих во время беременности и рассматривают токсикозы как кортико-висцеральные заболевания.

3. При токсикозах наблюдается диссоциация в функциональной деятельности коры головного мозга и подкорковых отделов. Причем, при ранних токсикозах наблюдаются повышение функциональной активности подкоркового отдела и снижение активности коры головного мозга. При поздних токсикозах наблюдаются обратные отношения — повышение функциональной активности

коры головного мозга и снижение активности подкорковых отделов.

4. Изменения в организме, наблюдающиеся при нормальной беременности и считающиеся физиологическими, при токсикозах как бы углубляются в своей интенсивности. Количество переходит в новое качество. Так, обычная рвота и тошнота, считающиеся как признаки беременности, могут перейти в токсикоз; обычная гидрофильность тканей может перейти в токсикоз отечного ряда; уменьшение общего количества сывороточного белка крови и сдвиг белковых фракций в сторону грубодисперсных глобулинов, считающиеся приспособительной реакцией организма при усилении гипопроteinемии, становятся патологическими и уже, со своей стороны, вызывают ряд других расстройств.

5. Лечение токсикозов беременных проводится в соответствии с признанием ведущей роли центральной нервной системы в патогенезе их возникновения.

6. Одним из новых препаратов, с успехом применяющийся при токсикозах беременных, является аминазин.

7. Методом, облегчающим наблюдения за госпитализированными беременными, страдающими токсикозами, является пользование «вкладышами в историю беременности» по предлагаемой нами форме. Такие «вкладыши» дают возможность следить за динамикой заболевания в зависимости от применяемого лечения.

8. В целях борьбы с возникновением тяжелых форм токсикозов женские консультации как городские, так и районные должны проводить своевременную госпитализацию больных с начальными стадиями заболевания. Это приведет к своевременному лечению заболевших беременных и таким образом будет осуществлена действенная профилактика возникновения токсикозов беременных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АМИАЗИНОМ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

И. К. ВЕЕРМА,

из кафедры акушерства и гинекологии Тартуского государственного университета

1. Исходя из современной теории этиопатогенеза токсикозов беременных и характера действия аминазина,

можно считать его применение при рвоте у беременных обоснованным.

2. Сравнивая результаты лечения двух групп беременных с ранними токсикозами, у которых были применены аминазин и бром-кофеин, можно отметить некоторые преимущества лечения аминазином: сокращение сроков пребывания в стационаре, улучшение самочувствия после первого применения аминазина, прекращение рвоты на 11 день и т. д.

3. В зависимости от тяжести заболевания аминазин назначается от 50—75 мг в день (из расчета 1 мг на 1 кг веса) в комбинации с витаминами, гормонами, спотворными, инфузиями. В дальнейшем, понижая дозу аминазина, назначаются только витамины.

4. После применения лечения аминазином не отмечалось отрицательного действия его на развитие плода, роды и лактацию.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ АМИНАЗИНОМ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

У. Т. ЛЕЙСНЕР,

из кафедры акушерства и гинекологии Тартуского
государственного университета

1. Применение аминазина для лечения токсикозов беременных и эклампсии оправдывает гипотензивно-спазмолитические и седативные свойства этого препарата, а также свойства потенцировать анальгетические и наркотические вещества.

2. Продолжительность лечения аминазином и его дозировку необходимо в каждом отдельном случае устанавливать строго индивидуально. Суточная доза не должна превышать 200 мг.

В период лечения следует постоянно наблюдать:

а) за изменениями картины крови, во избежание возникновения агранулоцитоза,

б) за функциями печени, во избежание токсико-аллергических поражений и

в) за функциями почек.

3. Применяя аминазин при тяжелых формах нефропатии, можно наблюдать снижение симптомокомплекса бо-

лезни (гипертония, отеки, альбуминурия), но не исчезновение его. Особенно характерным является стабилизация общего состояния больного, что позволяет выжидать время родов и проводить их консервативно.

4. Гипотензивное действие аминазина после его применения наступает быстро, причем больше снижается систолическое и меньше диастолическое давление крови. Падение кровяного давления тем больше, чем выше были начальные показатели.

5. Применение аминазина во время родов может вызвать ослабление родовой деятельности, особенно если его применять в начале периода раскрытия. В плацентарный период возможно возникновение гипотонического кровотечения.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

М. М. ГОЛЬНЕВА,

из Таллинской республиканской больницы

1. Литературные данные по вопросу о гипертонической болезни у беременных весьма скудны и вопрос этот изучен недостаточно.

2. По нашим наблюдениям и литературным данным, беременность может способствовать появлению и развитию гипертонической болезни.

3. Течение гипертонической болезни при беременности зависит от стадии заболевания. При первой фазе I стадии отмечается умеренное повышение артериального давления, а изменения глазного дна и нарушения деятельности почек отсутствуют или весьма незначительны. При второй фазе I стадии уже у некоторых больных отмечается ухудшение течения заболевания, а при II стадии гипертонической болезни наблюдаются уже с самого начала беременности, высокая и стойкая гипертония, резкие изменения глазного дна и часто значительные патологические изменения центральной нервной системы.

4. При гипертонической болезни отмечается частое появление поздних токсикозов в более ранние сроки, склонность к преждевременному прерыванию беременности и внутриутробной гибели плода.

5. Во время родов у женщин, страдающих гипертонической болезнью, отмечается часто угрожающая внутриутробная асфиксия плода и необходимость применения оперативного вмешательства для родоразрешения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ДИЕТА

Х. Ю. ЯЛВИСТЕ,

из кафедры акушерства и гинекологии
Тартуского государственного университета

1. Рациональная диета, особенно адекватное употребление белков до и во время родов, является основной предпосылкой для нормального течения беременности и развития плода.

2. Диета беременной находится в корреляции с уровнем белков в крови, что необходимо считать одним из объективных прогностических показателей при оценке характера питания и возникновения токсикоза.

3. Ограниченное использование животных белков в диете беременной, особенно в конце беременности (мясной рацион для беременной в среднем за день составляет 100 гр., а для больных токсикозом — ниже 100 гр.), в основном при соответствующем увеличении количества углеводов, следует считать нерациональным и даже опасным для беременных.

4. При лечении поздних токсикозов беременных следует с точки зрения течения клинической картины предпочесть диету с повышенным содержанием белков, по сравнению с обычной диетой, щадящей почки. Поэтому необходимо при лечении больных токсикозами установить диетический режим, обогащенный в достаточной степени белками.

5. Вопрос ограничения употребления жидкости при поздней стадии беременности и особенно при диетическом режиме больных токсикозами следует пересмотреть, так как функции почек при поздней стадии беременности, а также у больных токсикозами незначительно нарушаются.

6. Исходя из необходимости потребления полноценных белков, физически-функциональное развитие новорожденного находится в прямой корреляции с диетой матери в период ее беременности.

О ЛЕЧЕНИИ ЭКЛАМПСИИ ПО ДАННЫМ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л. А. СТУКОЛКИНА,
из Таллинской республиканской больницы

1. По данным современной литературы можно утверждать, что вопросы этиологии и патогенеза эклампсии окончательно еще не выяснены.

2. Эклампсия считается самой тяжелой формой токсикозов беременных, при которой прекращаются функции всех имеющихся защитных механизмов организма.

3. При определенных условиях развития яйца и плода под непосредственным влиянием обмена веществ, а также под влиянием внутренних и внешних раздражителей, в организме создается патологическое состояние путем интоксикации, гормональной дисфункции или сенсбилизации, при этом большое значение имеют нарушения высших регулирующих механизмов головного мозга.

4. В настоящее время применяются в основном два метода лечения эклампсии: метод Строганова, базирующийся главным образом на применении наркотических веществ, и метод лечения сернокислой магнезией по схеме Бровкина. Мы пользовались преимущественно последним методом. В отдельных случаях хорошие результаты достигались применением аминазина, дибазола и резерпина.

5. В основном следует предпочесть консервативный метод лечения эклампсии. Кесарево сечение мы применяли редко и только тогда, когда имелись жизненные показатели со стороны матери, реже — со стороны ребенка.

6. При эклампсии в период родов целесообразно для их ускорения вскрыть плодовый пузырь, если шейка матки открыта на 2—3—4 пальца, и позже выключить период изгнания применением щипцов или вакуум-экстрактора.

7. Эклампсия возникает большей частью в тех районах республики, где профилактическая работа находится на низком уровне и где выявление токсикозов беременных, а также соответствующее лечение проводится недостаточно.

8. Только хорошо организованная профилактическая работа в женских консультациях может обеспечить снижение случаев эклампсии до минимума.

НЕДОНАШИВАЕМОСТЬ И МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ ПРИ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В. А. ПОПОВА,

из Таллинской республиканской больницы

1. До настоящего времени нет единого мнения об этиопатогенезе нефропатии беременности.

2. Вопрос о влиянии заболеваний беременной, в частности нефропатии, на плод изучен недостаточно.

3. Сравнение статистических данных показывает, что при нефропатии беременных часто наблюдаются недоношенность и высокая мертворождаемость, причем эти показатели ухудшаются по мере усиления продолжительности и тяжести заболевания.

4. Самым частым заболеванием беременных является токсикоз, в частности нефропатия беременности. По нашим данным, токсикоз беременности встречается у 5,4% из всех беременных, в том числе эклампсия 0,3%.

5. Недоношенность при нефропатии беременности составляет 12,7% к числу случаев нефропатии и 8,3% к числу преждевременных родов вообще. Недоношенность растет в зависимости от тяжести и длительности нефропатии у матери.

6. Мертворождаемость при нефропатии беременных составляет 5,8% к числу новорожденных при данной патологии и 14,9% к общему числу мертворожденных. Мертворождаемость обуславливается тяжестью и длительностью течения нефропатии.

7. Анализ мертворождаемости при нефропатии показывает, что больше половины (65%) всех мертворожденных приходится на антенатальную смерть плода.

8. Основной задачей профилактики токсикозов беременных является их раннее выявление и лечение больных в ранней стадии заболевания.

9. Позднее выявление беременных с токсикозами должно рассматриваться как показатель плохой работы женской консультации.

РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ТОКСИКОЗАМИ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Я. КАДАСТИК,

из Тартуского клинического родильного дома

1. Вопрос о влиянии нефропатии беременных на развитие плода относительно мало изучен, причем мнения отдельных авторов значительно расходятся. Одни отрицают вредное влияние нефропатии на дальнейшее развитие ребенка, другие же придерживаются противоположного мнения.

2. Для разрешения вопроса, как на первом году жизни протекает развитие ребенка, у матери которого была диагностирована нефропатия, мы провели в Тартуском клиническом родильном доме обследования 75 новорожденных в 1957—1958 гг.

3. В тех случаях, когда у матери имелась легкая форма нефропатии, у родившихся детей патологических явлений не наблюдалось. При более тяжелых формах нефропатии у некоторых родившихся детей наблюдались пониженный вес и гипотрофия. При этом отсталость в физическом развитии детей зависела от тяжести нефропатии и длительности заболевания. Дальнейшее физическое и психическое развитие детей, после выписки их из родильного дома, протекало нормально.

4. Интоксикация, возникшая из-за нефропатии, влияла также на лактацию, вследствие чего большинство детей после выписки из родильного дома были переведены на искусственное питание.

5. По данным Тартуского клинического родильного дома, нельзя принять за правило, что при нефропатии беременных родившиеся дети жизнеспособны. Наблюдающуюся у новорожденных отсталость в развитии можно полностью устранить соответствующим лечением в первые недели их жизни. В дальнейшем в их развитии не наблюдалось отставание от нормы, которое можно было бы объяснить нефропатией беременных.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-АППАРАТА В АКУШЕРСТВЕ

К. Я. СЕЭТ,

из Таллинской республиканской больницы

1. Вакуум-аппарат можно применять как в период раскрытия, так и в период изгнания, строго придерживаясь показаний и имеющихся условий. При неполном раскрытии зева шейки матки операция проводится в два этапа.

2. Вакуум-аппарат можно накладывать на головку плода и на ягодицы. Он менее травмирует плод, чем щипцы по Иванову-Гаусу.

3. Вакуум-аппарат в сравнении с акушерскими щипцами менее травмирует родовые пути матери и головку плода.

4. Вакуум-экстрактор прост по своей конструкции, снижает процент наложения акушерских щипцов, но полностью их не заменяет.

5. Для успешного проведения операции необходимо активное состояние роженицы, так как извлечение головки с помощью вакуум-экстрактора должно производиться одновременно с потугами роженицы.

6. Родовая опухоль представляет собой незначительное набухание тканей, которое исчезает по истечении 24—48 часов, а небольшое подкожное кровоизлияние абсорбируется за 3—4 дня.

ПАТОГЕНЕЗ, ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВОГО АППАРАТА ЖЕНЩИНЫ

Засл. деятель науки, профессор А. Э. МАНДЕЛЬШТАМ
(Ленинград)

1. Воспалительные заболевания полового аппарата продолжают занимать ведущее место в гинекологической патологии, однако им не всегда уделяется должное внимание.

2. Анализ патогенеза воспалительных процессов с позиций нервизма показывает, что все основные симптомы

заболевания являются результатом ответной реакции организма на действие чрезвычайных раздражителей, которая находится под регулирующим воздействием центральной нервной системы.

3. Анализ действия различных практически оправдавших себя лечебных мероприятий показывает их рефлекторный механизм.

4. Признавая известные особенности клинического течения и патолого-анатомических изменений в зависимости от различных видов и свойств микроорганизмов, не следует переоценивать роль микробов и направлять все свое внимание во все периоды процесса на борьбу с инфекцией.

5. С точки зрения правильной оценки этиологии воспалительного заболевания важное значение имеет уточнение возбудителя процесса, для чего необходимо возможно шире использовать бактериологические исследования, серологические реакции и (при отсутствии острых явлений) разнообразные провокационные методы. Особое внимание должно быть уделено исследованию экссудата или гноя в тех случаях, когда он может быть получен методом аспирационной пункции.

6. Обострения хронических воспалительных процессов под влиянием добавочных неспецифических раздражителей являются нередко следствием следовой реакции и отнюдь не всегда обозначают реактивацию дремлющей инфекции.

7. Задачей лечения является: а) устранение причин заболевания, главным образом в острой и подострой стадиях заболевания, б) патогенетическое воздействие на течение процесса, в) симптоматическое лечение, г) обеспечение охранительного режима, д) соблюдение профилактических мероприятий для предупреждения рецидивирования заболевания.

8. В острой стадии процесса наиболее эффективным является сочетание этиотропной и патогенетической терапии, в то время как при хронических заболеваниях (кроме туберкулеза и гонореи) этиотропное лечение имеет лишь второстепенное значение или даже лишено значения.

9. При образовании осумкованного гнойного выпота или скопления гноя в придатковых образованиях, не обнаруживающих под влиянием лечения быстрого умень-

шения, показана аспирационная пункция с введением (после эвакуации гноя) в полость образования того антибиотика, к которому чувствительны выделенные в посевах микроорганизмы.

10. Длительное малоуспешное лечение при частых обострениях хронических воспалительных поражений придатков матки, нарушающих работоспособность больных, является показанием для хирургического лечения. Оперативное вмешательство может понадобиться и в острой стадии процесса, например, в случае развивающегося перфоративного перитонита, угрожающего прободения гнойного придаткового образования, при прорыве гнойника в мочевой пузырь и др. Кольпотомия при острых пиосальпинксах не должна применяться ввиду опасности образования длительно незаживающего свища.

11. При длительном существовании аднекстуморов, не поддающихся консервативному лечению, следует помнить о возможности диагностической ошибки, когда новообразование придатков принимается за воспалительный процесс. Ввиду относительной частоты подобных ошибок следует повысить онкологическую настороженность врачей.

12. Для улучшения постановки борьбы с воспалительными гинекологическими заболеваниями и профилактики рецидивов необходимо осуществить целый ряд организационных мероприятий, касающихся в основном работы женских консультаций.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ И ПОДОСТРЫМИ АДНЕКСИТАМИ ПО ДАННЫМ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1954—1957 ГОДЫ

Ю. И. ДЕШАЛЫТ,
из Таллиннской республиканской больницы

1. Среди гинекологических заболеваний первое место занимают воспалительные заболевания придатков матки.

2. Лечение воспалительных процессов придатков матки должно вестись с самого начала заболевания комплексно, достаточно интенсивно и строго продуманно.

3. Важно в лечении придатков матки своевременно выяснить этиопатогенетический фактор, уточнить фазу процесса, а также учесть индивидуальную реактивность организма.

4. Среди многочисленных современных методов лечения наиболее эффективными являются комбинированное применение антибиотиков и химиотерапии в сочетании с другими симптоматическими и биологическими средствами, гирудотерапии, а также витаминотерапии.

5. Больные с острыми и подострыми воспалениями придатков матки, несомненно, подлежат госпитализации. Амбулаторное лечение этих больных нерационально.

6. По опыту работы наших акушерско-гинекологических отделений при осумкованных гнойниках придатков матки и параметрия пункция с последующим введением антибиотиков непосредственно в очаг воспаления дает хороший эффект.

7. Комбинация антибиотиков с гирудотерапией внутривлагалищно дает сравнительно лучшие результаты в лечении острых и подострых воспалительных заболеваний придатков матки. Отдаленные результаты при этом виде лечения тоже значительно лучшие.

ВЫБОР ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АДНЕКСИТАХ

С. К. НЕТУДУХАТКО,

из Тартуского клинического родильного дома

1. В настоящее время лечение больных с хроническими аднекситами проводится комплексно. Руководящую роль в комплексном лечении часто играет физиотерапия. Ввиду своей доступности наибольшее применение на практике имеет электротерапия. Правильно назначенное электротерапевтическое лечение всегда дает положительные результаты.

2. Из амбулаторного контингента гинекологических больных, направленных на физиотерапевтическое лечение, две трети составляют больные с хроническими аднекситами, из них 67% с односторонними и 33% с двухсторонними воспалительными процессами придатков матки.

3. Из физиотерапевтических методов лечения ведущее

место принадлежит электрофорезу *per rectum* разными ионами, обладающими лечебными свойствами, а также антибиотиками. Электрофорез применялся у 30% больных аднекситами. При длительных рецидивирующих аднекситах положительный лечебный эффект получен при электрофорезе стрептомицином. Он применялся в 10% случаев. Электрофорез легко переносится больными. Осложнением может явиться чувствительность к гальваническому току или к данному лечебному иону. При применении стрептомицина редко наблюдаются вестибулярные расстройства.

Курс лечения состоит в среднем из десяти сеансов по 20—30 минут ежедневно или через день.

4. С кратким анамнезом заболевания (30% случаев), но с превалирующим болевым синдромом хороший анальгезирующий и резорбирующий эффект дает применение так называемых «кварцевых трусиков».

В 15% случаев аднекситов применялась диатермия *per vaginam* в основном для ликвидации остаточных явлений. Ультракоротковолновое лечение применялось у 8% больных.

5. Ввиду своей доступности и простой методики применения электрофорез *per rectum* можно рекомендовать для лечения больных с хроническими аднекситами в условиях районной больницы.

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

К. М. ТАЮР,

из Таллинской республиканской больницы

1. Чаще всего женщины обращаются к врачу после 2—5-летнего бесплодия.

2. Первичное и вторичное бесплодие бывают чаще в возрасте 25—35 лет.

3. Бесплодие наблюдается преимущественно среди женщин, у которых менструация начинается в 16-летнем возрасте и позже.

4. Основной причиной бесплодия являются воспали-

тельные процессы в половых органах, особенно в фаллопиевых трубах, в которых возникает непроходимость — так называемое тубарное бесплодие.

5. Прерывание беременности в возрасте 18—25 лет является опасным и впоследствии нередко вызывает бесплодие.

6. После консервативного лечения аднекситов проходимость фаллопиевых труб восстановилась в 35,5% случаев и в 6,6% — наступила беременность. В результате лечения колпитов, эндоцервицитов и эрозий проходимость фаллопиевых труб восстановилась в 60% случаев и в 10% — наступила беременность.

7. Из физиотерапевтических процедур наилучшие результаты дает озокеритотерапия (проходимость фаллопиевых труб восстановилась в 37,5% случаев и в 12,5% — наступила беременность) и диатермия (соответственно 35,8% и 12,8%). Хорошие результаты дает и тканевая терапия, при которой в 44,4% случаев наблюдалось восстановление проходимости фаллопиевых труб.

8. Непроходимость фаллопиевых труб наблюдается как при первичной, так и при вторичной беременности, главным образом в их интерстициальной части, что подтверждает гистеросалпингография.

9. Желательно шире применять в практике как в диагностике, так и в лечебных целях гистеросалпингографию ввиду того, что с йодолиполом является возможным устранить склеивание анатомически еще мало измененную слизистую фаллопиевых труб вследствие воспалительных процессов.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ЖЕНЩИН

К. Ю. МЭЛЬДЕР,

из Гартуского клинического родильного дома

1. При воспалительных процессах женских половых органов до сих пор уделяется мало внимания генитальному туберкулезу, который в большинстве случаев выявляется во время операции. В связи с усовершенствованием методов исследований возможна диагностика заболевания и без оперативного вмешательства.

2. При выявлении заболевания важное значение

имеют анамнестические данные: первичное бесплодие, болезненные ощущения в связи с началом половой жизни, поздняя половая зрелость, перенесенный в детстве туберкулез желез или легких, плеврит, перитонит и другие заболевания.

3. Генитальный туберкулез часто протекает хронически, причем образуются опухоли — конгломераты придатков, которые обнаруживаются лишь во время операции.

4. Кроме данных анамнеза и пальпации большое значение при диагностике имеют комплексные методы исследования, к которым относятся цитологические, бактериологические и рентгенологические, которые друг друга не заменяют, но дополняют.

5. Комплексное лечение противотуберкулезными препаратами дает лучшие результаты, чем при других формах туберкулеза. Если при туберкулезных опухолях придатков и tuboовариальных абсцессах консервативное лечение не дает положительных результатов, то в этом случае показано оперативное вмешательство с последующим специальным лечением.

6. Преимуществом оперативного лечения является его краткосрочность, после чего наступает полное выздоровление или восстановление трудоспособности. У молодых женщин при оперативном вмешательстве желательно оставить часть яичников с целью сохранения менструальных функций.

При туберкулезном перитоните эффективным является пробная лапаротомия.

7. Окончательное выздоровление не ограничивается только восстановлением работоспособности, а требует наблюдения за больной в течение 3 лет, а также повторных бактериологических и гистологических исследований.

8. В вопросе выявления больных генитальным туберкулезом и их выздоровления большое значение имеет совместная работа женской консультации и туберкулезного диспансера.

О НОВЫХ ФОРМАХ ОРГАНИЗАЦИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Х. Р. ЭРНИТС,

из Таллинского республиканского онкологического диспансера

1. Несмотря на достигнутые успехи в борьбе с раком шейки матки, однако до сих пор еще встречаются больные, поступающие на лечение в поздней стадии рака.

2. Визуально и пальпаторно диагностированный рак шейки матки является уже далеко развившейся формой рака.

3. Нашей целью является выявлять и лечить больных в преинвазивной стадии, то есть *ca in situ*.

4. *Ca in situ* можно диагностировать в настоящее время современными методами исследования — кольпоскопией и кольпоцитологией.

5. Для профилактики рака шейки матки необходимо на базе Таллинского и Тартуского онкологических диспансеров организовать отделения, оснащенные современной диагностической аппаратурой и лабораторным оборудованием, куда можно было бы направлять больных из женских консультаций для цитологических исследований мазков влагалища матки.

6. Необходимо научить врачей кольпоскопии для работы в условиях женских консультаций.

7. Профилактические осмотры женщин становятся более эффективными при широком применении кольпоскопических и цитологических исследований.

8. Целесообразно концентрировать больных с раком шейки матки в Таллинском и Тартуском онкологических диспансерах.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Л. Р. САВОМЯГИ,

из Тартуского клинического родильного дома

1. Профилактические осмотры, проведенные в поликлиниках, дали положительные результаты в отношении

выявления преанцерозов, опухолей и гинекологических больных. Желательно, чтобы такие осмотры проводились врачом или акушеркой как во всех районных поликлиниках, так и в участковых амбулаториях.

2. Больных, нуждающихся в лечении, необходимо диспансеризовать в специальных учреждениях, контролировать их диспансеризацию и лечение.

3. С целью проведения профилактических осмотров необходимо привлекать врачей из общей лечебной сети, так как больные с опухолями половых органов нередко находятся на длительном лечении по иным причинам.

4. Для повышения качества профилактических осмотров врачам всех специальностей необходимо вести широкую санитарно-просветительную работу среди населения.

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

А. В. АНТОН,

из онкологического кабинета Таллинской поликлиники
Эстонской железной дороги

1. Кольпоскопия дает возможность поставить конкретный клинический диагноз вместо обобщенных диагнозов, как псевдоэрозия, мышечно-железистая гиперплазия, эрозированный эктропион и т. д. Кольпоскопический метод базируется на наблюдениях за процессами разрастания цилиндрического и плоского эпителий и за реакцией кровеносных сосудов на живой ткани влажной части шейки матки при увеличении в 10—30 раз. Кольпоскопия привлекает внимание врача при наличии малейших изменений на шейке матки, которые часто остаются не замеченными при осмотре зеркалами, и позволяет взять биопсию с кольпоскопически подозрительных участков.

2. В течение 1956 и 1957 годов в онкологический кабинет Таллинской поликлиники Эстонской железной дороги обратились первично 404 женщины для уточнения диагноза и профилактических осмотров. Из них рак шейки матки был обнаружен у 13, причем в 9 случаях в ранней преинвазивной стадии (стадия «0»). В остальных 4 слу-

чаях обнаружен был рак в первой стадии. Только в одном случае подозрение на малигнизацию было уже при осмотре зеркалами.

3. Кольпоскопическое исследование помогло обнаружить рак тогда, когда при осмотре зеркалами имелись лишь безобидные псевдоэрозии, а в ряде случаев оно дало толчок для исследования множества гистологических срезов, так как первичная гистологическая находка не соответствовала подозрительной кольпоскопической картине.

4. В учреждениях железной дороги при массовых профилактических осмотрах женщин кольпоскопически осмотрено 94, причем выявлено 2 случая *ca in situ*. При осмотре зеркалами в обоих случаях имелась лишь безобидная псевдоэрозия.

5. Для того, чтобы своевременно и еще лучше диагностировать рак шейки матки, а также правильно лечить доброкачественные изменения на шейке матки вплоть до полного выздоровления больной, необходимо расширить, улучшать и ускорять гистологическую диагностику, особенно в условиях сельских районов. Одновременно следует широко внедрять кольпоскопический метод для диагностики патологических состояний шейки матки сначала хотя бы в женских консультациях более крупных центров и в районных онкологических кабинетах.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

В. К. КУУЗИК,

из Таллинского республиканского онкологического диспансера

1. За время с 1 X 1949 до 31 XII 1958 года на амбулаторном приеме в Таллинском республиканском онкологическом диспансере было зарегистрировано 1020 первичных больных с диагнозом рака шейки матки, которые не получали первичного лечения в других лечебных учреждениях. Больные распределялись по следующим стадиям: I стадии — 297 (29,1%); II — 401 (39,3%); III — 281 (27,5%) и IV стадии — 41 (4,1%).

2. Из зарегистрированных 1020 больных было оперировано 289 (абсолютная операбельность — 28,3%),

из них I стадии — 175 (58,9%), II стадии — 113 (28,2%) и III стадии — 1 (0,3%).

3. Назначенные на операцию больные классифицированы были на основании данных клинического исследования.

4. Метастатические лимфатические узлы при операции были обнаружены в 20,45% случаев, из них у больных I стадии — 6,9% и II стадии — 40,8%.

5. Послеоперационные некротические свищи были в 14 (4,9%) случаях, из них цистовагинальных 4 (1,4%) и уретеровагинальных 10 (3,5%).

6. В послеоперационный период умерли 3 больных (1,04%).

7. До 1 IV 1954 года из 120 излеченных больных жили до 5 лет и дольше 82 (68,3%), из 74 I стадии — 60 чел. (81,1%) и из 46 II стадии — 22 (48,0%). Из последних 80 оперированных больных жили до 5 лет и больше 61 (76,2%), из 50 I стадии — 46 (95,0%), из 30 II стадии — 15 (50%).

8. Из 18 больных с метастатическими узлами живы 9 (50%).

9. Из 14 больных с аденокарциномой живы 8 (57,1%), причем из 8 больных I стадии — 5 (62,5%), а из 6 II стадии — 3 (50%).

10. Больные с преинвазивной стадией (*ca in situ*) не были оперированы и отдаленные результаты не учтены.

11. Единственным оперативным лечением рака шейки матки является расширенная тотальная радикальная экстирпация матки. Простая тотальная экстирпация противопоказана, так как рак в своей начальной стадии часто инфильтрирует близлежащие ткани.

12. Результаты лечения рака шейки матки тем лучше, чем в более ранней стадии происходит его выявление. Нашей целью является выявлять рак шейки матки еще раньше — в асимптомный период, когда имеется так называемая преинвазивная степень, то есть когда он еще находится на поверхности эпителия и не проник в базальную мембрану. При преинвазивном раке можно достичь до 100% случаев выздоровления.

13. Всех раковых больных из определенных районов республики нужно концентрировать в специально для них предназначенные лечебные учреждения, которые должны быть снабжены образцовым оборудованием для лучевой те-

рапии и располагать возможностями оперативного вмешательства.

14. Оперативное и лучевое лечение рака шейки матки, проводимое в специальных лечебных учреждениях, должно проводиться строго индивидуализированно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ЗА 1955—1958 ГОДЫ

Э. Х. ПЕТЕРМАН,

из Тартуского клинического родильного дома

1. Так как больные с опухолями яичника обычно оперируются уже тогда, когда происходит дегенерация опухоли, можно предполагать, что развитие опухоли протекает без особых симптомов. По нашим данным, 10,3% из числа больных не предъявляли жалоб. При доброкачественных опухолях яичника больные в основном жаловались на боли различного характера и интенсивности в подвздошной области и крестце. В анамнезе этого контингента больных нередко наблюдались бесплодие и аднексит.

2. Так как современная диагностика не позволяет дифференцировать симптомы доброкачественных опухолей яичника и признаки ранней стадии злокачественных, необходимо таких больных немедленно госпитализировать. По нашим данным, позднее поступление на лечение (свыше 1 мес.) наблюдалось в 50% случаев.

3. Больных с изменениями в области придатков, у которых неоднократно консервативное лечение оставалось безрезультатным, необходимо направлять на консультацию и чаще применять в отношении их пробную лапаротомию.

4. При доброкачественных опухолях яичника, особенно у молодых женщин, вернее всего применять консервативный метод лечения, сохраняющий функции яичников.

5. В больших лечебных учреждениях необходимо во время операции применять ускоренный метод патологогистологических исследований.

6. Больных с бластомогенными опухолями необходимо в послеоперационный период контролировать с тем, чтобы своевременно выявлять возможные рецидивы.

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА (дисгерминома и арренобластома)

Доктор медицинских наук, проф. Р. К. БЕРНАКОВ,
из Гартуского республиканского онкологического диспансера

I

1. Дисгерминома является злокачественной опухолью, которая может возникнуть у лиц обоего пола из зародышевых клеток, у которых отсутствует герминальная функция.

2. Дисгерминома встречается большей частью в молодом, реже в старшем возрасте, в связи с изменениями гормональной системы.

3. Дисгерминома относительно злокачественна; в молодом возрасте при удалении опухоли без повреждения ее капсулы процесс может закончиться полным выздоровлением. В других случаях наблюдаются быстроразвивающиеся метастазы через лимфатические пути и кровь, а также быстрый летальный исход заболевания.

4. При односторонних дисгерминомах с интактной капсулой необходимо оперативно удалять только опухоль, причем больная остается под постоянным контролем, в течение которого необходимо наблюдать за ее состоянием и периодически проводить биологическую реакцию беременности по Ашхейм-Цондеку и в дальнейшем применять рентгенотерапию.

II

1. Арренобластома относится к редко встречающейся гормональной активно маскулинизирующей овариальной опухоли.

2. Гистологически арренобластома встречается в тройной структуре (тубулярная, осложненная и недифференцированная формы).

3. При арренобластомах признаки маскулинизации могут нередко отсутствовать, однако возникает легкая дефеминизация в виде аменореи.

4. При отсутствии клинических признаков маскулинизации решающее значение в диагностике арренобластомы имеет патолого-гистологическое исследование

операционного препарата. В случае, если в анамнезе отмечается аменорея и объективно можно обнаружить опухоль яичника, можно предполагать возникновение арренобластомы.

5. Лечение арренобластомы заключается в оперативном удалении опухоли.

6. После удаления арренобластомы исчезают признаки дефеминизации, однако признаки маскулинизации исчезают медленно, иногда же могут и остаться.

Toimetus

A. Gunter (toimetaja), H. Pihl ja A. Kaplan

Ladumisele antud 9. IV 1959. Trükkimisele antud 29. IV 1959. Paber 60×84, 1/16. Trükiarv 300. Trükipoognaid 3. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 2,46. Tellimise nr. 1350. MB-04330. Trükikoda «Ühiselu», Tallinn, Pikk 40/42.

На эстонском и русском языках.

Tasuta/Бесплатно

Tasuta
Бесплатно

A-24542

TO RAAMATUKOGU



1 0300 00360139 2