



TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT

IX

TARTU 1987

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

Sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT

IX

EKSTRAGENITAALSED NING GÜNEKO-
LOOGILISED HAIGUSED JA RASEDUS

Kolmas trükk

TARTU 1987

Koostanud H. Jalviste, K. Gross, H. Kaarma, I. Kõiv

Kinnitatud arstiteaduskonna nõukogus 11. veebruaril 1987.a.

Anh.
Tõnu Kõivikooli
Kõmatukogu

9367

KUSTUTATUD

I. VEREHAIGUSED JA RASEDUS

Rasedus kutsub veresüsteemis füsioloogiliselt esile mitmeid muutusi. Muutused perifeerses veres normaalse raseduse korral, olenevalt raseduse suurusest, on toodud tabelis 1.

T a b e l 1

	Raseduse suurus nädalais		
	12	24	36
Keha pind (m ²)	1,58	1,64	1,7
Vere hulk (ml)	4300	4900	5400
Erütrotsüütide maht (ml)	1650	1800	1950
Hemotokrit (%)	39,2	37	36,4
Hemoglobiin (%)	12,0	11,5	11,3
Erütrotsüüdid (milj./mm ³)	4,47	4,15	4,15

Tervetel rasedatel hemoglobiinisaldus kogu raseduse vältel oluliselt ei muutu. Täheledatakse sõltuvalt raseduskuudest järgmist dünaamikat (tabel 2).

T a b e l 2

Rasedus- kuu	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Hb g %	13,9	13,1	12,8	12,8	12,5	12,3	12,4	12,2
	±0,1	±0,1	±0,1	±0,1	±0,1	±0,1	±0,1	±0,1

Sünnituseelselt ja peale sünnitust täheledatakse hemoglobiinisalduse muutumist taoliselt (tabel 3).

T a b e l 3

3 päeva enne sünnitust	8 päeva peale sünnitust	6 nädalat peale sünnitust
12,0 ± 0,2	13,0 ± 0,2	14,1 ± 0,1

Hematokriti näitaja (%) muutumine seoses rasedusega ja sünnitusjärgselt oleks selline (tabel 4).

T a b e l 4

Raseduskuud		3 päeva enne sünnitust	6 nädalat peale sünnitust
III - IV	X		
42 ± 0,6	38 ± 0,6	35 ± 0,5	43 ± 0,7

1. Aneemia ja rasedus
(Anaemia gravidarum)

Verehaigustest esineb kõige sagedamini aneemia ja raseduse kombinatsioon. Aneemiad klassifitseeritakse kahte põhi-gruppi:

1) aneemiad, mis tekivad raseduse ajal või raseduse "tagajärjel";

2) aneemiad, mis eksisteerivad kuni raseduseni.

Tõelistest aneemiatest raseduse ajal tuleb diferentsida nn. pseudoaneemiat, mis on seotud hüdreemiaga (plasma hulga suurenemine ilma vastava proportsionaalse erütrotsüütide hulga ja hemoglobiinisalduse suurenemiseta). Arvatakse, et hüperplasmia on kohanemismehhanismiks võimaliku verekaotuse vastu sünnitusel.

Esimese grupi aneemiatest nõuab erilist tähelepanu hü-pokropome aneemia (rauadefitsiitne), klooraneemia tüüpi. Mitmed autorid peavad seda toksikoosi omapäraseks vormiks. Arvatakse aga, et põhjuseks pole mitte rasedus, vaid teised tegurid, mis alandavad vereloomeorganite funktsionaalset aktiivsust: mao-sooletraktihaigused (gastriit, haavandtõbi, düsenteeria jt.), ussnugilised, sagedased anginiid, krooniline tonsilliit, haimoriit, otiit, frontiit, krooniline bronhiit, püeliit, malaaria jt. Kehvveresuse etiopatogeneesis omab teatud tähtsust ka vereloomesüsteemi funktsionaalne puudulikkus. Etioloogias on sagedane ka latentne infektsioon.

Kliiniline pilt. Osal rasedaist puuduvad kaebused, teistel on kaebused pearinglemise, nõrkuse, hingelduse üle. Laboratoorselt esineb Hb-protseidi langus (9 % ja alla seda), madal värvusindeks, anisotsütoos, mõõdukas leukopeenia, vähe retikulotsüüte. Müelogrammis prevaleerivad mitteküpsed basofiilsed või polükromatofiilsed erütroblastid. Vereseerumis on rauasisaldus langenud (E.M. Jushimi andmeil norm on 135 mg %).

Aneemia avaldab mõju loote arengule. V.I. Bodjažina jt. andmeil, kui aneemia kombineerub toksikoosi või südame-veresoonkonna patoloogiaga, esinevad vastsündinuil kas hüpotroofia, asfüksia tunnused või koljusisesed traumad. Sageli lisandub hilistoksikoos. Ka komplikatsioonide arv sünnitustel on tõusnud, eriti patoloogiliste verekaotuste näol (28,3 %) III perioodis ja varapuerperiumis. Sagenenud on sünnitustegevuse nõrkus, sünnituseelne lootevee puhkemine.

Hüpokroomne aneemia esineb sagedamini korduvrasedail raseduse II poolel.

Ravi

1) Dieet olgu vitamiini-, valgu- ja rauarikas.

2) Rauapreparaatide ordineerimisel arvutatakse raua defitsiit (vajalik kogus) järgmiselt: normaalne hemoglobiini % miinus praegune hemoglobiini % korda 0,225. Raviks kasutatakse järgmisi preparaate:

- ferrum reductum, carbonicum, lacticum suurenevas annuses (3 - 6 g päevas) koos askorbiinhappega (0,1 üh. 1,0 g kohta) 30 - 40 minutit peale sööki. Paremaks imendumiseks samaaegselt Acidum muriaticum dilutum'it 10 - 15 gtt poole klaasi vee kohta. Rauapreparaati kombineeritakse vase ja magneesiumi ordineerimisega (à 16 mg ööpäevas). Antakse puhtaist väävelhappesooladest valmistatud mikroelemente, lahustatud destilleeritud vees;

- hemostimuliin (Haemostimulinum) pulbris või tablettides 0,6 3 korda päevas söögi ajal Acidum muriaticum dilutum'iga;

- erandjuhtudel kasutatakse ravis ferkoveeni (Fercovenum) (veeni) - 2 ml iga päev, tõstes hulka 5 ml-ni. Vastunäidustatud maksanaiguste, hüpertooniatõve ja koronaarse puudulik-

kuse korral. Halva talumuse korral manustatakse Sol. Atropiini 0,1% - 1 ml, Sol. Pantoponi 1 ml;

- kui tavaline ravi ei aita, siis on soovitatavad korduvad väikestes hulkades sama grupi ja reesusfaktoriga vere ülekanded (60 - 80 ml);

- latentse infektsiooni kahtlusel antibiootikumid;
- põhihaiguste ravi.

Rasedail tekib mõnikord hüpokroomne aneemia akuutse verekaotuse tagajärjel (Anemia posthaemorrhagica, platsenta eesasetsus, platsenta madalkinnitus, normaalselt kinnitunud platsenta enneaegne irdumine).

Hüperkroomse e. pernitsioosse aneemia ja raseduse (nn. megaloblastilise s. Anaemia pernicioosa gravidarum'i) tekkimine on seotud endogeense B₁₂-avitamiiniga (B₁₂-defitsiitne rasedate aneemia). Ajaliselt langeb selle aneemia ilmumine ühte loote megaloblastilise erütropoeesi (maksas) üleminekuga normoblastiliseks vereloomeks (enamasti raseduse 4. - 5. kuul). Sel perioodil on lootele eriti vaja ema B₁₂-vitamiini; paralleelselt esineb ka foolhappe defitsiit. Patogeneesis etendab rolli ka maofunduse näärmete funktsiooni häirumine.

Verele on iseloomulik erütrotsüütide arvu vähenemine, kõrge värvusindeks, anisotsütoos makrotsüütide prevaleerimisega, poikilotsütoos, megalotsüütide ja megaloblastide ilmnemine.

Kliiniliselt: nõrkus, kahvatus, sageli kollakas varjund nahal, mõnikord subfebrilne temperatuur, paresteesiad.

Sageli lisandub hilistoksikoos ja loode hakkab antenataalselt.

Ravi

- 1) B₁₂-vitamiini 200 üh. iga päev või ülepäeviti efekti saabumiseni (2 - 3 nädalat);
- 2) Foolhappe per os 0,02 - 0,03 üh. (pulbrid, fražeed, tabletid) 2 - 3 korda päevas askorbiinhape;
- 3) "maksa"-dieet;
- 4) rauapreparaadid, kampofoon, rasketel juhtudel korduvad vereülekanded (soovitatav erütrotsüütide mass).

Efekti puudumisel on haiguse prognoos ebasoodus. Kui harva on siiski vaja rasedus katkestada, eelistatakse konservatiivset katkestamist.

Mõnikord rasestuvad naised, kes põevad kaasasündinud (perekonniti) hemolüütilist aneemiat (Icterus haemolyticus). Rasedus põhjustab haiguse ägenemist.

Tõhusad on vere- ja erütrotsüüdid massi ülekanded, splenektoomia ja hormoonteraapia (AKTH ja kortikosteroidid).

Hemolüütiline aneemia võib tekkida teatud ravimite kasutamisel. Hemolüüs on põhjustatud erütrotsüütide spetsiaalse fermenti glükoos-6-fosfaat-dehüdrogenaasi defitsiidist. Hemolüüs tekib ravimitest, mis põhjustavad hapendumist (nitrofuraniidid, atsetaniliidid). Paljud ravimid suurtes annustes kutsuvad esile hemolüüsi, aga ka terapeutilistes annustes, peetudes organismis neerude funktsiooni häirete korral. Hemolüüsi põhjuseks võib olla ka erütrotsüütide aglutineerivate antikehade teke (kiniin, kinidiin, penitsilliin).

2. Leukoos ja rasedus

Sagedamini võib näha raseduse ja kroonilise leukoosi (leucaemia chronica) kombinatsiooni. On kirjeldatud rida nii emale kui ka lootele soodsalt lõppenud rasedusi. Haigus isegi paraneb raseduse ajal seoses adrenokortikotroopse hormooni kõrgendatud eritumisega.

Õigem on seisukoht, et leukoosihaige peab vältima rasestumist ja rasestumisel - koheselt katkestama! Raseduse hilisemal ajal haigus paraneb, kronoloogiliselt langeb see ühte loote maksaverelooma üleminekuga luuüdi vereloomeks ja siis raseduse katkestamine kaotab oma aktuaalsuse. Haiguse üleandmist emalt lootele ei esine. Kirjanduses on antud 16 loote leukoosi juhtu, kuid ühelgi korral seda ei esinenud emal.

3. Lümfogranulomatoos (Lymphogranulomatosis, Morbus Hodgkiin) ja rasedus

Harva esinevad koos. Kirjeldatud on 15 aasta jooksul 20 haiget (1951 - 1965). Soovitatakse järgmist taktikat:

1) haigetel soovitatav rasedust vältida (soodustab haiguse halvenemist);

2) rasestunud raseduse säilitamise või katkestamise küsimus otsustada individuaalselt, olenevalt lümfogranulomaatoosi arengustaadiumist, kliinilisest kulust, läbiviidud ravi efektiivsusest (röntgeniga, embiiniiniga, dopaaniga, kloorbutiiniga jt.), raseduse suurusest, lapsest huvitatusest.

Raseduse raske kulu korral ja haiguse halvenedes on vaja rasedus katkestada varastel kuudel. Ravivahendid mõjuvad kahjustavalt lootele! Raseduse hilistes järkudes tuleb raseduse säilitamine otsustada individuaalselt.

Lümforetikulosarkoomi korral on rasedus vastunäidustatud ja tuleb igal juhul katkestada.

4. Verlhofoi tõbi (Purpura thrombopenica) ja rasedus (essentsiaalne trombopeenia, trombopeeniline purpura)

Esineb harva ja on ebasoodne rasedusele: enneaegsus, suur laste kaotus (50 %), tohutu emade suremus (emakaverejooksudest).

Osa autoreid aga pole täheldanud mingeid halbu tagajärgi.

E.P. Romanova arvab, et raseduse katkestamine võib olla ohtlikum kui selle jätkamine ja sünnitus. G.A. Aleksejev arvab, et M. Verlhof'i pole mitte vastunäidustuseks, vaid vastupidi - veritsemine raseduse ajal sageli kaob ja reeglina kulgeb sünnitus tavalise verekaotusega, mistõttu arstil isegi on alus vahel teatud haigetele soovitada rasestumist.

On täheldatud haiguse ägenemist raseduse ajal, enamasti naistel, kel pole teostatud splenektoomiat. Splenektoomia, mis on teostatud ammu enne rasedust, kindlustab M. Verlhof'i kergema kulu. Raskeks komplikatsiooniks on nendel patsientidel nefropaatia lisandumine.

Haiguse ägenemise vältimiseks on vaja teha profülaktist ravi: askorbiinhappe suured annused, värskelt konserveeritud vere ülekanded, plasma ja trombotsütaarse massi ülekanded; kaltsium, AKPH, rutiin, tsütriin jt. Samad vahendid

ka verapuerpeeriumis tekkiva verejooksu korral. Selliste verejooksude profülaktikaks soovitatakse ordineerida sünnitusel androgeene.

S.D. Astrinski kirjeldas ühel lapsel kahest kaasa-sündinud M. Verlhof'i. Osal rasedaist teostatakse raseduse ajal splenektoomia (3. ja 6. kuul ja 24. - 25. nädalal).

Vastsündinuil asfüksia, koljusisene trauma, arenguano-maaliad või hemorraagiline diatees.

5. Tromboflebiitiline splenomegalia (Splenomegalia splenothrombotica) ja rasedus

Esineb äärmiselt harva. Ohuks on mao- ja soolteverejooks (laienenud varikoosne kollateraalne vereringe), eriti just söögitoru, mao ja soolte varikoossetest veresoontest. Juhul, kui rasedus on suur, siis sünnitus keisrilõike teel või eriti soodsa haiguskulu korral II periood absoluutselt välja lülitada.

II. RASEDUS, SÜNNITUS JA SÜNNITUSJÄRGNE PERIOOD NAKKUSHAIGUSTE PUHUL

Nakkushaigused on raseduse ajal tõsiseks ohuks nii emale kui ka lootele. Häirides raseduse ja sünnituse kulgu, põhjustavad nad enneaegsust, loote arengu anomaaliaid, loote üsasisesest haigestumist ja hukkumist, samuti mõjuvad ebasoodsalt ema tervisele.

Nimetatud komplikatsioonide tekkimist soodustab platsentaarbarjääri läbitavus paljudele nakkushaiguste tekitajatele; platsenta kahjustus mikroobidest, loote ja ema organismi intoksikatsioon, hüpertermia jt.

Nakkushaigus kulgeb raseduse ja sünnituse ajal enamasti raskemalt, kusjuures raseduse katkemine naige seisundit ei kergenda. Raseduse lõppemisega seotud naise väsimus (eriti sünnitusel), verekaotus, platsentaarvälja avanemine, ainevahetuse muutus, kõhusisese rõhu muutus, siseelundite asetu-

ae muutumine - kõik see halvendab haiguse kulgu. Seetõttu reeglina nakkushaiguste korral rasedust kergekäeliselt ei katkestata.

Arvestades infektsioonhaiguste, eriti mõnede neist, levikuga, käsitleme raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi iseärasusi seoses nende haigustega pisut lähemalt.

A. VIIRUSHAIGUSED SÜNNITUSABIS

1. Gripp ja rasedus

Senini on seda küsimust vähe uuritud. Iseloomulikuks on äkiline haiguse algus, intoksikatsioon, adünaamia, peavalud, kõrge temperatuur. Lokaalsetest nähtudest prevaleerivad farüngiit, katarraalne angiin ja hingamisteede progresseeruv destsendeeruv põletik (tranheobronhiit).

Grippi tuleb diferentseerida ägedast ülemiste hingamisteede katarrist.

Komplikatsioonidena täheldatakse enneaegset sünnitust, loote üsasisest hukkumist. Sündinud lapsed on nõrgestatud. Vastsündinud tihti haiged (mädalõõve, ülemiste hingamisteede katarr, pneumoonia).

Kaasasündinud arenguanomaaliad on väga erineva lokalitatsiooniga. Neid esineb 6 - 31 %.

Sünnitusel on saagenud platsentaosakeste peetumine ja emaka hüpotoonia. Operatiivsete vahelesegamiste arv on seetõttu suurenenud. Puerpeeriumi kulg on sellest tulenevalt sagedamini tüsistunud.

Haiged tuleb isoleerida, ruume kiiritada kvartsiga. Raviks kasutatakse antibiootikume, sulfaniilamiide koos üldtugevdava raviga.

Olulisem, nagu kõigi nakkushaiguste korral, on gripi profülaktika, eriti rasedail.

2. Epidemiline hepatiit ja rasedus

Rasedus halvendab Morbus Botkini s. Hepatitis epidemica kulgu, pikendab seda ja soodustab ägeda staadiumi üleminekut krooniliseks.

Emade suremus on 1,6 - 9,3 %, surnultsündivus - 2 - 11,4 %. Suur on ka enneaegsus (üle 24 %), eriti hilistel kuudel. Sünnituse III ja IV perioodis verejooksud emaka kontraktiilsuse vähenemisest ja protrombiini alanemisest veres. Looteveed, platsenta, nabaväät sageli kollast värvi.

On kirjeldatud loote nakkust hepatiiti ja maksatsirroosi, kui nakatumine toimus raseduse viimastel kuudel. 1/3-1/4 juhtudel on kaasasündinud sapijuha atresia põhjustatud viirushepatiidist.

Rasedad põevad viis korda sagedamini kui mitterasedad. Eriti raske on haiguse kulgu laktatsiooniperioodil, kusjuures imetamine seda veelgi halvendab.

Laktatsiooniperioodil tekkinud M. Botkini võib olla saadud ka konservvere ülekandest (nn. seerumhepatiit).

Diagnoos püstitatakse komplekselt: kliiniline pilt ja spetsiaalsed biokeemilised uuringud (vere fermentide ja aldolaasi aktiivsus, transaminaas, sublimaadiproov, bilirubiin veres, sapipigmendid ja -happed uriinis jt.). Rasedust ei katkestada. Arvatakse, et raseduse katkestamine esimestel raseduskuudel on näidustatud, kui haiguse kulgu venitub. Kui muude näidustuste tõttu on rasedust vaja katkestada, siis ainult rekonvalentsentsiperioodil.

30 %-l naistest, kellel M. Botkini on varem läbi põetud, täheldatakse raseduse ajal korduvat ikterust (rasedustoksikoos).

Hospitaliseeritakse nakkushaiglasse. Ravi: dieet, vitamiinid C, K, B₁₂, hormoonid (kortisoon, prednisoloon), glüköos, i/v kuivplasma jne.

3. Punetised (Rubeola) ja rasedus

Kõige rohkem kannatab üsasiseselt loode: haigestunuil 10 ja kontaktseil 2 korda rohkem kui muidu. Kahjustused äärmiselt mitmesugused, kergematest kuni eluks sobimatuseni (pimedus kaasasündinud katarraktist, südamerikked, kurttumus, kuulmisaparaadi kahjustus, mikrotsefaalia, kääbuskasv, psüühiline arenematus, hammaste arengu anomaaliad, mikroftalmia jt.).

Kõrgenenud on spontaanne enneaegsus, perinataalne suremus. Spetsiifilist ravi pole. Ravi on sümptomaatiline.

4. Epidemiline parotiit (Parotitis epidemica) ja rasedus

Sagenenud on spontaansed abordid. Rohkelt on lootel arenguanomaaliaid, silmakahjustust (koorionretiniit). Surnultsündivus on suurenenud. Loode ise ei haigestu üsasiseselt.

5. Lastehalvatustõbi (Polyomyelitia) ja rasedus

Rasedad haigestuvad sagedamini, mis arvatavasti on seotud östrogeeniide kaitsetoime nõrgenemisega. Emade suremus on kõrgenenud. Enneaegsus on 7 - 24 % ja surnultsündivus - 35 - 46 %. Loote arenguanomaaliad.

Raseduse katkestamine pole soovitatav. Üksikutel juhtudel haigestub ka üsasisene loode.

Varem põetud haiguse korral kerkib muidugi seoses jääknäntudega üles küsimus sünnituse juhtimisest, mis otsustatakse individuaalselt.

B. BAKTERIAALNE INFEKTSIOON JA RASEDUS

1. Tuberkuloos ja rasedus

Tuberkuloos oli varem kõige sagedamini näidustuseks raseduse meditsiiniliseks katkestamiseks. Kaasajal seoses uute ravipreparaatide kasutuselevõtmisega (antibiootikumid, kemo-preparaadid, pneumotooraks, operatiivsed vahelesegamised) on need vaated oluliselt muutunud.

Rasedus kuulub katkestamisele ainult aktiivsete progresseeruvate ja lahtiste kopsutuberkuloosi vormide korral, kui ravi on väheperspektiivne või kui mingil põhjusel ei saada järjekindlalt teha. Katkestatakse ainult esimese 12. rasedusnädalani.

Pärast hilisaborte on tuberkuloosi ägenemine saagenud 2 - 3 korda, suremus on tõusnud 2 - 5 korda.

Raseduse säilitamisel teostatakse intensiivne kompleksne teraapia, vajaduse korral rase hospitaliseeritakse spetsiaalsesse osakonda.

Protsessi ägenemine on tavalisem raseduse esimestel kuudel ja vahetult peale sünnitust.

Sünnituse juhtimine oleneb haige konkreetsest seisundist ja situatsioonist. Sünnituse II periood kas lühendatakse või lülitatakse välja. Soovitatakse tange järgmistel juhtudel:

- protsessi laialdase leviku korral, mil kaasneb pulmonokardiaalne puudulikkus;
- kopsuverejooksude korral, verikõha puhul (vahetult enne sünnitust);
- spontaanse pneumotooraksi puhul "lähedases" anamneesis või kalduvuse korral sellele minevikus;
- torakoplastika, kopsu resektsiooni järgselt;
- tuberkuloosse meningiidi järgselt.

Kopsu resektsiooni järgselt on täheldatud spontaanse sünnituse soodsat kulgu. Sageli on hüpotoonilisi verejookse.

Lapsed on praktiliselt terved. Nakatada võivad peale sünnitust. On kirjeldatud ka intrauteriinset loodete lakatu-

mist kas transplatsentaarselt (hematogeenselt) või lootevete aspiratsioonil.

Genitaaltuberkuloos on raseduse katkestamise absoluutseks vastunäidustuseks. Nende lapsi ei vaksineerita sünnitustamajas, vaid vastavalt kehtivatele korraldustele teatud aja möödudes hiljem. Loomuliku toitmise küsimuse otsustab ftisiaater.

2. Süüfilis ja rasedus

Oluline on süüfilise varane diagnoosimine raseduse ajal. Anamneesis on süüfilise suhtes kahtlased hilisabordid, enneaegsed sünnitused, surnultsündivus, eriti matse-reerunud lootega Missed abortion; päramiste suur kaal lapse suhtes (1 : 4). 20 - 30 %-l lastest esineb kaasasündinud süüfilis.

Kõiki lapsi (surnuid, elusaid) on vaja uurida (kui on kahtlus süüfilisele) röntgenoloogiliselt, mil ilmnevad osteokondriit ja periostiit. Uurida on vaja ka platsentat ja vastasündinuil silmapõhja (koorionretiniit).

Seroloogiliselt uuritakse retroplatsentaarset ja nabaväädi verd. Arvatakse, et sünnitus aktiveerib positiivseid seroloogilisi reaktsioone latentse süüfilise haigil.

Igat rasedat uuritakse raseduse ajal seroloogiliselt 2 korda (I ja II poolel).

Antisüfiliitilisele ravile allutatakse mitte ainult rasedad kindlakstehtud süüfilisega, vaid ka latentse süüfilise kahtlased negatiivse seroloogilise reaktsiooniga. Allutatakse ravile ka need rasedad, kelle lastel on kaasasündinud süüfilis (emal puuduvad igasugused tunnused); samuti rasedad, kelle mehed põdesid või põevad süüfilist, ja seda iga raseduse ajal uuesti.

Ravi määratakse konsulteerides veneroloogiga, arvestades ühe või teise vanendi kasutamise vastunäidustusi (penitsilliin, hõbe, vismut). Vajadusel jätkatakse ravi ka peale sünnitust (emal ja lapsel). Ema võib toita last rinnaga.

Õige ravi puhul sünnivad lapsed tervetena.

3. Gonorröa ja rasedus

Sageli esineb enneaegsust. Akuutsele gonorröale on küllaltki iseloomulikud varasabordid. Kuna sageli tekib liiteline protsess, siis tuhud on valulikumad. Esineb ka emakavälist rasedust.

Pärast sünnitust gonorröa progresseerub. Astsendeeruvad infektsiooni esineb sünnitusjärgselt (11 - 12 %), aga ka raseduse 1. - 4. kuul, mil lootemuna täielikult ei täida emakaõõnt. Sünnitusjärgselt sageli subinvolutsioon, samuti pikka aega kestvad verismädased lohhiad.

Kliiniliselt on sümptomid selged, eriti alumise gonorröa korral: vulviit, kolpiit, endotservitsiit, rohke voolus, kondüloomid välisgenitaalidel ja tupes. Rasedusaegne hüperemeemia soodustab gonorroilise infektsiooni metastaseerumist (artriidid).

Rasedus, sünnitus ja abort võivad provotseerida latentse infektsiooni aktiveerumist.

Vulviidi ja kolpiidi korral nakatub laps sünnitusteid läbides (silmad, tupp, pärak).

Komplementi sidumisreaktsioon võib rasedatel olla positiivne ka ilma gonorröata.

Lokaalsete manipulatsioonidega emakakaelal olla ettevaatlik!

Uurida voolust gonorröa suhtes, ka Bartholini näärmete sekreeti ja preparaati pärasoolest.

Lubatud on rasedail nõrgad provokatsioonimetodid; külv gonorröale.

Ravi antibiootikumidega.

4. Kõhutüüfus ja rasedus

Typhus abdominalis'e korral on raseduse enneaegse katkemise protsent kõrge (kuni 80 %), kusjuures enamasti katkeb rasedus haiguse 2. - 3. nädalal. Põhjuseks on ühtede arvates loote bakteeremia, teiste arvates infitseerumisest tingitud tunduva osa platsenta väljalülitumine. Sünnituse kulg

pole nimetamisväärselt muutunud. Haiguse enda kulg on raseduse tõttu raskem. Typhus abdominalis'e diagnostika on raseduse ajal raskendatud, kuna roseoolid ilmuvad hilja ja puuduvad valge vere karakterised muutused. Spetsiifilist haiguse toimet vastsündinule pole täheldatud. Sagenenud on sünnitusjärgsed verejooksud, samuti peale aborti ja sünnitust komplikatsioonidena suguelundite põletikud.

5. Taastuv tüüfus ja rasedus

Typhus recurrens põhjustab raseduse enneaegset katkemist juba esimese külmavärina ajal. Surnultsündivuse protsent ja varane vastsündinute suremus on kõrged. Spirohheete, mis on läbinud platsentaarse barjääri, leitakse sageli vastsündinute veres. Päraste perioodis ja varapuerpeeriumis esinevad verejooksud. Sünnitusjärgsete haiguste protsent on samuti suur. Emade suremus on tõusnud.

Ebaselge kõrgenenud temperatuuri korral rasedal on vaja uurida verd Widali, Veil-Feliksi reaktsiooniks ja otsida Obermeieri spirohheete.

6. Düsenteeris ja rasedus

Fõhihaigus (Dysentëria) võib kulgeda akuutselt või krooniliselt. Iseloomulik on raseduse enneaegne katkemine (37,2 %): haigus stimuleerib emaka kontraktiilsust, mis soodustabki spontaanset aborti ja lühendab sünnitust. Selle põhjuseks loetakse kas düsenteeriatoksiini toimet või atsetüülkoliini suurenenud moodustumist seoses soole peristaltika kiirenemisega.

Komplikatsioonidena esinevad verejooksud päraste perioodis ja varapuerpeeriumis. Emade suremus ja laste surnultsündivus on tõusnud. Kirjelõatud on vastsündinute haigestumist düsenteeriasse esimestel elupäevadel. Arvatakse, et nakatumine toimub sünnituse ajal või hiljem emalt.

C. LIHTSAMATEST MIKROORGANISMIDEST JA LOOMADEL
ESINEVATEST PARASIITIDEST PÕHJUSTATUD
HAIGUSED JA RASEDUS

1. Toksoplasmoos (Toxoplasmosis) ja rasedus

Toksoplasmoosne infektsioon on üheks sagedasemaks loote üsasisesse haigestumise, arengupatoloogia, laste enneaegsuse, surnultsündivuse ja varase suremuse põhjuseks. Haigust põhjustab protosoade grupist toksoplasma.

Inimene haigestub üsasiseselt või nakatub haigetest loomadest. Otsest infektsiooni edasiandmist inimeselt inimesele ei toimu. Inimese nakkusallikaiks on enamasti koerad. Parasiidid on bronhiaalses ja ninalimas, uriinis ja fekaalmassis. Nakatumine toimub hingamisteede, suu, laugude või tupe limaskestast kaudu, aga ka nakatunud lihasaaduste, piima ja teiste toiduainete kaudu. Parasiidid tungivad organismi vigastunud naha, aga ka tervete limaskestade kaudu, eriti nina-neelu ja mandlite kaudu. Infektsiooni võivad üle kanda verdimevad putukad. Märkimisväärne on fakt, et doonorite veres komplemendi sidumisreaktsioon vastava antigeeniga on 10,3 %-l olnud positiivne.

Toksoplasma tungib aktiivsete liigutustega raku sisse, kus paljuneb protoplasmas. Mõnikord esineb ta kogumikena - pseudotsüstidena. Sissetungikohast levivad toksoplasmaid vere kaudu kõigisse organeisse. Eriline tropism on neil retikuloendoteliaalsete ja närvisüsteemirakkude suhtes, kus peamiselt moodustuvadki pseudotsüstid.

Raseduse ajal on üsasisesene loode toksoplasmoosile eriti vastuvõtlik. Nakatumine toimub transplatsentaarselt.

Flammi arvates naine, kes on sünnitanud toksoplasmoosist kanjustunud lapse, ei pea järgnevate raseduste ajal kartma selle kordumist, kuna toksoplasmaide tsirkulatsioon ema veres on lühiajaline ja tekib püsiv immunitet. Kuid kliinilises praktikas ei pea see seisukoht alati paika.

Loote kanjustusi on mitmesuguseid. Suurimad muutused on

kaasasündinud toksoplasmoosi korral kesknärvisüsteemis ja nägemisorganeis. Iseloomulik on triaad:

- 1) krooniline nekrotiseeruv (petrifikaatidega) meningoentsefaliit;
- 2) seesmine hüdrotsefaalia ja
- 3) koorionretiniit.

Lastel võib esineda anentsefaalia, mongolism, silmade arengu häired, uveliit, kaasasündinud glaukoom, keratiit, pahaloomuline lühinägelikkus, makuliit, jänesemokk, hundikurk, Downi haigus, entsefalomüeliit, mikro- ja anoftalmia jt. Toksoplasmoos mõnikord stimuleerib hemolüütilist haigust. Sagedased on antenataalne loote surm, enneaegsus, täheldati Mola hydatidosa't.

Sagenenud on hüpotoonilised verejooksud sünnituse III ja IV perioodis.

Enamik autoreid arvab, et loote nakatumine toimub raseduse keskel ja lõpul, kuid kaasasündinud anomaaliatega järge võib arvata, et nakatumine toimub ka kolmel esimesel raseduskuul (organogeneesi perioodil). Peab märkima, et laps võib sündida väliselt tervena ja alles mõne nädala pärast tekivad haigussümptomid. On tähelepanekuid, et toksoplasmoos etendab mõningast osa teatud psüühiliste häirete, vaimse ja füüsilise alaarengu, kurtuse, krampide, pareeside, kõhulahtisuse, epilepsia, tromboflebitide, oblitereeriva trombangiidi etioloogias.

Toksoplasmoosi diagnostika on raske ja põhineb mitmetel andmetel (kliinilised, laboratoorsed, anamnestilised ja epidemioloogilised). Akušööriline anamnees on sageli koormatud (surnultsündivus, habituaalne katkemine, väärarendused, mitmesugused loote patoloogiad). Emal ei pruugi olla mingeid haigusnähte. Omandatud toksoplasmoosi korral algab haigus enamasti akuutselt, kõrge temperatuuriga; mõnikord kaasnevad teadvushäired, krampid, iseloomulikud muutused silmapõhjas (koorionretiniit). Kroonilise haiguse korral on sagedased ägenemised ja remissioonid. Kliiniliselt esinevad mõnikord gripitaolised seisundid, mida ei hinnata õigesti. Võivad esineda subfebrilsus, vererõhu langus, pea-

valu, väsimus, valud maksa piirkonnas, maks suurenenud ja valulik, veres leukopeenia, eosinofiilia, suhteline lümfotsütoos ja monotsütoos. Mõnikord prevaleerivad soolepõletiku tunnused. Organismi nõrgendavad faktorid (halb toitumine, füüsiline ülekoormus jt.) soodustavad loote nakatumist.

Laialt on levinud diagnostiline nahasisene allergiline proov toksoplasmiiniga. Kuid sellel on orienteeriv tähendus, mis näitab vaid sensibiliseerumist vastavalt antigeenile. Praktiliselt inimene võib olla terve, kuid sensibiliseerumine püsib aastaid.

Väärrib tähelepanu ka Sebini-Feldmanni reaktsioon, mis põhineb sellel, et elusad toksoplasmad haige vereseerumi spetsiifiliste antikehade toimel metüleensinisega ei värvu. Reaktsioon on spetsiifiline ja tõepäraselt positiivne lahjendustes mitte vähem kui 1 : 64.

Diagnostilise väärtusega on ka komplemendi sidumisreaktsioon, kui ta annab sademe antikehade tiitriga 1 : 10 ja rohkem, või kui jääb positiivseks korduvatel uuringutel, eriti antikehade tiitri kasvades. A. P. Jegorova arvates saab nimetatud reaktsiooni positiivsust hinnata siis, kui paralleelselt on positiivne reaktsioon ka teiste antigeenidega, eriti listerioosiga.

Vähem tähtis on toksoplasmade esinemine surnultsündinute või surnud laste organeis, platsentas või preparaatides ajuvedelikust, põrnapunktaadist, biopseeritud lümfisõlmedest ja lihastest, siseelundite puutepreparaatides. On tähelepanekuid, et haiguse kroonilises staadiumis on parasitte kudedes, aga ägedas ja alaägedas staadiumis - organismi vedelikes. Toksoplasmade väljakasvatamine toimub valgete hiirte kõhuõõnesisesel nakatamisel verega, haige aju- või seljaajuvedelikuga, siseelundite kudede emulsiooniga.

Kantluse korral soovitatakse uurida ka lootevett, samuti loote peast (lõgeme kaudu) saadud punktaate ja ema seljaajuvedelikku. Positiivsuse protsent on küllaltki kõrge.

Kaasasündinud toksoplasmoosi korral võib ajus röntgenoloogiliselt leida kaltsifikaate, koljuluude seesmise ki-

hi paksenemist, rohkelt sõrmeotsataolisi sissevajutusi. Vä-
lise hüdroitsefaalia korral on kolju suurenenud, alus on vä-
henenud, laiunenud on veenid ja lõgemed. Mikrotsefaalia kor-
ral on luud paksenenud. Patoloogilis-anatoomiliselt on ise-
loomulikud nekroosikolded ja pehmumised ajukoores, mitmesu-
guse suuruse ja kujuga kaltsifikaadid. Mõnikord esinevad
granuloomid ependüümis ja ajuvatsakeste seintes. Histoloo-
giliselt võib mõnikord leida nii rakusiseid kui -väliseid
toksoplasmasid. Akuutse toksoplasmoosi korral on maks suu-
renenud, löikepind marmorjas ja esinevad väikesed valkjad
nekroosialad. Põrn on harva suurenenud, olgugi et selles
võib samuti leida nekroosikoldeid.

Arvatakse, et esineb loomulik ja omandatud immunitet
toksoplasmoosile.

Raviks kasutatakse kloridiini (darapriimi analoog) ja
sulfaniilamiide, kontrollides verd, uriini ja maksafunktsi-
ooni. Soovitatakse ka antibiootikume, peamiselt auromutsi-
ini. Õigustanud on end järgmine raviskeem rasedatel: klori-
diin 0,025 üh. 2 korda päevas 5 päeva ja samaaegselt sul-
fadimesiin 0,5 üh. 3 - 4 korda päevas 7 päeva. Peale 10-päe-
vast vaheaega ravi korratakse. Selliseid ravikuure teosta-
takse raseduse ajal kuni kolm (kui ravi alustati raseduse
esimestel nädalatel).

Emasid, kes on sünnitanud toksoplasmoosihaikeid lapsi,
ravitakse ainult siis, kui ilmnevad naigustunnused.

Kirjanduse andmed toksoplasmoosi põdevate rasedate esi-
nemissageduse kohta on erinevad: 3,5 - 27 %; kesknärvisüs-
teemi väärarengutega laste korral 50 %.

2. Trihomonoos ja rasedus

Tekitajaks on *Trichomonas vaginalis* (*Trichomonas in-*
testinalis ja *buccalis* pole sugusfääri jaoks patogeensed).
Naiste nakatumine on kõrge - 3,6 - 9,1 %. Rasedatel esi-
neb sagedamini kui mitterasedail, kusjuures esmasrasedail
on nakkust tunduvalt vähem. Huvitav on tõsiasi, et rasedaist
1/3 on ainult nakkuspisikute kandjaks.

Haigestumine avaldub rasedail enamasti trihhomonaadse vulviidina ja endotservitsiidina. Sageli tekivad sellel foonil kondülomatoosid ja bartoliniidid. Sagedamini tekib trihhomonaalne vulvovaginiit, mille sümptomeiks on valgetevoolus (vahune, lõhnaga, mitmesuguse värvusega), sügelus, kõrvetustunne, valulikkus ning naha ärritusseisund vulval ja naabruses. Limanahad on hüpereemilised, rasketel juhtudel - mädased katud ja haavandid. Mõnikord tekib Erosio colli uteri. Sagedased on düsuurilised vaevused.

A. Sapozkova annab järgmise rasedate vulviitide ja kolpiitide klassifikatsiooni olenevalt haiguse kliinilisest pildist:

Vulvita trichomonalis - lihtne, haavandiline, pseudodifteeriline;

Colpitis trichomonalis - lihtne, granuloosne, laiguline, hemorraagiline, põieline, pseudodifteeriline ja haavandiline.

Täheldatud on infektsiooni astsendeerumist. On leitud trihhomonaade lootes tubaarse raseduse korral.

Sageli tekivad iseeneslikud abordid, eriti raseduse esimestel kuudel. Trihhomonaade on leitud lootevees (terviklikkuse korral), kui haigel esines neid ka tupes. Sünnitusjärgse patoloogia kohta seoses trihhomonaadse infektsiooniga (adneksiidid, endometriit, ilma lokaliseerimisega palavik ja isegi pelveoperitoniit) on kirjandust küllaldaselt.

Sageli võib kaasneda kuseteede trichomonooos (uretriit, tsüstiit, põeliit), samuti pärasoole infitseerumine (proktiit).

Seoses sellega, et trichomonaad võib tungida läbi lootekestade, on võimalik loote otsene nakatumine. Nakatumine on võimalik ka suguteesid läbides. Vastsündinuil leitakse trihhomonaade pärasoolest (esimestel elupäevadel; tingitud lootevete allaneelamisest).

Diagnostika pole raske (natiivpreparaadis rippuv tilk, värvitud preparaat ja kulturaalne meetod, faaskontrastne mikroskoopia).

Ravi nõuab erilist ettevaatlikkust enneaegsuse välti-

miseks ja mõningate ravimite ebasoodsa mõju tõttu lootele. Vältida tuleb arseeni sisaldavaid preparaate (orarsool). Kolpiidi raviks soovitatakse furatsilliinivanne (1 : 5000) järgneva tupe kuivatamisega - instillatsioon 30-% albutsiidiga. Kasutatakse ka 1-% süntomütsiinemuulsiooni, tupeseinte ja emakakaela ettevaatlikku töötlemist 0,5-% kloramiinilahusega. Kasutatakse ka biolaktiini, fütontsiide jne. Välismaal kasutatakse ka metranidasooli per os.

Samaaegselt ravida ka teisi väljaselgitatud koldeid.

3. Kandidoos ja rasedus

Sellesse mõistesse ühendatakse mitmeid haigusi, mille tekitajaks on pärmseentetaolised seened Candida liigist. Kliinilised nähud on mitmesugused.

Sageli tekib kandidoos (mõnikord nimetatakse kandidomükoosiks) medikamentoosse haigusena mikrobiaalse superinfektsioonina mikroobidest, mis pole tundlikud kemopreparaatidele ja paljunevad organismis nende toimel. Sellisteks preparaatideks on eeskätt antibiootikumid, eriti laia toimespektriga (biomütsiin, levomütsetiin, terramütsiin jt.).

Vahel piirdub patoloogia vulva ja tupega (vulviit, vulvovaginiit). Sageli esineb naistel, kel on Diabetez mellitus, gonorröa ja Trichomoniasis. Mõnikord on seente kandjaks ka mehed. Kui on kaebusi valude, sügeluse, kõrvetustunde üle tupes, mõeldakse kandidoosile; sagedane mükokandlus. Latentset kandidoosi on kirjeldatud rasedail. Rasedus soodustab genitaalset kandidoosi arenemist. On kirjeldatud amioni ja lootevete kandidomükoose. Eksperimentaalselt on valgetel hiirtel võimalik nakkus hematogeenselt (Candida albicans).

Nõukogude Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudi uuringud näitasid, et levinud arvamus Candida kandvusest rasedail tervel tupe limaskestal ei ole õige. 79 %-l kolpiidihaikeist on mükoos positiivne. Seega tuleb rasedail seene esinemine ka ilma kliiniliste nähtudeta tupes lugeda patoloogiliseks protsess-

siks. Mükoloogiline aseptiliselt võetud uriini uuring col-pitis mycotica korral näitas, et 50 %-l juhtudest on tege-mist kandidouuriaga.

Raviks tupeloputused 2-% booraksglütseriinilahusega, 10-% soodalahusega, Lugoli lahusega, 0,1 - 0,25-% vasesul-faadilahusega. Per os nüstatini. Efektiivne on ravi levo-riiniga (gloobulitena). Samaaegselt kõrvaldada patoloogia, mis soodustab kandidoosi tekkimist. Komplikatsioonidest esi-neb sagedamini enneaegsust (13,5 %) ja liigveesust (10,4 %). Sageli subfebrilne temperatuur (näiliselt põhjusega 16 %), retsidiveeruv põeliit või krooniline põelonefriit (19,2 %) ja nahasügelus (24 %). Tõusnud on perinataalne suremus. Esi-mestel elupäevadel surnud vastsündinuil on seeni leitud kop-sudes; söögitoru- ja soolekandidoosilooteeve aspiratsioonist. Arvatakse, et nakatumine toimus üsasisesi, enamasti intra-nataalselt. Candida on koos stafülokokkide ja B. coli'ga sagedaseks intranataalse fõtopaatia põhjuseks. Infitseeruda võib ka platsenta.

4. Helmitoosid ja rasedus

Vaatamata sellele, et helmitoosid on elanikkonna seas laialt levinud, on nende osa raseduse ajal, eriti aga nende võimalikku mõju lootele vähe uuritud.

Üksikutest kirjandusartiklitest selgub, et helmitoo-sid võivad olla nii emade kui ka loodete mitmete komplikat-sioonide põhjuseks.

M.A. Petrovi-Maslakovi arvates seletub helmintide kah-julik toime rasedaile järgmiste asjaoludega: negatiivne mõ-ju kogu emaorganismile, patoloogilised muutused platsentas, mis põhjustavad loote intrauteriinset asfüksiat ja enneaeg-suse sagenemist.

On kirjeldatud Ascaris lumbricoides'e ebasoodsat mõju rasedusele. Kaebused olid samasugused nagu toksikoosihai-getel: peavalu, tursed, iiveldus, oksendus, pearinglus, hin-geldus jt. Õigeaegne ravi sankofeeni ja hapnikuga alandas enneaegsust ja verejookse sünnituse III ja IV perioodis.

On andmeid, et askariidide toksiinid antakse edasi rin-napiimaga, mis põhjustab lastel visa düspepsiat.

Ollakse seisukohal, et üsasisene loote kahjustus on võimalik igasuguste nügulistega (askariidid, ankilostoom, trihhiinid, enninokokk, taenia solium jt.). Nendel parasii-tidel on võime tungida ema verest platsenta ja nabaveeni kaudu loote organismi. Askariididel on võime tungida ise-gi naissuguelundesse: neid leiti emakalihases, Fallopi tuu-bades ja parametriumis.

M.A. Petrovi-Maslakovi andmeil on helmintoosi kergem välja selgitada rasedail kui mitterasedail, eriti suurema raseduse puhul: raseda organismi küllastatus hormoonidest ja ainevahetuse iseärasused stimuleerivad soolenügiliste paljunemist, mistõttu nad on kergemini avastatavad.

Eriti levinud on askariidide kandjad. Kuna helmintoose raseduse ajal on vähe uuritud, siis sageli välditakse hel-mintide väljutamist raseduse ajal, need soodustavad aga aneemia ja rasedustoksikooside (I ja II poolel) tekkimist.

Igal juhul tuleb helminidid väljutada. Askariidide väl-jutamiseks kasutatakse heptüülresortsini, sankofeeni ja hapnikravi, nende kombineerimist piperasiiniga jt.

Iga ravimeetod tuleb otsustada individuaalselt, arves-tades helmindi iseloomu, raseduse suurust, patsiendi ravi-mitetaluvust ja antihelmitsete preparaatide vastunäidustu-si.

III. NEERU- JA KUSETEEDE HAIGUSED JA RASEDUS

A. KROONILISED NEERUHAIGUSED

1. Krooniline glomerulonefriit

Enne rasedust kulgenud ja paranenud glomerulonefriit ei kahjusta rasedust, sest retsidiivi ei ole oodata. Aga ka latentselt kulgeva või väheaktiivse kroonilise glomerulo-

nefriidi korral ei esine ebasoodsat toimet ei haigusele ega raseduse kulule. Eeldused soodsaks kuluks on järgmised:

- normaalsed vererõhu väärtused,
- ainult vähene neerufunktsiooni puudulikkus (kreatiiniini-clearance üle 60 ml/min.),
- uriini erikaal ületab 1023,
- puuduvad ödeemid,
- kerge proteiinuuria (alla 5 g ööpäevas),
- kerge erythrocyturia,
- puuduvad muutused silmapõhjas.

Sellised kroonilise glomerulonefriidi vormid ei põhjusta ladestustoksikoosi, sest raseduse ajal nende puhul, nagu normaalne neerufunktsiooni korralgi, tõuseb glomerulaarne filtratsioon ja neerude läbivoolutus.

Glomerulonefriidi diagnoosiks on oluline erythrocyturia ja cylindruria prevaleerimine leukotsüütide üle. Alati võib kohata proteiinuuriat, mille suurus oleneb haiguse kulu iseärasusest (nefriit või nefroos).

Iga tugevam neerufunktsiooni puudulikkus või vererõhu tõus halvendab prognoosi ja toob kaasa ladestustoksikoosi ohu, kuigi seda kroonilise glomerulonefriidi korral vastandina püelonefriidile harva esineb.

Krooniline glomerulonefriit tugevama renaalse puudulikkusega halvendab tunduvalt raseduse prognoosi (laste surevus ca 50 %) ja nõuab interruptsiooni otsustamist. Ainult väga tungiva soovi korral last saada võib pideval kontrollil oodata kuni võimaliku sünnituse sissejuhatuseni, kui laps on eluvõimeliseks saanud. Kuna kroonilise glomerulonefriidi korral jääklämmastiku tõusu tõttu rasedus tekib suhteliselt harva, on need juhud erandiks.

2. Nefrootiline sündroom

Nefrootiline sündroom ilma vererõhu tõusuta, ilma olulise neerupuudulikkuseta, ilma tugevama hüpoproteineemiata ja düsproteineemiaga on hea prognoosiga.

Nefrootiline sündroom kroonilise glomerulonefriidi korral vererõhu tõusuga ja neerufunktsiooni vähenemisega, Lupus erythematos' e, diabeetilise nefropaatia ja amüloidneeru korral on tõsisem.

Prognoosiks on otsustav kõigi kroonilise glomerulonefriidi ja nefrootilise sündroomi vormide korral vererõhu tõus ja neerupuudulikkus. Seega kergete vormide korral võib rasedust kanda range kontrolli all. Raskete krooniliste glomerulonefriidi vormide korral tuleb põhimõtteliselt rasedus katkestada. Jääklämmastiku tõus, tugevam hüpertoonia (200/100mm ümbruses) ja retinitis angiospastica annavad lapsele ja emale halva prognoosi.

Kerged, prognostiliselt soodsad glomerulonefriidid ei vaja erilist ravi (dieet, füüsilise koormuse vähendamine, hooldumine külmetustest, kollete saneerimine, vajadusel antibiootiline ravi). Kerge ja mõõdukas proteiinuria (kuni 5 g päevas) ei vaja erilist ravi, välja arvatud valgurikas dieet (80 - 100 g valku päevas). Tugevama proteiinuria korral (üle 5 g päevas) on vaja (salureetilise ravi järgselt) katsetada prednisooni ja deksametasooni (8 - 10 päeva kuni 50 mg, siis vähendada iga 3 päevaga 5 mg haaval kuni püsidoosini 5 - 15 mg päevas olenevalt proteiinuriast). Lapse tõttu ei tohi doos ületada 50 mg päevas. Kui 2 - 3 nädalaga efekti ei teki, lõpetada ravi. Tugevama proteiinuria korral on soovitatav veinisisised plasmainfusioonid või humaanalbumiinipreparaadid üheaegselt salureetilise raviga.

3. Krooniline püelonefriit

Vastandina kroonilisele glomerulonefriidile on see juba enne rasedust preeksisteeriv krooniline püelonefriit kõige sagedam (6 - 10 %) rasedusaegne renaalne tüsistus. Latentses sümptomivaeses kulu tõttu jääb ta enamasti kliiniliselt diagnoosimata ja avastatakse alles uriini uurimisel raseduse ajal, kuigi võib olla kestnud aastaid. Rasedusest tingitud kuseteede dilatatsioon, sageli seotud paisuga, soodustab sellise preeksistentse bakteriaalse põletiku eksatserbatsi-

ooni. Kroonilise põelonefriidi akuutseid atakke traktee-
takse sageli ebaõigesti nn. akuutse raseduspõeliidina. Pii-
ritlemine on siin raske, kui ei ole viitavaid anamnestilisi
ja objektiivseid andmeid.

Krooniline põelonefriit ei oma kliinilist tähendust mit-
te ainult eksatserbatsioonide, vaid ka ladestustoksikooside
tõttu. Mõned autorid nägid 50 % gestoose esinevat preeksis-
teeriva kroonilise põelonefriidi taustal, kuid kroonilise
glomerulonefriidi korral ainult üksikjuhtudel. Ladestustok-
sikooside lisandumine algab vara, umbes V raseduskuust ala-
tes. Kroonilise põelonefriidi võimalikult varane avastamine
on oluline selleks, et vastava raviga saavutada paranemine
või vähemalt protsessi seisata, et niiviisi ennetada ja väl-
tida ladestustoksikoosi ja enneaegsust.

Diagnoos kroonilise põelonefriidi korral ei ole alati
lihtne. Anamnees ja subjektiivsed sümptomid on sageli eba-
määrased: seljavalud, vahetevahel temperatuuri tõusud, va-
lud ja "põletus" miktsioonil. Diagnoosimiseks on vaja peale
toksikoosidele omaste uuringute (vererõhk, kaalukontroll,
nägemishäirete ja peavalude registreerimine, jääklämmastik,
bilirubiin jne.) erilist tähelepanu pöörata neerudiagnosti-
kale, nagu kreatiniini-clearance (alla 80 ml/min.) ja
kvantitatiivne uriinisade Addise-Kavovski järgi, Sternhei-
meri-Malbini rakkude otsimine (vitaalne värvimine safrani-
niga ja kristallvioletiga), bakterioloogiline uriinisademe
uurimine koos mikroobide antibiogrammiga mikroobide resis-
tentsuse määramiseks.

Kroonilise põelonefriidiga rasedate uriinis ei tarvit-
se kuigi suuri patoloogilisi muutusi esineda: väheldane või
mõõdukas leukotsüütide rohkenemine, mis sageli alles kvanti-
tatiivses sademes nähtavale ilmub (väärtused üle 4 miljoni),
ja väike proteiinuuria on tähtsamad tunnused. Umbes 50 %-l
võib sedastada Sternheimeri-Malbini rakke, mida harjumusel ka
ilma värvimata natiivpreparaadis võib näha.

Edasi leidub uriinis ronkelt baktereid, kusjuures üle
100 000 mikroobi 1 ml uriinis näitab olulist bakteriuriat,
kuna madalamaid väärtusi ei peeta patoloogiliseks. Mikroo-

bide arvu (üle 100 000 mikroobi) määramist teostatakse peale kultuurlugemi meetodi ka kaudselt biokeemiliselt, kasutades nitrit-testi (Griessi järgi) või TTC (trifenüül-tetra-sol-kloriid)-testi. Sagedasim tekitaja on *Escherichia coli*, enterokokid, stafülokokid ja segafloora. Samuti on nõutav kvantitatiivne valgu määramine, soovitatav 24 tunni uriinis, erikaal ja kontsentratsioonikats.

Röntgenoloogilised muutused neerukarikate süsteemis asümmeetriate ja karikate "tõmbistumisena" on sagedased, kuigi nende hindamisel on raske otsustada, kuivõrd need on tingitud võimalikust rasedusaegsest atoniast. Kuna röntgen-diagnostika raseduse ajal on vastunäidustatud, siis tuleks seda teha 3 - 6 kuud pärast sünnitust.

Tavalistele kroonilise põelonefriidi sümptomitele (sademete leid, kerge proteiinuuria, bakteriuuria) kaasnevad aine (kreatiniini-clearance alla 80 ml/min, maksimaalne erikaal alla 1026). Kreatiniini-clearance'i suuremale langusele (25 ml/min) kaasub jääklämmastiku kõrgeenemine. Järgmine sagedaim tüsistus on hüpertoonia. Triaadi (proteiinuuria, ödeemid, hüpertoonia) progressioon viitab ladestustoksikoosi ohule.

Ravi kroonilise põeliidi korral tuleb raseduse ajal alustada võimalikult vara. Raviks on kõige kohasem krooniline intermitteeriv kemoterapia, mille vältel jooksvalt toimub uriini bakterioloogiline kontroll ja mikroobide resistentsuse uuringud. Tähtsamad kõne alla tulevad preparaadid on:

1) levomitsetiin (*Levomycesinum*, sünonüüm *Chloramphenicolium*);

2) tetratsükliinid ja oksütetratsükliinid;

3) sulfoonamiidid, eriti depootoimelised (*Sulfapyridazinum*, sünonüüm *Sulfamethoxy-pyridazinum*);

4) furadoniinderivaadid (*Furadoninum*, sünonüüm *Nitrofurantoinum*);

5) nalidiksi(in)hape (*Acidum nalidixicum*), sünonüümid *Nevigramon* (Ungari) ja *Negram* (Jugoslaavia);

6) 5-nitro-8-oksükiniin-ühendid (5-NOK, Jugoslaavia).

Raseduse ajal on kroonilise püelonefriidi raviks sobiv Levomycetin 2 g päevas, kuurina 20 - 25 g, millist piiri ei tohi ületada hematotoksilise kõrvaltoime tõttu. Toksilise toime puudumise tõttu on eriti kohane Ampicillin 2 - 4 g päevas 8 - 10 päeva jooksul. Carbenzillin (4 g päevas 8 - 10 päeva) omab toimet ka Pseudomonas aeruginosa'le ja Proteus'e liikidele, mis teiste antibiootikumide suhtes on sageli resistentsed.

Üldiselt tuleb raviks kasutada järgmist skeemi: ravi alustatakse 10-päevase antibiootikumide kuuriga, millele pärast nädalast pausi järgnevad pikaaegsed ravikuurid nitrofuranderivaatidega (4 - 5 nädalat, kuur 10 g) vahelduvalt depossulfoonamiididega (4 - 5 nädalat, kuur 10 - 15 g). Kuuride vaheaegadel (1 nädal) kontrollitakse uriini mikrobioloogiliselt ja resistentsuse suhtes. Kui I raviperioodi järel leidub uriinis mikroobe või need ilmuvad sinna hiljem, tuleb raviskeeme vastavalt korrata või muuta. Neerufunktsiooni puudulikkuse korral tuleb annuseid vähendada.

Asümptoomse bakteriuria korral, kui kõik muud püelonefriidi manifestsed sümptomid puuduvad, tuleb põhimõtteliselt samasugune ravi teostada.

Kui esineb mikroobide resistentsus antibiootikumide ja sulfoonamiidide suhtes, on saadud häid tulemusi kombinatsioonraviga (üheaegselt 2 või 3 preparaati). Mõned autorid soovivad ravi kohe alustada kaksikkombinatsiooniga, et vastu töötada mikroobide resistentsuse kujunemisele.

Kirjandusest nähtub, et püelonefriidi ravi kohta raseduse ajal on palju eriarvamusi, sest medikamentide fetotoksiliste omaduste tundmine on puudulik. Üldiselt ei ole nähtud kahjustusi vastsündinule ja imikule, välja arvatud rariiteetsed üksikjuhud. Sünnituse läheduses (8 - 10 päeva enne) või ähvardava enneaegsuse korral ei soovitata ettevaatusest manustada levomitsetiini ega sulfoonamiide. Tetratsükliini annuseid tuleb vähendada. Antibiootikumid sünnituseelselt võivad lapse hemopoetilist süsteemi kahjustada ja kardiovaskulaarset kollapsit tekitada, sulfoonamiidid tuumikterust (ilma bilirubineemiata). Tetratsükliinid võivad nambaid kah-

justada (kollane värvus). Antud põhjustel soovitatakse sünnituse eel hoiduda sulfamiididest ja antibiootikumidest kasutada poolsünteetilisi penitsilliine ja oksütetratsükliine. Ototoksilise toime tõttu on raseduse ajal ebasoovitavad Gentamycin, Kanamycin ja Streptomycin. Hoiduda tuleb ka Neomycin'ist ja Monomycin'ist, mis ototoksilise kõrval omavad veel nefrotoksilist toimet.

Näidustused raseduse katkestuseks on samad kui kroonilise glomerulonefriidi korral. Neerufunktsiooni halvenemine ja hüpertoonia nõuavad katkestust. Interrupatsioon on õigustatud ka siis, kui üks neer ei funktsioneerigi või on nefrektomeeritud ja teine näitab aktiivse kroonilise põelonefriidi tunnuseid. Näidustust võivad põhjustada ka ladestustoksikoosi kaasumine või kroonilise põelonefriidi kulu halvenemine eelmistel rasedustel.

Ladestustoksikoosi lisandumisel on ravi sama mis tõelise ("puhta") gestoosi korral. Vastandina "ehtsale" toksikoosile jäävad esialgsed haigusnähud (leucocyturia, bakteriuria, hypertonia ja neerude funktsionaalne insuffsient-sus) püsima ka pärast sünnitust, kui ei allunud ravile, ainult proteiinuuria ja hydrops taanduvad kiiresti. Kahtlustades diferentsiaaldiagnostiliselt ladestustoksikoosi, peab ambulantseid järeluuringuid teostama eriti järjekindlalt ja pikaajaliselt (uro-nefroloogiline dispanserimine) ja uue raseduse korral tuleb end varakult arvele võtta, et selgitada raseduse kandmise võimalikkus.

B. AEGEDAD NEERU- JA KUSETEEDE HAIGUSED

1. Akute glomerulonefriit

Akute glomerulonefriit on äärmiselt haruldane raseduse tüsistus. Ravi on sama nagu väljaspool rasedust: voodirežiim; penitsilliin streptokokiliste infektsioonide korral; keedusoola- ja valguvaene diät; vedeliku manustamine oleneb eliminatsioonist, muidu on oht kopsu- ja ajuõdemiks. Kuigi

suurem osa akuutseist glomerulonefriitidest paraneb, on olemas oht üleminekuks kroonilisse staadiumi või ladestustoksi-koosiks.

2. Akuutne püelonefriit (Pyelitis gravidarum)

Siin on tegu akuutse neeruvaagna- ja ureetripõletikuga, mis enamasti haarab kaasa ka neeruparenhüümi.

Etioloogia. Tekitajad võivad hematogeenselt jõuda neeru ning eliminatsioonil infitseerida neeruparenhüümi ja neeruvaagnat. Mikroobid võivad ülemisi kuseteid infitseerida "refluksiga" põiest või periuretraalsete lümfiteede kaudu. Samuti võib toimuda mikroobide läbiränne Colon ascenden'ist, sest on kindlaks tehtud otseste lümfiteede olemasolu Colon asvendens'i ja parema neeruvaagna vahel.

Soodustavaiks tegureiks on uriinipais ureetrite atooniast, dilatatsioonist ja kompressioonist raseda emaka poolt Linea terminalis'e kõrgusel, eriti paremal pool. Paremal ureetril sedastati dilatatsiooni 85 %, vasakul 75 %. Ureetrite dilatatsioon algab esimese trimestri lõpul ja saavutab maksimumi 8. raseduskuul, et siis aeglaselt taanduda. See on seletatav rasedusaegse hormonaalse ümberkõlastusega (gestageenide toime), millele allub ka soolestik, nii et raseduspüeliidil ja -obstipatsioonil on ühtne patogeneetiline taust. Mõned autorid eitavad hormonaalset geneesi, sest väljaspool rasedust progesteroon ei põhjusta antud nähtu. Ureetri dilatatsioonile võib lisanduda pikenemine, pöördumine ja ni-verdus.

Edasine disponeeriv tegur infektsioonile on rasedail esinev asümptoomne bakteriuria (5 - 10 %), mis ravimata põhjustab akuutset püelonefriiti (40 %). Akuutse püelonefriidi aluseks võivad olla ka kroonilised neeruhaigused (kroonilise püelonefriidi äge atakk), puudulikult ravitud kuseteede infektsioonid, ureetri striktuurid, kaasasündinud deformatsioonid, neerukivid ja neeruveresoonte anomaaliad. Puerperiumi esimestel päevadel kaasuvad veel häired põie tühjenda-

misel, mis võib olla infektsiooni soodustavaks momendiks, eriti sünnitustrauma korral.

80 - 90 % on tegu infektsiooniga *Escherichia coli* poolt; harvemad, aga ohtlikumad on enterokokid, stafülokokid ja streptokokid; veel ebasoodsamad on *Proteus vulgaris* ja *Bacterium pyocyaneum*, mis vajavad spetsiaalset ravi.

Esinemissagedus on 1 % alates 4. raseduskuust kuni varase puerperiumini. Esmasrasedad haigestuvad kõige sagedamini 6. - 3. kuul, korduvrasedad 9. kuul.

Sümptomatoloogia ja kliiniline kulg. Infektsioon võib esineda bilateraalselt, enamasti siiski ainult paremal pool. Kergeil juhtudel on temperatuuri tõusud mõõdukad, raskeil kõrge temperatuur vappkülmaga. Tüüpilised on ägedad koolikataolised valud, enamasti parema neeru piirkonnas (seljavaalud), mis kiirguvad piki ureetri käiku; iiveldus, oksendus, mõnikord ikterus, mis näitab maksa intoksikatsiooni; obstipatsioon ja pleuriitilised kaebused. Düsuuria ja pollakisuuria võivad algul puududa. Edasine kulg oleneb kusepaisust ja varasest ravist. Enamasti mõne päeva möödudes temperatuur langeb.

Diagnoos ja diferentsiaaldiagnoos. Täpseks uurimiseks on vajalik kateeteruriin, millest osa läheb bakteriaalseks ja resistentsuse uuringuks, osa sademeks. Kvantsadet ei ole võimalik teostada liiga massilise rakkude arvu tõttu. Sademes esineb bakteriuria ja pisut hiljem massiliselt leukotsüüte, kui uriini voolus haigelt poolelt ei ole takistatud. Erütrotsüüdid ja silindrid osutavad juba tüsistustele. Kui iga palavikuga haiguse puhul raseduse ajal esijoones akuutsele põelonefriidile peab mõtlema, on diferentsiaaldiagnostiliselt vaja välja lülitada apenditsiit oma halvema prognoosi tõttu, samuti koletsüstiit, parempoolne pleuriit, alasagara pneumoonia ja listerioos.

Ravi puhul maksavad põhimõtted, mis anti kroonilise põelonefriidi raviks (voodirežiim, kerge dieet, algul piiratud vedelikuhulk, soe-niisked kataplasmid neeru piirkonda, lamamine tervel küljel, võitlus obstipatsiooniga, ka klüsmidega). Soovitatakse ka ureetrite toniseerimist (näit. vit.

B₁ - 100 mg raseduse I poolel ja 60 mg II poolel). Autoinfektsiooniga võideldakse sulfoonamiidide abil: 2 - 3 g päevas 5 - 7 p. (sulfadiamesiin, urosulfaan); mõnikord ordineeritakse antibiootikume (süntomütsiini 2 g päevas või streptomütsiini 500 000 üh. päevas 3 - 5 p.). Kaasajal on esiplaanil moodne kemoteraapia, siin kasutatakse eriti Levomycetin'i (Chloramphenicol), Ampicillin'i, nitrofuraane ja moodsaid sulfoonamiide. Oodatava sünnituse läheduses on soovitatavad oksütetratsükliinid ja poolsünteetilised penitsilliinid. Tähtis on mikroobide tundlikkuse määramine. Doseering on 15 g levomütsetiini, 30 g Ampicillini või 4 - 7 g oksütetratsükliinipreparaate. Ravi võib jätkata uriini normaliseerumiseni nitrofuraanpreparaatidega kuni 10 g ja deposulfamiididega kuni 15 g. Tervistumiseks tuleb pidada, kui 2 teineteisele järgnevat uriini on normis nii bakteriaalselt kui sademe poolest. Kontrolluuringuks on eriti kohane kvantitatiivne sade. Ravi korral peab arvestama ka infektaneemiaga.

Hoolimata moodsast kemoteraapiast võib ka tänapäeval osutada vajalikuks kõrvaldada kusepaisu ureetri kateetriga, mis mõnikord tuleb püsima jätta 2 - 3 päevaks. Üldiselt on instrumentaalsed vahendid (ureetri püsikateterism, neeruvaagnaloputused) ja operatsioonid (nefroostoomia ja nefrektoomia, transreanaalne drenaaz) harvaks jäänud. Need on inditseeritud üksikutel tüsistatud juhtudel (kivineer, raske püelonefroos).

Raseduse katkestus või terminieelne sünnituslõpe tulevad arvesse ainult eluohtlike situatsioonide korral.

Profülaktika. Kuseteede infektsioonid kasvavad kateeteruuringutega. Kaasajal peetakse kateterismi üheks tähtsaimaks urcinfektsioonide põhjuseks raseduse ajal. Seepärast tuleb rutiinuurimisteks kasutada spontaanuriini keskmisi osi (nn. Mittelstrahl -uriin). Patoloogilise leiu korral tohib kasutada kateeteruriini.

Järeluuringud on näidanud, et naistest, kellel esines rasedusaegne püelonefriit, 23 %-l esines kindlaid ja 10 %-l kahtlasi põletiku tunnuseid. Seepärast on vaja jälgida sel-

liseid patsiente pidevalt dispanseerselt uronefroloogi poolt, kusjuures otstarbekas on soovitada paari-kolme aasta jooksul rasedust vältida.

3. Afebrilselt kulgevad kuseteede infektsioonid

Viimasel ajal kohtab sageli afebrilset kuseteede infektsiooni raseduse ajal. Juhtiv sümptom on siin ristlõuvalu, enamasti tuim valu (neeruvaagna venitusest), aga mõnikord ka koolikataoline. Püuuria võib esialgselt puududa, leukotsüüdid ilmuvad sageli alles korduval uuringul. Arvestades sümptomite vaegust, on see vorm raseduse ajal eriti ohtlik, kuna ei uurita (seljavalu peetakse sõltuvaks rasedusest) ega ravita. Lõpptulemuseks on püonefroos või püelonefriitiline kortsneer halva prognoosiga.

4. Rasedate asümptoomne bakteriuuria

Kaasajal on aktuaalseks muutunud sümptomivaba e. asümptoomne bakteriuuria rasedail. Bakteriuuria piirväärtuseks, millest kõrgemal püstitatakse antud diagnoos, on 100 000 mikroobi 1 ml uriinis. Rasedus, vähendades organismi resistentsust infektsioonidele, soodustab urogenitaaltrakti infektsioone. Need toimivad negatiivselt platsentale ja lootele (diaplatsentaarselt), mis võib soodustada varast või hilist raseduse katkemist, toksikoosi, surnultsündivust ja perinataalset suremust. Asümptoomset bakteriuuriat kohatakse 5 - 10 % füsioloogiliselt kulgeva raseduse korral, kusjuures bakteriuuria lakkab spontaanselt 30 %-l rasedaist; pärast ravi antibiootikumidega - veel 30 %-l; 40 %-l jääb püsima sünnitusjärgselt, võib ägeneda (manifesteeruda) ja minna üle krooniliseks püelonefriidiks. Seepärast on tingimata vajalik võimalikult varane asümptoomse bakteriuuria avastamine ja põhjalik profülaktiline ravi.

5. Rasedate tsüstiit (Cystitis gravidarum)

Raseduse ajal võtab põis osa vaagna elundite hüpereemiast, eriti põletikulisena võib seetõttu näida Trigonum'i piirkond. Hüpereemiast ja raseda emaka survest on tingitud ka pollakisuuria paljudel rasedail, mis võib olla isegi vararaseduse diagnostiliseks tunnuseks. Kui esinevad ka valud ja hägune uriin (püuuria), ei ole need nähud tingitud ainult rasedusest (eriti siis, kui miktsiooni lõpul kergendust ei ole ja järgnevad isegi tenesmid), vaid on tegu tsüstiidiga, mida rasedail esineb küllalt sageli. Seda soodustab põietoonuse langus ja jääkuriin, raseda emaka ja juhtiva osa surve. Infektsioon võib sisse sattuda destsendeeruvalt, astsendeeruvalt, aga eriti kateteriseerimisel. Mõnikord tõuseb temperatuur, võib aga ka puududa. Kõik nähud võivad olla välja kujunenud vahelduva tugevusega. Põie infektsioonid on tekkitud enamasti Bacterium Coli poolt, harvem stafülo- ja streptokokkidest. Rasedail on diagnoositud ka candida-tsüstiite.

Sagedamini kui raseduse ajal esineb tsüstiit puerpeeriumis, mida soodustavad traumad sünnituse ajal, eriti põiekaela piirkonnas, jääkuriin, põie spastiline sulgus, kaua kestvad sünnitused ja vaginaalsed operatsioonid. Ravi ühtib akuutse põelonefriidi raviga (kemoterapia spasmolüütilise lisandumisega). Tähtis on ka füüsiline rahu, kerge toit, reguleeritud iste. Visad tsüstiidid on kahtlased urotuberkuuloosile.

6. Rasedate hematuuria (Haematuria gravidarum)

Uliharva esineb raseduse ajal hematuuriat, mis ei ole tingitud põelonefriidist, urotuberkuloosist, tuumoreist, kividest, vaarikseist jne. Kui põhjust ei leita, on tegu nn. rasedate hematuuriaga (essentsiaalne hematuuria), mis on tõenäoliselt rasedustoksikooosi erivorm. Diagnoos on eriti kindel, kui hematuuria kordub järgnevate raseduste ajal. Ravi on konservatiivne ja sümptomaatiline. Kui verekesuse suuru-

se tõttu tekib eluohtlik seisund, on vaja rasedus eemaldada operatiivselt.

7. Nefrolitiaas (Nephrolithiasis)

Nefrolitiaas esineb rasedail küllalt sageli (1 : 300 - 800), sagedamini kui mitterasedail. Et rasedus soodustaks konkrementide moodustumist, ei ole tõestatud. Kaugelt üle 50 % naisi omas tüüpilisi kaebusi enne rasestumist, kuna primaarne konkremendi moodustumine raseduse ajal on haruldane.

Koolikad, hematuuria ja düsuuria on ka raseduse ajal olulised sümptomid urolitiaasi diagnoosiks. Esineb ka sümptomivaba kulgu.

Urolitiaasi tuleks raseduse ajal võimalikult vara diagnoosida. Kui tavaliste kliiniliste uuringutega (endoscopia, ureetrite kateteriseering) selgust ei saada, tuleb teostada eliminatsioon - urograafia ja instrumentaalne püelograafia.

Ravi oleneb konkremendi lokalisatsioonist ja suurusest. Väikesed neeru- ja ureetrikivid eemalduvad, kuna rasedusaegne kuseteede atoonia ja dilatatsioon soodustavad väljumist; suuremad kivid ei välju.

Kui koolikad esinevad harva, neerufunktsioon on vaevalt häiritud ja kuseinfektsioon laseb end ravida, tuleb operatsioon edasi lükata sünnitusjärgsele perioodile. Kui esinevad rasked ja sagedased koolikad, pidevalt kõrge temperatuur ja neerufunktsiooni langus hoolimata statsionaarsest ravist, tuleb kohe opereerida, olenemata raseduse ajast, kuna ema ja laps on ohustatud. Uroloog määrab operatsiooni käigu (olenevalt konkremendi asukohast, neerufunktsioonist ja raseduse suurusest). Põiekive võib raseduse ja sünnituse ajal kohata väga harva. Neid tuleb kõrvaldada litotrüpsiaga. Kui on takistuseks sünnitusel, osutub vajalikuks keisrilõige.

8. Äge neerupuudulikkus

Akuutne neerupuudulikkus (šokkneer, crush-neer, akuutne insufitsientsus, lower nephron nephrosis, akuutne tubulus-

nekroos) võib raseduse ajal tekkida šokist järgmistel põhjustel:

1) septilised abordid või septilised tüsistused sünnituse kestva vereringepuudulikkuse ja hüpotoonia korral;

2) toksiline toime krüminaalsete abortide korral, esijoones hemo- ja müolüüs;

3) rasked verekaotused sünnituse ajal või post partum (atoonia), enneaegne irdumine, emaka ruptuur, placenta praevia, hüübimishäired (hypo-afibrinogenaemia);

4) transfusioonireaktsioonid šokiga ja hemolüüsiga sobimatu vere manustamisel;

5) harva raskete preeklampsiate ja eklampsiate korral või preeksisteerivate neeruhaiguste taustal;

6) neerupealise cortex'i akuutse insufitsientsuse korral sünnituse ajal, kui eelnes neerupealise ravi steroididega raseduse ajal;

7) kõrgemate kuseteede oklusioon konkrementidega, tuumoreist, retroperitoneaalsest hematoomiast ja ureetrite kahjustusest.

Antud patoloogia aluseks on nekrootilised muutused neerukanalikestes neerude kortikaalkihis. Kliiniline pilt on iseloomustatud päevi kuni nädalaid kestnud oliguuriast (uriini hulk alla 400 ml/24 t.) ja anuuriast (uriini hulk alla 100 ml/24 t.) ning jääklämmastiku tõusust, mis viib ureemiani. Kontrollimata vedeliku ja elektrolüütide manustamisega lisanduvad veel ödeemid (esijoones kopsu- ja aju-ödeemid) ja häired elektrolüütide vahetuses. Jääklämmastik tõuseb oliganuurialistes seisundites päevas 30–60 mg%, kaasneb hüperkaleemia (eriti hemolüüsil ja kudede lagunemisel) mis võib põhjustada südameseiskust.

Ägeda neerupuudulikkuse aluseks on ainevahetuslikud häired neerude tubulaarses sfääris samaaegsete hemodünaamiliste häiretega neerukorteksi vähesest läbivoolutusest ja filtratsiooni peaaegu täielikust lakkamisest. Need muutused on paljudel juhtudel reversiiblid, kui õnnestub patsienti vastava raviga lasta üle elada neerupuudulikkuse periood. Suurt rolli antud patoloogias mängib ka maksapuudulikkus.

Kliiniline pilt on iseloomustatud diureesi langusest kuni anuuriani. Uriin muutub tumedaks (kohvitaoliseks) verpigmentide olemasolust, valgu hulk uriinis tõuseb (kuni 33 %), sageli esineb okse, mõnikord šokk, temperatuuri tõus, hüpertoonia, ödeemid võivad ka puududa. On välja kujunenud vee-elektrolüütide bilansi häire, kusjuures juhtivaks on hüperkaleemia (6 - 7 m/ek/l). Ka happe-leelise tasakaal on häiritud. Kiiresti kaasub azotaemia, kusjuures jääklämmastik kasvab 3 - 4 päevaga 100 mg% ja võib saavutada väga kõrgeid väärtusi (300 mg% ja rohkem). Seejuures muutub urea (kusiaine) erikaal, suurenedes 90 - 95 %-le jääklämmastikust (normaalselt 50 %). Kui jääklämmastik on saavutanud 200 mg%, algavad ureemianähud. Samal ajal kaasuvad rasked häired müokardi ainevahetuses kasvavast nüperkaleemiast. Haiguse käigus eristatakse 3 astet:

- 1) šoki- või ägeda intoksikatsiooni staadium;
- 2) oliguuriline-anuuriline staadium,
- 3) polüuuriline staadium.

Polüuurilises faasis on uriini hulk 3 - 4 liitrit päevas, põhjustades dehüdratatsiooni, jääklämmastiku ja kaaliumi vaeguse. Selles faasis esineb Na ja K kao tõttu seerumpeeglis nende tiitri langus. Pärast lämmastiku normaliseerumist hakkab diurees normaliseeruma ja mõnede nädalate või kuude vältel neerufunktsioon taastub täiesti.

Akuuts= neeruinsuffitsientsuse erivorm raseduse ajal on mõlemapoolne neerukorteksi nekroos, mis esineb tüsistusena toksikooside või platsenta enneaegse irde korral. Septiliste bakteriaalsete infektsioonide korral ravil antibiootikumidega võib esineda Sanarelli-Schwarzmanni fenomenile sarnane pilt, mille puhul on tegu intravasaaalsete trombidega peamiselt neeruveresoontes ja raskete häiretega hüübimissüsteemis.

Prognoos ägeda neerupuudulikkuse korral on sõltuv ühelt poolt põhihaigusest ja selle tüsistustest (sepsis, intoksikatsioonid kriminaalse abordi puhul, rasked anoksilised ajukanjustused kestvate hemorraagiliste šokkide korral jne.), teiselt poolt ägeda neerupuudulikkuse ravist.

Ravi ägeda neerupuudulikkuse korral teostatakse komplekselt. Ta seisneb üldhügieenilistes üritustes; rangelt on doseeritud ja kontrollitud vedeliku-elektrolüütide manustamine, dieto- ja oksügenoteraapia, vitamiinid, anaboolsed preparaadid, antibiootikumid, vereülekanDED jm. Kehakaal peab stabiilseks jääma. Tuleb hoiduda niihästi eksikoosist kui hüperhüdratatsioonist. Olig-anuurilises faasis ei tohi anda rohkem kui 500 ml vedelikku päevas. Kalcraaz tuleb katta süsivesikute ja rasvadega, tuleb hoiduda valkudega koormusest. Kui peroraalselt toita ei saa, siis teostada hüpertoonilisi glükoosi infusioone. Akuutse neeruinsufitsientsuse ravis kasutatakse sageli ekstrakorporaalsel hemodialüüsi kunstliku neeru abil.

Näidustused hemodialüüsika on progresseeruvad ureemilised sümptomid:

- 1) jääklämmastik üle 150 mg%;
- 2) hüperkaleemia 6,5 - 7 mm/ekv/l ja vastavad muutused EKG-s;
- 3) urea tõus 300 mg% piiresse;
- 4) kreatiniini väärtused 10 mg% piires;
- 5) atsidoos - standard-bikarbonaat - SB on alla 12 mm/ekv/l.

Kliinilised tunnused, mis osutavad hemodialüüsi vajadusele, on jätkuv oliguuria 6 ja rohkem päeva, intoksikatsiooninähd tsentraalnärvisüsteemi poolt, düspeptilised nähud, sooleparees, sügav atsidootiline hingamine, südame arütmia kaaliumi intoksikatsioonist. Tuleb arvestada, et hemodialüüs on raske maksapuudulikkuse korral vastunäidustatud.

Viimasel ajal soovitatakse välisautorite poolt allutada rasedad dialüüsile juba varem. Mitte ära oodata kõrgeid jääklämmastiku (kuni 200 mg%) väärtusi, vaid ravile suunata kunstneeru asutusse jääklämmastiku väärtustega alates 60 - 80 mg% 2 - 3 päeva kestnud anuuria korral, sest varasem (ka "profülaktiline") dialüüs annab soodsamat efekti kui hilisem.

Dialüüsiga saab olig-anuurilisi patsiente üle nädalate elus hoida ja sellega anda neeruparenhüümile aega regenerat-

siooniks, eeldusel, et põhihaiguse tüsistused ei oleks letaalsed. Brandiks on bilateraalne kortikaalne nekroos (plattsenta irde või toksikoosi järgselt), mille puhul diurees enam käiku ei lähe.

Akute insufitsientsuse korral, mis otseselt rasedustüsistustest ei olenenud, dialüüsitakse ja katsutakse rasedus säilitada. Rasedusest tingitud ägeda neerupuudulikkuse korral on indikatsioon kiireks sünnituseks, seepärast tuleb enne dialüüsiida ja siis soodsais tingimustes (jääklämmastik alla 100 mg%, elektrolüüdid ja vedelik tasakaalustatud olukorras, ödeemid ja kopsu-, ajuödeemi oht likvideeritud) pärast dialüüsi katkestada rasedus või juhatada sisse sünnitus.

Septiliste abortide korral emaka mittetäielikul tühjenemisel tuleb dialüüsi lõpul emakas tühjendada (kolde kõrvaldamiseks) või abrasiooni asemele ekstirpeerida.

Üleelatud akute neerupuudulikkuse korral ei ole mingit vastunäidustust edasisteks rasedusteks, kuna neerufunktsioon on täielikult normaliseerunud ja retsidiivi ei tule. Peab aga arvestama, et äge neeruinsufitsientsus võib anda soodumuse sekundaarsele infektsioonidele, mispärast naige vajab uroloogi järelkontrolli.

IV. MAKSAHAIGUSED JA RASEDUS

Ikterust kui maksahaigustele iseloomulikke sümptomeid võib raseduse ajal kohata suhteliselt sageli, kuid rasedustüsistused on haruldased ning emade letaalsus maksahaigustesse moodustab 2 - 3 % üldisest emade suremusest. On mitmeid katseid rasedusaegsete maksahaiguste liigitamiseks. Tuntumaid viimase aja kirjanduses on järgmine:

- 1) icterus in graviditate (rasedusest sõltumatult tekkinud ikterus);
- 2) icterus e graviditate (rasedusest tekkinud ikterus).

Kuna ikterus on sage, aga mitte obligatoorne maksahai-
guste tunnus ja esineb hemolüütiliste aneemiatega korral ka
ilma maksaafektsioonita, on mõne autori poolt peetud otstar-
bekamaks järgmist liigitust:

- 1) maksaafektsioonid rasedusest (pruritus grav. jt.);
- 2) maksaafektsioonid raseduse ajal (viirushepatiit jt.)
 - a) hepatotroopseist infektsioonidest,
 - b) mitteinfektsioossed primaarsed maksaparenhüümi
afektsioonid,
 - c) sekundaarsed maksaafektsioonid.

Praktikas valmistab suuri raskusi ikteruse diferentsi-
aaldiagnoos. Paljudel juhtudel annab kindla diagnoosi ainult
maksabiopsia.

1. Rasedate ikterus

(Icterus e graviditate ehk Icterus gravidarum)

Pruritus gravidarum. Pruritus on teatavasti maksa ja sa-
piteede haiguste tunnus. Kuna rasedusprurituse korral esineb
sageli seerumis bilirubiini ja rasvasisaldus kõrgeneb sama-
aegselt albumiinide langusega, on otsitud prurituse seost
maksafunktsiooni häirega. Ka kõrgenenud vaseväärtused pruri-
tuse korral osutavad häiritud maksafunktsioonile. Puerpee-
riumis antud nähud taanduvad.

Hyperemesis gravidarum'i korral esineb maksas rasvin-
filtratsiooni ja tsentrilobulaarseid nekroose. Mõnikord on
seerumis tõusnud bilirubiini ja fosfataasi väärtused. Vara-
toksikooside korral esineb rasedushepatoosi ainult 2 - 5 %.

Hilistoksikoosid (eklampsia). Vaskulaarsed häired tok-
sikooside põhjusena on ka maksakahjustuste tekitajateks ges-
tooside korral. Toksikooside puhul esinevat ikterust nime-
tatakse rasedushepatoosiks, leidub 10 - 15 %-l eklamptikuist.
Põhjused peituvad hüperkseemilises maksarakkude nekroosis.
Prognoos on tõsine (maksakooma). Üldiselt maksafunktsiooni
häired toksikooside korral ei ole kuigi sagedased (6 -

8 % preeklampsia ja 30 % eklampsia korral). Manifestsed jää-
nähud maksas pärast rasket eklampsiat on haruldased.

Hepatorenaalne sündroom on sekundaarne neerufunktsiooni häire primaarse maksakahjustuse korral või mõlema elundi samaaegne heigestumine. Maksaafektsiooniga toksikoosidele on nefropaatia tõsine tüsistus. Diagnoosi aluseks on seerumibilirubiini ja -kusiaine tõus. Sama pilt esineb, kui raskele ikteerilisele maksahaigusele (viirushepatiit) kaasneb uroinfektsioon. Püelonefriidi korral rasedatel mõnikord esinev ikterus on tõenäoliselt toksiliselt tingitud ja taandub neeruhaiguse taandumisel.

Akuutne rasvmaks raseduse ajal. Rasedusest tingitud akuutne rasvdegeneratsioon maksas on väga haruldane haigus, mis esineb enamasti viimasel 6 rasedusnädalal. Põhjus on teadmata. Akuutset maksa rasvväärastust rasedail on nimetatud ka akuutseks kollaseks düstroofiaks või atroofiaks, haiguseks, mis esineb ainult raseduse ajal. Haigus algab epigastriliste valudega ja tugeva oksendusega, millele järgneb kiiresti progresseeruv ikterus. Lisanduvad tugevad peavalud, hämarolek ja nahalimaskestade verdumised. Enamasti algab spontaanselt sünnitustegevus ja järgneb sünnitus. Sünnitusjärgselt seisund halveneb, kõrge palavik; mõne päeva jooksul saabub exitus letalis. Autopsial leidub väike kollane maks subkapsulaarsete verevalumitega. Patohistoloogiline pilt: rasvväärastus tsentraalseis sagarikuosades, nekroose ei leidu. Patoloogiliselt tuleb eristada seda rasedusaegset vormi väljaspool rasedust esinevast maksadüstroofiast, mida iseloomustavad vastandina nekroosid.

Akuutse rasvmaksa ravi on siiani jäänud asjatuks. Mõned soovitatavad kausaalse ravina võimalikult kiiret raseduse katkestamist, teised ei pea seda otstarbekaks.

Idiopaatiline rasedusikterus. Nimetatakse kirjanduses veel teiste nimedega: retsidiveeruv rasedusikterus, endogeenne rasedushepatotokseemia, rasedushepatosis, idiopaatiline rasedushepatopaatia, benigne rasedushepatiit, hilistoksikoos maksasündroomiga jt. Kuna ta esineb ainult raseduse ajal,

retsidiveerub järgnevate raseduste korral ning kuna puuduvad kindlad vere keemilised ja biopüsilised leiud, on kõige sobivam nimetus "idiopaatiline rasedusikterus".

Esinemisfrekvents on 0,07 - 1,0 %. Juhtiv sümptom on ikterus, mis võib esineda kõigis raseduse perioodides, enamasti viimasel trimestril. Esiplaanil on vahelduva tugevusega ikterus, kusjuures bilirubiini väärtused on harva üle 5 mg%. Esineb sügelemine, maks ja põrn on pisut suurenenud. Kalduvus enneaegsusele. Biokeemilistest näitajatest tüüpilisest, fermentid ja seerumiraud on normis, verepildis esinevad rasedusaegsed muutused. Broomsulfaleiinretentsioon on tunduvalt suurenenud. Kolesteriin, protrombiin ja prokonvertiin on seerumis tõusnud, vastupidi viirushepatiitidele. Maksabiopsia on kas normis või näitab intrahepaatilist kolostaasi ilma parenhüümi kahjustuseta.

Iseloomulik on kiire ikteruse kadu 1 - 3 nädalaga pärast sünnitust ilma jääknähtudeta ja kalduvus retsidiveeruda uute raseduste korral, kuna intervallis kõik proovid on normis. Korduv esinemine kergendab diagnoosi. On kirjeldatud juhtu 10 retsidiiviga raseduste ajal. Patogenees on siiani ebaselge. On arvamusi, et olulist osa etendab kõrge steroididesisaldus raseduse ajal. Prognoos emale on hea, lapsele kahtlane, kuna esineb enneaegsust, sarnaltsündivust ja perinataalset surevust esimestel päevadel.

Ravi on hepatiidi ravi. Raseduse katkestus ei ole näidustatud.

2. Rasedusaegne ikterus

(Ikterus in graviditate ehk ikterus intra graviditatem)

Viirushepatiit (hepatitis epidemica, Morbus Botkini) on tuntud ka infektsioosse ikteruse või ägeda parenhümatooosse hepatiidi nime all. Viirushepatiit on kõige sagedam ikteruse põhjus raseduse ajal. Esineb 0,02 - 0,1 %-l kõigist rasedast.

Tänapäeval ei ole veel lõplikult lahendatud raseduse toime viirushepatiitidele ja haiguse toime lootele. On esita-

tud väiteid, et rasedus halvendab hepatiiti ja soodustab ägeda vormi üleminekut kroonilisse staadiumi.

Eristatakse 2 viirushepatiidi vormi: 1) enteraalset või kontaktiga levitatud hepatitis infectiosa (inkubatsiooniaeg 14 - 60 päeva) ja 2) inokulatsiooniga ülekantud serumhepatiit (inkubatsiooniaeg 1 - 8 kuud). Viimane on väga ohtlik ja sageli saadud raseduse ajal, sünnitusel ja sünnitusjärgsel perioodil parenteraalsel teel (vere-, plasmaülekanded, mitteküllaldaselt steriilsete instrumentide kasutamine). Kui esimene vorm esineb kõige sagedamini sügistalvel, siis teisel puuduvad need seaduspärasused.

Kliinilises pildis on mõlemal vormil preikteeriline, ikteeriline ja postikteeriline faas. Viirushepatiidi korral tekib ikterus kiiresti. Haigus algab 2 - 3 päeva kestva preeksisteeriva faasiga (isutus, subfebrilised temperatuurid, enteraalised häired, artriitilised nähud jm.). Maks on enamasti suurenenud ja põrn mõnikord palpeeritav. Vahel esinevad ka ödeemid. Ikteeriline staadium on tingitud bilirubiini tõusust üle 5 mg%. Pruritus on sagedam kui mitterasedal. Tümcooltest on enamasti positiivne, transaminaasid (SGPT kõrgem kui SGOT), ka aldolaas ja fosfataas tõusnud, samuti vereraud kõrgenenud. Düsproteineemia on hilisem ega tähenda seda mis väljaspool rasedust. Verepildis esineb lümfomotsütoos, mõõdukas vasakulenihe ja eosinofiilid madala leukotsüütide üldarvu kõrval. Vaevalt kõrgenenud SR ja bradükardia räägivad viirushepatiidi kasuks.

Diagnoosida tuleb kliiniliste ja spetsiaalsete biokeemiliste uuringute alusel (fermentide aktiivsus, sublimateproov, bilirubiin veres, sapipigmendid ja sapphapped uriinis jt.). Täpselt saab diagnoosida biopsiapunktsiooniga, mis on ka raseduse ajal lubatud.

Viirushepatiiti on 4,4 korda sagedamini raseduse ajal, eriti raseduse II poolel. 75 % haigeist on alla 30 a. vanused rasedad.

Viirushepatiit kulgeb raseduse ajal üldiselt kergelt, ebasoodsalt mõjuvad maksa eelkahjustused ja halb toitlusolukord. Oht seisab selles, et rasedus võib põhjustada viirus-

hepatiidi üleminekut akuutsesse või subakuutsesse maksadüstroofiasse, mis võib kujuneda letaalseks tüsistuseks. Letaalsus rasedail on 3 - 4 korda kõrgem kui mitterasedail.

Eriti ohustatud on raseduse II pool. Sünnituse III - IV perioodil esinevad profuussed verejooksud, tingituna hüübimistegurite nihkeist. Suur oht on ka laktatsiooniperioodil, sest haiguse kulg on siis raskem ja laktatsioon mõjub omakorda negatiivselt tervisele. Rinnaga toitmist peetakse ebasoovitavaks. Epidemioloogilisest aspektist väärrib tähelepanu, kui naine esmakordselt haigestub laktatsiooniperioodis (seerumhepatiit!).

Diferentsiaaldiagnoos viirushepatiidi ja rasedustoksiikoosi vahel võib olla raske. Vajalik on diferentsimine ka teistest ikteruse vormidest (obturatsiooni, hemolüütiline, toksiline) ja mõnedest teistest naigustest ilma ikteruseta.

Viirushepatiidi toime kohta emale on teada, et see põhjustab sagedamini aborte ja enneaegsust, tingituna kõrgenenud bilirubiinitiitrist, kalduvusest verdumisele, maksaafektsioonist ja sellega seoses muutustest platsentas.

Toime lapsele on vaieldav. Kui viiruse üleminek ema verest loote verre on võimalik, peab arvestama konnataalse viirushepatiidiga vastsündinul ja imikul. Üksikud vaatlused näivad seda kinnitavat (väärarengute esinemine 4 - 24 %). Uuemate uurimuste najal aga enamik autoreid ei saanud tõestada viirushepatiidi mõju väärarengute kujunemisele intrauteriinses perioodis. Väärarengud pärast hepatiiti esinesid sama sagedusega kui ilma hepatiidita (1 - 2 %). Seega idukahjustust viirushepatiidi poolt ei ole põhjust karta.

Mis puutub raseduse katkestuse probleemi seoses viirushepatiidiga, siis tänapäeval on juurdunud arvamus, et interruptsiioon viirushepatiidi korral, vastupidiselt raskeile maksakahjustustele toksikooside korral, on kontrainditseeritud. Kogemused näitasid, et akuutse hepatiidi kulule on ükskõik, kas rasedus edasi kestab või mitte. Ei ole võimalik hepatiidi progressiooni ära hoida katkestusega. Interruptsiiooni toimet änardava maksadüstroofia korral tuleb pidada ebasoodsaks. Tarvidusel rasedus katkestada teistel põhjustel on va-

ja ära oodata haige paranemine hepatiidist ja teostada raseduse katkestus rekonvalesentsiperioodil.

Kuigi hepatiidiviiruse üleminek ei ole tõenäoline, võib laps siiski saada emalt infektsiooni kontaktiga. Seepärast ja ka ema koormuse vähendamise seisukohalt ei ole rinnaga toitmine ratsionaalne ja tuleks keelata. Vajadusel võib piima välja pumbata ja lapsele anda keedetult. Kindel on aga, et imetamine nii haigust kui ka rekonvalesentsi ebasoodsalt mõjustab.

Praktika on näidanud, et rasedus pidurdab hepatiidist paranemist ja see kipub muutuma krooniliseks. Hilisemates rasedustes võib esineda retsidiive, 3 %-l juhtudest esineb jääv maksakahjustus.

Profülaktiliseks vanendiks epideemiata või kontaktide korral on end õigustanud humaangammaglobuliin 0,02 ml/kg kehakaalule musklisisi.

Teised hepatotroopsed infektsioonid. Viirushepatiidi kõrval võivad teised infektsioonhaigused maksakahjustusi ja mõnikord ikterust põhjustada (malaaria, luues, tbc, toksikoplasmoos, üldised bakteriaalsed üldinfektsioonid - pneumoonia, püeemia, sepsis jne.).

Maksatsirroos esineb harva koos rasedusega, eelistab vanaemat iga ja esineb sagedamini meestel. Tavaliselt tsirroos põhjustab steriilsust, häirides steroidhormoonide ainevahetust (anovulatoorsed tsükliid). Rasedus tsirroosihaigelt on maksa funktsionaalsete reservide tunnuseks, kompenseeritud maksatsirroosi korral kulgeb rasedus normaalselt lõpuni ega avalda olulist mõju maksatsirroosile. Ka prognoos lapsele on hea. Kui I trimestril tekivad ikterus, maksafunktsiooni häired ja ösofaaguse vaariks, siis tuleb soovitada katkestust koos sterilisatsiooniga.

Krooniline hepatiit kas järgneb vahetult akuutsele hepatiidile või põhjustab palju hiljem kliinilisi nähte. On olemas ka primaarselt kroonilisi vorme. Kulg võib olla kiire (tsirroosini) või aeglane, osa paraneb.

Progressseeruvate vormide korral on rasedus vastunäidus-

tatud. Seismajäänud protsess võimaldab raseduse kandmist range kontrolli all. Halvenemisel I trimestril tuleb katkestada rasedus. Edaspidi on katkestus ohtlik.

Maksahaige raseda ravi. Kõik maksahaiged rasedad vajavad süstemaatilist arstlikku kontrolli. Maksafunktsiooni häiretega, eriti ikteerilised rasedad (välja arvatud konstitutsionaalne ja funktsionaalne hüperbilirubineemia) vajavad statsionariseerimist. See maksab ka viirushepatiidi kõige kergemate vormide kohta.

Raviks on põhiravi (voodirežiim, dieet, füsioteraapia), mida tuleb kasutada ka kergetel haigetel, ja lisana medikamentoosne ravi keskmiste ja raskete haigusvormide puhul.

Lamamisrežiim soodustab maksa vereringet, mispärast tuleb sellest kinni pidada kuni ikteruse taandumiseni (seerumbilirubiin alla 1,5 mg%), maksa palpatsioonil kontuuride ja transaminaaside aktiivsuse normaliseerumiseni (kergete hepatiitide korral vähemalt 4 nädalat). Välja arvatud prekomaatoossed ja komatoossed rasedad, võib lubada töusta pesemiseks ja tualetiks. Akuutse faasi ületamisel peab maksahaiget rasedat laskma istuda voodiäärel või toolil 1 - 2 korda päevas 30 minuti vältel.

Dieet peab olema korraldatud haige raseda maksa funktsionaalse seisundi ja isu alusel. Isu puudumisel on akuutses staadiumis kohane riisi-puuviljadieet mõneks päevaks. Edasi tuleb alustada kergelt omastatava pudertoiduga (riis, kaerahelbed, tangud, suhkur, keedis, 1 - 2 muna) ja isu taastumisel minna üle tavalisele süsivesikuterikkale (300 - 500 g), suhteliselt valgurikkale (80 - 90 g) ja rasvavaesele (30 - 50 g) dieedile. Valkudest on eelistatavamad piimavalgud, eriti kohupiim. Rasva tuleks anda võina või päevalilleõlina.

Edaspidi võib valku manustada kergelt seeditava keedetud, hautatud või röstitud lahja lihana (lamba- ja sealiha mitte), lahja kalana ja pehmete munadena. Toit peab rikas olema puuviljast ja salateist. Jookidest on soovitatavad vitamiinirikkad puuviljamahlad. Oakohvi, alkoholi ja süsihap-

pega gaseeritud jookke ei soovitata. Puhtale glükoosile tuleb eelistada glükoosi ja fruktoosi (invertsuhkur ja mee-preparaadid) segu.

Füsioterapeutiline ravi: niisked-soojad kataplasmid maksa piirkonda, mis toimivad valutustavalt ja meeldivad haigele. Seevastu on kõik intensiivsed ja kestvad soojus-aplikatsioonid (diatermia, lühilaine, ultraheli) vastunäidustatud.

Täisväärtuslik dieet sisaldab küllaldaselt vitamiine, seepärast vitamiinipreparaate on vaja kergemate haigusvormide puhul ainult anoreksia puhul. Keskmise ja raske haigusastme korral on rasedale vaja manustada vitamiin B kompleksi (ka B₁₂) ja C- ning K-vitamiini ainult hemorraagiate korral (K₁).

Arvukate vaatlustega on tõestatud, et glükokortikoidid avaldavad soodsat mõju akuutsete ja krooniliste maksahaiguste korral. Prednisoon "tihendab" maksarakumembraani ja pärsib mesenhüümreaktsiooni. Võimalike kaastoimete tõttu tuleb hoiatada kriitikata ja kontrollita prednisooni kasutamise eest, kuna sel on mitmed absoluutsed vastunäidustused (ulkushaigus, diabeet, kroonilised infektsioonid). Glükokortikoidide kasutamist raseduse ajal peeti esialgu problemaatiliseks. Tähelepanekute alusel ei oma prednisoon ei abortiivset ega teratogeenset toimet, mispärast rasedust ei tule enam pidada kontraindikatsiooniks.

Kogemuste põhjal taandub idiopaatiline rasedusikterus kiiresti prednisoonravil; kaob piinav pruritus ja rasedus kantakse lõpuni. Rasedusaegse hepatiidi korral on prednisooni kasutamiseks järgmised indikatsioonid:

- 1) seerumbilirubiinisaldus üle 15 mg%, ikteruse püsimine või progressioon 2 nädala vältel;
- 2) halb üldseisund; tunduv maksa suurenemine ja tihenemine, tugevalt patoloogilised laboratooriumileiud;
- 3) ähvardav coma hepaticum;
- 4) intrahepaatiline sulgussündroom.

Prednisooni doseeritakse päevas 30 - 50 mg 4 - 6 päeva, siis vähendatakse sammhaaval (päevas 5 mg võrra), üldine doos 14 päevaga on 400 mg. Järsul ravi lakkamisel on oht

retsidiiviks. Kaasneva bakteriaalse infektsiooni korral on vajalik laia spektriga antibiootikumide manustamine. ACTH-medikatsiooni, samuti anaboolseid steroide raseduse ajal ei tohi kasutada.

Koomaga ohustatud rasedaid tuleb eriliselt hoolega jälgida (vedelikubilanss, elektrolüüdid, respiratsioon jm.). Esimeste Coma hepaticum'i tunnuste korral tuleb valk dieedist täiesti välja jätta ja manustada ainult süsivesikuid (1500 kal) per os või intravenoosselt. Intoksikatsiooni taandumisel lubatakse ülepäeviti 10 g valku juurde lisada. Toksiliste produktide resorptsiooni pidurduseks on vaja salinsete laksanssidega hoolitseda seedetegevuse eest. Peale selle on vajalikud laia spektriga antibiootikumid 2 - 3 nädala jooksul. Sagedane kaaliumi- ja mõnikord ka naatriumipuudus tuleb asendada individuaalselt. Kortikosteroidravi peab küllaldaselt kõrge olema (näit. iga 6 t. järel 100 mg hüdrokortisooni veenisisesi 7 - 10 p.). Vastsündinu, kelle ema oli steroidravil, vajab erilist tähelepanu ja jälgimist.

Hepatiidi tõttu üldiselt rasedust ei katkestata. Vajalik on see üksikjuhtudel haiguspildi halvenemisel (bilirubiin üle 10 mg%) või teiste tüsistuste tõttu. Näidustus tekitab ka kroonilise hepatiidi ja tsirroosi ohu korral. Ka juba varem diagnoositud kroonilise hepatiidi progresseerumine I trimestril nõuab interruptiooni.

V. SAPITEEDE HAIGUSED JA RASEDUS

Sapikivitõbe esineb kirjanduse andmeil 2 - 5 korda sagedamini naistel kui meestel, korduvsünnitajail, sagedamini kui esmasrasedail. Statistika alusel oli sapiteede haiguste tõttu opereerituist naisi 4/5, kellest omakorda 4/5 oli sünnitanud. Kirjanduse andmeil algavad sapipõievaevused esmakordselt raseduse ajal ca 30 %-l naistest.

Need kliinilised kogemused kõnelevad raseduse soodusta-

vast toimest sapiteede haigustele, mille aluseks on enamasti kolelitiaas.

Kuigi mõned autorid nägid sapiteede haigusi rasedail mitte sagedamini kui sama vanusegrupi mitterasedail, siis puerpeeriumis ja esimese aasta jooksul sünnitusjärgselt oli haiguste frekvents igal juhul tõusnud.

Nagu teisedki elundid silelihastikuga, nii ka sapipõis ja sapiteed on raseduse ajal steroidhormoonide, eelkõige progesterooni mõju all hüpotoonilised ja laienenud; sapipõie sein on paksenenud, hüpereemiline ja ödematoosne. Sphincter Oddi on parasümpatikotoonusest kontraheerunud. Sapipõie hüpotoonia on kindlaks tehtud röntgeniga, kusjuures kontrastvahend püsib kauem ja põie tühjenemine toimub puudulikult rasvärritusel. Ka sapipõie otsene vaatlus keisrilõikel näitab hüpotooniat.

Sapipõies sapp pakseneb vee ja sapphapete resorptsioonist, seetõttu tõuseb kolesteriini kontsentratsioon. Kolloidsüsteemi stabiilsus, mis hoiab ära vees lahustumatute kõrgeltkontsentreeritud saplosade väljakristallumist, on vähenenud kolaatide resorptsioonist, mistõttu on soodsad eeldused sademe ja kivituumiku moodustumiseks. Siia lisanduvad hüperkolestereemia raseduse ajal ja kolesteriini suurenenud eliminatsioon sapiga puerpeeriumis. Mõnede autorite arvates ka abdominaalsete elundite nihked ja sapiteede niverdused on kaastegurid antud patoloogia kujunemises raseduse ajal.

Füsioloogilised enoakriinsed ja ainevahetuslikud muutused raseduse ajal soodustavad ilmselt sapikongrementide teket. Sapipõie rasedusaegne hüpotoonia pärsib koolikaid ja annab põhjenduse asjaolule, et raseduse ajal sapikivid jäävad tavaliselt sümptomivabaks. Postpartaalselt omandavad sapiteed uuesti oma endise toonuse, õneselundite dislokatsioon taandub ja kolesteriini tugevnenud eliminatsiooniga sapis on soodustatud kivide kasv (apositsioon).

Sapiteede haiguste kliiniline pilt. Sapiteede haiguste sündroom raseduse ajal võib olla tingitud kolelitiaasist, koleletsüstiidist või sapiteede düskineesiastest, koleletsüstopaati-

ast ilma kivita. Viimasel juhul kaovad vaevused sünnitusjärgselt täielikult; röntgenkontrollil, ka kontrastkontrollil kive ei leita. Koletsüstiit raseduse ajal on harva esinev, apenditsiiti kohtab 10 korda sagedamini. Puerpeeriumis seevastu saadab koletsüstiiti sageli sapikiviatakke.

Sümptomaatika sapiteede haiguste osas ühtib rasedail täiesti mitterasedatega: vahetult tekivad enamasti koolikataolised valud paremal ülakõhus, roidekaare all ja mao piirkonnas; iiveldus, oksendus, higistamine; tahhükardia kollapsini; kestev vahelduva intensiivsusega valu sapipõie piirkonnas, ikterus, subikterus ja suurenenud sapipigmentide ekskretsioon uriiniga; koletsüstiidi korral lisaks palavik ja muud bioloogilised põletiku tunnused. Lokalisatsioon paremal, valude vahelduv tugevnemine-nõrgenemine, lokaalsed peritoneaalsed ärritusnähud ja vegetatiivsed kriisinähud on iseloomulikud.

Diagnoos pannakse anamneesi, vaevuste, palpatsioonileiu ja laboratooraete uuringute (seerumi-bilirubiini ja uriini sapipigmentide rohkenemine, SGOT mõõdukas tõus, leelise seerumfosfaataasi kõrgenemine) alusel, nii et röntgen-kontrastuuringut raseduse ajal ei ole vaja. Röntgendiagnostika tuleks lükata sünnitusjärgsele perioodile.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse parempoolne püeliit, parempoolne nefrolitiaas ja esijoones dislotseerunud apenditsiit, mis on sagedamini esinev kui sapivoolmed. Akušööriliselt on vaja diferentseerida abordist, enneaegsest sünnitusest j.m. Kui on vaja eristada illeusest, ulkuse perforatsioonist või pankrease nekroosist, siis tuleks kasutada ka röntgenuuringut.

Ravi. Sapiteede haiguste ravi on raseduse ajal nagu ka väljaspool seda konservatiivne. Kasutatakse tugevaid spasmolüütikume, analgeetikume, sedatiivumeid, toidukarentsi, parenteraalseid infusioone ja kataplasme ning teisi vahendeid. Koletsüstiidi olemasolul rakendatakse lühiaegselt laia spektriga antibiootikume või sulfoonamiide. Pidev maosisu aspiratsioon soodustab paranemist. Edaspidi vähendatakse me-

dikamentoosset ravi ja määratakse süsivesikuline dieet. Sellise raviga vabaneb 3/4 akuutse sapiteede haigusega rasedaist haigusnähtudest 48 tunniga. Edasi tuleb neid rasedaid põhjalikult uurida ja vajaduse korral teha koletsüstektomia, kui esinevad kivid või funktsioonivaba sapipõis. Hädavajalik on koletsüstektomia juhul, kui esineb sekundaarne maksakahjustus või sapiteede atakkidele kaasuvad ka pankreatiidisõõstud. Tüsistustevaba kolelitiaas ja koletsüstiit ei ohusta ema ja last ega ole näidustuseks, et rasedust katkestada või sünnitust terminieelselt sisse juhatada.

Kirurgilised indikatsioonid. Raseduse ajal kirurgilist interventsiooni nõuavad: liiga sagedane sapikoolikate esinemine, ikterus kivisulgusest choledochus'es, flegmonoosne koletsüstiit progresseeruvate septiliste nähtudega, sapipõie perforatsioon ja konservatiivsele ravile allumatu kolangiit.

Kui üha sagenevad sapivoolmed talumatuks muutuvad, peab kirurg ka viimasel trimestril koletsüstektomia teostama. Raseduse I poolel võib hormonaalse kaitse all ka vähem raskeid juhte opereerida, mis on parimeks profülaktikaks tüsistuste vältimiseks II poolel.

Kui koolikajärgselt toimub choledochus'e kivisulgus ikterusega, akoolilise roojaga ja õllepruuni uriiniga, on operatiivne vahelesegamine näidustatud, kui konservatiivsete vahenditega 3 nädalaga sapivoolust ei õnnestu käiku viia. Kui kliinilised nähud alluvad konservatiivsele ravile, siis võib koletsüstektomia nihutada sünnitusjärgsele perioodile. Võimalusel lükatakse operatsioon edasi intervallile uue raseduse eel.

Kui haigus muutub septiliseks ja kaasub astsendeeruv sapiteede põletik (cholangitis) tekitajate külviaga (coli, enterokokid) verre, siis vaatamata rasedusterminele osutub vajalikuks koletsüstektomia.

Sundnäidustus operatsiooniks on ka sapipõie empüem, kuigi akuutsed põletikunähud on taandumata. Siin ei tohi riskeerida ootamisega, sest sünnitusel on perforatiivse peritoniidi võimalus. Isegi hiliskuudel on ootamine kaugelt suurem risk kui operatsioon.

Kui sapipõie perforatsioon on toimunud, on operatsioon vältimatu, olenemata raseduskuust. Flegmonoosne-nekrotiseeruv koletsüstiit põhjustab kõrget temperatuuri, ülitugevat rõhuvalulikkust ja pinget kiiresti kasvava resistentsi piirkonnas ülakõhus. Kogemuste alusel omentum ja sooled "katabad" harva perforatsiooniava, mille järelalusena difuusne peritoniit ruttu käiku läheb. Siis on terve abdoomen valutundlik maksimumiga paremal ülakõhus. Vererõhk langeb, pulss tõuseb. Soolte täielikust pareesist valitseb "surmarahu" kõhuõõnes. Kiire operatsioon on vältimatu elulistel näidustustel. Kõhuõõs avatakse roidekaareäärelõikega. Kui liited puuduvad, õnnestub koletsüstektoomia kergelt. Tüsistuste esinemisel ja raskes üldseisundis tuleb leppida draineerimisega. Reeglüks on, et vahelesegamine oleks seda väiksem, mida edeenum on rasedus. Rasedus tuleb alati säilitada.

Mõned autorid lubavad tehniliste raskuste korral viimastes kuudes kasutada keisrilõiget koos koletsüstektoomiaga.

Diferentsiaaldiagnostiliselt on põletikuliste sapipõieafektsioonide korral vaja välja lülitada akuutne apenditsiit. Kui diagnoos ei ole kindel, siis on sobivam kasutada parempoolset musculus rectus'e ääre lõiget, mida saab hästi laiendada ka roidekaare suunas.

Perforeerunud mao-duodenaalhaavandi korral on terve ülakõht valulik. Kõhupinge ja sissetõmme hilisrasedail puudub. Hoolimata ebakindlast diagnoosist tuleb opereerida, et hiljem diagnoosida. Rasedus tuleb säilitada, kuni sünnitus-tegevus puudub. Selle olemasolul tuleb teostada keisrilõige.

VI. APENDITSIIT JA RASEDUS

Apenditsiit on sagedaim kirurgilist vahelesegamist nõudev haigus rasedail. Rasedusaegne apenditsiit on kardetavam rasedusvälisest, kuna ohustab samaaegselt ema ja last.

Apenditsiit esineb ühesuguse sagedusega samas vanusegruppis rasedail ja mitterasedail. Esinemissagedus on keskmiselt 1 : 1000 - 1500 (kõikumistega 1 : 500 - 2000).

Apenditsiit on raseduse ajal eriti ohtlik, sest järjest kasvava emaka tõttu ei ole võimalik põletikulist kollet "kata" ega "tihendada". Samuti loob rasedus soodsad võimalused kroonilise apenditsiidi ägenemiseks seoses apendiksi dislokatsiooniga ülespoole, mis algab 5. kuust ja saavutab maksimumi 9. kuul, jõudes maksa alumise ääre lähedusse. Dislokatsioonist tingituna vähenevad liidete moodustumine ja põletikulise protsessi piirdumise võimalused. Kudede kohevus ja hüpereemia soodustavad ka põletiku kiiremat progressiooni kõhukoopas. Liitelise protsessi olemasolu võib takistada apendiksi nihet üles, põhjustades selle niverdusi, kõverdusi, vereringe- ja tühjenemishäireid ja niiviisi soodustades apenditsiidi teket. Soodustavaks asjaoluks on veel rasedusaegne kalduvus sooleatooniale ja obstipatsioonile.

Apenditsiidi esinemine rasedal tähendab alati suurt ohtu nii raseduse säilitamise kui ka naise tervise aspektist. Anatoomilis-topograafiline lähedus soodustab sooleinfektsioonikolde patoloogilist toimet emakale (infektsiooni üleminek, intoksikatsioon, liited ja elundite nihked, patoloogiline refleksioon jne.), mille tulemuseks võib olla üsasise-ne lootemuna infektsioon, loote hukkumine, raseduse katkemine või enneaegne sünnitus. Sünnitus võib kujuneda patoloogilise sünnitustegevuse anomaaliatest ja verejooksudest III-IV perioodis. Suurim oht aga peitub apendiksi perforatsioonis ja peritoniidis, mille oht ei esine mitte ainult kogu raseduse vältel, vaid ka sünnitusel ja sünnitusjärgsel perioodil. Perforatiivse apenditsiidi korral mädaniku piirdumine osutub eriti puudulikuks raseduse hiliskuudel. Kuna emaka sein on kontaktne perforatsioonialaga, võib see osutada põhjuseks enneaegse sünnituse tekkes. Raseduse katkemine ja sünnitus omakorda raskendavad peritoniiti, mis annab kõrge letaalsuse emale.

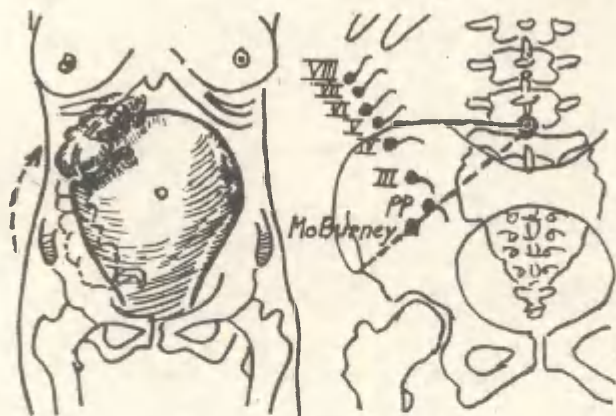
Kui rasedate üldine surevus apenditsiiti oli sajandi algul ca 50 %, siis kaasajal on see tunduvalt langenud (2 -

3 %), mis oleneb peamiselt varasest diagnoosimisest raseduse algul, eriti aga varasest radikaalsest ravist. Mida rohkem põletikulisi apendikseid eemaldatakse esimestel kuudel, seda vähem on oodata tüsistusi ja retsidiive II raseduspoolel. Apenditsiidi oht emale tõuseb raseduse vältel, mida väljendab emade letaalsus apenditsiiti kuude järgi (1. - 7. kuul - 0,5 %, 8. - 9. kuul - 6,5 % ja 10. kuul 30 %). Kaheldamatult on apenditsiidi ravitulemused kaasajal paranenud ka moodsa anestesioloogia vahendite tõttu. Põhilise tähtsusega on aga tänapäeval seisukoht, et rasedusapenditsiit igal kujul on otsene näidustus operatsiooniks. Viivitamatu operatsioon on ainus võimalus ema ja last ähvardavast ohust säästa. Nii emade kui laste surevus on seda madalam, mida varem apenditsiit raseduse ajal tekib, diagnoositakse ja kirurgiliselt ravitakse.

Raseda ja arsti kartus operatsiooni ees ei ole kaasajal nii suur kui varem. Kui see nirm oli teatud määral põhjendatud raseduse sagedase katkemisega kirurgilisest vahelesegamisest, siis tänapäeval on raseduse säilitamine garanteeritud uterust relakseerivate (gestageenid kõrgetes doosides) ja sedatiivsete vahenditega. Soovitav on enne operatsiooni määrata hormonaalse tasakaalu seisundit või häireid (östriooli ja pregnandiooli määramine uriinis; cervix'ist sõnajalafenomeni otsimine, mis iseloomustab häiritud rasedust jm.). Raseduse katkemise vältimiseks tuleb erilist tähelepanu pöörata postoperatiivsele perioodile (jätkata hormoonravi 8 - 10 päeva; soolte stimulatsiooniks kasutada vähem drastilisi vahendeid jne.). Nende paranenud eelduste kohaselt ei opereerita rasedaid mitte ainult nn. absoluutsete indikatsioonidega esmasbükirurgia korras (ileuse, apenditsiidi, songa inkartseratsiooni, elundi perforatsioonide korral, abstsesside ja flegmoonide avamiseks), vaid endisest palju sagedamini ka nn. relatiivseil näidustustel, s.o. sellistel, mis edasiselt raseduse vältel võiksid ainult halvendada ema ja lapse seisundit.

Otstarbekas on apenditsiidi kulgu käsitleda eraldi raseduse I ja II poolel, sünnituse ajal ja sünnitusjärgsel pe-

rioodil. Teatavasti I poolel, kaasa arvatud V kuu, ei muutu coecum'i asend kõhuõones ja apenditsiidi sümptomatologia ühtib täielikult mitteraseda omaga. Alates VI kuust on emakas oma ülemise poolusega saavutanud niudeluu harja ning surub



Joonis 1. Apendiksi seis raseduskuude järgi.

peensoolelingu ja suurt rasvikut kraniaalses suunas, kuna samal ajal coecum koos appendix'iga kontakteeruvad mediaalselt emakaseinaga. Apenditsiidi korral ei võimalda sile emakasein põletikuprotsessi piiramist peensoolelingu ja rasviku abil, mistõttu difuusne peritoniit raseduse II poolel on palju sagedasem kui I poolel.

1. Apenditsiit raseduse I poolel

Diagnoos põhineb samadel sümptomitel kui väljaspool rasedust. Need on: naba kohal ülakõhus piirdunud valu, mis edasi lokaliseerub paremasse alakõhtu. Esineb iiveldus, oksendus, aksillaarse temperatuuri kerge tõus, pulsifrekventsi tunduv kiirenemine. Kaasuda võib obstipatsioon, harvem diaröa. Paremas hüpogastriumis esineb tunduv muskklipinge maks-

mumiga McBurney punktis, sedastatav on valu "lahtilaskmisel", kui suruda vasemale hüpogastriumile, positiivne psoas-sümp-tom esineb enam tabaasetunud apendiksi korral, suureneb rõ-hutundlikkus Douglase ruumis rektaalsel palpatsioonil, fae-ces'e ja gaaside peetus. Leukotsütoosi ja SR nihked on rase-duse ajal mittearvestatavad.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb mõelda ovariaaltuu-morite varre torsioonile, parempoolsele püosalpinksile, int-rauteriinsele valulikule vararasedusele, toimunud uteruse perforatsioonile legaalse või illegaalse abordi teostamisel. Aga ka lihtsalt abort võib põhjustada pidevaid valusid pare-mas hüpogastriumis, mis pärast lootemuna eemaldamist kaovad. Umbes 5 % abordihageid oli haiglasse saabunud apenditsiidi diagnoosiga. Diferentseerida tuleb ka parempoolse neeru ja neeruvaagna (püeliit, neerude ja ureetrite koolikad) ja sa-piteede haigustest (cholecystitis, cholelithiasis) ning rase-duse ajal harva esinevast adneksiidist. Kui rasedus ei ole veel suur, peab arvestama emakavälise raseduse võimalust või ovariaalset apopleksi. Kui apenditsiidi diagnoos on kindel, tuleb teostada appendectomia.

Operatsiooni näidustus tuleb panna laialt, ka põgusate ja subakuutsete vormide korral, et hoiduda retsidiividest hilisemal raseduskuudel.

Kaetud perforatsiooni ja difuusse peritoniidi korral on soovitatav appendectomia dreanaažiga. Peritüfliitilise abst-sessi ravi on raseduse ajal konservatiivne nagu tavaliselt. Kui selline abstsess on kõhukatete lähedal, siis see avatakse ja dreneeritakse. Tuleb arvestada, et emakaseina kohal peritüfliitilise abstsessi liited võivad kasvava emaka tõttu rebeneda ja mäda pääseda vabasse kõhuõnde. Samuti võib ema-kaseinalähedane abstsess vallandada uteruse kontraktsioone ja põhjustada raseduse katkemist.

Operatsioonilõige apenditsiidi korral esimesel 3 - 4 kuul on tavalises kohas, hilisem on see piki Musculus rectu-se äärt. Säästlikul operatsioonil rasedus ei ohustu, aga siiski on soovitatav progesteroonil manustamine (enne ja pä-rast operatsiooni). Postoperatiivses perioodis peab peris-

taltika stimulatsioon olema "õrn". Kui siiski abort peaks tekkima, kulgeb kõik nii nagu ilma apenditsiidita olukorras.

2. Apenditsiit raseduse II poolel

Diagnoos raseduse II poolel on märgatavalt raskem kui I poolel ning eksimisvõimalusi rohkem. Kõik intraabdominaalsed valud võivad olla tingitud nii apenditsiidist kui ka lähtuda rasedast emakast. Ainuüksi korduvsünnitaja on võimaline eristama valusid, mida esmasrase peab ainult emaka kokkutõmbeiks. Iiveldus ja oksendus võivad ka mitmesuguseid tähendusi omada. Sama maksab faetsese ja gaaside peetuse kohta, sest sageli esineb raseduse II poolel visa obstipatsioon. Kasvav emakas tõrjub coecum'i koos appendix'iga VI kuul naba kõrgusele ja ülespoole. Sümptomid, nagu tüüpiline rõhuvalu ja valu "lahtilaskmisel", samuti musklinge kaotavad oma tähenduse kõhukatete venitatusel tõttu. Raseduse lõpul jõuab apendiks peaaegu parema roidekaare alla sapipõie piirkonda, mis annab uusi diferentsiaaldiagnostilisi võimalusi. Coecum apendiksiga tõrjutakse mõnel juhul taha ja küljele neeru piirkonda. Kõrgasetsuse tõttu kaob ka Psoas'e fenomen, mis jääb püsima ainult tagumise asetsuse korral. Kuna raseduse ajal leukotsüütide arv tõuseb 10 - 12 tuhandeni ja kaasub vasakulenihe, ei oma need nähud diagnostilist tähendust. Võib esineda mõõdukas temperatuuri tõus. Patoloogiline pulsifrekventsi kõrgenemine tekib enamasti alles siis, kui on tekkinud apenditsiidi ohtlikud tüsistused.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb alati arvestada apendiksi asendi muutumist raseduskuule vastavalt. Parempoolne põeliit näitab ka sageli ägedaid haigustunnuseid ning valusid parema neeru ja ureetri piirkonnas koos tugevate ristluuvaludega. Uriinis kajastuvad vastavad muutused (leukotsütoos ja bakteriuria). Tsüstoskoopial, kui tühjendada kateetriga paisunähtudega neeruvaagen, annavad valud kohe jälle. Siiski ei tohi unustada, et apenditsiit võib esineda põeliidiga samaaegselt. Diferentsiaaldiagnoos ägeda koletsüstiidi suhtes võib olla nii raske kui üldse võimalik. Ka

siin ei too ootamine midagi head, vaid suurendab ohtu emale ja lapsele. Ainuüksi medikamentoosne ravi laia spektriga antibiootikumidega on absoluutselt ebaküllaldane. Raseduse II poolel peab palju sagedamini ja kiiremini arvestama difuusse peritoniidiga, mille tõttu letaalsus 8. - 9. kuul on 13 korda kõrgem kui 1. - 7. kuuni.

Tehnilised raskused võivad tekkida apendektoomial, kui lõige on valel kohal või liiga lühike. Seepärast osutub alati vajalikuks küllaldane rektuse parema ääre lõige, mida kiiresti üles ja alla võib pikendada. Uterust ennast apendektoomia korral ei tohi puudutada. Tähtis on emaka "vaigistamine" enne ja pärast operatsiooni raseduse säilitamiseks. Tehniliste raskuste pärast tekib ainult harva vajadus esmalt uterus tühjendada ja alles siis apendektoomia teostada. Rasedus tuleb eemaldada ainult vältimatutel põhjustel (sünnitustegevuse algus, apendiksi tagumine asetsus jm.). Kui postoperatiivses perioodis algab reeglipärane sünnitustegevus ja raseduse säilitamine ei ole võimalik, ei tohi ära oodata spontaanset sünnitust, vaid vaginaalsete operatsioonidega kiiresti sünnitus lõpetada (vaginaalne keisrilõige).

3. Apenditsiit X kuul ja sünnituse ajal

Manifestne apenditsiit sünnituse läheduses ja ajal esineb ligikaudu ühel sünnitusel 10 tuhandest. Üldises haiguskulus võib selgelt eristada 4 perioodi: haiguse algus, suhteliselt sümptomivaene vahestaadium, apenditsiidi kõrgpilt ja difuusse peritoniit. Diagnostika on äärmiselt raskendatud, kuna puuduvad ühetähenduslikud sümptomid, välja arvatud difuusse peritoniidi korral esinev vereringe dekomponentsatsioon.

Literatuuri andmeil haigestumise algul 85 % hilisrasedaid (sünnitajaid) kaebab kõhuvalusid (ebamäärased ülakõhuvalud 50 %; valud paremas alakõhus 25 %; sünnitustegevusest eristatavad kramplikud valud kogu kehas 20 %) ja 40 % oksendust.

Järgnevail tundidel ja päevadel on äärmiselt sümptomi-

vaene intervall: ülakehavalusid enamasti ei kurdeta; esineb spontaanne ja rõhuvalu paremal alakõhus (55 %) oksendus (20 %); gaaside ja faetsese peetus harva; kõhuketete pinge puudumine või vaevumärgatav pinge; pülss kiirenenud ja temperatuur tõusnud.

Täielikult väljakujunenud apenditsiidi pilt: valud paremal alakõhus (90 %), mõnikord ka terves abdoomenis. Ka nüüd ei esine alati oksendamist. Kuna emakas on tundlik ja pingeline, diagnoositakse sageli platsenta enneaegset irdumist.

Alanud difuusse peritoniidi korral esineb rõhuvalu üle kogu kõhu, maksimumiga paremas alakõhus. Kõhupinge võib puududa või olla nõrgalt välja kujunenud, ka temperatuuri tõus võib puududa. Kindlalt esineb aga alati silmahakkavaima sümptomina kõrgeenenud tahhükardia ja vereringe dekompensatsioon (vereringe letaalse kokkuvarisemise eeltunnusena).

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb apenditsiidi kõrval 10. kuul ja sünnituse ajal arvestada eeltegevust ja sünnitustegevust. Diagnostiliste raskuste tõttu on antud perioodil emade ja laste suremus kõrge, mistõttu akušöör peab "ebaselge kõhu" korral sünnituseelsel perioodil ja sünnituse ajal alati mõtlema apenditsiidi võimalusele.

Raviks on 2 teed: 1) apendektoomia ja konservatiivne suhtumine rasedusse (sünnitustegevuse puudumisel); 2) apendektoomia ja transperitoneaalne keisrilõige. Kuigi difuusse peritoniidi korral keisrilõiget tehes virulentsed mikroobid satuvad emakasse, ei esine tavaliselt raskeid tüsistusi. Postoperatiivses perioodis pärast apendektoomiat ja keisrilõiget oleneb kõik infektsioonivastasest võitlusest. Arvestades lokaalset leidu, tuleb kasutada drenaaži ja loputusi laia spektri antibiootikumidega kogu organismi, eriti aga emakasisesse infektsiooni aspektist.

Kirjanduse andmeil on kõige ebasoodsam kolmas tee: enne sünnitust ja alles siis apendektoomia (emade suremus on siis 65 %). Kui sünnitus järgneb apendektoomialle, on emade suremus madalam (ca 15 %).

Emaka tühjendamise vajaduse kohta operatsiooni käigus võib esineda lahkarmumusi. Kindel on aga see, et üheski

apenditsiidi staadiumis raseduse ja sünnituse ajal ei ole inditseeritud uteruse ekstirpatsioon.

4. Apenditsiit puerpeeriumis

Apenditsiiti puerpeeriumis peetakse eriti ohtlikuks emade suure suremuse tõttu, sest diagnoosimine on veelgi raskem kui raseduse ja sünnituse ajal.

Valud alakõhus, temperatuuri kõrgenemine, iiveldus ja oksaärritus on seostatavad puerpeeriumiga ja selle tüsistustega, mistõttu apenditsiidi diagnoos tavaliselt hilineb. Kuna pärast sünnitust kõhukatted on eriti lõdvad, ei saa esineda märgatavat kõhupinget. Kõigi ebaselgete kaebuste korral puerpeeriumis peab mõtlema apenditsiidi võimalusele. Ka selles perioodis nagu eelmisteski maksab "suurejooneline" näidustus operatsiooniks.

Kokkuvõttes tuleb ütelda, et valudega rasedasse peame sunnima kui kirurgilisse haigesse, kuni apenditsiiti ei ole välja lülitatud. Näidustus operatsiooniks esineb juba apenditsiidi kahtlusel (kui puudub kindel diagnoos) ja ka kerge te, krooniliste ja subakuutsete vormide korral, et vältida retsidiivi hilisemal kuudel. Tavakohane on operatsioon võimalikult raseduse esimestel kuudel, kui puudub apendiksi dislokatsioon, operatsioon on tehniliselt kõige kergem ja tulemused kõige soodsamad ema ja lapse seisukohalt. Retsidiivide esinemine opereerimata jäetud apenditsiidi puhul võib saada saatuslikuks, sest letoalsus on kõige kõrgem raseduse lõpul, sünnituse ajal ja sünnitusjärgses perioodis.

Raskusi võib tekitada kroonilise kuluga ilma ägestumisenähtudeta apenditsiidi korral raseda keeldumine operatiivsest vahelesegamisest. Põhimõtteks tuleb võtta selliste rasedate hospitaliseerimine eriti põhjalikuks uurimiseks enne lõpliku otsustuse tegemist.

VII. IILEUS JA RASEDUS

Iileus on raseduse ajal harva esinev tüsistus - 0,01 - 0,04 %, s.o. üks juhtum 10 000 - 40 000 raseda kohta. Raseduse ajal tekivad põhimõtteliselt samasugused iileuse vormid kui väljaspool rasedust antud vanusegrupis ja samades elutingimustes. Võib aga eristada 3 perioodi, millal iileus raseduse ajal sagedamini esineb: 1) 4. - 5. raseduskuul, kui emakas tõuseb väikesest vaagnast ülespoole; 2) 8. - 9. kuul, kui juhtiv osa väikesesse vaagnasse vajub; 3) kohe pärast sünnitust emaka järsu ja kiire vähenemise tõttu. Peale selle toimub raseduse kasvul kõhuõõnes elundite ümberasetsus, mis võib mõnikord olla soodus (songaavade sulgus), enamasti aga ebasoodus, s. o. põhjustada iileuse teket. Iileuse vorme raseduse ajal eristatakse: 1) Iileus in graviditate (iileus raseduse ajal) ja 2) Iileus e graviditate (rasedusest tingitud nn. "ehtne" rasedusiileus).

1. Iileus raseduse ajal (Iileus in graviditate)

Iileuse puhul raseduse ajal on enamasti tegu mehaanilise soolesulgusega (80 - 90 %). Peamise kontingendi moodustab soolesulgus liiteist eelmiste laparotoomiate (appendectomia, cholecystectomia, keisrilõige, genitaalide operatsioonid, graviditas ectopica) või intraabdominaalsete põletike puhul. Liidete olemasolu muutunud topograafia tõttu põhjustab ohtu: peensoolelingud võivad niverduda ja liikumatuks muutuda, kaasa mõjub raseduse ajal vähenenud toonus.

Mõnikord esineb soolevolvulus pikkade lingude tõttu kitsal mesenteeriumil. Eeliskohtadeks on mobiilne coecum ja elongeerunud sigma, aga ka mitmed peensoolelingud. Et torsioon põhjustaks passaaži peetust, peab ta olema vähemalt 180° line. Edasisel pöördumisel lisandub juurde- ja äraviivate veresoonte sulgus (strangulatsioon) ja antud sooleosa troofikahäire.

Invaginatsioon, mis esineb tavaliselt väikelastel, on ka

raseduse ajal arvestatav iileuse põhjus. Soole liikumatusega käib siis kaasas ka troofikahäire veresoonte strangulatsioonist.

Soolesulgus kompressioonist väljaspoolt esineb niisama sageli kui invaginatsioon. Põhjuseks on hea- ja pahaloomulised tuumorid, abstsessid, infiltraadid, suured hematoomid emakavälise raseduse korral, harva retroflekteeritud ja väikeses vaagnas adherentne emakas, ovariaalsed tsüstid ja müoomid.

Harvem esineb soolesulgus seestpoolt (obturatsiooniiileus). Siin tulevad kõne alla sapikivi-iileus, kõvastunud roojamassid ning jämesoole või rektumi kartsinoom.

Vastandina perioodile väljaspoolt rasedust ei ole rasedail esiplaanil soolesulgus seoses mitmesuguste songadega (femoraal-, ingvinaal-, naba- ja armiherniad). Põhjust tuleb otsida asjaolust, et rase emakas kasvades tõukab sooled vaagnast välja. Iileuse põhjuseks võivad nad saada ainult songakotti fikseerumise korral.

Mehaanilise iileuse kliinilised tunnused. Asukoha kõrgusest olenevalt on mehaanilisel iileusel ajaliselt erinev sümptomaatika. Mis peensoolega juhtub väheste tundide jooksul, nõuab jämesoolega mitmeid päevi. Rasedad haigestuvad äkki teravate hoogudena esinevate valudega kõhus, millele kaasub auskulteeritav hüperperistaltika kahinatega. Valusõostude intervallid lühenevad järjest. Mida kõrgemal on sulgus, seda varem tuleb oksendus, enne mao-, varsti ka peensoolesisu. Kõhuseinad ei ole seejuures pinges ja on vaevalt valutundlikud. Kõht on üntlaselt üles puhitunud. Peensoole läbimatusel on kõht sümmeetriliselt, jämesoole läbimatusel asümmeetriliselt puhitunud. Soolesulguse korral tuntakse valusid kõhu ulatuses, puudub tüüpiline lokaliseerimine. Gaasi- ja roojapeetust ei tarvitse esineda, sest et allpool on passaaž vaba. Esialgu ei ole rasedad sellest seisundist eriti häiritud: temperatuur on normaalne, pulss ja vererõhk normaliseeruvad pärast esialgset šokki. Ka valgeverepilt jääb normaalseks. Aeglaselt aga lakkab asjatu hüper-

peristaltika ülalpool takistust ja järgneb täielik parees. Tekivad troofikahäired ja permeaabluse tõus läbirände-peritoniidi näol.

Kuna enam ei toimu soolesekreedi tagasiresorptsiooni, jääb laienenud sool vappuvalt vedelikuga täitunuks. Oraalne vedeliku manustamine on algusest peale oksenduse tõttu võimatu. Varsti tekivad tõsised häired vee-elektrolüütide vahetuses hüpokloreemiana (maomahla kao tõttu), hüponatriemiana ja hüpokalieemiana (peensoole sekreedi kao tõttu) ja happeluse tasakaalu nihked alkaalsuse suunas. Intra- ja ekstratsellulaarse dehüdratsiooni taustal tekib oliguuria ja jääklämmastik tõuseb. Kõik need nähud tekivad seda varem ja ahvardavamalt, mida kõrgemal "istub" peensoolesulgus. Nad ilmuvad seda hilisemalt ja ebaselgemalt, mida sügavamal (jäämesooles) "istub" iileus.

Mehaanilise iileuse lõppfaasis on tegu tugevasti "ärakuivanud" haigega, kellel on puhitunud kõht, aukuvajunud silmad, kuiv koorikuline keel, kes oksendab pidevalt fekaalmasse. Pulss on niitjas, vererõhk mittemõõdetav. Surma põhjuseks on alati üldine peritoniit ravimata iileuse korral.

Veresoonte strangulatsioon mehaanilise iileuse lisatüsistusena. Iileuse kulg tüsistub tunduvalt ära- ja juurdeviivate veresoonte strangulatsioonist. See esineb soole inkartseratsioonil seesmistes ja välistes songaavades, invaginatsioonil ja volvuluse korral. Tavaliselt hiiliva algusega sooleliikumatus kujuneb siin välja tormiliselt kiire vereringekollapsiga. Troofikahäireist areneb kiire soolehalvatus. Tundidega järgneb peritoniit läbirändest või perforatsioonist. Kliiniline kulg veresoonte sulgusest tüsistatud iileusel on ajalisel tunduvalt kiirem ja võib juba 24 - 48 tunniga exitus letalis'eni viia. Väljastpoolt ei saa kunagi täie kindlusega diagnoosida veresoonte tüsistuste kaasumist.

2. Iileus rasedusest ehk "ehtne" rasedusiileus (Ileus e graviditate)

Tõelise rasedusiileuse korral on tegu funktsionaalse rasedusspetsiifilise seisundiga, kui puudub peaaegu või täielikult toonus soole distaalseis osades (rektosigmoid), mis omab parallelismi ureetrite lõõgastumisega raseduse ajal. Seda nimetatakse ka dünaamiliseks iileuse vormiks, mis on enamasti pareetiline, harva spastiline. Arvamuste kohaselt on funktsionaalse iileuse põhjuseks Corpus luteum'i hormooni - progresterooni ülehulk, kusjuures on häiritud tema muutumine pregnandiooliks. Ka rasedusele iseloomulik obstipatsioon kuulub antud kliinilisse pilti. Haigestuvad peamiselt konstitutsionaalselt "koormatud" naised ja korduvsünnitajad. Arvamus, et rase emakas rektosigma kompressiooniga takistab soolesisu liikumist väikeses vaagnas, ei ole tõenäoline, kuna ka suure rasedusega emakas on küllaldaselt elastne.

Kliinilises pildis kaasneb atoonilisele obstipatsioonile sageli ka raseduspüeliit (Stoockeli sündroom). Sealjuures on üleminekud scoleatooniast ja jämesoole obstipatsioonist rasedusiileusse täiesti sujuvad. Colon näitab järjest kasvavat puhitust, nii et sein muutub õhukeseks. Kõht on meteoristiline, esineb rooja- ja gaasipeetus ja mõõdukas kõhu-seinte rõhuvalu. Peensool jääb esialgu meteorismist vabaks, alles päevade jooksul näitab ta dilatatsiooni ja vedelikupeegleid (Rgt), kusjuures esineb karakterse helina loksumine, ladin ja veega pritsimise kõla kere külgtõugetel. Selles faasis ei puudu fekulentne oksendus. Antud pilt ei erine kliiniliselt millegagi mehaanilise iileuse hilispildist sügavamas jämesooles esineva täieliku soolepareesiga.

Tõelise rasedusiileuse varadiagnos ei ole kerge, sest haigussümptomid iileuse tekkel ei ole küllalt ühetähenduslikud. Spastilised kõhuvalud, rasedusaegne oksendus ja obstipatsioon võimaldavad eksimist. Kui aga esineb rooja- ja gaasipeetus, fekaalne oksendus ja meteorism, langevad ära kõik kahtlused iileuse diagnoosimisel. Tuleb rõhutada põhjaliku

anamnestilise uurimise vajalikkust (läbitehtud operatsioonid, põletikuprotsessid jne.) koos haige välise, vaginaalse ja rektaalse läbivaatusega (armid, liited, songad jm.).

Kiiremast või aeglasemast iileuse pildi kujunemisest võib teha otsustusi soolesulguse arvatava kõrguse kohta. Vere-soonte tüsistuste lisandumine muudab iga iileuse (kõrge või sügava) kliinilise pildi väga akuutseks.

Uriinis on indikaan positiivne. Röntgeniga võib näha sooltes peegleid ja nende kohal "gaasitanusid". Peroraalset kontrastmeetodit ei kasutata, sügava soolesulguse kahtlusel on vaja irrigoskoopiat.

Diferentsiaaldiagnostiliselt on vaja arvestada Hypere-mesis gravidarum'it, neeru- ja ureetrite koolikaid, neerukiviatakke, ägedat apenditsiiti, akuutset pankreasenekroosi (diastaas rohkenenud), perforatiivset peritoniiti, mõnikord parenhümatoomsete elundite rebenemist verejooksuga jt. Peale selle tuleb välja lülitada ka abort, enneaegne sünnitus-tegevus, enneaegne platsenta irdumine, emaka ruptuur, ovari-aaltsüsti torsioon, verejooksud emakavälise raseduse korral jm.

Rasedusiileuse ravi. Iileuse diagnoos on näidustus operatsiooniks olenemata etioloogiast ja raseduskuust. Kuna rasedusest tingitud iileuse diagnoos on alati kaheldav, on alati nähtav laparotoomia, kuna ainult nii saab põhjust selgitada. Operatsioon peab alati olema õigeaegne, kuigi rase ja omaksed seda tavaliselt kardavad. Et operatsioon ei tohi viibida, selle kohta on kirurgidel ütlus: "Mida kauem patsient enne iileuseoperatsiooni elab, seda lühemat aega pärast!"

Iileuse diagnoosimisel ei tohi hinnalist aega kulutada ülearusteks manipulatsioonideks (infusioonid, sooleperistaltika stimulatsioon, klüsmid, kenaasendi muutmised (põlvküünarnukkasend) jt.). Magu tuleb pidevalt sondiga tühjendada ja peroraalselt mitte toita. Kuna haige on väljapoole ja soolelumenisse kaotanud rohkesti vedelikku koos elektrolüütidega, tuleb tasakaal enne operatsiooni taastada, infundeerides verd, plasmat, isotoonilise keedusoola ja glükoosi lahuseid.

Kaaliumiga tuleb tagasihoidlik olla. Vaja on toetada müokardi strofantiiniga. Ka halvas olukorras haigel võib 4 - 6 tunni jooksul operatsiooni alustada.

Operatsioon. Tavaline alakõhu kesklõige rahuldab ainult varastel raseduskuudel, hiljem on vaja seda pikendada. Avamisel tuleb leida takistus, milleks täitunud soolestik tühjendatakse (silutakse) makku, kust sisu ära aspireeritakse. Mehaanilise iileuse korral tuleb peen- või jämesooles leiduv takistus kõrvaldada ja peensoole kontinuiteet taastada, kuigi võib vaja minna ulatuslikke resektsioone. Takistuste korral jämesooles on reeglits resektsioonidest hoiduda (välja arvatud liikuvad kohad) ja teostada ülalpool takistust Anus praeter. Pärast soole tühjendamist Anus praeter'i kohal võib raseduse lõpuni kanda, kuna lõplik kirurgiline ravi tuleb määrata sünnitusjärgselt.

Mis puutub raseduse säilitamisse, siis tuleb seda teha 34. rasedusnädalani. Alates sellest ajast, arvestades eluvõimelise lapsega, on näidustatud iileuslaparotoomia koos keisrilõikega.

Tõelise rasedusiileuse korral on põhjus jämesooles sügavamais osades. Põhjuse kõrvaldamine tähendaks siin raseduse eemaldamist abdominaalse keisrilõikega iileuslaparotoomia järgselt. Last võib päästa ainult siis, kui see on eluvõimeliseks saanud. Laparotoomia üksi ei too kergendust. Kuni operatsiooni alguseni võib funktsionaalse iileuse korral proovida konservatiivseid menetlusi (atropiin, pituitriin, eseriin, hüpertoonilised infusioonid ja klüsmid või sifoonklüsmid), mis ei tohi aga kuigivõrd edasi nihutada operatsiooni algust.

Postoperatiivses faasis on vaja pidevalt maosisu aspiratsiooni jätkata, kuni läheb käiku peristaltika. Peristaltikavahendid ei tohi emaka ärrituvust tõsta (raseduse säilitamisel). Olenevalt vedelikubilansist määratakse substitutsioon vedelikuga ja elektrolüütidega. Kaaliumi võib manustada sinult hea diureesi korral. Raseduse säilitamiseks on soovitatav adekvaatne hormoonravi.

Iileuse prognoos on emale ja lapsele alati väga tõsine, eriti mehaanilise iileuse korral. Letaalsus oleneb raseduse suurusest, iileuse liigist ja haiguse staadiumist. Kui letaalsus oli sajandivahetusel kuni 50 %, siis sajandi keskel langes see 20 - 25 %-ni. Laste suremus on kõrge (50 - 75 %). Seega on ka kaasajal rasedusaegne iileus ohtlik tüsistus, mis nõuab varast operatiivset ravi.

VIII. PSÜHHIAATRILISED HAIGUSED JA RASEDUS

1. Psüühilised probleemid

Rasedusaegse ümberkõlastumisega seoses tekivad sageli vegetatiivsed, afektiivsed ja kihulised hälbep (järsku tekkivad vastupandamatud ihad, näit. alimentaarsed). Vastupidi võib esineda vastikus teatud toitute, riitusesemete ja inimele harjumuste suhtes. Need "kapriisid" võivad vallandada konflikti ümbrusega (aversioon abielumehe vastu, afektiivne labiilsus eufooriast depressioonini, kontaktivajadus või nende vältimine). Kriminaalsusele (peamiselt vargused) kalduvad rasedad üliharva. Võib resümeerida, et raseduse I poolel ilmnevad teravamalt isiksuse domineerivad karakterijooned, harvem need pehmenevad või kaovad.

Kui tekivad ägedad somaatiliseelt halvasti põhjendatud vaevused, nagu rasedusoksendus, une- ja psüühikahäired, tuleb mõelda konfliktsele situatsioonile ja analüüsida antud isiksuse konfliktitolerantsust. Raseduse ajal on oluline ka nn. rasedus- ja sünnituskartuse probleem: kardetakse patoloogilist sünnitust, verejooksu, sünnitusvalu, lapse surma jne. Kaasajal on rasedate psühhofüsioprofülaktika palju ära teinud rasedusega ja sünnitusega seotud negatiivsete emotsioonide kõrvaldamiseks.

Rasedushirmule vastandnähuks (esineb enamasti abnormaalset isiksustel, puudujääkidega seksuaalelus, eriti aga rasedustumata korral) on kompensatoorselt autistliku soovunelma rahuldamise psühhosomaatiliseks väljenduseks nn. kujutel-

dud rasedus (pseudo- e. fantoomrasedus). Pseudoraseduse korral ilmnevad mitte ainult subjektiivsed rasedustunnused (iiveldus, oksendus, looteliigutused ja isegi sünnitustegevuse tunnetamine), vaid ka objektiivsed (amenorröa, kõhu, emaka ja piimanäärmete suurenemine, pigmentatsioonid jne.). Fantoomrasedusest on võimalik sujuv üleminek psühhootilissse rasedusluulu, kus kaob tõelus ja reaalse asemele astub soovunelmate maailm. Sellest luulust on haaratud peamiselt naised pre- ja postmenopausis, kellel esineb enamasti psüühilisi hälbaid. Ka skisofreenia ja maniakaal-depressiivsed seisundid võivad anda armastusega, rasedusega, sünnitusega ja emadusega seostatavaid psühhoose. Ravi on psühhiaatriline.

2. Psühhiaatrilised haigused

Eristatakse kaht suuremat rühma: endogeensed ja sümptomaatilised psühhoosid. Endogeensetel on kaks suuremat alagruppi: skisofreenia ja maniakaal-depressiivsed afektpsühhooosid. Raseduse ajal esineb endogeenseid psühhoose harva: rasedus "kaltseb" psühhoooside vastu. Sünnitusjärgselt võib aga kohata nii ekso- kui endogeenseid psühhoose vähemalt 20 korda sagedamini kui raseduse ajal. Seda nähtu ei ole siiani suudetud seletada.

Skisofreenia

Põhisümptomiteks mõtlemises on mõiste- ja aktsendinihked, muutused suhtumissüsteemis, luul, lõhustumine. Afektiivsuses esinevad häired inimestevahelistes emotsionaalsetes suhetes, mitteadekvaatses ja puudulikus modulatsiooni- ja kontaktivõimes. Subjektiivne enesetunnetus on raskelt muutunud (ambivalents, ambitendents, autism, depersonalisatsioon). Suhteliselt intaktsed on tajumise, orienteerumise, tähelepanu ja mälu funktsioonid. Lisanduvad mitmesugused meelepetted (hallutsinatsioonid), omapärased käitumisstereotüübid ja kõnelised eripärased. Skisofreenia grupi alajaotusteks on: katatoonia, paranoidne skisofreenia, hebefreenia ja Schizo-

phrenia simplex. Raseduse ajal väga harva tekkinud skisofreenia viib kiiresti tunduvalle isiksuse muundumisele, ilma rasedust otseselt ohustamata.

Maniakaal-depressiivsed psühhoosid

Endogeensed afektpsühhoosid (tsüklotüümia) kulgevad faasiliselt, mispuhul maanilised ja depressiivsed seisundid vahelduvad, võivad ka isoleeritult esineda, tavaliselt ei jäta isiksusse defekte.

Maania on iseloomustatud õnnetundega, enesetunde tõusuga, ideedemaruga, toimekusega, mis raskeil juhtudel võib tõusta suuruseideeks, eufooriaks, tegutsemistungiks ja ägedaks ärritusseisundiks. Raseduse ajal esineb maaniat väga harva.

Depressioon näitab kõiki elamusi ja mälestusi süngelt ja valuliselt. Valitseb kartus ja hirm kuni rahutuseni. Põhiliselt esineb pärsing mõtlemises ja tegutsemises. Isu ja uni on häiritud. Võib esineda süü- ja patustuse- ning vaesumistunne kuni väljakujunenud luuluni. Tajumine, orienteerumine ja tähelepanu on vähe häiritud. Endogeense depressiooni kulg näitab puhuti raseduse poolt tunduvat mõjustatavust (võib paraneda ja halveneda raseduse ajal, võib manifesteeruda esmaselt abordi- ja sünnitusjärgselt jne.). Igal juhul tuleks patsient psühhiaatrilisse raviasutisse üle viia. Üldiselt endogeensed psühhoosid ei ole raseduse katkestuse näidustuseks ega ohusta tekkinud rasedust.

Sümptomaatilised psühhoosid

Sümptomaatilised psühhoosid tekivad somaatiliste haiguste järgselt. Sel puhul on tegu psüühiliste kaasnähtudega somaatiliste haiguste, infektsioonide, intoksikatsioonide, lokaliseeritud krooniliste peajuhaiguste ja endokriinsete häirete korral.

Punaseks niidiks on "psühho-organiline telgsündroom", mille põhiosa moodustab vähem-rohkem väljakujunenud teadvuse

hägustumine (kergest somnolentsusest kuni koomani). Teadvus võib olla ahenenud unenäotauliseks. Iga raskekujuline somaatiline haigus võib psüühika funktsioone dekompenseerida. Tavaliselt somaatilise haiguse algul ja lõpul esineb emotsionaal-hüperesteetiline nõrkusseisund: tähelepanu ja kontsentratsioonivõime langus, ärrituvuse tõus, afektlabiilsus, hirm, unetus, hüpoondrilised kaebused, valmisolek hüsteerilisteks reaktsioonideks. Obligatoorseks põhisümptomiks on seega enam-vähem tugevalt väljakujunenud teadvushäire. Selle kõrval võib esineda erinevaid nüansse olenevalt patsiendi isiksusest ja endogeensest valmisolekust, mis tingib nihkeid skisofreenia ja maanilise või depressiivse sümptomaatika suunas.

Sümptomaatilised psühhoosid esinevad raseduse algul harva, domineerivad just sünnituse ajal ja vahetult pärast sünnitust kõigi võimalike psühhooside hulgas. Neid võib mõnikord kohata preeklampsia ja eklampsia korral. Võivad esineda kartlik rahutus, segasus, desorienteeritus, ajuti akustilis-optilised hallutsinatsioonid, samuti vähem või suurem teadvuse hägustumine kergest unisusest kuni koomani. Nii toonilis-kloonilised krambihood kui ka delirantsed nähud on seostatavad ajuõdeemiga ja koljusisese rõhu tõusuga.

Kui psühhoosi sümptomaatikat ei saa seletada preeklampsiaga-eklampsiaga, tuleb mõelda kesknärvisüsteemi haigustele (entsefaliidid, meningiidid, hemorraagiad, tuumorid). Neil juhtudel on vaja rakendada neuroloogilist diagnostikat ja diferentsiaaldiagnostikat. Akušöörile on oluline sümptomaatilise psühhoosi korral välja selgitada somaatiline põhahaigus, sest et kogu ravi või raseduse katkestamise üritused olenevad mitte niivõrd sümptomaatilise psühhoosi tõigast kui somaatilisest põhahaigusest.

Psühhoosid puerpeeriumis

Psühhoosid raseduse ajal, puerpeeriumis ja laktatsiooniperioodis koondatakse mõistesse "gestatsioonipsühhoosid". Otstarbekas on kliiniliselt eristada raseduspsühhoose postpartaalseist, sest sünnitusjärgsed psühhoosid on palju sage-

damad rasedusaegseist. Gestatsioonipsühhooside frekvensi osas kõiguvad andmed suuresti - 1 : 80 kuni 1 : 2000 (keskmiselt 1 : 400) sünnituse kohta. Rasedus- ja puerpeeriumipsühhooside suhe on 1 : 10 kuni 1 : 20. Juba olemasolevaid psühhoose tavaliselt ei mõjasta ei sünnitus ega selle järgne periood. Seega kliiniliselt suuremat tähtsust omavad puerpeeriumi- ja laktatsioonipsühhoosid, mille kliiniline pilt võib olla väga mitmetahuline. Esineb nii amentsiaalseid, depressiivseid, maniakaalseid kui skisofreenilisi sündroome. Literatuuris on nende hindamine ebaühtlane, sest et rasked sümptomaatilised psühhoosid tunduvate teadvushäiretega on harvemaks muutunud seoses antibiootilise raviga infektsioonpsühhooside korral puerpeeriumis. Kui sünnituse ajal või vahetult selle järgselt esineb psüühilisi häireid teadvuse ähmastumisega kuni teadvusetuseni või delirantsete piltidega, tuleks mõelda ajuverevalumile või tüsistustele senini diagnoosimata ajutuumori poolt.

Kuigi gestatsioonipsühhoose peetakse sümptomaatilisteks, on kindlaks tehtud isiksuse psühhootiliste hälvete ja perekondliku koormatuse sagedamat esinemist võrreldes kontrollgrupiga.

Enamik naisi haaratakse puerperaalsest psühhoosist 25.-35. eluaastais, rohkem kui pooltel juhtudel on tegu esmas-sünnitajatega. Urvides postpartaalse psühhoosi sümptomatoloogiat ja prognoosi manifesteerumise aja järgi, tegi Paulikoff 200-l puerperaalse psühhoosiga naisel katamnestiliselt kindlaks järgmist:

- 1) 1. - 2. sünnitusjärgsel päeval ei esine psühhoosi.
- 2) 2. - 4. päeval tõuseb esinemissagedus järsult. Domineerivad amentsiaalsed, delirantsed ja ekspansiiv-maanilised pildid. Prognoos on hea. Psühhoosid ilmuvad enamasti esmas-sünnitajail ega kordu enam edasistel sünnitustel. Ka hilisemas elus ei esine retsidiive. Psühhoosi kestus on 1 - 3 kuud.
- 3) 5. - 9. päeval, s. o. varapuerpeeriumi lõpul, esinevad suhteliselt harva, on peamiselt katatoonset, stuporooset ja paranoidset tüüpi.

4) 10. - 30. päeval post partum kuuluvad psühhoosid reeglipäraselt endogeense depressiooni tüüpi. Patoplastilis- teks põhjusteks on lahkumine haiglast ja raskused imiku hool- damisega, koduse töö koormatuse tõus.

5) 3 - 4 kuud post partum tekkivad psühhoosid näitavad enamasti skisofreenia kliinilist pilti. Need hilise sünni- tusjärgse manifestatsiooniga psühhoosid omavad iseseisvat, järgnevaist rasedustest sõltumatut kulgu. Puhuti avastatakse naisi, kellel enne rasedust esines psühhootilisi episoode.

Psühhooside ravi rasedail

Nii skisofreeniat kui tsüklotüümiat ravitakse krampra- viga küllalt soodsalt. Enamik autoreid leiab, et ravikrambid ei põhjusta ohtu rasedusele ega riski lootele. Aborte ja loo- tekahjustusi ei ole senini kirjeldatud. Cooper kogus litera- tuurist 73 kasuistilist juhtu, kellel psühhiaatrilistel näi- dustustel oli kasutatud elekterkrampravi II ja III trimest- ril (maksimaalselt 30 seansi). Ainult 1 rasedal 73-st tek- kis heidend. Lapsed olid somaatilisel ja psüühilisel ter- ved. Insuliinravist tuleb raseduse ajal loobuda, sest elek- terkrampravi on suurema toimega ja vähem kahjustav.

Valikraviks on psühhofarmakonid. Kuna kõigi psühhofar- makoloogiliste vahendite korral kasutatakse kestvat, pikaaja- list või ka intervallravi, tekib küsimus, kas selline medi- katsioon raseduse ajal ei võiks lootel põhjustada jäädavaid kahjustusi. On kindel, et vastavad vahendid läbivad platsen- taarse barjääri, kuigi siiani ei ole lootekahjustusi kind- lalt sedastatud. Seega jääb raviprobleem lahtiseks. Igatahes tuleb ravivahendite kõrvaltoimeid raseduse ajal rohkem karta kui väljaspool seda. Antud põhjusel nõuab raseda psühhiaat- riline ravi eriti teravat tähelepanu ja pidevat jälgimist psühhiaatri poolt.

3. Psühhiaatrilised aspektid raseduse katkestuseks ja kontratseptsiooniks

Kuigi psühhiaatrias ei esine haiguspilte, mis raseda tervist tõsiselt kahjustaksid, mängib raseduse katkestus psühhiaatrilistel näidustustel küllalt suurt rolli: $1/3 - 2/3$ kõigist meditsiinilistest näidustustest.

Endogeensed psühhoosid (skisofreenia ja maniakaal-depressiivsed psühhoosid)

Kirjanduse andmeil esines skisofreeniaatakkide korral 6,5 %-l ja tsüklotüümiafaasides 5 %-l naistest ajaline kokkulangevus raseduse esinemisega.

Skisofreenia. Kuigi moodne farmakopsühhiaatriline ravi annab soodsaid tulemusi ka prognostilises mõttes, siiski jääb osal skisofreenseist psühhoosidest ühe või korduvate sөөstude järgselt püsima defektne seisund. Seepärast on ravi põhimõtteks võimalikult hoiduda retsidiivi kordumisest. Kui juba varem seoses rasedusega ja puerpeeriumiga on täheldatud skisofreeniasөөstu ilmutumist ja on oodata sama kordumist ka käesoleva raseduse ajal, tuleks see katkestada. Juba manifesteeruvad psühhoosi ei saa raseduse katkestamisega parandada. Üldiselt annab skisofreenia harva indikatsiooni katkestamiseks.

Maniakaal-depressiivsed seisundid. Vastandina skisofreeniale toimub siin täielik taastumine iga haigusliku faasi järgselt. Kroonilisi kahjustusi ja defektseisundeid ei teki, mispärast ka rasedust ei ole vaja katkestada. Erandiks on raske endogeenne depressioon üldise kurnatusega, mispuhul katkestuse näidustuseks ei ole mööduandev mitte niivõrd psühhiaatriline kui somaatiline seisund.

Epilepsia

Teatavasti genuinne epilepsia progredientse kuluga taandub üha enam sümptomaatiliste vormide eest. Kaasaegne

ravi võimaldab epilepsiat ravida selliselt, et rasedust võib ilma kartuseta lõpuni kanda. Erandiks on olukord, kui juba varemil rasedustel haigusnähud tugevnesid ja kui praeguse raseduse korral on diagnoositud krambivalmidust, mis ei allu medikamentoossele ravile. Katkestamise näidustuseks on ka status epilepticus.

Sümptomaatilised psühhoosid

Sümptomaatilised psühhoosid ei oma indikatsiooni raseduse katkestamiseks. Otsustav on siin põhihaigus. Raseduse katkestamine on õigustatud ainult psüühilise haiguse katastroofilisel kiirenemisel.

Abnormsed isiksused

Abnormsed isiksused ja psühhopaadid ei ole rangelt meditsiiniliselt võttes haiged ega paku põhimõtteliselt näidustust raseduse katkestamiseks.

Mõnel juhul, lähtudes tulevase lapse kasvatamise aspektist, tuleb selliste abnormsete isiksuste korral, eriti kui nad on veel oligofreenikud, rasedus tingimata katkestada.

Abnormsed reaktsioonid (reaktiivsed psühhoosid)

Normaalne naine võib ka raseduse ajal läbi teha mitmesuguseid konfliktseid situatsioone ja neid ületada, mis isegi soodustab isiksuse kujunemist. Abnormsete isikute juures - puuduliku kompensatsioonivõimega või liigselt ja krooniliselt karmide miljööttingimuste korral - pärsitakse adekvaatne harmooniline reaktsioon kas osaliselt või isegi täielikult.

Raseduse katkestamine on vajalik, kui rase ei ole võimeline kroonilist konfliktsituatsiooni lahendama või kui see veelgi teravneks seoses rasedusega, sünnitusega ja emadusega. Abnormsete reaktsioonide korral on raseduse katkestamine inditseeritud just depressiivse sündroomi puhul (suitsiidioht). Depressiivne sündroom võib olla primaarne endogeensete psühhooside korral, aga ka sekundaarne reaktiivse depressi-

ooni näol. Raske on hinnata neid vorme, kus reaktiivne depressioon on vallandunud endogeen-depressiivsel taustal. Teatud juhtudel ka abordi järgselt võib areneda neuroos ja reaktiivne psühhoos enesesüüdistusmõtetega.

Rasedus noortel alla 16 a. on pediaatrilis-psühhiaatriliste kogemuste ja katamnestiliste uurimuste alusel ebasoodus isiksuse edasisele kujunemisele ka psüühiliselt täiesti normaalsete tütarlaste korral (neurootilised depressioonid ja psüühilised arenguhäired), siin oleks vajalik katkestus psüühilise kahjustuse profülaktika seisukohalt.

Päriusmeditsiinilised näidustused

Kuna kaasajani psühhiaatriliste haiguste pärilikkusest on teada väga vähe kindlat, on see probleem tänaseni lahtine.

Skisofreeniasse haigestumise keskmine tõenäosus on umbes 0,7 %, skisofreenikute laste ja õdede-vendade haigestumise võimalikkus on 7 % ja mõlema vanema skisofreenia korral on see lastel 38 %.

Maniakaal-depressiivsete haiguste pärilikkusest ei ole teada midagi kindlat. Frekvents on keskmiselt 0,4 - 1 % piires. Haigestumise tõenäosus lastel ja õdedel-vendadel on 10 %, mõlema vanema haiguse korral on see lastel 20 - 40 %.

Oligofreeniad. Idiopaatilist nõrgamõistuslikkust ei ole olemas. Primaarsesse vaimsesse madalseisu kuuluvad:

- 1) pre-, peri- ja postnataalsed ajukahjustused, mispuhul puudub pärilikkus;
- 2) metaboolse nõrgamõistuslikkuse vormid;
- 3) kromosomaalsed anomaaliad.

Nende intelligentsi madalseisu vormide korral, kus ei saa kindlaks teha ei metaboolseid ega kromosomaalseid häireid ega aju orgaanilisi kahjustusi, on miljööfaktorite ja oletatavate pärilikkustegurite toimed nii tihedalt põimunud, et neid pole võimalik üksteisest eristada. Seega langeb ära teaduslik õigustus diagnoosida kindlat pärilikkust.

Metabool-geneetiliste oligofreeniate korral õnnestus suurelt osalt pärilikkuse käiku välja töötada. Nii näit. on fenüülketonuuria retsessiivselt päritav, esinemissagedus on 1 : 10 000. Türosineemia frekvents on 1 : 2000, tsüstinuurial 1 : 15 000, Wilsoni haigusel 1 : 100 000. Osal neist metabool-geneetilisest häireist võib varasel diagnoosimisel dieediga (fenüülketonuuria) või medikamentooselt (Penicillamin Morbus Wilsoni korral) vältida kesknärvisüsteemi kahjustust.

Tõsiseks probleemiks on leukodüstroofia mitmesugused vormid, mis alati letaalselt lõpevad, sest ravi siiani ei ole. Pärilikkust ei ole veel teada, kuigi on nähtud esinemist perekonniti.

Kromosomaalsete anomaaliade korral on sagedaim sündroom Trisomia 21 (Langdon-Down). Reeglikohaselt on tegu eksogeengeneetiliste häiretega, mis ei ole pärilikud. Ainult "translokatsioonimongolismi" korral 45 kromosoomiga ja "mosaiikvormide" korral tuleb arvestada edasiste arenguanomaaliatega laste võimalust. Neil ja sarnastel juhtudel kindlustab õigeaegse diagnoosi mõlema vanema kromosomaalne tsütogramm.

Epilepsia

Siiani ei ole õnnestunud epilepsia pärilikkust täpselt välja selgitada. Oletatakse pärilikkuse tõenäosust kuni 10 %, Lennox'i andmeil 1000 inimese kohta haigestus 3 - 5 epilepsiasse. Umbes 6 - 8 % genuinse epileptiku lastest, 4 % õdedest-vendadest ja 1 - 2 % onude-tädide lastest haigestub uuesti epilepsiasse. Näib, et pärilik on organismi krambivalmidus, mitte haigus ise. Seega reeglikohaselt ei esine pärivus-meditsiinilist näidustust raseduse katkestamiseks, välja arvatud erivormid.

Reversiibel ja irreversiibel kontratseptsioon

Tavalises korras soovitatakse arsti poolt reversiiblit kontratseptsiooni (mehaaniline, keemiline, hormonaalne). Kui

on vaja kestvate toimet ja reversiiblid vahendid ei ole teostatavad või ei anna efekti, on näidustatud irreversiibel kontratseptsioon e. sterilisatsioon. See peab olema objektiivselt näidustatud kaasaegse med.-teaduste tasemel, vältima ema tervise-elu ohustamise ja olema vabatahtlik. Irreversiibel kontratseptsioon on hügieenilisem korduvast katkestusest. Tuleb aga arvestada, et sterilisatsioon võib omada ebasoodsat toimet naise psüühikale ja seda rohkem, mida abnormsem on isiksus. Lõpuks olgu öeldud, et arvestades kaasaegse kontratseptsiooni rikkalikku arsenalit, ei teki praktiliselt vajadust irreversiiblilise kontratseptsiooniks ja võib täiesti toime tulla reversiibliliste rasedusvastaste vahenditega.

IX. GÜNEKOLOOGILISED HAIGUSED JA RASEDUS

1. Günekoloogilised põletikud ja rasedus

Tupepõletik (vaginitis, colpitis). Raseduse ajal täheledatakse suhteliselt sagedamini rohkemini tupevoolust (fluor vaginalis), mis on tingitud põletikulisest protsessist. Vaginiidi kujunemist soodustavad raseduse puhul toimuvad muutused tupe limaskestast: kudede kohevus, subepiteliaalsete kapillaaride läbilaskvuse suurenemine, tupe epiteeli glükogeenisisalduse tõus.

Rohke põletikulise tupevooluse sattumine välisgenitaalidele võib siin põhjustada matseratsiooni ja anda samaaegselt välissuguelundite põletiku ehk vulviidi (vulvitis). Sellisel juhul on tegemist sekundaarse vulviidiga, see tähendab, et eelnes tupepõletik. Primaarseid vulviite (põletikuline protsess algas välisgenitaalidel) esineb suhteliselt harva. Soodustavateks teguriteks on isikliku hügieeni reeglite mittetäitmine, kuid samuti mõningad haigestumised (näit. diabetes mellitus).

Vulviidile on iseloomulik punetus ja kipitustunne või kihelamine välisgenitaalide piirkonnas.

Allpool esitame lühidalt kolpiidi kliinilise pildi vastavalt tema tekitajale.

Colpitis trichomonalis. *Trichomonas urogenitalis*'e poolt esile kutsutud tupepõletik raseduse ajal kulgeb ägedalt. Patsiendid kaebavad rohke tupevooluse üle, mis põhjustab kipitus- ja kihelustunde välisgenitaalide piirkonnas. Trihhomoonosi täheldatakse sageli, kuni 20 %-l rasedaist, sealjuures ei tohi unustada, et mainitud põletik ei paikne ainult tupe, vaid sama tekitaja võib üheaegselt infitseerida ka kusepõie. Sellisel juhul esinevad rasedal ka urineerimishäired. 5 - 10 %-l rasedaist, kel on diagnoositud trihhomoonosi, võib samaaegselt diagnoosida ka tupe mükoosi.

Trihhomonaalse kolpiidi diagnoos ei ole tavaliselt raske. Günekoloogilisel läbivaatusel on sedastatav rohke vahutav, roheka varjundiga tupevoolus, tupelimaskest on põletikuline, võib kaasneda sekundaarne vulviit. Igapäevases töös kasutatakse diagnoosi püstitamiseks mikroskoopilisi uurin-guid. Natiivpreparaadist, millele on lisatud tilgake soojendatud füsioloogilist lahust, otsitakse tekitajat. Uuringu ma-terjal on võetud tupe tagumisest võlvist. Käsitletav algloo-make on liikuv, mis võimaldab tema diagnoosimist natiivpreparaadis. Preparaadis on samaaegselt rohkelt leukotsüüte, tupe puhtuskraad on IV. Selline natiivpreparaadi uuring kindlustab õige diagnoosi 70 %-l juhtudest. Täpset diagnoosi võimaldavad uuringud söötmel, seepärast tuleb neid senisest märgatavalt laiemalt kasutada.

Kaasajal on efektiivseimaks ravivahendiks trihhomoonosi korral metronidazolium (*trichopolium*, clont, flagyl). Mainitud preparaati võib ordineerida lokaalselt pulbrina, toimivam on see aga suukaudsel manustamisel. Kuid raseduse ajal ei tohi metronidasooli ordineerida per os enne 12. - 14. rasedusnädalat. Viimasest tuleb kinni pidada vaatamata sellele, et selle preparaadi teratogeenset toimet pole täheldatud.

Raviefekt on hea. Samaaegselt tuleb ravile allutada ka patsiendi abikaasa.

Vaginitis mycotica. Seenkolpiite täheldatakse raseduse ajal suhteliselt sageli. Esinemissagedus rasedail tõuseb 30 - 40 %-ni. Valdaval enamusel on tekitajaks candida. Seenkolpiidi esinemist on märgatud sagedamini korduvsünnitajail.

Seenkolpiidi korral on iseloomulik leid läbivaatusel: tupe limaskest punetab, on turses, kohati valkjashallikad katud limaskestal. Need katud on kergesti eemaldatavad. Eemaldamisel katu aluspind veritseb kergelt. Tavaliselt põhjustab seenkolpiit rohkenenud tupevoolust, kipitustunnet ja vaevavat kihelust tupe ja välissuguelundite piirkonnas.

Seenkolpiit võib kulgeda latentselt, ilma eriliste vaevusteta. Günekoloogilisel läbivaatusel pole alati iseloomulikud katud sedastatavad.

Tupe äigepreparaadi mikroskopeerimine pole küllaldane õige diagnoosi püstitamiseks, kuna annab ainult 30 %-l õige vastuse. Diagnoosimisel on vaja kasutada vastavaid söötmeid, mis kindlustab õige diagnoosi.

Raviks kasutatakse edukalt nüstatini (nystatinum). Kui nimetatud preparaat üksikutel juhtudel on efektiivne, soovita- takse ordineerida candididin'i).

Kõik juhud tulevad allutada ravile, ka need, mis kulge- vad latentselt, kuna vastasel juhul võib ema infitseerida vastsündinu.

Bakteriaalsed tupepõletikud. Tupepõletikud raseduse pe- rioodil võivad olla esile kutsutud mitmesuguste bakterite poolt. Tuleb silmas pidada, et bakteriaalse tupepõletiku kor- ral võib põletikuline protsess astsendeeruda ja olla koorio- niidi (chorionitis) põhjuseks, samuti põhjustada sünnitus- järgseid infektsioone.

Mittespetsiifilistest põletikutekitajaist on tupepõle- tike korral täheldatud sagedamini streptokokke. Sellise tu- pepõletiku etioloogiat saab kindlaks teha ainult tupe- sisal- dise bakterioloogilisel uurimisel. Bakterioskopiiline tupe- sisaldise uuring pole piisav.

Sellise bakteriaalse tupepõletiku korral ordineeritakse lokaalselt antibiootikumi, millele leitud bakter on tundlik.

Tupepõletiku põhjustajaks võib olla ka haemophilus vaginalis. Viimast on leitud 14 - 16 %-l kõigist rasedaist. Patsiente häirib sellise põletiku korral rohke tupevoolus. Bakterioskoopilised uuringud kindlustavad diagnoosi kuni 70 %-l juhtudest. Bakterioloogilised uuringud on märgatavalt täpsemad. Ravi on andnud häid tulemusi terramütsiini lookaalsel manustamisel.

Vaginitis gonorrhoeica gravidarum. Ei tohi unustada, et tupepõletik raseduse ajal võib olla põhjustatud gonokokkidest. Meil on eranditult kõik rasedad uuritud gonorröa suhtes. Kui raseduse edaspidises käigus tekib tupepõletik rohke mädase voolusega, korrata uuringuid. Üldiselt tuleb pidada kinni nõudest, et kolpiidi korral tuleb rasedat ilmtingimata uurida ka gonorröa suhtes paralleelselt teiste teostatavate uuringutega (vt. lk. 15).

Tupepõletikku võivad esile kutsuda anaeroobsed mikroobid. Sellise põletiku etioloogia selgitamine on raske ja õnnestub ainult bakterioloogiliste meetodite rakendamisel. Ravi osas puuduvad kindlad soovitusel.

Viirusliku kolpiidi põhjustajaks võib olla viirus. On õnnestunud põletiku põhjustajana diagnoosida herpes virus hominis typ 2 (W. Josey jt., 1966).

Tupepõletikke on täheldatud ka herpes simplex genitalia'e esinemisel. Viimase korral tekivad tupes ja vulval väikesed villikesed, mis lõhkemisel annavad haavandeid. Samaaegselt suurenevad ja muutuvad valulikuks inkvinaalsed lümfisõlmed. Kui tavaliselt protsess kestab 2 - 3 nädalat, siis raseduse ajal võivad haigusnähud püsida kauem.

Juhul kui esineb diagnostilisi raskusi, tuleb täiendavalt teostada tsütoloogilisi virooloogilisi uuringuid.

Tuleb silmas pidada, et sellise viirusliku protsessi korral võib infitseeruda vastsündinu. Kirjanduse andmeil võib herpes simplex genitalis olla iseenesliku raseduse katkemise põhjuseks (Z. Naib jt., 1970).

2. Uudismoodustised ja rasedus

Emakamüoomi (myoma uteri) esinemissagedus rasedail on 0,5 - 1,0 %. Rasestumine võib toimuda nii subseroosete, intramuralsete kui ka submukoosete müoomisõlmede korral.

Raseduse kulus võib täheldada kõrvalekaldeid, mis on sõltuvuses müoomi suurusest ja tema lokalisatsioonist. Väikesed subseroossed ja intramuralsed sõlmed tavaliselt ei põhjusta raseduse ja sünnituse patoloogiat.

Raseduse diagnoos võib olla raskendatud, kui emakas on müomatoosselt muutunud. Sellistel juhtudel tuleb kasutada bioloogilisi või immunoloogilisi meetodeid raseduse diagnoosimiseks raseduse esimestel kuudel ja hiljem röntgenuuringuid alates 6. kuust.

Komplikatsioonidest täheldatakse müoomisõlmede suurenemist seoses rasedusega, rasedused katkevad iseeneslikult suhteliselt sagedamini. Sagedamini täheldatakse ka loote asendi anomaaliat (risti- ja pökiseisud, vaagnaotsseisud). Raseduse tehislik katkestamine võib tüsistuda müoomisõlme nekroosiga. Sünnituse käigus võib väikeses vaagnas paiknev müoomisõlm olla mehaaniliseks takistuseks loote sünnil. Täheldatakse sünnitustegevuse nõrkust, suuremat verekaotust sünnituse III perioodis emaka hüpotoonia tõttu, samuti platsenta irdumise anomaalia tõttu. Sünnitusjärgsel perioodil võib kujuneda müoomisõlme nekroos. Tuumori nekroosi korral kaebab patsient valusid, temperatuur tõuseb, täheldatakse häireid naaberelundite talitluses, veres on iseloomulikud nihked. Puerpeeriumis võib submukoosne müoomisõlm sündida.

Seoses sellega, et müoom võib olla raskete tüsistuste põhjuseks raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgsel perioodil, vajavad need patsiendid erilist tähelepanu ja hoold.

Ovariaalseid tuumoreid (Tumor ovarii) täheldatakse 1 kord 1000 raseda kohta. Esinemissageduselt on esikohal munasarja tsüstoomid (cystoma ovarii), mis moodustavad 54 % kõigest täheldatavaist healoomulistest kasvajaist, teisel kohal on dermoidid - 35,1 %. Pahaloomulisi munasarjakasvajaid ra-

seduse ajal on täheldatud harva. Seda seostatakse ealiste iseärasustega: nimelt on pahaloomuliste ovariaalsete tuumorite esinemissageduse kõrgpunkt 50. - 60. eluaastais.

Rasedus võib munasarja healoomulise tuumori korral kulgeda tüsistusteta, kuid võivad kaasneda ka rasked komplikatsioonid.

Tuumori diagnoos raseduse esimestel kuudel ei põhjusta tavaliselt raskusi. Tsüstoom on palpeeritav bimanuaalsel läbivaatusel emakast külje pool, ta on siledapinnaline, elastne, liikuv. Dermoid paikneb tavaliselt emaka ees, on samuti liikuv. Ovariaalse tuumori diagnoos raseduse suurenedes võib olla raske. Suur emakas varjab ovariaalse tuumori, viimane võib paikneda emaka taga.

On iseloomulik, et ovariaalne healoomuline tuumor raseduse ajal tavaliselt ei suurene.

Ovariaalse tuumori diagnoosi püstitamise järel peab järgnema ravi, mis on healoomuliste tuumorite korral operatiivne. Teostatakse tuumori eemaldamine (exstirpatio tumoris, ovariotoomia). Soodsaim aeg operatsiooni teostamiseks on raseduse 4. kuu, mil platsenta on juba kujunenud, kollaskeha oma tähtsust minetamas. On teada kasuistilisi juhte, kus sellise raseduse suuruse juures või hiljem on teostatud bilateraalne ovariotoomia ja rasedus kulges normaalselt edasi. Üldiselt kehtib seisukoht, et juba elujõulise lapse korral teostatakse keisrilõige ja ovariotoomia.

Operatsiooni ajal tuleb alati selgusele jõuda, kas tuumor on healoomuline või pahaloomuline. Viimasest sõltub operatsiooni ulatus ja järelravi.

Raseduse ajal on alati vaja teostada healoomulise munasarjakasvaja operatsioon, kuna ka healoomuline kasvaja võib olla raskete tüsistuste põhjuseks. Komplikatsioonideks on raseduse ajal või sünnitusjärgsel perioodil tuumori pöördumine jalal, mis annab nn. akuutse kõhu pildi. Tuumori pöördumist täheldatakse kuni 15 %-l juhtudest.

Võib toimuda tuumori ruptuur, tuumor võib pitsuda väiksesse vaagnasse. Kuid ei tohi unustada võimalust, et tuumoris toimub malignisatsioon.



Joonis 2. Munasarjakasvaja ja rasedus.

Prognosis healoomulise ovariaalse tuumori korral, mis on allutatud operatiivsele ravile, on nii ema kui lapse suhtes hea.

Emakakaela kartsinoomi (carcinoma colli uteri) täheldatakse raseduse ajal harva - 0,03 - 0,06 %-l rasedaist. Vaatamata sellele, et ta harva esineb, on ta siiski pahaloomulistest kasvajatest raseduse ajal kõige sagedamini täheldatav. Seetõttu on ilmtingimata vaja kontrollida igal rasedal tupepeeglitega emakakaela ja kõige väiksemategi muutuste korral täpsustada diagnoos.

Meile on hästi teada, et emakakaela kartsinoom algstaadiumis kulgeb tagasihoidliku sümptomatoloogiaga. Esimesteks kaebusteks on rasedal seroos-verine tupevoolus, määriv vereeritus, mädase iseloomuga voolus, kontaktverejooksud, verejooksud sünnituse kaigus, eriti III perioodis, suurenenud vereeritus puerpeeriumis, valud.

Emakakaela kartsinoomi diagnoos püstitatakse kolposkoopia, tsütodiagnostika ja patoloogilis-nistoloogilise uuringu alusel.

Arvamus, et emakakaela kartsinoom raseduse ajal areneb

T a b e l 1

Emakaela kartsinoomi raviskeem olenevalt tema staadiumist
ja raseduse kestusest (W. Möbius, 1972)

Stadium	Rasedus kuni 3 kuud, abordijärg- ne periood	Rasedus 4 - 6 kuud	Rasedus 7 - 10 kuud	Sünnitusjärgne periood
I, II	Radikaalne ope- ratsioon Kiiritusravi	Radikaalne ope- ratsioon Kiiritusravi	Kelsirilõige Radikaalne ope- ratsioon Kiiritusravi	Radikaalne ope- ratsioon Kiiritusravi
III, IV	Kiiritusravi Abraasio	Emaka supravagi- naalne amputat- sioon Kiiritusravi	Keisrilõige Kiiritusravi	Kiiritusravi

kiiremini tavalisest, pole end õigustanud. Kõll on aga teada, et sünnitus on tõukejõuks emakakaelal paikneva kartsinoomi kiiremaks arenguks, Kartsinoomi lokaalset vohamist soodustab emakakaela avanemine ja tema trauma sünnituse käigus. Puerpeeriumis kujunevad seetõttu kiirelt metastaasid. Viimast tuleb arvestada ravi määramisel.

Ravi sõltub emakakaelavähi staadiumist ja raseduse suuruselt (tabel 1). Ravile allutatakse kõik patsiendid, loote elujõulisust ei arvestata. See tähendab, et elujõuetu loote puhul ei viivitata ega oodata perioodi, kus loode oleks juba elujõuline.

Radikaalne operatsioon Wertheim-Schauta järgi teostatakse raseduse ajal ainult emakakaela vähi I ja II staadiumi korral.

Radikaalne operatsioon, mida teostatakse, on alljärgnev: eksstirpeeritakse emakas koos emakamanustega. Eemaldatakse regionaarsed lümfisõlmed ja emakat ümbritsev sidekude. Autorite järgi nimetatakse seda Wertheimi või Wertheim-Schauti operatsiooniks.

Prognosis emakakaelavähi korral raseduse ajal on ebasoodne.

Põhilise tähtsusega vähivastases võitluses on profülaktika. Tuleb regulaarselt teostada profülaktilisi elanikkonna läbivaatusi. Kõik prekantseroossed seisundid tuleb õigeaegselt allutada ravile. Emakakaela osas on see suhteliselt lihtne, kuna günekoloogilisel läbivaatusel võib kohe sedastada muutusi emakakaelal.

3. Väärarengud ja rasedus

Patsiendid võivad väärarengute korral, nagu seda on vagina septa, uterus arcuatus, uterus bicornis, uterus et vagina duplex, uterus unicornis, uterus bicornis cum cornu rudimentarius rasestuda. Raseduse ja sünnituse kulus, sõltuvalt väärarengu iseloomust, võib täheldada rida iseärasusi.

Vagina septa korral kulgeb rasedus iseärasusteta. Ka sünnituse käigus ei põhjusta ta erilisi kõrvalekaldeid. Kui

tekib oht vaheseina rebenemiseks, siis tavaliselt lõigatakse ta läbi, vajadusel ligeeritakse. Tupes võib täheldada liitelisi muutusi, mis on kujunenud lapseõlves põetud kolpiidi korral. Selliseid kolpiite täheldame lastenakkuste (difteeria, leetrid, sarlakid, tuulerõuged) traumade tulemusena. Liitelised muutused võivad olla nii ulatuslikud, et tupe ahenemise tõttu ei ole võimalik sünnitus per vias naturales ja tuleb teostada keisrilõige.

Uterus arcuatus'e ja uterus bicornis'e korral täheldatakse sagedamini loote põiki- ja ristiseise. Iseeneslikke aborte ja enneaegseid sünnitusi on selliste emaka väärarengute korral täheldatud sagedamini.

Juhtudel, kus on diagnoositud uterus unicornis, täheldatakse samuti sagedamini iseeneslikku raseduse katkemist, enneaegset sünnitust, esmast sünnitusjõudude nõrkust.

Rasket tüsistuste põhjuseks võib olla raseduse areng emaka rudimentaarses sarves. Viimane tavaliselt pole emaka-



Joonis 3. Rasedus emaka rudimentaarses sarves.

õõnega ega tupega ühenduses (joon. 3). Selline rasedus kulgeb analoogiliselt emakavälisele rasedusele. Lootemuna arenguks pole rudimentaarses sarves vajalikke tingimusi. Lootehoidla rebeneb, kaasneb profuusne ema elu ohustav verejooks kõhuõõnde, rasedus katkeb. Raseduse katkemine toimub tavali-

selt 3. - 4. kuul. Harva areneb rasedus lõpuni. Sellistel juhtudel toimub tavaliselt ruptuur sünnituse käigus, mis samuti põhjustab eluohtlikku verejooksu.

Emaka sellise väärarengu diagnoos raseduse ajal on raske. Mitte alati ei õnnestu emaka teist sarve välja palpeerida.

Ravi on operatiivne. Rudimentaarne sarv eemaldatakse.

X. ENDOKRINOLOOGILISED HAIGUSED JA RASEDUS

Kaasajal on kerkinud päevakorrale naise generatiivne funktsioon mitmesuguste endokrinoloogiliste haigestumiste korral. Probleemi aktuaalsus on kahtlemata sõltuv sellest, et meie teadmised endokrinoloogiliste haiguste olemusest on viimaste aastakümnete vältel märgatavalt täienenud.

Endokrinoloogiliste haiguste korral peab arst olema informeeritud paljudes küsimustes. Kas patsient üldse on võimaline raseduma, missugune on raseduse, sünnituse, sünnitusjärgse perioodi võimalik kulg? Ääretult oluline on teada, kas rasedus, sünnitus, laktatsiooniperiood mõjustavad haigestumise kulgu ja milline on vastsündinu seisund ema haigestumise korral. Mitte alati pole meil võimalik anda ammendavat vastust tõstatatud küsimustele, kuid me peame selle poole püüdma.

1. Kilpnäärmehaigused ja rasedus

Kaasajal on teada otsene seos kilpnäärme seisundi ja raseduse kulu vahel. Kehtib seisukoht, et raseduse normaalseks arenguks osutuvad vajalikuks kindlasuunalised nihked kilpnäärme talitluses. Raseduse ajal täheldatakse kilpnäärmes nii morfoloogilisi kui funktsionaalseid muutusi.

Raseduse ajal kilpnääre suureneb, kuid mitte kõigil. Teatud rajoonides täheldatakse sellist raseduspuhust hüpertroofiat sagedamini.

Näärme funktsionaalne aktiivsus tõuseb. Tõuseb radioaktiivse joodi (I^{131}) neeldumine (Z. Tšiladze, 1957, 1958) joodisisaldus veres tõuseb (P. Grosblat, 1959). Viimast vaadeldakse kui kompensatoorse hüpertroofia näitajat.

On jõutud järeldusele, et raseduse säilitamiseks ja arenguks on ilmtingimata vajalik kõrgeenenud türoksiiniproduksioon (M. Saks, 1939).

Sünnitusabi andjatele on hästi teada, et kilpnäärme patoloogia korral võib täheldada kõrvalekaldeid raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgsel perioodil. On teada, et need kõrvalekalded võivad esineda nii eutüreoidse, hüpötüreoidse kui hüpertüreoidse kilpnäärmehaiguse korral.

Mõnede autorite tähelepanekute kohaselt tõuseb iseeneslike abortide ja enneaegsete sünnituste arv (P. Kolarov, S. Dokumov, 1962; N. Anastasjeva, 1960). Puudub ühtne seisukoht rasedustoksikooside esinemissageduse osas. Nii eksisteerib arvamus, et kilpnäärme haigestumiste korral sagenevad raseduse II poole toksikoosid (P. Kolarov, S. Dokumov, 1962). Raseduse II poole toksikooside esinemissageduse langust on täheldanud N. Bakšejev ja A. Bakšejeva (1955).

Sünnituse käigus on täheldatud järgnevaid kõrvalekaldeid: sünnitusjõudude nõrkust (P. Kolarov, S. Dokumov, 1962), suurenenud verekaotusi sünnituse III perioodis (M. Pagliari, 1955), tavalisest kiiremat sünnituskulgu ja vähemat verekaotust sünnituse III perioodis (B. Gurtovoi, E. Laptieva, 1958).

On täheldatud madalamat sünnikaalu (N. Bakšejev, A. Bakšejeva, 1955; V. Udod, 1950), sagedamat väärarengute esinemist (N. Bakšejev, 1955).

Neile patsientidele on iseloomulik vaegpiimasus.

Suurt tähelepanu väärib küsimus, mil määral mõjustab rasedus kilpnäärme seisundit patoloogia korral. Valdav enamus autoreid asub seisukohal, et türeotoksikoos võib nii paraneda kui halveneda patsiendi rasestudes (E. Kvater, 1961; U. Nitschke, 1961 jt.). L. Seitz on täheldanud 60 %-l difuusse toksilise struumaga patsientidel seisundi halvenemist, ülejäänutel seisund ei muutunud või isegi paranes. I. Haveir on täheldanud türeotoksikoosi raskete vormide kor-

ral patsiendi seisundi halvenemist. Kirjandusest võib leida ka arvamuse, et enamusel juhtudel seoses rasedusega türeotoksikoosi kulg ei halvene (W. Becker, P. Sudduth, 1959).

Tartu Kliinilise Sünnitusmaja baasil on teostatud uurimus raseduse ja sünnituse kulust patsientidel, kes olid arvel struumatõrje dispanseris ja kel oli diagnoositud türeotoksikoosi või eutüreoidset struumat. Meie vaatlusalustel patsientidel ei esinenud iseeneslikke aborte ja enneaegseid sünnitusi sagedamini võrreldes kontrollrühmaga. Raseduse I poole toksikoosi (kerged ja keskmise raskusega) võis täheldada mõnevõrra sagedamini. Raseduse II poole toksikoosi esinemissageduses meie muutusi ei sedastanud.

Sünnitused kulgesid meie patsientidel eriliste kõrvalekalleteta normist. Sünnitusjärgsel perioodil esines valdaval enamusel hypogalactia.

Sünnitusmaja andmeil on vastsündinud tütarlaste kaal keskmiselt 3483 ja poiste kaal 3646 g (V. Fainberg, 1969). Meie poolt vaadeldava kontingendi vastsündinute kaal ei erinevad statistiliselt sünnitusmaja keskmisest.

Raseduse perioodil ei täheldanud me vaatlusalustel türeotoksikoosi süvenemist. Patsiendid olid pidevalt nii akušööri kui endokrinoloogi järelevalve all. Pidasime kinni üldtuntud reeglist, et raseduse ajal ei tohi ordineerida türeostaatilisi preparaate ega radioaktiivset joodi.

Kilpnäärme operatiivne ravi raseduse ajal on lubatud, kui selleks esineb vajadus.

2. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus on üks sagedamini esinevatest endokrinoloogilistest haigustest. Varem, kui insuliinravi polnud veel kasutusele võetud, oli enamusel neist patsientidest häiritud ovariaalne generatiivne funktsioon ja nad ei rasedunud. Eduka diabeediraviga on tunduvalt vähenenud generatiivse funktsiooni häired.

Diabeedi diagnoos raseduse perioodil on raske. Teatavasti esineb ka tervetel rasedatel glükosuuriat ja laktosuu-

riat. Diagnoosi püstitamisel tuleb arvestada järgmisi momente:

- pärilik koormus;
 - glükosuuria, mille puhul eritub glükoosi üle 20 mg ööpäevas, atsetonuuria kaasumine, pruuritus;
 - habituaalsed abordid, eelnenud surnultsündivus, väära-arengud;
 - suure kaaluga lapsed (sünnikaal üle 4 kg) anamneesis.
- Lõpliku diagnoosi püstitamiseks on vaja määrata süsivesikute tolerantsus.

Raseduse ajal esinevad diabeedihaigeil iseloomulikud muutused ainevahetuses. Esimese 3 kuu vältel paraneb süsivesikute tolerants. Võivad kujuneda isegi hüpoglükeemilised seisundid. Seega insuliinivajadus raseduse esimesel kolmel kuul väheneb. Seevastu alates 4. kuust, kui on kujunenud juba platsenta, insuliinivajadus suureneb. Tõenäoliselt on see seotud platsentas produtseeritud kooriongonadotropiiniga.

Rase, kel on diagnoositud diabeet, peab olema pidevalt nii endokrinoloogi kui akušöör-günekoloogi kontrolli all. Diabeet võib olla raseduse ajal tõsiste komplikatsioonide põhjustajaks.

Diabetes mellitus'e korral täheldatakse sagedamini raseduse iseeneslikke katkemisi. Raseduse iseeneslik katkemine toimub suhteliselt sagedamini 20. - 28. nädalal. Raseduse iseeneslik katkemine on otseses sõltuvuses ordineeritud diabeediravi efektiivsusega. Õige raviga on võimalik vältida raseduse katkemist. Atsidoosi kujunemine, komatoosne ja prekomatoosne seisund soodustavad raseduse katkemist.

Raseduse esimese poole toksikoosse esineb neil haigetel mitte sagedamini kui teistel. Seevastu raseduse II poole toksikoos esineb neil sageli ja kulgeb raskelt. Sellist sagedat raseduse II poole toksikooside esinemist seostatakse hormonaalsete nihetega. Nimelt on diabeediga patsientidel täheldatud kooriongonadotropoose hormooni produktsiooni suurenemist, östrogeenide nivoo langust ja samuti progesterooni produktsiooni langust. Kindlat seisukohta, kas rasedustoksikooside ja diabeedi raskusastme vahel on seost, pole. Nefro-

paatiale kaasneb sageli retinopaatia. Nefropaatia korral täheldatakse enneaegset sünnitust, loote intrauteriinset hukkumist. Halb on prognoos lootele, kui emal on pikka aega kestnud diabeet, on kujunenud nefropaatia ja retinopaatia.

Nendel patsientidel täheldatakse sagedamini kuseteede infektsioone. Sagedased on kroonilise kuluga põelonefriidid, mis annavad ägenemisi. Viimane raskendab nefropaatia kulgu. Et õigeaegselt põelonefriiti diagnoosida, soovitatakse neil patsientidel teostada vähemalt iga 2 nädala järele uriini sademe uuring ja uuring uriini bakterisisalduse osas, s.t. selgitada bakteriuria olemasolu. Ka asümptomaatiline bakteriuria allutada ravile.

Diabeedi korral on alati olemas oht retinopaatia kujunemiseks. Diabeetilise retinopaatia kujunemist raseduse ajal täheldatakse 4,3 %-l patsientidest.

Iseloomulikuks komplikatsiooniks on hüdrarnion, mida täheldatakse 20 - 30 %-l haigetest. Miks kujuneb selline liigveesus, pole käesoleva ajani teada. Kuid teame, et eduka insuliinravi korral võime seda vältida või vähendada (M.Worm, 1958).

Hase, kel on diagnoositud diabeet, tavaliselt hospitaliseeritakse korduvalt vajalike analüüside teostamiseks ja ravi määramiseks. Sageli on neil komplikatsioonid, mis vajavad ravi statsionaaris. Vajalikuks peetakse enne sünnitust neid hospitaliseerida mitte hiljem kui 34. rasedusnädalal. Suur oht on raseduse lõpuperioodil lootele: loode võib üsasiseselt hukkuda. Viimast põhjustab platsenta puudulikkus.

Raseduse lõpul kasutatakse loote seisundi hindamiseks alljärgnevat meetodeid.

1) Määratakse raseda ööpäevases uriinis östrogeensete hormoonide sisaldus. Östrogeensete hormoonide sisaldus diabeedi korral on üldiselt madalam. Järsk langus on prognostiliselt halb. Viitab loote intrauteriinse hukkumise võimalusele.

2) Kasutatakse elektrofonokardiograafi abi.

3) Teostatakse amnioskoopia.

Kui loode on ohustatud, kerkib küsimus raseduse lõpetamisest operatiivselt. Real juhtudel on see ainuke võimalus saada elusat last.

Perinataalne surevus diabeedi korral on kõrge - 30 - 40 %, sellest pooled hukuvad intrauteriinselt nii enne sündimist kui sünnituse käigus.

Sünnitus komplitseerub sageli sellest, et looted on suured, kaaluvad üle 4 kg ka esmassünnitajail. Miks diabeedi korral on tegemist suurte loodetega, pole selge. Võib-olla on siin tegemist intrauteriinse glükoosiga ületoitmiseega. Kaasajal asub valdav enamus autoreid seisukohal, et põhjused peituvad somatotroopse hormooni kõrgeenenud produktsioonis.

Varjatud diabeedi puhul täheldatakse samuti suurekaalulisi vastsündinuid. Kaasajal kehtib seisukoht, et kõiki emasid, kel on olnud suurekaalulised vastsündinud, tuleb hiljem uurida diabeedi suhtes. Neil tuleb määrata süsivesikute tolerantsus.

Seoses võimalike komplikatsioonidega, mida võib kaasa tuua rasedus diabeedihaigel, tuleb langetada otsus, millisel juhul tuleb rasedus katkestada. Iga patsiendi puhul otsustatakse individuaalselt. Tuleb mõelda raseduse katkestamisele, kui esinevad rasked diabeedi vormid, kus rasedusele on eelnenud progresseeruv retinopaatia, krooniline põelonefriit; kui eelmine rasedus on komplitseerunud nefropaatia ja retinopaatia, kui mõlemad abikaasad põevad diabeeti.

3. Neerupealiste patoloogia ja rasedus

Neerupealiste alatalitluse korral kujunevad häired valgu-, rasva- ja süsivesikute ainevahetuses. Raskeimaks vormiks on morbus Addisoni. Kirjanduses on suhteliselt vähe andmeid raseduse kulust patsientidel, sest need raseduvad harva. On jõutud seisukohale, et rasedus neerupealiste puudulikkuse korral ohustab otseselt ema elu, samal ajal on ohustatud ka loode. Loote areng on esmajoonel sõltuv ema seisundist raseduse ajal. Kui saavutatakse kompensatsioon

neerupealiste talitluses sel perioodil, siis sünnivad terved lapsed.

Neerupealiste kõrgeenenud talitlusega on tegemist sündroma Itsenko-Cushingi korral. Sündroomi täheldatakse harva. Nendel patsientidel on sageli häiritud ovariaalne generatiivne funktsioon ja nad ei rasestu. Kuid rasestumine võib toimuda ka raskete haigusjuhtude korral. Raseduse korral kaasneb rida tõsisemaid tüsistusi. Emal esineb hüpertoonia, kaasneb platsenta puudulikkus, loode hukkub, täheldatakse verejookse. Haige seisund halveneb.

Kui patsiendi seisund on selline, et ta vajab ravi raseduse perioodil põhihaiguse osas, siis peetakse vajalikuks rasedus katkestada (sündroma Itsenko-Cushingi korral).

KASUTATUD KIRJANDUS

- Becker, W., Sudduth, P. Ann. Surg. 1959, 149, 6, 867.
- Kraatz, H. Stoeckels Lehrbuch der Geburtshilfe. 14. Auflage. Jena, 1967.
- Kyank, H., Gülzow, M. Erkrankungen während der Schwangerschaft. Leipzig, 1966; 1972.
- Kyank, H., Sommer, K.H., Schwarz, R. Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig, 1971.
- Merger, R., Levy, J., Melchiar, J. Précis D'obstetrique Masson et O. Paris, 1961.
- Möbius, W. Erkrankungen während der Schwangerschaft. Leipzig, 1972.
- Pagliari, M. Minerva Gynec. 1955, 8, 54.
- Piver, M.S. J. Spezia Obstetr. Gynec. 1968, 32, 765.
- Pschyrembel, W. Praktische Geburtshilfe. 12. u. 13. Auflage. Berlin, 1967.
- Анаотасьева Н.В. Некоторые данные о применении кортикостероидов в акушерстве. Автореф. дисс. докт. наук. Томск, 1968.
- Азлецкая-Романовская Е.А. Гипертоническая болезнь и беременность. М., 1963.

- Бакшеев Н.С., Бакшеева А.А. Ужгородский гос. ун-т. Научные записки, 1955, № XV, 97.
- Беккер С.М. Патология беременности. Л., 1970.
- Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Акушерство. М., 1970, 271-283.
- Гросблат Р.Ш. Зобная болезнь. Киев, 1959, 327.
- Гуртовой Б.Л., Даптиева Е.Д. Вопросы акуш. и гинек. Сталинабад, 1958, 47.
- Хакимова С.Х. К этиологии и патогенезу железодефицитной анемии у беременных. - Акуш. и гинек., 1971, 6, 3-10.
- Закс М.Г. Бюлл. exper. биол. и мед. 1939, VII, 6, 526.
- Дехтярь Е.Т. Острый аппендицит у беременных. М., 1971.
- Иванов Т.И. Аппендицит у беременных. М., 1968.
- Кватер Е.И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинек. М., 1961.
- Коларов П., Докумов С. Пробл. эндокр., 1962, 3, 119.
- Панченко Н.А. Анемия беременных. Акушерская и экстрагенитальная патология (под ред. А.П. Николаева) М., 1968, стр. 97-115.
- Пап А.Г. Токсоплазмоз у беременных. Акушерская и экстрагенитальная патология (под ред. А.П. Николаева) М., 1968, стр. 188-224.
- Петченко А.И. Акушерство. Киев, 1965.
- Романова Е.П., Гроздов Д.М., Саутина В.О. Лечение беременных и родильниц с болезнью Верльгофа. - Акуш. и гинек., 1972, 7, 45-50.
- Сим-Шик Е.Р. В кн.: Пиелонефриты беременных. М., 1967.
- Удод В.М. Педиатр., акуш. и гинек., 1958, 2, 39.

S i s u k o r d

I. Verehaigused ja rasedus (I. Kõiv)	3
1. Aneemia ja rasedus	4
2. Leukoos ja rasedus	7
3. Lümfogranulomatoos ja rasedus	7
4. Verlhofi tõbi ja rasedus	8
5. Tromboflebiitiline splenomegaalia ja rasedus .	9
II. Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood nak- kushaiguste puhul (H. Kaarma)	9
A. Viirushaigused sünnitusabis	10
1. Gripp ja rasedus	10
2. Epideemiline hepatiit ja rasedus	11
3. Punetised ja rasedus	12
4. Epideemiline parotiit ja rasedus	12
5. Lastehalvatustõbi ja rasedus	12
B. Bakteriaalne infektsioon ja rasedus	13
1. Tuberkuloos ja rasedus	13
2. Süüfilis ja rasedus	14
3. Gonorröa ja rasedus	15
4. Kõhutüüfus ja rasedus	15
5. Taastuv tüüfus ja rasedus	16
6. Düsenteeria ja rasedus	16
C. Lihtsamatest mikroorganismidest ja loomadel esinevatest parasiitidest põhjustatud haigused ja rasedus	17
1. Toksoplasmoos ja rasedus	17
2. Trihhomoonos ja rasedus	20
3. Kandidoos ja rasedus	22
4. Helmintoosid ja rasedus	23
III. Neeru- ja kuseteede haigused ja rasedus (H. Jal- viste)	24
A. Kroonilised neeruhaigused	24
1. Krooniline glomerulonefriit	24

2. Nefrootiline sündroom	25
3. Krooniline põelonefriit	26
B. Ägedad neeru- ja kuseteede haigused	30
1. Akuutne glomerulonefriit	30
2. Akuutne põelonefriit	31
3. Afebriltselt kulgevad kuseteede infektsioonid	34
4. Rasedate asümptoomne bakteriuuria	34
5. Rasedate tsüstiit	35
6. Rasedate hematuuria	35
7. Nefrolitiaas	36
8. Äge neerupuudulikkus	36
IV. Maksahaigused ja rasedus (H. Jalviste)	40
1. Rasedate ikterus	41
2. Rasedusaegne ikterus	43
V. Sapiteede haigused ja rasedus (H. Jalviste)	49
VI. Apenditsiit ja rasedus (H. Jalviste)	53
1. Apenditsiit raseduse I poolel	56
2. Apenditsiit raseduse II poolel	58
3. Apenditsiit X kuul ja sünnituse ajal	59
4. Apenditsiit puerpeeriumis	61
VII. Iileus ja rasedus (H. Jalviste)	62
1. Iileus raseduse ajal	62
2. Iileus rasedusest ehk "ehtne" rasedusiileus	65
VIII. Psühhiaatrilised haigused ja rasedus (H. Jalviste)	68
1. Psühhilised probleemid	68
2. Psühhiaatrilised haigused	69
3. Psühhiaatrilised aspektid raseduse katkestuseks ja kontratseptsooniks	74
IX. Günekoloogilised haigused ja rasedus (K. Gross)	78
1. Günekoloogilised põletikud ja rasedus	78
2. Uudismoodustised ja rasedus	82
3. Väärarengud ja rasedus	86

X. Endokrinoloogilised haigused ja rasedus	88
1. Kilpnäärmehaigused ja rasedus	88
2. Diabetes mellitus	90
3. Neerupealiste patoloogia ja rasedus	93
Kasutatud kirjandus	94

ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО КУРСА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ.
Выпуск IX. Экстрагенитальные и гинекологические заболевания и беременность.

Изд. 3-е,

Составители Хийля Яльвисте, Кадри Гросс и др.

На эстонском языке.

Тартуский государственный университет.

ЭССР, 202400, г.Тарту, ул.Оликооли, 18.

Vastutav toimetaja V. Liivarand.

Paljundamisaeg antud 8.05.1987.

Formaat 60x84/16.

Rotaatoripaber.

Masinakiri. Rotaprint.

Tingtrükipoognaid 5,81.

Arveatuspoognaid 5,32. Trükipoognaid 6,25.

Trükiarv 1000.

Tell. nr. 492.

Hind 20 kop.

TRÜ trükikoda. ENSV, 202400 Tartu, Tiigi t. 78.

0,05

20 kop.