



**TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL**

---

---

**VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI  
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT**

**XI osa**

**TARTU 1974**

Na- 70  
TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL  
Sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

U. Leisner, V. Lillvrand

VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI  
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT

XI osa

NORMAALNE SÜNNITUSJÄRGNE PERIOOD  
JA INFEKTSIOOSSED HAIGUSED

Tartu 1974

Kinnitatud Arstiteaduskonna nõukogus  
22. nov. 1972.

Tartu Riikliku Ülikooli  
Raamatukogu  
N

**NORMAALNE SÜNNITUS-  
JÄRGNE PERIOOD JA  
INFEKTSIOOSSED HAIGUSED**

---

# A. PÜSIOLOOGILINE SÜNNITUS- JÄRGNE PERIOOD (PUERPERIUM)

---

---

## I

### MUUTUSED SÜNNITANU ORGANISMIS

Sünnitusjärgne periood algab momendist, kui päramised on emakast väljunud ja kestab 6 - 8 nädalat. Selle aja vältel kaovad järk-järgult peaaegu kõik raseduse ja sünnitusega seoses tekkinud muutused naise organismis. Toimub suguelundite taandarenemine (involutsioon) ja kord-korralt taanduavad muutused ainevahetuses. Mitteimetavatel naistel taastub sünnitusjärgse perioodi lõpuks menstruaalfunktsioon; imetavatel emadel toimub see hiljem, sageli alles pärast imetamise lõpetamist. Ainult üksikutel imetavatel naistel algab menstruatsioon 6. - 8. nädalal pärast sünnitust.

#### 1. Suguelundite taandarenemine (involutsioon)

Peale päramiste sündimist emakas kontraheerub, on kerakujuline, komplemisel valutu, tihedat konsistentsi ja suure liikuvusega, mis on tingitud sideaparaadi venimisest. Emaka põhi on kohe pärast sünnitust 1 - 2 sõrme võrra allpool naba, emakas on kergesti nihutatav ülespoole ja külgedele suunas. 10 - 12 tunni möödumisel, seoses vaagnapõhja ja tupe lihaste kokkutõmbumisega, kerkib emakas ülespoole; tema põhi ulatub naba kõrgusele. Ülitäitunud põie korral võib emaka põhi ulatuda isegi roidekaare alla.

Emakaõõa kujutab endast lametat pilu, eesmine sein liibub tagumise vastu (joon. 1); emakaseina paksus on kohe pärast sünnitust 3 - 4 cm; õõne pikkus, kui mõõta sondiga, on



Joonis 1. Emakas esimestel tundidel pärast sünnitust.  
1 - sisesuue; 2 - välissuue.

põhjust kuni välissuudmeni umbes 15 cm; emakas kaalub umbes 1 kg. Emakakael ripub tuppe voltidena ja kujutab endast lõtvat kotti; tema seinte paksus on 0,5 cm. Kaelakanal lasub vabalt läbi labakäe. Emaka sisepind kujutab endast laialdast haavandilist pinda, mis tekib pärast platsenta ja kestade eraldumist. Emaka keha niverdub kaela suhtes järsult ette, mõne päeva pärast kujuneb välja teravnurkne antefleksio (joon. 2). Sageli pöörduv emakas ka oma vertikaaltelje ümber paremale.

Sünnitusjärgses perioodis toimub emaka vähenemine, kaela formeerumine ja haavandilise sisepinna epiteliseerumine. Emaka involutsiooniprotsessid - vähenemine kaalus ja ma-

hus - on kõige intensiivsemad esimesel sünnitusjärgsel nädalal. Emaka vähenemine pärast sünnitust on seoses sügavate muutustega tema kudedes. Emakalihaste kokkutõmbumine põhjustab veresoonte valendiku ahenemise; emaka kudede toitumine halveneb järsult, mille tagajärjel tekib lihaskude vähenemine, atroofia ja rasvväärastus. Osa lihaskiude degenereerub, sidekoeliste rakkude hulk aga suureneb.



Joonis 2. Puerperaalne emakas teravnurkses anteleksios.

- 1 - sisesuue;  
2 - välissuue.

Emaka involutsiooni astet võib määrata tema põhja asukoha taseme järgi. Esimese 10-12 sünnitusjärgse päeva jooksul langeb emakapõhi iga päev umbes ühe põikisõrme võrra allapoole. 1. päeval pärast sünnitust asetseb emakapõhi naba kõrgusel, 2. päeval samal kõrgusel, 3. päeval 1-2 sõrme laiuse võrra allpool naba, 4. päeval 2-3 sõrme laiuse võrra allpool naba, 5. päeval naba ja sümfüüsi vahelise joone kesk-

kohal, 6. päeval laskub ta veel 1 - 2 sõrme laiuse võrra, 7. päeval asetseb ta 3 sõrme laiuse võrra sümfüüsiist kõrgemal, 8. päeval 2 sõrme laiuse võrra sümfüüsiist kõrgemal. 10.-12. päevaks pärast sünnitust kaob emakapõhi sümfüüsi taha ja emakas laskub väikesesse vaagnasse.

Emakapõhja kõrgust tuleb määrata pärast kusepõie ja pärasoole tühjendamist. Täitunud põis tõstab emakat; näiteks iga 100 ml uriini tõstab emakat umbes 1 cm võrra. Niisugusel korral saadakse ebaõige kujutlus tema taandarenemisest. See pisiasi on väga oluline ja seda ei tohi unustada. Täpsemate andmete saamiseks mõõdetakse emakapõhja kõrgus sentimeetri-ga sümfüüsi ülemisest äärest. On kindlaks tehtud, et igal sünnitusjärgsel päeval väheneb emakas nii pikkuselt kui ka laiuselt keskmiselt 0,5 - 1 cm võrra. 5 - 6 nädalat pärast sünnitust on emakaõõne pikkus 7 - 7,5 cm, seinte paksus umbes 1 cm ja emaka kaal 200 g. 8. nädala lõpuks väheneb emaka kaal 50 g-ni, õõne pikkus 6,5 - 7 cm.

Emaka involutsiooni kiirus oleneb mitmest asjaolust: sünnitaja üldseisundist, vanusest (vanadel esmassünnitajatel pärast pikaleveninud sünnitust involutsioon aeglustub), sünnituse kestusest ja iseloomust, emaka mahust (suure loote, mitmikute ja liigveesuse puhul on emaka maht suurem ja involutsioon aeglasem), samuti sünnitusjärgse perioodi õigest juhtimisest, infektsiooni kaasumisest jne. Ammu on teada, et imetajatel on emaka involutsioon kiirem kui neil sünnitanutel, kes ei imeta. See on tingitud esiteks sellest, et rinnanibude ärritus kutsub reflektorselt esile emaka kontraktsiooni. Teiseks kulgevad impulsid rinnanibult reflektorselt teel hüpofüüsi tagumisse sagarasse ja kutsuvad esile oksütotsiini eritumise, mis omakorda hormonaalsel teel soodustab emaka involutsiooni. Teatud määral oleneb emaka involutsioon ka sünnitanu psüühikast, see tähendab kesknärvisüsteemis, eriti just ajukoores toimuvatest protsessidest.

Enakakaal, mis pärast sünnitust on lõtv ja ripub kotina tuppe, taastub - formeerub järk-järgult. Kõigepealt sulgub sisesuue; kohe pärast sünnitust on ta läbitav kaelaba-

le, ööpäeva pärast on ta kokku tõmbunud ja läbitav kahele- kolmele sõrmele, kolme päeva pärast - ainult ühele sõrmele; sünnitusjärgse perioodi normaalse kulu puhul on sisesuue kümnendaks päevaks sulgunud. Välissuue sulgub aeglasemalt. Kümnendaks päevaks on ta läbitav ühele sõrmele ja sulgub kolmandal nädalal pärast sünnitust. Emakakaela lõdvad seinad tõmbuvad kokku ja kael formeerub pikkamööda nädala lõpuks. Sünnituse resultaadina muutub emakakaela tupeosa jämedamaks. Välissuue jääb risti kulgeva pilu kujuliseks.

Samaaegselt emaka kontraheerumisega toimub emaka liimaskesta regeneratsioon. See toimub sügavalasetsevate, säilinud näärmelõppude epiteelielementide kiire paljunemise ja endomeetriumi basaalkihi strooma vohamise teel. Liimaskesta regeneratsioon kujutab endast emaka haavandilise sisepinna paranemise protsessi. Selle protsessi vältel moodustub haavandilises pinnas leukotsüütidevall (granulatsioonivall), mis takistab mikroobide levikut emaka seina ja genitaalsfääri teistesse osadesse. Emaka sisepinna epiteliseerumine lõpeb 10. päevaks, endomeetriumi täielik taastumine aga 20. päevaks pärast sünnitust.

Raseda emaka laialdane veresoonte võrk väheneb pärast sünnitust järsult. Suurem osa veresooni - kapillaarid ja väikesed arterid - tühjenevad, nende seinad väärastuvad mitteküllaldase toitumise tagajärjel; suuremate veresoonte valendik aheneb.

Raseduse puhul väljaveninud ja ülespoole nihkunud munajuhad ning emaka sidemed kootuvad ja lühenevad koos emaka sünnitusjärgse involutsiooniga ja omandavad esialgse asendi. Munasarjad, mis raseduse ajal on mõnevõrra suurenenud, vähenevad pärast sünnitust kiiresti. Rasedusaegne kollaskeha (corpus luteum graviditatis) sidekoestub ja armistub (corpus fibrosum). Graafi folliikulite küpsemine, mis lõppes naise rasestumisel, algab pärast sünnitust uuesti.

Sünnitusjärgses perioodis taastub tupe toonus, väheneb maht, kaob turse ja hüperemia. Järk-järgult paranevad re-

bendid ja ragaadid välissuguelundite, tupe ja emakakaela piirkonnas. Pärast sünnitust jääb tupp laiemaks ja tema seinad muutuvad siledamaks. Tupe sissekäik jääb avatuks, tema äärtel on märgatavad rippuvad näsakesed - hymeni jäänused, nn. mürtjad lihakesed (carunculae myrtiformes).

Raseduse ajal väljaveninud kõhusein tõmbub kokku ja taastub vaagnapõhja lihaste toonus. Kõhuseina lihaskihid tõmbuvad kokku kiiremini ja paremini kui kõhunahk, seetõttu jääb kõhunahk mõnikord volti, kortsu. Korduvalt sünnitanutel näeme seda sagedamini, eriti kõhnael ja nõrga nahaatüübiga naistel.

Rasedusjutid (striae gravidarum) ei kao pärast sünnitust täielikult, vaid ainult vähenevad. Nad kaotavad oma sinakas-punase värvuse ja muutuvad valgeks. Linea alba pigmentatsioon kaob või väheneb märgatavalt.

## 2. Sünnitusjärgsed tuhud

Puerperaaalse perioodi esimestel päevadel täheldatakse nn. sünnitusjärgseid tuhusid, mis võivad olla valulikumad või valutud. Valulikkus esineb sageli nendel sünnitanutel, kellel emakas oli sünnituse ajal tugevasti väljavenitatud olekus või kellel sünnitus kulges tormiliselt. Harva täheldatakse sünnitusjärgseid valusid nendel, kellel sünnitegevus arenes pikkamööda. Sellega seletub sünnitusjärgsete valude sage esinemine korduvsünnitajail, esmassünnitajail esineb neid harva.

L.N. Startseva täheldas sünnitusjärgseid valusid 10% sünnitanuist, kusjuures ainult 10% neist olid esmassünnitajad, aga 90% korduvsünnitajad. Startseva järgi on sünnitusjärgsete valude põhjuseks: 1) närvikiudude pitsumine emakalihases, 2) angiospasm, mis viib kudede asfüksiani, 3) põletikulised protsessid emakas. U.P. Formosov märgib, et mõningatel juhtudel võib valulikkus oleneda mitte emaka kontraktsiooni tugevusest, vaid üksikute lihase-

gruppide ebaühtlastest koosõlastamata kontraktsioonidest. Sünnitusjärgsed tuhud korduvad sageli 3 - 5 minuti järel ja vahel isegi ilma intervallideta spasmitaoliste või teetaniliste kontraktsioonidena. Järelvalud kestavad 1-4 päeva. Vahel esineb järelvalude all kannatavatel sünnitanutel ka temperatuuri tõus. Kui valud algavad hiljem, pärast esimest sünnitusjärgset päeva, siis on nende põhjuseks sünnitusjärgsed haigused.

### 3. Lohhiad

Endomeetriumi taastumisprotsessis tekib sünnitusjärgne voolus emakast, mida nimetatakse lohhiateks (lochia). Lohhiad kujutavad endast emaka haavandilise sisepinna paranemisega kaasnevat sekreedi eritumist. Lohhiad koosnevad vereseerumist, limast, detsiduaalse kesta jäänustest, leukotsüütidest; esimestel päevadel lisandub veel üsna rohkel hulgal verd.

Sünnitusjärgse perioodi vältel muutub lohhiate iseloom vastavalt emaka sisepinna puhastumis- ja paranemisprotsessidele.

Esimesel 2 - 3 päeval pärast sünnitust on lohhiad verised (lochia cruenta s. rubra); järgmisel 3 - 4 päeval on neis verd vähem ja seetõttu on nende värvus heledam, halkjaspruun (lochia fusca); seejärel muutuvad nad valkjaskollaseks (lochia alba) ja lõpuks, tavaliselt 10. päevast, seroosseks, selgeks ja värvituks (lochia serosa). Järk-järgult väheneb ka lohhiate hulk, alates kolmandast nädalast eritub lohhiaid vähe ja neile lisandub emakakaela kanalist lima. 5. - 6. nädalal pärast sünnitust lakkab lohhiate eritumine.

Alates 2. - 3. päevast pärast sünnitust leitakse lohhiates mikroobe, nende hulgas ka stafülo- ja streptokokke, vahel ka patogeenseid tüvesid.

Üldine lohhiate hulk esimese 8 sünnitusjärgse päeva jooksul ulatub 500 - 1400 g, nende reaktsioon on leeline,

Iõhn spetsiifiline. Kui emaka involutsioon aeglustub, siis pikeneb lohhiate eritumine, vere lisandumine kestab kauem.

#### 4. Piimanäärmed

Sünnitusjärgseid muutusi piimanäärmetes seoses laktatsiooniga kirjeldatakse "Valitud loengud sünnitusabi ja günekoloogia alalt" III osas.

#### 5. Üldseisund ja siseelundid

Sünnitusjärgse perioodi normaalse kulu puhul on sünnitanu üldseisund hea. Kohe pärast sünnitust esineb sünnitanul väsimusetunne ja kalduvus unele. Pehmete sünnitusteede traumaatiliste vigastuste puhul tunnetab sünnitanu esimestel päevadel valulikkust välimiste suguelundite ja lahkliha piirkonnas (rebendite ja ragaadide kohal). Mõnel sünnitanul esinevad valulikud emaka kontraktsioonid, eriti imetamise ajal. Need nn. järelvalud esinevad sagedamini korduvsünnitajail.

Sünnitanu temperatuur on normaalne. Varematal aastatel arvati, et sünnitusjärgses perioodis võib esineda "füsioloogiline" temperatuuritõus (1. - 3. päeval) seoses neuro-psüühilise pingega sünnituse ajal ja laktatsiooni tekega. Tänapäeval ollakse seisukohal, et võib esineda ühekordne mõõdukas temperatuuri kõrgenemine neurogeense ja füüsilise pinge tagajärjel (kuni  $37,5 - 37,7^{\circ}$ ). Füsioloogilisele laktatsiooniprotsessile ei kaasu temperatuuritõus. Temperatuuri kõrgenemine sünnitusjärgses perioodis (eriti korduv) on harilikult seotud mikroobide sattumisega emakasse.

Sünnitusjärgses perioodis taastub ajukoore, koorealuste tsentrumite ja seljaaju normaalne erutuvus. Sisesekretoorsete näärmete funktsioon omandab järk-järgult rasedus-

eelse iseloomu. Organismist eralduvad platsenta poolt produtseeritud hormoonid (reaktsioon kooriongonadotropiinile muutub negatiivseks esimese nädala lõpuks), hüpofüüsis kaovad raseduspuhused muutused.

Ainevahetus kõrgeneb sünnitusjärgse perioodi esimestel nädalatel, pärast seda muutub normaalseks. Põhiaiinevahetus normaliseerub 3. - 4. nädalaks pärast sünnitust.

Süda omandab pärast sünnitust jälle enam vertikaalse asendi, see toimub seoses diafragma allapoole laskumisega. Väheneb emaka veresooni läbiva vere hulk, kuna platsentaarne vereringe on välja lülitatud. Seoses sellega väheneb sünnitusjärgses perioodis südame koormus. Arteriaalne vererõhk on harilikult normaalne, pulss rütmiline ja hea täitumisega, 70 - 75 lööki minutis. Ainult üksikutel sünnitajatel täheldatakse kalduvust bradikardiale (puls 60 lööki minutis ja vähem).

Diafragma laskumisega seoses suureneb kopsude maht. Hingamine on sünnitanul normaalne. Raseduse ajal esinenud hingamise kõhutüüp muutub järk-järgult segahingamiseks ja rinnahingamiseks.

Sünnitusjärgses perioodis kaovad pikkamööda muutused veres ja vereringes, mis tekkisid seoses rasedusega. Sageli täheldatakse siiski esimestel päevadel pärast sünnitust leukotsüütide arvu mõõdukat suurenemist. See arv aga normaliseerub jälle kiiresti.

Neerud funktsioneerivad normaalselt, diurees on harilikult suurenenud. Esimestel päevadel pärast sünnitust võib esineda uriinipeetus. Põis täitub ülemääraselt, tema põhitõuseb ülespoole sümfüüsi. Sünnitanu ei tunne vajadust urineerimiseks või urineerimine on raskendatud. See on seotud muskulatuuri toonuse langusega, turse tekkimisega ja väikeste verealandustega põie kaelas lootepea ja vaagnaseina vahelise pitsumise resultaadina. Mõnedel juhtudel on uriinipeetus tingitud lihtsalt sellest, et naised ei oska lamades urineerida (neuro-psüühiline pidurdus). Uriini sattumine sünnituspuhustele rebenditele ja ragaadidele tekitab kipitust ja valu.

Seedeorganid funktsioneerivad normaalselt. Isu on harilikult hea, imetavatel emadel võib isegi olla suurenenud. Sageli esineb kõhukinnisus tingituna soolestiku atooniast. Soolestiku toonuse langust soodustavad kõhuseina lõtvumine, lamamisrežiimist tingitud piiratud liigutused ja ebaratsionaalne toit. Vahel täheldatakse hemorroidide teket. Need häirivad tavaliselt sünnitanut vähe, vähenevad kiiresti ja lõpuks kaovad. Kui veenikomud muutuvad suureks, tursuvad või pitsuvad, siis muutuvad nad valulikuks.

## II

### SÜNNITUSJÄRGSE PERIOODI REŽIIM JA JUHTIMINE

Sünnitusjärgse perioodi normaalse kulu puhul loetakse sünnitanut terveks naiseks. Kuid ta vajab erilist režiimi, mis soodustab suguelundite involutsiooni, haavandiliste pindade paranemist ja organismi normaalset funktsiooni.

Sünnitusjärgne periood nõuab aseptika ja antiseptika nõuetest ranget kinnipidamist. Emaka haavandiline sisepind, väikesed ragaadid ja rebendid sünnitusteede pehmetes kudedes võivad olla sissepääsu väravaks infektsioonile. Infektsiooni tungimine genitaalsfääri kujutab endast aga tõsist ohtu sünnitusjärgse septilise infektsiooni arenguks. Sama ohtlik on infektsiooni sattumine piimanäärmeisse rinnanibude ragaadide kaudu. Sünnitusjärgse perioodi õige juhtimise peamisteks nõueteks on välimiste suguelundite antiseptiline korrastamine ja infektsiooni ülekandumise vältimine ühelt sünnitanult teisele.

Mainitud aseptika ja antiseptika nõuetest kinnipidamist dikteerib asjaolu, et isegi terve palavikuta sünnitanu lohhiates võib leiduda mikroobe, mis teise sünnitanu suguelunditele ülekantuna võivad osutuda talle patogeen-

seiks. Kõik sõltub töö organiseerimisest sünnitusjärgses osakonnas, põetava personali (ämmaemandad, õed, sanitarid) kvalifikatsioonist, nende isiklikust hügieenist ja töörežiimist osakonnas.

Sünnitusjärgses perioodis on eriti tähtis palatite, voodite ja kõikide hooldusesemete äärmine puhtus. Kõik instrumendid, materjalid ja esemed, mis puutuvad kokku suguelunditega ja piimanäärmetega, peavad olema steriilsed. Sünnitanute korrastamisel tuleb käed hoolikalt pesta ja desinfitseerida ning kanda marlimaski. Meditsiini-personal peab täitma kõiki isikliku hügieeni reegleid.

Režiimi tingimused peavad sünnitusjärgses osakonnas olema niisugused, et sünnitanu pärast sünnitust tõesti hästi puhkaks, normaalselt ja küllaldaselt magaks. Tuleb vältida erutusit ja kaitsta sünnitanut kõige eest, mis võib tal negatiivseid emotsioone esile kutsuda. Suurtähtsus on õigel toitmisel, kusepõie ja soolestiku funktsiooni reguleerimisel. Kõik see kindlustab sünnitusjärgse perioodi normaalse kulu, kõrgendab organismi vastupanuvõimet ja väldib sünnitusjärgseid haigusi.

Sünnitanute palatid peavad olema valged ja avarad. Iga voodi jaoks on ette nähtud mitte vähem kui  $7,5 \text{ m}^2$  pinda. Palatites tuleb teha niisket koristust vähemalt 2 korda ööpäevas, peale selle tuleb neid korduvalt tuulutada. Iga 7 - 10 päeva järel (pärast sünnitanute väljakirjutamist) vabastatakse palat suurpuhastuseks. Hoolikalt pestakse ja desinfitseeritakse seinad, põrand ja mööbel. Voodeid ja kummiriideid pestakse kuuma vee ja desinfitseeriva lahusega (1/2 % lüsooliga) pärast iga sünnitanu lahkumist sünnitusmajast. Madratseid, patju ja tekke tuulutatakse mitte vähem kui 1 ööpäev. Kui sünnitanul esines sünnitusjärgses perioodis temperatuuritõus, siis pärast tema väljakirjutamist desinfitseeritakse ka voodiriided.

Pärast sünnitust pannakse sünnitanule selga puhas särk ja puhas jakk ning 2 tunni pärast viiakse ta vankriga ettevaatlikult sünnitusjärgsesse palatisse, kus ase-

tatakse varem korrastatud puhtasse voodisse. Voodi seatakse valmis järgmiselt. Madrats kaetakse linaga, mis keskmises kolmandikus kaetakse valge kummiriidega, sellele laotatakse ristlina, mida vahetatakse mitte harvem kui 2 korda ööpäevas, pärast sünnitanu igakordset korrastust. Muu voodipesu ja ihupesu vahetatakse määrumise korral. Pesu pesemisel keedetakse seda hoolikalt ja pärast kuivamist triigitakse kuuma triikrauaga.

Iga sünnitanu jaoks peab olema individuaalne siiber. Et mitte siibreid segi ajada, peab igal siibril olema palati ja voodi number. Pärast iga tarvitamist pestakse siibrit hoolikalt jooksva veega ja loputatakse lüsoolilahusega või 2%-lise klooramiinilahusega. Pärast sünnitanu väljakirjutamist keedetakse siibrit korralikult. Ruumis, kus hoitakse siibreid, peavad olema erilised valamud siibrite pesemiseks ja desinfitseerimiseks.

Esimestel tundidel pärast sünnitust jälgitakse emaka kokkutõmbumist, eritüva vere hulka ja sünnitanu üldist seisundit. Ka edaspidi vajab sünnitanu hoolsat jälgimist, kusjuures tähelepanu pööratakse järgmistele nähtustele: a) sünnitanu üldseisund ja enesetunne (uni, isu, meeleolu jne.); b) pulss ja temperatuur; c) piimanäärmete ja rinnanibude seisund; d) emakapõhja kõrgus ja emaka konsistents; e) välisgenitaalide seisund ja lohhiate hulk ning iseloom; f) kussepõie ja soolestiku funktsioon. Kõik küsimuste esitamise ja objektiivse läbivaatuse teel saadud andmed kantakse sünnitusluku.

Sageli esinevad esimestel päevadel pärast sünnitust valulikud emaka kokkutõmbed - nn. järelvalud. Need võivad olla mitmesuguse intensiivsusega, mõnikord, enamasti korduvalt sünnitanutel, võrdlemisi valulikud. Eriti energilised ja sageli väga valulised on emaka kokkutõmbed imetamise ajal, mis viitab piimanäärmete seosele emakaga. Imetavatel emadel toimub emaka involutsioon alati paremini kui mitteimetavatel. Väga tugevate ja sageli korduvate järelvalude puhul võib valuvaigistava vahendina määrata antipüriil-

ni, püramidooni või fenatsetiini (annuses 0,3 - 0,5 g). Mõnedel juhtudel võib määrata ka ravimküünlaid oopiumi, pantopooni või belladonnaga.

Emaka hea kontraktsioon esimesel kahel päeval pärast sünnitust on vajalik tingimus selleks, et sünnitusjärgne periood edaspidi kulgeks normaalselt; seda tuleb meeles pida ja taotleda. Hästi kontraheeruvus emakas aheneb vere-soonte valendik, mille tagajärjel verejooks lakkab ja emakaõõnes leiduvate mikroobide sissepääs veresoontesse tõkestub juba alates 2. sünnitusjärgsest päevast.

Kui sünnitusjärgne periood kulgeb füsioloogiliselt ja sünnitanu imetab last regulaarselt, siis toimub emaka taandareng normaalselt ja emaka kontraktsiooni soodustavad medikamentoossed vahendid on ülearused. Kui emaka involutsioon on aeglane (subinvolutio), siis ordineeritakse vahendeid, mis soodustavad emaka kontraktsiooni: Extr. Secalis cornuti fluidi 2 korda päevas 25 tilka, stypticini 2 - 3 korda päevas 0,05 g, Sol. Pachycarpini 3% 3 ml, Sol. Oxytocini 0,5 - 1 ml 1 - 2 korda päevas, Sol. Mammophysini 0,5 - 1 ml 1 - 2 korda päevas, või Sol. Pituitrini 1 ml 1 - 2 korda päevas. Füsioloogiliselt kulgeva sünnitusjärgse perioodi vältel on emakas tihke konsistentsiga. Emaka normaalset involutsiooni soodustab kusepõie ja soole õigeaegne tühjendamine.

Sünnitusjärgse perioodi esimestel päevadel võib urineerimine olla raskendatud ja tekkida kusepeetus. Sellistel juhtudel aitab mõnikord sooja kummikoti hoidmine alakõhul 15 - 20 min. või sooja veega siibri asetamine sünnitaja alla. Võib proovida ka urineerimist esile kutsuda reflektorisel teel (lasta vett kannust või kraanist sorisevalt joosta). Head toimet avaldab siin ka pituitriini süstimine (1 ml 1 - 2 korda päevas) ja magneesiumsulfaadi manustamine (5 - 6 ml 25%-list lahust muskiisisesi). Kui need vahendid ei aita, tuleb kusepõit kateetriga tühjendada, seda tehakse aseptika ja antiseptika nõuetest rangelt kinni pidades (steriilne kateeter, pestud käed, ureetra välisava ümbruse tööt-

lus nõrga desinfitseeriva lahusega). Pärast põie tühjendamist on soovitatav sisse anda urotropiini (0,5 g 3 korda päevas) või leesikateed (Dec. foliorum Uvae ursi 10,0 : 200,0) üks supilusikatäis 4 - 5 korda päevas.

Sünnitusjärgselt võib esineda ka kõhukinnisus. Kui kolmandaks päevaks pärast sünnitust pole spontaanset defekatsiooni toimunud, siis tehakse puhastusklistiir või antakse lahtisteid (Natrium sulfuricum või Magnesium sulfuricum 20 - 30 g).

Pärasoole piirkonnas võivad esineda veenide laiendid - hemorroidid (haemorrhoides). Laienenud veenid moodustavad päraku ümber komusid. Veenikomud võivad sünnitanul põhjustada ägedaid valusid, eriti kui nad on paisumisseisundis. Sel puhul soovitatakse steriilsesse rätikusse mähitud jääkott asetada lahklihale, samuti pantopoon- või belladonna-küünlad. Kui need vahendid ei aita, siis pannakse kätte kummikinnas, määratakse üks sörm vaseliiniga ja veenikomud reponeeritakse ettevaatlikult.

Kui sünnitusjärgne periood kulgeb normaalselt ja sünnituse puhul lahkliharebendit ei tekkinud, lubab V.I. Bodjagina sünnitanul istuda 2. - 3. päeval pärast sünnitust ja tõusta 3. - 4. päeval. Lahkliharebendi olemasolul võib sünnitanu lamades pöörata küljele ja ei pruugi piirataliigutusi, kuid tõusta lubab ta alles 6. päeval, siis kui haav on per primam paranenud. Paljudes sünnitusmajades lubatakse aga sünnitanul tõusta juba 2. päeval. Normaalsel juhudel tuleb sellist varajast ülestõusmist pidada soovitavaks, sest see soodustab emaka paremat involutsiooni ja lohhiate paremat väljumist, väldib emaka tahalangemist ning soodustab ainevahetuslikke protsesse organismis.

#### 1. Sünnitanu toitmine

Terve sünnitanu ei vaja erilist dieeti. Esimestel sünnitusjärgsetel päevadel soovitatakse kõrgekalorsusega ja kergesti omastatavat toitu: saia, maksa, kohupiima, koort,

mannaputru, kisselli, magusat teed ja kohvi. Alatee 3. päevast määratakse harilik dieet. Tingimata vajalikud on värsked puuvili, juurvili ja teised vitamiinirikkad produktid. Sünnitanule võib anda ka C-, B-, D- ja A-vitamiini preparaate näol, eriti kevadperioodil, kui pole värsket puu- ja juurvilja. Ei soovitata teravamaitselisi toite, konserve, vorsti ja raskelt seeditavat toitu (rasvane liha, herned, läätsed); alkohoolsed joogid on keelatud. Arvestades imetamist, on sünnitanu toidutarvidus keskmiselt 25 % kõrgem kui mitterasedal. Ei ole mingit vajadust määrata tervele sünnitanule erilist dieeti. Sünnitanu peab tarvitama tavalist terve inimese segatoitu, kuid esimesel 2 - 3 päeval peab see olema veidi kergemini seeditav kui tavaliselt.

Tuleb kontrollida sünnitanule valmistatud toidu kvaliteeti ja jälgida, milliseidprodukte neile väljastpoolt tuuakse. Ei tule lubada toiduainete üleandmist suuremas koguses. Üleantavad toiduained peavad olema puhtalt pakitud. Tuleb alati meeles pidada, et nendega võib nakkust edasi anda.

## 2. Sünnitanu hooldamine

Peamiseks eesmärgiks sünnitanu hooldamisel on infektsiooni vältimine ja organismi kõikide funktsioonide normaalse kulu ja koostöö kindlustamine. Säätva ravirežiimi organiseerimisel etendab tähtsat osa personali käitumine, tema suhtumine sünnitanusse. Ei tohi unustada, et negatiivsed emotsioonid võivad tekkida seoses mitte ainult personali ebaõige käitumisega, vaid ka sugulastega, kes mõtlematult teatavad sünnitanule andmeid, mis panevad teda närvitsema, rikuvad tema meeleolu. Selles suhtes tuleb mitte ainult personali kasvatada, vaid ka sugulasi hoiatada.

Sünnituse puhul üle elatud suur füüsiline ja psüühiline koormus nõuab pärast sünnitust kõige soodsamate tingimuste loomist puhkuseks ja uneks. Sünnitanule tuleb kind-

lustada ööpäeva jooksul minimaalselt 8 - 9 tundi kosutavat und, kusjuures öösine uni peab kestma vähemalt 6 tundi. Uni taastab väsinud ja kurnatud organismi töövõime ja tugevdab organismi vastupanuvõimet nakkuste suhtes.

Sünnitanu peab täitma ka kõiki isikliku hügieeni nõudeid: puhastama hambaid, pesema 2 x päevas sooja jooksva vee ja seebiga nägu ja käsi (esimestel päevadel palatis kausi kohal), kammima juukseid, vahetama pesu jne. Samuti peab pesema käsi imetamise ja söömise eel.

Suurt tähelepanu tuleb pöörata välimiste suguelundite puhtusele. Erituvad lohhiad määrivad väliseid suguelundeid ja lahkliha ning soodustavad mikroobide paljunemist. Seepärast on tingimata vajalik vähemalt 2 korda päevas teha sünnitanul välimiste suguelundite tualetti vastavalt aseptika nõuetele.

### 3. Välimiste suguelundite tualett

Kaks korda päevas, kell 7 - 8 hommikul ja kell 5 - 6 päeval, tehakse sünnitanule välimiste suguelundite tualetti, nn. korrastust. Sünnitanu korrastamise tehnikast ja puhtusest sõltub sageli tema tervis. Eelnevalt keedetakse instrumendid steriilse vati haaramiseks (korntangid või pikad pintsetid). Iga sünnitanu jaoks kasutatakse eri instrumenti, seepärast peab nende arv vastama sünnitanute arvule. Valmistatakse vajalikul hulgal sooja nõrka kaaliumpermanganaadilahust (1 : 4000 - 1 : 6000) või lüsoolilahust (0,25 - 0,5 %). Instrumendid, steriilne materjal (vatitupsud) ja medikamendid (jood, piiritus) asetatakse steriilse linaga kaetud rataslauale (joon. 3), mida vastavalt korrastuse käigule veeretatakse ühe sünnitanu juurest teise juurde. Ämmaemand paneb ette maski, peseb käed, paneb kätte steriilseid kindad ja teostab tualeti. Sanitar veeretab lauakest edasi, asetab sünnitanule individuaalse siibri alla, kallab välimistele suguelunditele Esmarchi kannust

või kruusist desinfitseerivat lahust (joon. 4) ja pesemise lõpetamisel võtab sünnitanu alt siibri ning vahetab ristlina.



Joonis 3. Rataslaud välimiste suguelundite tualeti teostamiseks.



Joonis 4. Sünnitanu välimiste suguelundite tualett.

Välimate suguelundite tualetti tehakse sünnitanule järgmiselt: korntangide vahele võetud steriilse vatitupsuga peetakse jookva desinfitseeriva lahusega välimised suguelundid (ülevvalt allapoole) ja lahkliha, reite sisepinnad ja päraku ümbrus. Peetud piirkonnad kuivatatakse steriilse vatiga. Kui lahklihal on õmblused, peab pesemist teostama ettevaatlikult - ei tohi õmblusi vatiga hõõruda. Soovitatav on õmblusi kord päevas või üle päeva jodeerida.

Kui välimised suguelundid on tursunud, kaetakse nad steriilse marliga ja selle peale pannakse jähkott. Turse puhul piirduetakse välimate suguelundite tavalise pesemisega. Midagi muud ei tarvitse ette võtta, sest turse möödub aegamööda iseenesest.

Tupelopotusi sünnitusjärgsel perioodil ei tehta.

Kõrgenenud temperatuuri, vinavate lohhiate, gripoosse seisundi, ülemiste hingamisteede katarri ja muude tüsistustega sünnitanud tuleb õigeaegselt isoleerida teise sünnitusosakonda või eraldi palatisse. Ei tohi unustada, et sellise sünnitanu viibimine ühispalatis ohustab ka teiste sünnitanute ja vastsündinute tervist.

#### 4. Piimanäärmete hooldamine

Sünnitusjärgses perioodis nõuab suurt tähelepanu, nii ema kui ka lapse huvidee, piimanäärmete eest hoolitsemine. Piimanäärmeid soovitatatakse igal hommikul ja õhtul peeta 0,5%-lise nuuekpiirituselahusega või sooja vee ja seebiga.

Sünnitanu peab vältima käte eaaetumist lohhiatega. Imetamise eel peab ema oma käed jooksva vee ja seebiga hoolikalt puhtaks pesema ja marlimaski ette panema, et sästa vastsündinut piisknakkuse eest. Enne lapse asetamist ema voodile laotatakse sinna puhas lina alla.

Imetamise eel pole vaja rinnanibusid millegagi wõõrda, pärast imetamist puhaetatakse neid vatitupsu abil steriilse deefinfitseeriva lahusega (rivanooli- või furatsilini lahusega).

Et vältida rinnanibudel ragaadide tekkimist, tuleb ema õpetada vastsündinut õigesti rinnale asetama. Laps peab imemisel suhu haarama mitte ainult nibu, vaid ka osa nibuväljast. Tuleb jälgida, et rind ei vajuks lapse rinnale; laps peab imemisel vabalt hingama.

Esimest korda viiakse vastsündinu rinnale 12 tundi pärast sünnitust. Last imetatakse 6 korda päevas, iga 3 - 3,5 tunni järel. Öösel aga peab vaheaeg olema 6 tundi. Soovitav on kaks korda päevas 15 - 20 minutiks piimanäärmed katmata jätta - õhuvann. Kui laps ei ime piimanääret tühjaks, tuleb piima ülejääk pärast igakordset imetamist käsitsi (joon.5) või pumba abil välja lüpsta. Mida paremini piimanääre on tühjendatud, seda paremini ta funktsioneerib.



Joonis 5. Piimanäärme käsitsi tühjendamine sünnitanu poolt.

Sünnitanu peab kandma sobivate mõõtudega rinnahoidjat, selleks et hoida piimanäärmeid veidi ülestõstetud asendis, vältida aga rõhumist nibudele.

## 5. Sünnitusjärgne võimlemine

Sünnitusjärgsel perioodil peab võimlemise lülitama kohustusliku tööna sünnitanu tavalisesse igapäevasesse režiimi. Ratsionaalne võimlemine tõstab organismi toonust, tugevdab närvisüsteemi, parandab vereringet, hingamist, ainevahetust, kusepõis ja soolestiku funktsiooni. Võimlemisharjutused kiirendavad kõiki taandarenemiseprotsesse, soodustavad kõhuseina ja vaagnapõhja lihaste tugevnemist ning loovad sünnitanuil hea, erkse meeleolu. Võimlemist juhatab selleks ettevalmistatud ämmaemand või õde.

Pärast normaalset sünnitust alustatakse võimlemisharjutustega juba esimesel päeval. Võimlemisest vabastatakse ainult kõrge temperatuuri ja selliste üldhaigestumistega sünnitanud, kelle puhul võimlemisharjutused on vastunäidustatud. Lahkliharebendite puhul piirdutakse põhiliselt ainult hingamisharjutustega. Võimlemise juures tuleb jälgida sünnitanute üldseisundit, pulssi ja hingamist.

Võimlemisharjutusi tehakse igal hommikul tund aega pärast hommikueinet, suvel avatud aknaga, talvel pärast palati põhjalikku tuulutamist. Harjutusi tehakse aeglases tempos, sügava hingamise rütmis. Iga harjutust sooritatakse 4-8 korda, sõltuvalt sünnitanu füüsilisest üldseisundist, tema reaktsioonist nendele harjutustele ja sellest, mitmendat päeva harjutusi tehakse. Võimlemise üldkestus on 5 - 10 - 15 minutit. On koostatud mitmesuguseid harjutuste kompleks-sünnitusjärgse perioodi jaoks. Iseloomu poolest jagunevad need võimlemisharjutused kolme rühma:

- 1) hingamisharjutused,
- 2) kõhuseina lihaseid tugevdavad ja
- 3) vaagnapõhja lihaseid tugevdavad harjutused.

Tuleb taotleda, et iga väljakirjutatav sünnitanu jätkaks ka kodus süstemaatiliselt võimlemisharjutuste sooritamist.

### III

#### SÜNNITANU VÄLJAKIRJUTAMINE

Sünnitusjärgse perioodi normaalse kulu puhul kirjutatakse sünnitanu välja harilikult 8. päeval pärast sünnitamist. Enne seda antakse talle juhtnõure vastsündinu hooldamise ja sünnitusjärgse perioodi hügieeni kohta. Duši all pesemine on lubatud kohe pärast sünnitusmajast lahkumist, vanni võib minna alles 3 - 4 nädalat pärast sünnitust. Süguühe on keelatud 6 - 8 nädalat.

Enne väljakirjutamist antakse sünnitanule tema individuaalne vahetuskaart, millele on märgitud sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi iseärasused. Sellega läheb sünnitanu naiste nõuandlasse, kus talle väljastatakse sünnitusjärgne dekreetpuhkus. Andmed vastsündinu kohta saadetakse laste nõuandlasse. Sünnitanu saab veel lapse sünnitõendi, millega ta peab ühe kuu jooksul lapse sünni perekonnaseisuametis registreerima.

## B. SÜNNITUSJÄRGSED INFETSIOOSSED (SEPTILISED) HAIGUSED

---

### I

#### SÜNNITUSJÄRGSETE INFETSIOONIDE ETIOLOOGIA JA PATOGENEES NING KLIINILISE KULU ISEÄRASUSED KAASAJAL

Sünnitusjärgse perioodi patoloogias omavad kesket kohta nakkuslikud (septilised) haigestumised, arvestades sünnitanu organismi eriti suurt vastuvõtlikkust infektsiooni suhtes.

Sünnitusjärgne infektsioon kujutab endast septilist haavainfektsiooni, kuid omab seejuures terve rea erinevusi naise organismi anatoomiliste ja funktsionaalsete iseärasuste tõttu puerpeeriumis. Enamikul juhtudest tekivad sünnitusjärgsed nakkuslikud (septilised) haigestumised infektsiooni sattumisest sünnitusteedesse, kusjuures eelduseks on haavandilise sissepääsu värtati olemasolu.

Sünnitusteede vigastused võivad ka puududa. Nendel juhtudel on tegemist ekstragenitaalsete sünnitusjärgsete infektsioossete haigestumistega. Sellesse rühma kuuluvad piimanäärmete põletikud - mastiidid. Ekstragenitaalsete sünnitusjärgsed infektsioonid kaasnevad sageli tegelike sünnitusjärgsete infektsioonidega.

Sünnitusjärgne infektsioon on polüetioloogiline: tekitajaks võib olla mitte üks, vaid mitu mikroobiliki - mono- või polümükröobne infektsioon. Kui haiguse tekitajateks on mikroobide assotsiatsioonid, kulgeb protsess eriti raskelt. Sagedamateks tekitajateks on patogeensed sta-

fülokokiid (Staphylococcus aureus), A ja D grupi hemofüülilised streptokokid, anaeroobsed streptokokid, mõningad E. coli patogeensed tüved ning anaeroobsete infektsioonide korral Cl. perfringens.

Eritletakse eksogeenset infektsiooni, mis viiakse suguelunditesse väljastpoolt mitmesuguste manipulatsioonide korral, ja endogeenset infektsiooni sünnitanu enda mikroobidega.

Eksogeenne infektsioon võib sattuda suguelunditesse kantuna instrumentide, meditsiinilise personali või kanisae enda käte poolt, piisknakkusena kõhmisel ja aevastamisel, aga ka õhu kaudu tugeva saastatuse korral. Eksogeense infektsiooni allikaks võib olla ka suguühe mitte kaua enne sünnitust.

Endogeense päritoluga infektsioon võib emakasse sattuda suguelundite alumistest osadest. Tavaline tupe mikrofloora, mittepatogeenne kuni sünnituseni, võib sünnituse ajal, seoses bioloogilise keskkonna muutumisega, esile kutsuda põletikulist protsessi tupes, emakakaelas või endometriumis. Pikaleveninud sünnituse korral, eriti enneaegse ja varase lootevete puhkemise korral, kujunevad endogeense infektsiooni kliinilised tunnused tihti juba sünnituse ajal. Endogeense infektsiooni tekitajad võivad suguelunditesse sattuda ka metastaatiliselte fokaalkolletest - krooniline mädane tonsilliit, keskkõrva põletik, apenditsiit jne. Oluline on ka sünnitaja enda suu ning nina-neeluruumi mikrofloora.

Ainuüksi mikroobide sattumine suguelundite haavandilisele pinnale ei ole küllaldane sünnitusjärgsete infektsioonsete (septiliste) haiguste tekkeks. Patogeneesi aspektist lähtudes on sünnitusjärgne infektsioosne haigestumine dünaamiline protsess, mis tekib ja areneb kahe põhilise faktori - mikro- ning makroorganismi vastastikusel toimel. Ei tohi unustada, et see protsess toimub kaasaegse antibakteriaalse ravi laialdase kasutamise tingimustes. Sünnitusjärgse infektsiooni tekkimisel on määravaks sünnitanu

organismi vastupanuvõime ja reaktiivsus. Viimast võib tõsta vaetava ettevalmissetueega raseduse ajal - ratsionaalne toitumine, vitamineerimine, infektsioonikollete saneerimine. Olulist osa sünnitusjärgsete infektsioonide haigestumise vähendamisel omab vaktsineerimine stafülokokkide anatoksiiniga. Seevastu mitmesugused haigused enne sünnitust, pikaleveninud sünnitus- ja pikk veeta periood, suured verekaotused, pehmete kudede ulatuslikud vigastused jne. soodustavad sünnitusjärgsete haiguste tekkimist. Tähtsat osa sünnitusjärgsete infektsioonide haigestumise tekkimisel ja arengisel etendab organismi sensibiliaerumine, allergilised reaktsioonid ja intoksikatsioon.

Lisaks organismi reaktiivsusele omavad sünnitusjärgse infektsiooni tekkimisel olulist osa tekitaja iseärasused, sissetungimise vürati iseloom ja kudede kahjuatuse aste.

Sõltuvalt kõigist eaitatud põhjustest võivad sünnitusjärgse infektsiooni vormid olla väga erinevad - kõige kergematest lokaalsetest protsessidest kuni sepsiseni, mille raskusastme määrab põhiliselt organismi vastupanuvõime.

Suurt tähtsust omavaks faktoriks sünnitusjärgse infektsiooni tekkimisel on infektsioonikolle. Tavaliselt esmase septilise kolde lokalisaatsioon ühtub infektsiooni sissetungimise vüratiga. Selleks võivad olla lahkliha, tupe ja emakaela rebendid. Tavaliselt on sünnitusjärgsete infektsioonide korral esmaseks koldeks emakae, sest tema eisepind moodustab pärast sünnitust suure haavandilise pinna. Osa sellest haavandilisest pinnast - platsentaarväli - on eriti hea vere- ja lümfivarustusega ning asub suurte vere- ja lümfisoonide vahetus läheduses ja on seetõttu eriti soodne infektsiooni levikuks.

Infektsiooni leviku teed võivad olla erinevad. Kõige sagedamini levib infektsioon lokaalset koldest edasi vere- ja lümfisoonide (hematogeenne levik) ja lümfisoonide (lümfogeenne levik) kaudu. Tihti infektsiooni levik nimetatud teid mööda kombineerub. Intrakanalikulaarse leviku korral infektsioon levib emakaela- ja emakae, emakast munajuhade kaudu peri-

toneumile. Intrakanalikulaarselt levib kõige sagedamini gonorroiline infektsioon.

Viimase aastakümne kestel on täheldatavad märgatavad muutused sünnitusjärgsete infektsioonide kliinilises kulus ja struktuuris. Suremus sünnitusjärgsetesse infektsioossetesse (septilistesse) haigustesse on langenud. Märgatavalt on vähenenud raskete sünnitusjärgsete haigestumiste hulk, kuid sagedamini kui varem esineb abortiivseid vorme ja atüüpilise kliinilise pildiga sünnitusjärgseid infektsioosseid (septilisi) haigestumisi. Samuti on suurenenud ekstragenitaalsete sünnitusjärgsete infektsioonide, eriti mastiitide esinemissagedus.

Erilist tähelepanu vajavad atüüpilise kliinilise pildiga sünnitusjärgsete infektsioossete (septiliste) haiguste vormid. Atüüpilised vormid meenutavad väheväljendatud sümptomatoloogia tõttu haigestumise kergeid ja abortiivseid vorme. Kõige sagedamini täheldatakse mittevastavust: 1) haige enesetunde ja pulsi vahel (kiire pulss); 2) temperatuuri ja pulsi vahel (kiire, temperatuurile mittevastav pulss); 3) kliinilise pildi raskusastme ja vereuringute andmete vahel (kõrge leukotsütoos, verepildis nihe vasakule, settereaktsiooni tõus); 4) kliinilise pildi ja haigusega seotud morfoloogiliste muutuste vahel (anatomilised muutused osutuvad märgatavalt ulatuslikemaks ja raskemateks kui võis oletada kliinilise pildi alusel). Atüüpilistele vormidele iseloomulik sümptomide nõrk väljendatus kehtib ka lokaalsete muutuste kohta. Nii näiteks kulgevad mädaprotsessid sageli loidude infiltraatidena, subfebrilise temperatuuriga, kusjuures valusündroom on suhteliselt vähe välja kujunenud. Isegi sepsise kardinaalsed sümptoomid võivad kaotada oma tüüpilise iseloomu. Tähtsaimaks sepsise kriteeriumiks sünnitusjärgsel perioodil jääb kiire labiilne pulss.

Oht diagnostilisteks vigadeks ja sellega seoses olevad ebaõiged terapeutilised järeldused nõuavad atüüpilise kliinilise pildiga sünnitusjärgsete infektsioossete (septiliste) haiguste vormide korral hoolikat jälgimist ja üksikasjalikku uurimist.

## II

### KLASSIFIKATSIOON

Üheks kõige komplitseeritumaks küsimuseks sünnistusjärgsete infektsioosete (septiliste) haiguste probleemid on nende klassifikatsioon. Kõige enam vastab kliinilistele nõuetele S.V. Sazonovi ja A.V. Bartelsi poolt esitatud klassifikatsioon. Vaatavalt sellele klassifikatsioonile vaadeldakse sünnitusjärgseid infektsioosseid haigusi kui üht ühtse dünaamiliselt kulgeva infektsioosse (septilise) protsessi erinevaid etappe.

**E s i m e n e e t a p p .** Infektsioon on piirdunud ja ei levi kaugemale genitaaltrakti sisepinnast. Siia kuuluvad järgmised vormid.

1. Sünnitusjärgne haavand - lahkliha, tupe limaskestast ja emakakaela haavandi infektsioosne põletik.

2. Sünnitusjärgne endometriit (metroendometriit). Täieliselt ei piirdu infektsioon tupe ja emakakaela limaskestaga. Kui täheldatakse katte lahkliha õmblustel ja emakakaelal, siis esineb analoogiline protsess ka emakas. Sünnitusjärgne endometriit on kõige sagedamaks sünnitusjärgse infektsiooni vormiks.

3. Lohhiomeetra.

4. Emaka subinvolutsioon.

**T e i n e e t a p p .** Infektsioon ei ole veel genitaaliseerunud, kuid on levinud kaugemale emakast, piirdudes väikeste vaagnaga. Siia kuuluvad sünnitusjärgne

metriit (1),  
parametriit (2),  
adneksiit (3),

pelvioperitoniit (4),  
piirdunud tromboflebiit (5).

Infektsiooni hematogeensel levimisel tekib metroflebiit, vaagna ja alajäseme veenide tromboflebiit. Infektsiooni lümfogeensel levimisel tekib metriit ja parametriit, intrakanalikulaarsele - adneksiit ja pelvioperitoniit.

**K o l m a s e t a p p .** Infektsioon on oma raskuselt lähedane generaliseerunud infektsioonile. Sellesse etappi kuuluvad: 1) üldine peritoniit, 2) septiline šokk, 3) progresseeruv tromboflebiit.

**H e l j a s e t a p p -** generaliseerunud infektsioon: 1) sepsis ilma nähtavate metastaasideta ja 2) sepsis metastaasidega.

### III

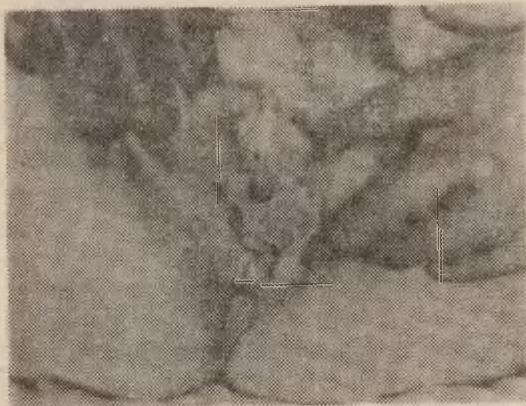
#### SÜNNITUSJÄRGSE INFEKTSIOONI ESIMESE ETAPI VORMID

##### 1. Sünnitusjärgne haavand (ulcus puerperale)

Nimetust "sünnitusjärgne haavand" (ulcus puerperale) kasutatakse infitseeritud haavade suhtes, mis on tekkinud sünnituse ajal lahklihal, tupes ja emakakaelal. Sünnitusjärgsele haavandile on iseloomulik pindmise nekroosi tekkimine. Haava pind on kaetud rüpakashalli või kollekashalli katuga, mis on raskesti eraldatav aluskoelt (joo-nis 6). Haavand veritseb kergesti, ümbritsev kude on tur-sunud ja põletikuliselt hüpereemiline. Sünnitanu üldine seisund on hea, kuigi temperatuur võib lühiaegselt tõusta kuni 38° ja isegi enam. Haiged kaebavad sageli põletus-tunnet välissuguelundite piirkonnas.

Põletikuline staadium kestab 4 - 5 päeva, katt eemal-

dub pikkamisi, haav puhastub ja tekivad granulatsioonid. Haava paranemine lõpeb tavaliselt 10. - 12. päevaks. Õmb-lused infitseeritud haaval raskendavad sekreedi äravoolu, mistõttu haigestumine võib võtta raskema kulu. Infektsi-



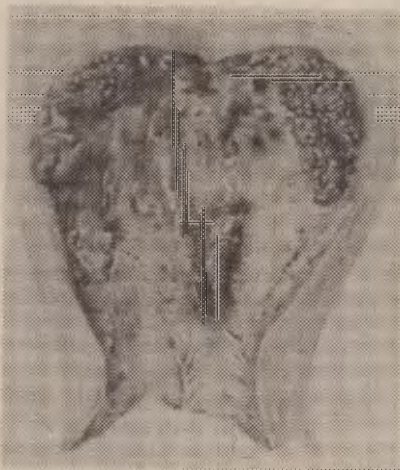
Joonis 6. Sünnitusjärgne haavand.

ooni levimisel kaugemale sünnitusjärgse haavandi piiri-dest tekivad vulviidid, kolpiidid, parakolpiidid jne. Oluline on märkida, et seaduspärasusena sünnitusjärgsed haavandid emakakaelal kombineeruvad emaka sisekesta põletikuga - endometriidiga.

R a v i : nekrootilise katu korral asetatakse haavale marlitampoon, mis on niisutatud naatriumkloriidi hüpertoonilise lahusega koos streptomütsiiniga (5000 ühikut 1 ml). Kasutatakse ka Višnevski salvi. Haav tuleb avada - võtta ära õmb-lused, kui nad veel püsivad.

2. Sünnitusjärgne endometriit  
(endometritis, metroendometritis  
puerperalis)

Sünnitusjärgsel emaka sisepinna infitseerimisel haaratakse põletikulisest protsessist marrastunud detsiidua, säilunud müomeetriumi näärmete lõpmed ja sellega piirnev müomeetriumi kiht (joonis 7).



Joonis 7. Sünnitusjärgne endometriit. Emaka sisepinnal peetunud platsentaarkoe osised.

Endometriidi korral täheldatakse detaiduaalse koe pindmist nekroosi, väikerakulist infiltratsiooni tema süvemas kihis ja temaga piirnevas müomeetriumi kihis, lihaskiudude turset ning veresoonte ja lümfisoonte laiendamist. Sünnitusjärgse emaka sisepind ei ole ühelaadne ja seetõttu kulgeb põletikuline protsess temas ebaühtlaselt. Suurimat ohtu kujutab endast põletikuline protsess platsentaarlooži piirides.

Endometriidi kliinilised tunnused ilmnevad tavaliselt 3. - 4. sünnitusjärgsel päeval. Temperatuur tõuseb

38 - 39 kraadini, puls kiireneb, kuid vastab temperatuurile; võivad esineda külmavärinad. Üldseisund püsib rahuldavana. Lokaalsed nähud väljenduvad emaka subinvolutsioonina, tundlikkuses tema palpeerimisel, eriti emaka külgedel (suurte lümfisoonte kulgu pidi). Lohhiad muutuvad määrdunuiks, veris-mädaseks, vahel omandavad vinava leha.

Endometriit kestab 8 - 10 päeva. Kõrgem temperatuur püsib 5 - 7 päeva ja haigestumise lõpul läheb üle subfebrilseks.

Raske vormi korral on endometriidi sümptoomid märgatavalt reljeefsemad. Haigestumine algab suhteliselt vara - 1. - 2. sünnitusjärgsel päeval. Temperatuur tõuseb 39 kraadini ja isegi enam, sageli külmavärinatega. Intoksikatsiooni nähud on tugevamad: esineb halb enesetunne, nõrkus, peavalu, isutus, halb uni. Emakas on palpeerimisel väga valulik.

Antibiootikumide ebaõigel kasutamisel võib endometriit kulgeda atüüpilise vormina. Ebaratsionaalne ravi võib olla põhjuseks haigestumise pikaldasele kulule. Pikaldast kulgu täheldatakse ka infektsiooni levimisel väljaspoole haavandi piire. Ei tohi unustada, et iga lokaliseerunud sünnitusjärgne infektsioon võib olla etapiks puerperaalsepsise tekkimisel.

Endometriidi kergete vormide puhul võib piirduda rahu määramisega, põletikuvastaste (amydopyrini 0,25 x 3 päevas) ja kontraktsioonivahendite ordineerimisega. Kontraktsioonivahendeid võib määrata kas peroraalselt (pülv. Secalis cornuti 0,03, Ergotali 0,001, Ergotamini hydrotartratis 0,01, Cotarnini chloridi 0,05, Pachycarpini hydroiodidi 0,1 2 - 3 korda päevas jne.) või muskulisisesi süstetena (sol. Ergometrini maleatis 0,02 % - 1 ml, Methylegometrini 0,02 % - 1 ml, Ergotamini hydrotartratis 0,05 % - 1 ml, Pituitrini - 1 ml, Oxytocini - 1 ml, Mammophysini - 1 ml 1 - 2 korda päevas).

Tungaltera preparaatide kasutamisel tuleb arvestada, et nad põhjustavad jäsemete veresoonte spasme. Tavaliselt kasutatakse kontraktsioonivahendeid peroraalselt 5 päeva, süstetena 3 päeva.

Ravi antibiootikumidega ja sulfoonamiididega teostatakse vastavalt põhiseisukohtadele, mis on toodud peatükis "Sünnitusjärgsete infektsioonsete (septiliste) haiguste ravi".

### 3. Lohhiomeetra (Lochiometra)

Lohhiomeetra tekke põhjuseks on sünnitusjärgse vooluse - lohhiate peetus emakas. Lohhiomeetra tekib kõige sagedamini 5. - 9. sünnitusjärgse päevani ja on põhjustatud emaka kaelakanali sulgumisest lootekestadega või verehüüvetega ning emaka hüperfleksioonist kas ette või taga (joonis 8). Kuna emaka normaalne antefleksioon ning



Joonis 8. Emaka hüperantefleksioonist tingitud lohhiomeetra ja tema kõrvaldamine väliste võtetega.

kaelakanali ahenemine tekivad tavaliselt 7. sünnitusjärgseks päevaks, siis just sellel ajal tekib kõige sagedamini liialt tugevast ante- või retrofleksioonist tingituna lochiometra. Tema tekkimist soodustab mitteküllaldane emaka kontraktsioonivõime. Niipea kui lohhiate eritumine lakab, algab mikroobide invasioon tupest emakasse. Peetunud lohhiad on soodsaks toitepinnaseks mikroobidele.

Haigestumine algab äkki ja sageli külmavärinatega, loh-

hiate eritus lakkab. Puerpeeriumi normaalse kulu foonil tõuseb temperatuur 39 - 40 kraadini, püüdes kõrgena 1 - 2 päeva. Järgneb temperatuuri järsk langus, millega kaasneb tugev higistamine ja rohke mädase iseloomuga lohhiate eritus. Pulsus vastab temperatuurile, sagedus ei ületa tavaliselt 100 lööki minutis, on hea täitumisega. Haigestumise kõrgperioodil on emakae tunduvalt suurenenud, palpeerimisel tihket elastset konsistentsi ja hell.

Lochiometra võib esineda iseseisva haigestumisena või kaasneda metroendometriidile (teisene lochiometra).

Kõige lihtsamaks ja efektiivsemaks lochiometra ravimeetodiks on emaka hüperantefleksiooni kõrvaldamine läbi kõhukatete (joonis 8). Juhul kui see õnnestub, eritub rohkelt voolust ja emakae kontraheerub hästi. Ka välisteid võtteid tuleb kasutada ettevaatlikult, et mitte soodustada infektsiooni levikut. Medikamentidest määratakse kontraktsiooni vahendeid ja samaaegselt emaka sisesuudme lõõgastamiseks belladonna preparaate kas küünaldana või atropiini süstena.

#### 4. Sünnitusjärgne emaka subinvolutsioon (Subinvolutio uteri)

Sünnitusjärgne emaka subinvolutsioon võib olla kas esmane või teisene. Teisene emaka subinvolutsioon kaasneb sünnitusjärgsetele infektsioossetele (septilistele) haigestumistele.

Oma olemuselt subinvolutsioon ei ole infektsioosne haigestumine, kuid kulgeb sageli subfebrilise temperatuuriga.

Esmase subinvolutsiooni põhjusteks on emaka mitteküllaldane kontraktsioonivõime infantilismi korral, lootekestade, platsentaosakeste ja verehüüvete peetus emakas. Keestade peetus tingib suhteliselt lühiaegse subinvolutsiooni, sest nad eralduvad tavaliselt iseseisvalt 3. - 5. sünnitusjärgsel päeval. Platsenta osakeste peetuse korral on

eubinvolutsioon kauakestev ning tihhti seotud platsentaar-põlõubi tekkimisega. Emaka subinvolutsioon esineb küllaltki sageli paljusünnitanud naistel, aga ka mitmikraseduse ja hüdrarnioni järgselt.

Teisene subinvolutsioon tekib kõige sagedamini sünnitusjärgse metroendometriidi korral.

Põhilisteks subinvolutsiooni sümptomideks on:

1) pehme, suur - sünnitusjärgsele päevale suuruselt mittevastav emakas,

2) halvasti formeerunud emakakael ning tema suhteliselt suur avatud olek,

3) rohke hallikaspruuni värvust sünnitusjärgne voolus,

4) subfebrilne temperatuur.

Neist esimene on peamiseks sümptomiks subinvolutsiooni diagnoosi püstitamisel. Palpatsioonil on emakas pehme, ümara kujuga ja tema seinad on lõdvad. Emakakael püsib kaua avatuna. Erituvate lohhiate hulk on suurenenud ja verinepunane eritus võib kesta isegi 15 - 30 päeva. Temperatuuri tõusu põhjustab mikroobide invasioon emakasse. Vooluse küllaldase eritumise korral palavik eriti kõrgeks ei tõuse. Pulse püsib 80 - 90 löögi piires. Kauakestva subfebrilse temperatuuri, eriti aga pulsi kiirenemise korral tuleb mõelda komplikatsioonide tekkimisele.

Ravi on analoogiline endometriidi ravile.

#### IV

### SÜNNITUSJÄRGSE INFEKTSIOONI TEISE ETAPI VORMID

#### 1. Sünnitusjärgne metriit (metritis puerperalis)

Sünnitusjärgse metriidi all mõistame süvamat emaka lihase kahjustust kui metroendometriidi korral. See tekib infektsiooni lümfogeensel levimisel sügavale emaka lihasesse.

Metriit tekib kas üheaegselt metroendometriidiga või kui järgneb metroendometriidile, siis mitte varem kui 7. sünnitusjärgsel päeval. Haigestumine algab külmavärinatega, temperatuur tõuseb 39 - 40 kraadini, muutub hiljem subfebriliseks. Üldseisund häirub märgatavalt. Emaka on halvas kontraktioonis, sisesuu on läbitav 1-le sõrmele isegi pärast 9. sünnitusjärgset päeva. Palpatsioonil on emakas valulik, eriti külgedel.

Voolus on algul vähene ja tumedat-punast värvust, hiljem rohke ja suure mädasisaldusega, sageli lehkav. Haiguse kestus on 3 - 4 nädalat.

Lihaskoes täheldatakse akuutset põletikulist ödeemi ja nekroosi. Mädaga täidetud lümfipilude- ja soonte ning muskli nekroosikollete laatumise tagajärjel tekivad suuremad või väiksemad abstsessid emakaseinas - puerperaalsed emaka abstsessid. Harvem separeeritakse põletiku poolt suurem emaka muskli osa, mis eritub koos lohhiatega - metritis dissecans.

Ravi sünnitusjärgse metriidi korral peab olema intensiivne, vt. "Sünnitusjärgsete infektsioossete (septiliste) haiguste ravi".

#### 2. Sünnitusjärgne parametriit (parametritis puerperalis)

Parametriit - emaka ümbruse sidekoe põletik - tekib infektsiooni lümfogeensel levimisel. Infektsioon tungib pa-

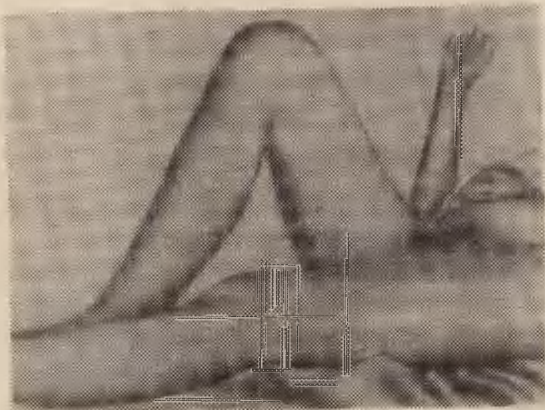
rameetrumi peamiselt emakakaela ja tupe ülemise osa reben-dite, harva platsentaarvälja kaudu. Parametriit on tavaliselt harva kahepoolne. Eksudaat on algul seroosne, kuid fibriini hulka temas suureneb kiiresti ja tekib tihe infiltraat. Põletikuline protsess võib jääda lokaliseerituks. Lokali-satsiooni soodustab fibriini ladestumine, lümfisoonte blokaad põletikukolde ja granulatsioonivalli tekkimine. Raske infektsiooni korral osutuvad need kaitsemehhanismid mitte-küllaldaseks ja põletik haarab kogu väikese vaagna sidekoe (pelviotselluliit).

Parametriit algab tavaliselt 10.-12. sünnitusjärgsel päeval külmavärinatega ja temperatuuri tõusuga kuni 39 kraadi, harva 40 kraadini. Haige üldseisund ei ole eriti raske, tavaliselt esitatakse kaebused ebamäärastele valudele allkõhua. Tugevad valud võivad esineda haigestumise algul ning on tingitud haiguskollet katva peritoneumi ärritusest. Üsna haiguse algul on lokaalsed sümptoomid nõrgalt väljendunud. Vaginaalsel läbivaatusel (cave!) täheldatakse põletiku piirkonnas ainult paatoossust, 2 - 3 päeva möödumisel kontureerub algul pehmet, hiljem tihedat konsistentsi infiltraat. Infiltraat on mõõdukalt valus, liikumatu. Parametriidi korral asub infiltraat emaka külge ja vaagnaseina vahel. Tupe külmine võib muutub lamedamaks, tema limaskest kaotab liikuvuse. Emakat infiltraadist eraldi välja palpeerida ei saa ja ta on ühepoolse parametriidi korral nihutatud vastassuunas, mõlemapoolse parametriidi puhul - ette ja üles.

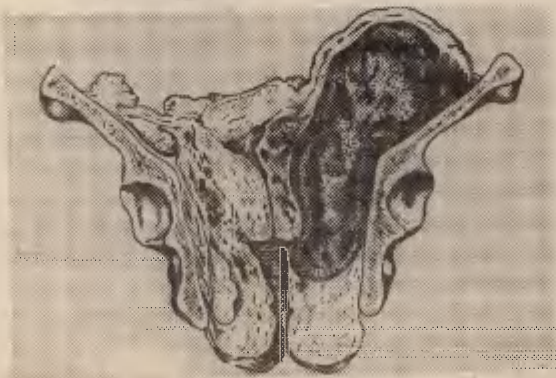
Infiltraat võib levida parameetriumist kaugemale. Põletiku levimisel paravesikaalsele koele võib infiltraat levida mööda kõhuseina tagumist pinda, omandades seejuures kolmnurga kuju, mille tipp on pööratud naba suunas. Parameetriumi ülemisest osast võib infiltraat levida retroperitonaalselt isegi kuni neeruni. Infiltraadi lokaliseerumisel nimmelihasel (parapsoit) võtab haige seliliasendi laiali viidud ja painutatud jalaga (joonis 9).

Parametriidi kliiniline kulg võib olla erinev. Palavik kestab tavaliselt 1 - 2 nädalat mitte eriti suurte remie-

aioonidega. Infiltraat imendub aeglaselt. Suhteliselt harva täheldatakse suppuratsiooni - 3. - 5. haigestumise nädalal (joonis 10). Temperatuur muutub remiteeruvaks, tekitab külmavärinad. Kui mädakollet ei avata õigeaegselt, murrab mäda endale tee lig. Pouparti kohalt, incisura ischiadica major'i kaudu veresoonte vahelt tuharatele, lig. Pouparti alt reie piirkonda (joonis 11). Ähvardava mädakolde



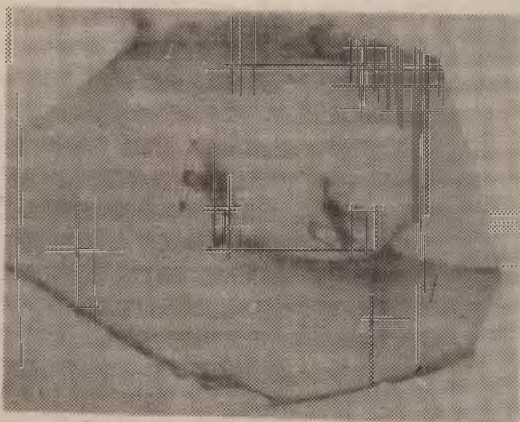
Joonis 9. Sundasend parempoolse mädase parametriidi korral m. iliopsoas'e pinget vähendamiseks.



Joonis 10. Sünnitusjärgne mädane parametriit.

lâbimurde kohal tãheldatakse algul vâljuvuat, seejãrel na-  
ha punetust ja fluktuatsiooni.

Mãdanik võib samuti avaneda kusepõide või pãrasoolde.  
ãhvardava lâbimurde korral kusepõide tãheldatakse tenesme,  
pãrasoolde - tenesme, kõhulahtisust.



Joonis 11. Parempoolne mãdane parametriit perforatsiooniga lâbi foramen ischiadicum majus'e. Lãbimurde kohti on laiendatud intsisiooniga.

Eristatakse parametriiti kui eraldi haigestumist (esmane parametriit) ja kui reaktiivset koepõletikku tromboflebitide, adneksiitide korral (teisene parametriit). Teisene parametriit seaduspãrasusena ei ole eriti ulatuslik. Kãesoleval ajal seoses antibiootikumide kasutamisega tãheldatakse esmaseid parametriite harva ja nende kulg on tavaliselt kerge. Kuid ka ravimisel antibiootikumidega ei ole vãlistatud mãdaprotsessiks õlemineku võimalus, kusjuures kliiniline pilt on tihti atõõpiline.

Ravi vt. "Sõnnitusjãrgsete infektsioonsete (septiliste) haiguste ravi".

### 3. Sünnitusjärgne adneksiit (Adnexitis, salpingoophoritis puerperalis)

Terminit "sünnitusjärgne adneksiit" kasutame mitte ainult selletõttu, et kliinilised meetodid ei võimalda sageli diferentsida munajuhade ja munasarjade põletikku, vaid ka seepärast, et tiheda anatoomilise seose tõttu haaratakse põletikulisest protsessist tavaliselt mõlemad. Salpingiidi korral on ühel või teisel määral haaratud põletikust ka ovaarium ja vastupidi.

S ü n n i t u s j ä r g s e d s a l p i n g i i d i d - mitte arvestades gonorroilisi, mida käsitleme eraldi - on peaaegu alati ühepoolsed. Salpingiidid tekivad sagedamini pärast infitseeritud heidendeid, harvemini sünnitusjärgsel perioodil. Läbipõetud tuberkuloosne ja gonorroiline salpingiit võib sünnitusjärgsel perioodil ägeneda teisesel infitseerumisel stafülo- või streptokokkidega.

Salpingiitide kliiniline pilt on väga mitmekesine. Eristatakse katarraalset ja mädast salpingiiti ning pyosalpinxi - ulatuslikku mädast kogunemist munajuhadesse pärast tema abdominaalse ava liitelist sulgust.

K a t a r r a a l s e d s a l p i n g i i d i d (seroosse või serofibrinoosse eksudaadiga) kulgevad mitte eriti raske kliinilise pildiga, peritoneaalsed ärritusnähud on nõrgalt välja kujunenud. Temperatuur tõuseb 2.-5. sünnitusjärgsel päeval mitte kõrgemale kui 38 kraadi, setereaktsioon püsib 30 - 40 mm piirides. Vaginaalsel läbi vaatusel (Cave! Infektsiooni leviku oht) on täheldatav põletikuliselt paksenenud ja väga valulik munajuha.

M ä d a s t e s a l p i n g i i t i d e korral on kliiniline pilt märgatavalt raskem. Temperatuur tõuseb üle 39 kraadi juba haigestumise esimestel päevadel, sette reaktsioon on tõusnud - 40-70 mm tunnis, leukotsütoos

on 12 000 piirides. Bimanuaalsel palpatsioonil on leitav munajuha tugev paksenemine (kuni pöidlajämeduseni), eriti tema ampullaarses osas. Paksenenud tuba osa on nagu allapoole rippuv, kuid ei ulatu excavatio rectouterina'sse, mis on iseloomulik püosalpinksile. Mäda võib sattuda peritoneumile ning põhjustada pelvioperitoniiti või isegi üldist peritoniiti.

**P y o s a l p i n x** (joonis 12) tekib mädase salpingiidi korral. Munajuha abdominaalne ava sulgub fimbriatega ja põletikuline munajuha täitub mädase sekreediga.



Joonis 12. Püosalpinx.

Munajuha voldilisus kaob ning ta muutub pikapeale suletud mädakotiks. Ägedas staadiumis täheldatakse püosalpinksi korral tugevaid peritoneaalseid ärritusnähte, pikka aega kõrget temperatuuri. Püosalpink võib laekuda sügavale excavatio rectouterina'sse ja simuleerida mädast pelvioperitoniiti. Sünnitanu üldine seisund on pikemat aega raske. Settereaktsioon on tõusnud kuni 60 - 80 mm tunnis, leukotsütoos 12 - 20 000, verepildis on leitav tugev vasakule nihe. Püosalpink läheb pikapeale üle krooniliseks ning annab hiljem sageli ägenemisi.

Munasarjade haigestumised sünnitusjärgsel perioodil on peaaegu alati teisesed ning kaasnevad munajuhade haigestumisele. Kergematel juhtudel tekivad folliikuli või kollaskeha mikroabstsessid, mis on tugevasti liitunud munajuhadega ja seetõttu raskesti diagnoositavad. Rasketel juhtudel, eriti mitmenädalase kestuse korral ja temperatuuri suurte remissioonide puhul, võib diagnoosida püoovaariumi (pyoovarium). Palpatsioonil (Cave! Pyoovariumi perforatsiooni oht) on sel juhul emaka kõrval leitav ümar, väheliikuv valulik tuumor.

Ravi: intensiivne üldtugevdav ja antibakteriaalne ravi (laja toimespektriga antibiootikumide ja sulfoonamiididega). Määratakse range voodirežiim, kuna eriti püosalpinski korral on oht tema ruptuuriks ja perforatsiooniperitoniidi tekkimiseks. Püoovaariumi korral on ravi ainult operatiivne. Ravi vt. "Sünnitusjärgsete infektsioonsete (septiliste) haiguste ravi".

#### 4. Sünnitusjärgne pelvioperitoniit (Pelvioperitonitis puerperalis)

Väikese vaagna peritoneumi põletik - pelvioperitoniit - tekib infektsiooni levimisel lümfogeensel teel läbi emaka seina ja laisideme intrakanalikulaarselt (sagedamini gonorrhoea korral) ja peritoneumi otsese infitseerumise tulemusena emaka vigaatamisel. Haiguse ägedale staadiumile on iseloomulik seroosse ja sero-fibrinoosse eksudaadi moodustumine: see muutub 3. - 4. päeval mädaseks (gonorroilielele pelvioperitoniidile on iseloomulik fibrinoosne eksudaat). Fibriinladestused, mis tekivad põletikulise protsessi piiridel, põhjustavad liidete tekkimist mesenteeriumi ja soolelingude ning vaagna elundite vahel ja piiritlevad sellega mädakolde.

Septilise sünnitusjärgse infektsiooni korral areneb pelvioperitoniit esimesel sünnitusjärgsel nädalal, gonorrhoea puhul hiljem. Erinevalt üldperitoniidist prevaleeruvad pel-

vioperitoniidi korral lokaalsed nähud. Haigestumise algul on pelvioperitoniiti raske eristada üldperitoniidist. Pelvioperitoniit algab ägedalt, kõrge temperatuuri, sageli külmavärinatega, tugevate valudega allkõhus, liivelduse ja oksendamisega. Tekib kõhu puhitus ja pinge, Stšetkin-Blumbergi sümptoom on positiivne. Auskultatsioonil kuuldav soolte peristaltika viitab pelvioperitoniidile. 1. Ööpäeva kestel muutub kliiniline pilt selgemaks - haige üldine seisund muutub paremaks, kõhu pinge piirdub tema alumise osaga. Edaspidi on rohkem või vähem selgelt välja palpeeritav moodustunud põletikulise konglomeraadi ülemine piir. Vaginaalsel läbivaatusel (Cave!) haiguse esimestel päevadel on leitav ainult resistents ja valulikkus tagumises võlvis; järgnevatel päevadel on emaka taga tunda eksudaat, mille tulemusena tagumine võlv on ettevõlvuv, omades algul taig-nataolist, hiljem tihket ja elastset konsistentsi. Eksudaadi toimetel surutakse emakas ette ja üles.

Pelvioperitoniidi kulg võib olla erinev. Ühtedel juhtudel kõrge temperatuur alaneb pidevalt, eksudaat imendub; teistel juhtudel temperatuur muutub esimese nädala lõpuks remiteeruvaks, ilmnevad mädaprotsessi tunnused. Tekkinud mädakolle tuleb avada (tagumine kolpotoomia).

Pelvioperitoniit kestab pikka aega - kuni 1 kuu ja isegi enam. Ravimisel antibiootikumidega täheldatakse nii kergeid kui ka atüüpilisi vorme. Ravi vt. "Sünnitusjärgseid infektsioosete (septiliste) haiguste ravi".

##### 5. Gonorrhoea sünnitusjärgsel perioodil

Sünnitusjärgne periood loob soodsad tingimused gonokokkide astsendeerumiseks emakasse, munajuhadesse ja väikese vaagna kõhukelmele (joonis 13). Sünnitusjärgsed lohhiad on gonokokkidele heaks toitekeskkonnaks ning nad paljunevad kiiresti. Alates 3. - 4. päevast pärast sünnitust on lohhiates leitav peaaegu puhas gonokokkide kultuur. Go-

nokokkide avastamiseks on seepärast kõige soodsam 3. - 6. sünnitusjärgne päev (külv ja preparaat).

Gonorrhoea võib sünnitusjärgsel perioodil kulgeda kui gonorrolline endometriit, adneksiit või pelvioperitoniit. Raskemat kulgu täheldatakse siis, kui nakatumine toimub raseduse teisel poolel.



Joonis 13. Gonorrhoea kollete skeem.

Gonorroiline infektsioon avaldub sünnitusjärgsel perioodil tavaliselt kerge endometriidina. Iseloomulik on temperatuuri hiline tõus - 6. - 8. päeval pärast sünnitust. Temperatuur ei tõuse tavaliselt üle 39 kraadi, emakas on palpatsioonil hell ning esineb subinvolutsioon. Pulse on kiire, kuid vastab temperatuurile. Haigestumine kestab tavaliselt 7 - 10 päeva. Kui temperatuur selleks ajaks ei alane, vaid vastupidi tõuseb, siis viitab see protsessi levimisele emakamanustele ja väikese vaagna peritoneumile. Kergematel juhtudel on temperatuur subfebrilne või isegi normaalne. Gonorroiline endometriit võib mõne nädala möödumisel ka iseeneslikult paraneda ja üle minna latentseks. Ägenemine tekib tavaliselt esimese menstruatsiooni ajal pärast sünnitust ja siis infektsioon astsendeerub.

Protsessi üleminekul munajuhadele tõuseb temperatuur 39 - 40 kraadini, tekivad tugevad valud allkõhus ja peritoneaalsed ärritusnähud. Bimanuaalsel palpatsioonil on munajuhad mõlemal pool palpeeritavad vorstjalt paksenenud moodustistena, väga valulikumud. Võib tekkida ka püosalpinks.

Gonokokkide tungimine kõhuõõnde põhjustab ägeda eksudatiivse pelvioperitoniidi või perimetriidi. Gonorröiline pelvioperitoniit on üldiselt soodsama kliinilise kuluga kui strepto- ja stafülokokkide või E. coli poolt põhjustatud. Tugevad peritoneaalsed ärritusnähud mõõduvad mõne päeva jooksul ja temperatuur langeb. Gonorröilise infektsiooni korral ei lähe pelvioperitoniit peaaegu kunagi üle üldperitoniidiks, või kui läheb, siis on alati tegemist segainfektsiooniga.

Gonorrhoea immuunoteraapiat ning ravi antibiootikumidega teostatakse sünnitusjärgsel perioodil vastavalt üldkehtivatele skeemidele, mis on toodud NSVL Tervishoiu Ministeeriumi metoodilistes juhendites. Sageli kasutatakse antibiootikumide kombineerimist, näiteks penitsilliin levomütsetiiniga (penitsilliini 200 000 Ü x 6 ööpäevas, kokku 3 500 000 Ü ja levomütsetiini esimesel kahel ööpäeval 6 x 0,5, järgnevatel päevadel 4 x 0,5, kokku 8 g). Viimasel ajal soovitatakse kasutada oletetriini, erütromütstiini ja monomütstiini.

Kui penitsilliinravi osutub efektituks, siis ei ole lubatud tema korduv kasutamine ka kombineeritult teiste antibiootikumidega.

Ureetra ja rektumi lokaalset ravi teostatakse mitte varem kui 10 päeva pärast sünnitust, emakakaela ravi mitte varem kui 4 nädalat pärast sünnitust.

Tervistumise määramiseks võetakse preparaadid ja külvivid 7 - 10 päeva pärast ravi lõpetamist. Kui preparaadis ja külvis ei leita gonokokke, siis teostatakse provokatsioon. Lokaalset emakakaela peitsimist esimesel uurimisel ei ole soovitatav kasutada. Uurimist korratakse 2 - 3 korda 1-

kuuliste vaheaegade järel. Kui gonokokke ei leita, siis tunnistatakse haige tervenenuks ja võetakse arvelt maha.

## 6. Sünnitusjärgne tromboflebiit

Sünnitusjärgse perioodi patoloogias etendavad olulist osa komplikatsioonid, mis on seotud veenide tromboosiga: 1) flebotromboosid ja 2) tromboflebiidid.

Sünnitusjärgseid tromboflebiite jaotatakse pindmistele ja süvaveenide tromboflebiitideks. Süvaveenide tromboflebiidid jaotatakse omakorda: a) metrotromboflebiitideks, b) vaagna veenide tromboflebiitideks, c) alajäseme veenide tromboflebiitideks (niude-reie, reie, õndla-sääre jne.). Flebotromboos on aseptiline protsess. Tromboosi tekkimist soodustab: 1) vaagna veenide mehhaaniline kompressioon emaka poolt, 2) veeni sisepinna muutused, 3) vere hüübivuse tõus seoses koaguleerivate faktorite sisalduse suurenemisega veres ja 4) verevoolu aeglustumine.

Sünnitusjärgselt soodustavad tromboosi tekkimist vere hüübivuse tõus, pärast sünnitust täheldatav venoosne pais väikeses vaagnas, verevoolu aeglustumine esimestel sünnitusjärgsetel päevadel alajäseme veenides tingituna voodirežiimist. Tromboosi oht suureneb südame-veresoonkonna haiguste, varikoosete veenilalendite, rasedate hlistoksikoosi korral, pikaleveninud sünnituse ning operatiivsete vahelesegamiste järel.

Tromboflebiidi tekkemehhanism on erinev. Ühtedel juhtudel eelneb tromboflebiidile aseptiline tromboos. Mikroobid, sattudes verre organismis olevast infektsiooni koldest, ladestuvad trombile ja infitseerivad trombi. Trombilt levib infektsioon veeni seinale. Teistel juhtudel infitseerub esmalt veeni sein ja seejärel moodustub tromb. Infektsioon võib levida veenile lümfipilude ja vasa vasorum'ite kaudu ümbritsevast koest - areneb peri-

flebiit ja seejärel endoflebiit. Tromboflebiit võib alguse saada ka endoflebiidist. Viimase tekkimiseks on vajalik mikroobide sattumine verre infektsioonikoldest ja veeni sisepinna infiteerumine.

Tromboflebiit võib kulgeda ka kui isoleeritud haigestumine. Veeniseina põletik piirdub ja tromboorganiseerub.

Sümptoomid on tromboflebiidi algstaadiumis sageli vähe reljeefsed. Seetõttu on eriti vajalik pöörata tähelepanu järgnevatele sümptomidele: 1) kestev subfebriliteet, 2) pulsi iseärasused (labiilsus, erinev sagedus perioodilisel lugemisel; pidev kiirenemine), 3) valud alajäsemes tõusmisel, käimisel, valulikkus veeni kulgu mööda; valud sääres jala dorsaalfleksioonil ja valud surumisel sääre lihastele.

Hinnatavaid andmeid annavad ka vere koaguleeriva ja antikoaguleeriva süsteemi seisundi määramine, samuti tromboelastograafia. Kliiniline pilt sõltub tromboflebiidi lokalisatsioonist ja protsessi ulatusest. Erinevate vormide kliiniline pilt omab rida ühiseid jooni. Haigete üldseisund on tavaliselt rahuldav. Temperatuur püsib 37 - 38,5° piires, pulss on kiirenenud, sageli kuni 100 ja isegi enam lööki minutis. Haigestumise algul täheldatakse tihti külmavärinaid. Vere uurimisel leitakse sagedamini mõõdukat leukotsütoosi, verevalemis vasakule nihe ja settereaktsiooni kiirenemine.

Alajäseme pindmiste veenide tromboflebiit sünnitusjärgsel perioodil on enamikul juhtudest seotud varikoosete veenilaiendite eesinemisega. Põletikuline veen on palpatsioonil valulik ja nahk tema kohal hüperemiline. Pindmiste veenide tromboflebiidile kaasneb harva alajäseme turse. Vaginaalsel uurimisel metroendometriidi tunnuseid kas leitakse või siis patoloogiline leid puudub.

Metrotromboflebiit on endometriidi komplikatsiooniks. Piirdunud metrotromboflebiiti on rasked diagnoosida. Täheldatakse pulsi kiirenemist, emaka subin-

volutsiooni, kauakestvat rohkem verist voolust. Läbivaatusel võivad emakal olla palpeeritavad iseloomulikud vähkid - põletikulised veenid.

V a a g n a v e e n i d e t r o m b o f l e b i i t ei teki tavaliselt sünnitusjärgsel enne teise nädala lõpu. Vaginaalsel läbivaatusel on täheldatav halvasti kontraheerunud emakas. Emaka venoosse põimiku alumiste veenide tromboflebiidi korral on põletikulised veenid palpeeritavad laisideme põimikus valulike ja tihedate vänniliete vähkidena. Põletiku üleminekul veene ümbritsevale koele tekib mitte eriti suur infiltraat - teisene parametriit. Märkatavalt raskem on diagnoosida ovaariumi veenide põimiku (emaka venoosse põimiku ülemiste veenide) tromboflebiiti. Vaginaalsel läbivaatusel on emakamanuste piirkonnas palpeeritav mitte eriti suur infiltraat, mis meenutab põletiku. Ovariaalse põimiku tromboflebiidi puhul on oht kopsu emboolia tekkimiseks eriti suur.

J a l a s ü v a v e e n i d e t r o m b o f l e b i i t tekib sagedamini 2. - 3. sünnitusjärgsel nädalal. Haigestumine algab tavaliselt teravate valude tekkimisega jalas, temperatuuri tõusu ja külmavärinatega. 1 - 2 päeva möödudes tekib jalal turse. Turse tekib peamiselt venoosse paisu tagajärjel. Jalg jaheneb arterite reflektorse spasmi tagajärjel. Suhteliselt sageli täheldatakse haige jala paresteesiat. Tervenemisel see sümptom kaob.

Muutused kahjustatud jäsemel sõltuvad tromboosi lokalisatsioonist ja ulatusest. Niude-reie tromboflebiidi korral laienevad kõhu alumise osa, kubeme ja reie nahalused veenid. Palpatsioonil leitakse valulik infiltraat niude-, reiveeni küljel. Täheldatakse ka põlve piirkonna ja sääre turset, säärelihased muutuvad valulikeks, mis on eriti tugev siis, kui protsessist on haaratud ka õndla-veenid.

Süvaveenide tromboflebiit kestab 4 - 6 nädalat. Kõrge temperatuur püsib mõnest päevast 2 - 3 nädalani. See-

järel palavik langeb subfebrilsete väärtusteni. Tromboflebiidi tekkimisele teisel mittekahjustatud poolel kaasneb haiguse ägenemine. Teine kolle tekib sageli 10 - 12 päeva pärast esimest.

Ravi sõltub tromboflebiidi lokalisatsioonist ja ulatusest.

1. Süvaveenide tromboflebiidi sümptomide ilmnemisel määratakse haigele voodirežiim. Viimastel aastatel ei soovitata enam ranget voodirežiimi, kuna selle tulemusena verevool aeglustub veelgi ja suureneb venoosne pais väikeses vaagnas, Jalad seotakse elastse sidemega ja asetatakse kõrgemale. Tuleb teha hingamisharjutusi ja harjutusi jala lihastele.

2. Tromboflebiidi algstaadiumis, s. o. esimese 24 tunni jooksul pärast trombi tekkimist, viiakse veeni tilkmetodil kas streptokinaasi, urokinaasi, fibrinolüsiini ja hepariini trombi imendumise soodustamiseks. Ravi antikoagulantidega jätkub - tavaliselt hepariin kombineeritult mittoetsese toimega antikoagulantidega (kas pelentaani, sinkumariini või fenilliiniga). Hepariini võib kasutada ka lokaalselt hepariin-elektroforeesina. Lokaalselt soovitatakse kasutada ka ronidaas-elektroforeesi. Samaaegselt alustatakse trüpsiini või kumotrüpsiini manustamisega intramuskulaarselt.

Ravimisel antikoagulantidega on verejooksu ohu tõttu tingimata vajalik hüübimisnäitajate laboratoorne kontroll. Hüübimisaeg ei tohi ületada normaalset näitajat rohkem kui kaks korda, protrombiin langeda mitte rohkem kui 50 % läheteandmetest. Fibrinogeeni sisaldus ei tohi langeda alla 100 mg%. Ravi antikoagulantidega sünnitusjärgsel perioodil nõuab eriti suurt ettevaatlikkust, kuna oht emaka verejooksude tekkimiseks on sellel ajal erakordselt suur.

3. Määratakse antibiootikume (mitte streptomütsiini), epasmolüütilisi vahendeid (papaveriin, novokaiinküünlad), desensibiliseerivaid vahendeid (pipolfeen, dimedrool) ja salitsülaate - viimased on ka nõrgad antikoagulandid. Sage-

TRU Raamatukogu

li kasutatakse põletikuvastastest ja analgeetilistest vahenditest butadiooni ja temale sarnaseid preparaate (reopüriini ketasoon).

4. Viimastel aastatel soovitatakse ka operatiivset ravi - teostatakse trombektoomia (4 - 5 päeva jooksul pärast trombi tekkimist).

5. Haige lubatakse vabale režiimile, kui temperatuur on püsinud ühe nädala jooksul normaalsena, settereaktsioon vähem kui 30 mm tunnis, paresteesiade puudumine jalgades. Vabale režiimile üleminekul soovitatakse ordineerida antikoagulante selleks, et vältida teisese trombi teket.

Pärast läbipõetud trombeflebiiti on vajalik jaladalduda elastse sidemega või kanda elastseid sukki.

## V

### SÜNNITUSJÄRGSE INFEKTSIOONI KOLMANDA ETAPI VORMID

#### 1. Progresseeruv trombeflebiit

Progresseeruva tromboflebiidi korral veeni seina põletik ja trombi moodustumine ei piirdu ja tromboflebiit levib edasi veeni kulgu pidi. Moodustunud trombid lagunevad ning põhjustavad sageli kopsu embooliat ja infarkti. Ravimisel antibiootikumidega mädaseid metastaatilisi koldeid tavaliselt ei teki.

Kopsu emboolia kliinilise pildi määrab kopsuarteri haru sulgus, millele kaasneb tema mittekahjustatud harude reflektorne apasm, bronhospasm ja koronaarpuudulikkuse tekkimine. Kopsuarteri suurte harude emboolia korral te-

kib tugev nõrkus, kahvatus, arteriaalse rõhu langus, tahhükardia ja valud rindkeres. Mitte eriti suurte kopsuarteri harude emboli korral täheldatakse õhupuudust, valusid hingamisel (sissehingamisel), pulsi sagemist. Sage li tekivad kopsus infarktid, peamiselt alumistes sagarates. Kõige püsivamateks infarkti tunnusteks on valud hingamisel (pisted küljes), perkussioonil tumestus, hingamise nõrgenemine, väikemullilised räginad infarkti äärtel. Veri võib rügas puududa. Temperatuur on tavaliselt kõrge.

Emboolia ravi seisneb morfiini koheses intravenooses manustamises, samuti määratakse spasmolüütilisi vahendeid, hapniku inhalatsioon. Edasine ravi ei erine tromboflebitide ravist. Kopsuarteri suurte harude emboolia korral on vajalik kohene operatiivne ravi. Prognosis on halb.

## 2. Sünnitusjärgne peritoniit (peritonitis diffusa puerperalis)

Sünnitusjärgne üldperitoniit tekib kas infektsiooni sattumisel kõhukoopasse emakast lümfiteede kaudu, harvem intrakanalikulaarselt munajuhade kaudu. Infektsioon võib sattuda kõhukelmele ka vahetult emaka vigastamise ja emakamanuste mädaprotsesside perforatsiooni tagajärjel. Infektsiooni levimisel emakast tekib peritoniit tavaliselt mõni päev pärast sünnitust; infektsiooni vahetult sattumisel kõhukelmele 1 - 2 ööpäeva pärast seda.

Peritoniidi kulus eritletakse kolme faasi. Esimene, algfaas, on nn. kaitsefaas. Sellele faasile on iseloomulik eksudaadi moodustumine, millel on seroos-fibrinoosne iseloom, mis hiljem muutub fibrinoos-mädaseks või mädas-hemorraagiliseks. Eksudaadi moodustumist võib vaadelda kui kaitsemehhanismi, milles peamine osa on fagotsütoosil, eksudaadi vedela osa bakteritsiidsetel omadustel ja fibriini ladestusel. Fibriini ladestumine soodustab põletiku piirdumist. Neerupealistes täheldatakse koore hüpertroo-

fiat ja hüperfunktsiooni - muutusi, mis on iseloomulikud kaitsefaasile.

Peritoniidid kulgevad kõrgenenud temperatuuriga (kuni 39 - 40°), mis on üldieelt püeva iseloomuga. Külma värinaid ei täheldata. Väga rasketel juhtudel võib temperatuuri tõus ka puududa. Peritoniidi kliinilised nähud on esimeses faasis peamiselt reflektorse iseloomuga ja sõltuvad peritoneumi ärritusest. Olulised on südame veresoonkonna funktsionaalsed muutused. Puls on kiire, nõrga täitumusega, tihti ebaregulaarne. Arteriaalne rõhk langeb, pulsi rõhk väheneb. Diafragma asub lihaste reflektorse kontraksiooni tõttu madalal. Hingamine on sagenenud, pindmine ja kostaalset tüüpi. Abdominaalne hingamine on haigestumise alguses säilinud (nabast kõrgemal), kuid peritoniidi süvenemisel lakkab.

Täheldatakse keele kuivust, iiveldust, oksendamist (mitte alati), meteorismi. Kõhuseinte pinge ja valulikkus on enamikul nõrgalt välja kujunenud. Blumberg-Stšetkini sümptom on sageli nõrgalt positiivne. Soole peristaltika on algstaadiumis aeglustunud, hiljem lakkab. Gaasid ei välju, iste puudub (soole funktsioon häirub peamiselt põletiku tagajärjel sooltele - tekib soolte paresis).

Peritoniidi algstaadiumis ei õnnestu alati määrata eksudaadi olemasolu kõhukoopas (tumestus kõhu külgmistes osades perkussioonil, mis kaob ja ilmub haige keeramisel küljelt küljele). Märgatavalt sagedamini võib täheldada ekuudaati excavatio rectouterina's, eriti kasutades rektovaginaalset ja rektaalset uurimist (tagumise võlvi ettevõlvumine). Muutused suguelundites on tavaliselt väikesed.

Peritoniidi teisele faasile, toksilisele faasile, on iseloomulik kaitsemehhanismide pärsumine. Intoksikatsiooni tulemusena kujunevad ajukoores pidurdusprotsessid - valu väheneb, kõhuseinte pinge langeb. Paralleelselt sellega tekib kõhuõõne veresoonte tugev laienemine ja vere deponeerumine neis. Vedeliku resorptsiooni lakkamine sooltest ja suurenenud sekretsioon soodustavad organismi veetustu-

mist. Gaaside resorptsiooni puudumine suurendab meteorismi. Okeendamine muutub peasegu lakkamatuks, organismi dehüdratatsioon süveneb veelgi. Uriini ilmub valk, uriini hulka langeb, hiljem võib välja kujuneda anuuria.

Süvenevad ainevahetuse häired - eelkõige vee-mineraal ja süsivesikute, seejärel valgu oma (tekib kaaliumi kaotus organismis, areneb atsidoos, langeb valgusisaldus veres jne.). Toksiinide toimed ja verevarustuse häirete tagajärjel tekiavad düstroofilised muutused parenhümatossetes elundites.

Neerupealise koores asendub kaitsefaas kurnatusstaadiumiga.

Sageli läheb peritoniidi teine faas üle kolmandaks - terminaalseks.

Üksikjuhtudel kaasneb üldisele peritoniidile ühe- või mõlemapoolne pleuraõõne või ka perikardi ning eesmise mediastinumi mädapõletik. Peritoniit on sellisel juhul puerperaalse üldinfektsiooni osa - peritoneaalne sepsis.

Peritoneaalse sepsise kliiniline pilt omab terve rea iseärasusi. Temperatuur omab sageli intermitteeruvat iseloomu, täheldatakse korduvaid külmavärinaid. Valulikkust enamikul juhtudel ei leita. Iiveldus ja luksumine puuduvad tihti, mõnikord ka kõhu puhitus, sageli esinevad profuussed septilised kõhulahtisused. Peritoneaalse sepsise korral võivad esineda metastaasid, eeskätt kopsus.

Lahangul on peritoneaalsele sepsisele iseloomulikuks leiuku põrna pulbi hüperplaasia.

Sünnitusjärgse peritoniidi ravis on esmase tähtsusega varajane operatsioon, mille eesmärk on infektsioonikolde eemaldamine. Sagedamini on selleks emakas, harvem emakamunused. Peritoniidi algul, eriti ravimisel antibiootikumidega, on tema sümptoomid sageli atüüpilised, mis omakorda tekitavad suuri raskusi operatiivse ravi vajaduse lahendamisel. Kui diagnoosis kaheldakse, siis soovitatakse haiget jälgida 6 - 12 tunni vältel. Juhul kui vaatamata rakendatud ravile peritoniidi nähud ei taandarene, on näidustatud operatsioon (emaka ekstirpatsioon koos adneksiidiga, kõhuõõne drenaaž).

Peritoniidi ravimisel peab silmas pidama järgnevaid eesmärke.

1. Infektsioonivastane ravi, - kasutatakse suurtes annustes penitsilliini (ka intravenoosselt) ja teisi laia toimespektriga antibiootikume. Antibiootikume manustatakse ka lokaalselt dreanaaži kaudu kõhuõõnde.

2. Intoksikatsioonivastane ja organismi vastupanuvõimet tõstev ravi - vere, plasma ja vereasendajate (polüglukiin ja reopolüglukiin) ülekanded. Manustada vitamiine.

3. Vee- ja mineraalainevahetuse normaliseerimiseks 5%-lise glükoosi ja füsioloogilise lahuse intravenoossed infusioonid (mitte vähem kui 2 - 2,5 liitrit ööpäevas), juhindudes seejuures venoosse rõhu ja hematokriti väärtustest. Jälgida ka diureesi suurust. Hüpokaleemia korral manustada intravenoosselt kaaliumi. Kaaliumi manustamine soodustab ka soole peristaltika tekkimist. Oluline on pidevalt jälgida elektrolüütide (naatriumi ja kaaliumi) kontsentratsiooni vereplasmas ning nende ööpäevast eritumist uriinis.

4. Rakendada soolte pareesi kõrvaldavaid ravivõtteid - maoloputused, pidev nasogastraalsond.

5. Happe-aluse tasakaalu nihete (atsidoos) korrigeerimine. Manustatava 5%-lise naatriumbikarbonaadi lahuse hulk sõltub happe-aluse tasakaalu näitajatest.

6. Vereringe häirete kõrvaldamiseks määrata vahendeid, mis toniseerivad südame-veresoonkonda ja parandavad vereringet. Pidev hapnik.

### 3. Septiline (endotoksiin) šokk

Kõige raskemaks sünnitusjärgse septilise infektsiooni vormiks (kompliksatsiooniks) on septiline šokk. Sep-

tilist šokki täheldatakse sagedamini septiliste abortide korral, harvemini sünnitusjärgsete infektsioonide puhul.

Septiline šokk tekib peamiselt gramnegatiivsete bakterite lüüsi tagajärjel (E. coli, proteuse ja enterokokkide grupp), harvemini infektsiooni korral grampositiivsete bakteritega - strepto- ja stafülokokkidega, Cl. perfringensiga.

Septiline šokk on tingitud akuutsetest hemodünaamika häiretest. Mikroobide kapsli lagunemise tulemusena vabaneb endotoksiin (lipo-polüsahhariidid). Endotoksiini toimel vabaneb rida tugeva vasomotoorse toimega aineid (katekoolamiinid, histamiin, serotoniin jne.). On võimalik ka endotoksiinide vahetu mõju veresoontele.

Juhtiv osa hemodünaamika häirete patogeneesis septilise šoki korral kuulub väikeste veenide ja veenulite spasmlile ja sellest põhjustatud paisule erinevates elundites. Mõningate autorite andmetel asendub veresoonte spasm hiljem nende dilatatsiooniga. Veresoonte spasm põhjustab veresoonte seina kahjustust ning muudab ta läbilaskvaks vereplasma suhtes. Selle tulemusena väheneb tsirkuleeriva vere hulk ja vere juurdevool südamesse. Südame minutimaht ja arteriaalne rõhk langevad ning kujuneb šoki kliiniline pilt. Septilisele šokile kaasnevad sageli vere hüübimishäired. Endotoksiinide tromboplastiline toime põhjustab intravasaalse fibriini ladestumise ja selle tulemusena tekiavad kapillaarides mikrotrombid. Sellele järgneb reaktiivne fibrinolüüs. Fibrinolüüsi toimel trombid lahustuvad ja sellega välditakse nekrooside tekkimist. On oht verejooksu tekkimiseks hüpo- ja afibrinogeneemia tõttu.

Septilise šoki korral vererõhu langus ja mikrotromboosid põhjustavad kudede verevarustuse häirumise, mille tagajärjeks on hüpoksia ja atsidoos.

Haigestumine algab tavaliselt äkki külmavärinatega ja temperatuuri tõusuga kõrgete väärtusteni. Puls on kiire, nõrga täitumusega. Nahk on kahvatu ja kaetud külma higi-ga. Vererõhk langeb. Mõne tunni möödumisel temperatuur lan-geb subfebrilise ni või isegi subnormaalseni. Oluliseks sep-

tilise šoki tunnuseks on see, et vererõhu langus ei ole seotud verekaotusega. Veres täheldatakse leukopeeniat ja trombotsütopeeniat, hiljem - leukotsütoosi.

Kui haige elab šoki üle, vereringe häiret aga ei kõrvaldata, kujuneb tihti äge neerude puudulikkus, mille põhjuseks on neerude koorolluse veresoonte spasm. Selle tulemusena halveneb järsult selles piirkonnas paiknevate glomeruluste funktsioon - uriini filtratsioon väheneb või lakkab täiesti. Isheemia tagajärjel tekib tubuluste epiteeli nekroos, nende funktsioon (eelkõige reabsorptsioon) langeb-märgatavalt või lakkab.

Äge neerude puudulikkus jagatakse kahte faasi: oligoanuuriliseks ja polüuuriliseks. Esimese faasi algul avaldub neerude puudulikkus kliiniliselt ainult kiiresti progresseeravas oliguurias (diurees vähem kui 400 ml ööpäevas). Peaaegu samaaegselt tekib neerude kontsentratsioonivõime langus, uriini erikaal püsib 1010 - 1011 pürides (isostenuuria). Esimesele faasile on iseloomulik asoteemia (veres suureneb kiiresti jääklämmastik, kusiaine, kusihape, kreatiniini jt. kontsentratsioon). Asoteemia subjektiivsed tunnused algul puuduvad. Haiguse arenemisega tekib ja suureneb metaboolne atsidoos.

Mitteküllaldane kaaliumi elimineerimine põhjustab hüperkaalieemia. Tekib kaaliumi intoksikatsioon.

Teine ägeda neerude puudulikkuse faas algab tavaliselt 6 - 8 päeva pärast esimest (mida hiljem ta algab, seda halvem prognoos) ja kestab 8 - 12 päeva. Teda iseloomustab diureesi tekkimine. Teise faasi algul puudub neerudel kontsentratsiooni ja elektrolüütide reabsorptsiooni võime, mille tulemusena eritub rohkesti madala erikaaluga uriini (polüuuria). Organism kaotab rohkesti elektrolüüte, sealhulgas ka kaaliumi.

Muutused suguelundites on septilise šoki korral suhteliselt väikesed.

Septilise šoki korral kujutavad endast kõige suuremat ohtu: 1) äge šokk, 2) infektsioon, 3) hüübimishäired, 4) ureemia, 5) kaaliumi intoksikatsioon ja atsidoos.

Seetõttu on septilise šoki korral vajalik:

1) võtta verekülvl ja külvl emakakaelast tekitaja kindlaks tegemiseks; määrata tundlikkus antibiootikumide suhtes;

2) jälgida pidevalt pulssi ja vererõhku (vähemalt iga 15 minuti järel);

3) neerufunktsiooni pidevaks jälgimiseks asetatakse põide püsikateeter, uriini eritust tuleb kontrollida iga tunni järel, mitte hinnata ööpäevase kogusena;

4) kindlaks teha võimalikke hüübimishäireid, selleks jälgida hüübimisenäitajaid;

5) pidevalt jälgida jääk-lämmastiku, kreatiniini sisaldust veres, elektrolüütide ja happe-aluse tasakaalu nihkeid.

Šoki korral on esmajoones vajalik manustada intravenoosselt plasmat või plasmaasendajaid (polüglukiini, reopolüglukiini 250 - 500 ml joana, seejärel 1000 - 2000 ml tilgans). Suure verekaotuse korral teostatakse üheaegselt ka vereülekanne (250 - 500 ml). Soovitatakse kasutada spasmlüütilisi vahendeid (promedool, pipolfeen). Näidustatud on prednisooni või prednisolooni intravenoosne manustamine (esialgne annus 100 - 200 mg, ööpäeva jooksul 500-1000 mg). Et vältida intravasaalseid vere hüübimist, manustatakse algstaadiumis intravenoosselt iga 6 tunni järel 5000-10 000 Ü hepariini. Kasutatakse ka streptokinaasi või fibrinolüsiini. Määratakse hapniku inhalatsioonid.

Septilist šokki tingivad kõige sagedamini grammnegatiivsed mikroobid, mille tõttu tavaliselt kasutatakse klorotsiidi 2 - 4 g ööpäevas kas intravenoosselt või intramuskulaarselt. Lisaks sellele ordineeritakse penitsilliini suurtes annustes. Lootemunade osade peetumisel emakas on nende digitaalne või instrumentaalne eemaldamine vaieldav. Kui 8 - 12 tunni jooksul pärast õigesti läbiviidud ravi määramist ei täheldata paranemist, soovitatakse teostada

emaka vaginaalne ekstirpatsioon. Opereerida võib ainult siis, kui haige on söki seisundist välja toodud.

Neerude ägeda puudulikkuse korral on vaja eelkõige vältida organismi liigset koormamist vedelikuga. Diureesi soodustamiseks kasutada mannitooli. Kui konservatiivne ravi efekti ei anna, tuleb teostada hemodialüüs.

Põljuurilises faasis on hädavajalik katta organismi vee ja elektrolüütide kaotused (täpne diureesi kontroll ja elektrolüütide sisaldus veres). Selles faasis on organismi vastupanuvõime infektsioonile langenud, mille tõttu on soovitatav kasutada laia toimespektriga antibiootikume.

Ägeda neeru puudulikkuse korral tuleb nii vara kui võimalik üle minna haige toitmisele suu kaudu. Dieet - soolavaene, süsihüdratite rikas ja valguvaene (15 - 25 g ööpäevas). Tingimata on vaja määrata küllaldaselt vitamiine.

## VI

### GENERALISEERUNUD SEPTILINE INFEKTSIOON

#### 1. Sünnitusjärgne sepsis (Sepsis puerperalis)

Sepsis - see on raske üldine infektsioosne haigestumine, mida iseloomustab mikroobse ja koelise päritoluga tokseemia, pidev või perioodiline mikroobide satumine verre infektsiooni koldest (septiline kolle) ning tervel real juhtudel mädaste metastaaside tekkimine.

Eritletakse kaht sepsise põhivormi: a) sepsis ilma metastaasideta (septitseemia) ja b) sepsis metastaasidega (septikopüeemia). Lahangu käigus, kasutades täi-

endavaid mikrokoopilisi uuringuid, selgub sageli, et septitseemia osutub septikopüeemiaks. Neid juhte vaadeldakse varase generalisatsiooni perioodi juurde kuuluvaiks, kui ei ole veel moodustunud makrokoopilised mädakolded organites ja kudedes. Kõik see lubab vaadelda sepsist metastaasideta kui sepsise algstaadiumi.

a. Sepsis ilma metastaasideta on äge üldine septiline haigestumine, mis kulgeb baktereemiaga ja organismi tugeva intoksikatsiooniga.

Lahangul leitakse parenhümatosesis elundeis degeneratiivseid muutusi (süda, maks, neerud), põrna pulbi hüperplaasiat. Suhteliselt sageli kahjustuvad kapillaaride seinad; täheldatakse verevalumeid nahal, limaskestadel, soole ja mao serooskestal, põie limaskestal ja neeruvaagnates. Täheldatakse ägeda glomerulonefriidi nähte. Suguelundites leitakse metroendometriit.

Haigestumine algab tihti vara - 2. - 3. sünnitusjärgsel päeval. Tekivad külmavärinad ja temperatuur tõuseb 40 - 41 kraadini. Palavik on kõige sagedamini püsivat tüüpi, esinevad korduvad külmavärinad. Puls on kiire, ebaregulaarne. Haige üldine seisund on haigestumise algusest saadik raske. Täheldatakse jõuetust, unisust, apaatiat, harvem erutuseseisundit, sonimist, vahel tugevaid peavalusid. Nahk omandab mulla või hallikas-kollaka varjundi. Nahal on sageli täheldatavad väiksemad või suuremad verevalumid. Keel on kuiv ja kaetud. Võivad esineda toksilised kõhulahtisused. Hiljem tekib sfinkterite pareesi tagajärjel uriini pidamatus ja spontaanne defekatsioon. Võib tekkida kollaps.

Diagnoosi "sepsis ilma metastaasideta" võib püstitada kindlusega ainult korduval mikroobide leidmisel verest bakterioloogilistel uuringutel. Sepsis ilma metastaasideta võib lõppeda paranemise või surmaga või üle minna sepsiseks metastaasidega. Haigestumine kestab keskmiselt 2 nädalat. Äkkvõrmi korral saabub surm mõne päeva möödumisel.

b. Sepsis metastaaasidega. Talle on iseloomulik meta-staatiliste mädaste kollete moodustumine erinevates orga-nites ja esmajoones kopsudes. Sepsise selle vormi korral on mikroobe veres avastada raskem kui sepsise korral me-tastaasideta. Sagedat kopsude kahjustamist võib seletada sellega, et nad on omalaadseks filtriks infektsiooni le-vimisel. Lümfogeense leviku korral satuvad mikroobid, lii-kudes edasi septilisest koldest lümfiteid pidi, ductus thoracicus'e kaudu venoossesse ringesse ja kopsudesse. In-fektsiooni hematogeense leviku korral on septiliseks kol-deks peaaegu alati mädane tromboflebiit. Mikroobid koos trombi osakestega satuvad septilisest koldest alumisse õõnesveeni ja sealt südame kaudu kopsudesse.

Mikroobid kas peetakse kopsufiltri poolt kinni, või nad satuvad suurde vereringesse, andes teiseseid koldeid kopsus, maksas, endokardil.

Sepsise korral metastaaasidega on temperatuur sageli remiteeruv või intermiteeruv. Täheldatakse külmavärinaid. Külmavärina lõppemisel, sageli ka sõltumata sellest, esi-neb tugev higistamine. Puls on kiire, nõrga täitumisega. Nahk on kahvatu. Keel on kuiv. Veres täheldatakse mõõdu-kat leukotsütoosi ja tugevat vasakule nihet. Erütrotsüüti-de lagunemise tulemusena intoksikatsiooni tagajärjel are-neb progresseeruv aneemia, tekib ikterus. Põrn suureneb, on pehme (septiline põrn). Diurees langeb, täheldatakse bakteriuuriat, uriinis leitakse valku, erütrotsüüte, leu-kotsüüte, silindreid. Need muutused on tingitud kas dege-neratiivsetest protsessidest või metastaaasidest neerudes.

Sõltuvalt haigestumise raskusest ja infektsiooni ge-neraliseerumise iseärasustest võib eritleda mitut varian-ti sepsist metastaaasidega.

Kõige sagedamini täheldatakse sepsist, mis on arene-nud mädase tromboflebiidi alusel. Tema suhteliselt liht-saks vormiks on sepsis metastaaasidega ainult kopsudes. Sel-le vormi puhul täheldatakse infarkte, edaspidi võivad are-neda kopsuabtsessid, mädased pleuriidid jne.

Raskeks vormiks on sepsise tromboflebiitiline variant metastaaside moodustumisega suure vereringe piirkonnas. Suure vereringe elunditest kahjustatakse kõige sagedamini neere (subkapsulaarsed abstsessid). Suhteliselt tihti tekivad metastaasid müokardis, maksas, põrnas, ajus, harva paranefriumis (paranefriumi abstsess), suurtes liigestes, lihastes, silmades jne. Metastaaside tekkele kaasnab temperatuuri tõus, külmavärinad, üldseisundi halvemine ja vastavate kaebuste tekkimine.

Üheks raskeimaks sepsise vormiks on endokardinaalne variant (septiline endokardiit), millele on iseloomulik kõrge letaalsus. Tema tekkimisel omavad olulist osa endokardi muutused toksiliste faktorite mõjul ning mikroobide ladestumine endokardil. Olulist osa omab sensibiliseerumine, mis tekib sünnitusjärgse infektsiooni käigus, eriti tema pikaldase kulu korral.

Septilise endokardiidi puhul kahjustuvad tavaliselt südame klapid, harva parietaalne endokard. Klappidel tekivad nekroosid ja haavandid, nende pinnal trombid. Viimased on sageli emboolia allikaks.

Sagedamini tekib endokardiit sekundaarselt - reumaatilise protsessi foonil. Parem süda (trikuspidaalklapp) kahjustub peamiselt esmaselt.

Endokardiaalse variandi korral kliiniline pilt sõltub suure osas bakteremiast ja emboolia tekkimisest. Baktereemia on septilise endokardiidi korral sagedaseks nähuks ja ta avastatakse suhteliselt kergesti.

Sümptomid südame poolt on vähe iseloomulikud. Tähelepanu väärrib pulss - kiire, pehme, vahel arütmiline. Endokardiidi arenemisega tahhükardia süveneb. Aordil tekib diastoolne kahin, sepsise korral sageli leitav pehme süstoolne kahin südame tipul, mis muutub tugevaks ja karedaks. Nahal, vahel ka silma sidekestal, ilmuvad petehhiad.

Ravis on oluline suurtes annustes antibiootikumide määramine. Antibiootikumidest väärrib tähelepanu ristomüt-

siin, kuna tal on omadus akkumuleeruda endokardil ja kopsudes.

Küsimust peritoneaalsest sepsisest on käsitletud peatükis "Äge sünnitusjärgne peritoniit".

Sepsise möödumisel paranemisega haige seisund pikka-mööda paraneb. Haiguse finaalses staadiumis üldine seisund halveneb järsult, tekivad teadvuse häired, sonimine, kurnatus suureneb ja tekivad septilised kõhulahtisused. Külmavärinad muutuvad tavaliselt harvemaks. Prognostiliselt halbadeks tunnusteks on äkiline pulsi sagenemine ja samaaegne temperatuurilangus (temperatuuri ja pulsi kõvera ristumine), leukotsüütide arvu langus veres.

Antibiootikumide laialdane kasutamine on kajastunud ka sepsise kliinilises pildis ja kulus. Sagedamini kui varem täheldatakse sepsise hilist algust (2 nädala möödumisel sünnitusest) ja sagedamini esineb pikaldase kuluga sepsist. Pikaajalisel haigestumisel tekib oht septilise endokardiidi tekkeks, sagedamini täheldatakse hiliskomplikatsioonid inkapsuleerunud abstsesside näol jne.

Sepsise ravi põhiseisukohad ei erine oluliselt peritoniidi üldistest raviprintsiipidest. Vaata ka "Sünnitusjärgsete infektsioonsete (septiliste) haiguste ravi".

## 2. Anaeroobne sepsis

Nimetatud haigestumist täheldatakse peaaegu eranditult kriminaalsete abortide korral. Tema tekitajaks on kõige sagedamini *Cl. perfringens*.

Peamiseks eelduseks anaeroobse infektsiooni arenguks on surnud ja nekrotiseeruva koe olemasolu. *Cl. perfringens*, tunginud neisse, hakkab intensiivselt paljunema, eritab toksiine (peamiselt  $\alpha$ -toksiin, letsitinaas C) ning produtseerib ainevahetuses gaasi. Infektsioon võib olla piiratud lootemunaga või emakaseinaga. Tema levimisel emakaseinale tekib lihaskiudude gangreen sellele järgneva sur-

nud koe lagunemisega ja lahti lükkamisega gaasi põiekeste poolt (physometra). Sagedamini haaratakse protsessist emakaseina üksikud osad, peamiselt platsenta kinnituskohal, harvem - kogu emaka lihaskest (emaka gangreen). Emaka gangreeni korral, mis levib kuni seroosani, tekib seroosverine eksudaat ning kujunevad peritoniidi nähud. Üldine anaeroobne infektsioon avaldub peamiselt tokseemiana. Infektsiooni levik anaeroobse sepsise korral toimub algul lümfiteede kaudu, seejärel hematogeenselt.

Anaeroobse infektsiooni lokaalsete vormide korral (infektsioon piirdub emaka või emakaseinaga) täheldatakse palavikku ja teisi sümptusjärgse haigestumise nähte. Iseloomulikuks anaeroobsele infektsioonile on gaasi eritumine emakast (ilma lõhnata) või kudede eraldumine, mis on täidetud gaasiga; krepitatsioon emaka palpatsioonil, gaasi avastamine emaka röntgenoloogilisel uurimisel.

Kliiniline pilt üldise gaasiinfektsiooni puhul on küllalt tüüpiline. Haigus areneb kiiresti. Haige üldine seisund muutub raskeks. Täheldatakse progresseeruvat õhupuudust, tsüanoosi ja haige rahutust. Iseloomulik on sümptomide triaad, mis sõltub esmajoones gaasiinfektsiooni puhul toimuvast erütrotsüütide lagunemisest ja methemoglobiini moodustumisest - pronksja varjundiga ikterus, hemoglobiineemia ja hemoglobiinuuria (uriin omandab tumeda šokolaaditaolise või pruuni värvuse). Tekib nefriit hemoglobiinisilindrite moodustumisega. Uriini hulk väheneb järsult isegi kuni anuuriani.

Haigestumine kulgeb algstaadiumis kas raske intoksikatsiooni või septilise šoki nähtudega. Selles staadiumis lõpeb haigestumine sageli surmaga. Esimese, algstaadiumi järel areneb teine - äge neerude puudulikkus. Tingimata tuleb silmas pidada asjaolu, et haige võib hukkuda mitte ainult oligo-anuurilises faasis, vaid ka polüuurilises - tekkinud atsidoosi tõttu.

Haiguse kestus on 1 - 2 päeva kuni mõnede nädalate-ni. Surevus on ka kaasajal väga kõrge.

Anaeroobse gaasinfektsiooni ravi koosneb:

1) operatiivsest vahelesegamisest - abrasioon või vaakuumabrasioon, kui infektsioon on piirdunud emakaga; kui emakas on suures osas protsessist haaratud, siis abdominaalne hüsterektoomia; väljakujunenud sepsise korral on kirurgilise vahelesegamise lõpe kahtlane;

2) ravi antibiootikumide suurte annustega (penitsilliini kuni 60 milj. ühikut ööpäevas, kloritsiidi või tetratsükliini);

3) kõrge tiitriga antiperfringensi seerumi manustamine;

4) vahetus vereülekanne (6 - 10 liitrit) ja hemodialüüs, sõltuvalt haigestumise raskusest.

Haige jälgimine ja ravi anaeroobse sepsise korral on üldjoontes analoogiline septilise šoki omale.

## VII

### SÜNNITUSJÄRGNE MASTIIT

Piimanäärme haigestumisi sünnitusjärgsel perioodil on põhjalikult käsitletud V. Fainbergi, V. Kase ja I. Kõivu "Valitud loengud sünnitusabi ja günekoloogia alalt" III osas lk. 152 - 183.

## VIII

### SÜNNITUSJÄRGSETE INFEKTSIOOSSETE (septiliste) HAIGUSTE RAVI

Parimad tulemused sünnitusjärgsete infektsioossete (septiliste) haigestumiste ravimisel saadakse tema varasel, süstemaatilisel ja kompleksel läbiviimisel.

Olulist osa ravis omavad kaasaegsed antibakteriaalsed vahendid ja esmajoones antibiootikumid. Antibiootikumi, samuti sulfanilamiidi valikul on vajalik arvestada organismi tundlikkust ühe või teise preparaadi suhtes. Sensibiliseerumist saab välja selgitada tihti hoolika anamneesi abil. Kui ravimisel antibiootikumidega ilmneb perifeerses veres eosinofiilia, siis viitab see organismi sensibiliseerumisele antud preparaadi suhtes.

Suurt tähtsust omab mikroobide tundlikkuse väljaselgitamine antibiootikumide suhtes. Tundlikkuse määramise praktilist väärtust piirab asjaolu, et tema läbivõtmiseks kulub 3 - 4 ööpäeva ja alati ei saa olla kindel, et just nimetatud mikroob on infektsiooni tekitajaks. Selles suhtes annab kindlamaid tulemusi verekülv, samuti külvid mädakolletest.

Antibiootikumide määramisel tuleb arvestada haige seisundit: aneemia korral peab olema ettevaatlik levomüsetiini määramisega, maksa ja neerude funktsiooni puudulikkuse korral on oht antibiootikumidega, millel on hepatotoksiline toime (neomütsiini grupp, monomütsiin, tetratsükliinid).

Ravimisel antibiootikumidega on otstarbekas kombineerida ja vahetada preparaati vähemalt pärast 10 - 14-päevast kasutamist. Sünnitusjärgsete infektsioossete (septiliste) haiguste ravimiseks kasutatakse sageli penitsil-

liini. Tuleb arvestada, et sünnitusjärgsete infektsioonide tekitajate seas prevaleeruvad tüved (eriti stafülokokid), mis on kas vähe või üldse mitte tundlikud penitsilliini suhtes. Penitsilliini efektiivsust võib tõsta preparaadi suurte annuste kasutamisega (megadoosid) või kombineerides teda streptomüsiiniga. Megadoosid on suured annused - tavaliselt 6 - 60 milj. ühikut ööpäevas (kasutatakse ainult penitsilliini naatriumi soola). Suurte annuste kasutamisel manustatakse penitsilliini tihti intravenoosse tilkinfusioonina, eriti kõrge kontsentratsiooni saamiseks veres lühi-infusioonina 5 - 10 min. jooksul. Penitsilliini kasutamisel koos streptomüsiiniga laieneb nende toimespekter ja tugevneb kummagi antibiootikumi toime.

Väga efektiivsed on poolsünteetilised penitsilliinid - metitsilliin ja oksatsilliin. Nad on resistentsed penitsilliinaasi toime suhtes ja toimivad ka stafülokokkide penitsilliini resistentsetele tüvedele. Neid preparaate manustatakse intramuskulaarselt 1 - 2 g iga 4 - 6 tunni tagant. Oksatsilliini võib kasutada ka peroraalselt (ta on happekindel).

Tetratsükliinigrupi antibiootikumidest kasutatakse tetratsükliini (oksütetratsükliini) ja tetratsükliini. Intramuskulaarselt soovitatakse oksütetratsükliini manustada 100 mg iga 12 tunni järel. Kui on vajalik kiiresti saada preparaadi kõrget kontsentratsiooni veres ja kudedes, kasutatakse intravenoosselt (aeglaselt süstida või tilkinfusioonina) morfotsükliini - sünteetilist tetratsükliini derivaati 0,15 g 2 x ööpäevas; raskematel juhtudel 0,15 g 3 korda ööpäevas, kuid mitte kauem kui 2 - 3 päeva.

Laialdaselt kasutatakse erütromütsiini ja talle toime poolest analoogilist oleandomütsiini. Oleandomütsiin on aktiivsem, kuid vähem toksiline kui erütromütsiin. Peroraalselt määratakse erütromütsiini 200 - 250 mg iga 6 tunni järel, oleandomütsiini 250 mg iga 4 - 6 tunni järel.

Erütromütsiini ja oleandomütsiini toime tugevdamiseks kombineeritakse neid tetratsükliinidega. Erilist tähelepa-

nu väärrib oleandomütaolini kombinatsioon tetratsükliiniga (1 : 2) nimetuse all "oletetriin" ja "sigmamütsiin". Sigmamütsiini manustatakse intravenoosselt (tilkinfusioonina 0,5 g 2 - 3 korda ööpäevas) ja intramuskulaarselt (0,1 g 2 - 3 korda päevas). Rasketel juhtudel on näidustatud preparaadi kasutamine intravenoosselt.

Klooramfenikool (levomütsetiin) on väga efektiivseks vahendiks, eriti kuseteede infektsiooni korral (eristatakse organismist peamiselt uriiniga). Määratakse sagedamini intramuskulaarsete süstetena ("klorotsiid", "kloronitriin") 1 - 2 g 2 - 3 korda ööpäevas.

Monomütsiini ja kanamütsiini kasutatakse peamiselt raskete sünnitusjärgeete infektsioonide korral. Nende kasutamine nõuab suurt ettevaatust nefro- ja ototoksiliste toime tõttu.

Monomütsiini kasutatakse peroraalselt 250 000 Ü 3 - 4 korda ööpäevas 1 - 2 nädala jooksul; intramuskulaarselt 250 000 Ü lahustatuna 5 ml 0,5%-lises novokaiini lahuses 3 korda ööpäevas - mitte kauem kui 5 - 7 päeva.

Kanamütsiini manustatakse intramuskulaarselt 2 - 3 korda ööpäevas 0,5 g lahustatuna novokaiinis. Ravi kestus mitte rohkem kui 7 - 10 päeva.

Kõrvuti antibiootikumidega omavad tugevat antibakteriaalsed toimet nitrofuraanid ja sulfaniilamiidid. Nitrofuraanid on eriti efektiivsed kuseteede infektsioonide korral. Neist vajab erilist tähelepanu furagiin - ta on efektiivne nii gramnegatiivsete kui ka grampositiivsete tüvede suhtes, mis on resistentsed antibiootikumide ja sulfaniilamiidide suhtes.

Sulfaniilamiididest omavad enam tähtsust pika toimega preparaadid (sulfapüridasiin, sulfadimetoksiin). Pärast võtmist saavutatakse nende preparaatide terapeutiline kontsentratsioon kiiresti ja elimineeritakse aeglaselt. Esimesel päeval määratakse 1 - 2 g (võtta korruga võikaks korda), seejärel 0,5 - 1 g üks kord päevas.

Antibakteriaalse ravi kasutamisel on oht kandidomü-

koosi arenemiseks - seetõttu soovitatakse ravi algusest kasutada seenevastaseid preparaate (nüstatiin, levoriin, dekamiiin).

Ravimisel antibiootikumidega ja sulfaniilamiididega tuleb neid tingimata kombineerida vahenditega, mis stimuleerivad immuunobioloogilisi protsesse organismis ja tõstavad tema vastupanuvõimet (stafülokokkide anatoksiin, vereülekaned, vitamiinid jne.). Samaaegselt tuleb kasutada desensibiliseerivaid vahendeid.

Sünnitusjärgsete infektsioonide korral, eriti just raskete vormide puhul, on vajalik tasakaalustada ainevahetuse nihked.

Sageli areneb hüpoproteineemia (eriti septiliste protsesside korral, millele kaasneb eksudaadi moodustumine - mädane peritoniit), atsidoos (on eriti tugev peritoniidi ja sepsise korral). Ägeda neerupuudulikkuse korral (septiline šokk, anaeroobne sepsis, mädane peritoniit) tekiavad lisaks vee- ja mineraalainevahetuse ulatuslikud nihked. Tugeva hüpoproteineemia puhul on vajalikud vere ja plasma ülekanded; vee- ja mineraalainevahetuse häirete puhul - vee ja elektrolüütide intravenoosne manustamine.

Intoksikatsiooni kõrvaldamiseks kasutatakse glükoosi lahu, polüglukiini, reopolüglukiini, neokompensaani jne.

Oluliseks ravi komponendiks on rahu. Voodirežiim määratakse tromboflebiitide puhul (emboolia oht), kõikide sünnitusjärgsete infektsioonide algstaadiumis, mis on levinud kaugemale haava piiridest (oht infektsiooni edasise leviku suhtes). Rahu määramine eeldab võimlemisharjutuste kasutamist kopsude ventilatsiooni ja vereringe parandamiseks (hüpnogamisharjutused, ettevaatlikud harjutused jäsemetele).

Vaginaalset uurimist ei soovitata teostada enne 6 - 8 sünnitusjärgset päeva - tavaliselt sellel perioodil anatoomilised muutused väljaspool emakat puuduvad. Erandi moodustab verejooks sünnitusjärgsel perioodil ja algav peritoniit.

Bimanuaalset uurimist on vaja teostada ettevaatlikult, eriti adnekside ja lig. latumi ülemise osa palpeerimisel (oht infektsiooni levimiseks).

## KIRJANDUSE LOETELU

---

- Heller, L., Halberstadt. Der septische Schock. Zbl. für Gynäk, 1970, 92, 4, 111 - 119.
- Kyank, H., Sommer, K., Schworz, R. Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig, 1971.
- Stoeckel, W. Lehrbuch der Geburtshilfe. Jena, 1966.
- Бодяжина, В.И., Жмакин, К.Н., Акушерство. М., 1970.
- Браун, А.Д. Обмен веществ при нормальной беременности. - Руководство по акушерству и гинекологии. М., 1963.
- Бубличенко, Л.И., Хаскин, С.Г. Послеродовые инфекционные заболевания. - Руководство по акушерству и гинекологии. М., 1964, том III, стр. 471-564.
- Вихляева, Е.М., Бажанова, Л.П. и Киселева, А.М. Об адаптационных возможностях женского организма в раннем послеродовом периоде. - "Акуш. и гinek.", 1969, 5, 3-9.
- Жмакин, К.Н., Сыроватко, Ф.А. Акушерский семинар. М., 1967.
- Жордания, И.Ф. Учебник акушерства. М., 1964.
- Капанадзе, Е.И. Пути профилактики послеродовых заболеваний. - Акушерско-гинекологическая практика. М., 1969.
- Каплан, А.Л. Акушерство. М., 1956.

- Каплан, А.Л., Макеева, О.В. Справочник акушера-гинеколога. М., 1965.
- Каплан, А.Л., Степанов, Л.Г. Акушерская госпитальная клиника. М., 1959.
- Макеева, О.В. Здоровье женщины. М., 1964.
- Николаев, А.П. Практическое акушерство. Киев, 1968.
- Николаев, А.П. Учение И.П. Павлова и важнейшие научно-практические проблемы акушерства и гинекологии. - "Акуш. и гинеколог.", 1951, I, 6-16.
- Петченко, А.И. Акушерство. Киев, 1963.
- Скробанский, К.Г. Учебник акушерства. Л., 1946.
- Старцева, Л.Н. К вопросу об этиологии и терапии послеродовых болей. - "Акуш. и гинеколог.", 1939, 2-3.
- Шуб, Р.Л. Значение витаминов и нитрофуранов в акушерстве и гинекологии. М., 1961.
- Шуб, Р.Л. Витамины матери и ребенку. М., 1964.

## SISUKORD

---

A. FÜSIoloogiline sünnitusjärgne periood	
(V. L i i v r a n d) .....	5
I. Muutused sünnitanu organismis.....	5
1. Suguelundite taandarenemine .....	5
2. Sünnitusjärgsed tuhud .....	10
3. Lohhiad .....	11
4. Piimanäärmed .....	12
5. Üldseisund ja siseelundid .....	12
II. Sünnitusjärgse perioodi režiim ja juhtimine .....	14
1. Sünnitanu toitmine.....	18
2. Sünnitanu hooldamine .....	19
3. Välimiste suguelundite tualett .....	20
4. Piimanäärmete hooldamine .....	22
5. Sünnitusjärgne võimlemine .....	24
III. Sünnitanu väljakirjutamine .....	25
B. Sünnitusjärgsed infektsioossed (septilised) haigused (U. L e i s n e r) .....	26
I. Sünnitusjärgsete infektsioonide etioloogia ja patogenees ning kliinilise kulu iseärasused kaasajal .....	26
II. Klassifikatsioon .....	30
III. Sünnitusjärgse infektsiooni esimese etapi vormid .....	31
1. Sünnitusjärgne haavand .....	31
2. Sünnitusjärgne endometriit .....	33

3. Lohhiomeetra .....	35
4. Sünnitusjärgne emaka subinvoluteioon..	36
IV. Sünnitusjärgse infektsiooni teise etapi vormid .....	38
1. Sünnitusjärgne metriit .....	38
2. Sünnitusjärgne parametriit .....	38
3. Sünnitusjärgne adneksiit .....	42
4. Sünnitusjärgne pelvioperitoniit .....	44
5. Gonorrhoea sünnitusjärgsel perioodil..	45
6. Sünnitusjärgne tromboflebiit .....	48
V. Sünnitusjärgse infektsiooni kolmanda etapi vormid .....	52
1. Progresseeruv tromboflebiit .....	52
2. Sünnitusjärgne peritoniit .....	53
3. Septiline šokk .....	56
VI. Generaliseerunud septiline infektsioon...	60
1. Sünnitusjärgne sepsis .....	60
2. Anaeroobne sepsis .....	64
VII. Sünnitusjärgne maetiit .....	66
VIII. Sünnitusjärgsete infektsioosete haiguste ravi .....	67
Kirjanduse loetelu .....	71

У.Лейснер, В.Лийвранд  
ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО  
КУРСА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ  
Вып. XI

На эстонском языке  
Тартуский государственный университет  
ЭССР, г.Тарту, ул. Кюלקооли, 18

Vastutav toimetaja V. Meiralu  
Korrektor E. Ruusepp

---

Rajundusministeeriumi antud 27.12.73. Metastatistilise  
30x42.1/4: Trükiplaanid 4,75. Tingtrükiplaanid  
4,42. Arvestusplaanid 3,76; Trükiarv  
1000 eks. MR 11199. Tell. nr. 179.  
TRÜ rotaprint, ENSV, Tartu, Pälsoni tn. 14.

Hind 13 kop.

13 kop.

V  
1040