

(Tartu Ülikooli naistekliinikust. Juhataja: Prof J. Miländer.)

lileus raseduse ajal, eriti lapsevoodis.

Vanem assistent dr. med. **R. Kleitsman.**

Ileus võib, nagu teada, tekkida kas dünaamilistel või mehaanilistel põhjustel. Üheks mehaaniliseks põhjuseks võib olla soolte kompressioon kasvajate ja võõrkehade poolt. Viimased tekitavad soolte kompressiooni kitsamas mõttes, s. o. nähtuse, kus soole läbikäiku takistab lai, enam pinnaline väljastpoolt soole peale suruv jõud. Et raseduse ajal emakas suureneb ja enesest teatud mõttes kasvajat kujutab, võiks arvata, et rase emakas võib olla soole läbikäigu takistuse põhjuseks.

Kui vanad kokkuliited kõhuseinte, emaka ja manuste (adnexa) vahel ühelt poolt ja soolte vahel teiselt poolt olemas, kui jämesoole keerd võib pika keskmete (mesenterium) tõttu ette tulla, kui on olemas varre peal asuvad kasvajad, siis võiks raseduse ajal emaka surumise ja seisukoha muutmise tõttu kergemini kui muidu tekkida enam-vähem täielik soolte okklusioon. Kirjanduses on avaldatud terve rida sarnaseid pilte, näit. F. Ludwig'i poolt.

Selle autori arvustikus käsitletud juhul oli ileuse põhjuseks: kokkuliited 28 korral, volvulus 12 korral, keskmete keerd 1 korral, kasvajad 25 korral toppumine (obturatsioon) 7 korral, invaginatsioon 4 korral, songad 7 korral ja lihtsalt suurenenud rase emakas, normaal seisus või retroflekteerunud — 10 korral. — Raseduse aega arvustiku järele tähele pannes tekkis ileus:

1. kuul — 1 kord; 2. — 1 kord; 3. — 5 korda; 4. — 9 korda; 5. — 9 korda; 6. — 7 korda; 7. — 8 korda; 8. — 8 korda; 9. — 7 korda; raseduse lõpul — 13 korda; lapsevoodis — 14 korda.

Neid arvusid lähemalt vaadeldes näeme, et ileuse tekkimise sagedus on raseduse arenemisega lähedalt ühenduses.

Kuna esimeste 2.—3. rasedusekuude vältel leiame ileust harva raseduse tüsistusena (komplikatsioonina), tõuseb ileuse juhtude arv tunduvalt momentidist, mil emakas tuleb väikesest vaagnast välja, ja jääb samale kõrgusele kuni raseduse lõpuni. Raseduse lõpul leiame jälle ileuse juhtude äkilist tõusu, mis küll sellest näib olenevat, et siis lapse pea väikse vaagna sisse asub, kus ta võib sooli pigistada.

Äkilise emaka vähenemise tõttu lapsevoodis tekib jälle sjsikonna asetises muutus, mis omakord ileuse juhtude arvu suurendab.

Lapsevoodi ajal näib ileuse tekkimis-hädaoht iseäranis suur olevat, nii kui seda näha ka eelpool toodud arvudest. Emaka äkilise vähenemise tõttu võivad sooled kergesti sarnaselt ümber paigutada, et nad kusagil pitsuvad ja kokku pigistuvad.

Kuid kõigist mitmesugustest mehaanilistest iileuse juhtudest raseduse ajal ja lapsevoodis tuleb eraldada puht kompressiooni, n. n. raseduse iileuse juhud, kus soolte läbikäimatus on tekitatud soolte kompressioonist, mis esile kutsutud suurenenud raseda või puerperaalse emaka poolt.

Sarnaseid puhtaid „raseduse iileuse“ juhte on Ludwig'i kirjeldatud kümme. Eelmisest varem ilmunud arvustikus tähendab van der Hoewen 15 juhu peale, kus operatsioonil või seksioonil ei leidunud mingit muud põhjust iileuse tekkimiseks, kui ainult suurenenud emakas. Kui siia juurde arvata veel uuemad Essen-Mölleri, Hohorsti, Alipowi, Fütthi Fleischhaueri, Mandachi, Hornungi, Handorni, Abrahamsoni ja Goldschmidt-Koehleri iileuse juhud, saame siiski võrdlemisi väikese arvu „raseduse iileuse“ juhte.

Eriti vähe on leida nende seas kompressiooni-iileuse juhte lapsevoodis, kus okklusiooni tekitajaks on puerperaalne emakas. Kõige pealt tuleks siia arvata Kehreri juht, kus peale lõikusenünnitust tekkis puerperaalse emaka väiksesse vaagnasse sissekiilumise tõttu iileus, mis lõppes surmaga. Siis Van-der-Hoeweni ja Pollossoni juhud ka lõikusenünnituse järgi ja Pinardi juht peale sümfüseotomiat, kus samuti oli tegemist puerperaalse emaka poolt esile kutsutud kompressiooni-iileusega. Kokku on sarnaseid juhtusid seega neli, kuid kõik nad tekkisid peale ettevõetud lõikust, mille mõju iileuse tekkimisel ei saa täiesti eitada.

Viiendaks kuid täitsa teistsugustel tingimustel tekkinud kompressiooni-iileuse juhuks lapsevoodis tuleb pidada juhtu, mida meil oli hiljuti võimalus vaadelda Tartu Ulikooli naistekliinikus.

Haige H. S. 27 a. kooliõpetaja Tartumaalt, abielus, esimest korda rase, tuli 22. IX. 1925 ülikooli naistekliinikusse kaebustega tursumise üle, mis juba augusti kuul jalgel esile tulnud, kuid viimasel ajal suurenenud ja kogu keha peale üle läinud. Viimased neli päeva enne kliinikusse tulekut haigel silmade ees udune. Peavalu mitu nädalat. On põdenud leetreid. Viimane menstruaatsioon 10. III. 1925. Haige keskmise kasvuga, rahuldava toitumusega. Köht suur, pinguli. Emakas suurenenud vastavalt VII rasedusekuule. Astsiit. Alumine kehaosa tugevasti tursunud. Eriti suured häbedusmokad anemuna suuruselt tursunud. Uriinis valku ja hüaliinsilindreid. — Silmades konstateeritud neuro-retinitis albuminurica gravidar. raskel kujul. Visus ocul. utr. 0,08 (27. IX. dr. med. O. Kuriks).

Vastavalt haiguseseisundile oli inditseeritud raseduse katkestamine, mis tehti kummitoru emakasse viimisele.

3. X. sünnitas haige enneaegse tütarlapse, kelle kaal 800 gr., pikkus 35 sm.

4. X. Öhtul haige köht puhevil ja valus; gaasid ei käi läbi. T^o 36,5; p. 72.

5. X. Seisund halvenenud. Haige oksendab. Tehtud mao ja kõrged soolte loputused, mille peale haige veidi rahulikumaks jäänud. T^o 37,0; p. 100.

6. X. Seisund raske. Astsiidi ülemine piir kuni nabani, sagedane okse, meteorism suurenenud. T^o 37,5; p. 100. Laparotomia (dr. U. Karell); kõhu- lõige keskjoonel osalt ülalpool, osalt allpool naba. Peensooled ja jämesool peaaegu kuni colon sigmoideum'ini puhevil. S. roman. tühi. Soolte pind läikiv; peritoniidi tunnuseid ei leidu. Suurenenud emakas on taha ja osalt ka pahemale poole kaldunud. Kõhuõõne avamisel tuli välja palju vedelikku.

Soolt punkteeritud kolmest kohast.

Peale lõikust süstitud haigele füsostigmiini lahust.

7. X. Haige oksendab vähe. Iste olnud. Öhtul t^o 37,8; p. 110.

8. X. Mitu istet olnud. T^o 37,5; p. 108.

10. X. Seisund üldiselt rahuldav. Uriinis valku ja palju silindreid. T^o 38,3; p. 120.

11. X. Nägemine eriti pahemas silmas halvem. T^o 38,0; p. 118.

16. X. Kõhuhaav hästi kinni kasvanud. Tursumine kehal peaaegu kadunud. T^o 37,4; p. 118.

21. X. Vis. oc. d. 0,08. oc. sin. 0,03. Üksikud täpilised verivalumid võrkkestas mõlemal silmal. Valged täpid üle mõlema võrkkesta. Paremäs silmas täpid mocula lutea ümber tähekujuliselt. Muidu haige seisund rahuldav. T^o 37,8; p. 100.

23. X. Emakas ikka põhjaga taga ja pahemal pool. Uriinis, mida loomulikult hulgal, silindreid ja valku vähe. Vererõhe kõrge (Rk. 150—125). T^o 38,0; p. 108.

27. X. Haige seisund tunduvalt paranenud. Valged täpid silma põhjas vähenenud. Vis. oc. d. 0,2 oc. sin. 0,08. T^o 37,8; p. 116.

29. X. Haige tunneb ennast võrdlemisi hästi. Valku uriinis vähe, silindreid ei ole leida. T^o õhtul 37,5; p. 96.

31. X. Haigel palavikku ei ole. Nägemine palju parem. Lahkub kliinikust.

Tekib küsimine, kuidas ja missugustel tingimustel võib suurenenud emakas soolte peale, eriti jämesoole peale pigistust avaldada ja okklusiooni tekitada. Et väikesesse vaagnasse sissekiilunud retroflekteerunud rase emakas võib vältaval kasvamisel pärasoolt pigistada ning lõpuks soole läbikäigu täiesti kokku suruda, on arusaadav. Sarnased on Ludwigi järgi Treubi, Dienste, Lejars'i juhud ja ka Chantemesse'i, Widali ja Legry poolt vaadeldud juht, kus pigistust suurendas veel IV kuus raseda retroflekteerunud emaka ja jämesoole vahel asuv mädanik. Asjaolu, et sarnaseid sissekiilumisest tekkinud iileuse juhtusid leidub siiski võrdlemisi vähe, võib seletada küll sellega, et harilikult enne täieliste okklusiooni nähtuste esile tulekut emaka tühjenemine, s. o. abort. Ka on arusaadav, et rase müomatoosne emakas võib soolte läbikäidavust takistada, samuti ka, et rase emakas vaagnas asuval tuumoril soolte okklusiooni tekkimisel võib kaasa aidata.

Raskem on vastata küsimusele, kuidas võib suurenenud, kuid siiski liikuv emakas sarnast kompressiooni soole peale avaldada, et iileuse nähud ilmsiks tulevad. Et rase emakas vabas kõhuruumis nii tugevasti soolte peale võiks suruda, et nende valendik (lumen) täiesti kokku pigistatakse ei või — välja arvatud hüdramnioni juhud (Wolff, Dibot) — vist küll mitte arvata.

Kuid on tõenäollik, et emakas vaagnasissekäigus kui ka vaagnas soolte peale kompressiooni avaldab. Kui emaka alumine osa altpoolt vaagna sissekäiku tõmmatakse või jälle ülevalt vaagnasse sisse surutakse, on olemas võimalus, eriti veel kitsa vaagna puhul, et jämesool kokku pigistatakse. Rase emakas asub alguses väikeses vaagnas ja tõuseb umbes 3.—4. kuul üle vaagna sissekäigu. Kui tupp ei ole hästi veniv, et sarnasele tõusule kergesti järele anda, siis tekitab tema traktsiooni allapoole ja tõmbab kaela osa vaagna sissekäiku. Samuti langeb esimestel lapsevoodi-päevadel taandarenev veel suur emakas alla ning pigistab naabruses olevat jämesoolt, mis mõnel tingimisel iileuse nähtusid võib esile kutsuda.

Käesoleval juhul, kus peale sünnitust aegamööda iileuse sümptomid — okse, kõhukinnisus, meteorism — ilmusid, oli raske enne kõhulõikust iileuse laadi ja põhjust kindlaks teha. Alles kõhulõikuse ajal selgus, mis oli iileuse põhjuseks.

Üldine haiguse algus, kulg ja leidused operatsiooni ajal kõhuõõnes — astsiit ja kõhukelme pind — näitasid, et septilise protsessi tunnused puudusid, seega meil ei olnud septilist paraluütilist iileust. Mis puutub küsimusesse, kas ei olnud siin tegemist muu dünaamilise iileusega, siis peab tähendama, et

günekoloogid näevad dünaamilist iileust peale kõhulõikust, kui tekib soolte lihaste trauma või põletikuprotsessi põhjal soolte halvatus. Oletada, et astsiidi vedelik oma raskusega või aga oma keemiliste omaduste tõttu võis halvata soolte lihast, ei ole tõenäolik ja selle kohta ei leidu ka kirjanduses andmeid, kuna B u d d e järgi ka mõni peritoniidi kuju veel soolte paralüüsi ja sellega iileust esile ei kutsu. Küll võib aga verejooks kõhuõõnesse, mis tekkinud raseda munajuha rebenemisest, põhjustada paralüütilist iileust, — soolelihaste ärrituse tõttu verega. Meie haigel on tekkinud astsiit neerupõletiku tõttu, kuid kirjanduses ei ole leida, et neeruhaigusest üksi tekkiks iileus, küll aga neeru retroperitoneaalse kõrvaldamise järel.

Olen veendunud, et meie juhul on tegemist kompressiooni-iileusega, mis oli tekkinud puerperaalse emaka litsumisest S-roman: peale, mille tagajärjeks oli ülemiste soolteosade teisene aseptiline paralüüs. Niisamuti on tõenäolik, et astsiidi rõhe soolte kompressiooni suurendas. Päeval enne operatsiooni oli võimalik kõrge klistiiri abil veidi kõrvaldada jämesoole sisu, mis tõi haigele ajutist kergendust, kuna iileuse nähud sellepärast, et tekkimispõhjus oli kõrvaldamata, uuesti esile tulid. Alles peale kõhuõõne avamist, kus vedelik sealt välja voolas ja puerperaalse emaka asetus muutus, kadusid vedeliku ja emaka rõhe jämesoole peale ja sooled omandasid jälle oma normaalse läbikäidavuse.

Kättesaadavas kirjanduses — nagu juba eelpool näha — ei ole ma sarnast iileuse juhtu leidnud ja sellepärast on selle teadaande ülesandeks tähelepanekut juhtida sellele, et iileus võib siiski esmalt suurenenud emaka surve tõttu tekkida, mille pärast soolte läbikäigu takistuse ilmsiks tulekul rasedal või sünnitanul viimase asjaoluga tuleb ka arvestada.

Üldse iileuse varane äratundmine nii raseduse ajal kui ka lapsevoodis on kaunis raske. Nii subjektiivseid kui ka objektiivseid sümptomeid võivad eriti lapsevoodis teised nähud varjata. Kuid tuleb alati ka iileuse võimalustega arvestada, seda enam et peale sünnitust tihti juba kergeid soolte ummistuse tunnuseid leiame.

Iileuse terapia suhtes raseduse ajal ja lapsevoodis tuleb ikka, nagu enamjagu autoreid seda arvab, arvestada kõhulõikuse võimalustega, meeles pidades V i l m s i sõnu: Nocet qui exspectat. On otstarbekohane kohe laparotomeerida, seda enam et iileus ülalnimetatud ajal raskemate haigusnähtuste hulka kuulub, kuna tema L u d w i g i statistika järgi enam kui pooltel juhtudel surmaga lõpeb.

Kirjandus.

1. A b r a h a m s e n, A.: Ileus in der Schwangerschaft u. unter der Geburt. Zentrbl. f. Gynäk. 1925, nr. 44. — 2. A l i p o w, G.: К вопросу об экстренной хирургии брюшной полости у беременных. Новый Хирургический Архив 1925, т. VII, кн. 4. — 3. B r a u n, W. — W o r t m a n n, W.: Der Darmverschluss. Berlin, Springer, 1924. — 4. B u d d e, W.: Üb. Darmlähmung bei Peritonitis. Arch. f. Klin. Chirurg. Bd. 134. — 5. E s s e n - M ö l l e r, E.: Üb. Ileus in d. Schwangerschaft u. bei d. Entbindung. Zentrbl. f. Gynäk. 1916, nr. 51. — 6. F l e i s c h h a u e r, H.: Ileus in d. Gravidität. Ibid. 1918, nr. 23. — 7. F ü t h, H.: Üb. Abturationsileus in d. Schwangerschaft. Ibid. 1919, nr. 19. — 8. G o l d s c h m i d t, S.: Ileus in d. Schwangerschaft. Ibid. 1923, nr. 16. — 9. H a n d o r n, L.: Ileus in d. Schwangerschaft. Ibid. 1922, nr. 26. — 10. H o h o r s t: Bericht üb. 2 Fälle von Ileus in d. Gravid. bzw. intra part. Ibid. 1914, nr. 18. — 11. H o r n u n g, R.: Ileus sub. partn. Ibid.

1923, nr. 39. — 12. Kehler, F.: Mastdarmverschluss durch Einkeilung d. Uterus Myomat. resp. puerperal. Ibid. 1894. — 13. Ludwig, F.; Ileus bei Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 75, H. 2. — 14. Mandach: Ein Fall von Ileus in der Gravidität. Zentrbl. f. Gynäk. 1918, nr. 46. — 15. Möller, W.: Mechanischer Ileus im Wochenbett. Mon. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 59. — 16. Santi, E.: Ileus u. puerperaler Zustand. Folia gynaecologica 1915, Bd. XI. H. 1. — 17. Van-der-Hoewen Ileus in der Schwangerschaft u. im Puerperium. Zentrbl. f. Gynäk. 1912, nr. 46.

Deutsches Referat.

R. Kleitsmann: Ileus in der Schwangerschaft, insbesondere im Wochenbett.

Einleitend bespricht Autor die Zustände, welche einen Ileus verursachen können und inwieweit die Schwangerschaft und das Wochenbett auf die Entwicklung eines Darmverschlusses einen Einfluss haben können. Genauer wird besprochen die Form vom reinen Schwangerschaftsileus, die durch den Druck der Schwangeren oder puerperalen Gebärmutter hervorgerufen wird. An Hand der Statistik von P. van der Hoewen, F. Ludwig und in den letzten Jahren von Essen-Möller, Hohorst, Füh, Fleischhauer, Mandach, Handorn, Hornung, Goldschmidt, Alipow und Abrahamsen publizierten Fällen äussert Autor die Meinung, dass die Fälle vom reinen Kompressionsileus in der Schwangerschaft verhältnismässig selten vorkommen. Unter den letzten findet man nur vier Fälle vom reinen Kompressionsileus im Wochenbett, die aber alle nach einer Operation (Kaiserschnitt, Symphyseotomie) entstanden waren, deren Einfluss nicht ganz ausgeschaltet werden kann.

Unter etwas anderen Zuständen wurde in der Frauenklinik der Universität Tartu vor kurzem ein Fall vom Kompressionsileus im Wochenbett beobachtet. Bei einer 27-jährigen I para, die an einer chronischen Nephritis mit neuro-retinitis albuminur. grav. litt und die auch Ascites hatte, traten plötzlich am zweiten Tage nach einer künstlich hervorgerufenen Frühgeburt bei normaler Temperatur die Erscheinungen vom Ileus auf. Da am nächsten Tage nach hohen Einäufen nur vorübergehende Besserung eintrat und am dritten Tage die Erscheinungen von neuem mit Heftigkeit auftraten, wurde laparotomiert. Befund: Dünn- und Dickdarm bis zum S. Romanum mächtig aufgetrieben. In der Bauchhöhle viel Flüssigkeit, Serosa spiegelnd glatt, keine entzündlichen Veränderungen des Peritoneums. Die puerperale Gebärmutter retrovertiert und sinistropoziert. Die Flüssigkeit wurde entfernt und die Gebärmutter aufgerichtet.

Nach der Operation hatte Pat. normale Darmentleerung. Die Heilung verlief ungestört und 3 Wochen nach der Operation wurde Pat. sonst gesund entlassen, nur bestand noch Sehschwäche.

Autor ist der Meinung, dass es im genannten Falle um eine reine Form vom Kompressionsileus im Wochenbett handelt, die hervorgerufen wurde durch den Druck der vergrösserten retrovertierten und sinistropozierten puerperalen Gebärmutter, der noch durch die Flüssigkeitsmasse verstärkt wurde. Einen ähnlichen Fall hat Autor in der ihm zugänglichen Literatur nicht gefunden.