A-27270

TALLINNA LINNA AKUSÖÖR-GÜNEKOLOOGIDE
TALLINNA LINNA TSN TÄITEVKOMITEE TERVISHOIU OSAKOND

MÕNINGAID PRAKTILISE SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA KÜSIMUSI

AUTOREFERAADID JA ETTEKANNETE TEESID

ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИСПОЛКОМА СДТ ГОРОДА ТАЛЛИНА
ТАЛЛИНСКОЕ ГОРОДСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ТЕЗИСЫ И АВТОРЕФЕРАТЫ ДОКЛАДОВ

TALLINN 1963 ТАЛЛИН

kohal kontrolli!

ARH

Toimetuse kolleegium:
E. J. SÄGA, S. O. NAARITS, V. I. TAIGRO
M. M. GOLNEVA (toimetaja)

Редакционная коллегия:
Э. Ю. СЯГА, С. О. НААРИТС, В. И. ТАЙГРО,
М. М. ГОЛЬНЕВА (редактор)

63214

EESSÕNA

Käesolev kogumik sisaldab Tallinna akušöör-günekoloogide VII teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teese ja autoreferaate.

Peale selle on ära toodud mõningate ettekannete materjalid Tallinna linna arstide-akušöör-günekoloogide V ja VI konverentsilt ja Tallinna Linna Akušöör-Günekoloogide Teadusliku Seltsi koosolekutelt.

Toimetuse kolleegium

ARHIIVKOGU

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
63214

SÜNNITUSABIASUTUSTE TÖÖ TULEMUSED 1960.—1962. a. JA EDASPIDISED ÜLESANDED AKUSÖÖR-GÜNEKOLOOGILISE ABI PARANDAMISEL TALLINNA LINNAS

M. M. GOLNEVA,
Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna peaakušöör-günekoloog

Nõukogude tervishoid on arengu kõikidel etappidel pühendanud tõsist tähelepanu naiste ja laste ravi-profülaktilisele teenindamisele. On möödunud 3 aastat NSVL Ministrite Nõukogu ja NLKP Keskkomitee määruse «NSVL elanikkonna edasise meditsiinilise teenindamise parandamise abinõudest ja tervise kaitsest» ilmumisest.

Rohkem kui aasta on möödunud sellest ajast, kui NLKP XXII kongress võttis vastu uue programmi, milles on suurt tähelepanu pööratud ema ja lapse tervise kaitse küsimustele.

Need ajaloolised dokumendid on aluseks Tallinna linna sünnitusabiasutuste töös võitluses naise ja lapse tervise eest. Tallinna linna naiselanikkonna tervise kaitse küsimused on partei, nõukogude ja ühiskondlike organisatsioonide tähelepanu keskpunktis. Naiste ja laste tervise probleeme on arutatud EKP rajooni- ja linnakomiteede büroodel, Tallinna Linna TSN Täitevkomitee sessioonil ja istungil, arstide-akušööride-günekoloogide linnakonverentsidel.

Tallinna linna naiselanikkonda teenindab 3 akušöör-günekoloogilist statsionaari, voodite üldarvuga 490 ja 4 naiste nõuandlat. Hoolimata sünnitusvoodite arvu suurenemisest (60) viimase 3 aasta jooksul, ei vasta akušöör-günekoloogiliste voodite üldarv nõuetele.

Selle aja jooksul suurenes arstide-akušööride-günekoloogide arv $1\frac{1}{2}$ korda, ämmaemandate ja velskrite arv — 2 korda. Akušöör-günekoloogilise abi parandamise abinõude üldises süstee-

mis on tähtsaimaks ülesandeks akušööride-günekoloogide kvalifikatsiooni tõstmine. Tallinna linna sünnitusabiasutustes on teostatud arstide kvalifikatsiooni tõstmist nende tootmistöö protsessis: arstide iseseisev töö sünnitusabi ja günekoloogia põhiküsimuste alal; teoreetiliste õppuste ja seminaride läbiviimine; operatsioonitehnika õpetamine, osavõtt patoloogilis-anatoomiliste ja teaduslik-praktiliste konverentside tööst; arstide spetsialiseerumine ja nende teadmiste täiendamine kohalikul baasil ning Moskva, Leningradi ja Harkovi asutuste baasil.

Viimase 3 aasta jooksul on läbi viidud rida üritusi, mis on suunatud naistele osutatava profülaktilise abi kvaliteedi tõstmisele. Akušöör-günekoloogiliste jaoskondade arv suurenes 22-lt (1960. a.) 29-le (1962. a.).

Mõnevõrra paranesid rasedate naiste ja günekoloogiliste haigete meditsiinilise teenindamise näitajad nii nõuandlates kui ka statsionaarides.

Rasedate varase hõlmavuse tulemused Tallinna linnas olid järgmised: 1962. a. — 66,1% (võrreldes 1960. a. — 63,8%). Eksimuste arv dekreetpuhkuste määramisel vähenes 11,1%-lt (1960. a.) 10,6%-le (1962. a.); paranes rasedate naiste uurimine ja jälgimine; paranes suurtes tööstusettevõtetes töötavate naiste teenindamine.

Linna I, II, IV naiste nõuandlas teostati spetsiaalseid vastuvõtte onkoloogiliste haiguste alal, sigimatuse alal, naiste suguelundite tuberkuloosi alal, ovariaal-menstruaaltsükli häirete alal. Kõikidel rasedatel teostati reesusfaktori määramine. Alates 1962. a. uuritakse kõiki rasedaid toksoplasmoosi suhtes. Paranes töö võitluses rasedustoksikoosidega. Haigestumine eklampsiasse 1962. a. moodustas 0,09% (võrreldes 1960. a. — 0,11%). Linna tööstusettevõtetes töötavate naiste ajutine töövõimetuse kaotus seoses günekoloogiliste haigustega väheneb iga aastaga ning 1962. a. moodustas kõigest 5,6 juhtu 100 töötava naise kohta (1960. a. 7 juhtu). 2 korda vähenes emade suremus. Vähenes operatiivsete sünnituste arv. Haiglas ja väljaspool haiglat teostatud abortide arv on samaks jäänud. Surnultsündinute arv on jäänud samale tasemele: 1960. a. — 1,38%, 1962. a. — 1,3%. Vastsündinute surevus suurenes 1,43%-lt 1960. a. 1,7%-le 1962. a. Esimesel kohal vastsündinute surevuse põhjuste hulgas seisavad: loote asfüksia, sünnitustraumad, arenguvead. Perinataalne surevus Tallinna linna sünnitusabiasutustes on jäänud 3 aasta jooksul samaks (1962. a. — 26,5 juhtu 1000 elavaltsündinu kohta, 1960. a. — 27,0). Kliinilis-anatoomilises suhtes on perinataalse surevuse põhiliseks patoloo-

giaks: raseda patoloogia, sünnituse patoloogia ja viljastuse patoloogia.

Tuleb märkida, et linna sünnitusabiasutuste töös esineb ikka veel puudujääke. Põhilisteks nendest on: perinataalse surevuse aeglane vähenemine; haiglates ja väljaspool haiglaid teostatavate abortide arvu vähene langus; mitteküllaldane profülaktilise töö teostamine rasedusvastaste vahendite propageerimisel; töötavate naiste süstemaatiliste profülaktiliste uurimiste mitteküllaldane teostamine.

Linna naiste ambulatoorse-polikliinilise teenindamise parandamiseks on vaja rakendada järgmisi abinõusid.

Edaspidine akušöör-günekoloogiliste jaoskondade suurendamine.

Vastsündinute haigestumise ja surevuse järsk vähendamine.

Emade haigestumise ja surevuse vähendamine.

Günekoloogilise haigestumise vältimine ja vähendamine.

Nende ülesannete lahendamisel tuleb pöörata erilist tähelepanu rasedate naiste ja günekoloogiliste haigete polikliinilise teenindamise kvaliteedi tõstmisele, perinataalse surevuse vähendamisele, abortide arvu vähendamisele, edasisele profülaktilise ja ravitöö parandamisele statsionaari tingimustes, s. t. lahendada nõukogude sünnitusabi väga tähtsad ülesanded. Selles tähtsas töös on suur osa nii akušööridel-günekoloogidel kui ka ämmaemandatel.

PERINATAALNE SUREVUS TALLINNA LINNAS AASTAIL 1960—1962

M. M. GOLNEVA, V. L. SKODINA, J. H. ILUS
(Tallinn)

Perinataalne surevus — surnultsündivus ja vastsündinute surevus esimese elunädala vältel — väärib käesoleval ajal erilist tähelepanu ning selle põhjuste väljaselgitamist. Nimetatud näitajate ühendamine on tingitud asjaolust, et etioloogilisest küljest neid ühendavad põhjused, mille vastases võitluses on palju ühist.

Perinataalne surevus Tallinna linnas aastail 1960—1962 (linnaelanike hulgast) moodustas 26,8 1000 elusaltsündinu kohta.

Perinataalse surevuse dünaamika 1000 elusaltsündinu kohta on toodud alljärgnevalt

1960. aastal 27,0 1000 elusaltsündinu kohta
1961. aastal 26,9 „ „ „
1962. aastal 26,5 „ „ „

Toodud andmed näitavad, et perinataalne surevus nende aastate vältel on jäänud samale tasemele.

Varases laste surevuse probleemis on kõige raskemaks küsimuseks vastsündinute surevuse vähendamine esimese elunädala vältel.

Meie andmeil vastsündinute surevus esimese elunädala vältel moodustab 13,0‰ (1960. a. 13,4‰, 1962. a. — 13,5‰).

Enneaegsus on samuti üheks faktoriks, mis mõjustab vastsündinute surevust esimese elunädala vältel.

Loote surm alates 28. rasedusnädalast (surnultsündivus) moodustas 13,8‰ (1960. a. 13,6‰, 1962. a. 13,0‰).

Kliinilis-anatoomilistest põhjustest perinataalses surevuses esines järgmist patoloogiat:

esikohal seisab raseduse patoloogia (raseduse II poole toksikoosid), rasedusele kaasuv patoloogia, mis pole seotud rasedusega (ägedad ja kroonilised infektsioonid, ekstragenitaalsed haigused).

Teisel kohal seisab sünnituse patoloogia (sünnitegevuse anomaaliad, nabaväädi anomaaliad, platsenta kinnituse anomaaliad, loote asendi anomaaliad).

Kolmandal kohal on loote patoloogia (väärarendid, reesuskonflikt, pneumoonia).

Kliinilis-anatoomilised põhjused vastsündinute surevuses esimese elunädala vältel olid järgmised.

Esikohal seisab raseda patoloogia, mis pole seotud rasedusega (ägedad ja kroonilised infektsioonid, ekstragenitaalsed haigused); raseda patoloogia (raseduse II poole toksikoosid).

Teisel kohal on loote patoloogia (väärarendid, reesuskonflikt, pneumoonia).

Kolmandal kohal on sünnituse patoloogia (sünnitegevuse anomaalia, loote asendi anomaaliad, platsenta asendi anomaaliad, nabaväädi anomaaliad).

Tüsistuseks, s. o. lähimaks surmapõhjuseks vastsündinute surevusel I elunädala vältel osutusid järgmised põhjused: loote asfüksia, sünnitraumad, väärarendid, pneumoonia).

Kliinilis-anatoomilised surnultsündivuse põhjused olid järgmised:

Esikohal seisab sünnituse patoloogia (nabaväädi anomaaliad, platsenta kinnituse anomaaliad, sünnitegevuse anomaaliad).

Teisel kohal on raseda patoloogia (raseduse II poole toksi-

koosid), rasedusega mitte seoses olevad haigused (ägedad ja kroonilised infektsioonid).

Kolmandal kohal on loote patoloogia (väärarendid, reesuskonflikt, pneumoonia).

Tüsistuseks, s. o. lähimaks surnultsündivuse põhjuseks on loote asfüksia, sünnitraumad, loote väärarendid.

Perinataalse surevuse vähendamiseks on vaja:

1) rakendada rangelt rasedate suhtes kehtivat töökaitset.

2) naiste nõuandlate töö õige organiseerimine: abordivastane võitlus, rasedustoksikooside profülaktika, haigestunud rasedate õigeaegne hospitaliseerimine.

3) võitlus üsasisese asfüksiaga — sünnitegevuse regulatsioon.

4) õigeaegne raseduse ja sünnituse patoloogia diagnostika ja ravi.

PROFÜLAKTIKA RASEDATEL REESUSKONFLIKTI PUHUL

Arstiteaduse kandidaat V. I. TAIGRO
ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist ja Tallinna Linna I Sünnitusmajast

Profülaktika ja vahetus-vereülekannete tegemine reesusnegatiivse verega rasedatele on aidanud vähendada reesuskonfliktist tingitud perinataalset laste surevust.

1958. a. alates teostati reesusnegatiivse verega rasedatel profülaktikat F. Ali-Zade metoodika järgi, mis võeti vastu 1957. a. X üleliidulisel akušööride-günekoloogide istungil.

Reesusnegatiivse verega rasedatele manustati platsentaarset gammaglobuliini 1,5 ml 2 korda nädalas koos vitamiinide C, B_1, E ja glükoosiga. Gammaglobuliini ja vitamiin C-d manustati rasedatele kogu raseduse kestel, vitamiine E, B_1 ja glükoosi 15 päeva järjest vaheajaga 1,5—2 kuud.

Maksa ja sapipõie haiguste ja rasvumise puhul manustati vitamiin E-d süstimise teel, eespool toodud patoloogia puudumisel aga suu kaudu.

Vaatluse all oli reesusnegatiivse verega 76 rasedat. Neist korduvrasedaid oli 61, esmasrasedaid 15. Korduvrasedaist 58-l naisel avastati reesusnegatiivne veri eelnenud komplikatsioonidega kulgenud sünnituste anamneesi põhjal seoses progresseeruva aneemiaga, mis tekkis raseduse ajal.

Esmasrasedaist 13-l naisel avastati reesusnegatiivne veri kontroll-läbivaatusel seoses rasestumisega, 2-l seoses aneemiaga. Korduvrasedaist 61-l naisel oli esinenud kokku 149 rasedust. Neist 47 lõppesid sünnitusega, 64 (57,6%) iseeneslike abortidega, 38 kunsttehislike abortidega. 47 sünnitusest esines surnultsündivust 9 juhul, 8 last surid varsti pärast sündimist hemolüütilisse ikterusse. Seega reesuskonfliktist tingitud perinataalne laste surevus esines 47 sünnitusest 17 juhul. Meie vaatluse all olevatest naistest olid 23-l lapsed. Viimane rasedus kulges tüsistusteta 56-l naisel, 5-l esines aneemia (reesuskonflikti tõttu), varas- ja hilistoksikoos esines 12-l juhul, ähvardav abort 3-l. Rasedus lõppes ajalise sünnitusega 72 juhul, enneaegse sünnitusega 4 juhul (kolmel neist olid kaksikud). Üldse sündis 79 last, surnultsündivust reesuskonflikti tõttu esines 2-l juhul. Ühel juhul oli surnultsündivus seotud ebaõige sünnituse juhtimisega tuharseisu puhul, üks vastsündinu (kaksikutest) suri esimesel päeval pärast sündi hemolüütilise ikteruse tursevormist.

Seega esines reesuskonfliktist põhjustatud perinataalne vastsündinute suremus 79-st 3-l. Peaaegu pooltel vastsündinutel (37) tehti kohe pärast sündimist nabaveeni kaudu I (0) grupi reesusnegatiivse vere ülekanne koguses 50 ml, 10 ml 10% glükoosi ja 1 ml 10% kaltsiumkloriidi lahust. Vastsündinu periood kulges peaaegu kõikidel lastel tüsistusteta (10-l lapsel esines nõrgalt väljendunud aneemia — Hb 100—106%). Lapse rinnaga toitmine oli lubatud ainult antikehade puudumise korral emapiimas. Vastasel juhul tuleb vastsündinut toita doonori piimaga. Antikehi ei leitud suuremal osal enne 5.—7. päeva, mõnikord avastati antikehad piimas ka pärast sünnitust 14-ndal päeval.

Varem kirjutati vastsündinu haiglast välja 20.—21. päeval kartusest, et vastsündinul võivad tüsistused tekkida hiljem. Kuid hilisemad vaatlused näitasid, et juhul, kui emad olid saanud profülaktilist ravi, võib vastsündinuid välja kirjutada ka 9.—10. päeval nagu tavaliselt, tingimusel, et laps võib saada emapiima (antikehade puudumisel emapiimas). Kui antikehi siiski leitakse, on parem ema ja last hoida statsionaaris. Kõik 75 vastsündinut kirjutati välja rahuldavas üldseisundis ja suunati laste nõuandlasse jälgimisele.

Meie tähelepanekud näitasid, et reesusnegatiivse verega rasedate profülaktiline ravi gammaglobuliini ja C, B, E-vitamiini ning glükoosiga vähendab surnultsündivust ja hilisemat reesuskonfliktist põhjustatud laste surma.

Võib märkida, et kui hemolüütiline ikterus siiski tekib, kulgeb ta palju kergemalt.

Reesusnegatiivse verega rasedatel tuleb profülaktilist ravi läbi viia olenemata sellest, kas leidub antikehi raseda veres, kuna antikehade puudumine veres ei tähenda veel hemolüütilise ikteruse puudumist vastsündinul. Ravi peab algama raseduse algul ja kestma kogu raseduse vältel.

Antikehade tiitri tõus raseduse viimastel nädalatel on näidustuseks raseduse katkestamiseks.

Reesuskonfliktist põhjustatud aneemia raviks on otstarbekas rakendada antianeemilisi preparaate koos gammaglobuliini ja eespool mainitud vitamiinidega.

EKLAMPSIA RAVI LÄHIS- JA KAUGTULEMUSED TALLINNA SÜNNITUSABIASUTUSTE ANDMEIL AASTAIL 1958—1962

M. J. DRANOVA (Tallinn)

Tallinna sünnitusmajade andmeil 1958.—1962. a. esines eklampsia raseduse ajal, sünnitusel ja varases pnerpeeriumis 25 naisel, s. o. 0,09% sünnitanute üldarvust. Viimase viie aasta jooksul ei oma eklampsiajuhtude arv languse tendentsi.

Teise raseduspoole toksikoosi lõppfaasi — eklampsia — väljakujunemise põhjuseks oli mõnedel juhtudel II raseduspoole toksikoosi makrosümptoomide (transitoorne vererõhu tõus, kaalukõver, muutused uriinis) tähtsuse mitteküllaldane hindamine nii naiste nõuandlates kui ka statsionaarides.

25 sünnitajast, kellel esines eklampsia, olid 24 arvel naiste nõuandlas, kusjuures 17 nendest oli võetud arvele enne 3. raseduskuud.

Kirjanduse andmeil esineb eklampsia sagedamini noortel esmassünnitajatel. Meie materjali järgi 25 naisest, kellel esines eklampsia, 21 olid eagrupis 18—25. a., esmassünnitajaid oli 22. 22 juhul kujunes eklampsia välja statsionaaris, 3 juhul — kodus. Enamik eklampsiajuhte oli registreeritud suve- ja talvekuudel, mis tõenäoliselt on seotud organismi vitamiinivaegusega. Eklampsia tekkis reeglina raseduse hilises järgus; 18 juhul tekkis eklampsia sünnituse käigus, 2-l raseduse ajal ja 5-l sünnitusjärgses perioodis. Elusaina sündisid 21 last, surnult — 2 last, 2 juhul oli eklampsia raseduse ajal. 6 juhul lõpetati sünnitus keisrilõikega, 3 juhul — vaakuum-ekstraktsiooniga,

8 juhul — sünnitusabi tangidega, 2 juhul — loote ekstraktsiooniga vaagna-otsseisu korral. 4 juhul — teostati platsenta manuaalne eemaldamine seoses alanud verejooksuga. Puerpeeriumis täheldati 3 juhul sünnitanuil aneemiat, mis ei olnud tingitud teistest faktoritest (verejooks).

2 juhul eklampsia lõppes surmaga. 1 juhul — 26-a. sünnitaja surm oli tingitud arstiabi hilinemisest ja preeklampsia sümptoomide mittediagnoosimisest. Rase suri 32. rasedusnädalal ilma alanud sünnitegevuseta. 2. juhul — 20-a. naine suri eklampsia tõttu sünnitusjärgses perioodis, mis oli ebaõige sünnituse ja puerpeeriumi juhtimise tulemuseks. Raseduse lõpus nimetatud patsiendil esines raske nefropaatia.

Meie poolt uuriti ka kaugtulemusi 12 naisel toodud grupist (1—5 a. pärast sünnitust).

11 nendest muutusi vistseraalsete elundite poolt, samuti ka muutusi uriinis ja silmapõhjades ei avastatud. Arteriaalne vererõhk nendel oli normaalne. Perifeerses veres patoloogilisi muutusi ei leitud.

1 naisel säilub kõrgenenud arteriaalne vererõhk ja peavalud.

Vaatluse all olnud naistest rasestusid teistkordselt 4, neist 2 katkestasid raseduse omal soovil. 1 naine rasestus 2 aastat pärast eklampsiat, rasedus kulges normaalselt ja lõppes ajalise normaalse sünnitusega. 1 naine on rase praegu 6 kuud, rasedus kulgeb normaalselt.

Kõigi 12 ema lapsed on terved ja arenevad normaalselt.

Seega raseduse ajal, sünnitusel ja puerpeeriumis esinenud eklampsia ei kutsunud esile naise organismis irreversiibelseid orgaanilisi muutusi ja ei mõjunud järgnevate raseduste normaalsele kulule. Kuid vaadeldud juhtude vähene arv ei luba teha üldistavaid lõplikke järeldusi läbipõetud eklampsia mõjust naise tervisele ja järgnevate raseduste kulule.

EMADE SÜREMUS TALLINNA SÜNNITUSABIASUTUSTES 1958.—1962. a.

Arstiteaduse kandidaat S. NAARITS (Tallinn)

Viimastel aastatel näitab emade surevus sünnitusel kõigis maailma maades languse tendentsi. Emade surevuse põhjustest on O. Makejeva, Käseri, Arvey, Hosemanni ja Klausi jt. andmeil esikohal ekstragenitaalsed haigused rasedail ja sünnitajail, viimaste sagedus aga aastast aastasse kasvab.

Teisel kohal emade surmapõhjustest on verejooksud. Küllalt sagedane on ka raseduse II poole toksikooside esinemine surmapõhjustena.

Tallinnas viimase viie aasta jooksul (1958—1962) 25 722 sünnituse kohta esines 17 emade surmajuhtu (0,06‰), kellest linnaelanikke oli 15 (0,05‰).

Emade surevuse dünaamika viimase viie aasta vältel oli järgmine:

1958. a.	6	emade surmajuhtu	4858	sünnituse kohta	(0,12‰)
1959. a.	2	„ „	4958	„ „	(0,04‰)
1960. a.	2	„ „	5128	„ „	(0,03‰)
1961. a.	5	„ „	5500	„ „	(0,08‰)
1962. a.	2	„ „	5278	„ „	(0,037‰)

Siit näeme, et emade surevus on vähenenud viimase viie aasta vältel 3 korda (1958. a. 0,12‰, 1962. a. 0,037‰).

Emade surmapõhjuste struktuuris viimase 5 aasta vältel Tallinnas on esikohal ekstragenitaalsed haigused — 6 juhtu, teisel kohal — verejooksud raseduse või sünnituse ajal — 5 juhtu, kolmandat-neljandat kohta jagavad eklampsia ja sepsis, kumbagi 3 juhtu.

Ekstragenitaalsed haigused, eklampsia ja verejooksud emade surmapõhjuse näitajana on otseselt sõltuvad naiste nõuandlate töö kvaliteedist, s. o. raseda jälgimise kvaliteedist raseduse vältel.

Rasedaist, kellel surm järgnes raseduse või sünnituse ajal, oli naiste nõuandlas arvel 15 naist. Velsker-ämmaemandapunktis olid arvel 2 rasedat.

I	Naiste Nõuandla järelevalve all oli					4	rasedat
II	„	„	„	„	„	7	„
III	„	„	„	„	„	4	„

Rasedusega kuni 12 nädalat olid naiste nõuandla arvel 12 rasedat 17-st. Ülejäänud 5 rasedat olid arvele võetud kuni 24 nädalat.

Enamik rasedaist olid vanuses 26—40 aastat — 15, 20—26 aastani oli 2 naist.

Esmassünnitajaid oli 5, neist esmasrasedaid — 3. Korduvrasedail (12) oli anamneesis 47 rasedust, millest 30 lõppesid abortidega (neist ebaselge etioloogiaga iseeneslikke raseduse katkemisi 9), ajalisi sünnitusi — 13 ja enneaegseid sünni-

tusi — 4. Rasedusele kaasuvaid üldhaigestumisi esines vaid ühel rasedal. Eelmistel sünnitustel operatiivseid vahelesegamisi esines 4 sünnitajal. Sünnitusjärgsetest haigestumistest esines 1 sünnitajal alajäsemeil pindmiste veenide tromboflebiit. Vastsündinute kaal üle 4000 g oli 4 juhul.

Üldhaigestumisi anamneesis esines kõigil 17 rasedal, neist laste nakkushaigusi 10-l, ülemiste hingamisteede katarr 5-l, kopsupõletik 3-l, kroonilised haigused (gastriit, maohaavandid, pankreatiit) — 61, malaaria 4-l, tüüfus — 3-l, türeotoksikoosi 1. Grippi olid põdenud 4 naist, appendectomia teostatud 2-l naisel.

Käesoleva raseduse ajal esines 12-l rasedal 17-st rasedusega kaasnevaid haigusi (alajäsemete varikoossed veenilaiendid, hüpertooniatõbi, 12-sõrmiksoole haavand, Cusching'i tõbi, kombineeritud mitraalklapi rike, reumokardiit, krooniline nefriit, püelotsüstiit). Kõrgeks osutus tüsistuste arv rasedusel (13-l rasedal 17-st). Raseduse varastoksikoos esines 4-l, hilistoksikoos 6-l, ähvardav raseduse katkemine 3-l, verejooksud raseduse ajal 1, ülekantud rasedus — 1.

Ülaltoodud põhjustel viibisid statsionaarsel ravil raseduse ajal 11 rasedat, neist rasedusele kaasuvate haiguste tõttu — 5 rasedat, tüsistuste tõttu rasedusel — 7. Korduvalt hospitaliseeritud olid 4 rasedat, kuid nii kliiniline uurimine kui ka ravi oli mitte küllaldane.

Käesolev rasedus lõppes ajalise sünnitusega 8 juhul, 1 juhul oli tegemist ülekantud rasedusega. Enneaegne sünnitus 1 rasedal. 7-l rasedal järgnes surm 32.—36. rasedusnädalani mitmesugustel põhjustel.

Raseduse kestel surmapõhjused olid järgmised:

1) kopsuarteri emboolia 2-l juhul, mille aluseks oli suurte pindmiste veenide tromboflebiit, 2) verejooks platsenta eesasetsuse tõttu 2-l juhul, 3) eklampsia koos ajuverevalumiga 2-l juhul, 4) sepsis, mis kujunes lootevete enneaegse puhkemise foonil 1 juhul.

Ühel juhul järgnes surm rasedal 43. rasedusnädalal verejooksu tõttu platsenta eesasetsuse korral.

Sünnituse ajal järgnes surm vaid 1 juhul. Rase, kellel esines Cusching'i tõbi, suri 40% glükoosi veenisisese süste järele.

Sünnitusel esines tüsistusi 7-l sünnitajal: diagnoosita temperatuuri tõus sünnituse ajal 38° (1 juhul), enneaegne lootevete puhkemine (5-l), platsenta eesasetsus (3-l), hüpotooniline verejooks (1), sünnitegevuse nõrkus (2-l).

Operatiivseid vahelesegamisi sünnitusel esines 10 sünnitajal: keisrilõige 5, emaka ekstirpatsioon 1, emaka supravaginaalne

amputatsioon 1, vaagna väljakäigu tangid 1, perineotomia 3, manuaalne platsenta eemaldamine 1 juhul.

Sünnitusjärgses perioodis järgnes surm emaka hüpotoonilisele verejooksule 4-l sünnitanul, ühel juhul oli surmapõhjuseks keisrilõike järgne peritoniit, eklampsia koos ajuverevalandusega 1, äge gripoosne viiruslik pneumoonia 1, äge kopsuturse 1 sünnitanul kombineeritud südamerikkega.

Lapsi sündis 12, perinataalne surevus esines 2-l juhul. Keisrilõike indikatsioonid olid järgmised (5-l sünnitajal):

1. Platsenta eesasetsus 2-l juhul,
2. Reumokardiit, kombineeritud südamerike 1 juhul,
3. Sünnitegevuse nõrkus, endometriit sünnitusel 1 juhul,
4. Kopsuarteri emboolia 1 juhul.

Võitluses verejooksuga hilinemisega rakendati operatiivseid võtteid — emaka ekstirpatsiooni ja supervaginaalset amputatsiooni 2-l juhul, surm järgnes operatsioonilaual.

Ülaltoodust selgub, et emade surevuse struktuuris viimase 5 aasta vältel esikohal on ekstragenitaalsed haigused, millele enamikul juhtudest ei pööratud küllaldaselt tähelepanu. Teisel kohal emade surmapõhjustest on verejooksud raseduse ja sünnituse ajal. Verejooksu profülaktikat sünnitajail ei teostatud. Ei kasutatud veenisisest tilkinfusiooni pituitriini või oksüdotsiiniga, vereülekannetel ei rakendatud küllaldast verehulka, asendati vähem kui $^2/_3$ kaotatust, radikaalsele operatiivsele vahelesegamisele asuti hilja (emaka amputatsioon, ekstirpatsioon).

Eklampsia juhud on tõenduseks naiste nõuandlate profülaktilise töö puudulikkuse kohta. Eklampsia vältimine oleneb õigeaegsest raseduse hilistoksikoosi varassümptoomide avastamisest ning hospitaliseerimisest raseduse patoloogia palatitesse.

Sepsise korral on tegemist a- ja antiseptika rikkumisega sünnitusel või sünnitusjärgses perioodis. Tähelepanemata jäetud temperatuuri tõus, haige üldseisundi hindamisel tehtud vead põhjustasid mitteõigeaegse diagnoosi püstitamist ning ravi hilinemist.

EMAKA REBENDID TALLINNA LINNAS 1958.—1962. a.

M. M. GOLNEVA,
Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna
peaakušöör-günekoloog

Emaka rebend on raskeimaks tüsistuseks raseduse ja sünnituse vältel. Erinevate autorite andmetel (N. N. Žilov, V. Maljavinski, V. S. Lisovetski, B. V. Azletski, A. A. Terehova, L. S. Per-

sijaninov) emaka rebendite sagedus raseduse ja sünnituse ajal kõigub 0,02—0,15% piirides.

Emaka rebendite põhjuste analüüs omab suurt praktilist tähtsust. See võimaldab õigeaegselt avastada mitmeid organisatsioonilisi, metoodilisi ja kliinilisi puudusi ja tarvitusele võtta konkreetseid praktilisi abinõusid, mis viiksid traumade vähenemisele sünnitustel.

Perioodil 1958—1962. a. oli registreeritud kolmes Tallinna linna sünnitusabiasutuses 10 emaka rebendit, mis moodustasid 0,04% sünnituste üldarvust.

Emaka rebendite analüüsi andmed möödunud 5 a. kohta näitavad selle patoloogia suurenemist (1959. a. — 0,04%, 1962. a. — 0,06%), 16-st uuritud emaka rebendite juhust 4 esinesid naistel vanuses 25—27 a., 6 — vanuses 30—35 a. Niisiis meie materjali alusel, kõige sagedamini esinevad emaka rebendid naistel vanuses 30—35 a.

Kõik need naised olid arvele võetud naistenõuandlates 3 esimese raseduskuu jooksul, külastasid regulaarselt nõuandlat, kuid 3 naist ei hospitaliseeritud õigeaegselt.

10-st naisest, kellel esines emaka rebend, 2 olid esmassünnitajad, kõik ülejäänud rebendid esinesid korduva raseduse puhul. Teise raseduse puhul esines rebend 4-l naisel, 3-nda raseduse puhul 4-l naisel, 7-nda raseduse puhul 1 naisel.

Emaka rebendid teise ja kolmanda raseduse puhul seletuvad sellega, et 6-l juhul eelnes sellele keisrilõige ja 1 juhul emaka suturatsioon, mis teostati kunsttehislikul raseduse katkestamisel tekkinud emaka perforatsiooni tõttu.

Emaka rebendi põhjuseks 3-l juhul olid patoloogilised muutused emaka seinas peale eelnevalt läbipõetud põletikke emakas. 1 juhul jääb põhjus ebaselgeks.

Raseduse ajal esinesid emaka rebendid 2-l juhul, sünnituse ajal 8-l juhul.

Emaka rebend tekkis 30.—31. rasedusnädalal 1 naisel, 33.—34-ndal rasedusnädalal 1 naisel, 39.—40-ndal rasedusnädalal 8 naisel.

4-l naisel toimus emaka rebend väljaspool raviasutust, 6-l naisel sünnitusabi statsionaaris.

Sünnitegevus oli normaalne 6-l juhul, nõrk 1 juhul, 3 juhul puudus sünnitegevus täiesti. 1 sünnitajal nõrga sünnitegevuse ja algava loote asfüksia tõttu lõpetati sünnitus tangide asetamisega vaagnaõõnde.

Laparotoomia kaudu teostati 3-l juhul emaka supravagi-

naalne amputatsioon, 7-l juhul õmmeldi emaka rebend pärast rebendi servade värskendamist.

Operatsioonijärgne periood kulges 4-l juhul aneemia nähtudega, 5-l juhul vähese temperatuuri tõusuga.

Tulemus laste suhtes: 5-l juhul saadi surnud lapsed, 6-l juhul elavad, kellest esimestel ööpäevadel surid 2 last.

Emade surevust ei esinenud. Kõik naised kirjutati välja rahuldavas üldseisundis.

Keisrilõikejärgse armi alusel tekkinud emaka rebendite analüüs näitab, et selle operatsiooni näidustuseks 5-l naisel oli olnud platsenta tsentraalne eesasetus, 1 naisel loote ristseis. Operatsiooni näidustuseks 1 juhul oli olnud emaka perforatsioon, mis tekkis kunsttehisliku abordi teostamisel.

Keisrilõige oli tehtud 3 aastat enne emaka rebendit 1 naisel, 4 a. eest 2-l naisel, 5 a. eest 2-l naisel, 8 a. eest 1 naisel.

Operatiivne perforatsiooniava suturatsioon oli teostatud 12 kuud enne rebendit 1 naisel. 4-l naisel anamneesi andmetel, operatsioonijärgne periood kulges tüsistusteta ja operatsioonihaav paranes esmaspingsalt. 3-l juhul esines pikaajaline kõrgenenud kehatemperatuur koos haava teisespingsa paranemisega.

Rasedus, mis tekkis pärast keisrilõiget, kulges 5-l naisel normaalselt. 5-l naisel esinesid vähesed valud alakõhus ja lumbaalpiirkonnas.

Keisrilõikejärgse armi alusel tekkinud emaka rebendite kliiniku uurimine näitab, et mõnedel rasedatel ja sünnitajatel esinesid tunnused, mis võimaldavad panna ähvardava või algava ruptuuri diagnoosi ja võtta õigeaegselt tarvitusele vajalikke abinõusid selle vastu.

Emaka rebendite arvu võib vähendada, kuna enamikul juhtudel sõltub see põhjuste kõrvaldamisest. Emaka rebendite ärahoidmine sõltub tunduval määral nii naiste nõuandlate kui ka statsionaaride tegevusest.

SÜNNITEGEVUSE NÕRKUS TALLINNA II SÜNNITUSMAJA ANDMETEL 1961. a.

E. PETERMANN,
Tallinna II Sünnitusmajast. peaarst E. Petermann

Sünnitegevuse nõrkus on kaasaja praktilise sünnitusabi tähtsamaid probleeme. Selle raske sünnitusakti patoloogiaga kaasneb sageli rida teisi tüsistusi, mis ohustavad nii loote kui ema elu. Operatiivsete vahelesegamiste arv suureneb kuni

TRU Raamatukogu

10 korda, surnult sündivus suureneb 2—3 korda ja vastsündinute surevus 4—5 korda (A. P. Nikolajev).

Tallinna II Sünnitusmajas oli 1961. a. 1049 sünnitust ja sünnitegevuse nõrkus esines 63 juhul, moodustades 6% kõikidest sünnitustest.

Esmassünnitajail esines sünnitegevuse nõrkust 8,2%, korduvsünnitajail 2,8%.

Sünnitegevuse nõrkusega patsientidel esinesid anamneesis sageli abordid — 46%. Hilist menstruatsiooni algust, mis rea autorite järgi vihjab infantilismile, täheldasime 22,2%. Üldiselt kitsenenud vaagen esines 19% sünnitajaist.

Raseduse vältel oli rasedustoksikoos esinenud 14, morbus hypertonicus 1 ja apendectomia 1 patsiendil.

Sünnitusel esinesid tüsistustena enneaegne või varane looteveteminek 30% ja rasedustoksikoos 25,3%. Sünnituse juhtimisel oli vaja teostada keisrilõige 4,7%, asetada sünnitusabi tangid 14,9%. Keisrilõike näidustuseks oli ravile mittealluv sünnitegevuse nõrkus vanadel esmassünnitajatel. Tangide asetamise näidustus enamasti kombineeritud — pikaleveninud väljutusperiood ähvardava looteasfüksiaga.

Platsentaarperioodis verekaotus üle 400 ml oli 40% sünnitajaist. Platsenta manuaalne eemaldamine või emakaõõne manuaalne revisioon teostati kokku 11,1%. Surnult sündivus moodustas 3,1% ja laste suremus 1,5%. Sünnitusjärgses kulus meil raskemaid tüsistusi ühelgi juhul ei esinenud. 2-l juhul oli vaja teostada perineumi resuturatsioon.

Sünnitegevuse nõrkuse ravi peab olema individuaalne ja valikuline. Ei ole selliseid medikamentoosseid skeeme, mis alati oleksid võimelised sünnitegevuse nõrkust likvideerima.

Sünnitegevuse nõrkuse raviks kasutasime 17 erinevat stimulatsiooni varianti. Östrogeenide fooni (tavaliselt 40 000 ü sünestrooli) kasutasime 46,1%. Puhkenud lootevete puhul, kui emaka kokkutõmbed on nõrgad ja lühiajalised, oleme stimuleerinud sageli ilma kiniinita, kasutades pachycarpini, B_1-vitamiini ja mammofüsiini või oksütotsiini. Kui emaka kokkutõmbed peaaegu täiesti puuduvad või kui looteveed on puhkemata, oleme kasutanud kiniini sisaldavaid skeeme.

Primaarse sünnitegevuse nõrkuse ravi puhkemata lootepõie puhul peab olema suhteliselt konservatiivne, puhkenud lootevete puhul aga aktiivne. Sekundaarse sünnitegevuse nõrkuse puhul tuleb arvestada sünnitaja jõudlust ja vajadusel võimaldada rahu.

Enneaegsele veteminekule kaasneb sageli sünnitegevuse nõr-

kus. Selle vältimiseks peame otstarbekaks statsionaari saabumisel manustada östrogeene ja Ol. Ricini. Medikamentoosset stimulatsiooni ei ole vajalik alustada enne 6 tunni möödumist lootevete puhkemisest.

Edukalt võib võidelda sünnitegevuse nõrkuse vastu, kui ette näha, kellel tõenäoliselt tekib sünnitegevuse nõrkus, kui ennetada nõrkuse tekkimine ja kui õigeaegselt ja efektiivselt ravida.

HÜALURONIDAASI KASUTAMISEST SÜNNITUSABIS

M. I. DRANOVA,
Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonnast

Hüaluronidaas on ferment, mis tekib organismis hüaluroonhappe lõhustumisel mukopolüsahariidide toimel. Nimetatud omaduse tõttu kasutatakse hüaluronidaasi laialdaselt praktikas hematoomide, tursete, medikamentide ja anesteetikumide resorptsiooni kiirendamiseks.

Esmakordselt leidsime väliskirjanduse andmeil hüaluronidaasi kasutamisest sünnitusabis. 1956. a. kasutatakse hüaluronidaasi Harkovi Günekoloogia ja Sünnitusabi Instituudi kliinikus kodumaise preparaadi lidaasina. See kujutab endast kollakat valgupulbrit. Annus on 0,1 g ainet, mis vastab 64 ühikule.

1959. a. alates kasutatakse lidaasi Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonnas.

Lidaasi kasutamise metoodika: ampulli sisu lahustatakse 2 ml 0,5% novokaiinilahuses. Sünnituse valutustamiseks ja emakakaela spasmi vähendamiseks lisatakse 1—2 ml 1—2% promedooli. Preparaat süstitakse nahaalusi.

Sünnitusabi praktikas on efektiivne preparaadi manustamine emakakaela muskulatuuri. Emakakaela spasmi puhul saime häid tulemusi, süstides 10′ pärast lidaasi manustamist 5% isoveriinilahust 1 ml. Preparaadi toimet on vaja 20 minutit pärast süstimist kontrollida. Kui esineb veel emakakaela rigiidsus või spasm, võib lidaasi süstimist korrata.

100-st sünnitajast, kellel kasutati lidaasi, olid 69 esmassünnitajad, korduvsünnitajaid 31. Vanuses 18—20 a. oli 7 naist, 21—25 a. 33 naist, 26—30 a. 37 naist, 31—35 a. — 16 naist ja üle 35 a. — 7 naist.

Esmassünnitajatest ajaline sünnitus oli 57 naisel, enneaegne sünnitus 11 juhul, ülekantud rasedus 1 juhul.

Korduvsünnitajatest ajaline sünnitus 26 juhul, enneaegne sünnitus 6 juhul.

Lidaasi kasutamise näidustuseks 88 sünnitajal oli nõrk sünnitegevus, varane ja enneaegne lootevete puhkemine 3-l, emakakaela rigiidsus 3-l, tuharseis 3-l, ülekantud rasedus 1, loote ristiseis 1 sünnitajal.

Kirjanduse andmetel kasutatakse lidaasi ka sünnituse kiireks lõpetamiseks (platsenta eesasetsus, platsenta enneaegne irdumine, loote asfüksia jm.), kui on vastavad võimalused sünnituse lõpetamiseks per vias naturales.

Sünnituse esimeses perioodis kasutasime lidaasi 96 sünnitajal, sünnituse II perioodis 4 sünnitajal. Lidaasi ühekordselt manustati 96 juhul, korduvalt 4 juhul. Puhkenud lootevete korral kasutati lidaasi 32, esmassünnitajal ja 11 korduvsünnitajal. Terve lootepõie korral 37 esmas- ja 20 korduvsünnitajal. Emakakaela seisund lidaasi manustamise ajal: 28 sünnitajal avatud 1. sõrmele, 35 sünnitajal 1,5—2 sõrmele, 24-l sünnitajal 2,5—3 sõrmele, 24 naisel kuni 3 sõrmele ning 13 sünnitajal 3,5 sõrmele.

Lidaasi kasutati 5 variandis:

1) pärast sünnitegevuse stimulatsiooni. Keskmiselt sünnitegevus enne lidaasi kasutamist kestis 15 tundi, pärast seda — 6 tundi.

2) enne sünnitegevuse stimulatsiooni. Sünnituse kestus enne stimulatsiooni 6 tundi, pärast stimulatsiooni 11 tundi. Efekt puudus, kuna 5 tundi pärast preparaadi süstimist emakakael uuesti paksenes. Tekkis hüaluraanhape.

3) lidaasi kasutamine samaaegselt sünnitust esilekutsuvate medikamentidega. Sünnituse kestus enne prep. manustamist 9 tundi, pärast manustamist 7,5 tundi.

4) lidaasi kasutamine isoveriiniga. Sünnituse kestus enne kasutamist 12 tundi, pärast — 3 tundi.

5) lidaasi kasutati üksikult sünnituse I perioodis, emakakael oli avatud 1,5—2 sõrmele. Sünnituse kestus enne kasutamist 11 tundi 5 minutit, pärast süstimist 7 tundi 40 min.

Sünnituste kulg: 98 last sündis elusalt, 2 last surnult (üks surnultsündinutest oli väärarend).

Emakakaela rebendeid esines 9 esmassünnitajal ja ühel korduvsünnitajal. Perineumi rebend esines ühel juhul, perineotoomia ja episiotoomia teostati 16 juhul. 13% sünnitajatest verekaotus ületas 450 ml.

Siseelundite poolt komplikatsioone lidaasi kasutamisel ei täheldatud.

Meie kogemused lubavad teha järeldused lidaasi kasutamise otstarbekusest sünnitusabis.

Lidaas vähendab kudede rigiidsust, normaliseerib ja tugev-

dab juba olemasolevat sünnitegevust, tekitab organismis hea fooni medikamentidele, mida kasutatakse sünnituse stimulatsiooniks. Lidaas ei ole toksiline, ei kutsu esile arteriaalse vererõhu muutusi, ei oma kahjustavat mõju südamele, neerudele, maksale ega teistele elunditele.

Sünnitusabil on otstarbekohane kasutada lidaasi, efektiivsuse suurendamiseks tema süstimist emakakaela muskulatuuri koos spasmolüütiliste vahenditega.

ENNEAEGSUSE PÕHJUSTEST TALLINNA LINNA NAISTE NÕUANDLATE ANDMETEL 1960.—1962. a.

S. M. PEVSNER, N. M. LIHOMANOVA, V. B. PUHK, A. P. ILMOJA
(Tallinna I, II, III, IV Naiste Nõuandla)

Tänapäeva sünnitusabi üheks tähtsamaks probleemiks on jäänud võitlus enneaegsusega ning tema põhjuste väljaselgitamine. See probleem on tervishoiuorganite üheks peamiseks ülesandeks võitluses surnultsündivusega ja vastsündinute surevusega.

Enneaegsed sünnitused, võrreldes ajalistega, rea autorite andmetel moodustavad 6,9—16,6% (I. F. Zordania, A. S. Ivenskaja, A. L. Kaplan).

Enneaegsuse etiopatogeneesi ei ole tänapäevani küllaldaselt uuritud.

Mõningatel kirjanduse andmetel, teadmata etioloogiaga, enneaegsete sünnituste arv on 17—70% (I. L. Braude, A. P. Nikolajev, I. L. Davidenko jt.).

Juhtiv osa võitluses enneaegsusega kuulub naiste nõuandlatele.

Ajavahemikul 1960—1962 enneaegsus meie naiste nõuandlate andmetel moodustas 6%.

See näitaja viimase 3 aasta jooksul on jäänud samale tasemele.

Enneaegsust täheldatakse esmasrasedatel 65%, korduvalt 35%. Kliinilistel andmetel, naised, kelledel esinevad enneaegsed sünnitused, jagunevad vanuse järgi järgmiselt:

kuni 20 a. — 10,8%
20—25 a. — 47%
25—30 a. — 26,1%
30—35 a. — 12,3%
35—40 a. — 4,8%

Etioloogilist faktorit õnnestus meil välja selgitada 70% juhtudest.

Naiste nõuandla andmetel põhjustest, mis tingivad raseduse katkemist, esimesel kohal on raseduse II poole toksikoosid, moodustades 11,3%, teiseks mitmikrasedus 7,4%, kolmandaks kunsttehislike abortide esinemine anamneesis. Järgnevad ägedad nakkushaigused 6,8%, enneaegne lootevete puhkemine 6,5%, looteseisu anomaaliad 6%, kroonilised nakkushaigused 5,2%, siseelundite haigestumised 2,9%, Rhesuskonflikt 1%, platsenta eesasetsus 2,8%, loote väärarendid 1,4%, infantilism.

Vastsündinute kaal enneaegsetel sünnitustel oli

14,5%	1000—1500	grammi
33,4%	1500—2000	„
46,1%	2000—2500	„
6%	2500—2800	„

Eespool toodud andmete põhjal võib öelda, et enneaegsus enamikus esines 36.—38. rasedusnädalal.

Surnultsündivus enneaegsetel sünnitustel meie andmetel oli 1,3%.

Suri 13% enneaegsetest lastest.

Võitluses enneaegsusega on põhiliseks võitlus raseduse II poole toksikoosidega, nakkushaigustega, suguelundite põletikuliste haigestumistega ning nende õigeaegne ravi. Varajane pöördumine naiste nõuandlasse ning rasedate tähelepanelik jälgimine aitab välja selgitada faktoreid, mis aitavad kaasa raseduse enneaegsele katkemisele.

RASEDUSE HILISTOKSIKOOSIDE PROFÜLAKTIKAST TALLINNA IV NAISTE NÕUANDLA ANDMEIL

A. P. ILMOJA,
Tallinna IV Naiste Nõuandlast

Raseduse hilistoksikooside profülaktikas pakuvad huvi naiste nõuandla andmed. Vaatamata läbiviidud profülaktilistele üritustele, esinevad raseduse hilistoksikoosid siiski suhteliselt sageli.

Meie vaatlusaluse grupi moodustasid 1025 rasedat Tallinna IV Naiste Nõuandlas.

Raseduse hilistoksikoos esines 10% naistest. Neist rasedate vesitõbi 4,2%, nefropaatia 5,9%, mis vastab ka kirjanduse and-

meile. Põhimomendiks toksikooside tekkel oli meie andmetel ebaõige raseda kaaluiive hindamine, ravi hilinemine ja süsteemitus enne hospitaliseerimist ning toidurežiimi rikkumine.

Kõik vaatlusalused rasedad külastasid raseduse esimesel poolel naiste nõuandlat 1 kord kuus, raseduse teisel poolel iga kahe nädala järele, viimasel raseduskuul aga iga 10 päeva järele.

Eriarvele olid võetud rasedad, kellel oli eelsoodumus hilistoksikooside tekkeks (naised, kellel esines raseduse varastoksikoos, kahtlus neerude, maksa kroonilistele kahjustustele).

Naiste Nõuandla külastusel jälgiti rasedate kaaluiivet, vererõhku, uriini muutusi. See võimaldas meil avastada hilistoksikoosi varassümptoome.

Meie vaatlusalustest rasedatest, kellel oli diagnoositud nefropaatia — esmassünnitajaid oli 60%, korduvrasedaid — 40%.

Rasedate vanus oli peamiselt 21—30 aastat.

Nefropaatia esines kuni 28-nädalase raseduseni 12,5% rasedaist,

29—32	nädalase	raseduseni	25%	rasedaist
33—36	„	„	21,4%	„
37—40	„	„	41,1%	„

Ülaltoodu põhjal on selge, et nefropaatia kujuneb välja suuremal osal viimastel rasedusnädalatel.

Rasedusega kaasnevaid haigusi esines 15% rasedaist, valdavas enamikus südame-veresoonkonna haigused. Viimastel ilmusid raseduse hilistoksikoosi sümptoomid tunduvalt varem (alates 26. rasedusnädalast).

Mis puutub toksikoosi kliinilisse vormi, siis raseda vesitõbi esines 50,3%, hüpertooniline sündroom esines 16,6%, albuminuuria esines 11,7% rasedaist.

Nefropaatia korral lõppes rasedus 93,3% ajalise sünnitusega rasedaist, enneaegne sünnitus esines 6,7%. Surnultsündivus esines 1 juhul.

Operatiivseid vahelesegamisi esines 6,7% sünnitustest (sünnitusabi tangid).

Hilistoksikooside vähendamisel omab suurt tähtsust õigeaegne diagnostika ja ravi haiguse varasstaadiumis, õigeaegne hospitaliseerimine.

ANTENATAALSEST LOOTEKAITSEST TALLINNA I NAISTE NÕUANDLA ANDMEIL

I. M. PEVSNER
Tallinna I Naiste Nõuandlast

1. Põhiline osa perinataalse surevuse profülaktikas kuulub naiste nõuandlatele.

Meie naiste nõuandlas viiakse läbi antenataalseks lootekaitseks järgmisi üritusi:

a) varane rasedate arvelevõtmine;

b) eriarvele võetakse rasedad, kellel võiks välja kujuneda toksikoos, «vanad» esmassünnitajad, rasedad liigveesusega, mitmikutega, endokriinsete häiretega, rasedad kahtlusega krooonilistele neeru- ja maksahaigustele, hüpertooniatõve korral, südamehaiged;

c) koos terapeudiga välja selgitada rasedatel ägedate ja krooniliselt kaasnevate haiguste olemasolu;

d) määratakse reesusfaktor kõigil rasedail;

e) rasedate psühhoprofülaktiline ettevalmistus sünnituseks;

f) kõigi rasedate profülaktiline vitaminiseerimine ja ultraviolettkiiritus;

g) haigestunud rasedate õigeaegne hospitaliseerimine.

2. Meie vaatlusaluse grupi moodustasid 1041 rasedat. Varane hõlmavus selles grupis moodustas 67%, hiline hõlmavus 2,1%. Patoloogilisi muutusi esines 27-l rasedal (24,5%), neist järgmisi raseduse tüsistusi ning kaasnevaid haigusi:

reesusnegatiivse verega rasedaid	85 (8,4%)
raseduse hilistoksikoose	66 (6,3%)
tüsistatud sünnitusabi anamnees	45 (4,4%)
südame-veresoonkonna haigused	25 (2,4%)
kopsutuberkuloos	18 (1,7%)

Enneaegne sünnitus esines 31-l rasedal (2,9%), surnultsündivus 12-l (1,1%). Antenataalne loote surm esines 4-l juhul (0,3%).

3. Reesusnegatiivse vere korral määratakse rasedail reesus antikehade tiiter ning rakendatakse profülaktilist ravi alates esimestest rasedusnädalatest (gammaglobuliini manustamine 2 korda nädalas 1,5—2 ml, progesteroni 5 mg, kampoloni 2 milliliitrit, veenisisesi 40% glükoosi 20 ml 10—12 päeva vältel üheks ravikuuriks, vikasooli 15 mg 2 korda päevas 4 päeva vältel vaheajaga 4 päeva 3 korda, vitamiin E 1 teelusikatäis 2 korda päevas kuni 28. rasedusnädalani, vitamiin C manustatakse kogu

raseduse vältel, samuti teostatakse ultraviolettkiiritust). Loetletud metoodika järgi raviti 85 rasedat. Rasedus lõppes ajalise sünnitusega 83 rasedal. 2-l rasedal esines enneaegne sünnitus. Surnultsündivust ei esinenud. 85 last kirjutati sünnitusmajast välja rahuldavas seisundis.

Võitlus raseduse hilistoksikoosidega algab varasest rasedusjärgust. Suurt tähelepanu on pööratud ratsionaalsele toidurežiimile küllaldase valgusisaldusega.

Rasedus lõppes elusate ajaliste laste sündimisega 60 juhul, enneaegseid vastsündinuid 2-l juhul. Surnultsündivus esines 4 juhul (antenataalne lootesurm 2-l juhul). Kõigil rasedail tüsistatud sünnitusabi anamneesiga rakendati rasedatele ettenähtud töökaitset ning profülaktilist ravi enneaegse sünnituse vältimiseks.

Rasedus lõppes 23-l 45-st ajalise sünnitusega, enneaegse sünnitusega lõppes rasedus 10-l. Rasedus katkes varases ja hilises rasedusjärgus 12-l rasedal. Surnultsündivus esines 4-l juhul.

Südame-veresoonkonna haiguste puhul lõppes rasedus ajalise sünnitusega 19 rasedal, enneaegse sünnitusega 4-l rasedal. Ühel juhul esines surnultsündivus rasedal kaksikutega.

Kopsutuberkuloosiga rasedad on arvel tubdispanseris ning tuberkuloosivastast ravi rakendati kogu raseduse vältel. Rasedus lõppes ajalise normaalse sünnitusega 16-l rasedal, 2-l juhul enneaegse sünnitusega. Surnultsündivust esines 2-l juhul.

4. Meie andmed kinnitavad kirjanduse andmeid selles, et perinataalse surevuse põhjuseks on mitmesugused antenataalse loote arengu häired, mille patogeenseks faktoriks osutuvad infektsioon, rasedustoksikoos ja südame-veresoonkonna patoloogia.

5. Ülaltoodud ürituste rakendamisega antenataalses lootekaitses õnnestus meil tunduvalt vähendada sünnitusabi patoloogiat, vastsündinute haigestumust ja perinataalset surevust.

KUNSTTEHISLIK RASEDUSE KATKESTAMINE A. V. ZUBEJEVI APARAADIGA TALLINNA LINNA I SÜNNITUSMAJA ANDMEIL

P. K. KUKK
Tallinna Linna I Sünnitusmajast

Paljud autorid juhivad tähelepanu emaka ja emakakaela lihaskoe vigastusele (N. V. Voitsehovski jt.) emakaõõne puhastusel.

Lihaskude on avastatud emakakaapes erinevate autorite andmetel 10—15% juhtudel (J. A. Lanngren, N. A. Stepanova, K. N. Šmakin, V. I. Taigro).

See asjaolu andis tõuke uute meetodite otsingule selleks operatsiooniks.

A. V. Zubejevi poolt esitati vaakuumaparaat, mille abil saavutatakse lootemuna eemaldamine minimaalse verekaotusega, vähese valuärritusega ja emaka lihaskude vigastamata.

1962. a. teostati Tallinna Linna I Sünnitusmaja günekoloogiaosakonnas 150 naisel raseduse kunsttehislik katkestamine A. V. Zubejevi aparaadiga.

Emakakaela kanali laiendamine teostati Hegari laiendajatega 0,5 numbrist rohkem kui metalltorukese number. Toru ühendatakse vaakuum elektriimejaga ning viiakse siis emakaõõnde, mille järele lülitatakse sisse aparaat. Negatiivne rõhk emakaõõnes kõigub 0,4—0,7 atm rõhu piirides.

Raseduse katkestamine Zubejevi aparaadiga teostati 133 naisel rasedusega kuni 9 nädalat, nendest: operatsioon kestis kuni 5 min. 121 juhul ja 5—10 min. — 12 juhul. Rasedusega 10—12 nädalat katkestati rasedus 17 naisel, nendest: operatsioon kestis kuni 5. min — 7 juhul ja 5—10 min. — 10 juhul. 122 naisel operatsioon kulges valuta. 28 naisel esines nõrk valuärritus.

Verekaotus kuni 50 ml täheldati 115 juhul ja 50—100 ml — 29 juhul, üle 100 ml — 6 juhul.

10—12-nädalase raseduse korral peetusid sageli torukeses lootemuna osakesed, mis pikendas operatsiooni kestvust.

Emakaõõne kontrollimisel küretiga (kõigil) avastati lootemuna osiseid 9-nädalase raseduse puhul 15 korral ja 10—12-nädalase raseduse puhul — 8 juhul.

Abordi teostamisel ei esinenud meil ühtegi emaka perforatsiooni juhtu.

Meie suhteliselt väikesed kogemused A. V. Zubejevi aparaadi kasutamisel lubavad teha järgmisi järeldusi:

Raseduse katkestamine mainitud aparaadi abil on füsioloogilisem kui emaka küretaaž — toimub väiksema verekaotusega, on suuremalt osalt valuta ning minimaalse ajakuluga.

Väheste kogemuste korral nimetatud aparaadi kasutamisel on vajalik kontrollida emakaõõnt küretiga.

RASEDUSE KUNSTTEHISLIKU KATKESTAMISE TÜSISTUSED TALLINNA II SÜNNITUSMAJA ANDMEIL

J. J. REBANE
Tallinna II Sünnitusmajast

1. Käesoleva töö ülesandeks on uurida kuni 12-nädalase raseduse kunsttehisliku katkestamisega seotud tüsistusi.

2. Tallinna II Sünnitusmaja günekoloogiaosakonnas on 1961. a. vältel teostatud 2414 aborti.

Kirjanduse andmeil on abordijärgsete tüsistuste arv S. T. Jurjevski järgi 4%, I. S. Rozovski järgi — 7,4%.

Meie täheldasime tüsistusi 149 juhul — 6,2%, siinjuures esines tüsistustest emaka perforatsioone — 0,04%, looteosiste peetumust emakas ning hematometra — 1,6%, emaka- ja emakamanuste põletikke 1,79%, ühekordne temperatuuri tõus üle 37,4° ilma patoloogiliste muutusteta suguelundeist 0,41%. Meie andmed vastavad kirjanduse andmeile. Emaka perforatsioon esines ühel juhul, milline oli teostatud aborttangiga 8—9-nädalase raseduse katkestamisel. Patsient opereeritud, operatsioonijärgne kulg tüsistusteta.

3. Meie andmeil abordijärgseid tüsistusi esines esmasrasedail vähem (3,8%) kui korduvrasedail (6,2%). Viimastel tüsistused tekivad sageli varem esinenud günekoloogiliste põletike foonil.

Surmajuhte ei esinenud.

4. Abordi operatsiooniga kaasnevate tüsistuste profülaktikas on vajalik naiste nõuandlates teostada sanitaarselgitustööd rasedusvastaste vahendite kasutamiseks ja selgitada abordi kahjulikkust.

DIATERMOKOAGULATSIOONI MEETODIL LÄBI VIIDUD EMAKAKAELA VÄHIEELSETE HAIGUSTE RAVI LÄHIS- JA KAUGTULEMUSED NAISTE NÕUANDLA TINGIMUSTES

Arstiteaduse kandidaat V. TAIGRO
ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist ja
Tallinna Linna IV Naiste Nõuandlast

Emakakaela vähieelsete seisundite ravis on suure tunnustuse võitnud diatermokoagulatsiooni-meetod. See meetod on paljude autorite arvamuse järgi, kes seda on rakendanud, kõige efektiivsem (Arhipova, L. L., Anton, A. A., Katajeva, A. D., Serebrov, A. L. jt.). Seda ravimeetodit kasutati meil 1955. a. alates,

307 läbivaadatud naisest 305-l, kes kannatasid emakakaela vähieelsete haiguste all, teostati diatermokoagulatsioon. 305-st naisest 297 naist oli sünnitanud, 5-l ainult abordid, 3 naist kannatasid sigimatuse all (viimaseil esines krooniline endotservitsiit).

150 haiget olid 21—30 aasta vanuses. 31—40 aasta vanuses 126 haiget, vanuses 41—50 aastat oli 29 haiget.

Meie haigete vanus juhib tähelepanu sellele, et antud patoloogiat esineb sagedamini nooremas eas. Enamik naisi ravis ennast eelnevalt pikemat aega efektitult ravimitega. Haiguse kestus kõikus 6-st kuust kuni 10—12 aastani. 302 haigel teostati emakakaela erosiooni ravi, 3-l naisel raviti kroonilist endotservitsiiti. Ravi toimus ambulatoorselt 3—4 päeva pärast järjekordset menstruatsiooni või mitte hiljem kui 2 nädalat enne järgmist menstruatsiooni, sest menstruatsioonieeline ja menstruatsiooniaegne genitaalide hüpereemia soodustab verejooksu tugevnemist nekrootilise koe eemaldumisel ja emakakaela koaguleeritud pinna epitelisatsiooni aeglustumist. Koagulatsiooni juures me kasutasime nuia- ja nõelakujulisi elektroode. Nuiakujulisi elektroode kasutasime emakakaela erodeerunud pinna koaguleerimiseks ning diatermonõela Nabothi näärmete punktsiooniks. Koagulatsioon toimus emakakaela perifeeriast välissuudme suunas. Koagulatsiooni lõpetamisel koaguleeriti tservikaalkanali seinad 1—1,5 sm sügavuselt. Kõigile koagulatsioonidele eelnes biopsia. 307-st läbivaadatud 305-l avastati pseudoerosioon, ühel emakakaelavähk ja ühel atüüpiline erosioon. Kaks viimasena nimetatud haiget suunati Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse ravile (atüüpilise erosiooniga haigel arenes hiljem emakakaelavähk).

Erosioonide ravi toimus normaalse erütrotsüütide settereaktsiooni ja leukotsütoosi juures. Diatermokoagulatsiooni ei teostatud emaka ja munasarjade põletikuliste protsesside korral, raskete somaatiliste haiguste ja emakavähi puhul. Emakakaela erosioonide diatermokoagulatsiooni teostamise ajal komplikatsioone ei esinenud. Emakakaela erosiooni täielik epitelisatsioon tekkis 5.—6. nädalal. Mõnikord paranemisprotsess kestis 8 nädalat ja ainult harva kestis kauem. Pikenenud epitelisatsiooni aega panime tähele 2-l haigel. Üks oli 32-aastane naine, kes 2 aastat enne erosiooni ravimist oli põdenud gonorröad ja kellel paranemine kestis 5 kuud, ning 56-a. naine, kellel paranemine algas poole aasta pärast ja oli seotud sklerootiliste muutustega emakakaelas.

305 ravitud naise hulgast tekkisid lähemail päevil või kuu-

del järgmised komplikatsioonid: 2-l verejooks, 2-l emaka ja munasarjade põletikulise protsessi ägenemine, 7-l ovariaalmenstruatsioonitsükli häired. Ainult ühel juhul verejooksu tõttu oli vajalik hospitaliseerimine. Verejooksu põhjuseks oli nekrootilise koe täielik eemaldumine. Teisel juhul, kui verejooks tekkis pärast suguühet, õnnestus haiget ravida ambulatoorselt. 7-st naisest 5-l ovariaalmenstruatsioonitsükkel hiljem taastus. 2-l tekkisid püsivad muutused (menstruatsioon oli kauakestev ja rohke). Erosiooni retsidiiv lähema poole aasta jooksul tekkis 4-l naisel. Nendele haigetele teostati korduv diatermokoagulatsioon (pärast korduvat biopsiat). 3-l naisel saadi hea raviefekt, ühel tuli teostada diatermoekstsisioon.

Kaugtulemusi jälgisime 146 haigel, 5—6 aasta vältel pärast ravi. 131 naist (91%) osutusid terveteks, 5-l naisel oli avastatud endotservitsiit, 2-l emakakaela erosioon, 2-l emakakaela polüüp ja 1-l ovariaalmenstruatsioonitsükli häired. 146 naisest 82-l pärast ravi esines 1—2 sünnitust, ei rasestunud 64 naist (neist 23 olid 46—50 a. vanuses). 42 naist sünnitasid õigeaegselt. Komplikatsioone sünnituse juures ühelgi ravitud naisel ei esinenud. 40 naisel lõppes rasedus kunsttehisliku abordiga. Peab märkima, et 3 naist, kes kannatasid endotservitsiidi ja sigimatuse all, rasestusid 1—3 kuud pärast emakakaela paranemist.

Eeltoodud andmed tõestavad diatermokoagulatsiooni meetodi efektiivsust vähieelsete emakakaela seisundite ravimisel. Mainitud ravimeetod ei põhjusta rasestumise häireid ja komplikatsioone sünnitamisel.

Nagu näeme, sigimatuse arvukate põhjuste hulgas ei mängi emakakaela haigused mitte viimast osa. Toodud andmed räägivad sellest, et ravitud naiste jälgimine peab olema palju kestvam, sest retsidiivid võivad ilmuda ka pikema aja möödumisel.

PROFÜLAKTILISED LÄBIVAATUSED TALLINNA LINNA I NAISTE NÕUANDLA ANDMETEL 1960.—1962. a.

B. G. TEMTŠINA,
Tallinna Linna I Sünnitusmajast

1. Üheks tähtsamaks töölõiguks naiste nõuandlates günekoloogilise haigestumise vähendamiseks on massiliste günekoloogiliste läbivaatuste teostamine naiselanikkonna hulgas.

2. Profülaktilised läbivaatused Tallinna Linna Keskrajooni I Naiste Nõuandlas teostatakse arstide-günekoloogide poolt

kaks korda aastas nii tööstusettevõtetes kui ka naistenõuandlas. Günekoloogilised haiged võetakse dispanseersele jälgimisele.

3. Jaoskonnaarstid viibivad süstemaatiliselt ettevõtetes, millede juurde nad on kinnistatud, teostavad läbivaatusi, tegelevad sanitaar propagandaga ja tutvuvad töötingimustega. On eraldatud arst naiste teenindamiseks Vineeri-Mööblivabrikus ja vabrikus «Baltika».

4. Onkoloogilise kvalifikatsiooni tõstmiseks toimuvad akušöör-günekoloogidele igal aastal Onkoloogia Dispanseri juures seminarid. 1960.—1962. a. jooksul on läbi vaadatud 33 659 naist eas 18—60 a. Läbivaatusel on avastatud 2011 haiget, nendest emakakaela erosioone 664, emakakaela polüüpe 58, healoomulisi kasvajaid 174, emaka- ja emakamanuste põletikulisi protsesse 1092, vähki 3 juhtu.

2,5% vähieelseid staadiume ja 0,5% vähihaigeid.

5. Suurema osa avastatud günekoloogilistest haigustest, millega patsiendid läbivaatusel on võetud dispanseersele jälgimisele, moodustavad emakamanuste põletikulised protsessid, erosioonid ja endotservitsiidid.

6. Naiste Nõuandlas suureneb aasta-aastalt läbivaadatud naiste arv. Nii 1960. a. oli 9 488

1961. a. oli 11 405
1962. a. oli 11 899

7. Naiste Nõuandlas teostatakse kolposkoopiat, biopsiat ja diatermokoagulatsiooni. Viimase kolme aasta vältel on teostatud 1476 biopsiat, mille abil on välja selgitatud emakakaelavähi I staadiumi 9 juhtu ja vähki in situ 8 juhul.

8. Profülaktilise läbivaatuse andmed analüüsitakse igas kvartalis jaoskondade järgi.

TALLINNA LINNA VAATLUSKABINETTIDE ANDMED GÜNEKOLOOGILISTEST HAIGESTUMISTEST KOLME AASTA JOOKSUL 1960.—1961.—1962. a.

Arstiteaduse kandidaat V. I. TAIGRO
Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

Günekoloogiliste haiguste vastu võitlemise küsimused, seal-juures ka võitlus vähieelsete seisundite ja vähi vastu omandavad üha suurema tähtsuse, kuna naiste suremine suguelundite pahaloomulistesse kasvajatesse on ikka veel küllaltki suur.

Tervendavad üritused naissoost elanikkonna hulgas seisnevad:

1) õiges sanitaar-hügieenilises kasvatustöös;

2) süstemaatiliste profülaktiliste läbivaatuste alla kuuluvate naiste arvu suurendamises;

3) avastatud haiguste õiges ravis.

Võib märkida, et esimesteks massiliste profülaktiliste läbivaatuste teostajateks olid günekoloogid. Selline suund etendas teatavat positiivset osa günekoloogide ja onkoloogide töös. NSV Liidus esines IV kliiniline grupp 1949. a. 28% väljaselgitatud haigetest. 1952. a. oli see näitaja vähenenud 4%-ni (A. V. Tšaklin). Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri andmetel 1953. a. esmakordselt avastatud ja emakavähiga arvele võetud haigete arvu hulgas 17,3% kuulus IV kliinilisse gruppi, 1961. a. IV kliiniline grupp esines 6,8% haigetest.

Ravi ebarahuldavad tulemused isegi varajaste vähivormide juures sundisid onkolooge ja günekolooge tegema järeldusi vähi profülaktikast: erilist tähelepanu osutama vähieelsete seisundite õigeaegsele avastamisele ja ravile.

Profülaktilise töö parandamiseks naiste hulgas anti NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt 30. VI 1959. a. välja käskkiri nr. 165 günekoloogiliste vaatluskabinettide organiseerimisest polikliinikute ja ambulatooriumide juures. Vaatluskabinettide organiseerimisne eesmärgiks oli suurendada günekoloogiliste läbivaatuste alla kuuluvate naiste arvu.

Tallinnas organiseeriti günekoloogilised vaatluskabinetid 5 polikliiniku juures (II Polikliinik, III Polikliinik, Nõmme Polikliinik, Kalinini Rajooni Polikliinik, Tallinna Vabariikliku Haigla Polikliinik). Günekoloogiliste vaatluskabinettide tööd juhatasid kogenud akušöörid, kes olid saanud vastava ettevalmistuse. Suurem osa akušööridest valmistati ette ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi baasil.

Kolme aasta jooksul on akušööride poolt vaatluskabinettides läbi vaadatud 68 107 naist, neist koduperenaisi ja pensionäre 19 670. 16,2% juhtudest avastati günekoloogilisi haigusi. Suurema osa nendest moodustasid haiged, kes kannatasid emakakaela vähieelsete seisundite all — 7,3%.

A. I. Osjakini-Roždestvenski ja G. V. Konstantinovi andmete järgi avastati vähieelne seisund profülaktilistel läbivaatustel 6,92% naistel. Teine koht (meie andmete järgi) on välis- ja sisesuguelundite põletikulistel haigustel (2,5%). Sellele järgnevad emaka allavajumine ja väljalangemine (1,25%), emaka ja munasarjade healoomulised kasvajad (1,2%) ja piimanäärme

healoomulised kasvajad. Pahaloomulised kasvajad avastati 0,06% läbivaadatud naistel.

Tallinna Linna Naiste Nõuandlate arstide poolt 1959.—1961. a. teostatud profülaktilistel läbivaatustel avastati vähki 0,06% naistel. Ka akušöörid avastavad võrdselt arstidega naissuguelundite halvaloomulisi uudismoodustisi.

Peab märkima, et organiseerimata naissoost elanikkonna hulgas esineb halvaloomulisi uudismoodustisi 2 korda sagedamini kui töötavate naiste hulgas.

See olukord näitab veel kord vajadust otsida teid organiseerimata naissoost elanikkonna suunamiseks süstemaatilistele profülaktilistele läbivaatustele.

Ainult massilised profülaktilised läbivaatused on vähieelsete seisundite ja vähi ning teiste günekoloogiliste haiguste põhiliseks avastamise meetodiks.

Tuleb pidada õigeaegseks günekoloogiliste vaatluskabinettide avamist polikliinikute juures, kuna just nende kabinettide poolt avastatakse suur hulk günekoloogilisi haigusi, sealjuures ka naissuguelundite vähki.

Peab märkima, et Tallinna III Polikliiniku baasil töötavas vaatluskabinetis kolpotsütoloogiline meetod vähieelsete seisundite uurimiseks õigustas end täielikult.

Nii avastati 265 emakakaela erosiooniga ja endotservitsiidiga naisest, kellel kliiniliselt isegi kahtlustada ei võinud halvaloomulist protsessi, 3 juhul emakakaela invasiivne vähivorm ja 2 juhul emakakaelavähi in situ vorm. Peale selle avastati 30 naisel atüüpiline emakakaela erosioon.

Esitatud andmed lubavad soovitada kolpotsütoloogilist meetodit massiliste profülaktiliste läbivaatuste juures emakavähki põdevate haigete varajasemaks avastamiseks.

Meie kogemuste järgi võib preparaadi võtmist ja fikseerimist usaldada velsker-ämmaemanda hoolde.

Vaginaalse preparaadi kolposkoopiline ja tsütoloogiline uuring võimaldavad avastada emakakaelavähi varajasi ja in situ vorme ning atüüpilisi erosioone. Peab mainima, et 64% emakakaela vähieelsete seisundite põhjuseks oli sünnitusjärgne trauma. Sellega seoses peavad sünnitusmajad organiseerima sünnitusjärgse emakakaela järelevaatuse kõigil sünnitajatel. Õmmelda tulevad kõik emakakaela rebendid.

Emakavähki põdevate haigete varajase avastamise paremustamiseks on vajalik organiseerida Tallinna tsütoloogiline keskus, kuhu saadetakse uurimisele kõikidest Tallinna vaatluskabinettides võetud tsütoloogilised preparaadid.

MUNASARJA VÄHKTÕVE KEMOTERAAPIAST

V. RAUDSEPP,
Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri günekoloogia-osakonnast

1. Günekoloogilise vähktõvega haigel iga teostatud manipulatsioon (bimanuaalne palpatsioon, prooviabraasio, raadiumi aplikatsioon, operatsioon jm.) tõstab vähirakkude arvu vereringes. Selle vältimiseks soovitab rida autoreid (Kafka, Vermel jt.) kasutada esimestest uuringutest alates kemoteraapiat ning jätkata seda järgneva raviga paralleelselt.

2. Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris oleme kasutanud munasarja vähktõvega haigetel kombineeritud ravis kemoterapeutikumidest Tio-TEFA't või Cyclophosphani intramuskulaarselt ja intravenoosselt. Intraabdominaalselt ja intrapleuraalselt kasutasime kemoterapeutikume pärast astsiitvedeliku eemaldamist. Tio-TEFa keskmine annus muskli- ja veenisisesel manustamisel oli 10 mg ülepäeviti, õõnesisele manustamisel 20 mg 1 kord nädalas. Cyclophosphani vastavad annused olid 100 mg ja 200 mg analoogilise sagedusega. Kemoterapeutikumi keskmine üldannus oli 250 mg Tio-TEFa'l ja 2000 mg Cyclophosphani'l.

3. Kemoterapeutikume kasutati kombineeritud ravi teostamiseks 23 munasarjavähiga haigel.

Ainult kemoterapeutilist ravi said 7 haiget, kellel haigusprotsess oli kliiniliselt IV staadiumis. Neist 3 haiget surid 1 aasta jooksul (ühel haigel esines surma põhjusena äge südame-vereringe puudulikkus), 2 haiget elasid kuni 2 aastat ja 1 haige kuni 3 aastat. Ühe haige saatus on teadmata.

Kombineeritud kemoterapeutilist ja hormoonravi (testosteroon-propionaat) sai 1 haige, kellel esines kliiniliselt IV staadium koos astsiidiga. Haige on elanud 5 aastat. Ravi tagajärjel astsiit likvideerus.

Proovilaparotoomia koos järgneva kemoteraapiaga viidi läbi kahel haigel. Nendest 1 haige elas kuni 2 aastat ning üks haige on elanud 4 aastat. Mõlemal haigel esines kliiniliselt IV staadiumi haigusprotsess.

Proovilaporotoomia koos järgneva kemo- ja hormoonraviga on läbi viidud 3. haigel. Nendest 2 haiget elas kuni 2 aastat (IV staadium) ja 1 haige elas 5 aastat (III staadium).

Radikaaloperatsioon (haigestunud munasarja eemaldamine koos teise munasarja ja emakaga või ilma selleta) järgneva kemoteraapiaga teostati 7 haigel, 6 haigel esines IV ja ühel

haigel III kliiniline staadium. 7 haigest elas kuni 1 aasta 2 haiget, kuni 2 aastat — 1 haige, 3 haiget on elanud tervenenult 1—2 aastat. Ühe haige saatus on teadmata (III staadium).

Radikaaloperatsioon koos järgneva kombineeritud kemo- ja hormoonraviga viidi läbi kolmel haigel. Nendest elab üle ühe aasta 1 haige (I staadiumis), kuni 2 aastat elas 1 haige (IV staadium) ja üle 3 aasta elab 1 haige (II staadium).

4. Kemoteraapia tüsistustest võivad esineda leuko- ja trombotsütopeenia ning sellest põhjustatud hemorraagiad. Kemoateraapia vältel teostati haigetel 2 korda nädalas vere analüüs. Leukotsütoosi langemisel 3000-ni ja trombotsüütide vähenemisel 100 000-ni ravi ajutiselt katkestati. Vere normaliseerimiseks kasutati korduvaid vereülekandeid, vitamiin B kompleksi, vitamiin C-d, nukleiinhapu naatriumi ja foolhappe manustamist. Sellise ravi kasutamine kindlustas leuko- ja trombotsüütide püsimise vajalikul tasemel.

5. Kemoterapeutikumide kasutamine on oluline lisand munasarja vähktõvega haigete kombineeritud ravis. Eriti oluline on kemoterapeutikumide kasutamine munasarja vähktõve kaugelearenenud juhtude ravis (IV kliiniline staadium). Selle tulemusena paranes haigete üldseisund, pikenes töövõime ja eluiga.

SISUKORD

Eessõna 3
M. M. Golneva — Sünnitusabiasutuste töö tulemused aastail 1960—1962 ja edaspidised ülesanded akušöör-günekoloogilise abi parandamisel Tallinna linnas 5
M. M. Golneva, V. L. Škodina, J. H. Ilus — Perinataalne surevus Tallinnas aastail 1960—1962 7
V. I. Taigro — Profülaktika rasedatel reesuskonflikti puhul . . . 9
M. J. Dranova — Eklampsia ravi lähis- ja kaugtulemused Tallinna sünnitusabiasutuste andmeil aastail 1958—1962 11
S. O. Naarits — Emade suremus Tallinna sünnitusabi asutustes aastail 1958—1962 12
M. M. Golneva — Emaka rebendid Tallinna linnas aastail 1958—1962 15
E. H. Petermann — Sünnitegevuse nõrkus Tallinna II Sünnitusmaja andmeil 1961. aastal 17
M. I. Dranova — Hüaluronidaasi kasutamisest sünnitusabis . . . 19
S. M. Pevsner, N. M. Lihomanova, V. B. Puhk, A. P. Ilmoja — Enneaegsuse põhjustest Tallinna linna naiste nõuandlate andmeil aastail 1960—1962 21
A. P. Ilmoja — Raseduse hilistoksikooside profülaktikast Tallinna IV Naiste Nõuandla andmeil 22
I. M. Pevsner — Antenataalsest lootekaitsest Tallinna I Naiste Nõuandla andmeil 24
P. K. Kukk — Kunsttehislik raseduse katkestamine A. V. Zubejevi aparaadiga Tallinna Linna I Sünnitusmaja andmeil 25
J. J. Rebane — Raseduse kunsttehisliku katkestamise tüsistused Tallinna II Sünnitusmaja andmeil 27
V. I. Taigro — Diatermokoagulatsiooni meetodil läbi viidud emakakaela vähieelsete haiguste ravi lähis- ja kaugtulemused naiste nõuandla tingimustes 27
B. G. Temtšina — Profülaktilised läbivaatused Tallinna I Naiste Nõuandla andmeil aastail 1960—1962 29
V. I. Taigro — Tallinna linna vaatluskabinettide andmed günekoloogilistest haigestumistest kolme aasta jooksul 1960.—1961.—1962. a. 33
V. Raudsepp — Munasarja vähktõve kemoteraapiast 33

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящий первый сборник тезисов и авторефератов докладов включены работы, доложенные на VII научно-практической конференции акушеров-гинекологов г. Таллина. Кроме того, в него вошли некоторые материалы докладов, явившихся предметом обсуждения на V и VI городских конференциях акушеров-гинекологов и заседаниях Таллинского научного общества акушеров-гинекологов.

Редакционная коллегия

ИТОГИ РАБОТЫ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗА 1960—1962 ГОДЫ И ЗАДАЧИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ УЛУЧШЕНИЮ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ г. ТАЛЛИНА

М. М. ГОЛЬНЕВА
Главный акушер-гинеколог отдела здравоохранения ИК СДТ г. Таллина

Советское здравоохранение на всех этапах своего развития уделяло серьезное внимание лечебно-профилактическому обслуживанию женщин и детей. Исполнилось 3 года со дня выхода в свет Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР». Больше года прошло с тех пор, как XXII съезд КПСС утвердил новую Программу, в которой большое внимание уделил вопросам усиления охраны здоровья матери и ребенка.

Эти исторические документы были положены в основу всей деятельности родовспомогательных учреждений г. Таллина по борьбе за здоровье женщин и детей.

Вопросы охраны здоровья женского населения г. Таллина находились в центре внимания партийных, советских и общественных организаций города. Проблемы здоровья женщин и детей обсуждались на бюро районных и городских комитетов КП Эстонии, на сессии и заседании Исполнительного Комитета СДТ г. Таллина, на городских конференциях врачей акушеров-гинекологов.

Обслуживание женского населения г. Таллина осуществлялось тремя акушерско-гинекологическими стационарами с общим количеством коек 490 и четырьмя женскими консультациями. Несмотря на некоторое увеличение родильных коек (60) за последние три года, следует отметить, что общее количество акушерско-гинекологических коек еще не удовлетворяет потребности.

За этот период в полтора раза увеличилось количество врачей акушеров-гинекологов и в два раза — акушерок и фельдшериц-акушерок.

В общей системе мероприятий по улучшению акушерско-гинекологической помощи повышение квалификации акушеров-гинекологов являлось важнейшей задачей. В родовспомогательных учреждениях г. Таллина систематически проводилось повышение квалификации врачей: в процессе их производственной работы, путем самостоятельной работы врачей над основными руководствами по акушерству и гинекологии, путем проведения теоретических занятий, семинаров, обучения оперативной технике, участия в работе патолого-анатомических и научно-практических конференций научных обществ, путем специализации и усовершенствования врачей на местной базе и базах гг. Москвы, Ленинграда и Харькова.

За последние 3 года проведен ряд мероприятий, направленных на повышение качества профилактической помощи женщинам.

Число акушерско-гинекологических участков выросло с 22 в 1960 г. до 29 в 1962 г.

Несколько улучшились показатели медицинского обслуживания беременных женщин и гинекологических больных как в женской консультации, так и в стационаре. Ранний охват беременных наблюдением женских консультаций города Таллина достиг в 1962 г. 66,1% (против 63,8% в 1960 г.).

Уменьшилось количество ошибок при выдаче декретных отпусков с 11,1% в 1960 г. до 10,6% в 1962 г. Улучшилось обследование беременных женщин и наблюдение за ними, а также обслуживание женщин, занятых на крупных промышленных предприятиях.

В I, II и IV женских консультациях города проводились специализированные приемы по онкозаболеваниям, по бесплодию, генитальному туберкулезу, нарушениям овариально-менструального цикла.

Всем беременным производилось определение на резус-принадлежность. С 1962 г. все беременные исследуются на токсоплазмоз. Улучшилась работа по борьбе с токсикозами беременности. Заболеваемость эклампсией в 1962 г. составила 0,09% (против 0,11% в 1960 г.).

Гинекологическая заболеваемость с временной утратой трудоспособности на промышленных предприятиях города с

каждым годом снижается и в 1962 г. составила 5,6 случая на 100 работающих женщин (против 7,0 в 1960 г.).

Уменьшилась в два раза материнская смертность. Уменьшилось количество оперативных родоразрешений. Аборты как больничные, так и внебольничные остались на том же уровне. Мертворождаемость осталась на тех же цифрах: в 1960 г. — 1,38%, в 1962 г. — 1,3%.

Однако смертность новорожденных увеличилась с 1,43% в 1960 г. до 1,7% в 1962 г. Среди причин смертности новорожденных детей первое место занимают асфиксии в родах, интракраниальные травмы, пороки развития.

Перинатальная смертность по родовспомогательным учреждениям г. Таллина за эти три года осталась на прежних цифрах (в 1960 г. — 27,0, в 1962 г. — 26,5).

В клинико-анатомическом отношении причинами перинатальной смертности по г. Таллину явились следующие основные патологии: патология беременной, патология родов и патология плода.

Следует отметить, что в работе родовспомогательных учреждений города все еще имеются недостатки. Главные из них: медленное снижение перинатальной смертности, абортов как больничных, так и внебольничных, недостаточное проведение профилактической работы по применению противозачаточных средств и недостаточное проведение систематических профилактических осмотров работающих женщин.

Для улучшения амбулаторно-поликлинического обслуживания женщин города необходимо:

дальнейшее разукрупнение акушерско-гинекологических участков;

резкое снижение детской заболеваемости и смертности;

снижение материнской заболеваемости и смертности;

предупреждение и снижение гинекологической заболеваемости.

Для разрешения этих задач необходимо уделить особое внимание повышению качества поликлинического обслуживания беременных женщин и гинекологических больных, снижению перинатальной смертности, снижению количества абортов, дальнейшему улучшению профилактической и лечебной работы в условиях стационара, т. е. решить основные задачи советского родовспоможения. В этом важном разделе велика роль как врачей акушеров-гинекологов, так и акушерок.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО г. ТАЛЛИНУ ЗА 1960—1962 ГОДЫ

М. М. ГОЛЬНЕВА, В. Л. ШКОДИНА, Ю. Г. ИЛУС
(Таллин)

Перинатальная смертность — мертворождаемость и смертность детей в первую неделю жизни — заслуживает в настоящее время особого внимания и изучения. Данное объединение происходит из тех соображений, что в этиологии этих двух патологических явлений лежит много общих причин и что мероприятия, направленные на борьбу с ними, имеют много общего.

Перинатальная смертность по г. Таллину за 1960—1962 годы (среди городских жителей) составила 26,8 на 1000 живорожденных.

Динамика перинатальной смертности (на 1000 живорожденных) по годам представлена ниже:

1960 г. — 27,0;
1961 г. — 26,9;
1962 г. — 26,5.

Она показывает, что перинатальная смертность за эти годы осталась на прежних цифрах.

В проблеме ранней детской смертности наиболее трудным остается вопрос снижения смертности детей на первой неделе жизни.

Полученные данные устанавливают, что смертность новорожденных в 1-ю неделю жизни (на 1000 живорожденных) составляет 13,0 (1960 г. — 13,4, 1962 г. — 13,5).

Частота недонашиваемости, как один из определенных факторов в уровне смертности новорожденных, также имела неблагоприятную тенденцию к некоторому увеличению смертности новорожденных в 1-ую неделю.

Смертность плода с 28-й недели беременности (мертворождаемость) составила 13,8‰, (в 1960 г. — 13,6‰, в 1962 г. — 13,0‰).

В клинико-анатомическом отношении причиной перинатальной смертности явились следующие основные патологии:

На первом месте стоит патология беременной (токсикозы II половины беременности), патология беременной, не связанная с беременностью (острые, хронические инфекции, экстрагенитальные заболевания).

На втором месте стоит патология родов (аномалии родо-

вой деятельности, аномалии пуповины, аномалии предлежания плаценты, аномалии положения плода).

На третьем месте стоит патология плода (уродства плода, не совместимые с жизнью, резус-несовместимость крови матери и плода, пневмонии).

В клинико-анатомическом отношении причиной смерти плода на первой неделе жизни явились следующие основные патологии, приведшие к смерти плода:

На первом месте стоит патология беременной, не связанная с беременностью (острые, хронические инфекции, экстрагенитальные заболевания); патология беременной, связанная с беременностью (токсикозы II половины беременности).

На втором месте стоит патология плода: уродства, не совместимые с жизнью плода, резус-несовместимость крови матери и плода, пневмония.

На третьем месте из основной патологии, приведшей к смерти плода, стоит патология родов (аномалии родовой деятельности, аномалии положения плода, аномалии предлежания плаценты, аномалии пуповины).

Осложнениями, т. е. ближайшими причинами смерти новорожденных в первую неделю жизни, являются асфиксия плода, родовые травмы, уродства, не совместимые с жизнью, пневмонии.

В клинико-анатомическом отношении причиной мертворождаемости явились следующие основные патологии:

На первом месте стоит патология родов (аномалии пуповины, аномалии предлежания плаценты, аномалии родовой деятельности).

На втором месте стоят патология беременной (токсикозы I половины беременности), патология беременной, не связанная с беременностью (острые и хронические заболевания).

На третьем месте стоит патология плода (уродства плода, не совместимые с жизнью, резус-несовместимость, пневмонии).

Осложнениями, т. е. ближайшими причинами мертворождаемости, являются асфиксия плода, родовые травмы, уродства плода.

В деле снижения перинатальной смертности имеет значение:

1) строгое выполнение законоположений по охране труда беременных;

2) правильная постановка работы женских консультаций: борьба с недонашиваемостью, профилактика токсикозов бе-

ременности, своевременная госпитализация больных беременных;

3) борьба с внутриутробной асфиксией плода — регулирование неправильной родовой деятельности;

4) своевременная диагностика и терапия акушерской патологии.

ПРОФИЛАКТИКА МЕРТВОРОЖДЕНИЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ

Канд. мед. наук В. И. ТАЙГРО

Из Института экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР и объединения I Таллинского городского родильного дома

Проведение профилактических мероприятий среди беременных с резус-негативной кровью, введение заменного переливания крови позволили снизить перинатальную детскую смертность от резус-конфликта.

Профилактика мертворождаемости и детской смертности у женщин с резус-негативной принадлежностью крови проводилась нами начиная с 1958 г. по несколько измененной методике, предложенной Ф. Али-Заде на X Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в 1957 г.

Беременным с резус-негативной кровью вводился плацентарный гамма-глобулин в количестве 1,5 мл 2 раза в неделю в сочетании с витаминами С, B_1, Е и глюкозой. Гамма-глобулин и витамин С беременные получали на протяжении всей беременности; витамины Е, B_1 и глюкозу — по 15 дней с перерывом в 1,5—2 месяца. При заболеваниях печени, желчного пузыря, при ожирении витамин Е назначался в инъекциях, при отсутствии указанной патологии витамин Е назначался внутрь.

Под нашим наблюдением находилось 76 беременных с резус-негативной кровью. Из них повторнобеременных было 61, первобеременных — 15. У 58 повторнобеременных резус-негативная принадлежность крови обнаружена в связи с неблагоприятным акушерским анамнезом, у 3-х — в связи с прогрессирующей анемией, возникшей во время беременности. У 13 из 15 первобеременных резус-негативная принадлежность

крови обнаружена при контрольном обследовании в связи с беременностью, у 2-х — в связи с анемией.

У 61 повторнобеременной в прошлом наблюдалось 149 беременностей; 47 из них закончились родами, 64 (57,6%) — самопроизвольными абортами, 38 — искусственными абортами. Из 47 детей мертворождение наблюдалось в 9 случаях, 8 детей умерло вскоре после рождения от гемолитической болезни. Таким образом, перинатальная смертность детей от резус-конфликта наблюдалась в 17 случаях на 47 рождений. Из находящихся под нашим наблюдением женщин только 23 имели детей.

Настоящая беременность у 56 протекала без осложнений, у 5 беременных наблюдалась анемия (на почве резус-конфликта), ранний и поздний токсикозы наблюдались у 12, угрожающий аборт — у 3-х.

Роды закончились в срок у 72, преждевременно — у 4-х (из них у 3-х была двойня). Всего родилось 79 детей. мертворождение на почве резус-конфликта наблюдалось в 2-х случаях, одно мертворождение наблюдалось в связи с неправильным ведением родов при ягодичном предлежании, оба новорожденных (двойня) умерли в первые сутки после рождения от отечной формы гемолитической болезни. Таким образом, нами перинатальная смертность от резус-конфликта наблюдалась в 3-х случаях на 79 новорожденных. Почти половине новорожденных (37) сразу после рождения было сделано (в пупочную вену) переливание 50 мл резус-негативной крови 1 (0) группы, 10%-ной глюкозы 10 мл и 1 мл 10%-ного хлористого кальция. Период новорожденности почти у всех новорожденных протекал без осложнений (у 10 детей наблюдалась нерезко выраженная анемия Hb — 100—106%).

Прикладывание ребенка к груди разрешалось только при отсутствии антител в молоке матери. При наличии антител новорожденный получал донорское молоко. Чаще всего антитела не обнаруживались начиная с 5—7-го дня, иногда антитела обнаруживались в молоке и на 14-й день после родов.

В первое время выписка новорожденных производилась на 20—21-й день из-за боязни осложнений периода новорожденности в более отдаленные сроки. Однако дальнейшее наблюдение показало, что новорожденных, матери которых получали профилактическое лечение, можно выписывать на 9—10-е сутки, как обычно, при условии, что ребенок сможет получать материнское молоко (отсутствие в молоке антител). Ес-

ли антитела в молоке матери все же определяются, то ребенка и мать лучше задержать в стационаре.

Все 75 новорожденных выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение детских консультаций.

Наши наблюдения показали, что профилактическое лечение беременных с резус-негативной кровью гамма-глобулином в сочетании с витаминами С, B_1, Е и глюкозой обусловливает снижение мертворождаемости и детской смертности от резус-конфликта. Отмечено также, что если гемолитическая болезнь все же возникает, то течение заболевания более легкое. Профилактика у беременных с резус-негативной кровью должна проводиться независимо от того, имеются антитела в крови беременной или нет, так как отсутствие антител в крови не является показателем отсутствия у новорожденного гемолитической болезни. Лечение должно начинаться в ранние сроки беременности и продолжаться в течение всей беременности. При нарастании титра антител в последние недели беременности показано досрочное родоразрешение.

Отмечено также, что лечение анемии у беременных, возникшей в связи с резус-конфликтом, целесообразно проводить антианемическими средствами с применением гамма-глобулина и указанного выше комплекса витаминов.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ ПО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ г. ТАЛЛИНА ЗА 1958—1962 ГОДЫ

М. И. ДРАНОВА
(Таллин)

По данным родовспомогательных учреждений г. Таллина, в период с 1958 по 1962 год эклампсия во время беременности, в родах и раннем послеродовом периоде наблюдалась у 25 женщин, что составило к общему числу родов 0,09%.

За истекшие пять лет эклампсия не имеет тенденции к снижению. Причиной развития заключительного звена отечно-почечного токсикоза — эклампсии в ряде случаев явился недоучет женскими консультациями, а порой и стационарными учреждениями микросимптомов начинающегося патологического процесса в организме беременной женщины (нарастание в весе, транзиторные подъемы кровяного давления, изменения в моче).

Из 25 женщин, перенесших эклампсию, 24 состояли на уче-

те в женской консультации, 17 из них были взяты на учет до 3-х месяцев беременности.

По литературным данным, эклампсия чаще встречается в молодом возрасте и у первородящих. На нашем материале из 25 женщин 21 была в возрасте от 18 до 25 лет, первородящих было 22. У 22 женщин приступ эклампсии развился в стационаре, у трех — в домашних условиях. Наибольшее число эклампсии, по нашим данным, пришлось на летний и зимний периоды года, когда насыщенность организма витаминами была, по-видимому, пониженной. Эклампсия, как правило, развивалась в более поздние сроки беременности. Во время родов эклампсия имела место у восемнадцати женщин, у 2-х — во время беременности, у 5 женщин — в послеродовом периоде. Живорожденных детей было 21, мертворожденных — 2.

В шести случаях роды были закончены кесаревым сечением. В 3-х — наложением вакуум-экстрактора. В 8-и — акушерскими щипцами. В 2-х — экстракцией плода за тазовый конец. В 4-х случаях произведено ручное отделение и выделение последа.

После перенесенной эклампсии в 3-х случаях отмечалась послеродовая анемия, которая не была обусловлена какими-либо другими причинами. Смертельный исход наблюдался в двух случаях. В первом случае смерть 26-летней женщины была обусловлена несвоевременным оказанием медицинской помощи при наличии симптомов преэклампсии, которая развилась в домашних условиях и не была распознана врачами неотложной помощи. Женщина умерла вне родов на сроке 32-недельной беременности. Во втором случае смертельный исход наступил в послеродовом периоде у 20-летней женщины, которая перенесла тяжелую нефропатию беременности. Развитие эклампсии было обусловлено неправильным ведением родов и послеродового периода.

Нами изучены отдаленные результаты у дненадцати женщин, перенесших эклампсию, у которых после родов прошел срок от одного года до пяти лет. У одиннадцати женщин при обследовании глазного дна, картины мочи и крови, соматического статуса и кровяного давления патология не выявлена. У одной женщины стойко держится кровяное давление, беспокоят головные боли.

Повторные беременности среди обследованных наблюдались у 4-х женщин: две из них прервали беременность по собственному желанию, у одной беременность наступила через

2 года после перенесенной эклампсии, протекала нормально и закончилась срочными родами. Одна женщина беременна в данное время. Беременность у нее на шестом месяце, протекает без осложнений.

Дети у всех двенадцати женщин живы и развиваются нормально.

Таким образом, можно отметить, что эклампсия, имевшая место в обследованной группе больных, во время беременности (одна беременная), в родах и послеродовом периодах (четыре родильницы) не вызвала стойких органических изменений в организме женщин и не обусловила патологического течения последующих беременностей. Однако небольшой материал, которым мы располагаем, не разрешает сделать обобщающее заключение о прогнозе эклампсии для здоровья женщин и течения у них последующих беременностей.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ г. ТАЛЛИНА ЗА 1958—1962 ГОДЫ

Канд. мед. наук С. О. НААРИТС
(Таллин)

Материнская смертность за последние годы по всем странам мира имеет тенденцию к снижению. В структуре материнской смертности, по данным О. В. Макеевой, Кезера, Арвей, Гоземанна, Клауса (Käser, Arvey, Hosemann, Klaus), на первом месте стоят экстрагенитальные заболевания, удельный вес которых в структуре материнской смертности из года в год увеличивается.

На втором месте стоит смертность от кровотечений. Все еще относительно высокой остается материнская смертность от токсикозов II половины беременности.

По г. Таллину за 1958—1962 годы на 25722 случая родов мы имели 17 случаев материнской смертности (0,06‰), из которых на городских жителей приходилось 15 случаев (0,05‰).

Динамика материнской смертности распределялась по годам следующим образом:

1958 г.	6 сл.	на 4858 родов	0,12‰
1959 г.	2 сл.	на 4958 „	0,04‰
1960 г.	2 сл.	на 5128 „	0,03‰
1961 г.	5 сл.	на 5500 „	0,08‰
1962 г.	2 сл.	на 5278 „	0,037‰
		на 25722 „	0,06‰

Она указывает на снижение материнской смертности за последние 5 лет в 3 раза (1958 — 0,12‰, 1962 г. — 0,037‰). Среди причин смертности женщин первое место занимают экстрагенитальные заболевания — 6 случаев, второе — кровотечения во время беременности и родов — 5 случаев, третье—четвертое место занимают эклампсии — 3 случая и сепсис — 3 случая.

Показатели смертности женщин во время беременности и родов от экстрагенитальных заболеваний, эклампсии, кровотечения находятся в прямой зависимости от качества работы женских консультаций, т. е. от качества наблюдения за женщиной в период беременности.

Из общего числа женщин, умерших во время беременности и родов, под наблюдением женских консультаций города находилось 15 женщин. 2 женщины находились под наблюдением фельдшерско-акушерских пунктов участковой больницы.

Под наблюдением I женской консультации находилось 4 женщины, II консультации — 7 и III консультации — 4 женщины.

Первая явка в женскую консультацию беременных при раннем сроке беременности (до 12 недель) отмечена у 12 женщин из 17. До 24 недель беременности поступили под наблюдение 5 женщин.

В возрасте от 20 лет до 26 лет было 2 женщины, от 26 до 40 лет — 15 женщин.

Первородящих было 5, из них первобеременных — 3. Повторнородящих — 12 женщин, которые составляли основной контингент умерших. Повторнобеременные имели в прошлом 47 беременностей, 30 из которых закончились абортами (самопроизвольных неизвестной этиологии — 9), срочными родами — 13 и преждевременными родами — 4. Сопутствующие беременности заболевания имели место только лишь в одном случае. Оперативные вмешательства при предыдущих родах имели 4 женщины. Из послеродовых заболеваний у 1 родильницы имел место тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей. Вес родившихся детей свыше 4000 г был в 4 случаях.

Общие заболевания перенесли в прошлом все 17 женщин, из которых детские инфекционные заболевания имели место у 10, катар верхних дыхательных путей — у 5, воспаление легких — у 3, хронические заболевания (гастрит, язва желудка, панкреатит) — у 6, малярия — у 4, тиф — у 3, тирео-

токсикоз — у 1 женщины. Заболевание гриппом имело место у 4 женщин. Аппендэктомия произведена у 2 женщин.

При настоящей беременности установлена большая частота сопутствующих заболеваний (варикозное расширение вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь, язва двенадцатиперстной кишки, болезнь Кушинга, комбинированный митральный порок сердца, ревмокардит, хронический нефрит, пиэлоцистит). Они имели место у 12 беременных из 17. Также высокой оказалась частота осложнений беременности (у 13 беременных из 17). Ранний токсикоз беременности наблюдался у 4, поздний токсикоз — у 6, угрожающее прерывание беременности — у 3, кровотечение во время беременности — у 1, переношенная беременность — у 1 беременной.

По поводу вышеуказанных причин были госпитализированы во время беременности 11 беременных, из них по поводу сопутствующих заболеваний — 5, по поводу осложнений беременности — 7. Повторно госпитализированы 4 женщины, однако обследование, а порой и лечение были недостаточными.

Настоящая беременность закончилась срочными родами в 8 случаях, в 1 случае имела место переношенная беременность. Роды произошли преждевременно в 1 случае. В 7 случаях наступила патология, приведшая к смерти на 30—36-й неделе беременности.

Причины, приведшие к материнской смертности во время беременности, были следующие: 1) эмболия легочной артерии в 2 случаях, в основе которой был тромбофлебит больших подкожных вен нижних конечностей; 2) кровотечение при предлежании плаценты в 2 случаях; 3) эклампсия с кровоизлиянием в мозг в 2 случаях; 4) сепсис, развившийся на фоне преждевременного отхождения околоплодных вод, в 1 случае.

В 1 случае смерть беременной последовала на 43-й неделе беременности от кровотечения по поводу предлежания плаценты.

В родах наступила смерть роженицы лишь в 1 случае. У женщины с болезнью Кушинга смерть последовала внезапно во время внутривенного вливания 40%-ного раствора глюкозы.

У 7 рожениц осложнениями в родах являлись: повышение температуры в родах до 38° без диагноза (1), преждевременное отхождение околоплодных вод (5), предлежание плаценты (3), гипотония матки (1), слабость родовой деятельности (2).

Оперативные вмешательства в родах применялись у 10 женщин и были следующими: кесарево сечение (5), экстирпация матки (1), надвлагалищная ампутация матки (1), выходные щипцы (1), перинеотомия (3), ручное удаление последа (1).

В послеродовом периоде смерть наступила у 4 родильниц от гипотонического маточного кровотечения, в 1 случае — послеоперационный перитонит после кесарева сечения, эклампсия с кровоизлиянием в мозг у 1-ой, острая гриппозная вирусная пневмония у 1-ой, острый отек легких при комбинированном пороке средца у 1-ой родильницы.

Родилось 12 детей, перинатальная смертность наблюдалась в 2 случаях.

Операция кесарево сечение произведена в 5 случаях по следующим показаниям:

1) предлежание плаценты в 2 случаях;

2) ревмокардит, комбинированный митральный порок сердца в 1 случае;

3) слабость родовой деятельности, эндометрит в родах в 1 случае;

4) эмболия легочной артерии в 1 случае.

В борьбе с кровотечением с опозданием были применены операции — экстирпация и надвлагалищная ампутация матки в 2 случаях, смерть наступила на операционном столе.

Из вышеизложенного видно, что в структуре материнской смертности за последние 5 лет на первом месте стоят экстрагенитальные заболевания, на которые в большинстве случаев недостаточно было обращено внимания. Среди причин материнской смертности на втором месте стоят кровотечения. Профилактика кровотечений в родах не проводилась. Не применялось внутривенного введения питуитрина или окситоцина, переливание крови проводилось в недостаточном количестве, возмещалось менее 2/3 теряемой, к оперативным пособиям (надвлагалищной ампутации, экстирпации матки) приступали поздно.

Заболевания эклампсией свидетельствуют о недостатках в постановке профилактической работы в женских консультациях. Предупреждение эклампсии во многом зависит от своевременного выявления начальных признаков поздних токсикозов беременности и своевременной госпитализации больных в палаты патологии беременности.

Случаи сепсиса являются результатом нарушения септики и антисептики в родах и особенно в послеродовом периоде.

TRU Raamatukogu

Недостаточное внимание на повышение температуры, недооценка общего состояния привели к несвоевременной диагностике и лечению.

РАЗРЫВЫ МАТКИ ПО г. ТАЛЛИНУ ЗА 1958—1962 ГОДЫ

М. М. ГОЛЬНЕВА

Главный акушер-гинеколог отдела здравоохранения ИК СДТ г. Таллина

Разрывы матки являются тяжелейшими осложнениями во время беременности и родов.

По данным различных авторов (Н. В. Жилов, В. Малявинский, В. С. Лисовецкий, Б. В. Азлецкий, А. А. Терехова, Л. С. Персианинов), частота разрывов матки во время беременности и родов колеблется от 0,02 до 0,15%.

Анализ причин разрывов матки имеет большое практическое значение. Он позволяет своевременно вскрыть ряд дефектов организационного, методического и клинического порядка и наметить конкретные практические мероприятия, направленные на снижение травматизма в родах.

За период с 1958 по 1962 год в 3 родовспомогательных учреждениях г. Таллина было зарегистрировано 10 разрывов матки, что составляет 0,04% по отношению к общему числу родов. Данные анализа разрывов матки за истекшие 5 лет указывают на увеличение указанной патологии (1959 г. — 0,04%, 1962 г. — 0,06%). Из 10 изученных нами разрывов матки 4 наблюдались у женщин в возрасте от 25 до 27 лет, 6 — у женщин от 30 до 35 лет. Таким образом, наиболее часто, по нашему материалу, разрывы происходят у женщин в возрасте от 30 до 35 лет. Все женщины до 3 месяцев беременности были взяты на учет в женские консультации, регулярно посещали их, но заблаговременная госпитализация не была произведена у 3 женщин.

Из 10 женщин, у которых произошел разрыв матки, 2 были первородящими, во всех остальных случаях разрыв матки наблюдался у повторнобеременных женщин. При второй беременности разрывы были у 5 женщин, при третьей беременности — у 4, при седьмой беременности — у 1 женщины.

Разрывы матки при второй и третьей по счету беременности объясняются тем, что в 6 случаях они имели место после предшествовавшего кесарева сечения, в 1 случае — после операции ушивания матки по поводу перфорации ее, возник-

шей при производстве искусственного прерывания беременности. Причиной разрыва матки в 3 случаях явилось патологическое изменение маточной стенки после перенесенных воспалительных процессов в матке. Разрывы матки во время беременности наблюдались у 2 женщин, в родах — у 8. Разрыв матки наступил на 30—31-й неделе беременности у 1 женщины, на 33—34-й неделе — у 1 женщины, на 39—40-й неделе — у 8 женщин. У 4 женщин разрыв произошел вне лечебного учреждения, у 6 женщин— в родильных стационарах.

В изученных нами случаях родовая деятельность была нормальной в 6 случаях, слабой — в 1, в 3 случаях совершенно отсутствовала. У 1 роженицы ввиду слабости родовой деятельности и наступившей асфиксии плода роды были закончены наложением полостных щипцов.

При чревосечении в 3 случаях была произведена надвлагалищная ампутация матки, в 7 случаях — ушивание разрыва матки после освежения краев. Послеоперационный период протекал в 4 случаях с явлениями анемии, в 5 случаях — с небольшим повышением температуры.

Исход для детей: в 5 наблюдениях имело место мертворождение, в 5 — дети родились живыми, из которых в первые сутки умерло 2.

Материнской смертности не было. Все женщины выписаны в удовлетворительном состоянии.

Анализом установлено, что показаниями для производства операции кесарево сечение в прошлом были: центральное предлежание плаценты у 3 женщин, поперечное положение плода у 1-ой женщины.

Показанием для производства операции в 1 случае была нефропатия матки, возникшая во время искусственного аборта.

Кесарево сечение было произведено:

за 3 года	до разрыва матки	у 1 женщины,
„ 4 года	„	у 2 женщин,
„ 5 лет	„	у 2 женщин,
„ 8 лет	„	у 1 женщины.

Операция ушивания перфорационного отверстия была произведена за 12 месяцев до разрыва у 1 женщины. У 4 женщин, по данным анамнеза, послеоперационный период протекал без осложнений и операционная рана зажила первичным натяжением. У 3-х наблюдалась длительная температура с вторичным заживлением раны. Наступившая после кесарева сечения беременность у 5 женщин протекала нор-

мально, у 5 отмечались незначительные боли внизу живота и в пояснице.

Изучение клиники разрывов матки по рубцу после кесарева сечения показывает, что у некоторых беременных и рожениц имелись признаки, позволяющие поставить диагноз угрожающего или начавшегося разрыва матки и своевременно принять меры.

Разрывы матки могут быть снижены, так как в большинстве случаев зависят от устранимых причин. Предупреждение разрывов матки в значительной мере зависит от деятельности как женских консультаций, так и стационаров.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ДАННЫМ II ТАЛЛИНСКОГО ГОРОДСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА ЗА 1961 ГОД

Э. Х. ПЕТЕРМАН

Из объединения II Таллинского городского родильного дома

Одной из важнейших проблем современного практического акушерства является слабость родовой деятельности. Часто присоединяется к этой патологии родового акта ряд других осложнений, которые угрожают как жизни матери, так и плода. Число оперативных вмешательств увеличивается до 10 раз, мертворождение — в 2—3 раза и смертность новорожденных — в 4—5 раз (А. П. Николаев).

На 1049 родов мы имели слабость родовой деятельности в 63 случаях, что составляет 6% ко всем родам.

У первородящих мы наблюдали слабость родовой деятельности в 8,2%, у повторнородящих — в 2,8%.

У рожениц со слабостью родовой деятельности в анамнезе имелись аборты у 46%. Позднее начало менструаций, указывающее на инфантилизм, мы наблюдали у 22,2%, общесуженный таз — у 19% женщин.

Из осложнений беременности у 14 женщин наблюдался поздний токсикоз беременности. Сопутствующие беременности заболевания имели 2 женщины (у одной гипертоническая болезнь I ст., у другой хронический аппендицит).

Осложнения в родах были: несвоевременное отхождение околоплодных вод у 30%, нефропатия — у 25,3%.

Из оперативных вмешательств применялось кесарево сечение 1,7%, щипцы — в 14,9%. Показанием к кесареву сечению явилась неподдающаяся лечению слабость родовой деятельности у старых первородящих. Операция наложения акушерских щипцов была применена при длительном потужном периоде в комбинации с угрожающей асфиксией плода.

Кровопотеря свыше 400 мл отмечалась у 40% рожениц, в связи с чем было произведено ручное обследование полости матки у 11,1% рожениц.

Мертворождение составило 3,1%, детская смертность — 1,5%.

Послеродовые заболевания у данного контингента родильниц не отмечались.

Лечение слабости родовой деятельности должно быть индивидуальным и выборочным. В настоящее время нет таких медикаментозных схем, которые могли бы ликвидировать слабость родовой деятельности. Мы применяли для лечения слабости родовой деятельности 17 различных схем. Эстрогенный фон (40000 единиц синестрола) был дан 46,1% рожениц.

У рожениц при отошедших водах со слабой родовой деятельностью, сочетавшейся со слабыми короткими маточными сокращениями, употребляли пахикарпин, витамин B_1, маммофизин или оксидоцин, при отсутствии родовой деятельности — схемы с хинином.

Лечение первичной слабости родовой деятельности при целом плодном пузыре должно быть консервативным, при отошедших водах — активным. При вторичной слабости родовой деятельности необходимо учитывать силы роженицы, при усталости дать ей отдых.

Так как к несвоевременному отхождению околоплодных вод часто присоединяется слабость родовой деятельности, мы рекомендуем при поступлении в стационар применять эстрогены и касторовое масло.

Медикаментозную стимуляцию лучше начинать через 6 часов после отхождения околоплодных вод.

Успешно можно бороться со слабостью родовой деятельности, если предвидеть ее и своевременно применить профилактику и лечение.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНИДАЗЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. И. ДРАНОВА

Из родильного отделения Таллинской республиканской больницы

Гиалуронидаза представляет собой фермент, специфически расщепляющий один из распространенных мукополисахаридов организма — гиалуроновую кислоту. Отмеченные свойства гиалуронидазы используются широко в практической медицине для ускорения всасывания гематом, отеков, вводимых лекарств и анестезирующих веществ.

О применении гиалуронидазы в акушерской практике первые сообщения имели место в зарубежной литературе.

С 1956 года гиалуронидаза применяется в клинике акушерства и гинекологии Харьковского медицинского института в виде отечественного препарата лидазы, представляющего собой стерильный белковый порошок желтоватого цвета. Дозировка 0,1 в оригинале, что соответствует 64 единицам.

С 1959 года лидаза используется при ведении родов в родильном отделении Таллинской республиканской больницы.

Методика применения лидазы: содержимое флакона разводится в 2 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Для достижения обезболивающего эффекта и снятия спазма шейки матки к содержимому флакона прибавляется 1—2 мл раствора промедола 1—2%-ного. Вводится препарат подкожно. В акушерской практике эффективнее вводить препарат в шейку матки.

При спазме шейки мы получали положительный эффект, вводя через 10 минут после применения лидазы в шейку матки 1 мл раствора изоверина 5%-ного. Эффективность лидазы нужно контролировать через 20 минут после введения препарата.

В случае ригидности шейки матки рекомендуется повторное введение однократной дозы лидазы.

Из 100 рожениц, которым была применена лидаза, первородящих было 68, повторнородяших — 31; в возрасте от 18 до 20 лет — 7 женщин, от 21 до 25 лет — 33 женщины, от 26 до 30 лет — 37 женщин, от 31 до 35 — 16 женщин, свыше 35 — 7 женщин.

У первородящих доношенная беременность была в 57 случаях, недоношенная беременность — в 11 случаях, переношенная беременность — в 1 случае.

У повторнородящих доношенная беременность была в 26 случаях, недоношенная беременность — в 6 случаях.

Показаниями к применению лидазы служили: слабость родовой деятельности у 88 рожениц, раннее и преждевременное отхождение околоплодных вод у 3-х, ригидность шейки матки у 3-х, тазовое предлежание плода у 3-х, переношенная беременность у 1-й, поперечное положение плода у 1-й.

По литературным данным, лидаза может быть применена при наличии показаний к немедленному родоразрешению (предлежание и преждевременная отслойка плаценты, асфиксия плода и т. д.), если имеются соответствующие условия для родоразрешения через естественные родовые пути. В первом периоде родов лидаза нами была применена у 96 рожениц, во втором периоде родов — у 4-х рожениц. Однократно лидаза применена в 96 случаях, двукратно — в 4-х случаях. При отошедших водах лидаза применена у 32 первородящих и у 11 повторнородящих, при целых водах — у 37 первородящих и 20 повторнородящих. Состояние шейки матки к моменту введения лидазы: открытие до одного поперечного пальца у 28 женщин, от 1,5 до 2-х поперечных пальцев — у 35 женщин, от 2,5 до 3-х — у 24 женщин и 3,5 поперечных пальца — у 13.

Лидаза применялась нами в 5 вариантах:

1) после родостимуляции. При этом отмечено, что средняя продолжительность родов до применения лидазы составляла 15 часов, после применения — 6 часов;

2) до родостимуляции. Продолжительность родов до родостимуляции составила 6 часов, после родостимуляции — 11 часов. Эффект отсутствовал, так как через пять часов после введения лидазы шейка матки вновь уплотняется, происходит полимеризация гиалуроновой кислоты;

3) одновременное введение лидазы с медикаментами, возбуждающими родовую деятельность. Продолжительность родов до родовозбуждения 9 часов, после — 7,5 часа;

4) введение лидазы с изоверином. Продолжительность родов до применения — 12 часов, после применения — 3 часа;

5) лидаза применена самостоятельно в первом периоде родов при открытии зева шейки матки на 1,5—2 поперечных пальца. Продолжительность родов до применения лидазы — 11 часов 5 минут, после применения лидазы — 7 часов 40 минут.

Исход родов: живых детей родилось 98, мертворожден-

ных — 2 (из них один с уродством развития, не совместимым с жизнью).

Разрывы шейки матки наблюдались у 9 первородящих и одной повторнородящей, разрыв промежности — в одном случае, перенеотомия и эпизеотомия — в 16 случаях. У 13 процентов рожениц кровопотеря в родах превысила 450 мл.

Осложнения со стороны внутренних органов после применения лидазы не отмечались.

Наш опыт позволяет сделать заключение о целесообразности применения лидазы в акушерстве. Лидаза снимает ригидность тканей, нормализует и усиливает уже имеющуюся родовую деятельность, создает благоприятный фон для воздействия на организм лекарств, вводимых с целью родостимуляции. Лидаза не токсична, не вызывает изменения артериального кровяного давления, не оказывает вредного воздействия на сердце, почки, печень и другие органы.

В акушерской практике действие лидазы проявляется эффективнее при введении ее в шейку матки в сочетании с спазмолитическими веществами.

ПРИЧИНЫ НЕДОНАШИВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ г. ТАЛЛИНА ЗА 1960—1962 ГОДЫ

И. М. ПЕВЗНЕР, Н. М. ЛИХОМАНОВА, В. Б. ПУХК, А. П. ИЛЬМОЯ
Из I, II, III, IV женских консультаций г. Таллина

Борьба с недонашиваемостью, выявление ее причин продолжает оставаться одной из важнейших проблем современного акушерства и составляет одну из основных задач органов здравоохранения в борьбе с мертворождаемостью и смертностью новорожденных.

Преждевременные роды по отношению к общему числу нормальных родов, по данным ряда авторов, составляют от 6,9 до 16,6% (И. Ф. Жорданиа, А. Е. Ивенская, А. Л. Каплан).

Этиопатогенез недонашиваемости до сих пор недостаточно изучен. По некоторым литературным данным, число преждевременных родов с невыявленной этиологией от 17 до 70% (И. Л. Браде, А. П. Николаев, И. Л. Давиденко и др.).

Ведущая роль в борьбе с недонашиваемостью принадлежит женским консультациям.

За период с 1960 по 1962 год недонашиваемость по женским консультациям города составила 6%. Этот показатель в течение последних 3 лет остается на одних цифрах. Недонашиваемость наблюдалась у первобеременных (65%), у повторнобеременных (36%).

По возрасту все женщины, у которых наблюдались преждевременные роды, распределялись следующим образом: до 20 лет — 10,8%, от 20 до 25 лет — 47%, от 25 до 30 лет — 26,1%, от 30 до 35 лет — 12,3%, от 35 до 40 лет — 4,8%.

Этиологический фактор недонашивания нам удалось установить в 70,0% случаев.

Среди причин, способствующих прерыванию беременности, по данным женских консультаций города, первое место занимают токсикозы второй половины беременности (11,3%), на втором месте — многоплодие (7,4%), на третьем — наличие искусственных абортов в анамнезе (7,1%), на четвертом — острые инфекционные заболевания (6,8%), на пятом — преждевременное отхождение околоплодных вод (6,5%), на шестом месте — аномалии положения плода (6%), на седьмом месте — хронические инфекционные заболевания (5,2%), затем заболевания внутренних органов (2,9%), резус-несовместимость крови матери и плода (1%), предлежание детского места (2,8%), уродство плода (1,4%) и др.

Что касается веса плода при преждевременных родах, то он был в 14,5% случаев от 1000 до 1500 г, в 33,4% — от 1500 до 2000 г, в 46,1% — от 2000 до 2500 г, в 6% — от 2500 до 2800 г.

На основании вышеуказанных данных можно сказать, что недонашиваемость произошла преимущественно в срок на 36—38-й неделе беременности. Мертворожденных при преждевременных родах, по нашим данным, было 1,3%. Умерло всего 13,5% детей.

Среди мер борьбы с недонашиванием основным вопросом является профилактика токсикозов II половины беременности, общих инфекционных заболеваний, а также воспалительных процессов половых органов, своевременное их лечение.

Ранняя явка в консультацию и тщательное обследование беременных помогут выявить факторы, способствующие преждевременному прерыванию беременности.

ПРОФИЛАКТИКА ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ IV ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ г. ТАЛЛИНА

А. П. ИЛЬМОЯ
Из IV женской консультации г. Таллина

В профилактике поздних токсикозов интерес представляют данные женской консультации. Несмотря на профилактические мероприятия по борьбе с поздними токсикозами беременных, последние встречаются сравнительно часто.

Нами было проведено наблюдение за 1025 беременными женщинами, состоявшими на учете в IV женской консультации г. Таллина.

Поздний токсикоз беременности наблюдался в 10% случаев. Из них отеки беременных встретились в 4.2%. Нефропатия беременных имела место в 5,9% случаев, что согласуется с литературными данными.

Основным моментом в возникновении токсикоза, на нашем материале, явилась неправильная оценка патологического нарастания веса, позднее начало и бессистемность лечения до госпитализации, а также нарушение режима питания.

Все наблюдаемые женщины посещали женскую консультацию в первую половину один раз в месяц, со второй половины беременности — через две недели, а в последний месяц — через каждые 10 дней. На особый учет были взяты женщины, которые предрасположены к токсикозам беременных, перенесших токсикоз в первой половине, с подозрением на хронические заболевания почек, печени.

При посещении беременных следили за динамикой веса, кровяным давлением, отеками у женщин, за анализами мочи. Это позволило нам выявить ранние симптомы начинающегося токсикоза второй половины беременности.

Из наших наблюдаемых женщин, у которых была диагносцирована нефропатия, первородящих было 60%, повторнородящих — 40%. Возраст беременных был преимущественно от 21 года до 30 лет. Нефропатия возникла:

у 12,5% на сроке 28-недельной беременности,
у 25% при 29—32-недельной беременности,
у 21,4% при 33—36-недельной беременности,
у 41,1% на сроке 37—40-недельной беременности.

Из приведенных данных видно, что нефропатия возникает в основном в последние недели беременности. Сопутствующие

беременности заболевания имели место у 15%. Среди них преобладали сердечно-сосудистые заболевания; явления позднего токсикоза у этих женщин наблюдались значительно раньше (с 26-й недели). Что касается клинической формы токсикоза, то отек у беременных имел место в 50,3%, в 16,6% токсикоз сопровождался гипертоническим синдромом, альбуминурия была у 11,7% женщин.

У изучаемых нами женщин с нефропатией роды в срок наблюдались в 93,3% случаев, преждевременные — в 6,7%. Мертворождение имело место в 1 случае. В родах были произведены в 6,7% случаев оперативные вмешательства (акушерские щипцы).

Для снижения поздних токсикозов беременности огромное значение имеют своевременное выявление и лечение начальных стадий заболевания, своевременная госпитализация в родильные стационары.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА ПО ДАННЫМ I ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ г. ТАЛЛИНА

И. М. ПЕВЗНЕР
Из объединения I Таллинского городского родильного дома

1. Основная роль в профилактике перинатальной смертности принадлежит женским консультациям.

В нашей женской консультации по антенатальной охране плода проводились следующие мероприятия:

а) ранний охват всех беременных;

б) взятие на особый учет беременных, предрасположенных к токсикозам беременности, «пожилых» первобеременных, с многоводием, многоплодием, эндокринными расстройствами, с подозрением на хронические заболевания почек, печени, гипертонической болезнью, заболеванием сердца;

в) обследование и выявление совместно с терапевтом женщин с острыми и хроническими заболеваниями;

г) определение резус-принадлежности всем беременным женщинам;

д) психопрофилактическая подготовка беременных к родам;

е) профилактическая витаминизация всех беременных и ультрафиолетовое облучение;

ж) своевременная госпитализация больных беременных.

2. Нами проведено наблюдение за 1041 беременной женщиной, ранняя явка которых составила 67%, поздняя —

2,1%. Выявлено с патологией беременности и сопутствующими беременности заболеваниями 270 женщин (24,5%); из них женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови — 85 (8,4%), токсикозами второй половины беременности — 66 (6,3%), отягощенным акушерским анамнезом — 45 (4,4%), сердечно-сосудистыми заболеваниями — 25 (2,4%), туберкулезом легких — 18 (1,7%).

Недонашиваемость имела место у 31 женщины (2,9%), мертворождаемость — у 12 (1,1%), антенатальная смертность — у 4 (0,3%).

3. При резус-несовместимости крови определялся титр резус-антител, и лечение беременных проводилось с первых недель беременности (дача гамма-глобулина 2 раза в неделю по 1,5—2 мл, прогестерона по 5 мг, камполона по 2 мл, глюкозы внутривенно 40%-ной 20 мл, по 10—12 раз на курс лечения, викасола по 15 мг 2 раза в день в течение 4 дней с перерывом 4 дня (3 курса), витамина Е по 1 чайной ложке 2 раза в день до 28 недель беременности). Витамин С — на протяжении всей беременности, ультрафиолетовое облучение. По этой методике проведена профилактика 85 беременным. Беременность закончилась срочными родами у 83 женщин. У 2-х женщин были преждевременные роды. Мертворожденных не было. 85 детей выписаны в удовлетворительном состоянии.

Борьба с токсикозами второй половины беременности началась с ранних сроков. Большое внимание уделялось назначению рационального питания с достаточным количеством белка и витаминов.

Беременность закончилась рождением живых, доношенных детей в 60 случаях, живыми, недоношенными детьми — в 2 случаях. Мертворожденных было 4 (антенатальная смерть в 2 случаях).

Всем женщинам с отягощенным акушерским анамнезом проводилось строгое выполнение законоположений по охране труда беременной, с профилактической целью лечение по поводу недонашиваемости и ранняя госпитализация.

У 23 женщин из 45 беременность закончилась срочными родами, у 10 — преждевременными родами, у 12 — прерыванием беременности в ранние и поздние сроки. Мертворожденных было 4. В группе женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями из 25 (2,4%) беременность закончилась нормальными срочными родами у 19 женщин, преждевременными — у 4 женщин. В одном случае — рождением мертвой двойни.

Женщины с туберкулезом легких находились на учете в тубдиспансере. Наблюдение и соответствующее лечение проводилось с ранних сроков беременности врачами женской консультации и тубдиспансера. У 16 женщин беременность закончилась срочными нормальными родами, у 2 — преждевременными родами. Мертворожденных было двое.

4. Наш материал подтверждает литературные данные о том, что основные причины перинатальной смертности заключаются в различных нарушениях антенатального развития плода, основными патогенными факторами которого являются инфекции, токсикоз беременности, сосудистая патология.

5. В результате применения комплексных мероприятий по антенатальной охране плода нам удалось значительно снизить всю акушерскую патологию, заболеваемость новорожденных и перинатальную смертность.

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ АППАРАТОМ А. В. ЗУБЕЕВА ПО ДАННЫМ I ТАЛЛИНСКОГО ГОРОДСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

П. К. КУКК
Из I Таллинского городского родильного дома

Многие отечественные авторы указывают, что при операции выскабливания мышечному слою матки и шейке матки наносится серьезная травма (С. К. Лесной, Н. В. Войцеховский и др.). Мышечная ткань в соскобах из матки обнаруживается, по данным различных авторов, в 10—50% случаев (Я. А. Леннгрен, Н. А. Степанова, К. Н. Жмакин, В. И. Тайгро). Это обстоятельство побудило к изысканию новых методов при данной операции.

Так, А. В. Зубеевым был предложен вакуум-аппарат, с помощью которого достигается опорожнение матки с минимальной кровопотерей, с незначительным болевым симптомом и отсутствием травмы мышечного слоя матки.

В 1962 г. в гинекологическом отделении I Таллинского городского родильного дома мы произвели искусственное прерывание беременности аппаратом А. В. Зубеева у 150 женщин.

Вакуум-аппарат состоит из электроотсоса и набора металлических трубок с боковым овальным отверстием. Расширение цервикального канала производилось расширителями Гегара на 0,5 номера больше, чем номер металлической трубки.

Трубка присоединяется к вакуум-электронасосу, затем вводится в полость матки, после чего аппарат включается. Отрицательное давление в полости матки колеблется в пределах 0,4—0,7 атмосферы.

Вакуум-эвакуация у женщин на сроке 9-недельной беременности произведена в 133 случаях. Из них в 121 случае операция продолжалась до 5 минут, в 12— от 5 до 10 минут. В 17 случаях вакуум-эвакуация произведена при беременности от 10 до 12 недель. Из них в 7 случаях длительность операции продолжалась до 5 минут, в 10 случаях — от 5 до 10 минут.

У 122 женщин операция протекала безболезненно и у 28 — с незначительными болевыми ощущениями.

Кровопотеря до 50 мл наблюдалась у 115 женщин, от 50 мл до 100 мл — у 29, 100 мл — у 6 женщин.

При сроке 10—12 недель беременности нередко в трубке задерживались части плодного яйца, что удлиняло время операции.

При контрольном обследовании полости матки кюреткой в 15 случаях были обнаружены остатки плодного яйца у беременных со сроком 9 недель, на сроке 10—12-недельной беременности — в 8 случаях. При производстве аборта мы ни разу не наблюдали перфорацию матки.

Наш сравнительно небольшой опыт применения аппарата А. В. Зубеева позволяет сделать следующие выводы: операция с помощью указанного аппарата является более физиологичной, чем инструментальное выскабливание, сопровождается небольшой кровопотерей, в большинстве случаев безболезненна и осуществляется минимальной затратой времени.

Однако врачи, не имеющие опыта в проведении операции, должны контролировать полость матки кюреткой.

ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЕРАЦИЕЙ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПО ДАННЫМ II ТАЛЛИНСКОГО ГОРОДСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Ю. Ю. РЕБАНЕ
Из объединения II Таллинского городского родильного дома

1. В настоящей работе поставлена задача изучить непосредственные осложнения, связанные с производством искусственного аборта до 12-недельного срока беременности.

2. В гинекологическом отделении II Таллинского городского родильного дома за 1961 г. произведено 2414 абортов.

По литературным данным, число осложнений после аборта составляет С. Т. Юревский — 4%, И. С. Розовский — 7,4%.

Осложнения, выявленные нами, наблюдались в 149 случаях (6,2%), в том числе: перфорация матки (0,04%), задержка частей плодного яйца и гематометра (1,6%), воспаление матки и ее придатков (1,79%), однократное повышение температуры (свыше 37,4°) без патологических изменений в гинекологическом статусе (0,41%), что соответствует литературным данным. У нас перфорация матки имела место в 1 случае, которая была произведена абортцангом при прерывании 8—9-недельной беременности. Больная была подвергнута оперативному лечению. Послеоперационный период протекал благоприятно.

3. На нашем материале количество осложнений после аборта было у первобеременных меньше (3,8%), чем у повторнобеременных (6,2%), у которых осложнения часто возникают на фоне имевшихся ранее гинекологических воспалительных заболеваний. Смертельных исходов не было.

4. В целях профилактики осложнений, связанных с производством аборта, необходимо в женских консультациях шире проводить профилактическую работу по применению противозачаточных средств, а также санитарно-просветительную работу о вреде аборта.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Канд. мед. наук В. И. ТАЙГРО
Из Института экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР и IV женской консультации г. Таллина

В лечении предраковых заболеваний шейки матки широкое признание получил метод диатермокоагуляции. Указанный метод, по мнению многих авторов, применявших его, является наиболее эффективным (Архипова Л. И., Антон А. А., Катаева А. Д., Серебров А. И. и др.).

Метод диатермокоагуляции был применен нами у 305 (из 307 обследованных) женщин, страдавших предраком шейки матки. Из 305 у 297 женщин в прошлом наблюдались

роды, у 5 — аборты, страдали бесплодием 3 женщины (у последних 3 женщин отмечался хронический эндоцервицит).

В возрасте 21—30 лет было 150 больных, в 31—40-летнем возрасте — 126 больных, 41—50-летнем возрасте — 29 больных. Возрастной состав наших больных указывает, что данная патология чаще встречается в молодом возрасте.

Большинство женщин длительно и безуспешно лечилось медикаментозными методами. Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10—12 лет.

У 302 больных лечение было проведено по поводу эрозии шейки матки, у 3 — по поводу хронического эндоцервицита. Лечение проводилось амбулаторно 3—4 дня спустя после очередных менструаций или не позднее чем за 2 недели до следующих менструаций, так как предменструальная и менструальная гиперемия гениталий может способствовать усилению кровотечения во время отторжения струпа и замедлению эпителизации коагулированной поверхности шейки матки. При коагуляции мы пользовались пуговчатым и игольчатым электродами. Пуговчатым электродом пользовались для коагуляции эрозированной поверхности шейки матки и диатермоиглой — для пункции наботовых железок. Коагулирование производилось с периферии эрозии шейки матки по направлению к наружному зеву, затем коагуляции подвергались стенки цервикального канала на глубину 1—1,5 см. Во всех случаях лечению предшествовала биопсия. Из 307 обследованных больных у 305 гистологически обнаружена псевдоэрозия шейки матки, у 1-й больной — рак шейки матки и у 1-й больной — атипическая эрозия шейки матки. Обе больные были направлены на лечение в Таллинский республиканский онкологический диспансер (у больной, направленной в онкодиспансер с атипической эрозией, в последующем развился рак шейки матки).

Лечение эрозий проводилось при нормальном РОЭ и лейкоцитозе. Диатермокоагуляция не проводилась при воспалительных заболеваниях тела матки и придатков, при тяжелых соматических заболеваниях, при раке шейки матки. Никаких осложнений в момент диатермокоагуляции мы не наблюдали.

Как правило, полная эпителизация коагулированной поверхности шейки матки наступала на 5—6-й неделе. Иногда процесс заживления длился 8 недель и лишь изредка затягивался на более отдаленные сроки. Мы наблюдали запоздалую эпителизацию у 2 больных. У 32-летней женщины, перенесшей в прошлом гонорею (за 2 года до лечения эро-

зии), заживление эрозии затянулось до 5 месяцев. И у 56-летней женщины заживление наступило через полгода и было связано, очевидно, со склеротическими изменениями в шейке матки.

Из 305 леченных женщин в ближайшие дни и месяцы наблюдались следующие осложнения: кровотечение у 2-х, обострение воспалительного процесса в придатках матки у 2 женщин, нарушение овариально-менструального цикла у 7 женщин. Только в одном случае при кровотечении потребовалась госпитализация. Причиной кровотечения явилось полное отторжение струпа. В другом случае кровотечение, возникшее после полового акта, остановлено было амбулаторным лечением.

Из 7 женщин, у которых после лечения отмечались нарушения со стороны менструально-овариального цикла, у 5 — в последующем менструации нормализовались, у 2-х наступили стойкие изменения (менструации у них стали более продолжительными и обильными). Рецидив эрозии в ближайшие полгода наблюдался у 4-х женщин. Этим больным была произведена диатермокоагуляция повторно (после повторной биопсии). Из них у 3-х получен хороший эффект, у 1-й пришлось провести диатермоэксцизию.

Отдаленные результаты спустя 5—6 лет после лечения прослежены нами у 146 больных. 136 (91,9%) женщин оказались здоровыми, у 5 обнаружен эндоцервицит, у 2-х — эрозия шейки матки, у 2-х — полипы шейки матки, у 1-й отмечалось нарушение менструально-овариального цикла.

Из 146 обследованных женщин у 82 после лечения наблюдались 1—2 беременности, предохранялись от беременности, не беременели 64 женщины (из них 23 были в возрасте 45—50 лет). У 42 женщин беременность закончилась срочными родами. Осложнений в родах не наблюдалось. У 40 женщин беременность закончилась искусственным абортом.

Следует отметить, что у 3-х женщин, страдавших эндоцервицитом и бесплодием, беременность наступила в первые 1—3 месяца после заживления шейки матки. Следовательно, среди многочисленных причин бесплодия заболевания шейки матки играют не последнюю роль.

Метод диатермокоагуляции является эффективным методом лечения предраковых заболеваний шейки матки. Этот метод не нарушает способности женщин к зачатию и не вызывает осложнений в родах.

Приведенные данные указывают также и на то, что на-

блюдение за леченными женщинами должно быть более продолжительным, так как рецидивы могут наблюдаться и в более отдаленные сроки.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПО ДАННЫМ I ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ г. ТАЛЛИНА ЗА 1960—1962 ГОДЫ

Б. Г. ТЕМЧИНА
Из I Таллинского городского родильного дома

1. Одним из важнейших разделов работы женских консультаций по снижению гинекологической заболеваемости является проведение массовых профилактических гинекологических осмотров женского населения.

2. Профилактические осмотры женщин в I женской консультации Центрального района г. Таллина проводятся врачами акушерами-гинекологами два раза в год как на промышленных предприятиях, так и в самой женской консультации. Гинекологические больные берутся на диспансерное наблюдение.

3. Участковые врачи систематически бывают на предприятиях, к которым они прикреплены, проводят осмотры, занимаются санитарной пропагандой, изучают условия труда. Выделен специальный врач для обслуживания женщин на фабриках «Балтика» и фанерно-мебельной.

4. В целях повышения онкологической квалификации для акушеров-гинекологов ежегодно проводятся при онкодиспансере семинары. За период с 1960 по 1962 год осмотрено 33659 женщин. Осмотру подвергались женщины в возрасте от 18 до 60 лет. Во время осмотров выявлено 2011 больных: эрозии шейки матки — у 664 больных; полип шейки матки — у 58 женщин; воспалительные процессы придатков матки — у 1092; у трех: 25% предраковых состояний и 0,05% рака и больше.

5. Из гинекологических заболеваний, выявленных среди осмотренных и взятых на диспансерное наблюдение, большой процент приходится на воспалительные процессы придатков матки, эрозии и эндоцервициты.

6. Женская консультация ежегодно подвергает осмотру все возрастающее число женщин. Так, осмотрено женщин:

в 1960 г. — 9488,
в 1961 г. — 11405,
в 1962 г. — 11899.

7. В женской консультации проводятся кольпоскопия, хирургическая диатермокоагуляция, биопсия. За последние 3 года сделано 1 476 биопсий, с помощью которых выявлено больных раком шейки матки I стадии 9 и 8 случаев рака.

8. Ежеквартально анализируются данные профилактических осмотров по участкам.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ г. ТАЛЛИНА ЗА 1960—1962 ГОДЫ

Канд. мед. наук В. И. ТАЙГРО
Из Института экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР

Вопросы борьбы с гинекологической заболеваемостью, в том числе и борьба с предраковыми и раковыми заболеваниями, приобретают большое значение, так как смертность женщин от злокачественных заболеваний половой сферы все еще высока.

Вопросы оздоровления женского населения зависят:

1) от правильного медицинского воспитания женщин;

2) от увеличения числа женщин, подвергающихся систематическим профилактическим осмотрам;

3) от качества проводимых осмотров и применения современных методов диагностики, а также

4) от своевременного и рационального лечения выявленных больных.

Следует отметить, что первыми массовые профилактические осмотры стали проводить гинекологи. Такое направление в работе гинекологов и онкологов сыграло свою положительную роль. Если в 1945 году по СССР IV клиническая группа наблюдалась у 28% выявленных больных, то в 1952 году этот показатель снизился до 4%. По данным Таллинского республиканского онкологического диспансера за 1953 год, из числа впервые выявленных и взятых на учет больных раком матки IV клиническую группу составляли 17,3%, в 1961 году IV клиническая группа наблюдалась у 6,8%.

Малоутешительные результаты лечения даже ранних форм рака заставили онкологов и гинекологов направить главное усилие на профилактику рака, обратив особое внимание на выявление и своевременное лечение предраковых заболеваний.

В целях улучшения профилактической работы среди женщин Министерством здравоохранения ЭССР был издан приказ от 30. VI 1959 г. за № 165 об организации гинекологических смотровых кабинетов при поликлиниках и амбулаториях. Организацией смотровых кабинетов преследовалась цель — увеличение числа женщин, проходящих профилактические осмотры.

В г. Таллине смотровые гинекологические кабинеты организованы в 1960—1961 гг. при 5 поликлиниках (II городская поликлиника, III городская поликлиника, поликлиника Калининского района, Ныммеская поликлиника и поликлиника Таллинской республиканской больницы).

Смотровые кабинеты возглавили опытные акушерки, прошедшие специальную подготовку. Большую часть из них подготовил сектор онкологии Института экспериментальной и клинической медицины совместно с врачами Таллинского республиканского онкологического диспансера. Небольшая часть акушерок подготовлена на базе женских консультаций.

За три года акушерками смотровых кабинетов осмотрено 68107 женщин, из них домохозяек — 19670. У 16,2% обнаружены гинекологические заболевания. Основную массу составляют больные, страдающие предраковыми заболеваниями шейки матки, — 7,3%.

По данным А. Н. Осякиной-Рождественской и Г. В. Константиновой, на профилактических осмотрах предрак шейки матки обнаружен у 6,92% женщин.

Второе место по частоте (по нашим данным) занимают воспалительные заболевания наружных (3,4%) и внутренних (2,5%) половых органов. Затем следуют опущения и выпадения матки (1,25%), доброкачественные опухоли матки и придатков (1,2%) и доброкачественные опухоли молочных желез. Злокачественные заболевания были обнаружены у 0,06% обследованных женщин.

Врачами женских консультаций г. Таллина за три года (1959, 1960, 1961) на профилактических осмотрах рак был выявлен у 0,06%. Таким образом, акушерками наравне с врачами выявляются злокачественные новообразования женских половых органов.

Злокачественные новообразования (по данным смотровых кабинетов) среди неорганизованного женского населения встречаются в два раза чаще, чем у женщин-работниц. Это обстоятельство указывает на необходимость привлечения домохозяек и пенсионеров к систематическим профилактиче-

ским осмотрам. Только массовые профилактические осмотры являются основным методом выявления предрака, рака и других гинекологических заболеваний.

Следует считать правильным и своевременным открытие смотровых гинекологических кабинетов при поликлиниках, ибо смотровыми кабинетами выявляется большое количество женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, в том числе раковыми заболеваниями.

Примененный на базе смотрового кабинета при III городской поликлинике кольпоцитологический метод исследования больных, страдающих предраком шейки матки, оправдал себя.

Нами были обследованы 265 больных, страдающих эрозиями шейки матки и эндоцервицитами. Из числа этих женщин ни у одной нельзя было даже заподозрить злокачественного процесса шейки матки. Однако кольпоцитологический метод позволил у трех из них обнаружить раннюю форму рака шейки матки, у 2 — рак in situ шейки матки и у 30 — атипическую эрозию.

Представленные данные позволяют рекомендовать кольпоцитологический метод исследования при проведении массовых профилактических осмотров. Кольпоскопия и цитологическое исследование вагинального мазка позволяют выявлять преклиническую инвазивную форму рака шейки матки, рак in situ и атипические эрозии. Следует отметить, что у 64% женщин причиной предрака явилась родовая травма. В связи с этим перед родовспомогательными учреждениями ставится задача по организации осмотров шейки матки не только у первородящих, но и у всех повторнородящих. При этом ушиванию подлежат все разрывы шейки матки независимо от их величины.

В целях увеличения выявляемости больных раком шейки матки необходимо организовать в городе Таллине цитологический центр, куда бы направлялись на исследование мазки из всех смотровых кабинетов города.

ХИМИОТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

В. РАУДСЕПП
Из гинекологического отделения Таллинского республиканского онкологического диспансера

1. Диагностические приемы, применяемые при обследовании больных со злокачественными заболеваниями, как-то: бимануальное исследование, диагностическое выскабливание, аппликации радия, увеличивают поступление раковых клеток в кровяное русло. Во избежание этого некоторые авторы (Кафка, Вермель и др.) рекомендуют все манипуляции у таких больных проводить после введения противораковых препаратов.

2. В Таллинском республиканском онкологическом диспансере лечение рака яичников проводится комбинированным методом с применением химиопрепаратов ТИО-ТЕФа или циклофосфана.

Указанные препараты применяются внутримышечно и внутривенно.

При асците в брюшной или плевральной полостях ТИО-ТЕФа вводится (после извлечения асцитической жидкости) 1 раз в неделю в количестве 20 мг.

Циклофосфан применяется так же, как и ТИО-ТЕФа, в дозировках 100 и 200 мг (10 мг ТИО-ТЕФа соответствуют 100 мг циклофосфана). В среднем курс лечения ТИО-ТЕФом составляет 250 мг, циклофосфаном — 2000 мг.

3. Комбинированному методу лечения подверглось 23 больных. Только химиотерапевтическое лечение получили 7 больных IV клинической стадии. Из 7 леченных 3 умерло в течение первого года (одна из них умерла от сердечно-сосудистой недостаточности), 2 больных прожили до 2 лет, 1 больная — до 3 лет, об одной больной сведений не имеем.

Комбинированное лечение химиопрепаратами и гормонами (тестостерон-пропионат) получила 1 больная IV клинической стадией, сопровождавшейся асцитом. Асцит под влиянием лечения исчез. Больная прожила 5 лет.

Пробной лапаротомии с последующей химиотерапией подверглось 2 больных. Из них одна прожила до 2 лет, другая больная прожила 4 года. В настоящее время она практически здорова. Обе больные относились к IV клинической стадии заболевания.

Пробная лапаротомия с последующей химиотерапией и гормональным лечением проведена у 3 больных. Из них двое прожили около 2 лет (IV стадия) и одна больная прожила 5 лет (III стадия).

Радикальное оперативное лечение в сочетании с химиотерапией проведено у 7 больных. Из них с IV клинической стадией было 6 больных и с III клинической стадией — 1. Из 7 больных прожили до 1 года 2 больных, до 2 лет — одна больная. 3 больных выздоровели и находятся под наблюдением 1—3 года, об одной (III стадия) сведений не имеем.

Радикальное оперативное лечение в сочетании с химиотерапией и гормональным лечением проведено 3 больным. Из них больше года живет 1 больная (I стадия), около 2 лет (IV стадия) прожила 1 больная, больше 3 лет живет 1 больная (II стадия).

4. В настоящее время все применяемые химиопрепараты оказывают вредное воздействие на лейко- и тромбоцитопоэз, вызывая лейко- и тромбоцитопению. Поэтому лечение проводится под строгим врачебным контролем с исследованием крови не менее 2 раз в неделю.

При снижении лейкоцитов до 3000 и тромбоцитов до 100.000 терапия отменяется. Для лечения лейкопении и тромбоцитопении применяются дробные переливания крови, витамины комплекса В, витамин С, нуклеиновая и фолиевая кислоты. Проведение указанного лечения необходимо для нормализации лейко- и тромбоцитопоэзии.

5. Химиотерапевтическое лечение при раке яичников необходимо проводить в комбинации с другими методами. Лечение больных с запущенными формами заболевания рекомендуется проводить с помощью химиопрепаратов, так как они улучшают общее состояние больных, повышают их работоспособность и удлиняют им жизнь.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 37

М. М. Гольнева — Итоги работы родовспомогательных учреждений за 1960—1962 годы и задачи по дальнейшему улучшению акушерско-гинекологической помощи женщинам г. Таллина . 39

М. М. Гольнева, В. Л. Шкодина, Ю. Г. Илус — Перинатальная смертность по г. Таллину за 1960—1962 годы 42

В. И. Тайгро — Профилактика мертворождений и детской смертности при резус-конфликте 44

М. И. Дранова — Ближайшие и отдаленные результаты лечения эклампсии по родовспомогательным учреждениям г. Таллина за 1958—1962 годы 46

С. О. Наарите — Материнская смертность по родовспомогательным учреждениям г. Таллина за 1958—1962 годы. 48

М. М. Гольнева — Разрывы матки по г. Таллину за 1958—1960 годы. 52

Э. Х. Петерман — Слабость родовой деятельности по данным II Таллинского городского родильного дома за 1961 год . . 54

М. И. Дранова — К вопросу применения гиалуронидазы в акушерской практике 56

И. М. Певзнер, Н. М. Лихоманова, В. Б. Пухк, А. П. Ильмоя — Причины недонашиваемости по данным женских консультаций г. Таллина за 1960—1962 годы 58

А. П. Ильмоя — Профилактика поздних токсикозов беременности по данным IV женской консультации г. Таллина 60

И. М. Певзнер — Антенатальная охрана плода по данным I женской консультации г. Таллина 61

П. К. Кукк — Искусственное прерывание беременности аппаратом А. В. Зубеева по данным I Таллинского городского родильного дома 63

Ю. Ю. Ребане — Осложнения, связанные с операцией искусственного прерывания беременности, по данным II Таллинского городского родильного дома 64

В. И. Тайгро — Ближайшие и отдаленные результаты лечения предраковых заболеваний шейки матки методом диатермокоагуляции в условиях женской консультации 65
Б. Г. Темчина — Профилактические осмотры по данным I женской консультации г. Таллина за 1960—1962 годы 68
В. И. Тайгро — Гинекологическая заболеваемость по данным смотровых кабинетов г. Таллина за 1960—1962 годы. 69
В. Раудсепп — Химиотерапия злокачественных новообразований яичников 72

A-27270

TÜ RAAMATUKOGU
1 0300 00427601 2

«Kommunist». Tell. 4072. 300. MB-04953. 27. V 1963.
Tasuta