Beitrag zur kontinuierlichen Zervimetrie

H.J.		Kruse
K.U.		Fehlauer
P.		Holm
H.		Volkmar

Frauenklinik des Bereiches Medizin der Wilhelm-Pieck-Universität, Rostock

Die Autoren stellen eine Methode zur Messung der Muttermundserweiterung vor, wobei eine fortlaufende Registrierung möglich ist. Es handelt sich um einen zirkelartigen Messfühler mit 7 cm langen Schenkeln, deren freie Enden am Muttermund angeklemt werden. Nahe des verbindenden Gelenkes befindet sich auf einem Schenkel ein Hallgenerator, auf dem anderen ein Permanentmagnet. Der Hallgenerator erzeugt in Abhängigkeit des vom Magneten gelieferten Magnetfeldes eine Spannung, die sogenannte Hallspannung, deren Grösse im Millivolt-bereich liegt. Eine Abstandsänderung des Permanentmagneten und die damit verbundene Änderung des Magnetfeldes gegenüber dem Hallgenerator bewirkt eine messbare Veränderung der erzeugten Hallspannung. Sie wird verstärkt, ihre Kennlinie wird linearisiert und mittels Laborschreiber und Prozessrechner aufgezeichnet bzw. analysiert. Um eine hohe Sicherheit für Mutter und Kind zu gewährleisten, wurden Bedingungen wie für intrakardiale elektrische Eingriffe erfüllt. Der Messfühler behindert die Kreissende kaum und kann sterilisiert werden.

Beitrag zur kontinuierlichen Zervimetrie

131

Mit dem vorgestellten Modell wurden 28 Registrierungen ab einer Mutter-mundweite von 2-4 cm durchgeführt. Die Messmethode war im Millimeterbereich genau.

Jeder Wehe fand sich eine Zervixwelle (kurzdauernde Muttermundserweiterung) zugeordnet. Diese beginnt nur gering verzögert nach Wehenbeginn und klingt nach Wehenende langsam ab. Sie geht jedoch nicht ganz auf den Ausgangswert zurück, so dass daraus eine bleibende Muttermundserweiterung resultiert. Diese Erweiterung ist nur auf grösseren Zeitabschnitten der Kurve (z.B. 45 min) zu erkennen.

Für die Klinik ist der praktische Einsatz der vorgestellten Muttermund-Messeinrichtung denkbar. Eine Beurteilung des Einflusses von Anästhesie und medikamentöser Therapie unter der Geburt sowie eine gewisse Prognose des Geburtsverlaufes (Richardson, 1978) erscheinen möglich.

Für die Praxis müssen erst die klinischen Erfahrungen abgewartet werden, um so mehr als diese Messgeräte bis jetzt fast nur in den Häusern angewendet werden, in denen sie auch entwickelt wurden.

R. Pavelka, Wien

Aus: Geburtsh. Frauenheilk. 39: 470-478 (1979); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 131-133 (1980)

Derzeitiger Stand der Gestosetherapie

T.H. Lippert

Universitäts-Frauenklinik (Geschäftsführender Direktor: Prof. H.A. Hirsch), Tübingen

Einleitend betont der Autor, dass es trotz intensiver Forschung bis heute nicht gelungen ist, die Ursache der Gestose ausfindig zu machen. Ausser Zweifel steht, dass es sich um eine schwangerschaftsspezifische Erkrankung handelt. Um so mehr vermisst man Hinweise auf morphogenetische und funktionelle Veränderungen des Organismus bei der EPH-Gestose, da diese für das Verständnis therapeutischer Massnahmen sehr nützlich gewesen wären. Die Arbeit gliedert sich in vier Teile und behandelt der Reihe nach die Prophylaxe, die leichte und die schwere Gestose und zuletzt die Eklampsie. Aus. Zentbl. Gynäk. 101 . '602-607 (1979);cit. Gynäk. Rdsch. 20: 130-131 (1980)