

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOI

P. L. Seltsovski

**KIRURGILISTE
HAIGUSTE
ÕPIK
I**

TARTU 1961

A-23762

Panov.

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

P. L. Seltsovski

**KIRURGILISTE
HAIGUSTE
ÕPIK
I**

TARTU 1961

Originaali tiitel:

П.Л. Сельцовский

УЧЕБНИК
ХИРУРГИЧЕСКИХ
БОЛЕЗНЕЙ

(Для студентов медицинских
стоматологических институтов)

Допущено Управлением кадров и учебных заведений
Министерства здравоохранения СССР
в качестве учебника хирургических болезней
для студентов стоматологических институтов
(факультетов)

Государственное издательство
медицинской литературы
Медгиз - 1957 - Москва

Tolkinud A. Rulli

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

EESSÕNA.

Erikirurgia õpikus peab rea küsimuste käsitletu piirduma sellega, mida nõutakse ükskõik millise spetsiaalsusega arstilt, sealhulgas ka stomatoloogilt seoses tema iseseisva tööga. Tuleb arvestada seda, et perifeerias asuvates ravi-asutustes iga arst, eriti aga stomatoloog, võib sattuda olukorda, kus ta peab andma vältimatut kirurgilist abi.

Õpikus käsitletakse üksikute organite ja organisüsteemide haigusi, mis on võetud meditsiinilistes instituutides erikirurgia programmi. Üksikute peatükkide sisu peab käsitlema seda, mis on hädavajalik kõikidele arstidele, eriti aga stomatoloogidele, kelle töö on otseselt kirurgiline.

Selliste nõuete puhul on ülesandeks õpetada üliõpilastele esmajoonel kirurgiliste haiguste diagnostikat. Eesmärgiks on iseloomustada haiguste olulisemaid sümptome ja operatiivse ravi näidustusi, õpetada üliõpilasi valima kõige otstarbekamaid operatiivse ravi meetodeid, põhjendama prognoosi, vältima tüsistusi operatsioonieelsel ja -järgsel perioodil kui ka operatsiooni ajal ja tutvustada neile konservatiivse ravi põhiprintsiipe.

Vaatamata õpiku suhteliselt väikesele mahule, on püütud esitada täpselt ja selgelt kõik üksikute haiguste sagedamini esinevad sümptoomid, olles teadlik, et sellisel juhul on raske vältida kordamisi. Õeldu puudutab samuti ka mitmesuguste tüsistuste kirjeldusi.

Erikirurgia õpikus ei tule korrata seda, mida käsitletakse üldkirurgia kursusel ja vastavalt sellele on traumatoloogiline osa toodud erikirurgiasse, s.o. : on käsitletud

kliiniliselt seisukohalt sageli esinevaid tugi- ja liikumisaparaadi vigastusi. Sellega on mööda mindud kirurgiliste haiguste õpetamise programmist (1953), milles traumatoloogia on ette nähtud ühes üldkirurgia peatükkidest.

Kasutades Moskva Meditsiinilise Stomatoloogia Instituudi kirurgiliste haiguste kateedri töö juhtimisel omandatud kogemusi, on selle õpiku koostamisel arvestatud instituudi profiili, kuid materjal valitud selliselt, et seda võiks kasutada ka üliõpilased teiste profiilidega instituutidest. Loodetavasti on õpik kasuks ka neile ettevalmistumisel praktilisteks töödeks, arvestusteks ja eksamiteks, kuna siin käsitletakse kõikides meditsiinilistes õppeasutustes õpitavaid olulisi kirurgia osi.

Käesolevast õpikust on täielikult välja jäetud välikirurgia, mida käsitletakse eri õpikutes.

Autor.

I p e a t ü k k .

KOLJU, AJU- JA AJUKELMETE VIGASTUSED.

Kolju ja tema sisuse traumad tekivad pead tabavate löökide tulemusena või kannatanu kukkumisel pea peale. Mõningatel juhtudel, nagu kukkumisel jalgadele, tuharatele või muudele kehaosadele võib esineda ka peegelduv mõjustus /kaudne mõjustus).

Peavigastused moodustavad rahuajal 28,5% kõikidest traumadest, koljuluumurrud aga 6,4% kõikidest luumurdudest.

Kolju traumad jagunevad kinnisteks ja lahtisteks. Vigastuse raskus oleneb põhiliselt aju aine kahjustuse ulatusest, seepärast kulgeb rida kinnisi vigastusi, mille puhul on kahjustatud aju substants, tunduvalt raskemini kui koljuluu murrud, milledega ei kaasu ajukahjustusi.

Kolju katete traumad.

Kolju katete pehmete kudede vigastused võivad olla kinnised ja lahtised. Kinniste vigastuste hulka kuuluvad põrutused, lahtiste hulka haavad. Mõlematel vigastuste liikidel on oma iseärasused, mis on põhjustatud kolju katete ehituse iseärasustest. Nahk on selles piirkonnas tihedas seoses aponeuroosiga (galea aponeurotica) sidekoe kiudude kaudu. Tänu sellele ei tõmbu rohkearvuliselt nahaaluses koes asetsevad vereooned vigastuste puhul kokku, vaid laienevad, põhjustades suuri verejookse. Tiheda sideme tõttu aponeuroosi ja naha vahel ei levi põrutuste tulemusena tekkivad pindmised hematoomid paralleelselt luu pinnale, vaid moodustavad muhu. Luu

ümbrisega on aponeuroos seoses lõdva sidekoe kaudu, seepärast nihkub ta riivavate vigastuste puhul kergesti oma kohalt, põhjustades sagarjate ja skalpeeringuhaavade teket. Hematoomid, mis tekivad aponeuroosi alla, ei tungi esile muhuna, vaid levivad ulatuslikult lõdvas koes. Nad võivad olla väga suurte mõõtmetega ja moonutada isegi normaalset pea kuju.

Kolju katete haavu jaotatakse vastavalt vigastuse iseloomule: tulirelva-, lõike-, raide-, sagarjad, skalpeerivad, põrutus- ja purustushaavad. Viimased kaks haava on tavaliselt nüri esemega tekitatud vigastuse tulemus. Sagarjad, eriti aga purustushaavad, on sageli saastunud mullaga, liivaga, riidetükkidega ja juustega.

R a v i . Pehme koe põrutused, millega ei kaasne luude ja ajuvigastusi, ei vaja erilist ravi. Vajutus sõrmega põrutuskohale väldib hematoomi teket, samuti väldivad hematoomide teket ka esimestel tundidel põrutuskohale pandud jääga täidetud kummikott ja rõhkside. Neil juhtudel, kui hematoom püsib kaua aega ega imendu, mis juhtub suhteliselt harva, tuleb nende sisu evakueerida nõela või väikese sisselõike abil.

Kolju katete haavadel tuleb teha kirurgiline töötlus. Väikeste põrutushaavade puhul piisab nende jodeerimisest, mille järel neile puistatakse streptotsiidi ja kaetakse steriilse sidemega. Suuremad haavad lõigatakse välja ökonoomselt ja õmmeldakse. Peale asetatakse rõhkside. Skalpeeringu puhul, kui on rebitud suured naha osad, on tingimata vajalik katsetada skalbi elustamist. Seda tehakse ka siis, kui skalp on täiesti eraldatud säilinud kudedest. Elustamiskatse on õigustatud sellepärast, et kolju katted on rikkaliku verevarustusega ja suure regeneratsioonivõimega.

Koljuluude murrud.

Koljuluude murrud tekivad tavaliselt löögist pähe rasketes esemetega, samuti ka külm- või tulirelvaga. Koljuvigastusi võivad põhjustada ka paigalseisvad esemed. Samuti on

tuntud koljuluude vigastused kukkumisel muudele kehaosadele (jalad, tuharad) kui ka traumatiseeriva jõu mõjul näoskeletile ja lülisambale. Sõltuvalt trauma mehhanismist jagunevad koljuluude murrud otsesteks ja kaudseteks. Esimeste hulka kuuluvad murrud, mis tekivad kohal, kuhu toimib traumatiseeriv jõud, teiste hulka aga murrud, mis tekivad sellest kohast eemal.

Otsesed murrud lokaliseeruvad sageli koljuvõlvil, kusjuures lameluude sissesurumisel väikeses ulatuses ei pruugi traumatiseeritav pindala olla kuigi suur. Kõige enne kahjustatakse seesmine lamell (lamina vitrea) ja alles teises järjekorras väline lamell (lamina externa). Real juhtudel võib viimane osutada ka vigastamataks, mida tuleb arvestada, uuri-des kolju traumaga haigeid. See näht seletub traumatiseeriva jõu toime mehhanismiga. Luu kude on survele vastupidavam kui tõmbele, seetõttu surutakse väljast mõjuva luumurdu tekitava jõu tulemusena väline lamell kokku, seesmist lamelli aga venitatakse ja painutatakse. Seesmise lamelli teravad killud võivad vigastada ajukesta ja ka -kudet.

Koljuluude murrud võivad olla lahtised ja kinnised. Nii ühel kui ka teisel juhul võivad olla vigastatud aju ja ajukelmed. Koljuluu ja aju kõvakelme vahel kulgeb arteria meningea media, veenid ja siinused jäävad aga kõvakelme vahele, seepärast kaasuvad kõvakelme rebenditega hematoomid, mis on ohtlikud selle poolest, et nad võivad avaldada rõhku ajule. Arteria meningea media või selle harude rebend toimub tavaliselt oimuluu soomuse murrudel. Tekkiv hematoom koguneb koljuluude seesmise pinna ja irduva aju kõvakelme vahele. Sellist hematoomi nimetatakse ekstraduraalseks. Juhul, kui veri koguneb dura materi alla, nimetatakse hematoomi subduraalseks. Subduraalne hematoom tungib sageli ka ajukoosse, kutsudes esile suuri ajustruktuuri kahjustusi.

Kolju katteluude murde jaotatakse ka vastavalt murru kujule: mõrakujuline, augukujuline, killunenud murr. Killunenud murru puhul võivad killud tungida ajukoosse või ajukelmetesse, seepärast jaotatakse neid sissesurutud ja sissesurumiseta murrudeks.

Luulamellide vigastus võib olla niivõrd ulatuslik, et tekivad pikad lõhed, mis lähtuvad põrutuse kohalt meridiaaniliselt ja võivad levida mõnel juhul ka ajupõhimikule. Koljupõhimiku murrud tekivad peamiselt kaudse trauma tulemuseks. Neid murde tuleb lugeda lahtisteks murdudeks, kuna nad on ühenduses välise keskkonnaga suu, ninakoopa või kõrva kaudu.

K l i i n i l i n e p i l t . Kinnise koljuluu murru puhul esineb tavaliselt hematoom. Aponeuroosialused hematoomid on oma ulatuselt sageli suured. Murru piirkond on palpeerimisel valulik. Real juhtudel on komplemiser tunda luu sissesurutust vigastuse kohal.

Koljupõhimikuluu murru puhul on võimalik verejooksu teke kolju loomulikkudest avadest: ninast, kõrvast, suust. On vaja kindlaks teha, kas see verejooks pole lokaalse päritoluga, mis erineb suu või nina limaskestast või kuulmekäigu lokaalsest vigastusest. Verejooks ninast esineb koljupõhimikuluu keskmise osa vigastustel. Teadvuse kadumisel seoses koljupõhimikuluu murruga võivad haiged neelata verd. See võib anda põhjust ekslikuks diagnoosiks: maoverejooks.

Peale otseselt pärast traumat esineva verejooksu võib koljupõhimikuluu murru puhul esimese ööpäeva kestel ja ka hiljem areneda hematoom laugude piirkonda kui ka silmakoopa kudedesse. Selline verevalum on prillidekujuline (prillhematoom) ja ta pole vigastuse koha lokaalsete verevalumite tulemus. Verevalumeid täheldatakse ka nibujätkepiirkonnas.

Kirjeldataud verevalumid tekivad seetõttu, et nad leevivad vigastuse kohast ajupõhimikul olevat rakulist ruumi pidi.

Kõvakelme- ja võrkkelmealuse ruumi vigastusel võib väljuda kõrvadest ja ninast liikvorit. Seda ei esine mitte kõikidel juhtudel, kuid liikvori ilmumine tõendab kindlalt koljupõhimikuluu murru olemasolu. Liikvori vool algab mõni tund peale traumat ja lakkab tavaliselt 6-ndal päeval. Algul on liikvor segatud verega, hiljem aga voolab ta läbipaistva kollaka vedelikuna.

Sageli kaasub koljupõhimikuluu murdudega ka kraniaal-

närvide vigastus. Tavaliselt vigastub närv, mis asetseb murru poolel. Näonärvivigastusel täheldatakse nn. perifeerset tüüpi pareese või paralüüse. Kannatub kõikide närviharude funktsioon. Kuulmenärvivigastus viib kuulmise nõrgenemisele või selle kadumisele. Silmaliigutajanärvi ja plokinärvivigastusel täheldatakse lau langust, silmaava laienemist, silma pöördumist keskjoone suunas ja diploed.

D i a g n o o s . Suure osatähtsusega kõikide koljuluumurdude diagnostikas on röntgenograafia. Kahjuks pole haige raske üldseisundi tõttu real juhtudel võimalik ülesvõtteid teostada. Vähimalgi kahtlusel tuleb panna esialgne diagnoos: koljuluu murd. Hiljem tuleb diagnoos täpsustada, toetudes haiguse kliinilisele kulule ja röntgenoloogilisele leiule.

R a v i on koljulagiluu murdudel, millega ei kaasu koljusiseseid vigastusi, tavaliselt konservatiivne. Haigele tuleb anda pikemat aega täielikku rahu ja peale asetada jääkott. Juhul, kui on olemas ajukompressiooni sümptoomid, vajab luumurd operatiivset ravi, mis tuleb kohe läbi viia, kui on selgunud vigastuse iseloom. Operatsioon peab toimuma esimesel või teisel päeval peale traumat. Juhul, kui on kahtlus koljusisesele verevalumile, mis on põhjustatud keskse ajukelme arteri vigastusest, on näidustatud kohene operatiivne ravi.

Koljupõhimikuluu murdudel on ravi tavaliselt konservatiivne. Pea peale pannakse jääkott, veeni süstitakse hüpertoonilist lahust - 40%-list glükoosilahust (40-50 ml) ja 10 ml 40%-list urotropiinilahust. Tingimata on vajalik puhastada ka sool klistiiride abil.

Madala vererõhu puhul on vaja teha vere-, veel parem aga plasmaülekanne (200 ml).

Lahtistel koljuluumurdudel ja rasketel peavigastustel on vajalik kõikidel juhtudel läbi viia penitsilliinravi selleks, et vältida meningiiti ja meningoentsefaliiti.

Aju kinnised traumad.

Kliinilis-morfoloogilised muutused peajuvigastustel koondatakse kommotsioon-kontusioon sündroomi nimetuse alla.

See sündroom koosneb: a) ajuvapustusest, b) ajukompressioonist, c) ajukontusioonist. Isoleeritult kohatakse neid harva.

Ajuvapustus (commotio cerebri).

Ajuvapustuse all mõistetakse omapärast sümptoomkompleksi, mida iseloomustab difuusne peaaegu funktsiooni kahjustus - teadvuse kadu, retrograadne amneesia (mälu kaotus juhtunu kohta trauma ajal), peapööritus, peavalud, iiveldus ja sageli ka okse, naha kahvatus, kõnehäired, hingamise ja südametegevuse häired. Peale selle täheldatakse pulsi ja vererõhu muutusi.

Rida autoreid arvab, et ajuvapustuse puhul ei esine mingsuguseid nähtavaid morfoloogilisi muutusi ei ajus ega ka kudedes ja kõik nähud on ainult funktsionaalse iseloomuga. Nende arvates esinevad ajukoes ainult molekulaarsed nihked. Need autorid kinnitavad, et patoloogiliste muutuste olemasolu räägib ajuvapustuse vastu. Eksperimentaalsed uurimused on aga näidanud, et vedeliku viimisel epiduraalsesse ruumi esinevad katseloomadel nähud, mis tuletavad meelde ajuvapustust. Nendega võivad kaasuda verevalumid (hemorraagiad) aju neljanda vatsakese põhjas ja aquaeductus Sylvii piirkonnas. Sama tüüpi muutusi leitakse ka inimkoolnute lahangul, kes surevad ajuvapustuse nähtudega. Seepärast tuleb arvata, et ka ajuvapustuse puhul esinevad patoloogilise-anatoomilised muutused.

Olulisemaks kliiniliseks sümptoomiks ajuvapustuse puhul on teadvuse kadu väga erinevaks ajaks. Teadvuse kadu tekib suuraju koore ülitugeva pidurduse tulemusena.

Teadvuse kao pikkust (kestust) võib teatud määran kasutada diferentsiaaldiagnostiliselt vahetegemiseks ajuvapustuse ja ajupõrutuse vahel.

Kontusioon, ajupõrutus (contusio cerebri).

Ajupõrutuse puhul esinevad ajukoes palja silmaga nähtavad muutused. Ajuvigastuse kvantitatiivsed erinevused ajuvapustuse ja ajupõrutuse vahel loovad uue kvalitatiivse seisundi, mille tõttu need kaks teineteisest tunduvalt erinevad. Tavaliselt esineb vigastus kohal, mida tabab löök, ajusubstantsi vigastus võib aga esineda ka vastaspoolel, nn. vigas-

tus "vastulöögist" e. "peegeldusest".

Ajupõrutuse kliiniline pilt sarnaneb väliselt ajuvapustuse omaga (teadvuse kadu), kuid ajupõrutusel täheldatakse sageli ka kolde sümptoome. See võimaldab diferentsiaaldiagnostiliselt tema eraldamist ajuvapustusest.

Teiseks diferentsiaaldiagnostiliseks tunnuseks on asjaolu, et ajupõrutuse puhul täheldatakse sagedamini pikemaajalist teadvuse kadu kui ajuvapustusel, kuigi seda ei saa võtta kui määravat tunnust.

Koldesümptomide järgi on võimalik määrata vigastuse lokalisatsiooni.

Real juhtudel täheldatakse ajuvapustuse ja ajupõrutuse iseloomulikkude sümptomide ühtimist, seepärast soovivad mõned autorid kasutada terminit "kommotatsioon-kontusioon sündroom".

Ajukompressioon (compressio cerebri).

Trauma tulemusena võib areneda kolmandat tüüpi patoloogiline seisund - ajukompressioon, mille all tuleb mõista koljusisese rõhu tõusu verejooksu, turses või paisu tulemusena. Aju on piiratud järeleandmatute seintega - koljuluudega, seepärast kutsub koljusisese substantsi rohkenemine esile rõhu tõusu koljukoopas.

Koljusisese rõhu tõusu vastu suunatud kompensatoorsed mehhanismid seisnevad ajuvedeliku (liquor) äravoolus seljaajukanalisse ja venoossete siinuste ja ajusiseste veresoonte valendiku kitsenemises. See kompensatoorne staadium kestab niikaua, kui veenide kompressioon võimaldab veel vereringet ja aju toitumust ei kannata. Kui see piir on aga ületatud, ilmuvad ajukompressiooni nähud.

Ajukompressioon võib olla lokaalne, sellisel juhul on kliinilises pildis ülekaalus koldesümptoomid, mis võivad olla kas ärrituslikud või pärssivad. Üldisel ajukompressioonil on esiplaanil süvenevad aju funktsiooni kahjustuse nähud, millele seas on olulise tähtsusega tüve sümptoomid, mis väljenduvad osaliselt pärssitud südametegevuses, pulsi- ja hingamishäiretes.

Ajukompressiooni kliinilises kulus võib eraldada skemaatilisel kolme perioodi: esimene periood - ajuvapustuse nähud, mis aja jooksul taandarenevad; teine - kliiniline heaoluperiood, nn. helge hetk või selge ajavaheemik; kolmas periood on koljusisese rõhu tõusu sümptomide arengu periood. See periood iseloomustub üldise rõhu tõusuga ajus ja koldesümptomidega. Haiged langevad teadvuseta seisundisse, pulsisagedus väheneb, vererõhk tõuseb. Hiljem muutub pulss nõrgaks, kiireks, arütmiliseks ja vererõhk langeb.

Suure tähtsusega kolju ja aju traumade kliinilises pildis on hingamishäired. Ajukompressioonile on tüüpiline hingamisageduse aeglustumine ja hingamisliigutuste pindmismuutamine. Võivad esineda ka arütmilised hingamisliigutused. Väga oluline on paispapilli esinemine - nägemispapilli muutus, mis on seletatav raskendatud venoosse äravooluga, kuna koljusisene rõhk on kõrgeks.

Nüstagmi ilmumist tuleb vaadelda kui hoiatavat sümptomi, samuti ka neelamishäireid ja teisi aju tüve nähte. Peapööritus, oksed ja peavalu on sümptomid, mis esinevad mitte üksnes ajukompressioonil, vaid ka ajuvapustusel ja ajupõrutusel.

Kliinilises pildis ilmuv koomatsioon-kontusioon sündroom on seletatav Pavlovi õpetusega kõrgemast närvitalitlusest. Teadvuse kadu, kurtust ja pidurdust tuleb vaadelda kui ülepiirilist pidurdust, mis levib suursuure koorelt madalamatele kõrgema närvisüsteemi osadele. See kaitsepidurdus on suunatud suursuure koore rakkude kaitseks tugevate ärrituste eest, mis esinevad seoses traumaga.

Pidurdusseisund kaob hiljem aeglaselt, kusjuures esmajärjekorras vabanevad pidurdusest fülogeneetiliselt vanemad aju osad. Kõige pealt vabanevad pidurdusest spinaalsed mehhanismid, seejärel koorealused tsentrumid ja lõpuks taastub ka ajukoore funktsioon. Haige tuleb teadvusele.

Kõige kauemini säilivad kahjustused selle koe osa funktsionaalses struktuuris, mis on seoses teise singaalsüsteemiga, kuna see osa on fülogeneetiliselt kõige noorem ja ka kõige vähem vastupidav.

R a v i . Ravil tuleb olla ettevaatlik narkootiliste ainete manustamisega, sest need pärsivad ka aju tüve funktsiooni ja seepärast varjavad haiguse kliinilist pilti. Suure tähtsusega on õigeaegne lumbaalpunksioon, mis on vajalik nii ravi kui ka diagnostika otstarbel.

Diagnostiliselt seisukohalt on vajalik seljaaju vedeliku rõhu määramine, mis kolju ja aju traumade puhul on sageli kõrgenenud. Samuti on tähtis ka liikvori koostise määramine - vere sisaldus, leukotsüütide olemasolu, valgu hulk. Ühekordne liikvori eemaldamine ravi otstarbel annab sageli vaid ajutist rõhu langust ja pole seepärast alati efektiivne. Koljusisese rõhu kõrgenemise puhul on tarvis teha korduvaid lumbaalpunksioone. Lumbaalpunksioone ei tule aga kasutada liialt, sest sageli pole võimalik saavutada koljusisese rõhu langemist vaatamata korduvatele punktsioonidele. Lumbaalpunksioone pole mõtet korrata üle 3-4 korra.

Lumbaalpunksioone tehakse tavaliselt III ja IV või IV ja V nimmelüli vahelt. Diagnostiliseks otstarbeks piisab 2-3 ml liikvori väljalaskmisest. Ravi otstarbeks eemaldatakse 10-15 ml liikvorit, s.o. kuni rõhu langema hakkamiseni. Rõhku määratakse kas vastava manomeetri abil või vedeliku tilkumise kiiruse järgi. Eemaldatud liikvor saadetakse uurimiseks laboratooriumi (vere punaliblede olemasolu, valgu protsent).

Raskelt kulgevate kolju aju traumade puhul viiakse lumbaalpunksiooni ajal selgroomkanalisse profülaktiliselt 50 000 Ü penitsilliini. Penitsilliin lahustatakse 5-7 ml füsioloogilises lahuses ja enne süstimist lastakse selgroomkanalist välja sama hulk liikvorit. Penitsilliini süstimise näidustuseks on temperatuuri tõus, ajukelme ärritussümptomid, lahtised vigastused.

Enamikul juhtudel kasutatakse konservatiivseid ravivõtteid. Koljusisese rõhu vähendamiseks kasutatakse rohkesti osmoosravi. Süstitakse hüpertoonilist keedusoolalahust, magneesiumsulfaati, glükoosi ja urotropiini. Neid lahuseid manustatakse 1-2 korda päevas mitme päeva kestel. Naatriumkloriidi süstitakse veeni 10%-lise lahusega 10-20 ml ööpäevas.

Hüpertoonilise keedusoolalahuse manustamise tulemusena täheldatakse mõnikord uut kiiret koljusisese rõhu tõusu. See on tingitud teisest aju paisumisest, mida põhjustab naatriumkloriidi sattumine ajukoosse.

Magneesiumsulfaat on mõningal määral vähema toksilise toimega. Teda süstitakse tavaliselt veeni 10 ml 25%-lise lahusega. Laialdast tarvitamist leiab 40%-lise glükoosilahuse süstimine veeni (40-60-100 ml). Samuti süstitakse ka lihastesse 1-2 ml 10%-list merkusaalilahust. G.I. Polinvets ja E.V. Nagarova soovivad süstida veeni 40%-lise glükoosilahuse ja 40%-lise magneesiumsulfaadilahuse segu vahekorras 2 : 1 ja 1 : 2, kusjuures paremaid resultate saavutati viimase kombinatsiooniga. Glükoosi hulga suurendamine halvendas haigete seisundit. Seda segu manustatakse iga päev või üle päeva 5 kuni 7 ml. Ravikuur koosneb 10-12 süstest.

Kolju ja selle sisuse vigastuste raviks on real juhtudel näidustatud operatiivne ravi.

Näidustused kolju trepanatsiooniks on järgmised:

- 1) aju kompressiooninähtude ähvardav süvenemine,
- 2) koljuluude vigastus, millega kaasub kompressiooni ja koljusisuse vigastus;
- 3) järsk aju tüve nähtude süvenemine koljusisese rõhu tõusu tulemusena.

Kolju ja selle sisuse lahtised traumad.

Lahtisi koljukoopasse ulatuvaid haavu jaotatakse vastavalt tekkemehhanismile muljumis-, raide-, torke- ja tulirelvahaavadeks.

Põhiline vahe lahtiste ja kinniste koljuvigastuste vahel seisneb selles, et lahtiste vigastuste puhul on võimalik infektsiooni areng kudede terviklikkuse katkemise tõttu. See asjaolu raskendab paranemiskäiku ja nõuab täiendavate profülaktiliste ja ravivõtete rakendamist.

Lahtistel vigastustel olenevad kliiniliste nähtude raskus ja haiguse lõpplähe haava lokalisatsioonist ja selle sü-

gavusest, olenevad sellest, milleni tungis haava tekitanud ese. Suurt ohtu kujutab endast verejooks.

Kõige raskemaks oma kulult osutuvad kolju tulirelvahaavad. Rahuajal esineb kolju tulirelvahaavu suhteliselt harva. Sõjaajal nad moodustavad 67,9% kõikidest kolju ja aju traumadest (I.S. Babtšin).

Sõltuvalt sellest, kas vigastus läbib ka aju kõvakelmet või mitte, eraldatakse ajukoopasse ulatuvaid ja ajukoopasse mitteulatuvaid vigastusi.

K l i i n i l i n e p i l t on lahtiste ajuvigastuste puhul raske, sõltub šokiseisundi väljakujunemisest, vapustusest, ajukompressioonist ja -põrutusest, samuti ka ajukahjustuse ulatusest ja verejooksu olemasolust.

Šokiseisundit ei täheldata rahuolukorras lahtiste aju traumade puhul mitte sageli.

Moskva Med. Stomatoloogia Instituudi Kirurgiakliiniku andmeil täheldati keskmise raskusega šokki (vererõhk 80/60 mm piirides) 4-5% kolju ja aju traumadest. Rasket šokki täheldati veelgi harvem.

R a v i . Operatsiooni teostatakse kolju ja aju lahtiste vigastuste puhul alles peale haige igakülgset uurimist (haava vaatlus, neuroloogiline ja röntgenoloogiline uuring). Ainult siis, kui on juba olemas selge ettekujutus vigastuse ulatusest, tuleb koostada täpne operatsiooni plaan. Vältimata tuleb operatsioon ette võtta siis, kui esineb ähvardav koljusisese rõhu tõus, mille põhjuseks on välised või koljusisised verevalumid.

Pea lahtiste traumade puhul teostatakse haava väljalõikamine või keelekujuline lõige, mis haarab kaasa naha- ja luuvigastust. Lapp on pööratud jalaga alla ja ta koosneb nahast, lihastest ja luust.

Peale aju paljastamist, luuvigastuse väljaselgitamist ja selle likvideerimist on vaja orienteeruda aju seisundis. Juhul, kui esineb kõva ajukelme nähtav pulsatsioon, pole vaja teda avada. Pulsatsiooni puudumisel osutub kõvakelme avamine sageli hädavajalikuks, sest pulsatsiooni puudumise põhjuseks

on tavaliselt hematoom. Hematoom tuleb eemaldada äärmise ettevaatusega ja seejärel likvideeritakse selle põhjus. Vere-sooned ligeeritakse ettevaatlikult peene siidiga ja seejärel õmmeldakse kõvakelme tihedalt kinni. Tuleb kontrollida, et ei jääks vaheksid õmbluste vahele. Tampoone ega dreene kõvakelme alla ei jäeta. Ajukõvakelme alla viiakse mitte rohkem kui 50 000 Ü penitsilliini, mis lahustatakse 1 ml füsioloogilises lahuses. Suured antibiootikumi hulgad kutsuvad haigel sageli esile piinarikkaid krampe, mis meenutavad epileptilist hoogu. Mõningatel juhtudel osutub ajukõvakelme defekt nii suureks, et tema servi ei õnnestu niidiga kokku tõmmata.

Defekti katmiseks võib kasutada kelme kihtideks lõhestamist Burdenko järgi, kuid see pole alati lihtne läbi viia ega õnnestu. Sellistel juhtudel võib kasutada fibrinikilet. Fibrinikile asetatakse kõva ajukelme defektile nii, et kile servad asetseksid kõva ajukelme peal ja mitte selle all. Peale selle pööratakse sellele kohale naha-lihase-luu lapp, mis selle ettevalmistamisel mähitakse sooja füsioloogilise lahusega läbiimmutatud marli kompressisse. Naha haav infiltreeritakse 0,25%-lise novokaiiniga, milles lahustatakse 100 000 Ü penitsilliini. Nahahaav õmmeldakse siidiga ja haava nurka jäetakse 24-48 tunniks kummidreen. Haavale pannakse piiritusega läbiimmutatud mähis, mida on vaja vahetada iga päev. Alates järgnevast päevast viiakse läbi penitsilliinikuur (õöpäevas 400 000 Ü). Ühekordne annus on 100 000 Ü. Süstitakse kell 8 hommikul, kell 12 ja 16 päeval ja kell 20 õhtul.

Operatsioonijärgsel perioodil tuleb selliste haigete puhul olla ettevaatlik narkootiliste ainete süstimisega. On otsustavaks süstida neile haigetele iga päev 10 ml 40%-list urotropiini, samuti ka 40-60 ml 40%-list glükoosilahust. See ravi on tavaliselt kasutatav kommotsioon-kontusioon sündroomi puhul, on aga näidustatud ka operatsioonijärgsel perioodil.

K o m p l i k a t s i o o n i d l a h t i s t e l k o l j u v i g a s t u s t e l . Lahtiste koljuluude murre puhul esinevatest tüsistustest on esikohal aju- ja tema kelmete põletikud (entsefaliit, meningiit, meningoentsefaliit).

Järsu koljusisese rõhu tõusu puhul, mida iseloomustab järsk peavalu ja koldesümptomide ilmumine, pulsi muutus, teadvuse tuhmumine või selle kadumine, on näidustatud lumbaalpunktsioon. Kui liikvor väljub üksikute tilkadena, lastakse teda välja 5-6-7 ml ja viiakse sisse mitte üle 50 000 Ü 0,5-1 ml füsioloogilises lahuses lahustatud penitsilliini. Mingil juhul ei tohi lahustada seljaajukanalisse süstitavat penitsilliini novokainis ega viia sinna üle 50 000 Ü penitsilliini. Suurte hulkade sisseviimisel täheldatakse epilepsiale sarnanevaid hooge.

Hilisemaks ja kaugtüsistuseks aju haavamiste puhul on ajuabstsess. Tavaliselt ta lokaliseerub trauma piirkonnas või selle läheduses.

Ajuabstsessi kliinilised sümptoomid seisnevad koljusisese rõhu tõusus, subfebrilises temperatuuris, leukotsütoosi ja settereaktsiooni kõrgenemises. Nende nähtude esinemisel võib alati oletada ajuabstsessi tekkevõimalust. Sellele on vaja mõelda alati, kui haigel 3-4 nädalat peale koljuvigastust, paranemisjärgus ja üldise heaolu juures ilmuvad järsku ülaltoodud sümptoomid. Ajuabstsessi diagnoosimisel on väga oluline ka neuroloogiline uuring, röntgenoloogiline leid, silmapõhja vaatlus ja liikvori uuring.

R a v i ajuabstsesside puhul on kirurgiline. Kasutatakse punktsioonimeetodit. Mäda imetakse välja ja sisse viiakse penitsilliini (mitte üle 50 000 Ü). Samuti kasutatakse ka abstsessi avamist või selle eemaldamist koos kapsliga.

Abstsessipunktsioone on mõnel juhul vaja teostada korduvalt. Korduva punktsiooni näidustuseks on taas ilmuvad haiguse sümptoomid.

KAELAHAIGUSED.

Topograafilis-anatoomiliselt on kael üks kõige keerukamaid kehaosi, kuna siin esineb rikkalikult organeid, lümfisõlmi, veresooni ja närve. Kaelal esinevate ägedate põletikuliste protsesside kulu mõistmisel on suure tähtsusega kaela fastsiate ja lümfisõlmede asetuse tundmine.

Kaelas on järgmised fastsiad:

1. Kaela pindmine sidekirme (fascia colli superficialis), mis moodustab tupe platüsmale ja katab kogu kaela pindmiselt.

2. Kaela pärisidekirme pindmine leht (lamina superficialis fasciae colli propriae), mis katab kogu kaela ja moodustab tupe rinnaku-rangluu-nibujätkelihastele ja trapetslihastele.

3. Kaela pärisidekirme sügav leht (lamina profunda fasciae colli propriae seu aponeurosis omoclavicularis Richet) on trapetsikujuline ja katab kaela ainult eest. Ülal kinnitub ta keeleluule, all rinnaku tagumisele pinnale ja rangluule, lateraalselt aga mm.omohüoideustele. Ta moodustab tupe kõikidele väikestele kaelalihastele.

4. Kaelasisene sidekirme (fascia endocervicalis) koosneb kahest lehest: parietaalsest lehest, mis katab väikeste kaelalihaste tupe seesmist pinda, ja visceraalsest lehest, mis katab kaela siseelundeid.

Parietaalse lehe jätku, mis katab lülisammast ja tema lihaseid, vaadeldakse kui lülisambaeesest sidekirmet (fascia praevertebralis). Kaelasisese sidekirme parietaalne leht moodustab eesmise seina ruumile, mis on tagant piiratud trahhead katva vistseraalse lehega. Seda fastsialehtedevahelist ruumi nimetatakse praevistseraalseks vahemikuks. Ta on ühenduses eesmise keskseinandiga. Ruumi söögitoru tagant katva vistseraalse lehe ja lülisambaeesse sidekirme vahel nimetatakse

retrovistseraalseks ruumiks. See vahemik on ühenduses tagumise keskseinandiga. Nendes vahemikkudes on palju kohevat si-dekudet, seepärast võivad põletikulised protsessid neid kau-du kergesti üle minna keskseinandile.

Olulisemaid lümfisõlmede gruppe on kaelal kaks: pindmi-sed ja süvad. Pindmised, lõuatsialused sõlmed koguvad lümfi alahuulest ja keelest, lõuaalused lümfisõlmed suuõõne sein-test, keelest ja ninast, kõrvatagused lümfisõlmed kolju kül-gmistest osadest ja näolt, kuklatagused lümfisõlmed kuklapiir-konnast. Süvad lümfisõlmed koguvad lümfi kogu kaelast ja peast. Kägiveeni ümber asetsevad lümfisõlmed paiknevad rin-naku-rangluu-nibujätkelihaste tagumisel serval ja rangluu-ülises augus. Kaela lümfisõlmedel on otsene ühendus rangluu-aluste lümfisõlmedega, mis asetsevad rangluualuses augus suur-te veresoonte teel.

Väärarengud.

Kaasasündinud kaelatsüstid ja fistulid.

Varem arvati, et kaasasündinud kaelatsüstide ja fistu-lite tekke põhjuseks on lõpuspilude kinnikasvamatus, ja neid nimetati branchogeenseteks. Hilisemad uurimised näitasid, et kaela keskjoone tsüstid ja fistulid tekivad embrüonaalses elus esinevast ductus thyreoglossus'est, külgmised tsüstid ja fistulid aga ductus thymopharyngeus'est. Esimestel, 3.-4. lootenädalal laskub keelepärast käik kuni kaela eesmise pin-nani. Selle käigu alumisest osast areneb kilpnääre, ülemisest osast aga säilib keelepäräl ainult foramen coecum. Ductus thyreoglossus'e mittetäielikul taandarengul säilivad üksikud käigu jäänused, millest arenevad fistulid ja tsüstid, mis oma mõõtmelt võivad ulatuda kuni kanamuna suuruseni. Nad asetse-avad keeleluupiirkonnas või sellest pisut madalamal. Fistulid arenevad juhul, kui alumine käigu ava ei kasva kinni või kui mädased tsüstid avanevad pinnale. Fistulid ei sulgu ilma ravita ja nad eritavad limast sekreeti, mis ärritab ümbritsevat nah-

ka. Fistulites toimub sageli põletikulise protsessi ägenemine. Keskjoone tsüstide ja fistulite diagnoosimine ei tekita tavaliselt raskusi, kui arvestada seda, et nad esinevad juba alates varasest lapseast.

Kaasasündinud külgmised kaela tsüstid ja fistulid arenevad ductus thymopharyngeos'e jäänustest. Kolmandal loote arengunädalal arenevad mõlemal poolel ürgneelust kaks lohku, mis muutuvad neelust kuni rinnakuni ulatuvateks kanaliteks. Selle käigu alumisest osast areneb hiljem glandula thymus ja muu osa käigust oblitereerub. Külgmised tsüstid ja fistulid asetsevad keskjoonest lateraalsemal, kuid alati rinnaku-rangluunibujätkelihasest eespool. Külgmised tsüstid võivad olla oma mõõtmetelt suured ja ulatuda kuni kaela keskjoonele.

R a v i kaela keskjoone kui ka külgmiste tsüstide ja fistulite puhul võib olla ainult kirurgiline, sest konservatiivsed meetodid ei vii tervistumisele. Kirurgiline ravi seisneb kogu fistulikäigu ja tsüsti jäänuste eemaldamises. Kui säilib osa käigust, on võimalikud retsidiivid. Käigu pikkuse väljaselgitamiseks enne operatsiooni on näidustatud fistulograafia (teostatakse kontrastainega, näiteks sergosiiniga, täidetud fistulikäigust röntgeniülesvõtte).

Kaela dermoidtsüstid.

Kaelal on dermoidtsüste harva. Nad esinevad peamiselt lapseas ja asetsevad enamikus keeleluust kõrgemal. Dermoidtsüste võib kergesti segada lümfisõlmedega, kuid suurenenud lümfisõlmed asetsevad tavaliselt rühmadena, kusjuures iga rühm koosneb mitmest sõlmest. Dermoidtsüstide ravi on operatiivne ja seisneb tsüstide täielikus eemaldamises.

Kaela roided.

Kaela roided on liigsed roided, mis lähtuvad tavaliselt VII kaelalülilist ja harvem VI või V lülilist. Sageli on nad kahepoolsed. Üksikjuhtudel on roided pikad, ulatudes kuni rinnakuni, enamikul juhtudest on nad aga lühikesed luulised moodustised. Kaela lisaroided ei põhjusta harilikult mingisuguseid häireid ega haiguslikke nähte. Traumade tulemusena võib tek-

kida käes valu, paresteesia või ka pulsi muutus. Lisaroided võivad olla kombeldavad rangluuülises augus. Lõplikku diagnoosi aitab selgitada röntgenograafia.

R a v i häirete puhul või valude ilmunisel seisneb lisaroidide eemaldamises, kusjuures retsidiivide vältimiseks tuleb roie eemaldada koos luuümbrisega. Operatsioonil tuleb silmas pidada suurte veresoonte ja närvide asetust.

Kõrkael (torticollis).

Selle nimetuse all mõistetakse püsivat pea painutatud seisust, mis võib olla tingitud mitmesugustest põhjustest: ägedast põletikulisest protsessist lümfisõlmedes (põletikuline kõrkael), armidest, nagu põletusarmid (kõrkael armist), kaelalihaste spastilisest seisundist (spastiline kõrkael) ja kõige sagedamini rinnaku-rangluu-nibujätkelihase lühenemisest selle armistumise tulemusena (lihaseline kõrkael).

Lihaseline kõrkael on tavaliselt kaasasündinud haigus, mis esineb sagedamini tütarlastel. Ta on peaaegu alati ühepoolne. Etioloogia ja patogenees pole senini veel küllaldaselt selgitatud. Kõige enam on põhjendatud seisukoht, mille järgi on kõrkael sünnitusaegne lihase trauma või lihase trauma tulemus üldse, millega pole kaasunud põletikulist protsessi.

Kõrkaela kliiniline pilt on äärmiselt tüüpiline: pea on painutatud küljele ja teda ei saa pöörata otse. Rinnaku-rangluu-nibujätkelihas on haigel poolel lühenenud ja pingul. Hiljem omandavad pea ja nägu selgelt nähtava asümmeetria. Pea osa (otsmik ja nägu) on kahjustatud poolel vähemad kui tervel poolel. Samuti on lülisammas kaela- ja rinnaosas kõverdunud.

Konservatiivne ravi, mis seisneb massaažis ja kipssidemetes, annab kõrkaela puhul vähe tulemusi, seepärast kasutatakse teda ainult vastasündinute juures ja kergetel juhtudel. Operatiivse ravi tulemused on paremad. See seisneb rinnaku-rangluu-nibujätkelihase jala ja seda ümbritseva armistunud tupe läbilõikamises. Rasketel juhtudel võib osutada vajalikuks kogu armistunud lihase läbilõikamine. Peale operatsiooni pannakse kohe peale kipsside ülekorrigeeritud seisus. Järg-

neb ravi massaaži ja võimlemisega. Operatiivne ravi on näidustatud varases lapseeas ja igal juhul enne, kui tekib näo ja kolju asümmeetria, mis hiljem ei taandarene.

Kaela traumad.

Kinnised ja lahtised vigastused.

Kaelavigastusi jaotatakse kinnisteks ja lahtisteks.

Kinnisi vigastusi esineb kaela eesmises osas suhteliselt harva, sest teda kaitsevad väljaulatuvad kehaosad. Põrutustel võivad tekkida siin lihaste rebendid ja hematoomid, mida ravitakse konservatiivselt, rahu ja soojusraviga. Võivad esineda ka keeleluu murrud. Juhul, kui fragmendid on nihkunud üksteisest kaugemale, tuleb neid paigaldada ja fikseerida operatiivsel teel.

Kaela lahtisi vigastusi esineb peamiselt sõjaajal, rahuajal aga harva. Oma sümptomatoloogialt on nad väga mitmekesised ja võivad kaelas olevate elutähtsate organite vigastuse tõttu olla väga ohtlikud. Eriti ohtlikud on veresoonte ja närvide vigastused.

Eraldatakse löike-, torke- ja tulirelvahaavu. Löikehaavad asetsevad peaaegu alati ristsuunas ja keeleluust madalamal. Need haavad veritsevad tugevasti ja nende servad on teineteisest eemal. Haavad, mis on tekitatud enesetappe sihiga, algavad paremakäelistel vasemalt ülalt ja kulgevad paremale alla. Kaela löikehaavadel esineb tavaliselt tugev väline verejooks, torkehaavadel aga tekivad sageli suured hematoomid, mis ulatuvad sügavatesse kudedesse.

R a v i on laskehaavade puhul operatiivne ja seisneb haava kirurgilises korrastuses. Haav õmmeldakse kinni tihedalt. Söögitõrvigastustel õmmeldakse selle seinad, muu osa haavast suletakse aga ainult osaliselt ja haava viiakse dren. Trahheavigastustel on kõige parem panna ajutiselt sisse trahheaalkanüül.

Veresoonte traumad.

Kaelavigastustel võib kaasuda rida väga ohtlikke tüsistusi, milledest olulisemaks on verejooks vigastatud veresoontest.

Enamikul juhtudest ligeeritakse arteriaalsete verejooksude puhul veresoone. Selle meetodikat kirjeldatakse operatiivkirurgia õpikutes.

Kõige sagedamini saab vigastada ühine unearter. Tema valendiku avamisel tekib tugev verejooks, mis juba mõne minutiga võib viia haige surmale. Ainult arteri torke- või seinmismisel haavadel õnnestub haige elu päästa õigeaegse ligatuuriga. Seesmise ja välise unearteri vigastusi täheldatakse harvem kui ühise unearteri vigastusi.

Ühise unearteri ligeerimine kutsub esile aju aneemia, mille tulemusena võib tekkida tugev ajukahjustus - aju pehmenemine, mis sageli lõpeb surmaga (25% juhtudest). Selle vältimiseks on soovitatav veresoone õmmelda, kui see on võimalik.

Tihti esineb ka rangluualuse arteri vigastusi. Ka selle arteri vigastus viib sageli surmale. Tulirelvavigastuse puhul võib areneda arteriaalne aneurüsm. Rangluualuse arteri ligeerimine võib viia ülajäseme kärbusele või selle rasketele toimetushäiretele, tuleb hoiduda selle ligeerimisest ja kasutada alati, kui see on võimalik, arteri õblemist. Teiste kaelaarterite (ülemise ja alumise kilpnäärmearteri, keelearteri, lüliarteri ja teiste) vigastusi esineb tunduvalt harvemini. Verejooksu sulgemiseks nendest arteritest kasutatakse arteri ligeerimist.

Kaelas asetsevate suurte veenide haavamised ei kutsu esile sellist tormilist verejooksu kui arterivigastused, kuid ka need verejooksud võivad viia ohtu haige elu. Venoosseid verejookse võib real juhtudel sulgeda sõrmega surumisel või rõhksidet kasutades. Kõige raskemaks komplikatsiooniks kaela-veenide vigastusel on õhkemboolia, s.o. õhu tungimine veeni rindkereõõnes esineva negatiivse rõhu ja südame imeva jõu tulemusena.

Õhu sattumisel veenidesse muutub haige nägu kahvatuks ja

parema südamepoole õhktamponaadi tulemusena seiskub süda, lakkab ka hingamine ja järgneb surm. Tavaliselt tungib õhk veeni tüüpilise vilistava heliga. Nendel juhtudel tuleb veen otsekohe avada ja selle valendik sulgeda, vajaduse korral liigutada.

Kaelaveenide vigastused võivad tüsistuda ka tromboosiga ja sellele järgneva embooliaga. Eriti ohtlikud on infitseedunud trombid.

Ajutine veeniverejooksu sulgemine on kergesti teostatav rõhu abil, lõplik - ligatuuri või veresoone õmbluse abil.

Traumaatilised aneurüsmid.

Veresoontevigastuse puhul võib areneda pulseeriv hematoom ja hiljem - traumaatiline aneurüsm. Arterivigastuse tulemusena areneb arteriaalne aneurüsm, kui aga on koos vigastatud arter ja veen, arenevad arterio-venoossed aneurüsmid.

Arteriaalsed aneurüsmid kaelal kujutavad endast elastse konsistentsiga soonjat tuumorit, mille kohal on kuulda selget süstoolset kahinat. Käte paigutamisel tuumorile on tunda pulsatsioon, mis mõnikord on nähtav ka vaatlusel. Aneurüsmi diagnoosimisel on oluline silmas pidada, et pulseeruda võivad ka kasvajad, kui nad asetsevad arteri kohal. Neil juhtudel toimub pulsatsioon ainult ühes suunas, aneurüsmi puhul aga igas suunas. Aneurüsm, rõhudes naabruses olevatele närvidele, võib põhjustada ka valu.

Ühise unearteri aneurüsmi puhul on tuumor palpeeritav tavaliselt rinnaku-rangluu-nibujätkelihaste all, välise unearteri aneurüsmi puhul - alalõua nurga all, rangluualuse arteri aneurüsmil - rangluuülises augus.

Arteriaalse aneurüsmi spontaanset paranemist peaaegu ei esine. Suurenedes võib aneurüsmi kott lõhkeda ja põhjustada surmavat verekaotust.

R a v i on aneurüsmide puhul ainult operatiivne. Operatsioon seisneb aneurüsmi koti eemaldamises ja soonte ligeerimises või nende kokkuõmblemises ots-otsaga.

Arteriovenoosseid aneurüsme esineb pisut sagedamini kui

arteriaalseid. Nad tekivad sageli ühise unearteri ja kägi-veeni vahel. Neil juhtudel on näo- ja kaelaveenid täitunud ja nägu on tsüanootiline. Arteriovenoossed aneurüsmid pulseerivad ja annavad pidevat, aegajalt tugevnevat surinat, mis sageli ka häirib haiget. Arteriaalse aneurüsmi puhul on kahin kuuldav ainult süstoli ajal.

Arteriovenoosete aneurüsmide ravi ja prognoos on sarnane arteriaalsete aneurüsmide omaga. Operatiivse ravi peamiseks ülesandeks on arteri- ja veenivalendiku üksteisest eraldamine.

Rinnajuha haavamised.

Kõige sagedamini toimuvad rinnajuha haavamised juhuslikult operatsioonil või tulirelvavigastustel. Selle vigastuse sümptomiks on vedeliku eritus haavast, mis sarnaneb piimaga. Rohke lümfi vool haavast on kurnav ja mõnel juhul võib isegi lõppeda surmaga.

Ravi rinnajuhavigastustel seisneb juha perifeerse otsa ligeerimises. Tsentraalne ots on suletud klapiga. On kirjeldatud üksikuid rinnajuhahaava paranemisjuhte tamponi all ilma operatsioonita.

Kaela põletikulised haigused.

Ägedad põletikud.

Kõige sagedasemaks põletikuliseks protsessiks kaelal on furunkulid ja karbunkulid. Tavaliselt esinevad nad kaela tagumisel pinnal, sest siin ärritatakse nahka kogu aeg mehhaaniliselt (kaeluse hõõrumine). Nii furunkulid kui ka karbunkulid võivad kaelal olla väga suured ja ägeda kuluga. Oma esimeses, infiltratiivses faasis, ei nõua need haigused operatiivset ravi, vaid konservatiivset: haigetele antakse rahu ja manustatakse penitsilliini. Mädases faasis on näidustatud operatiivne ravi, tehakse lõige, mis tagab mädale vaba ära-voolu. Häid tulemusi karbunkulite konservatiivsel ravil annab side salitsüülhappepulbriga, mis pannakse vahetult arenevale mädakoldele. Karbunkulile pihustatakse kloretüüli ku-

ni lumise kirme tekkimiseni, seejärel eemaldatakse ettevaatlikult valge pea ja selle kohale pannakse aide salitsüülhappepulbriga. Siduma peab iga päev.

M ä d a s e d l ü m f a d e n i i d i d j a k a e l a f l e g m o o n i d . Erilise tähtsusega on mädased protsessid, mis arenevad kaela sügavates kihtides ja võivad levida ümbritsevatele kudedele, laskuda alla läbi praevistseraalse ja retrovistseraalse vahemiku, minnes vahetult üle keskseinandile.

Kaela põletikulisi protsesse põhjustav infektsioon võib siseneda: 1) väljast (haavad, torked, kriimustused); 2) suuõõnest (karioossed hambad, mandlid), ninast, kõrvakoobastest, kurgust jne.; 3) vere ja mahlasoonte kaudu. Sügavate kaelaflegmoonide kulg on enamikul juhtudest raske ja prognoos tõsine.

Kaelaflegmoone või abstsesse esineb kõige sagedamini lõuatsialuses, lõuaaluses, rinnakuülises ja kuklapiirkonnas. Küllalt omapärast kliinilist pilti kujutavad endast külgmised kaelaflegmoonid, mis arenevad veresooni ümbritsevates kudedes.

Põletikuline protsess levib alalõua nurga piirkonnast alla piki veresooni ümbritsevaid kudesid, mõnikord isegi kuni rangluuni. Kõik kaelaflegmoonid algavad ägeda põletikulise tursena, mis levib ümbritsevatele kudedele. Hiljem toimub neis lagunemine ja areneb abstsess.

R a v i on operatiivne. Ainult haiguse algperioodil võib kasutada rööbiti penitsilliinraviga ka alkoholi või tavalisi kompresses kui ka füsioteraapiat. Protsessi progresseerumisel on vaja kohe teha intsisioonid. Arvestades kaela anatoomilisi iseärasusi, tuleb seejuures vältida soonte ja närvide vigastusi. Lõiked tuleb teha küllalt laiad, nii et seejuures oleks kindlustatud mädale vaba väljapääs.

Operatsioonijärgsel perioodil võivad esineda tüsistused veresoonte errusioonide ja sekundaarsete verejooksudena, mille likvideerimiseks võib osutada vajalikuks veresoone ligeerimine. Peale selle on võimalik sekundaarne kõri turse, mis viib raskendatud hingamisele. Mõnikord võib osutada hädavajalikuks trahheektomia.

Kroonilised põletikud.

Kaela lümfisõlmedes areneb sageli tuberkuloos. V.A.Saaki andmeil moodustavad tuberkuloossed lümfadeniidid 34% kirurgilisest tuberkuloosist. 90% lümfisõlmede tuberkuloosist lokaliseerub kaela lümfisõlmedes. Haigestumist esineb kõige sagedamini nooremas eas ja protsess algab tavaliselt lõuaalustes ja kaela lümfisõlmedes, mis asetsevad veresoonte läheduses. Protsessi kulg on krooniline. Sõlmed on algul kõvad, valutud ja liikuvad. Hiljem algab neis kaseosne lagunemine ja protsess läheb üle ümbritsevatele kudedele, mis viib põletikuliste konglomeraatide moodustumisele. Hiljem tekib mäda ja areneb välja külm abstsess. Juhul, kui see avatakse, arenevad kaua püsivad, visalt paranevad fistulid. Tuberkuloosseid lümfisõlmi tuleb eraldada vähi metastaasidest, sarkoomist ja kaelaaktinomükoosist.

R a v i peab olema üldine ja lokaalne. Haigele määratakse vastav režiim, suurendatud toiduratsioon, streptomütisiin, PASK'i ja teisi antibakteriaalseid preparaate. Paikse ravina kasutatakse helio-, kvarts- ja röntgenteraapiat. Külmaptsesse tuleb punkteerida ja neist mäda eemaldada. Mõnel juhul annab häid resultaate lagunevast sõlme kaseosse massi väljakraapimine või sõlme eemaldamine.

Aktinomükoos.

Kiirikseeni leitakse sageli karioossetes hammastes, seejärel on alalõua- ja kaelapiirkond aktinomükoosist kõige sagedamini kahjustatud. Kaelal areneb liikumatu kõva infiltraat, mis on tumeda, purpurpunase värvusega ja üksikute pehmemate kolletega. Nende kollete avamisel väljub paksu väikesi kollakaid tükke sisaldavat mäda (kiirikseene truusid). Mõnel juhul segatakse haigus ära vähi või tuberkuloosiga. Truuside leid mäda mikroskoobilisel uurimisel võimaldab haiguse õiget diagnoosimist.

R a v i k s kasutatakse joodkaaliumi ionoforeesi röntgenravi, penitsilliini ja antakse suu kaudu suurtes annustes joodkaaliumi. Pehmenenud kolded avatakse ja kratsitakse välja.

Edukalt on kasutatav ka immuunoteraapia lüseeeritud kiirikseene kultuuriga, mida G.O. Sutejeva poolt kombineeritakse röntgenteraapiaga.

Kaelakasvajad.

Healoomulistest kasvajatest esineb kaelal lümfangiome, häängiome, fibroome, lipoome ja carotissõlmekasvajaid.

Lümfangiomid asetsevad kõige sagedamini kaela külgmistes ja rangluuülistes piirkondades. Esineb kavernoosseid ja tsüstilisi lümfangiome. Nad kujutavad endast fluktureeruvaid tuumoreid, mida on võimalik ajutiselt sõrmedega tühjaks suruda.

R a v i seisneb tuumori eemaldamises ja röntgenravis.

Fibroome esineb nahal soolatüükataoliste moodustistena. Nad kuuluvad eemaldamisele.

Lipoomid esinevad sageli kaelal ja kuklal. Nad on sarjarjad nahaga liitunud tuumorid. Difuussed lipoomid võivad infiltreeruda rasvkoesse, nahaalusesse ruumi ja isegi lihasesse.

R a v i on kirurgiline ja seisneb kasvaja eemaldamises, kusjuures difuusse lipoomi eemaldamine tervikuna võib osutuda mõnikord raskeks.

Carotissõlmekasvajad esinevad harva, diagnoos selgub sageli alles operatsioonil. Kõige sagedamini esineb carotissõlmekasvajaid 20-50. eluaasta vahel. Kasvaja võib esineda nii paremal kui ka vasemal poolel, ta võib aga olla ka kahepoolne. Tavaliselt on ta ovaalse kujuga, asetsees pikiteljega pikuti kaela rinnaku-rangluu-nibujätkelihase taga. Kasvaja võib olla erineva konsistentsiga, liikuv ainult horisontaalses suunas. Tuumori liikuvust vertikaalses suunas, samuti ka liikuvust seoses neelamisega ei esine. Kasvaja palpeerimine pole valulik, nahk tema kohal on liikuv ja mõnikord pigmenteeritud. Kasvaja võib pulseerida ja tema kohal võib ka kuulda süstoolset kahinat, kuna tema läheduses on unearter. Kasvaja võib areneda kümneid aastaid, ilma et ta põhjustaks sub-

jekttiivseid kaebusi. Kasvaja surve kahjustab kõige sagedamini üitnärvi, tagasipöörduvat närvi ja sümpaatilist närvi, mille tulemuseks on peavalu, kohin kõrvades, hääle kähisemine ja minestus. Mõnikord täheldatakse hammaste neuralgiat ja raskendatud neelamist. Sageli täheldatakse valude kandumist oimupiirkonda, tuumori poolele. Parimaks diagnostiliseks tunnuseks osutub kasvaja liikuvus horisontaalsuunas ja vertikaalse liikuvuse puudumine. Ravi on operatiivne.

Kaela pahaloomuliste kasvajate hulka kuuluvad: lümfo-granulomatoos, lümfosarkoom, samuti ka primaarne ja sekundaarne vähk.

Lümfogranulomatoos on lümfisõlmede haigestumine, mis seisneb nende hüperplaasias ja granulatsioonkoe moodustumises. Viimase lõikepind on hallikaspunane, mõnikord ka kollaka varjundiga.

Haigus tabab ülekaalus mehi vanuses 20-40 a. Algul ilmuvad kaelal suurenenud lümfisõlmede pakeedid, seejärel suurenevad ka lihastealused ja kubeme lümfisõlmed. Samuti võivad suurenedä ka keskseinandi ja peritoneumitagused lümfisõlmed.

Haiguse kulg võib olla esialgu healoomuline ja haige üldseisund kannatab vähe, kuid hiljem progresseerub sõlmede suurenemine, nad liituvad pakeetideks, arenevad astsiit, tursed, kahheksia, ja haige sureb. Diagnoosi täpsustamisel on suure osatähtsusega biopsia.

R a v i annab mõningaid tulemusi lümfogranulomatoosi varasel perioodil. Kasutatakse röntgenravi. Kemoterapeutikumidest kasutatakse arseeni, salvarsaani, embihiini jt., kuid suurt efekti nende vahenditega tavaliselt ei saavutata.

Kirurgiline ravi tuleb arvesse üksikute isoleeritud sõlmede puhul või siis, kui tuumor avaldab rõhku närvidetele või elutähtsatele organitele.

Lümfosarkoomid on väga kiiresti kasvavad tuumorid, mis asetsevad peamiselt kaela külgmistel pindadel. Nad lähtuvad lümfisõlmedest ja võivad mõnikord olla väga suured.

Diferentsiaaldiagnostiliselt osutub sageli vajalikuks

proovitüki võtmine. Röntgen ja raadiumteraapia annavad mõnel juhul rahuldavaid, kuid mitte püsivaid tulemusi.

Primaarne vähk nimetatakse kaelal sageli ka branchogeenseks vähiks, kuna ta enamikul juhtudest saab oma alguse lõpuskaarte epiteeli jäänustest. Sellisel juhul ilmub kõva tuumor alalõua nurga all ja teda võib kergesti segada suu-, keele- või alahuulevähi metastaasiga lümfisõlmes.

Kaelapiirkonnavähi ainus ravi on operatiivne, kusjuures suurte veresoonte läheduse tõttu võib see olla väga raske.

Vähi metastaase esineb kaela lümfisõlmedes näo-, neelu-, keele-, mandlite ja piimanäärmevähi puhul küllaltki sageli. Kahjustatud sõlmed on kõvad, valutud, ja seniks, kuni nad pole liitunud ümbritsevate kudedega, vabalt liikuvad. Enamikul juhtudest räägib vähi metastaaside olemasolu lümfisõlmedes primaarse kolde inoperaabelsuse poolt.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvestada primaarset branchogeenset vähki.

III p e a t ü k k .

KILPNÄÄRMEHAIGUSED.

Kilpnääre (glandula thyreoidea) koosneb kahest külgmisest ja neid ühendavast suuremana või vähemana väljaarenenud kilpnäärme kitsusest. Umbes 1/3 juhtudest esineb tema ülemises osas püramiidikujuline vahesagar. Ülespoole võib ta mõnel juhul ulatuda kuni keeleluuni ja isegi kuni keele umbmulguni. See püramiidikujuline jätke kujutab endast embrüonaalses elus esineva ductus thyreoglossus'e jäänust, millest arenes kilp-

nääre. Kilpnääre asetseb selliselt, et tema kitsus on II ja III trahheaalrõnga kohal. Nääre ise on tihedas kontaktis trahheaga ja liigub neelamisel sellega kaasa.

Kilpnääret katab kaheleheline kapsel. Seesmine kapsli leht on tihedas seoses näärmega ja moodustab kilpnäärme ka vaheseinu. Teine leht katab väljastpoolt kogu kilpnääret ja kujutab endast kaela sügava sidekirme sisusepidist lehte. Kahe kapslilehe vahele jääb koheva koega täidetud ruum, mis sisaldab rikkalikku veresoonte võrku.

Kilpnääre asetseb ümber trahhea ja tema tagumine, külgmine osa ulatub peaaegu kuni söögitoruni. Siin asetsevad nääreme pinna vahetus läheduses kilpnäärmememanused näärmehormoonid, mis on kollakaspruunja värvusega. Trahhea ja kilpnäärme vahel asuvad tagasikulgevad närvid.

Kilpnääre saab oma verevarustuse välistest unearteritest ja alumistest kilpnäärmearteritest lähtuvatest ülemistelt kilpnäärmearteritelt, mis on kilpnäärme-kaela tüve haruks. Peale nende esineb mõnikord ka paaritu alumisim kilpnäärmearter, mis lähtub aordi kaarest või nimetust arterist.

Väärarengud.

Kilpnäärme asend võib olla juba sünnipäraselt ebanormaalne. Ta võib asetseda kõrgel, keelepära kõrgusel, rinnaku taga, trahhea või ka söögitoru taga.

Kilpnääre on organismis suure tähtsusega, ta reguleerib tsentraalnärvisüsteemi kaudu valkude, süsivesikute ja rasvade ainevahetust. Kilpnäärme hormoonis on toimeaineks thyroxin - kristalliline aine.

Kliinilised tähelepanekud on näidanud, et kogu kilpnäärme eemaldamine viib kasvuhäiretele, kasvu pidurdusele. Täiskasvanutel areneb välja raske haiguse pilt - müksödeem.

Kilpnäärme puudumisel (aplasia) või selle alaarenemisel esinevad arenguhäired, mis viivad müksödeemile ja kretinismile.

R a v i vastavate preparaatidega parandab sellistel juhtudel haige seisundit tunduvalt.

Kilpnäärme traumad.

Kilpnäärme kinnised vigastused ja põrutused esinevad kõige sagedamini hõõtsiku puhul. Tekib suurem või vähem hematoom. Lahtistel vigastustel (lõikehaavad, torkehaavad ja tulirelva haavad) on esiplaanil verejooks. Selle likvideerimiseks on vaja näärme parenhümatoosne kude kinni õmmelda ja vastavad vereooned ligeerida.

Hõõtsik.

Hõõtsikuks ehk struumaks (struma) nimetatakse kilpnäärme suurenemist tema koe vohamise tulemusena, mis ei ole põhjustatud põletikust, verevalumist ega ka kilpnäärme pahaloomulistest kasvajatest.

Etioloogiliselt seisukohalt jaotatakse hõõtsikuid endeemilisteks ja sporaadilisteks.

Üksikuid hõõtsiku juhte võib esineda kõikjal, kuid mõnel territooriumil tunduvalt sagedamini ja mitte üksnes inimestel, vaid ka loomadel. Euroopas on selliseks territooriumiks Alpi-de rajoon, Austria, Lõuna-Saksamaa ja eriti Šveits, kus kohati esineb hõõtsikut kuni 90% elanikkudest. Nõukogude Liidus esineb hõõtsikut Laadoga järve ümbruses, Uraalis, Volga ülemjooksul, mõnedes Siberi rajoonides, Ukrainas, Kesk-Aasias, Kaukasuses, Baikali taga ja Altais. Hõõtsikuid, mis on levinud teatud kindlas piirkonnas, nimetatakse endeemilisteks, üksikjuhtudena esinevaid hõõtsikuid nimetatakse sporaadilisteks. Peale selle on täheldatud hõõtsikuid ühiselamutes, kasarmutes kui ka koolides, kus nende esinemine meenutab epideemilisi haigusi.

Hõõtsiku endeemiat põhjustavaid faktoreid pole suudetud senini veel selgitada. Enamik autoreid arvab, et hõõtsiku endeemia põhiliseks etioloogiliseks faktoriks on joodi puudus joogivees. Need arvamused tuginevad katsetele, kus merisigadel on võimalik tekitada hõõtsikut, jootes neid pikemat aega endeemiakoldest toodud veega. On täheldatud, et hõõtsiku en-

deemia areneb neis kohtades, kus vesi sisaldab vähe joodi. Kilpnäärre sisaldab enam joodi kui teised organismi koed ja, nagu teada, on jood hädavajalik tema normaalseks funktsiooniks. Nähtavasti võib joodi vähesus joogivees viia kilpnäärme kompensatoorsele suurenemisele.

Naistel on hõõtsikut keskmiselt kaks korda sagedamini kui meestel. Hõõtsik esineb sageli ajutiselt, suguküpseks saamise perioodil ja võib kaduda jätmata järele jälge, kuid mõnel juhul võib ta jääda ka püsima.

Hõõtsikut jaotatakse difuusseks (struma diffusa) ja sõlmeliseks (struma nodosa). Difuusseks nimetatakse hõõtsikut siis, kui kilpnäärre on suurenenud ühtlaselt ja kahjustatud on kogu näärmekude, nodoosseks aga siis, kui on kahjustatud üksikud näärme osad ja suurenenud sõlmjate moodustiste tõttu on muutunud ka näärme kuju.

Oma histoloogiliselt ehituselt võib muutunud kilpnäärre olla väga erinev. Struma diffusa parenchymatosa puhul on vohanud normaalne näärmekude, ilma et sealjuures oleks suurenenud kolloidaalse aine hulk. Struma fibrosa puhul on vohanud peamiselt sidekude, kusjuures folliikulid võivad olla ka väikesemad kui normaalselt. Struma vasculosa'l on väga tugevasti arenenud veresoonte võrgustik. Struma colloides'e puhul on suurenenud folliikulites oleva kolloidaalse aine hulk, sageli ka folliikulite arv. Nodooosne struma võib olla parenhümatoosne või kolloidaalne.

Tuleb märkida, et kilpnäärme koe funktsionaalne seisund peabeldub sageli ka tema koe morfoloogilistes muutustes. Nii näiteks kaasub hõõtsikuga, milles on vohanud näärme epiteel, hüpertüreoos ja ümberpöörduvalt: epiteeli hüpoplaasiaga kaasub hüpotüreoos.

K l i n i l i n e p i l t . Hõõtsiku peamiseks sümptomiks on kilpnäärme suurenemine. Harilikult on hõõtsik hobuserauakujuline, asetsedes ümber trahhea. Ta võib olla ka ebaühtlase kujuga, kusjuures kas parem või vasem sagar on rohkem suurenenud. Tuumor on sile, tiheda konsistentsiga, liigub neelamisel koos trahheaga ülespoole, kuid pole koos kitsusega

liikuv trahhea suhtes. Hõõtsik võib olla sageli väga suurte mõõtmetega, seda eriti endeemilistes kolletes. Hõõtsik asetseb kaelalihaste ja fastsiate all, mis segavad tema kasvu. Suurenemisel avaldab hõõtsik rõhku ümbritsevatele kudedele ja organitele, põhjustades funktsioonihäireid. Esmajärjekorras võivad tekkida hingamishäired (rõhk trahheale) ja neelamishäired (rõhk söögitorule). Hingamishäiretega seoses arenev hapniku ainevahetuse puudulikkus põhjustab anokseemiat ja südame parema vatsakese hüpertroofiat. Surve tagasikulgevale närville põhjustab hääle kähedust. Peale selle esineb hõõtsiku puhul sagedase ja olulise sümptoomina kilpnäärme sisesekretoorse funktsiooni häire, millest on juttu allpool.

Haigus areneb väga aeglaselt ja juhul, kui hõõtsik ei rõhu naaberorganitele, võivad haigel paljude aastate jooksul puududa igasugused kaebused.

Hõõtsikut võib põhjustada ka atüüpiliselt asetsev kilpnäärre. Nii näiteks kaob "sukelduv" hõõtsik sissehingamisel rinnaõõnde ja ilmub taas kõhimisel või ka väljahingamisel rinnakupideme või rangluu kohale. Rinnaõõnes olev hõõtsik asetseb keskseinandis. Tal võib säilida side kilpnäärmega, ta võib aga areneda ka selle lisasagarast, olles mitte ühenduses kilpnäärmega. Hõõtsiku suurenemine keskseinandis võib ohustada haige elu, kuna ta võib avaldada rõhku keskseinandis asetsevatele elutähtsatele organitele.

D i a g n o o s . Tavalise hõõtsiku diagnoosimine ei valmista erilisi raskusi, kui pidada silmas trahheal asetseva hobuserauakujulise tuumori liikumist neelamisel. Diagnoosi täpsustamisel aitab kaasa kilpnäärme endokrinoloogilise funktsiooni uurimine. Rindkeres asetseva rinnakutaguse hõõtsiku diagnoosimine on raskem, kuna teda tuleb eraldada keskseinandikasvajatest ja aordianeurüsmist. Selle hõõtsiku diagnoosimisel on väga tähtis röntgenoloogiline uuring.

Hõõtsiku profülaktika seisneb joogiveepunktide ja üldsanitaarhügieeniliste tingimuste eest hoolitsemises. Häid tulemusi annab profülaktika joodiga.

R a v i . Hõõtsiku parenhümatosse vormi puhul, kui

see esineb suguküpeks saamise perioodil, annab tulemusi konservatiivne ravi, mis seisneb joodi manustamises väikestes annustes. Selle tulemusena muutub kollaid vedelamaks ja kandub kergemini lümfisoontesse. Tulemuseks on kilpnäärme vähenemine.

Neil juhtudel, kui joodiravi ei anna tulemusi, kui suurenenud kilpnääre rõhub naaberorganitele, eelkõige trahheale, kui ta segab südame tegevust või kui hõõtsik moonutab haige väljanägemist, on näidustatud selle operatiivne eemaldamine - strumectomia.

Kogu kilpnäärme eemaldamine viib rasketele ainevahetuse häiretele ja müksödeemile. Normaalseks ainevahetuseks on vaja säilitada osa kilpnäärmest.

Hõõtsiku likvideerimiseks on kaks operatsiooni võimalust. Nodcosse hõõtsiku puhul teostatakse enukleatsioon ehk hõõtsikusõlme väljakoorimine kilpnäärmekoest. Kõikidel ülejäänud juhtudel on näidustatud resektsioon ehk suurema või vähema osa muutunud kilpnäärmekoe eemaldamine.

Komplikatsioonidest, mis kaasuvad kilpnäärme operatsiooniga, tuleb märkida verejooksu, õhkembooliat ja tagasikulgeva närvi vigastusel tekkivat afooniat.

Epiteelkehakeste eemaldamisel areneb tetaania. Selle haiguse raviks kasutatakse 10%-lise kaltsiumkloriidilahuse süstimist veeni või kilpnäärmemanuse näärme siirdistutamist.

Funktsioonihäiretega seotud kilpnäärmehaigused.

Kilpnäärme funktsioon võib olla häiritud kas selle suurenemise (hyperthyreosis) või vähenemise (hypothyreosis) suunas.

Basedow' tõbi.

Basedow' tõbi ehk primaarne türeotoksikoos areneb hüpertüreooosi taustal ja iseloomustub omapärase kliinilise pildiga. Ta esineb peamiselt nooremas eas ja sagedamini naistel.

Etioloogiliselt on tähtsad psüühilised traumad ja pikenähtkestusega rasked elamused.

Türeotoksikoosi põhiliseks tunnuseks on eksoftalmia, hõõtsik, trahhükardia ja käte värisemine.

Eksoftalmia on Basedow' tõve puhul sageli väga tugevas-ti välja kujunenud. Silmad on suured, läikivad. Alla vaatami-sel jääb maha ülemine laug, üles vaatamisel jääb aga maha alumine laug. Eksoftalmia on põhjustatud sümpaatilise närvi-süsteemi ärritusest.

Kilpnääre ei ole Basedow' tõve puhul tavaliselt suur, ta on tihe ja sarnaneb parenhümatoossele hõõtsikule. Hõõtsi-ku mikroskoobiline pilt võib olla erinev. Hõõtsik võib olla parenhümatoosne, kolloidne ja mõnikord isegi vaskulaarne. Haigus põhjustab tugevat trahhükardiat, pulsisagedus ulatub 120-130 löögini minutis ja pole alati rütmiline. Ärritustel ja pingutustel ta sageneb veelgi. Esineb südamekloppimine, haige nägu on punetav. Hiljem võib areneda ka südame laiene-mine ja müokardi kahjustus. Esineb käte värisemine, mida on kergem sedastada siis, kui käed sirutatakse laialiaetud sõr-medega ette.

Basedow' tõve haiged on äärmiselt kergesti ärrituvad, tujukad, nende meeoleolu muutub kiiresti, nad nutavad sageli, kannatavad unepuuduse all, nende mälu on halb. Kõik see rää-gib selle haiguse sõltuvusest suurajukoore funktsioonist.

Haigetel on ainevahetus tunduvalt kõrgenenud, hapniku tarvidus on suurenenud, samuti on suurenenud uriiniga erituv lämmastiku hulk. Põhivahetus on kõrgenenud. Haigetel on alati palav. Nad ei saa magada vaiba all, katavad end ainult linaga, higistavad. Esineb kõhulahtisus, mille tulemusena areneb kahheksia. Naistel lakkab menstruatsioon. Mõnikord langevad välja juuksed. See raske haiguspilt ei arene tava-liselt järsku, vaid järkjärgult süvenedes.

Basedow' tõve teket püütakse seletada türeogeense teoo-riaga, mille kohaselt haiguse põhjuseks on sisesekretoorse te näärmete, eelkõige kilpnäärme funktsiooni häired (hüpertüreos düstüreos, türeotoksikoos).

Konstitutsionaalse teooria kohaselt on Basedow' tõve põhjuseks neuropaatiline konstitutsioon, mille puhul kergesti

arenevad kilpnäärme funktsiooni häired.

Türeetoksikoos võib olla primaarne ja sekundaarne. Primaarne on ta siis, kui hüpertüreooosi sümptoomid arenevad kohe haiguse algul, sekundaarne, kui nad arenevad välja hiljem, varem arenenud hõõtsiku taustal (toksiline sõlmjas hõõtsik). Viimase türeetoksikoosi vormi puhul puudub tavaliselt punnsilmsus. Hõõtsik koosneb ühest või mitmest sõlmest, mis on adenomatoosse ehitusega.

D i a g n o o s väljakujunenud haigussümptomide puhul (hõõtsik, punnsilmsus, südamekloppimine) pole raske. Raske on Basedow' tõve diagnoosimine siis, kui eksoftalmia puudub ja hõõtsik on väikene.

R a v i on Basedow' tõve varasel perioodil konservatiivne. Haige peab olema allutatud kindlale režiimile, mis võimaldab rahu haige psüühikale ja kogu närvisüsteemile. Haige peab olema eraldatud tavalistest tingimustest ja ravi toimub statsionaaris või kuurordis. Haigetele manustatakse rahustavaid vahendeid ja mõnel juhul ka väikestes annustes joodi. Viimase kasutamine annab mõningaid tulemusi ainult haiguse algstaadiumis. Kui see ravi ei anna tulemusi, on näidustatud kirurgiline ravi, mis seisneb strumektoomias, nagu seda teostatakse ka tevaliste hõõtsikute ravil.

Erilist tähelepanu on vaja pühendada nende haigete ettevalmistusele operatsiooniks. Neil peab olema maksimaalne rahurežiim. Nad paigutatakse üksikpalatisse, eemale rasketest haigetest. Tuleb vältida kõiki ärritavaid faktoreid. Haigetele antakse rahustavaid vahendeid ja väikestes annustes joodi, mis parandab haige seisundit, muutes operatsiooni vähem ohtlikuks.

Operatsioonijärgses perioodis vajavad need haiged head hoolitsust. Tuleb jälgida haige südametegevust. Määratakse piimadieet.

Peale operatsiooni toimub paranemine Basedow' tõvest 85-89% juhtudest. Suremus ulatub kuni 7% (Kadnikov, 1914). Hilisematel andmetel (V.A. Martõnov) ulatub see 5%, O.V. Nikolajevi andmeil alla 1%.

Hüpotüreos.

Hüpotüreos areneb kilpnäärme funktsiooni puudulikkuse tulemusena. Kilpnääre võib puududa kaasasündinult, võib olla eemaldatud operatsiooni teel või atrofeeruda peale põletikku. Kilpnäärme alafunktsiooni tulemusena areneb müksödeem ja kretinism.

Müksödeem kujutab endast türeotoksikoosile vastupidist pilti. Ainevahetus on aeglustunud, nahk kuiv, esineb külmataunne, psüühika on loid. Põhiliseks sümptoomiks on näo, kaela ja rinna ülaosa turse. Limaturse puhul ei jää peale sõrme surumist järele lohku.

Väljakujunenud müksödeemi puhul ei valmista diagnoos erilist raskust. Raviks kasutatakse kilpnäärme preparaate. Näärme siirdistutamisega pole saavutatud tulemusi.

Kilpnäärme põletikud.

Normaalse suurusega kilpnäärme põletikke nimetatakse türeoidiidiks, struumapõletikku strumiidiks.

Infektsioon võib sattuda kilpnäärmesse vahetult haava kaudu või mitmesuguste infektsioonide haiguste puhul (gripp, sepsis jt.) ja ka hematogeenselt.

Ägeda kilpnäärme põletiku sümptoomiks on pingetunne ja valu kilpnäärme piirkonnas, temperatuur on kõrge, neelamine ja hingamine on raskendatud. Põletik võib lõppeda parenhümaatoosse koe osalise või täieliku hävinguga, sellele järgneva müksödeemiga. Mäda tekkimisel võib see perforatsioonida väljapoole, neelu või trahheasse.

R a v i k s on rahu, penitsilliin ja mäda tekkimisel intsisioon.

Kroonilised kilpnäärme põletikud võivad esineda sekundaarselt peale üldist strumiiti, aga ka primaarsetena. Kroonilistele strumiitidele on iseloomulik väga tihe konsistents, mis on parenhümaatoosuses koes arenevate degeneratiivsete protsesside tulemus. Sellist tihedat näeret "nagu raud" kirjeld

das Riedel ja see haigus kannab Riedeli struuma ehk hõõtsiku nimetust. Arenedes võib üle minna näärmelt ümbritsevatele kudedele, moodustades ühtse, tiheda infiltraadi. Kilpnäärme- piirkonnas on valud, neelamine ja hingamine on takistatud.

Diagnoosides Riedeli struumat, tuleb teda diferentseerida kilpnäärme pahaloomulistest kasvajatest. Kahtluse korral otsustab küsimuse mikroskoobiline uuring.

R a v i on peamiselt kirurgiline ja seisneb kilpnäärme üksikute osade eemaldamises.

Kilpnäärme kasvajad.

Kasvajaid täheldatakse kilpnäärmes suhteliselt harva. Nad võivad olla nii hea- kui ka pahaloomulised. Healoomulisi kasvajaid, teratoome, müoome või fibroome esineb väga harva. Pahaloomulisi, sarkoome ja vähke esineb sagedamini, eriti vanuses 40-60 a. Vähk esineb sagedamini naistel, sarkoom aga meestel. Sarkoome (ümar- ja hiidrakulised) täheldatakse harvem kui vähki, ta on aga palju pahaloomulisem. Vähk (tavaliselt adenokartsinoom) on vähese kalduvusega kiireks kasvuks ja naaberkudede hävitamiseks.

Pahaloomulisuse tunnuste hulka kuulub tihedate sõlmede esinemine näärmes, kiiresti tekkiv liitumine ümbritsevate kudedega. Seejärel ilmuvad sümptoomid vastavalt nendele organitele, kus levib tuumor.

Metastaase esineb vähi puhul sageli. Diagnoosimisel tuleb vähki eraldada Riedeli struumast ja kroonilisest põletikust.

Kilpnäärme pahaloomuliste kasvajate puhul on näidustatud näärme täielik eemaldamine, millele järgnevalt tuleb opereeritule pidevalt süstida kilpnäärme preparaati.

SÖÖGITORUHAIGUSED.

Söögitoru kujutab endast torujat organit, mis algab sörmuskõhre tagant, VI kaelalüli kõrgusel, ja kulgeb piki selgroogu kuni suubumiseni makku. Söögitorus esineb kolm kitsust: ülemine - söögitoru alguses, keskmine - trahhea bifurkatsiooni kohal ja alumine - kohal, kus söögitoru läbib diafragmat. Söögitoru pikkus on 22-26 cm, sõltudes organismi individuaalsest ehitusest. Esimestest lõikehammastest kuni kardiani on 37-42 cm. Söögitoru jaotatakse kolme ossa: kaelaosa - pars cervicalis, rinnaosa - pars thoracalis ja kõhuosa - pars abdominalis. Söögitorusein koosneb mitmekihilise lameepiteeliga kaetud limaskestast, submukoossest kihist, milles kulgevad veresooned ja närvid, ja lihaskihist. Söögitoru verevarustus toimub tema ülemises osas alumiste kilpnäärmearterite ja bronhiaalarterite kaudu, alumises osas aga vasema alumise vahelihaarteri ja vasema maarteri kaudu. Lümfivool söögitorult toimub kaela süvade, keskseinandi, mao väikesel kõverikul ja aordi vahetus läheduses asuvate lümfisõlmede kaudu. Söögitoru innerveeritakse peamiselt uitnärvipõimiku poolt.

Söögitoru uurimismeetodid.

Peamisteks söögitoru uurimismeetoditeks on sondeerimine, röntgenoskoopia (või röntgenograafia) ja ösofagoskoopia.

Söögitoru sondeerimise abil on võimalik määrata kitsendi asukohta ja selle ulatust. Sondeerimist teostatakse tavaliselt elastsete kummist sondidega. Trousseau metallsonde otsakruvitavate mitmesuguste läbimõõduga oliividega enam ei kasutata. Sondeerimist võib teostada nii haige istudes kui ka lamades. Sond viiakse kuni takistuseni ja määratakse kaugus takistusest kuni ülemiste lõikehammasteni. Kui sond ei läbi kitsust, võetakse stenoosi läbitavuse määramiseks pee-

nem sond. Kui tekib veritsemine, katkestatakse sondeerimine. Juhul, kui on vähimgi kahtlus söögitoru tuumorile, ei teostata sondeerimist, sest patoloogiliselt muutunud söögitoruseinad võivad perforereeruda ja põhjustada mediastiniiti. Perforatsiooni põhjuseks võivad olla ka söögitoruseina põletikulised muutused. Seepärast on vaja, et ägedatel põletikujuhtudel teostataks sondeerimist äärmiselt ettevaatlikult ja kui võimalik, tuleb see asendada teise, mitte vähem täpse, kuid palju ohutuma meetodiga - röntgenoskoopiaga.

Röntgenoskoopia osutub kahtlemata kõige ohutumaks söögitoru uurimismeetodiks ja seepärast tuleks seda kasutada esmajärjekorras. Röntgenoskoopia on söögitoruhaiguste diagnoosimisel väga oluline. Röntgenoskoopial on võimalik näha söögitoru kontuure igas suunas, samuti on kontrastaine läbimisel nähtav ka tema peristaltika. Tema abil saab määrata söögitoru kitsendeid ja nende iseloomu kui ka laiendeid ülalpool kitsendit. Samal meetodil on võimalik määrata võõrkehade olemasolu, nende suurust, kuju ja asendit. Vajaduse korral on võimalik fikseerida saadud andmeid ka filmil.

Viimasel ajal on üha laiemalt hakanud levima üks kõige kaasaegsematest söögitoru uurimismeetoditest - cesophagoscopia. Öönsa käepidemega metalltoru abil, mis viiakse söögitorusse, on võimalik vaadelda kogu söögitoru limaskestas. On nähtavad võõrkehad, armid, divertiiikulid ja kasvajad. Spetsiaalsete instrumentide abil on võimalik eemaldada võõrkehi ja võtta tuumoritest uurimiseks proovitükke. Ösofagoskopeerimist teostatakse peale kurgu anesteseerimist 5-10%-lise novokainiga kas haige istudes või lamades. Protseduur nõuab samuti kui sondeeriminegi suurimat ettevaatust, sest söögitoruseina mulgustumise puhul areneb mediastiniit, mis võib lõppeda surmaga.

Söögitoru väärarengud.

Väärarenguna, kuigi äärmiselt harva, võib esineda söögitoru puudumine või selle osaline obliteratsioon erinevas kõrguses. Väärarengu peamiseks sümptomiks on see, et haiged ei

saa neelata ja oksendavad. Sondeerimisel ei läbi sond söögitoru.

R a v i k s on gastrostoomia. Viimasel ajal kasutatakse edukalt ka plastilisi operatsioone, millega taastatakse söögitoru läbitavus. Kaasasündinud arme ja divertiikuleid vaadeldakse vastavates osades hiljem.

Söögitoru traumad.

Söögitoruvigastused võivad olla tekitatud väljastpoolt või seest, s.o. söögitoruvalendikust. Seestpoolt võivad söögitoruvigastused tekkida temasse sattuvate võõrkehadega või uurimise otstarbel sisseviidud instrumentidega (sond, ösofagoskoop jt.). Rinnaosas asetseb söögitoru sügaval ja ta on ümbritsetud elutähtsatest organitest (sooned ja närvid), seepärast esineb selles osas söögitoru isoleeritud vigastusi väga harva. Söögitoru kaelaosa vigastusi esineb suhteliselt sagedamini. Ka sellega kaasuvad veresoonte või teiste kaelaorganite vigastused. Söögitoruvigastustel voolab haavast välja sülg ja ka allaneelatud vett, selle tulemusena infitseerub haav kiiresti. Arenev põletik levib söögitoru ümbritsevas koes allapoole - keskseinandile.

Söögitoru rinnaosa haavadega võivad kaasuda ka südame, pleura ja keskseinandi suurte veresoonte vigastused.

Suurte veresoonte vigastusel tekib tugev verejooks. Kopsu- või trahheavigastusel areneb keskseinandi emfüseem, mis on diagnoositav rangluuülistes aukudes tekkiva nahaaluse õhk-emfüseemi kaudu. Söögitoru haavamistel satub infektsioon söögitoru ümbritsevasse koesse, põhjustades enamikul juhtudest mediastiniiti.

Söögitoru kõhuosa vigastused on seoses peritoneumivigastusega, seetõttu on võimalik peritoniidi teke.

R a v i söögitoruvigastustel seisneb koheses operatsioonis, vigastatud seinte õblemises. Teostatakse haava primaarne kirurgiline töötlemine. Söögitorusein õmmeldakse, ülejäänud haava osa tamponeeritakse. Juhul, kui haavas esineb

põletikunähte, ei õmmelda haava, vaid ravitakse lahtiselt. Haigel keelatakse söömine. Süstitakse naha alla füsioloogilist lahust, 5%-list glükoosilahust või toidetakse teda läbi söögitoru viidud peene sondi kaudu. Mõnikord osutub vajalikuks mao fistuli tegemine. Söögitoruvigastuste tulemusena võivad areneda kitsendid ja fistulid.

Söögitoruvigastustel on tavaliseks sümptoomiks valu. Peale selle võib esineda ka mediastinaalne emfüseem, mediastiniit ja kaasuvate pleuravigastuste puhul ka õhkrind.

Rasketes traumajuhtudega võib kaasuda ka söögitoru rebend. Neil juhtudel esinevad peale valude ka lämbusnähud tsüanoos ja nahaalune õhkemfüseem rangluuüldistes piirkondades.

R a v i seisneb söögitoru väljaprepareerimises ja võimaluse korral rebendi kinniõmblemises.

Võõrkehad söögitorus.

Võõrkehad võivad sattuda söögitorusse koos toiduga (kalaluud, kondi- ja lihatükid), neelatakse alla laste poolt mängides (nööbid, rahad, seemned jt.) või ka täiskasvanute poolt töö ajal, kui neil on harjumus hoida suus naelu, kruve, splinte jne. Söögitorusse võivad sattuda ka hambaproteesid.

Võõrkehad peatuvad tavaliselt ühes söögitoru kitsustest, kõige sagedamini ülemises ja kõige harvemini alumises kitsuses. Siledad korrapärase kujuga, mitte liiga suured võõrkehad lähevad kergesti makku, ilma et nad põhjustaksid häireid. Krobelised teravaservalised võõrkehad peatuvad söögitorus. Nad võivad vigastada limaskesta või põhjustada söögitoruperforatsiooni, mille tulemusena arenevad söögitoru ümbruses kaelaosas rasked septilised flegmoonid, rindkereosas aga mediastiniidid. Perforatsioon võib toimuda ka trahheasse, selle tulemusena tekib trahheo-bronhiaal fistul, või pleurasse, mille tulemuseks on mädane pleuriit.

K l i n i l i n e p i l t on söögitoru võõrkehade puhul väga mitmekesine, sõltudes võõrkeha suurusest, kujust ja tema teistest omadustest. Põhiliseks sümptoomiks on valu

kurgus ja söögitorus, mis neelamisel suureneb, põhjustades neelamist segavat söögitoru spasmi (düsfaagia). Juhul, kui neelatav pala jääb peatuma neelus (liha, leib), võib ta sulgeda kõri avause ja põhjustada lämbust. Võrkehad, eriti just pehmed, võivad peatuda söögitorus, ilma et nad annaksid niimetamisväärseid sümptome. Nad võivad seal püsida nädalate ja isegi kuude kestel. Võrkehade puhul eritub kõhides sageli rohkesti sülg, millele võib olla segunenud ka verd, viimane ei kuulu oluliste sümptomide hulka. Suure profuusse verejooksu esinemine on võimalik siis, kui söögitoru perforerub aorti.

D i a g n o o s i d a saab võrkeha söögitorus alles peale haige hoolikat uurimist. Enamikul juhtudest vihjab haige ise juba võrkeha sattumisele söögitorusse. Uuringuid tuleb alustada suu ja kurguõõne vaatlusega. Mõnel juhul õnnestub vaatlusel näha mandlitel või neelus asuvat luud, mida on võimalik ettevaatlikult eemaldada pintseti või korntangide abil. Pisut sügavamal asetsevat võrkeha õnnestub sageli näha kurgupeegli abil. Väikseid luud, kui nad asetsevad mandlite taga või limaskesta voltides, on sageli raske näha. Neid on mõnikord võimalik sedastada, palpeerides limaskesta sõrmega. Veelgi sügavamate võrkehade otsimisel tuleb rakendada teisi meetodeid. Röntgenoloogiliselt on hästi nähtavad kõik võrkehad, mis koosnevad röntgenikiiri mitteläbilaskvast ainest (naelad, nõõpnõelad, rahad jt.). Kiiri läbilaskvate võrkehade kindlakstegemiseks soovitatakse anda haigele juua suutäis baariumsulfaati, mis võimaldab määrata selle asendit ja suurus. Pehmeid peeni teravaid kalaluukesi ei saa määrata röntgeni abil. Seda tüüpi võrkehade olemasolu kindlakstegemiseks osutub sageli mõõdapääsmatult vajalikuks ösofagoskoopia. Viimane annab võimaluse võrkehi näha ja kindlaks teha nende asendi ja kuju. On võimalik vaadelda söögitoruseina ja välja selgitada ühe või teise vigastuse olemasolu. Paljudel juhtudel on ösofagoskoobi abil võimalik ka võrkeha eemaldamine. Söögitoru sondeerimist võrkehade puhul ei soovitata.

R a v i . Võrkehad, mis on sattunud söögitorusse ja

võivad põhjustada perforatsiooni või kahjustavad selle seinu pikemaajalise surve tulemusena, tulevad kiiresti eemaldada. Luid ja teisi võõrkehi, mis asetsevad neelus, on võimalik eemaldada pintsetiga või sõrmedega. Võõrkehi, mis asetsevad sügavamal söögitorus, soovitatakse eemaldada ösofagoskoobi abil. Üksikjuhtudel, kui võõrkeha eemaldamine konservatiivsete võtetega ebaõnnestub, on näidustatud operatiivne vahelesegamine. Kõrgel asetsevate võõrkehade puhul teostatakse ösofagotoomia kaelal, kui aga võõrkeha asetseb kuni 8 cm kardiast kõrgemal, teostatakse söögitoru alumise osa revisjon gastrosotoomia kaudu.

Söögitorupõletikud.

Söögitorupõletikud võivad olla ägedad kui ka kroonilised.

Ägedad põletikud söögitoru limaskestal arenevad keemiliste, termiliste või ka mehhaaniliste ärrituste tulemusena, samuti aga ka mõnede infektsioonihaiguste tulemusena (leetrid, sarlakid, tüüfus jt.).

S ü m p t o o m i d : neelamisel, pea pööramisel ja söögitoru kaelaosas palpeerimisel esineb valu. Valulikud on ka rõhatused ja okseliigutused.

R a v i . Kergetel juhtudel toimub paranemine 2-3 päeva, raskematel juhtudel on vajalik täielik rahu, tuleb hoiduda joomisest ja kasutada narkootikume.

Söögitoru peptilisi haavandeid (võivad mõnikord kaasuda machaavanditega) esineb väga harva. Nad asetsevad tavaliselt söögitoru alumises osas, ülevalpool kardiati. Sümptoomideks on valu, düsfaagia ja mõnikord ka veritsemine. Röntgenoloogiliselt on haavandi kohal sedastatav nišš.

Söögitorusöövitused.

Põletusi kuumade toitudega esineb söögitorus harva, sagedamini suus ja neelus. Söögitorus kahjustub tavaliselt ai-

nult kõige pindmisem limaskesta kiht, mille paranemine toimub juba mõne päevaga.

Söövitusi, keemilisi kahjustusi, esineb söögitorus suhteliselt rohkesti kas eksikombel või enesetappe otstarbel sissevõetud leeliste või hapete kahjustava toime tulemusena. Vigastuse ulatus sõltub söövitava aine iseloomust, kontsentratsioonist ja toimeajast. Tugeva toimega hapete joomisel esinevad söövitused peamiselt suus ja neelus, sest happe ühinemisel veega langeb tema kontsentratsioon kiiresti.

Söövitused on tavaliselt kõige ulatuslikumad söögitoru füsioloogiliste kitsuste kohal: tema alguses, trahhea bifurkatsiooni kõrgusel ja ülalpool söögitoru suubumist makku.

Kergemel juhtudel taastub kahjustatud limaskest ja toimub täielik tervistumine. Raskematel juhtudel, kui kahjustused on sügavamad, nekrotiseerub ja irdub limaskest. Tema all areneb granulatsioonkude. Järgneb armistumine, mille tulemusena söögitoru kitseneb ja see võib viia söögitoru täieliku läbimatuseni. Mõningatel väga rasketel söövitustel kahjustub kogu söögitorusein, tekivad söögitoru ümbruse flegmoonid, mille tulemusena haiged sageli surevad.

Söövitustega kaasnevad valud suus, neelus ja söögitorus. Võib esineda ka verine okse, lämbumistunne, hirmutunne ja rahutus.

Kergematel juhtudel paraneb haige seisund mõne päeva möödumisel, kuid 3-4 nädala pärast ilmuvad armistumisnähud, mis põhjustavad düsfaagiat.

R a v i söövituste puhul seisneb mao ja söögitoru loputustes neutraliseerivate lahustega (söövitustel leelistega antakse 2-3%-list sidrunhappelahust või acidi muriadici diluti; söövitustel hapetega loputatakse söögisoodalahusega). Haigetel keelatakse joomine, asendades see nahaaluste infusioonidega (füsioloogiline lahus) ja tilkklistiiridega. Ordineeritakse morfiini ja südamevahendeid.

Viimasel ajal soovivad väga paljud kirurgid võimalikult varast söögitoru profülaktilist sondeerimist. Seda alatakse juba 2.-3.päeval ja makku sisseviidud sond jäetakse sinna 2-3 nädalaks.

Söögitoru kitsenemine.

Söögitoru kitsenemine võib olla põhjustatud seinakahjustustest, tema sees olevatest takistustest või ka survest söögitorule väljastpoolt (armid, kaasasündinud kitsendid, spasmid, kasvavad ja võrkehad, keskseinandikasvavad, aordi aneurüsmid, rinnakutagune hõõtsik jt.).

Kõige sagedasemaks söögitoru kitsenemise põhjuseks on vähk (80-90%). Ülejäänud juhtudel tekib kitsenemine söövituste tulemusena või kardiospasmist.

Armistuv kitsenemine võib olla üksikjuhtudel seoses ka söögitoru peptiliste või spetsiifiliste haavandite paranemisega, kuid enamikul juhtudel on söögitoru armistumised põhjustatud söövitustest kas leelistega või hapetega. Armid, mis tekivad söövituse tulemusena, on harilikult laialdased ja kahjustavad söögitoru suures ulatuses, esinevad söögitoru normaalsete kitsuste kohal. Armistumisprotsess võib haarata söögitoruseina väga erineva sügavusega ja rasketel juhtudel läheb ta üle ka ümbritsevatele kudedele, põhjustades söögitoru niverdusi. Söögitorukitsendid, mis tekivad peale haavandi paranemist või mida põhjustavad võrkehad, on üksikult ja kahjustavad söögitoru väikeses ulatuses.

K l i i n i l i n e p i l t söögitorukitsenditel väljendub peamiselt toiduainete pääsus läbi söögitoru makku, s.o. neelamishäiretes ehk düsfaagias. Need neelamishäired on ilma paranemistendentsita, progresseeruva iseloomuga ja haige peab üha enam piirduma vedelate toitudega. Hilisjuhtudel läbib söögitoru sageli ainult vesi, veelgi hiljem saabub täielik läbimatus. Ülalpool takistust hüpertrofeerub söögitorusein algul, kuna ta püüab pidevalt suruda toiduainete masse läbi kitsuse, hiljem ta aga lõtvub, muutub atooniliseks, kujutades endast tugevasti laienenud nõrga peristaltikaga silindrit. Selles söögitoruosas peatub allaneelatud toit mõnda aega ja oksendatakse siis välja. Oksendamine toimub seda kiiremini, mida kõrgemal on kitsend, s.o. mida vähem söögitorust jääb ülespoole kitsendit. Haigetel toimub pidev süljeeritus,

sülg koguneb suhu ega pääse läbi takistuse alla. Seoses neelamishäiretega hakkab kiiresti halvenema haige üldseisund, ta kõhneb, kuivetub: areneb üldine kahheksia. Neelamishäired, pidev nälja- ja janutunne põhjustavad sageli ägeda psüühilise asteenia.

D i a g n o o s armidest põhjustatud söögitorukitsendite puhul pole tavaliselt raske. Haiged juhivad anamneesis tähelepanu esinenud söövitusele kui kitsenemise etioloogilisele faktorile ja ainult üksikjuhul, kui kitsenemine on tekkinud peptilise või spetsiifilise haavandi tulemusena, puuduvad anamneesis need andmed. Progresseeruv düsfaagia lubab oletada armistumisprotsessi, röntgenoskoopia näitab takistuse olemasolu ja püsivat üldise söögitoruosa laiendit.

Armistumisest põhjustatud söögitorukitsendeid tuleb diferentseerida spasmidest, divertiikulitest ja söögitorukasvajatest. Tuleb meeles pidada, et spasm esineb neuropaatilistel inimestel, on mittepüsivaiseloomuga ja teda on võimalik likvideerida atropiini süstimisega. Divertiikul on diagnoositav röntgenoskoopia ja ösofagoskoopia abil. (Tuumoritest põhjustatud söögitorukitsenditest vt. allpool).

Prognosis söögitorukitsendite puhul on halb. V.S. Levit näitab, et 1/3 haigetest sureb varsti peale söövitust söövitatavate vahenditega. Ülejäänutest sureb 1/3 lämbuse, tuberkuloosi, söögitoruseinte mulgustumise jt. haiguste tulemusena.

R a v i seisneb kitsendi laiendamises vastavate buziididega või uue, kunstliku söögitoru tegemises. Kui haiged saavad tugevasti kurnatud seisundis ja söögitorust ei läbi isegi vedel toit, on haige raskest seisundist väljatoomiseks vajalik teha mao fistul. Enne operatsiooni tehakse tilkklistiire ja infusioone veeni kui ka naha alla. On vaja suurendada organismi vedelikuvaru.

Bužeerimist teostatakse haigele tema olles istuvas asendis. Pea painutatakse pisut tagasi ja viiakse üksteise järele sisse elastseid sonde. Enne sondeerimist tuimastatakse kurk ja neel 5%-lise kokaiini- või novokainilahusega. Söögitoruseina perforatsiooniohu tõttu tuleb sondeerimist teosta-

da väga ettevaatlikult ja rasketel juhtudel on soovitatav teostada seda ösofagooskoobi kontrolli all.

Juhul, kui bužeerimine ülalt ei õnnestu, soovitatakse kasutada lõputut bužeerimist, mis seisneb selles, et peale mao fistuli tegemist lastakse haigel neelata alla tugev siidniit, mille otsa on kinnitatud haavel. Niidi ots otsitakse maost kätte väikese nüri konksuga või tsüstoskoobi abil ja tuuakse läbi fistuli välja. Niidile kinnitatakse peen kummitoru ja viiakse see väljavenitatud seisus läbi kitsendi. Toru jäetakse kitsendisse 30 minutiks kuni 1 tunniks. See avaldab kitsendi seintele survet ja laiendab seda. Peale nimetatud aja möödumist eemaldatakse toru ja kinnitatakse niidile uus, piisut jämedam toru, millega toimitakse samuti kui eelmisega. Siidniiti ei eemaldata enne, kui õnnestub ülaltpoolt tavalisel viisil sisse viia bužii.

Kõik need bužeerimismeetodid ei ole ohutud ja nad pole ka alati radikaalsed. Mõne aja möödumisel tekib laiendatud kitsuste kohal retsidiiv ja raviga tuleb alustada uuesti otsast peale.

Kui kitsendid osutuvad täiesti läbimatuteks, tuleb piiruda mao fistuliga või teha söögitoruplastika.

1907.a. õnnestus P.A. Herzenil esimesena maailmas teostada operatsioon, millega valmistati peensoolest kunstlik söögitoru. Kaasajal on kunstliku söögitoru valmistamise meetodika peensusteni välja töötatud ja leiab hea eduga ulatuslikku rakendamist (S.S. Judin). Kunstlik söögitoru valmistatakse peensoolest, mis tuuakse üles kas ekstra- või intratorakaalselt ja ühendatakse söögitoru kaelaosaga. Kunstlikku söögitoru võib ka valmistada maost või selle osast, tuues see samuti üles naha alt. Vana, nahast söögitoru valmistamise meetod leiab kasutamist veel vaid abimeetodina.

Söögitorulaiendid.

Söögitoru laienemine võib olla ühtlane, kui laieneb kogu söögitorusein ja söögitoru kujutab endast enam-vähem laiene-

nud silindrit (ectasia), või piirdunud, kui laieneb vaid osa seinast, moodustades väljasopistist ehk divertiiikulit.

Ektaasia areneb tavaliselt ülalpool kitsendeid, mis põhjustavad toidumasside paisu, takistades nende pääsu makku. Mõnikord võib ektaasia areneda ka ilma kitsenditeta (söögitoru ideopaatiline laienemine, mis on söögitoruseinte kontraktsoonivõime vähenemise, nõrkuse või paralüüsi tulemus). Üksikujuhtudel võib söögitoru laienemine olla ka sünnipärane.

Juhul, kui normaalne kaarjas laiend ülalpool söögitoru suubumist makku on kitsenenud kas orgaanilistel või funktsionaalsetel põhjustel, nimetatakse seda kardiospasmiks. Selle haiguse patogenees pole tänini veel selge. Kardiospasmil täheldatakse kõige sagedamini meestel vanuses 20-40 a. Temaga kaasub ka tunduv söögitoru laienemine.

S ü m p t o o m i d . Kardiospasmil peamiseks sümptomiks on neelamishäired. Oksendatavad toidumassid on värskest neelatud, seedimata. Söögitorupiirkond on valulik, sest toidumasside paisu tulemusena areneb söögitoruseinte põletik. Aegamööda areneb välja üldine nõrkus ja härmine kurnatus. Ösofagoskoopial õnnestub mõnikord näha peale limaskestast põletikuliste muutuste ka kitsenenud pääsu makku.

R a v i k s on vedel toit ja söögitoru loputused 2%-lise sooda- või 1:1000 hõbenitraadilahusega. Retsidiivide puhul on näidustatud kirurgiline ravi, mis seisneb söögitoru sondeerimises (sageli läbi ösofagoskoobi), või söögitoru laiendamises sõrmega läbi avatud mao. Kui laiendamine ei õnnestu, tehakse kardioplastika või mao ja söögitoru vaheline anastomoos.

Söögitorudivertiikulid.

Söögitorudivertiikulid ehk tema seina väljasopistised võivad olla: pulssioonidivertiikulid, mis tekivad toidumasside surve all söögitoruseinale (seestpoolt) või traktsioonidivertiikulid, mis tekivad söögitoruseina rebimisest armide poolt.

Pulssioonidivertiikulid esinevad kõige sagedamini neelu

ja söögitoru piiril, kus seinad on kõige nõrgemad. Neid nimetatakse Tsenkerovi neelu-söögitorudivertiikuliteks. Mõnikord nad võivad olla suured (kuni täiskasvanu rusikas) ja rippuda kotina kõrval. Nad rõhuvad söögitorule, põhjustades selle läbimatust. Sellised divertiikulid kaelapiirkonnas võivad olla ka palpeeritavad, kui nad on täis toitu. Niikaua, kui divertiikul on väike, pole temal väljakujunenud sümptoome. Haiged tunnevad kurgus kuivust, esineb tugev sülje eritus ja täis tunne kaelas, nagu oleks seal mingi võõrkeha. Köhimine lõpeb sageli oksendamisega. Koos divertiikuli suurenemisega muutuvad sümptoomid selgemaks. Toit, sattudes divertiikulisse, venitab selle seinu ja oksendatakse kiiresti välja. Neelamine on raskendatud. Kaasub üldine haige nõrkus ja kurnatus. Täpset divertiikuli diagnoosimist koos selle asukoha ja suuruse määramisega võimaldab röntgenoloogiline uurimine, mille puhul divertiikul täidetakse kontrastainega. Ösofagoskoopia abil on võimalik näha ainult divertiikulite suudmeid.

R a v i . Mõningat kergendust annab haigele divertiikuli õhne korduv loputamine. Paranemist spontaanselt ei toimu, seepärast on vajalik kirurgiline ravi, mis seisneb divertiikuli eemaldamises ja söögitoruseina õmblemises. Vähemate divertiikulite puhul invagineeritakse need söögitoruõhnde, ilma neid avamata.

Pulssioonidivertiikulid võivad esineda ka söögitoru rinnaosas. Juhul, kui nad on küllalt suured, tunnevad haiged valu rinnaku taga, südameklappimist ja õhupuudust. Kõige kindlam diagnostiline võte on röntgenoloogiline uurimine. Rinnaosa divertiikulite operatiivne ravi on nende sügava asendi tõttu komplitseeritum kui kaelaosas.

Traktsioonidivertiikulid esinevad peaaegu alati söögitoru rinnaosas. Enamasti pole nad suured ega sega neelamist. Seepärast ei vaja nad ka ravi.

Söögitorukasvajaad.

Söögitorus esineb nii hea- kui ka pahaloomulisi kasvaja-
jaid.

Healoomulistest kasvajatest tuleks nimetada fibroome ja fibromüoome, mis ripuvad söögitoru luumenis, kuna neil peristaltika ja toidusuutäite surve tulemusena moodustub pikk vars. Neid nimetatakse polüüpideks. Polüüpide puhul kaebavad haiged rõhumistunnet, esineb kõha ja oksendamine. Oksendamisel võib polüüp tulla ka suuõõnde. Diagnoositakse polüüpe ösofagoskoopia, larüngoskoopia ja röntgenoloogiliste uuringute abil.

R a v i sihiks on polüübi eemaldamine läbi suu ösofagoskoobi abil. Kui see ei õnnestu, on näidustatud ösofagotomia .

Pahaloomulisteks kasvajateks on söögitorusarkoom ja vähk.

Sarkoom esineb väga harva, kuid ta on palju pahaloomulisem kui vähk ja surmab haige kiiresti.

Söögitoruvähk on raske ja sageli esinev haigus, moodustab 25-28% kõikidest söögitoruhaigustest. Sagedamini esineb ta meestel. Enamik haigestumistest langeb vanusele 40-60 a. Vähk võib olla igas söögitoruosas, kuid rinnaosas sagedamini kui kaelaosas.

Söögitoruvähk on peaaegu alati primaarne ja väga harva sekundaarne, s.o. söögitorule üle läinud naaberorganilt. Söögitorus täheldatakse skirri, mis areneb algusest peale kõva tuumorina, ja medullaarset vormi, mis kasvab pehme tuumorina, haavandudes varakult. Kasvaja infiltreerib söögitoruseina ja läheb suhteliselt kiiresti üle naaberorganitele - trahheale, bronhisele, kurgule, pleurale jne. Võrdlemisi kiiresti hakkab levima vähk ka lümfiteid kaudu, eelkõige paraösofageaalseid, trahheaalseid, bronhiaalseid, mediastinaalseid ja kaelalümfiteid pidi.

Vähi peamiseks sümptoomiks on neelamishäired ja düsfaa-

gia. Neelamishäired suurenevad aeglaselt vastavalt tuumori kasvule ja söögitoruvalendiku kitsenemisele. Seejärel hakkavad haiged söödut välja oksendama. Kui kitsend asub kõrgel, toimub oksendamine kohe, asub ta aga madalamal, siis teatud aja möödumisel, sest esineb ka söögitoru laienemine. Mõne aja pärast, seoses tuumori lagunemisest põhjustatud söögitoruvalendiku suurenemisega võib neelamine tunduvalt paraneda ja haiged saavad neelata mitte üksnes vedelat, vaid ka pudrusarnast toitu. Rööbiti neelamishäiretega areneb haigetel üldine nõrkus ja kurnatus. Organismis tekib veepuudus ja selle tulemusena pakseneb veri. Sellisel juhul saadakse vere analüüsil kõrge hemoglobiiniprotsent ja erütrotsüütide arv, millest võib teha vale järelduse, nagu puuduks sekundaarne aneemia, mis iseloomustab pahaloomulisi kasvajaaid.

Vähi üleminekul söögitorult naaberorganitele ilmuvad sümptoomid, mis sõltuvad kahjustatud organite funktsioonihäiretest (üleminekul trahheale ja bronhidele, köha jne.). Söögitoruvähi puhul esinevad ka mõõdukad valud, mis tugevnevad alles tuumori ülekasvamisel naaberorganitele.

Juhul, kui haigel esinevad neelamishäired, eriti siis, kui anamneesis ei ole vihjeid võimalikkudele armistumistele või võrkehale, tuleb alati mõelda söögitoruvähile. Haige vastav iga, üldine nõrkus, kurnatus jne. kinnitavad diagnoosi õigsust.

Uurimismeetoditest tuleb eelistada röntgenoskoopiat ja ösofagoskoopiat, mis võimaldavad haiguse diagnoosimist küllaldase täpsusega. Söögitoruvähi varases staadiumis täheldatakse röntgenoskoopial neelamisakti aeglustumist ja tuumorist infiltreeritud söögitoru osas peristaltika puudumist. Hiljem võimaldab röntgenoskoopia sedastada kitsendeid, määrata nende ulatust, kuju ja söögitoruseina muutusi ülalpool kitsendit. Ösofagoskoopial saab näha kitsendi kohta ja võtta tuumorist isegi proovitükke. Vähi tuleb diferentseerida kardiospaasmist ja söögitoru armidest. Rasketel juhtudel otsustab küsimuse ösofagoskoopia ja biopsia.

R a v i võib söögitoruvähi puhul olla ainult kirurgi-

line, sest terapeutilised võtted neelamise parandamiseks ei vii sihile, samuti ei anna ka nimetamisväärsed tulemusi kiiritusravi. Kirurgiline ravi on radikaalne, kui kasvaja eemaldatakse koos vastava osa söögitoruga ja viimane asendatakse uue, kunsttehisliku toidujuhaga. Palliatiivne on ravi siis, kui juba opereerimatu vähi puhul tehakse haige näljasurmast päästmiseks mao fistul.

Söögitoru eemaldamine on väga keerukas operatsioon ja ta annab häid tulemusi ainult varases staadiumis, siis kui puuduvad veel tumeroossed liitumised naaberorganitega ja kaugmetastaasid. Kõik hilinenud juhud kuuluvad koservatiivsele ravile ja vastavate näidustuste ilmumisel tehakse neil mao fistul.

V p e a t ü k k .

RINNANÄARMEHAIGUSED.

Rinnanääre on paariline organ, mis asetseb naistel III-VII roide kõrgusel. Ta on alveolaarse ehitusega ja koosneb 15-20 üksikust sagarast, mille viimajuhad avanevad rinnanibus. Rinnanibu ja selle ümbrus on väljastpoolt kaetud pigmenteeritud nahaga, mis sisaldab suurel hulgal rasu- ja higinäärmeid. Tavaliselt on rinnanääre poolkerakujuline ja asetseb pindmise rinnasidekirme peal, olles sellega ühenduses koheva sidekoe abil ja on seepärast kergesti liigutatav. Nahk, mis katab rinnanääret, on näärme suhtes hästi liikuv. Näärme areng on väga individuaalne ja sõltub ka vanusest. Laktatsiooniperioodil suureneb rinnanääre kiiresti. Klimakteerilises perioodis al-

gavad atroofilised muutused.

Peamised lümfiteed rinnanäärme lateraalsest ja ülemisest osast kulgevad kaenlaalustesse lümfisõlmedesse. Peale selle on lümfiteid, mis kulgevad rinnanäärme eesmise roietevaheliste lümfisõlmedeni, pleura ja eesmise mediastiinumi lümfisõlmedeni.

Rinnanäärme väärarengud.

Rinnanäärme väärarengud on väga erinevad. Väga harva võib rinnanäärme täielikult puududa (amastia). Rinnanäärme puudumist, kusjuures on olemas rinnanibu (rinnanäärme aplasia) või alaarenenud rinnanäärme (hypoplasia), tuleb sagedamini ette. Esineb ka lisa rinnanäärme (polymastia, hypermastia).

Lisanäärmedel võib olla oma viimajuha ja rasedusel eritub sellest ka piima. Viimajuhad asetsevad tavaliselt nn. "piima joonel", mis kulgeb kaenlaaugust kubemevoldini, kuid ta võib esineda ka teistel kohtadel (õlal, seljal, reie välispinnal). Selliste lisanäärmete arv võib tõusta kuni kaheksani. Mõnikord on nad valulikud, eriti need, mis asetsevad kaenlaaugus. Valulikkus tavaliselt suureneb raseduse- ja laktatsiooniperioodil. Kui need näärmed tekitavad haigele vaevusi valulikkuse või suurenemise tõttu, on näidustatud nende eemaldamine.

Rinnanäärme anomaaliate hulka, mis sageli takistavad või vähemalt raskendavad imetamist, kuulub sissetõmbunud rinnanibu. Oma sarnasuse tõttu nabale nimetatakse teda ka nabakujuliseks rinnanibuks. Kergetel juhtudel allub see imemisravige ja mitmesugustele teistele väljavenitusvõtetele. Rasketel juhtudel on vajalik kirurgiline ravi. Operatsioon seisneb selles, et nibu vahetus läheduses, ülal ja allpool nibu, eemaldatakse kaks poolkuukujulist nahalappi. Defekti õblemisel tekkiva pinge tõttu muutub rinnanibu esiletungivamaks.

Nagu tähendatud, sõltuvad rinnanäärme mõõtmed individuaalsetest omadustest, vanusest ja soost. Ülemäärane rinnanäärme areng võib olla põhjustatud rikkalikust rasvkoest

(rinnanäärme lipomatoos). Võib aga esineda ka tõeline rinnanäärme hüpertroofia.

Rinnanäärme tõelise hüpertroofia puhul on üks või mõlemad näärmed tugevasti suurenenud, kuid näärmekude on histoloogiliselt normaalne. Sellist nähtu võib esineda tütarlastel suguküpsuse perioodil (hypertrophia pubertatis). Rinnanäärmed võivad olla suurte mõõtmetega ja põhjustada ka vaevusi (valu, ebamugavus, naha muutused). Neil juhtudel on näidustatud operatiivne vahelesegamine, mis seisneb näärme osalises või ka täielikus eemaldamises. Ka raseduste puhul täheldatakse rinnanäärme hüpertroofiat, kuid see pole tavaliselt nii suur kui teiste hüpertroofia vormide puhul. Ühe või mõlema rinnanäärme hüpertroofiat meestel nimetatakse günekomastiks. Meestel põhjustab rinnanäärme suurenemine sageli valu, mis takistab riiete kandmist. Neil juhtudel on näidustatud operatiivne ravi - rinnanäärme amputatsioon.

Rinnanäärme traumad.

Kinnised rinnanäärme traumad (põrutus) avalduvad sageli suurema või vähema hematoomi tekkes näärmekoes. Need hematoomid imenduvad enamikus hästi, neist võivad aga mõnikord areneda ka tsüstid. Küsimus, kas selline hematoom võib olla lähetekohaks tuumorile, pole veel lahendatud, kuigi paljudel rinnanäärme tuumoritel esineb anamneesis trauma. Rinnanäärme lahtised traumad (haavad) paranevad tavaliselt hästi, kuid kui vigastus toimub laktatsiooniperioodil, võib tekkida püsiv piimafistul.

Rinnanäärme põletikud.

Ägedad põletikud.

Rinnanäärme ägedat põletikku (mastitiit) esineb kõige sagedamini imetajatel naistel. Tunduvalt harvemini esineb teda raseduse ajal või väljaspool laktatsiooniperioodi. Mastitiit algab sageli imetamisperioodi algul, tihti esimestel päeva-

del peale sünnitust. Sagedamini esineb ta esmasel sünnitusel. Peale selle tuntakse vastsündinu mastiiti. Esimestel päevadel peale sündi, vaatamata laste soole, sageli tursub rinnanääre ja sellest väljub mitme päeva kestel piimjat vedelikku. Seda nähtu vaadeldakse paljude autorite poolt kui füsioloogilist, mõnel juhul kaasub aga ka infektsioon, tekib vastsündinu mastiit. Rinnanäärme valulikku turset täheldatakse ka poistel ja tütarlastel suguküpseks saamise perioodil. See turse püsib mõne nädala ja kaob siis ilma ravita. Üksikjuhtudel kaasub põletik ja siis nimetatakse seda puberteediaegseks mastiidiks. Juhul, kui puberteediaegsel või vastsündinu mastiidil tekib mädakoldeid, on näidustatud nende avamine ja mäda eemaldamine kõikide reeglite kohaselt.

Sünnitusjärgse mastiidi tekitajateks on peamiselt stafülo- ja streptokokid. Infektsiooni sissepääsu väravateks on tavaliselt lõhed ja marrastused rinnanibul, milledest infektsioon lümfogeenselt levib rinnanäärmele. Lõhesid ja marrastusi rinnanibul esineb naistel sageli, mõnede autorite arvates 40-50% imetajatest naistest. Imetamine osutub neil juhtudel sageli väga valulikuks.

Peale selle võib infektsioon tungida näärmesse ka viimajuhade kaudu, millega seletubki mastiidi esinemine vigastamata rinnanäärmetel. Infektsioon võib siseneda metastaatiliselt (püeliitidel, tähnihilisel ja kõhutüüfusel), ja ka kahjustatud naaberorganitelt (furunkulid, ekseem, sügelised jt.). Sageli satub infektsioon rinnanäärmele lapse suust imetamise ajal, kuna lapse suus võib esineda mitmeid põletikulisi protsesse (stomatiit, soor, difteeria jt.).

Lümfogeenselt näärmesse sattuv infektsioon kahjustab näärmee üksikuid sagaraid. Haigel tõuseb temperatuur, kahjustatud osa muutub kõvaks, nahk selle kohal punetavaks. Tugevate valude tõttu keelduvad haiged lapsele rinda andmast, tekib piimapais, arenevad tingimused, mis soodustavad protsessi edaspidist süvenemist ja mäda teket. Seejärel läheb protsess üle kahjustatud osadelt naabruses asuvatele osadele. Kogu näärme tursub, muutub kõvaks, tugevasti valulikuks, nahk

punetab ja on läikiv. Temperatuur tõuseb 38,5–39° ja mõnikord isegi kõrgemale. Esineb ka vappekülm. Ka regionaarsed lümfisõlmed tursuvad ja muutuvad valulikuks. Selles mastiidistaadiumis võib juba kohtades, kus tekib mäda, tunda fluktuatsiooni. Mäदानe protsess võib levimisel hõlmata üha uusi rinnanäärme osi.

Temperatuuri tõus vappekülmaga kurnab haiget ja võib ka areneda üldine mädainfektsioon, mis muudab haiguse tunduvalt raskemaks.

Mädakolded võivad asetseda rinnanäärmes pindmiselt (subalveolaarne abstsess), sügavamal (intramammaarne abstsess) ja rinnanäärme taga (retromammaarne abstsess).

Ägeda mastiidi **d i a g n o o s**, kui arvestada eespool märgitud sümptoome, ei valmista erilisi raskusi, kuigi mõnikord sügaval asetsevaid abstsesse (retromammaarseid) võib segada ära abstsessidega, mis lähtuvad roide osteomüeliidist.

Diagnoosimisel tuleb silmas pidada anamneesi ja mastiidi seost imetamisega. Prognosis mastiidi puhul on hea. Enamikul juhtudest paraneb haigus otstarbeka raviga hästi. Kirurgilist ravi tuleb rakendada õigeaegselt. Neil juhtudel, kui mastiidiga kaasub üldine mädainfektsioon, muutub prognoos halvemaks. Fjodorovitši andmeil suri 192 mastiidahaigest 4 (letaalsus 2%).

Mastiidi **r a v i l** tuleb esmajärjekorras pöörata tähelepanu rinnanibu seisundile, kuna selle lõhed osutuvad infektsiooni sissepääsu väravaks. Lapse toitmist on parem jätkata ja ainult äärmisel juhul tuleb minna üle rinnanäärme tühjaks pumpamisele või ka laktatsiooni lõpetamisele rõhksidemetega. Väga oluline on rinnanibu hoolikas hügieeniline hooldamine. Naha tugevdamiseks on vaja teda süstemaatiliselt võida salvidega. S.I. Spassokukotski soovitab kasutada vismutsalve. Enne imetamist pestakse salv hoolikalt maha sooja boorhappelahusega. Peale imetamist pestakse nibu uuesti sooja boorhappelahusega ja määratakse sisse kergelt soojendatud salviga. Seejärel seotakse rind steriilselt ja alles peale seda pannakse peale tugev rinnahoidja, mis surub nääret üles. Rinnanibu pesemine peale imetamist on väga oluline, sest ime-

tamisel kandub lapse suust infektsioon lähedesse.

Selleks, et rinnanääre saaks tühjendatud korrapäraselt, on vaja toita imikut sageli ja kui see ei ime nääret tühjaks, tuleb kasutada piimapumpa. Rinnanääre seotakse komprimeeriva sidemega, jättes imetamise jaoks vabaks vaid rinnanibu. Põletikulise protsessi algul on näidustatud külma manustamine. Kott jääga asetatakse haigele rinnale 3-4 korda päevas 25-30 minutiks, iga 1, 1,5 või 2 tunni järele. Selles staadiumis on sooja manustamine ükskõik mis viisil kategooriliselt keelatud. Peale külma soovitatakse penitsilliini 400 000 - 600 000 Ü ööpäevas. Põletiknähtude ilmunisel soovitab A.V. Višnevski blokaadi, mis seisneb 100 - 150 ml novokaiinilahuse süstimises koos 300 000 - 500 000 Ü penitsilliiniga näärmetagusesse koesse. Näärmele pannakse kompress-side Višnevski salviga.

Kui eespool kirjeldatud võtetega ei õnnestu protsessi peatada ja põletik progresseerub, võttes flegmanoosse iseloomu, ja näärmes tekivad pehmed kolded, võib kasutada punktsioonravi, kusjuures peale mäda eemaldamist süstitakse koopasse penitsilliini. See ravi annab häid tulemusi isoleeritud, pindmiselt asetsevate mädakollete puhul.

Tuleb silmas pidada, et peale lokaalset penitsilliinravi jäävad sageli rinnanäärmesse järele kõvad infiltraadid, mis sarnanevad pahaloomulisele kasvajale. Kui penitsilliinravi ei anna tulemusi ja tekivad abstsedeeruvad kolded, on näidustatud operatiivne ravi, mille puhul avatakse kõik mädakolded.

Varem kasutatud radikaalsed, radiaalses suunas tehtavad lõiked on jäetud tänapäeval kõrvale, kuna nad jätavad järele suuri arme, mis häirivad hilisemaid laktatsioone. Kaasajal tehakse vähemaid lõikeid, sageli ka mitu. Kolde avamisel on vaja teha lõige selle alumisel poolusel, kuna siit on madal väljapääs kõige vabam. Sügaval asetsevate protsesside puhul, kui on oodata mitmekoopalisi abstsesse, soovitatakse operatsiooni teostada narkoosis (eetrijoove), sest paikse tuimastusega on haava kontrollimine sõrmega ja kõikide mädakollete avamine raske.

Retromammaarsete ja teiste sügavate abstsesside puhul on otstarbekas kasutada P.I. Djakonovi ja A.V. Martõnovi poolt soovitatud lõiget. See lõige tehakse näärme alumisel lateraalsel serval, umbes 1-1,5 cm kaugusel naha ülemineku voldist. Siit pääseb kirurg kergesti näärmetagusesse ruumi ja saab avada kõik abstsessid kui ka muud põletikukolded, mis asetsevad näärmes. Abstsessikoldesse viiakse küllalt jäme kummidreen, mis eemaldatakse 2.-4.päeval. Kauem säilitatakse dreeni ainult seal, kus on mäda väljapääs raskendatud. Tamponeerimist tuleb mastiidi puhul kasutada äärmise ettevaatusega ja peamiselt ainult hemostaasiks intsisioonidel. Tuleb meelles pidada, et varane tampoonide ja dreenide eemaldamine lühendab tunduvalt ravi kestust.

Mastiidijärgseid mädaseid fistuleid võib ravida Chlumsky lahusega söövitamisel. Juhul, kui see ei anna tulemusi, tuleb fistul ekstsioneerida ja haava ravida lahtiselt. Piimafistulid ekstsioneeritakse tervikuna ja haav õmmeldakse kinni. See operatsioon õnnestub kõige paremini neil rinnanäärmetel, mille laktatsioon hakkab lõppema.

Kroonilised põletikud.

M i t t e s p e t s i i f i l i s e d p ö l e t i k u d .

Krooniline mastiit võib areneda peale ägedat mastiiti, kuid esineb ka primaarselt kroonilisi põletikke. Kroonilistel mastiitidel esinevad üksikud piirdunud turselised, kõvemad kolded kas ühes või mõlemas rinnanäärmes. Nende kollete suurus ja konsistents võivad muutuda. Nad sarnanevad ehituselt normaalsele näärmele.

Pinnale lähedal asetsevad kroonilised põletikukolded võivad infiltreeruda nahka ja liituda sellega. Sellisel juhul on nende diferentseerimine kasvajatest väga raske ja küsimuse otsustab ainult biopsia.

S p e t s i i f i l i s e d p ö l e t i k u d .

Rinnanäärme spetsiifilistest kirurgilistest infektsioonidest on kõige suurema tähtsusega tuberkuloos. Seda haigust esineb Scotti statistika andmeil 40-50 korda vähem kui vähki.

Ta esineb enamikus 20-40 eluaasta vahel ja väga harva ka mees-
tel.

Infektsioon võib sattuda rinnanäärmesse hematogeensel
teel organismis olevatest tuberkuloosetest kolletest, ta
võib aga sattuda sinna ka otseselt vigastatud koe või organi
kaudu (nahk, pleura, roie jt.).

Kõige sagedamini esineb rinnanäärmes tuberkuloosi sõlmjas
vorm. Protsess algab üksikute kõvade sõlmekeste ilmumisega
näärmes. Seejärel liituvad üksikud sõlmed kokku ühtseks in-
filtraadiks, millega liitub ka nahk. Naha värv muutub. Areneb
suur infiltraat, mis kaldub kaseossele lagunemisele või mä-
danemisele. Hiljem tekivad fistulid, millest eritub mäda-
st vedelikku ja mis alluvad väga halvasti ravile.

D i a g n o o s on algul raske. Ta muutub tunduvalt
lihtsamaks, kui ilmuvad juba fistulid ja pehmenenud kolded.
Tuleb arvestada ka haige vanust, üldseisundit, samuti ka or-
ganismis olevaid teisi tuberkuloosseid koldeid. Kahtlastel
juhtudel tuleb kasutada biopsiat ja mikroskoobilist uurimist.

Rinnanäärme tuberkuloos on pika kestusega (10-15 a.).
Ka seda tuleb pidada silmas diferentsiaaldiagnostiliselt.

R a v i on protsessi algstaadiumis konservatiivne: ül-
dine tugevdav ravi, helioteraapia, kvartskiiritus, strepto-
mütsiin, mäda tekkimisel selle eemaldamine, üksikute kollete
ja fistulite väljakraapimine. Rasketel juhtudel, mis ei allu
konservatiivsele ravile, on vajalik radikaalne operatsioon,
rinnanäärme amputatsioon, mõnikord ka perifeersetes lümfisõl-
mede eemaldamine.

A.M. Zabludevski soovitab rinnanäärme amputatsiooni kõi-
kidel juhtudel, kui on tegemist tuberkuloosiga, kuna mõnede
autorite arvates areneb rinnanäärmetuberkuloosist eriti paha-
loomuline vähk.

Galaktocele.

Galaktocele ehk piimatsüst areneb rinnanäärmes laktatsi-
ooniperioodil viimajuha sulguse tõttu. Kliiniliselt on see

kerajas, erineva suurusega, elastne tuumor. Haige subjektiivsed kaebused on väikesed ja piirduvad kergete valudega tsüsti piirkonnas. Põletiku kaasumisel tekib tsüstist abstsess. Seda haigust esineb harva ja tema prognoos on väga hea. Ravi viiakse läbi peale laktatsiooniperioodi lõppu. Kui piima eemaldamine ja intsisioon ei anna tulemusi, on näidustatud tsüsti eemaldamine sellele järgneva haava õblemisega.

Mastopatia.

Mastopatia all mõistetakse rinnanäärme muutusi, mis tekitavad neuro-humoraalsete regulatsioonihäirete tulemusena. Mastopatia kliinilised vormid võivad olla väga erinevad.

Tsüstiline mastopatia.

Ühes või mõlemas rinnanäärmes võivad tekkida erineva suurusega tsüstjad moodustised, mis ainult harva on suuremate mõõtmetega (kuni kanamuna). Haigus areneb aeglaselt (10-15 a.). Teda nimetatakse tsüstiliseks mastopatiaks ja ta viib näärmeepiteelide suurenemisele. Tavaliselt arenevad vedeliku täidetud pingul tsüstides papilloomid. Haiguse kulg on pikaldane ja healoomuline. On täheldatud ka tsüstilise mastiidi üleminekut vähiks, ja see annab mõnele kirurgidele põhjust pidada seda haigust eelvähiliseks seisundiks.

R a v i on algul konservatiivne. Kui tsüstide arv suureneb ja esineb protsessi pahaloomuliseks ülemineku oht, on näidustatud radikaalne kirurgiline operatsioon koos kohese biopsiaga.

Veritsev rinnanäärme.

Selle haiguse kohta puudub kirurgidel veel senini ühine arvamus. Ühed arvavad, et on tegemist eelvähilise haigusega, ja nõuavad seetõttu juba selle varases staadiumis radikaalset rinnanäärme eemaldamist, teised peavad aga võimalikuks viia läbi konservatiivset ravi pideva kontrolli all.

Haiguse kliiniline sümptom seisneb selles, et surudes rinnanibule, mõnikord aga ka iseenesest, eritub nibust verist

või seroos-verist sekreeti. Veritsemise põhjuseks on papilloomid, mis on arenenud laienenud viimajuhades. See asjaolu lähendab haigust tuumoritele. Haigus võib kesta 15-25 aastat, kuid vanemas eas läheb ta mõnikord üle pahaloomuliseks degeneratsiooniks.

R a v i k s soovitatakse konservatiivse ravivõttena röntgenravi. Kui see ei anna tulemusi, eemaldatakse papilloomidega täitunud laienenud viimajuha koos teda ümbritseva näärmekeoga või amputeeritakse kogu rinnanääre (vähimagi kahtluse puhul pahaloomulisele degeneratsioonile) koos suure rinnalihase ja regionaarsete lümfisõlmedega.

Rinnanäärme kasvaja.

Healoomulistest kasvajatest esineb rinnanäärmes adenoom, fibroadenoom ja tsüstadenoom, pahaloomulistest vähk ja sarkoom. 80-85% rinnanäärme kasvajatest on vähid. Tuleb meele pidada, et healoomulised kasvaja võivad hiljem vähiks ülemine.

Healoomulised kasvaja.

Adenoomid koosnevad näärmekeost. Nende löikepind on tumehalli värvusega, kõva, sarnanedes oma ehituselt näärmekeole. Adenoomid on tavaliselt väikesemõõtmelised, näärmekeo suhtes hästi liikuvad.

D i a g n o o s i t a k s e adenoomi tavaliselt histoloogilise uurimise alusel.

R a v i on kirurgiline - kasvaja eemaldamine.

Fibroadenoom areneb sidekoelises kapslis, on kõva konsistentsiga, koosneb näärme ja sidekeo elementidest, ei ole suurte mõõtmetega. Kliiniliselt kujutab ta endast väikest siledapinnalist kasvajat, mis on näärmekeo suhtes hästi liikuv.

Prognoos on hea, kuid on ka võimalik tema üleminek vähiks.

R a v i on kasvaja eemaldamine sellele järgneva histoloogilise uurimisega.

Tsüstadenoom on näärmekäikude tsüstiline laienemine sekreedi kogunemise tulemusena. Need tsüstid on hernetera suuruselt kuni kanamuna suuruseni. Mõnel juhul algab tsüstis papilloomatoosne vohamine. Tsüsti kasv on aeglane ja haigus pika kestusega. Tsüstadenoomid lähevad sagedamini kui adenoomid ja fibroadenoomid üle vähiks.

R a v i on ainult kirurgiline ja seisneb tuumori eemaldamises tervest koest. Vajalik on ka histoloogiline uuring.

Pahaloomulised kasvajaad.

Rinnanäärmevähk on oma esinemissageduselt kõikide vähkide hulgas kolmandal kohal mac- ja emakavähkide järel.

Kõige sagedamini on rinnanäärmevähki naistel 40-50 a. vahel. Statistilistel andmetel on 32-39% kõikidest rinnanäärmevähkidest selles vanuses. Rinnanäärmevähk võib aga esineda ka noorematel naistel. Abielus, sünnitanud ja imetanud naistel esineb teda 3 korda sagedamini kui vallalistel. Nähtavasti loovad rinnanäärme suurenenud funktsioon laktatsiooniperioodil ja temas tekivad atroofilised muutused peale laktatsiooni lõppemist soodsad tingimused epiteeli proliferatiivseteks muutusteks (N.N. Petrov). Ka meestel esineb rinnanäärmevähki, kuid ligi 100 korda harvem kui naistel.

Rinnanäärmevähi etioloogia on, nii nagu kõikide vähkide etioloogia, tänapäeval veel selgitamata. Vähi arengul tuleb omistada tähtsust eelvähihelistele haigustele (veritsev rinnanäärre, tsüstjas-tuumorjas rinnanäärre jne.) ja ka healoomuliste kasvujate üleminekule pahaloomulisteks (eriti tsüstadenoom). Paljud autorid vaatlevad rinnanäärme traumasid ja põletikke kui tuumori arengut soodustavaid momente, kuid üksmeelne seisukoht selles küsimuses veel puudub. Samuti on ka tänini veel selgitamata pärilikkuse osa rinnanäärmevähi tekkes. Mõnede autorite arvates tuleb selle osatähtsust pidada väikeseks.

Patoloogilis-anatoomiliselt eraldatakse mitmeid vähi vorme, kuid põhiliselt on neid kaks rühma: medullaarne ja skirroosne vorm.

Medullaarne vähk kujutab endast kasvajat, mis koosneb

reast mitmesuguse kujuga pehmetest sõlmjatest kolletest, mil-
lede lõikepind on valkjas-hallika värvusega. See vähi vorm
on väga rikas rakulistest ja vaene neid ühendavatest sidekoe
elementidest. Teda iseloomustab kiire kasv.

Skirroosne vorm kujutab endast kõvadest sõlmedest koos-
nevat kasvajat, mis lõikepinnal on valkja koe varjundiga,
radiaarselt kulgevate kiududega. Sellel kasvajal on suurel
hulgal ühendavat kudet ja vähe rakkelemente. Skirr kasvab
palju aeglasemalt kui medullaarne vähk.

Algul jääb vähk ainult ühte rinnanäärmesse. Vähisõlm,
mis areneb ühes sagaras, ületab varsti sagara piiri, kahjus-
tades naaberkudesid ja kasvades nende sisse. Ta levib radi-
aarselt, haarates ka teisi sagaraid ja sageli ka kogu rinna-
näärret, kasvades edasi rinnalihase aponeuroosi ja lõpuks ka
lihasesse enesesse. Rinnanäärre muutub rindkere suhtes liiku-
matuks. Tuumor kasvab ka nahaalusesse koesse, liitub nahaga,
infiltreerib seda ja muudab naha näärme suhtes liikumatuks.
Edasi võib kasvaja laguneda, nahk tema kohal haavandub ja
tuumor muutub röpaseks haisvaks haavandiks.

Tuumori infiltratiivsel kasvul kasvavad vähirakud ka
lümfisüsteemi ja vähk levib lümfiteedes. Lähimates lümfisõl-
medes, kus vähirakud peatuvad, saavad oma alguse regionaar-
sed vähi metastaasid. Paikne vähiprotsess läheb üle üldiseks,
kuna toimub ulatuslik metastaseerumine lümfiteede kaudu. Sel-
liseid teid on rinnanäärmes mitu. Peamised lümfiteed asuvad
suure rinnalihase kõrval ja kulgevad kaenlaauku, kaenlaalus-
tesse, rangluupealsetesse ja -alustesse lümfisõlmedesse. Tu-
leb silmas pidada, et lümfi äravool on näärrest võimalik li-
sasoonestiku kaudu rangluupealsetesse ja -alustesse lümfi-
sõlmedesse, jättes kõrvale kaenlaalused sõlmed.

Järgmine arenguetapp on kaugmetastaaside ilmumine, mis
veresoonte kaudu kantakse kopsudesse, maksa, luusüsteemi ja
teistesse organitesse. Vähirakud murravad läbi suurde vere-
ringesse kas rinnajuha või otseste anastomooside kaudu lümfi-
teede ja veenide vahel. See on viimane ja kõige raskem rinna-
näärmevähi arengufaas.

Vähi lokalisatsioon rinnanäärme üksikutes osades on J.V. Silbergi andmeil järgmine: ülemine-väline kvadrant 36,4%, ülemine-seesmine kvadrant 24,6%, alumine-väline kvadrant 17,89%, alumine-seesmine kvadrant 17,8%.

Kliinilised nähud rinnanäärmes on erinevad, sõltudes haiguse arengust. N.N. Petrov tegi ettepaneku jagada rinnanäärmevähi kulgu nelja staadiumi.

E s i m e n e s t a a d i u m . Näärmekoes on palpeeritav, kuid mitte suur, naha suhtes liikuv sõlmjas moodustis. Kaenlaalused lümfisõlmed ei ole suurenenud, või kui nad on pisut suurenenud, on nad pehmed ja liikuvad. Mingisuguseid kaebusi haigel ei ole. Kõige sagedamini asub esmane sõlm rinnanäärme ülemises-välises kvadrantis.

T e i n e s t a a d i u m . Kasvaja on suurte mõõtmetega, kuid diameetriga mitte üle 5 cm. Ta infiltreerib nahka, mis on kasvaja kohal liikumatu. Teda ei saa voltida ja ta on pidevalt apelsinikooretaliliselt krobe. Kaenlaalused lümfisõlmed on kahjustatud.

K o l m a s s t a a d i u m . Tuumor on suur (diameeter üle 5 cm), tihedalt liitunud nahaga ja infiltreerub sellesse. Rinnanäärme kuju on muutunud, skirri puhul on ta kortsunud ja vähenenud. Rinnanibu on sisse tõmbunud ja asetseb asümmeetriliselt, põhjustatuna viimajuha korditumisest vähiprotsessi tulemusel. Kaenlaalustes ja rangluualustes lümfisõlmedes on metastaasid.

N e l j a s s t a a d i u m . Tavaliselt esinevad juba totaalne rinnanäärme kahjustus ja ka haavandumine. Haavand on kõvade kõrgemale ulatuvate servadega ja nekrootilise põhjaga. Tuumor on liitunud suure rinnalihasega ja on selle suhtes liikumatu. Nahk on kahjustatud laias ulatuses, on olemas üldised intoksikatsiooninähud, kõrgenenud temperatuur, kahheksia. Vere uurimisel leitakse suurenenud leukotsütoosi ja verepildi nihkumist vasemale. Settereaktsioon on tõusnud. Kaenlaalused lümfisõlmed on suurenenud, moodustades konglomeeraate. Käel on tursed. Käte veenid on laienenud äravoolu takis-

tuse pärast. Selles staadiumis täheldatakse sageli ka kaugmetastaase.

Peale selle on veel tuntud rinnanäärmevähi erivormid, millede kliiniline pilt tunduvalt erineb vastkirjeldatust.

Pagetvähk algab ekseemina rinnanibult ja selle ümbrusest. Sageli esineb epidermise irdumine ja kogu alloleva koe paljakekoordumine. Hiljem (1-1,5 a. möödumisel) areneb rinnanäärmes vähisõlm.

Pantservähk on selline vähk, kus esmase vähikolde ümbruses on nahk kahjustatud laias ulatuses vähi metastaasidest. Viimased moodustavad omavahel liitununa tiheda pinna, mis sarnaneb pantserile.

Rinnanäärmekasvajad tuleb uurida nii haige seistes kui ka lamades. Ainult sel juhul võib olla kindel, et on uuritud kõik rinnanäärmeosad. Järgnevalt tuleb hoolikalt uurida kaenlaalust piirkonda, samuti ka rangluualuseid ja -pealseid lümfisõlmi.

Diferentsiaaldiagnoos rinnanäärmevähi, tuberkuloosi ja mõnede healoomuliste kasvajate vahel võib mõnikord valmistada raskusi. Iga vähimagi kahtluse puhul diagnoosis tuleb tuumor otsekohe eemaldada ja teha biopsia, mis määrab kirurgia edaspidise tegevuse.

Haiged rinnanäärme pahaloomuliste kasvajatega elavad ilma operatiivse ravita 2-3 aastat. Operatsiooni tulemused on erinevad ja sõltuvad sellest, millises vähi staadiumis tehti operatsioon ja kas haigusest olid hõlmatud ka lümfisõlmed või ei. Mida varem teostatakse operatsioon, seda paremad on tulemused.

R a v i . Tänapäeval on rinnanäärmevähi raviks kasutada kaks meetodit. Esiteks operatiivne meetod, mida tuleb kasutada kõikidel juhtudel, kui kasvaja ja kõik olemasolevad metastaasid on tehniliselt eemaldatavad, ja teiseks kiiritusravi, s.o. röntgen- ja raadiumteraapiat.

Peamiseks on operatiivne ravimeetod. Operatiivset ravi pole mõtet kasutada, kui pole võimalik eemaldada nääret koos metastaasidega, samuti ka sellise üldseisundi puhul, mis

ei võimalda kirurgilist vahelesegamist.

Kiiritusravi röntgen- ja raadiumteraapiiana kasutatakse koos operatiivse raviga iseseisva ravivõttena neil juhtudel, kui kasvaja pole eemaldatav.

Parimaid tulemusi annab kombineeritud ravimeetod: radi-kaalne operatsioon ühes kiiritusraviga. Sellist kombineeritud ravi teostatakse kolmes etapis.

Esimene etapp - operatsioonieelne kiiritus on nõutav kõikidel haigetel rinnanäärmevähi II ja III staadiumis. Operatsioonieelse kiiritusega saavutatakse vähi vähenemine ja vähirakkude elutegevuse nõrgenemine, millega välditakse haava infitseerumist vähirakkudega operatsiooni ajal. Operatsioonieelse kiiritusega õnnestub mõnikord kauglearenenud rinnanäärmevähki muuta opereeritavaks.

Teine etapp - radikaalne operatsioon seisneb kogu rinnanäärme eemaldamises koos teda ümbritseva rasvkoega, suure rinnalihase rinnaosaga ja kaenlaaluste lümfisõlmede konglomeeraatidega. Haava jäetakse hematoomide dren 1-2 päevaks.

Kolmas etapp on kasutatav esimese kolme vähistaadiumi ravil ja seisneb operatsioonijärgses kiiritamises. Kolmanda staadiumiga haigetel klimakteeriumieelsel perioodil soovitatakse täiendavalt teostada röntgenkastratsioon. Samuti kasutatakse ka testosteroonravi 0,005 kolm korda päevas.

Neljandas staadiumis on võimalik ainult palliatiivne ravi röntgen- ja raadiumkiiritusega. Samuti soovitatakse ka kastratsiooni röntgeniga ja testosteroonravi.

Juhul, kui operatsioonijärgsel perioodil esinevad retsiidivid, mis moodustavad üksikuid vähisõlmi, on näidustatud nende kirurgiline eemaldamine. Kui neid aga on rohkesti, kasutatakse kiiritusravi koos testosteroonraviga.

Rinnanäärmesarkoomid sarnanevad oma algperioodil kartsinoomisõlmedega, millest nad hiljem erinevad oma suuruselt ja kiire kasvust poolest.

VI p e a t ü k k .

RINNAKORVI, PLEURA JA KOPSUDE KIRURGILISED HAIGUSED.

Kopsu ja pleura kirurgiliste haiguste hulka kuuluvad traumad, põletikud, kopsu- ja pleuratuumorid, parasitaarsed ja mitteparasitaarsed kopsutsüstid.

Rinnakorvivigastused.

Kinnised traumad.

Rinnakorvi traumad võivad olla kinnised ja lahtised. Kinnistel traumadel piirdub kahjustus real juhtudel ainult pehmete kudede ja vigastus on põrutuse tüüpi, seisnedes verevalu mi tekkes. Võib esineda ka roidevigastus. Neid diagnoositakse terava valulikkuse järgi, mis on kindlalt piirdunud ühele teatud rinnakorviosale. Mõnikord diagnoositakse neid ka roiete fragmentide patoloogilise liikuvuse järgi. Murru iseloom määratakse röntgenoloogilisel uuringul.

Roide murru ravil on peamise tähtsusega otstarbeka hingamisrütmi loomine, mis takistab paisnähtude arengut kopsudes ja väldib sellega pneumooniat. On nõutav teostada roietevahe-line anesteesia, mis peab haarama mitte üksnes vigastatud roide naabervahemikke, vaid ka üht vahemikku kõrgemal ja madalamal. Peale selle pannakse peale rõhkside. Sõltumata murru asukohast, asetatakse fikseeriv side X roidest kuni rinnanibudeni. Selliseks sidemeks kasutatakse tavaliselt laia leukoplasti, mis haarab kogu rindkeret.

Murdunud roide terav ots võib vigastada pleurat ja kopsukudet, mida tõendab verikõha esinemine. Mõnikord võib veritsemine olla tugevam ja veri koguneda pleuraõõnde (hemotooraks). Sama tüüpi vigastus võib põhjustada ka nahaalust emfüseemi, mis on nähtav isegi silmaga. Tekib nahaalune turse, peamiselt rangluuülises ja -aluses augus. Sellise emfüseemia palpatsioonil tuntakse krepitatsiooni. Kui emfüseem ei suurene, siis on

küllaldane, kui haigele antakse rahu ja määratakse narkootilisi vahendeid, emfüseemi suurenemisel tuleb aga õhu väljajätmiseks teostada pleuraõõne punkteerimist. Kui see ei anna terapeutilist efekti, teostatakse pleuraõõne drenimine Buelau' järgi.

Traumaatiline asfüksia.

Traumaatilist asfüksiat täheldatakse kannatanute mattumisel varisemistel või maaväringutel, samuti aga ka õhuvaariide puhul.

Keha ülaosas on nahal või suuõõnes ja konjunktiividel massiliselt väikseid verevalumeid. Nähtavasti on see põhjustatud välisfaktoritest, millele toimel rõhk rinnaõõnes tõuseb ja tekib pais ülemises õõnesveenis.

Veresooned tavaliselt sellistel juhtudel ei ole vigastatud, esineb vaid tugev väikeste veresoonte ja kapillaaride laienemine. Prognoos sõltub kaasuvatest vigastustest. Šokiseisundi kaasumisel tuleb rakendada antišokilist ravi. Haige vajab täielikku rahu ja talle antakse narkootikume.

Lahtised traumad.

Lahtised traumad tekivad külm- või tulirelvavigastustest. Esineb rindkereõõnde ulatuvaid ja mitteulatuvaid haavu. Esimestega kaasub peaaegu alati üht või teist tüüpi pneumotooraks. Õõnde mitteulatuvate haavade puhul on tavaliselt tegemist naha ja roiete vigastustega. Oma pinnalt on need haavad suured. Tuleb silmas pidada üht külmlrelvaga tekitatud haavade omapära: mida väiksem on haava sisenemisava, seda sügavam on haav. Sõltumata ajast, mis on möödunud haava tekitamise momendist, (kui puudub veel tugev mädanemine) on vaja teostada haava esmane kirurgiline töötlemine. Haava servad, võimaluse korral ka põhi, lõigatakse välja, vabad killud eemaldatakse ja teostatakse primaarne haava õmblemine. Juhul, kui haava servad on põletikus, viiakse haava 2-3 päevaks dren, mille kaudu on võimalik süstida üht või teist antibiootikumi (penitsilliin, streptomütsiin, albomütsiin). Enne haava õmblemist süstitakse haava servadesse 0,25%-list novokainilahust koos

penitsilliiniga (100 000 Ü lahustatuna 20-30 ml 0,25%-lises novokaiinis). Kui mingisugusel põhjusel ei ole võimalik teostada haava primaarset töötlemist, süstitakse haava vahetusse lähedusse profülaktiliselt 200 000 Ü penitsilliini lahustatuna antitetaanilises seerumis, mille tõttu antibiootiline toime pikeneb.

Rinnaõõnde ulatuvate lahtiste traumadega kaasub tavaliselt hematooraks, pneumotooraks või nende kombinatsioon. Koos viimasega areneb väga sageli ka infektsioon.

Pneumotooraks.

Pneumotooraks võib olla: 1) väljapoole lahtine, 2) sissepoole lahtine, 3) kinnine, 4) ventiilpneumotooraks (B.E.Linberg).

Lahtine pneumotooraks on võimalik iga rinnaõõnde ulatava haava puhul. Tema raskus sõltub suurel määral pleura haava suurusest ja sellest, kas kops on vigastatud või mitte. Kliiniliselt väljendub see seoses hingamisega haavast kostvas vilistavas kahinas.

B.E. Linberg omistab erilist tähtsust haava diameetri-le võrrelduna primaarbronhi diameetriga. Kui haava diameeter on vähem primaarbronhi omast, siis kannatavad kopsu hingamislülitused suhteliselt vähe, kuigi lülituste ulatus on pisut piiratud, võtab kops tervikuna hingamisest siiski osa.

Kopsu funktsioon kahjustub ka vigastamata poolel, kusjuures see on eriti ulatuslik keskmiste ja suurte haavade puhul, kuna siin toimub mediastiinumi nihkumine ja võnkumine. Intensiivistunud mediastiinumi võnkumine viib aga vereringehäiretele. Häirub hapniku ainevahetus. Õhk, tungides vigastatud pleuraõõnde, komprimeerib kopsu ja see kollabeerub.

Õhu tungimine pleuraõõnde ärritab sümpaatilist ja parasümpaatilist närvisüsteemi, luues eeltingimused šokiseisundi väljakujunemiseks. Hingamisrütmi muutus ja keskseinandi võnkumine muudavad olukorra veelgi raskemaks.

Rebestunud koed võivad tamponeerida rindkereseina haava ja sulgeda õhu voolu. Õhk võib pääseda pleuraõõnde ka seest-

poolt, läbi kopsu haava, tal puudub aga väljapääs ja seetõttu tekib rõhust kopsule ja keskseinandi organitele raske olukord. Haigel tekib lõhkimineku tunne, areneb tsüanoos. Mõnikord hakkab õhk tungima nahaalusesse koesse, mille tulemuseks on nahaalune õhkemfüseem. Areneb seisund, mida nimetatakse ventiilpneumotooraksiks.

Õhk võib siseneda sissehingamisel pleuraõõnde ka läbi rindkereseinas oleva haava, mis väljahingamisel sulgub ega võimalda õhu väljapääsu. Tekib teist tüüpi ventiilpneumotooraks. Kui ventiilpneumotooraksi puhul ei rakendata õigeaegselt vajalikke ravivõtteid, võib haige seisund muutuda ohtlikuks.

Lahtise pneumotooraksi ravi on operatiivne - haav õmmeldakse kinni. Peale operatsiooni tehakse korduvalt pleura-punktsioone, tühjendatakse pleuraõõs ja viiakse sinna 1 g streptomütsiini või 400 000 Ü penitsilliini.

Hemotooraks.

Hemotooraks on sagedane komplikatsioon rinnaõõnde ulatuvate haavade puhul, mis on seotud roietevaheliste või kopsukoe veresoonte vigastusega.

Kui pleuraõõnde satub verd väikeses koguses, ei kujuta see endast suurt ohtu. Tavaliselt veri imendub, kuid siiski on parem see eemaldada, sest sadestuv fibrin võib põhjustada pleura lehtede vahel liitumisprotsesse.

Suured verevalumid pleuraõõnde on ohtlikud nagu iga massiivne verejooks, sest ta põhjustab ägedat väheveresust. Peale selle avaldavad nad ka rõhku kopsule, häirides normaalset hingamisrütmi ja põhjustades gaasi ainevahetuse häireid. Pleuraõõnde tekkinud massiivne verevalum rõhub mediastiinumile, seal asetsevatele südamele, suurtele veresoontele ja närvipõimikutele. Tekivad tingimused kardiovaskulaarse insufitsientsuse väljakujunemiseks, mille tulemusena haige üldseisund halveneb.

Kopsu haavad, olles ise primaarselt infitseeritud, põhjustavad ka hemotooraksi infitseerumist, mis on raskeks komplikatsiooniks.

Kliiniliselt avaldub hemotooraks rea subjektiivsete sümpt-

toomidega: valud rinnus, hingeldus, surve tunne rinnaõnes. Objektiivselt esineb perkussioonil tumestus ja hingamiskahin on nõrgenenud või puudub. Röntgenoloogiliselt sedastatakse homogeenset varjustust, mida põhjustab veri.

Kahtluse puhul hemotooraksile tuleb teostada punktsioon ja imeda rinnaõonest välja seal olev verine sisu. Järgnevalt süstitakse rinnaõnde antibiootikume. Kõige parem on 100 000 Ü (1g) streptomütsiini. Tühjendamist on vaja teha iga päev. Vere eemaldamine tuleb katkestada isegi väikeste pulsi muutuste, veel enam aga kiiresti saabuva nõrkuse puhul. Tuleb jälgida ka seda, kas ei esine haigel hemotooraksi suurenemist.

Progresseeruv vererõhu langus ja perkutoorse tumestuse ülemise piiri tõus annavad tunnistust verejooksu jätkumisest, mille tõttu on vajalik kohene kirurgiline vahelesegamine.

Pneumotooraksi mädaseks muutumisel tõuseb kiiresti temperatuur ja halveneb haige üldseisund. Pneumotooraksi infitseerumise üle võib otsustada ainult vaadeldes sümptoome komplekselt, mitte aga üksnes temperatuuri muutusi, mis võib vere eemaldamise järel tõusta ka infitseerumata hemotooraksi puhul. Infektsiooni olemasolu aitab määrata vere uuring. Suure tähtsusega on valgeverepilt, selle nihe vasemale, mitte aga ainult leukotsüütide arv.

Taktika infitseerumise puhul on sama kui tavalise hemotooraksi puhul, s.o. seisneb pleuraõone tühjaksimemises punktsioonidega, sellele järgneva antibiootikumide sisseviimisega. Kui mädanikuline protsess progresseerub, kasutatakse mäda eemaldamiseks aktiivset aspiratsiooni või tehakse torakotomia pleuraõone drenimiseks.

Hästi läbiviidud konservatiivne ravi pleuraõone tühjaksimemisega ja sellele järgneva antibiootikumi sisseviimisega annab sageli häid tulemusi.

Kopsu haavad on enamikus väikesed ja tekivad vigastustest killu või kuuliga, rebimistest jne. Tavaliselt esinevad need haavad rindkerevigastuse taustal, andes samu sümptoome kui pneumotooraks. Täiendava sümptoomina esineb verikõha - vere

kiud rõgas. Väikesed haavad paranevad harilikult spontaanselt, ilma igasuguse vahelesegamiseta.

Suuremate kopsu haavade puhul on vajalik kirurgiline vahelesegamine suurte verejooksude sulgemiseks. Verejooksu sulgemiseks või kopsu õmblemiseks teostatava laia torakotoomia vajadusel esinevateks sümptomideks on: vererõhu langus, tugev vereköha, poolistuva asendi vajalikkus, valud rinnus, hingamise raskenemine, külm higi.

Operatiivne ravi võib osutada vajalikuks vaatamata sellele, et kõik sümptomid pole teravalt välja kujunenud, tuleb aga silmas pidada, et iga torakotoomia puhul, millele järgneb operatsioon kopsukoel, on vaja rakendada kompleksset šokivastast ravi.

Operatsiooni tuleb teostada võimalikult paikse tuimastusega, kasutades eelnevalt vagosümpaatilist blokaadi kaelaosas, samuti ka retrosternaalset blokaadi.

Tähtis on operatsioonijärgne ravivõtete süsteem, eriti hermeetiliselt suletud lahtise pneumotooraksi puhul, mis sageli muutub mädaseks. Sellistel juhtudel on kõikide patoloogiliste nähtude ilmumine seoses õhu ja eksudaadi kogunemisega pleuraõõnde. Selle komplikatsiooni vältimiseks on vajalik igapäevane punkteerimine ja pleuraõõne sisu väljajäätmine sellele järgneva antibiootikumi sisseviimisega. Vajaduse korral rakendatakse püsiv aktiivne aspiratsioon.

Kopsukoevigastuse tulemusena võib tekkida haava ümbritseva kopsukoe põletik (traumaatiline pneumoonia), mida diagnoositakse tavaliste kopsupõletiku sümptomide järel.

Tuleb silmas pidada, et ühe kopsu osa vigastus võib põhjustada põletikku ka vastaspoolel – tervel poolel. Ravi on tavaline.

Teiseks komplikatsiooniks kopsu traumade puhul on abstsessi teke vigastuse kohal. Seda diagnoositakse temperatuuri tõusu, mädase rõga erituse ja röntgenoloogiliste uuringute põhjal.

Rinnakorvi-, pleura- ja kopsupõletikud.

Roiete ja rinnaku äge osteomüeliit.

Roiete ja rinnaku osteomüeliiti esineb harva (kuni 1% osteomüeliitidest).

Kliiniliselt esinevad osteomüeliidi puhul valud kahjustatud piirkonnas. Sellele järgneb mäda teke ja temperatuuri tõus. Varases staadiumis, nagu kõikide osteomüeliitide puhulgi, annab röntgenoloogiline uurimine negatiivseid tulemusi. Tekkiv mädakolle tuleb avada. Kui tekib fistul, kraabitakse see välja ja eemaldatakse ka sekvestrid. Haav õmmeldakse kinni umbselt. Palju visamalt kui osteomüeliit paranevad kõhre ägedad ja alaägedad põletikud (chondritis). Kondriidi puhul tekib kõhres mädakolle, mis murdub läbi perikondriumi ümbritsevatesse kudedesse. Kõhres jätkuv nekrotiseerumisprotsess takistab fistuli paranemist.

R a v i k s on kahjustatud kõhre operatiivne eemaldamine.

Visalt paranevaid fistuleid tuleb eraldada aktinomükooosi fistulitest. Viimaste puhul esineb aga puukõva infiltraat ja teraline eritus, milles esineb druuse.

Tüüpilist kondriiti võib segada süüfilisega, see areneb aga roide kõhrelise ja luulise osa piiril ja pole kunagi ägeda iseloomuga. Tekitanud fistuli, on süfiliitiline haavand tüüpilise kujuga (rebitud servad). Ravi on spetsiifiline - antilueetiline.

Pleuriit.

Eksudatiivseid pleuriite jaotatakse seroosseteks, seroosmädasteks ja mädasteks. Seroossed pleuriidid on tavaliselt sekundaarsed ja on tuberkuloosi või kopsuabstsessi tulemuseks. Sageli arenevad alumises pleuraõõne osas pleuriidid mädakollate läheduse tõttu (subdiafragmaalne abstsess). Seroosmädaseid pleuriite täheldatakse sageli infektsiooni tulemusena, mis lähtub kopsu koest. Kirurgiakliinikus on kõige suurema tähtsusega mädane pleuriit - empüem, mis võib olla nii pri-

maarne (pleuravigastustel) kui ka sekundaarne, põhjustatud infektsiooni levikust kopsult pleurale (pneumoonia, kopsu abstsess). Viimane on sagedasem. Empüeem võib olla ka metastaatilise päritoluga. Teda põhjustav bakteriaalne floora on väga varieeruv. Monoinfektsiooni esineb äärmiselt harva.

Lapseeas on pleura empüeemi põhjustajateks kõige sagedamini diplo- ja pneumokokid, täiskasvanutel strepto- ja stafülokokid. D.L. Tsirlin on kirjeldanud ka pleuraempüeemi ja kopsugangreeni anaeroobset tüüpi.

Nagu eespool kirjeldatud, on pleuraempüeemid enamikus põhjustatud kopsuabstsessi perforatsioonist pleuraõõnde. S.I. Spassokukotski arvab, et ei ole olemas pleuraempüeemi ilma kopsuabstsessi perforatsioonita, kuid mõnikord on need abstsessid niivõrd väikesed, et neid ei saa sedastada röntgenoloogiliselt. Tema poolt on esile tõstetud ka teine seisukoht, mille kohaselt läbimurre võib olla kiire iseloomuga, võib aga toimuda ka aeglaselt ja pleura infitseerub järkjärguliselt (seroosne, seroos-mädane ja mädane pleuriit).

Need pleuriidid paranevad kas samaaegselt pneumooniaga (parapneumooniline) või peale pneumooniat (metapneumooniline).

Äge mädane pleuriit iseloomustub mädase eksudaadi tekkega, mis võib olla väga erineva konsistentsiga, vedelast kuni paksuni. Mädasest eksudaadist langevad välja fibriiniosakesed, mis kleepuvad pleuraõõne seintele. Eksudaadi hulk suureneb, surudes kopsu kokku kopsuvärati suunas. Edasisel eksudaadi hulga suurenemisel hakkab see suruma ka mediastiinumile. Eksudaadi raskuse tõttu laskub diafragma madalamale. Mädani-kuline protsess võib areneda juba algusest peale alaägedalt, kusjuures pleurale ladestuva fibriini tulemusena tekivad põletikulised vohandid (pleuritis adhaesiva) ja liited. Organiseerudes muutuvad need vohandid tihedateks kattudeks pleural, mida nimetatakse švartideks.

Liited võivad jaotada pleuraõõnsust mitmeks iseseisvaks õõnsuseks, millesse koguneb eksudaat, ja neil juhtudel areneb piirdunud pleuriit (pleuritis circumscripta). Piirdunud pleuriidi nimetus sõltub selle asukohast: seina- või roidepidine

pleuriit (pleuritis costalis), tipupleuriit (pleuritis apicalis), basaalne või mediastinaalne pleuriit (pleuritis mediastinalis), loobustevaheline pleuriit (pleuritis interlobaris).

Liidete esinemine muudab vedeliku ülemise pinna ebamääraseks ja horisontaalset pinda täheldatakse ainult kõndivatel haigetel. Mädase pleuriidiga haigetel, kes tavaliselt lamavad, moodustab ülemine eksudaadi piir kõverjoone, mille kõige kõrgem punkt asetseb keskmisel aksillaarjoonel. Pind laskub madalamale tagapool selgroo suunas ja eespool rinnaku suunas. Perkutoorne tumestus algab tervelt poolelt. Nii moodustub kolmnurk - Rauchfuszi kolmnurk. Eksudaadi ülemise piiri kõverkulg aitab teatud piirini diferentseerida basaalset pleuriiti subdiafragmaalsest abstsessist, mille puhul ülemine piirjoon hakkab pöörduma alla alates tagumisest aksillaarjoonest.

Neil juhtudel, kui mädane pleuriit on kopsuabstsessi perforatsiooni tulemus ja pleuraõõnde pääseb ka õhku, mis, olles kergem, asetseb eksudaadi pinnal, areneb mädane pleuriit koos õhkrinnaga (pyopneumothorax).

Piirdunud mädase pleuriidi puhul, kus on olemas veel aktiivne infektsioon, takistavad tugevad liited mäda levikut pleuraõõnes ja see tungib rindkereseina pehmetesse kudesse. Areneb välja rindkereseina abstsess. Selle abstsessi avamisel jääb tavaliselt fistul. Sellist empüeemi nimetatakse empyema necessitatis.

Mäda võib tungida keskseinandisse ja isegi perikardi, mille tulemusena arenevad neis piirkondades mädased põletikud.

Kirurgil on suhteliselt vähem võimalusi kui terapeudil jälgida pleuriidi arengut tema varases staadiumis. Real juhtudel venib pleuropneumoonia pikale, haigetel püsib temperatuur, nad kõhnuvad ja on septilise haige ilmega. Perkussioonil leitakse esinenud tumestuse vähenemise asemel selle suurenemist. Sellel perioodil piirdub mädane protsess ainult kopsuga ja reaktsioonina arenevad liited pleuraõõnes. Sellele järgneb seroosne eksudatsioon, mida raviv arst peab juba avastama.

Nagu eespool märgitud, võivad pleurasse murduda suured

mädakolded. Sellisel juhul arenevad tugevasti väljakujunenud kardiovaskulaarse insufitsientsuse nähud, külm higi, tsüanoos (pleuropulmonaalne šokk). Need nähud püsivad tavaliselt mõni tund ja seejärel haige seisund paraneb.

Seda tüüpi kriisid, kui nad esinevad pikaleveninud kopsupõletiku puhul, vihjavad mädasele protsessile ja mitte niivõrd kollapsile, mis võib esineda pneumoonia, eriti krupoosete pneumooniate puhul.

Paljudel juhtudel ei toimu seroosse protsessi üleminek mädaseks pleuriidiks mitte nii tormiliselt. See vihjab infektsiooni infiltreerumisele pleurale ja mitte selle perforereerumisele kopsust pleurale. Neil juhtudel võib areneda monoinfektsioon.

Mädakolde perforereerumisele pleurasse on iseloomulik väljakõhitava röga hulga tunduv vähenemine. Eksudaadi levik mädakolde perforatsioonil võib pleuraõõnes olla väga erinev. See seletub sellega, et veel fibrinoosse eksudatsiooni perioodil, kui esineb kahin pleura hõõrdumisest, võivad tekkida pleura liitumised. Vedeliku kogunemisel asetseb see kõige madalamasse ossa, kõige sagedamini tagumisesse diafragmaalsesse siinusesse. Sellele on vaja tähelepanu omistada kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt uurimisel. Vedeliku kogunemise algul on rõhk pleuraõõnes veel negatiivne, seepärast ei esine selles staadiumis veel roistevahemikkude laienemist. See ilmub alles järsul vedeliku hulga suurenemisel. Rohke eksudaadi puhul on ka süda surutud tervele poolele. Seda võib määrata mitte üksnes röntgenoloogiliselt ja perkussiooni abil, vaid ka tsüanoosi ja hingelduse olemasolu järgi. Viimane seletub survega ülemisele ja alumisele õõnesveenile kui ka kopsuarterile.

Pleuraõõnt tuleb tühjendada härmise ettevaatusega, eriti aga siis, kui on tegemist tugeva eksudatsiooniga. Diagnoos selgub peale punktsiooni.

Diferentsiaaldiagnostiliselt on vaja mõelda tingimata ka tuberkuloosesele pleuriidile. Lõplik diagnoos selgub peale mäda uurimist.

Ägedad empüeemid võivad üle minna kroonilisteks. See seletub sellega, et vistseraalse kui ka parietaalse pleura peale tekib paks granulatsioonikiht (švart) ja kops kaotab võime suuremateks hingamisliigutusteks.

B.E. Linbergi arvates soodustavad kroonilise empüeemi teket järgmised momendid: 1) bronhiaalse fistuli teke, 2) empyema necessitatis, 3) totaalne empüeem, kui kops kaotab oma elastsuse, 4) mitteküllaldane pleuraõõne tühjendamine mäda, vale drenimine, 5) liiga varane empüeemi opereerimine, mille tulemusena tekib suur pneumotooraks, 6) liiga hiline ägeda pleuraempüeemi opereerimine, kui esinevad juba tihedad paksud švardid, mis segavad kopsu väljavenitamist ja järelikult ka pleurakoopa täitumist, 7) võõrkeha olemasolu, nagu pleuraõõne jäetud dren, 8) krooniline spetsiifiline infektsioon (tuberkuloos, aktinomükoos), 9) roide osteomüeliit.

Õõne mõõtmed krooniliste empüeemide puhul võivad olla väga erinevad, samuti on erinev ka haiguse kestus. Temperatuur on tavaliselt subfebrilne. Esinevad kõhnumine ja rida teisi kroonilistele infektsioonidele omaseid sümptome. Paiksed sümptoomid sõltuvad kroonilise empüeemi levikualast.

Kinnise kroonilise empüeemi diagnoosimine pole alati kerge, fistuli olemas olles ei valmista see aga raskusi.

R a v i peab ägeda mädase pleuriidi puhul olema operatiivne. Seoses antibiootikumide rakendamisega on viimasel ajal välja töötatud meetod ettevalmistavaks, äraootavaks raviks. Torakotoomiale eelneb mäda väljaimemine punktsiooni teel ja antibiootikumi viimine empüeemiõõnde. Tuleb aga märkida, et raske septilise seisundi puhul ei tule torakotoomiaga viivitada.

Pleuraõõne punktsioon ravi otstarbeks tuleb teostada varakult, s.o. siis, kui sageli esineb veel monoinfektsioon. Seda on eriti vaja silmas pidada lastehaiguste praksises (T.P. Krasnobajevi andmeil osutub haiguse põhjuseks laste juures 51% juhtudest pneumokokk). Sellel perioodil on vajalik püüda alandada eksudaadi nivood, tehes seda aeglaselt, mitte üle 1000 ml korraga, kusjuures peamiseks näitajaks jääb haige

üldseisund ja tema enesetunne.

Peale mäda väljajumemist viiakse pleuraõõnde antibiootikumide segu: 1 g streptomütsiini, 200 000 Ü penitsilliini ja 5 000 000 Ü albomütsiini. Igaüks neist antibiootikumidest lahustatakse 3-4 ml 0,25%-lises novokaiinilahuses.

Punktsiooni tehnika on järgmine: punktsiooni koht tuimastatakse 0,25%-lise novokaiinilahusega, tuimastatakse mitte ükenes nahk ja nahaalune kude, vaid ka kõik interkostaalsed koed. Selle tegemata jätmine võib viia haige pleurapunktsiooni ajal šokiseisundisse. Pleuraõõnde viiakse jäme nõel, mille otsa on kinnitatud kummitoru. (Tavaliselt toimub see skapulaarjoonelt, VIII roidevahemikust.) Kummitoru ots suletakse Kocheri klemmiga selleks, et vältida õhu sattumist pleuraõõnde. Edasi ühendatakse toru süstlaga ja klemm eemaldatakse.

Punktsiooninõela võib kummitoru abil ühendada ka Potaini aparaadiga pidevaks imemiseks.

Juhul, kui haiguse üldnähud süvenevad, mis räägib sellest, et ravi ei anna tulemusi, tuleb teostada torakotoomia. Teostatakse roide resektsioon, viiakse sisse dreene ja õmmeldakse haav selle ümber tihedalt kinni. Dreene ühendatakse Subbotin-Perthesi aparaadiga. Pleuraõõnt võib drenida ka roiete vahe kaudu. Selleks, et dreene oleks tihedalt ümbritsetud pehmete kudedeaga, resetseerivad S.I. Spassokukotski ja A.N. Bakulevi roide, lõikavad dreene otsa luipu ja pigistavad ta pleuraõõnde viimisel klemmi vahele. Sellisel juhul on tegemist Bülowi ja roide resektsioonimeetodi kombinatsiooniga.

Peamine ülesanne ägeda mädase pleuriidi ravil torakotoomiaga on rõõbiti mädale hea väljapääsu võimaluste loomiseks vältida õhu pääsu pleuraõõnde, vältida pneumotooraksi teket.

Haiguse varases staadiumis ei ole võimalik ütelda, kui palju aega vajab ägeda pleuraempüeemi ravi.

Kroonilise empüeemi (alles 5-6 kuu möödumisel võib olla juttu kroonilisest empüemist) puhul tuleb kasutada kirurgilist vahelesegamist. Mõned kirurgid soovivad kopsu etteval-

mistavalt välja venitada korduvate tühjaksimemistega. On vähe lootust, et pikema kestusega mädaniku puhul tekkinud ävardid võimaldavad kopsu laienemist negatiivse rõhu toimel, seepärast on parem kasutada kohe operatiivset vahelesegamist.

Operatiivsel vahelesegamisel kasutatakse rida võtteid. Kasutatakse laia torakotoomiat 2-3 roide eemaldamisega, sellele järgneva võimalikult hea parietaalse pleura vabastamisega vistseraalsest, avades seejuures kõik mädakolded. Sellele järgnevalt tamponeeritakse koobas tihedalt pikemaks ajaks Višnevski salviga (Višnevski operatsioon). Sellel operatsioonil on bioloogiline toime kudedele, pleurale ja kopsudele. Viimane hakkab laienema ja täidab pleuraõõne. Kasutatakse ka mitut liiki torakoplastikaid, redelplastikat või ka roide resektsiooni sellele järgneva lihaste siirdistutamisega pleuraõõnde. Sageli jätavad põletikulised protsessid järele bronhiaalseid fistuleid, mis enam kui pooltel juhtudest paranevad spontaanselt.

Neil juhtudel, kui fistuli ravi konservatiivsete võtetega ei anna tulemusi, on näidustatud operatiivne ravi, mis seisneb fistuli väljalõikamises sellele järgneva kanali tiheda kinniõblemisega või fistuli sulgemises lihaselapiga.

Kopsu mädapõletikud.

Kopsuabstsess ja kopsugangreen on selle ala kõige suurema spetsialisti, õpetuse kopsu mädastest protsessidest rajaja S.I. Spassokukotski arvates ühe ja sama haigusprotsessi erinevad vormid (pneumonia, abscessus, gangraena). Kopsugangreen on põletiku arengu kõrgeim aste, mis kulgeb tormiliselt, põhjustades sageli verejookse. Muidugi esineb siin palju üleminekufaase. XXVI üleliidulisel kirurgide konverentsil märkis P.A. Kuprijanov, et viimaste aastate uurimused ei ole veel toonud selgust reas olulistes kopsu mädapõletikkude etioloogia-, patogeneesi- ja klassifikatsiooniküsimustes.

Esitame skeemi kopsu mädaste protsesside jaotusest P.A. Kuprijanovi järgi:

I. Kopsuabstsessid ja -gangreenid:

1. Mädased abstsessid:

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| a) ägedad | } üksikult,
hulgaliselt. |
| b) kroonilised | |

2. Gangrenoossed abstsessid.

3. Laiaulatuslikud gangreenid.

II. Kopsuabstsessijärgsed pneumosklerooSid.

III. Bronheктаasiad:

1. Seoses kopsuateleктаasiga ("ateleктаatilised bronheктаasiad", "ateleктаatilised kopsud").

2. Ilma ateleктаasita.

IV. Mädanevad kopsutsüstid.

1. Üksikud tsüstid.

2. Hulgalised tsüstid (tsüstiline kops).

S.I. Spassokukotski nimetas kopsuabstsessiks piirdunud mädakogumit, milles võib eraldada mädest sisu, õõnsust ja seinu.

Mädaseid protsesse kopsus esineb sageli. Selle haiguse sagememisele juhib tähelepanu juba S.I. Spassokukotski, kes seletab seda diagnoosimise täpsustumisega. Mädanikulisi protsesse kopsus esineb tunduvalt sagedamini meestel (kuni 80%) kui naistel (20%). Kõige suurem haigestumiste arv langeb vanusele 20-40 aastat.

Kopsumädanikkude patogeneesis on enamiku autorite arvates põhilised välised faktorid (aastaaeg, vastavad perioodid gripooseteks puhanguteks), samuti aga ka närvisüsteemi regulatsiooni ja neurotroofika häired (P.A. Kuprijanov). Kopsu mikrofloora, mis koosneb saprofüütidest, võib muutuda teatud tingimustes patogeenseks, põhjustades teatud intensiivsusega kopsumädanikke. Infektsiooni pääs kopsu võib toimuda väga mitmel teel. Kopsumädanikkude klassifikatsiooniks vastavalt nende tekkele oli kasutusel järgmine skeem:

- 1) vahetu kopsu trauma,

- 2) hematogeenne tee,
- 3) bronhogeenne tee,
- 4) lümfogeenne tee,
- 5) operatsioonijärgsed mädanikud.

Jättes puudutamata kõiki operatsioonijärgsete kopsumädanikkude tekke võimalusi, tuleb märkida, et peale embooliate jt. on teatud osatähtsus ka narkoosil, sest kasutades paikset toimastust, esineb abstsessesse harvem.

S.I. Spassokukotski soovitab kopsumädanikkude klassifikatsiooniks teist skeemi:

- 1) embooliatest,
- 2) obduratsioonist,
- 3) aspiratsioonist,
- 4) pneumooniajärgsed,
- 5) parasitaarsed,
- 6) traumaatilised.

Emboolilisi kopsuabstsessesse esineb umbes 3-7% kõikidest kopsu mädanikulistest protsessidest. Nende iseloomustuseks on põhiline kopsulõpparteri topistus emboli poolt. Algul areneb kopsuinfarkt, millele hiljem järgneb mädane kopsukoe lagunemine. Tavaliselt algab haigus ägedate nähtudega ja võib olla mõnikord tormiline. Haigetel esineb rögas verd.

Obturatsioonist tingitud mädanikkude puhul esineb bronhi sulgus mingisuguse võõrkehaga (hambakroon, luutükk, kestad jne.). Isoleeritud kopsu osast resorbeerub õhk ja areneb atelektaas. Sageli etendab obtureeriva topise osa bronhikasvaja, seepärast tuleb pidada atelektaasi ilma põletiku tunnusteta üheks kopsuvähi sümptomiks.

Aspiratsioonimädanikud arenevad oksemasside, lima ja süle sattumisel kopsu. Selle põletiku tulemusel arenev protsess kahjustab bronhi dreenivat osa. Katkeb röga eritumine, mis loob veelgi soodsamad tingimused mädaniku arenguks. Selliseid tingimusi täheldatakse eriti sageli narkoosi puhul, kui esineb okse.

Kõige sagedamini esineb kopsumädanikke peale kopsupõle-

tikku (nn. postpneumoonilised abstsessid).

Kopsuabstsessid võivad olla primaarsed ja sekundaarsed. Esimesed arenevad täiesti tervetel, teised aga tavaliselt mõne teise haigusliku protsessi tulemusena, kõige sagedamini kopsupõletiku järgselt (vt. eespool).

Abstsessi puhul laguneb osa kopsu ja selle ümber moodustub kapsel. Mõnikord perforerub abstsess 10. päeval bronhi, mis avaldub massilises röga eritumises. Spontaanset paranemist ei esine sageli, kuna tavaliselt abstsess ei tühjene täielikult ja toimub üleminek krooniliseks abstsessiks. Kopsuabstsessi spontaansel paranemisel korditub see tekkiva sidekoe tulemusena. Mõningatel juhtudel viib pika kestusega protsess tiheda sidekoelise kapsli tekkimisele, mis takistab abstsessi paranemist, kuna ei saa toimuda selle õone kokkulangemine.

Kopsuabstsessid, mis ei parane 2-3 kuuga, lähevad üle kroonilisteks.

Juhul, kui jäävad järele infiltratiivsed ja induratiivsed kolded, ei toimu täielikku paranemist. Neil juhtudel võivad väga mitmesugused faktorid (näiteks gripoosne infektsioon) põhjustada ägenemist, mis lõpeb kopsu uue abstsessi tekkega. Ägenemine võib vaibuda ja sümptoomid kaduda, kuid mõne aja pärast võib areneda uus veelgi ägedam atakk. Juhul, kui ei kasutata radikaalset ravi õigeaegselt, kurnavad sellised atakid haiget, viivad bronhektaatilistele muutustele ja amüloidsoosile, põhjustades lõpuks ka surma.

Postpneumooniliste mädanikkude rühma kuuluvad need juhud, kus kopsupõletik ei vaibu, vaid laieneb infiltratiivselt. Arenevad üha uued mädakolded ja protsess võtab alaägeda või kroonilise iseloomu.

Oma asukoha järgi võib abstsesse jaotada: 1) kopsuvärti - hiiluse, 2) sügaval kopsukoes asetsevad ja 3) perifeersed abstsessid.

Juhul, kui abstsesse on hulgaliselt, võivad nad areneda kopsugangreeniks.

Oma alfaasis kulgeb kopsuabstsess ilma iseloomulikkude sümptoomideta. Vastiku haisu ilmumine suust, 0,5-1 klaasi-

täie kolmekihilise rõga väljakõhimine (vahutav, veesarnane ja mädane) juhivad tähelepanu kopsu mädanikulisele protsessile.

Haigetel kinnise abstsessiga, s.o. kui abstsess pole murdunud bronhi, kulgeb kliiniliselt väga ebamääraste sümptomidega. Kliiniline pilt tuletab meelde pneumooniat: kõrge temperatuur, kõrgenenud leukotsütoos jne. Ainult üksikjuhtudel on röntgenoloogiliselt sedastatav pneumooniale tüüpilise hajuva varjustuse asemel enam piirdunud varjustus. Diagnoos muutub lihtsaks siis, kui abstsess murdub bronhi ja esineb tugev rõga eritus.

Juhul, kui haiguse kulg on raske, kuid rõga eritus vähene, tõendab suust eralduv roiskuv häis kopsugangreeni arengut. Mäda uurimisel võib sedastada elastsete kiudude esinemist, mis annab tunnistust kopsukoe lagunemisest.

P r o g n o o s kopsuabstsessi puhul sõltub suurel määral haige vanusest, üldseisundist ja kopsukahjustuse iseloomust. Haigetel vanusega üle 50 aasta on prognoos halb. Üksik abstsess paraneb enam kui pooltel juhtudel spontaanselt. Haiguse progresseerumine halvendab prognoosi. Kopsugangreen kulgeb äärmiselt raskelt ja halvendab haige üldseisundit järsult.

Vastavalt oma esinemiskohale eraldatakse kolm rühma kopsuabstsessi komplikatsioonide: 1) väljaspool rinnakorvi, 2) kopsus, 3) naaberorganites.

Esimesesse rühma kuulub intoksikatsioon, mis häirib kardiovaskulaarse- ja urogenitaalsüsteemi funktsiooni. Seejuures muutub ka verepilt tunduvalt, langeb värviindeks, areneb aneemia.

Teise rühma kopsukomplikatsioonidest on esikohal kopsuverejooks. See võib olla väike - verikõha või verekiud rõgas -, kuid ta võib olla ka massiivse iseloomuga, seda eriti kopsugangreenide puhul. Fibroosse kapsli arenemisel abstsessi ümber on verejooks ohtlik sellepolest, et koobas ei lange kokku ja nagu imeb verd välja vigastatud veresoonest.

Kolmanda rühma - pleuraalsete komplikatsioonide hulka

kuulub abstsessi murdumine pleuraõõnde, millele järgneb püopneumotooraksi teke.

R a v i kopsuabstsessi või kopsugangreeni puhul koosneb reast üldistest ja paiksetest ravivõtetest. Haigeid kopsugangreeniga tuleb opereerida viivitamatult.

Kopsu mädaste protsesside puhul tuleb luua haigele maksimaalne rahuolukord, määrata voodirežiim hästi tuulutatud haigepalatis. Talle antakse asend, mis on mugav röga väljakõhvimiseks ("drenaasiasend"). Nendel haigetel kannatub väikese vereringe verevarustus, seepärast on neil näidustatud hapniku sissehingamine ja südamevahendid.

Kui haige seisund on raske, eriti verejooksude puhul, ka väikestel verejooksudel ja kalduvustel verejooksule, tehakse 1 kuni 2 korda nädalas konservvere ülekannet 100-125 ml, 10-15 päeva kestel süstitakse iga päev veeni 20 ml 33%-list alkoholilahust ja 10 ml 10%-list kaltsiumkloriidilahust. Kopsugangreeni puhul on näidustatud neosalvarsaani süstimine veeni, 0,3-0,6g üks kord 5-7 päeva järele.

Eriliselt tähtis on antibiootikumide manustamine suurtes annustes. Häid resultate on saadud suurtes annustes penitsilliini süstimisel bronhoskoobi abil otseselt bronhi. Suured annused on vajalikud selleks, et põletikulised moodustised (pleura, abstsessi seinad) on antibiootikumidele raskesti ligipääsetavad.

Kopsuabstsessi kirurgilist ravi jaotatakse konservatiivseks ja radikaalseks.

Esimeste hulka kuulub mäda väljaimemine läbi bronhoskoobi: eemaldanud bronhist topise, võimaldub mäda äravool. See meetod pole laialt levinud, kuigi sellega saavutatakse realjuhtudel paranemist. Tema kasutamist soovitab V.K. Trutnev, tuginedes suurele hulgale kliinilistele vaatlustele.

Kollapsteraapia kuulub palliatiivsete kirurgiliste vahelisegamiste hulka. Ta seisneb vahelihassenärvi alkoholiseerimises või läbilõikamises haigel poolel. Selle operatsiooni mõte seisneb selles, et paralüseeritud diafragma tõuseb kõrgemale, avaldab survet kopsule ja seetõttu surutakse mäda

läbi bronhi välja. Teised kollapsteraapia võtted, nagu ekstra- ja intrapleuraalne pneumolüüs, kopsu komprimeerimine mitmesuguste plommidega, on saanud enamiku autorite poolt eitava hinnangu. Radikaalsetest operatsioonidest kasutatakse kaasajal pneumotoomiat, lobektomiat ja pneumonektomiat. Igapähe neist meetoditest on oma näidustused ja vastunäidustused. Üksikute kopsuabstsesside puhul on vajalik kahjustatud sagara eemaldamine (lobectomia).

Hulgaliste abstsesside puhul, kui seda lubab haige üldseisund, võib tulla arvesse haigestunud kopsu poole eemaldamine (pneumonectomia).

Haigetel, kes on kurnatud seisundis, on vaja teha lihtsamaid operatsioone - pneumotoomia, mis senini on kõige enam levinud operatsiooniks kopsuabstsesside ravil.

Kirurgilisele vahelesegamisele võib asuda alles neil juhtudel, kui on olemas selge ettekujutus abstsessi lokalisatsioonist. Infektsiooni pleuraõõnde sattumise vältimiseks on vaja soodustada vistseraalse ja parietaalse pleuralestmee liitumist kopsuabstsessi kohal.

Juhul, kui pleuralestmee ei ole liitunud, jaotatakse operatsioon kahte etappi. Esimene neist lõpetatakse tampooni õmblemisega pleurale, mis kui võõrkeha põhjustab pleural põletikku ja sellega pleuralestmee liitumist. Seitsmendaks päevaks on tekkinud pleuralestmee liitumine ja seitsmendal või kaheksandal päeval teostatakse operatsiooni teine etapp. Haav avatakse uuesti, abstsessi katvad koed põletatakse läbi ja abstsessi sisu eemaldatakse. Koobas tamponeeritakse ja tampoonide vahele jäetakse dren, mis ühendatakse vette ulatuva toruga. Tänu sellisele käsitlusele ei määrdu pleura mädaga ja õhk ei pääse pleuraõõnde. Peale pneumotoomiat jäävad mõnikord fistulid, mida tuleb sulgeda operatiivselt. Tampoon vahetatakse peale pneumotoomiat esmakordselt alles 10-12 päeva pärast seda, selleks, et vältida verejooksu. Dreeni võib vahetada juba 5-6 päeva järel. Haige asend peab olema poolistuv. Parimal juhul kestab ravi mitte alla 2 kuu, venides mõnikord kuni 4 kuuni ja pikemaks.

Operatsioonijärgses perioodis on vaja kasutada kõiki kompleksravi võtteid, mis on omased konservatiivsele ravile kopsuabstsesside ja -gangreenide puhul.

Bronhektaasia.

Bronhektaasia on bronhide laienemine nende seinte muutuste tulemusena. Ta kuulub sageli esinevate krooniliste kopsuhaiguste hulka. Kõige sagedamini haigestutakse bronhektaasiasse 10.-40. eluaasta vahel. Haigestuvad ühtlase sagedusega nii naised kui ka mehed. S.I. Spassokukotski arvates on bronhektaasia omane kesk- ja vanemale eale.

Eraldatakse kaks tüüpi bronhektaasiasid: kaasasündinud ja eluajal omandatud. Esimesed kujutavad endast hingamisteede väärarenguid. Eluajal omandatud bronhektaasiate põhjuseks võivad olla sagedased kopsupõletikud, bronhide põletikud jt., mille tulemusena kopsusein kaotab oma elastsuse.

Patoloogilis-anatoomiliselt on bronhektaasiasid silindrilised bronhi laiendid üksikute kotjate sopististega, mis liitudes võivad moodustada kavernoosseid õõnsusi.

Sageli kaasub bronhektaasiale, mis häirib normaalset kopsu funktsiooni, veel atelektaas. Üheks kliiniliseks iseräasuseks bronhektaasiale ilma atelektaasita on kopsuabstsesside teke. Bronhide ja nende laiendite seinad on põletikus, eritub rohkesti mädist sekreeti. Mõnikord arenevad koe lagumiskolded, tekivad õõnsused - bronhektaatilised abstsessid.

Põletikuliste muutuste arenguastme järgi jaotatakse bronhektaasiasid kolme rühma (B.E. Linberg).

Esimesesse rühma kuulub bronhektaasia väheste, peamiselt katerraalset tüüpi põletikuliste muutustega bronhides.

Teise rühma kuuluvad bronhektaasiasid väljakujunenud põletiku nähtudega, peribronhiitidega, suure hulga eksudaadiga.

Kolmandasse rühma kuuluvad bronhektaasiasid väljakujunenud põletikuliste muutustega mitte üksnes bronhides, vaid ka ümbritsevas kopsukoes, kus arenevad kopsuabstsessid.

Oma olemuselt on need ühe ja sama haigusliku protsessi staadiumid, kuna üks vorm läheb järkjärguliselt üle teiseks.

Pikaldane mädanikuline protsess viib reale tüsistustele, mis on omased igale krooniliselt kulgevale mädanikulisele protsessile.

Kliiniliselt kulgeb bronheктаasia kroonilise mädase bronhiidina rohke röga eritusega (300-1000 ml). Esinevad sagedased ägenemised, mida peetakse kopsupõletikkudeks. Pääaegu alati esinevad bronheктаasia sümptoomina "trummipulksõrmed". Väga tüüpiline on röntgenoloogiline leid. Ulatusliku kopsuvälja tumestuse foonil on näha üksikud õhuga täitunud osad - helendused. Mõnel juhul esinevad ka abstsessid. Diagnostikas on suur tähtsus bronhograafial.

P r o g n o o s on bronheктаasia puhul tõsine, sest konservatiivne ravi võib ainult vältida järjekordset põletikulise protsessi ägenemist.

R a v i n a on näidustatud sulfonamiid - antibiootiline ravi, eriti aga intratracheaalne penitsilliini manustamine.

Sama ravi on oluline ka operatsiooni ettevalmistusperioodis.

Palliatiivsed operatsioonid (kollapsteraapia, kopsuarteri ligeerimine) on vähe efektiivsed. Radikaalsed operatsioonid: segment, lob- ja pneumonektoomia on rakendatavad ainult siis, kui haige üld seisund lubab võtta ette rasket operatiivset vahelesegamist.

Nimetatud ravivõtteid tuleb rakendada ainult põletikulise protsessi soikus perioodis.

Kopsuaktinomükoos.

Kopsuaktinomükoos esineb küllalt sageli. Ta võib olla primaarne või ka sekundaarne. Primaarne aktinomükoos tekib siis, kui patogeensed kiirikseened tungivad bronhide kaudu tervesse kopsukoosse. Aktinomükoosi tekitaja põhjustab kopsus tüüpilisi kahjustusi.

Sekundaarseks aktinomükoosiks nimetatakse neid juhte, kus tavalisele põletikulisele protsessile kaasub aktinomükoosne infektsioon.

Kliinilistest sümptoomidest esinevad sageli kõha, valu rinnakorvis, nõrkus, kõhnumine. Kõige suurema tähtsusega on rinnakorvi "põletav" valulikkus kahjustatud koha palpeerimisel.

Diagnoosimisel on vaja korduv röga ja mäda uurimine druuside või seennitide sedastamiseks. Kui laboratoorne leid osutub positiivseks, pole diagnoosis kahtlust.

P r o g n o o s on aktinomükoosi puhul üldiselt halb.

R a v i . Aktinomükoosi ravi on raske ülesanne. Ta peab algama haige üldist jõudlust tõstva raviga. Selleks soovitatakse kasutada vereülekandeid 150-200 ml. Suu kaudu manustatakse joodkaaliumi 8-10 g päevas. See ei toimi aktinomütsetidele, kuid aitab hajutada infiltraati. Näidustatud on ka spetsiifilise seerumi kasutamine S.F. Dmitrijevi ja G.O. Sutejevi järgi (aktinolüsaat).

Häid tulemusi on võimalik saavutada suurtes doosides röntgenikiirituse kasutamisel.

Operatiivne vahelesegamine on näidustatud, kui konservatiivne ravi ei anna tulemusi. Ta seisneb protsessist kahjustatud kopsuosade väljapõletamises.

Mõnikord, sõltuvalt haige üldseisundist, tuleb sellist vahelesegamist teostada mitmes etapis.

Kopsuehhinokokk.

Oma esinemissageduselt on kopsuehhinokokk teisel kohal maksaehhinoki järel. Peaaegu alati esineb kopsus unilokulaarne ehhinokokk. Algul on sümptoomid väga nõrgalt välja kujunenud, hiljem aga ilmuvad nähud, mis on iseloomulikud kopsudes esinevatele põletikulistele protsessidele.

Üldiselt eraldatakse kolme perioodi: esimeses täheldatakse vereköha ja hingeldust, teises perioodis kaasuvad põletikunähud (pleuriit, pneumoonia, bronhiit), kolmandat perioodi iseloomustab ehhinokoki põie läbimurdumine pleurasse või bronhi.

Röntgenoloogiline leid iseloomustab (V.R. Braitsevi jär-

gi) järgmiselt: 1) homogeenne, kopsuparenhüümia teravalt piirdunud varjustus, 2) tumestus on sfääriline või ovaalne, 3) sügaval hingamisel vari liigub, 4) kõige sagedamini esineb ehnikokk kopsu alumises sagaras paremal pool, seejuures on aga siinus vaba.

Veres esineb eosinofiilia (mitte alati esinev näht). Katssoni reaktsioon on positiivne.

Kõige kindlaimad andmeid saadakse röntgenoloogilisel uurimisel. Proovipunktsioonid ei ole lubatavad, kuna võib infitseerida ka pleurat.

R a v i on kirurgiline, seisnedes laias torakotoomias, mille kaudu eemaldatakse põis koos kitiinkestaga. Haav õmmeldakse nii, nagu seda tehakse lobektomia ja pneumonektoomia puhul.

Kopsukasvajad.

Kopsukasvajatest esineb kõige sagedamini kopsuvähk. Primaarne kopsusarkoom on äärmiselt haruldus.

Kõige sagedamini haigestuvad kopsu pahaloomulistes kasvajatessesse üle 40 a. vanad. Tsentraal onkoloogia instituudi andmeil moodustavad haigestunutest 11% naised. Sama instituudi andmeil sedastati anamneesis 70% juhtudest pikaldasi retsidiveeruvaid kopsu põletikulisi protsesse. Pikaldased ja retsidiveeruvad põletikud võivad põhjustada metaplaasiat - silinderepiteeli üleminekut lame-epiteeliks. Parema kopsu haaratakse sagedamini kui vasema. Tunduvalt suurem osa kasvajatesset asetseb ülemistes sagarates - 70%, alumistes lokaliseerub 24,5 ja keskmistes 5,5% (A.I. Savitski).

Kõige sagedamini lähtub kasvaja segmentaarsest bronhist, kusjuures ülemistes sagarates kahjustatakse tavaliselt mediaalne segment. Harvem areneb kasvaja sagara, veel harvem aga peabronhist. Täheledatakse ka perifeerset vähki.

Vähi haavandumist täheledatakse kõige sagedamini tema esinemisel suurtes bronhides.

Bronhivähk suleb bronhivalendiku ja põhjustab kopsu at-

telektaasi, mis on üheks oluliseks röntgenoloogiliseks sümptomiks kopsuvähi puhul.

Metastaasid levivad lümfiteede kaudu. Vähi varases staadiumis on sümptoomid äärmiselt ebamääraseid: kuiv köha vere esinemisega, mis protsessi arenemisel muutub püsivaks, kõhnumine. Nende sümptomide süvenemine ja hoolikas röntgenoloogiline uuring aitavad kindlaks teha haiguse tõelist päritolu.

Viimasel ajal kasutatakse kopsuvähi diagnoosimisel tomograafiat, sihtbronhograafiat kontrastainega jne. Erilist tähelepanu väärrib kontrastangiopneumograafia, mis võimaldab eraldada põletikulisi protsesse kasvajatest.

R a v i kopsuvähi puhul on ainult operatiivne. B.K.Ossipov jagab kopsuvähihaiged kolme rühma. Vastavalt sellele jagab ta ka operatsiooni näidustusi. Esimesesse rühma kuulub kopsuvähk, mis lokaliseerub pea- või esimese järgu bronhis, bifurkatsiooni lähedal. Juhul, kui ta on opereeritav, on näidustatud pneumonektoomia. Teise rühma kuulub vähk, mis asetseb kolmanda järgu bronhis. Kasvaja inkapsuleerimisel on ta hästi eraldatav ümbritsevatest kudedest. Sellel juhul, kui esinevad regionaarsed metastaasid, on näidustatud pneumonektoomia, kui need aga puuduvad - lobektoomia. Kolmas rühm on ninimetatud perifeerne vähk, mille puhul on näidustatud lobektoomia.

Operatsiooni on kõige parem teostada lokaalse tuimastusega, kusjuures on vajalik hoolikas ettevalmistus: vereülekanDED, glükoosi infusioonid, antibiootikumid.

Neid kopsuhaigusi on uuritud nõukogude kirurgide poolt (A.N. Bakulev, A.I. Savitski, B.K. Ossipov, B.E. Linberg, F.G. Uglov jt.) ja see viis operatsiooni järgse surevuse järskule langusele.

VII p e a t ü k k .

SÜDAMEPAUNA, SÜDAME JA SUURTE RINNAÕONE VERESOONTE KIRURGILISED HAIGUSED.

Perikardiidid.

Esineb ägedaid ja kroonilisi perikardiite. Viimane on sageli ägeda perikardiidi tulemus, kuid real juhtudel võib krooniline liituv perikardiit kulgeda ilma ägenemisteta.

Etioloogiliseks faktoriks nii ühel kui ka teisel on reuma, tuberkuloos, tunduvalt harvem nefriit, pneumokokkidest põhjustatud põletikud ja grippoossed haigused.

Eraldatakse fibrosseid ja eksudatiivseid perikardiite.

Fibrooset perikardiiti esineb primaarse haigusena harva, tavaliselt on see mõne teise haiguse tulemus. Esimeseks põhiliseks sümptomiks on diafragma liikuvusest põhjustatud valud hingamisel rinnaku taga ja ülakõhus. Auskultatoorselt sedastatakse perikardi hõõrdumuse kahinat.

Eksudatiivset perikardiiti jaotatakse vastavalt eksudaadi iseloomule: seroosne, sero-fibrinoosne, sero-hemorraagiline ja mädane. Eraldatakse mitmesuguseid üleminekuid ja eksudaadi faase: seroos-mädane, hemorraagilis-mädane jt. Kõige sagedasemaks eksudatiivse perikardiidi põhjuseks on reuma.

Haiguse algstaadiumis täheldatakse tugevat hingeldust, valu rinnus ja südamepiirkonnas, südamekloppimist, köha, temperatuuri kõrgenemist. Eksudatiivse perikardiidi arenedes kaovad valud järkjärgult. Eksudaadi kogunemisel laieneb südame tumestus.

Väga olulise tähtsusega on korduv röntgenoloogiline uurimine. Algul koguneb vedelik südame baasisele, seejärel laskub ta vasemasse kardiodiafragmaalsesse siinusesse ja selle täitumisel ilmub ta paremas siinuses (A.A. Gerke).

Diagnoosi lõplikuks kinnitamiseks soovitatakse teostada perikardi punktsioon. Punktsioonil on kasutatavad järgmised juurdepääsud: 1) intramammillaarne - kolmandast, neljandast roidevahemikust, vasemalt, rinnaku kõrvalt (N.I. Pirogov); 2) ekstramammillaarne - tumestuse piirilt (tumestuse tunduval laienemisel kogunenud eksudaadi tulemusena); 3) epigastriaalne - otse mõõkjätke alt, suunaga pisut viltu üles.

R a v i peab olema suunatud ühelt poolt põhihaiguse vastu, nii manustatakse reuma puhul neerupealise preparaate, salitsülaate, tuberkuloosi puhul streptomütsiini, PASK'i, ftvasiidi. Teiselt poolt tuleb püüda vähendada eksudatsioonid - punktsioonid sellele järgneva penitsilliini sisseviimisega ja merkusaali manustamine. Erilist tähelepanu tuleb omistada südame tegevuse parandamisele.

Kroonilise liitva perikardiidi puhul tekivad tavaliselt liited mõlema perikardilestme vahel, samuti ka liitumine epikardiga (accretio cordis). Samaaegselt võivad esineda ka liitumised rinnakuga, kopsudega või diafraggmaga (concretio cordis). Ühel juhul on tekkivad liited kohevad, pehmed, teisel juhul täheldatakse isegi lupjumist. Areneb tihe armistunud kest ("pantserisüda"). Perikardiidi puhul kannatab ka südamelihase, kuna rõhk kahjustab tema toitumist.

K l i i n i l i n e p i l t oleneb patoloogilise protsessi iseloomust. Väljakujunenud kliinilised nähud, mis signaalseerivad südame ja veresoonte haigestumist, ilmuvad nii seesmiste kui ka välimiste liitumiste tekkimisel. Peamiseks sümptomideks on nõrkus, kergesti ilmuv väsimus, hingeldus, kõhu suurenemine (astsiit). Kõik need kaebused ja sümptoomid on omased kroonilisele südameinsuffitsientsusele.

Peale öeldu märkab arst objektiivsel uurimisel kontrasti vereringehäirete ja südame mõõtmete vahel. Viimased on vähe

muutunud, samal ajal, kui vereringe häired on tugevalt välja kujunenud. Becki arvates on südame kroonilisele kompressioonile tüüpiline väike süda, kõrge venoosne rõhk, maksa suurenemine koos paisnähtudega.

Liituva perikardiidi puhul lähenevad südame absoluutse ja relativse tumestuse piir teineteisele. Auskultatsioonil sedastatakse tunduvalt toonide tuhmumist. Puls on tavaliselt eriti füüsilistel pingutustel nõrga täitumisega ja sagenenud. Üks liituva perikardiidi sümptoomidest on ka "paradoksaalne pulss", s.o.: pulss kaob sügaval sissehingamisel.

Röntgenoloogilisel uurimisel on kõige kindlamaks liituva perikardiidi sümptoomiks südame kuju muutus ja tema kaarte diferents. Hästi on röntgenoloogiliselt diagnoositav südamepauna lupjumine - "pantserisüda".

R a v i on sellistel perikardiitidel ainult kirurgiline (A.N. Bakulev, I.S. Kolesnikov, R.V. Bogoslavski jt.). Haige peab olema operatsiooniks ette valmistatud igakülgselt (vitaminoteraapia, strühniseerimine). Juhul, kui esinevad tursed või astsiit, määratakse soolavaba dieet, diureesi tõetvaid vahendeid, teostatakse punktsioone vedeliku eemaldamiseks. Võitluseks valkude vaegusega süstitakse veeni seerumit. 3-4 päeva enne operatsiooni alustatakse penitsilliini-kuuriga.

Operatsioon on parem teostada paikse tuimastusega.

Liituva perikardiidi operatsioonidel kasutatakse mitmesuguseid ligipääsuteid: 1) ekstrapleuraalne, parasternaalne juurdepääs läbi vasema, harvem läbi parema rinnakorvi poole; 2) transpleuraalne juurdepääs paremalt või vasemalt poolt; 3) ligipääs läbi rinnaku. Juurdepääsu valikul tuleb arvestada perikardi kahjustuse iseloomu.

Enamikul juhtudest teostatakse pericardectomy ekstrapleuraalsel teel. Viimasel ajal on väljatöötamisel juurdepääs läbi pleura paremalt ja vasemalt poolt koos rinnaku läbimisega. Peale perikardi paljastamist hakatakse teda ettevaatlikult lahti prepeareerima ja eemaldama.

Operatsioonijärgses perioodis on vajalik kompleksne ra-

vi, sama, mida kasutatakse operatsiooni ettevalmistavas perioodis.

Südame ja perikardi traumad.

Südame haavad võivad olla tekitatud nii külma kui ka tulirelvavigastustest. Viimast täheldatakse nii nagu kõiki südamevigastusi peamiselt sõja ajal. Tavaliselt osutub vigastuks nii perikard kui ka südamelihasele. Mõnel juhul, eriti külmarelvavigastuste puhul, on võimalik ka isoleeritud perikardi vigastus. Need haavad on vähem ohtlikud.

Südame haavu esineb sagedamini meestel.

Kõige sagedamini on vigastatud vatsakeste piirkond, nähtavasti nende suuremate mõõtmete tõttu.

Vigastuse raskuse tõttu lõpeb enamik südame tulirelva haavadest surmaga. Külmarelvahaavade puhul, kui sisenemisava pole eriti suur, samuti ka tulirelvahaavade puhul, millega ei kaasne eriti suuri südamevigastusi, ei hukku haavatud otsekohe. Südame haavad ulatuvad tavaliselt südameõõnde, seepärast viib seina terviklikkuse katkemine tugevale verejooksule. Väikese ja lookleva kanali kaudu tungib veri perikardiõõnde (hemoperikard) ja avaldab survet südamele, mis viib tema funktsioonihäiretele. Parema eeskamber väheneb, vere juurdevool veenidest katkeb, süda jääb seisma. Seda nähtu nimetatakse südametampoonaadiks.

Kliiniliselt esineb südame ja perikardi haavamiste puhul rahutus, nahale ilmub külm higi, pulss on vaevalt palpeeritav. Verekaotuse tulemusena nõrgeneb südametegevus ja enamik haavatutest on raskes šokiseisundis. Perkutoorselt leitakse südame tumestuse laienemist. Südametoonid on tugevasti tuhmunud.

Kõikidel juhtudel on südame haavade puhul näidustatud operatsioon samaaegse šokivastase võitlusega. Tavaliselt osutub vajalikuks juurdepääs transpleuraalselt ja ekstrapleuraalne tee on võimalik ainult erandjuhtudel.

Võõrkehad perikardis ja südames esinevad rahuajal harva.

Tunduvalt sagedamini esineb neid rinnakorvi tulirelvavigastuste puhul.

Kui on olemas funktsioonihäired ja haigetel vastavad kaebused, tuleb teostada võrkeha eemaldamist operatsiooni abil. Tuleb meeles pidada, et see operatsioon kuulub raskete hulka ja sageli ei osutu võimalikuks kindlaks määrata võrkeha täpset lokalisatsiooni isegi mitte röntgeni kaasabil. Kaasajal on väljatöötamisel meetod võrkeha asukoha kindlaksmääramiseks raadiosondi abil, mida kasutatakse kombineerituna röntgenoloogiliste uuringutega.

Mõnedel kirurgidel on juba suuri kogemusi võrkehade eemaldamiseks südamest (I.S. Kolesnikov).

Südame väärarengute ja eluajal omandatud südamerikete kirurgiline ravi.

Kaasajal omandab üha tähtsamat kohta kirurgias südame väärarengute ja eluajal omandatud südamerikete kirurgiline ravi. Selle ala kirurgide pioneeriks Nõukogude Liidus on A.N. Bakulev.

Eluajal omandatud südamerikete kirurgiline ravi on kaasajal kõige laialdasemalt kasutusel mitraalsuistiku stenoosi puhul.

I.P. Dmitrijevi ja N.N. Tjerebinski eksperimentaalsed tööd, mis viidi läbi juba käesoleva sajandi 20-ndatel aastatel, soodustasid tunduvalt südamerikete kirurgilise ravi arengut.

Südameriket diagnoositakse subjektiivsete ja objektiivsete andmete alusel. Selle haiguse anamneesis esineb tavaliselt reumaatiline infektsioon. Reumaatiline endokardiit viib aeglaselt südameklappide ja nende kõõluskeelikute skleroosile ja armistumisele, mille tulemusena areneb suistiku kitsenemine. Normaalne mitraalne suistik laseb läbi kaks sõrme, kuid kitsenenud suistik mõnikord ainult sondi. Suistiku kitsend põhjustab takistust vereringes vere pääsul vasemast kojast vasemasse vatsakesesse. Vasem koda täitub tugevasti verrega ja laieneb. Vererõhk temas tõuseb, mis algul pisut kom-

penseerib takistust, kuid hiljem tekib dekompensatsioon.

Kõige paremaid tulemusi annab operatiivne ravi haigetel: 1) vanuses mitte üle 40-50 a., 2) normaalse siinusrütmiga ja presüstoolset tugevneva diastoolse kahinaga, 3) minimaalse süstoolse kahinaga, 4) kergelt aktsenteeritud kopsuarteri teise tooniga, 5) vereköha ja südameinsufitsientsuse nähtude puudumisel, sest viimane räägib stenoosi ülekaalu poolt; 6) heade funktsionaalsete näitajatega, 7) paremale pöördunud südame telje ja mitte laienenud vasema vatsakesega, 8) kui puuduvad reumaatilise infektsiooni ägenemishäud (A.N. Bakulev).

Halvemaid resultate täheldatakse operatsioonidel järgmistel juhtudel: vanuses üle 40-50 aasta, kodade värisemisel või nende fibrilatsioonil, tugeval süstoolsel kahinal, aktsenteeritud teise tooni esinemisel aordil, mitte rahuldava funktsionaalse proovi puhul, vereköha puhul, arterite emboliade esinemisel, samuti juhul, kui esineb anamneesis viihjeid insufitsientsusele.

Operatiivne ravi on suunatud väikeses vereringes esineva hüpertoonia vähendamisele.

Operatsioonid on kolme tüüpi: 1. Stenoseerunud mitraalsüstiku laiendamine sõrmega. 2) Kommissurotoomia - eesmise, vällise kommissuuri lahtilõikamine, või kui see ei ole küllaldane, siis täiendavalt tagumise seesmise kommissuuri lahtilõikamine sellele järgneva laiendamisega sõrme abil. 3. Stenoseerunud rõnga eemaldamine mitraalsüstikult. Stenoos muudetakse insufitsientsiks.

Tavaliselt toimub stenoseerunud mitraalrõnga laiendamine läbi vasema südamekõrva. Operatsioon teostatakse paikse tuimastusega või intratrahheaalse narkoosiga.

Väärarengutest vajavad kõige sagedamini operatiivset ravi mitte sulgunud Botalli juha ja kopsuarteri stenoos.

Nõukogude Liidus tegi esimese operatsiooni Botalli juha sulgemiseks A.N. Bakulev.

Botalli juha (ductus arteriosus Botalli) on ühendus aordi ja kopsuarteri vahel, mis peale sünni kiiresti oblite-

reerub. Avatuks jäänud juha lastel vanusega üle 6-12 kuu tuleb vaadelda kui südameriket. Kui juha pole oblitereerunud, läheb osa verd aordist kopsuarterisse ja põhjustab selles rõhu tõusu. Selle tulemusena hüpertrofeerub parem vatsakene.

10% kõikidest juhtudest täheldatakse septilist endarteriiti, seda kõige sagedamini juhas eneses. Avatud Botalli juha puhul esinev kliiniline pilt iseloomustub tavaliselt ebakorrapärase temperatuuri tõusudega, vappekülmaga ja hingeldusega. Süda võib olla laienenud paremale ja vasemale. Ilmub tugevnenud tiputõuge ja tugev kahin kopsuarteri piirkonnas. Haiged surevad sageli juba lapseeas septiliste endokardiitide tulemusena ja elavad harva kuni 20. eluaastani. Neid haiged tuleb opereerida infektsiooni vaheperioodidel. Kirurgiline ravi on suunatud verevoolu katkestamisele Botalli juhas. Juhale pannakse kahepoolset kahekordne ligatuur ja lõigatakse ta sellele järgnevalt läbi. B.K. Ossipov ja rida teisi autoreid soovitavad piirduda ainult siidligatuuri pealepanekuga.

Kopsuarteri kitsenemine (stenooos) on samuti kui Botalli juha avatuks jääminegi kaasasündinud haigus, mis takistab vere pääsu kopsudesse. Kopsuarteri stenoosi puhul on tüüpiline sinine värvus ja seepärast kuulub ta nn. "siniste südamerikete" hulka. Juhul, kui ductus Botalli oleks avatud, kompenpeeriks ta teatud piirini olukorda, kuid peaaegu alati on kopsuarteri stenoosi puhul Botalli juha suletud. On tehtud rida ettepanekuid anastomoosi tegemiseks ühe suurevereringearteri ja kopsuarteri vahel. Tavaliselt tehakse see parema või vasema rangluualuse arteri ja kopsuarteri vahel.

Aordi kitsenemine (coarctatio) avaldub vererõhu ja pulsisageduse erinevuses üla- ja alajäsemetel. Esineb süstoolne kahin teises ja kolmandas roidevahemikus vasemal, taga.

Operatsioonil tehakse aordi kitsenemise likvideerimiseks anastomoos läbilõigatud rangluualuse arteri ja aordi vahel allpool kitsendit või resetseeritakse kitsend ja õmmeldakse otsad kokku.

Suurte veresoonte haigused.

Suurte rinnaõone veresoonte aneurüsme on opereeritud korduvalt, eriti sõja ajal. 1954.a. eemaldas A.N. Bakulev õnnestunult suure rinnaaordianeurüsmi.

Kopsuarteri tromboose ja embooliaid täheldatakse operatsioonide või tromboflebiitide järel. Mõnel juhul võib kopsuarteri embooliat põhjustada rasv, nagu see esineb luumurru komplikatsioonina.

Kopsuarteri emboolia kliiniline pilt kulgeb äärmiselt raskelt. Haigetel tekib järsku hingeldus, nad ei leia endale asendit. Nähtavatel limaskestadel, samuti ka küünte all areneb tugev tsüanoos. Pules on pehme ja madal. Esinevad tugevad valud rinnaku taga. Prognoos on tavaliselt halb.

R a v i on operatiivne ja seisneb trombi eemaldamises kopsuarterist. On kirjeldatud üksikuid operatsioonijuhte heade tagajärgedega.

VIII p e a t ü k k .

KESKSEINANDIHAIGUSED.

Kaasajal on saavutatud keskseinandi kirurgilise ravi alal suurt edu (A.N. Bakulev, A.A. Višnevski, V.I. Kazanski, P.A. Kuprijanov, B.K. Ossipov, B.V. Petrovski, F.G. Uglov jt.)

Keskseinand on rinnaõone osa, mis on piiratud külgedelt mediastinaalse pleuraga, eest rinnakuga ja osalt sellele kinnituvate roiete kõhredel, tagant lülisamba rinnaosaga ja alt diafragmaga. Ülalt läheb keskseinand üle kaelapiirkonnaks, ilma et tal oleks kindlat piiri.

Anatoomiliselt on keskseinand ühtne õõs, kuid lähtudes puhtpraktilisest seisukohast, jaotatakse teda tinglikult läbi kopsuvärati frontaalselt tõmmatud tasapinnaga eesmiseks ja tagumiseks keskseinandiks.

B.K. Ossipov ja A.A. Višnevski jaotavad keskseinandi nelja ossa: a) eesmine-ülemine, b) eesmine-alumine, c) tagumine-ülemine ja d) tagumine alumine.

Eesmises keskseinandis asetsevad: süda koos perikardiga ja suured veresooneid (aorta ascendens, arcus aortae koos temast eralduvate veresoontega, kopsuarter ja -veen, ülemine õõnesveen) peabronhid, trahhea, harknääre ja diafragma närvid.

Tagumises keskseinandis asetseb aordi alanev osa, söögitoru, uitergud, paaritu veen, poolikpaaritu veen, rinna lümfijuha ja rinna sümpaatiline piiriväärt.

Keskseinandi ja tema organite haiguste hulka kuuluvad: 1) mediastinaalne emfüseem, 2) mediastiniit, 3) rinnakutagune hõõtsik, 4) harknäärme haigused, 5) mitmesugused hea- ja pahaloomulised kasvaja, 6) südame ja veresoonte kirurgilised haigused (kaasasündinud ja omandatud), 7) perikardihaigused.

Käesolevas peatükis kirjeldatakse põletikke, kasvaja ja keskseinandi emfüseeme.

Mediastinaalne emfüseem.

Mediastinaalne emfüseem areneb kõige sagedamini üldise emfüseemi tulemusena. Keskseinandisse võib pääseda õhk kahte teed kaudu: 1) mediastiinumi vigastamisel, näiteks kopsu operatsioonidel või bronhi kõndi lahtiminekul ja 2) kaela nahalusest sidekoest, levides keskseinandisse anatoomilise piiri puudumise tõttu, lakuunide kaudu, kust väljuvad arterid ja sisenevad veenid.

Keskseinandi emfüseem väljendub survetundega rinnaku taga, rahutusega, hirmu ja ahastustundega (mõnikord areneb tüüpiline stenokardiline hoog). Emfüseemi suurenemisel tugevneb surve suurtele veresoontele, mille tulemusena arenevad välja venoosse paisu nähud. Keskseinandi emfüseem areneb tavaliselt

koos emfüseemiga kaelal, seetõttu ei ole laienenud naha veenid nähtavad.

Juhul, kui emfüseem enam ei laiene, annab ärritavate vahendite ja muu konservatiivse ravi kasutamine häid tulemusi. Progresseeruva keskseinandi emfüseemi puhul on prognoos tunduvalt halvem. Kui on võimalik, tuleb viia pleuraõõnde dren, mille ots viiakse vee alla. Lõiked kägisälgupiirkonnas, mille kaudu drenitakse keskseinandit, pole alati efektiivsed.

Mediastiniit.

Mediastiniiti põhjustavad kõige sagedamini mädase, mittespetsiifilise põletiku tekitajad.

Mediastiniit lähtub paratrahheaalsetest lümfisõlmedest ja kaela põletikulistest protsessidest.

Kõige sagedamini areneb mediastiniit söögitoruvigastustest ja põletikulistest protsessidest, mille tulemusena areneb ösofagiit ja periösofagiit. Viimased võivad lõppeda perforatsiooniga, millele järgneb mädane mediastiniit.

Mediastiniite jaotatakse ägedateks - mädasteks ja kroonilisteks. Viimased võivad olla esimeste järjeks või põhjustatud spetsiifilistest protsessidest (süüfilis, tuberkuloos).

Ägedad mädased mediastiniidid kulgevad tormiliselt. Nad algavad mõnikord väga tugeva vappekülmaga, temperatuur on kõrge, mõnikord isegi üle 39°. Esinevad valud on kõige sagedamini tuimad, kontsentreerunud põletikukolde piirkonda. Põletikulise fookuse asumisel tagumises mediastinumis (söögitoru), lokaliseeruvad valud abaluude vahele, rohkem vasemale. Protsessi levimisel eesmises mediastinumis lokaliseeruvad valud rinnakupiirkonda. Seejuures on valulik mitte üksnes põrutamine, vaid ka puudutamine. Kui põletikuline protsess lokaliseerub eesmises osas, on palpeerimisel valulik kägisälgupiirkond, mis on ka pisut lamenenud.

Mitmeteale söögitoru ülemise osa põletikulistele protsessidele ja traumadele on iseloomulik valulikkus surumisel vasesa trapetslihase välisele servale, samuti ka surumine va-

sema rinnaku-rangluu-nibujätkelihase tagumisele servale. Tagumiste mediastiniitide puhul on valulik põrutamine vasema õlaluu seesmisele servale. Tuleb silmas pidada, et põletikuline protsess ei piirdu kindlalt eesmises või tagumises keskseinandis, seepärast võivad esineda kombinatsioonis eesmise ja tagumise keskseinandi põletikusümptoomid.

Ägeda mediastiniidi diagnoosimisel on olulised vere uuringud. Peaaegu alati suureneb leukotsüütide arv ja toimub märgatav neutrofiilide arvu suurenemine (kuni 80% ja enam), mis vihjab alati väljakujunenud mädapõletiku protsessile.

Kui mädaprotsess lokaliseerub ees, siis võib hilinevad juhtudel täheldada survet veenidele kui enam järeleandvatele veresoontele. Selle tulemusena tekib kaelal kerge turse.

Suurt abi mediastiniidi diagnoosimisel annab röntgenoloogiline uurimine.

Üksikjuhtudel esineb kägisälgu- või rangluualuses piirkonnas punetus ja nahainfiltratsioon, mis kergendab lõikekooha valikut vajaliku intsisiooni puhul. Prognoos mediastiniidi puhul pole hea.

R a v i. Põhiliseks ravimeetodiks on operatsioon. Tavaliselt tehakse lõige kaelal, tungitakse mediastinumisse ja dreenitakse see.

Viimasel ajal kasutatakse mediastiniitide puhul, mis arenevad vigastustest või haiguslikest protsessidest põhjustatud perforatsioonide tulemusena söögitoru alumises osas, mediastinumini avamist läbi diafragma söögitoru ava kaudu, seejuures tuleb aga kaitsta kõhukoobast mäda eest (B.S. Rozanov). Selle võtte juures on täidetud peamine nõue: võimaldada mädale pääs alla.

Operatsioon mediastiniidi puhul on ainult ravi esimeseks etapiks. Ägedat mediastiniiti tuleb vaadelda kui erakordselt rasket septilist protsessi, mis läheb kiiresti üle kopsuvära- ti peente veenide põletikuks, avaldab rõhku suurtele veenidele ja viib südame veresoontkonna funktsiooni häiretele. Neil juhtudel on vaja süstemaatiline ravivõtete kasutamine, mis tõstab südame ja kopsude funktsioonivõimet. Iga päev tuleb

viia veeni 30-40 ml 40%-list glükoosilahust, parem koos as-
korbiinhappega. Haige raske üldseisundi perioodil on otstar-
bekas teha ülepäeviti 100-150 ml vereülekandeid. Intoksikat-
sioonivastases võitluses on näidustatud igapäevane tilkinfu-
sioon 1-1,5 ml füsioloogilist lahust. Suurte vedelikukoguste
viimine naha alla on vastunäidustatud pneumoonia puhul.

Arvestades selle haiguse puhul olevat mikroobide poli-
morfismi, on vajalik manustada mitut antibiootikumi.

Moskva Meditsiinilise Stomatoloogia Instituudi Kirurgia-
kliinikus kasutatakse hea eduga antibiootikumide manustamisel
järgmist meetodikat:

Iga päev viiakse haava streptomütsiini 0,5 (500 000 Ü)
lahustatuna 2 ml 0,25%-lises novokaiinilahuses; 200 000 Ü pe-
nitsilliini lahustatuna 3 ml 0,25%-lises novokaiinilahuses;
5 000 000 Ü albomütsiini lahustatuna 3 ml 0,25%-lises novo-
kaiinilahuses. Suurt novokaiini hulka ei tule kasutada, sest
suur kogus ei mahu haava kanalisse ja tilgub välja.

Samaaegselt tuleb süstida lihastesse samu antibiootiku-
me järgmise näidisskeemi järgi:

kell 8 - 0,25 streptomütsiini,	
kell 11 - 300 000 Ü penitsilliini,	Iga aine lahusta-
kell 13 - 5 000 000 Ü albomütsiini,	takse 3-4 ml
kell 16 - 0,25 streptomütsiini,	0,25%-lises no-
kell 19 - 300 000 Ü penitsilliini,	vakaiinilahuses.
kell 22 - 5 000 000 Ü albomütsiini.	

Kui algab paranemine, süstitakse haigele veel ainult pe-
nitsilliini.

Albomütsiin on pneumoonia profülaktikaks ja raviks kõi-
ge efektiivsem. Sama sihiga antakse ka haigetele väga erine-
valt sulfonamiidpreparaate, kui haige neid hästi talub. See
toimub mitmesuguste skeemide järgi.

Sellise energilise antibiootikumide ja sulfonamiidide
kasutamise puhul on vaja hoolikalt jälgida vereloomeorganite
funksiooni. Järsk verepildi nihkumine vasemale noorte vor-
mide ja samuti ka leukopeenia ilmnemisega nõuab raviva arsti
valvsust ja teistkordse analüüsi andmete halvenemisel tuleb

sulfonamiidid, streptomütsiin ja penitsilliin ära jätta. Neil juhtudel on kõige õhtumaks antibiootikumiks albomütsiin.

Kroonilised mediastiniidid võivad areneda ägeda mädase infektsiooni järgena, ja sõltuvalt sellest, millise organiga tekivad liitumisprotsessid, arenevad välja ka haiguse sümptoomid.

Peale selle võib see haigus areneda ka spetsiifilise infektsiooni taustal (tuberkuloos, süüfilis).

Krooniliste mediastiniitide puhul on r a v i konservatiivne.

Keskseinandikasvajad.

Keskseinandikasvajaid jagab B.K. Ossipov eesmise keskseinandi kasvajateks, mille hulka kuuluvad dermoidtsüstid ja teratoomid, ning tagumise keskseinandi kasvajateks.

Dermoidtsüstid on embrüonaalselt väljaarenemata naha algest (epidermis) lähtunud. Teratoomid koosnevad mitmest lootelehest, millest arenevad mitmesugused koed ja organid, näiteks: kõhr, luu, seedetraktikoed jne. Kliiniliselt võivad need mõlemad erinevad tuumorid olla sarnased, suuruselt erinevad. Teratoomid ja dermoidtsüstid asetsevad tavaliselt perikardist eespool. Dermoidtsüstid võivad mõnikord haavanduda. Teratoomid võivad üle minna pahaloomulisteks. Esimeste kliiniliste sümptomidena ilmuvad kõha, hingeldus, harvem ka valu. Sellele järgnevalt areneb tsüanoos ja survenähud mediastinumis asetsevatele veresoontele. Karvade ja teiste tsüstikude esinemine rögas kinnitab diagnoosi.

Kasvaja võib olla avastatud ka juhuslikult, röntgenogrammil sedastatava ümarja varjustuse järgi.

R a v i on operatiivne, kõige parem on nende radikaalne eemaldamine. Liitumine naaberorganitega võib olla niivõrd tugev, et tuleb kasvaja sisu (tsüst) välja puhastada ja jääv koobas drenida.

Operatiivne ligipääs toimub tavaliselt eestpoolt, läbi

neljanda roidevahemiku ja rinnanäärme.

Bronhogeensed tsüstid ja soonkasvajad esinevad eesmisel keskseinandis harva. Nende ravi on samuti operatiivne.

Tagumises keskseinandis esinevad primaarselt tavaliselt neurogeensed kasvajad. Nad lähtuvad alati interkostaalnärvidest ja neid nimetatakse neuroioonideks. Kui need kasvaja d lähtuvad sümpaatilisest närvisüsteemist, kujutavad nad endast ganglionneuroome.

Oma olemuselt tuleb neid lugeda healoomuliste kasvaja te hulka (aeglane kasv, metastaase ei anna). Kui nad arenevad pikka aega, võivad nad avaldada pahaloomulisuse tunnuseid ja kasvada infiltratiivselt naaberkudedesse.

Need kasvaja d koosnevad atüüpilistest rakkudest, kuid nad jäävad kapsuleerunuks. Kui tahetakse jõuda selgusele nende pahaloomulisuse suhtes, ei piisa ühest kohast võetud proovitükist.

Tagumise keskseinandi tuumoreid diagnoositakse hoolikal röntgenoloogilisel uurimisel.

R a v i on operatiivne: tuumori eemaldamine.

Pahaloomulistest kasvaja teest esineb tagumises keskseinandis kõige sagedamini sarkoom (neurofibrosarkoom, lümfosarkoom, kondrosarkoom).

SISUKORD.

EESSÕNA		3
I p e a t ü k k .	KOLJU, AJU- JA AJUKELMETE VIGAS-	
	TUSED.	5
	Kolju katete traumad.	5
	Koljuluude murrud	6
	Aju kinnised traumad.	9
	Ajuvapustus	10
	Kontusioon, ajupõrutus.	10
	Ajukompressioon	11
	Kolju ja selle sisuse lahtised	
	traumad	14
II p e a t ü k k .	KAELAHAIGUSED	18
	Väärarengud	19
	Kaasasündinud kaelatsüstid ja	
	fistulid	19
	Kaela dermoidtsüstid.	20
	Kaela roided.	20
	Kõõrkael	21
	Kaela traumad	22
	Kinnised ja lahtised vigastused	22
	Veresoonte traumad.	23
	Traumaatilised aneurüsmid . . .	24
	Rinnajuha haavamised.	25
	Kaela põletikulised haigused. . .	25
	Ägedad põletikud	25
	Kroonilised põletikud	27
	Aktinomükoos	27
	Kaelakasvajad	28

III p e a t ü k k . KILPNÄÄRMEHAIGUSED	30
Väärarengud	31
Kilpnäärme traumad	32
Hõõtsik	32
Funktsioonihäiretega seotud kilp- näärmehaigused	35
Basedow' tõbi	35
Hüpotüreoos	38
Kilpnäärmepõletikud	38
Kilpnäärmekasvajad	39
IV p e a t ü k k . SÖÖGITORUHAIGUSED	40
Söögitoru uurimismeetodid	40
Söögitoru väärarengud	41
Söögitoru traumad	42
Võõrkehad söögitorus	43
Söögitorupõletikud	45
Söögitorusõõvitused	45
Söögitoru kitsenemine	47
Söögitorulaiendid	49
Söögitorudivertiikulid	50
Söögitorukasvajad	52
V p e a t ü k k . RINNANÄÄRMEHAIGUSED	54
Rinnanäärme väärarengud	55
Rinnanäärme traumad	56
Rinnanäärmepõletikud	56
Ägedad põletikud	56
Kroonilised põletikud	60
Mittespetsiifilised põletikud.	60
Spetsiifilised põletikud	60
Galaktocele	61
Mastopatia	62
Tsüstiline mastopatia	62
Veritsev rinnanääre	62
Rinnanäärmekasvajad	63
Healoomulised kasvajaad	63
Pahaloomulised kasvajaad.	64

VI p e a t ü k k . RINNAKORVI, PLEURA JA KOPSUDE	
KIRURGILISED HAIGUSED	69
Rinnakorvivigastused	69
Kinnised traumad	69
Traumaatiline asfüksia	70
Lahtised traumad	70
Pneumotooraks	71
Hemotooraks	72
Rinnakorvi-, pleura- ja kopsu-	
põletikud	75
Roiete ja rinnaku äge osteo-	
müeliit	75
Pleuriit	75
Kopsu mädapõletikud	81
Bronheктаasia	88
Kopsuaktinomükoos	89
Kopsuehhiinokõkk	90
Kopsukasvajad	91
VII p e a t ü k k . SÜDAMEPAUNA, SÜDAME JA SUURTE RINNA-	
ÕONE VERESOONTE KIRURGILISED	
HAIGUSED	93
Perikardiidid	93
Südame ja perikardi traumad	96
Südame väärarengute ja eluajal	
omandatud südamerikete kirurgi-	
line ravi	97
Suurte veresoonte haigused	100
VIII p e a t ü k k . KESKSEINANDIHAIGUSED	100
Mediastinaalne emfüseem	101
Mediastiniit	102
Keskseinandikasvajad	105

Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Юликооли, 18
П.Л. Сельцовский
УЧЕБНИК ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

I

Перевод на эстонский язык

А. Рулли

Vastutav toimetaja A. Rulli
Korrektor E. Oja

=====

TRÜ rotaprint 1961. Trükipoognaid 7.
Tir. 500 eks. MB 03088. Tell. nr.510.

Hind 20 kop.

Hind 20 kop.

